# Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Winter 2021

BUSINESS circle

Ausgabe mit Business Circle SPECIAL

Natürlich hat unser Magazin auch einen eigenen Youtube Kanal.
Auf unserem Kanal finden Sie

**Vorträge, Interviews, Science Talks, Berichte von:**
**Prof.in Dr.in Angelika Zegelin**
**Prof.in Dr.in Christel Bienstein**
**Sr. Liliane Juchli**
**MMag.a Dr.in Elisabeth Rappold**
**Dr. Christoph Zulehner**
**Martin Moder PhD**
**u.v.m.**

Inkl. unserer eigenen Dokumentationsreihe „**Pflege - Lebensgeschichten**“

**https://www.youtube.com/c/PflegeProfessionell**

## Bildung & Management


05 **Alltäglicher Mut für außergewöhnliche Zeiten**
Joe Tye, MHA, MBA

13 **Führungsbarometer Pflege 2021**
Mag.ª Inge Köberl-Hiebler
Ursula Frohner
Mario Filoxenidis
Mag.ª Dr.in Annelies Fitzgerald

19 **Arbeitsbelastung im Gesundheitswesen – Erkenntnisse aus der nationalen STRAIN Studie (Schweiz)**
Karin A. Peter PhD

23 **Advanced Care im Pflegekrankenhaus**
Karin Haubenwaller, BSc
Mag.ª Dr.in Verena Moser-Siegmeth
Mag.ª Claudia Fida, BScN
Mag.ª Daniela Metzenbauer

35 **Generation Corona, Positivgesellschaft und die Attraktivität der Pflegeberufe**
Prof. Mag. Bernhard Heinzlmaier

41 **Gesundheitskompetenz - Ein neues Handlungsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege**
Dr. Matthias Rohringer

43 **Ein Plädoyer für Auszubildende in der Pflege**
Maria Preininger, BSc MSc
Romana Eichelsberger, BSc M.Ed.

45 **Arbeiten in bayerischen Pflegeheimen – Mehr Belastungen und Gewalt als gedacht?**
Hanna Batzoni MSc
Prof. Dr. phil. Markus Witzmann BBA MSM MA

51 **Die Rolle Praxisbegleitung entwickeln**
Prof.in Dr.in Andrea Kerres
Christiane Wissing MA

57 **ANP (Advanced Nursing Practice) in der CoVID-19 Pandemie**
Stefan Gasch MSc MSc
Tanja Reitbauer BSc BSc MSc


## Fachwissen


63 **Dicke Luft in der Pflege?**
Mag. Alexander Badelt

67 **Gesundheit und Gesundheitsversorgung von trans Personen während der COVID-19-Pandemie**
Andreas Köhker M.Sc.
Mika Holthaus M.Sc.
Dr.in Annette Güldenring
Lena Balk, MA
PD Dr. Timo Nieder

80 **Wearables – gewinnbringende Begleiter in der Nacherwerbszeit älterer Menschen**
Carina Herndler BSc


## Gesundheitspolitik


85 **Assistierter Suizid ab 2022 in Österreich: Rechtlicher Rahmen, Diskussionspunkte und das neue Sterbeverfügungsgesetz**
Dr. Michael Halmich LL.M.

93 **Das Sterbeverfügungsgesetz: ein respektabler Kompromiss und offene Fragen**
O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

95 **Ausländische Pflegekräfte: Eine globale Katastrophe, ein moralischer Bankrott oder einfach nur Markt der Fachkräfte?**
Markus Golla BScN MScN


## Wir stellen uns vor


99 **Vinzentinum Wien - Pflegeausbildung mit Perspektive**
Mag.ª Dr.in Esther Matolycz



**IMPRESSUM**

**Medieninhaber**
Markus Golla, BScN, MScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

**Herausgeber**
Markus Golla, BSc, MScN

**Redaktion**
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

**Lektorat**
Markus Golla BScN MScN & Mag. Katrin Schützenauer

**Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion**
Markus Golla, BSc, 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) Business Circle
(C) 2021 Markus Golla, BSc, 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

ST. PÖLTEN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

/fh/// st.pölten

AIS Kongress
Anästhesie • Intensivpflege • Studium

## 4. März 2022 | 09:00–17:00 Uhr | FH St. Pölten

Plenarvorträge &
Hands-on-Workshops
Bachelorarbeiten

### Themenschwerpunkte

- Anästhesie mit Hindernissen
- Das polytraumatisierte Kind
- Aktuelle berufspolitische Entwicklungen

# AIS-Kongress

Anästhesie • Intensivpflege • Studium

WWW.FHSTP.AC.AT

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,**

Das Pflegemanagementforum des Business Circle zählt in Österreich zu den qualitativ hochwertigsten Pflegeveranstaltungen. Der Fokus liegt hier ganz klar auf interessante Inhalte für Führungspersonen. Doch nicht nur die Vorträge können sich sehen lassen, auch das Netzwerken steht an diesen Tagen oben auf der ToDo-Liste. Das Who is Who der österreichischen Pflegemanagementszene kommt nahezu jedes Jahr zu diesem Event. Es war auch dieses Jahr eine besondere Ehre diese zwei Tage zu moderieren.

Schon jetzt arbeitet das Team des Business Circle an der Veranstaltung 2022. Hierzu haben bereits internationale Speaker:innen, wie Prof. Dr. Christel Bienstein oder Dr. Markus Mai, zugesagt. Es wird also auf jeden Fall wieder spannend und zukunftsweisend.

Natürlich haben wir abseits vom Business Circle wieder eine Menge anderer Artikel gesammelt, die ebenso eine interessante Leselektüre darstellen. Hierbei sind wieder die unterschiedlichsten Themen am Start, die Sie hoffentlich wieder begeistern werden.

Wir freuen uns natürlich sehr, Sie auch in unserem 7.ten Verlagsjahr mit Inhalten aus der Pflege zu versorgen. Gerade in Zeiten der Pandemie braucht es einen regen, digitalen Austausch, Informationen und einen Blick in die Zukunft oder in Fachgebiete um die Herausforderungen und den Wahnsinn zu bewältigen.

**In diesem Sinne, gönnen Sie sich eine anregende Lektüre.**

**Ihr Markus Golla**

**Markus Golla BScN MScN**
Verleger „Pflege Professionell“

# Alltäglicher Mut für außergewöhnliche Zeiten

***In den ersten Monaten der Pandemie feierten die Menschen Helden an vorderster Front und ein „Wir schaffen das“-Geist durchdrang die Gesundheitsorganisationen. In jüngerer Zeit haben wir mit Führungskräften im Gesundheitswesen gesprochen und gefragt, wie es ihren MitarbeiterInnen geht, und die Worte, die wir am häufigsten hören, sind „ängstlich und erschöpft“. Die Herausforderungen, denen sich Führungskräfte im Gesundheitswesen gegenübersehen, spiegeln sich in den Ereignissen in unserer gesamten Nation wider. Die CDC berichtete, dass die Symptome von Angstzuständen und Depressionen im Vergleich zum Vorjahr um das Drei- bis Vierfache gestiegen sind. (1) Öffentliche Meinungsumfragen zeigen, dass eine beträchtliche Mehrheit der Amerikaner glaubt, dass unser Land in die falsche Richtung geht. (2) Eine von McKinsey veröffentlichte Studie ergab, dass „die Verhaltensgesundheit zu den wichtigsten Gesundheitsproblemen bei der Belegschaft gehört, wobei neun von zehn befragten Arbeitgebern feststellten, dass COVID-19 die Verhaltensgesundheit und/oder Produktivität ihrer Belegschaft beeinträchtigt.“ (3)***

***Führungskraft, was kannst du tun?***

© Prazis Images

Dieser Artikel erklärt, wie große Angst zu fehlerhaften Führungsentscheidungen führen kann und warum die Förderung eines alltäglichen Mutes das Gegenmittel ist. Wir teilen 13 Strategien, um eine effektivere Führungskraft zu sein und eine positive Kultur inmitten der beispiellosen Herausforderungen des heutigen Gesundheitswesens zu fördern.

### Die Gefahren großer Angst

In seinem klassischen Buch „On the Psychology of Military Incompetence“ stellte Norman Dixon fest, dass der Hauptunterschied zwischen hoch fähigen Kommandeuren und ihren unfähigen Gegenspielern darin bestand, dass letztere nicht die Fähigkeit entwickelt hatten, mit Angst umzugehen. (4) Unkontrollierte Angst kann durch Auslösen von Lähmung oder Panik katastrophale, militärische Fehler verursachen. An der geschäftlichen Front kam Jim Collins in seinem Buch „How the Mighty Fall“ zu dem Schluss, dass Entscheidungen, die als Reaktion aus Angst getroffen werden, oft eine sich selbst erfüllende Prophezeiung schaffen, die das Gefürchtete herbeiführt. (5)

Betrachten Sie die folgenden Beispiele aus der Luftfahrtindustrie. Am 27. März 1977 befand sich Kapitän Jacob van Zanten in einem Zustand großer Angst. Seine KLM 747 war von ihrem Bestimmungsort auf eine winzige Start- und Landebahn auf der Insel Teneriffa umgeleitet worden. Er wusste, dass seine Crew eine Auszeit nehmen würde, wenn er nicht innerhalb weniger Stunden abhob, was bedeutete, dass KLM ein Ersatzflugzeug schicken und Hunderte von Passagieren unterbringen musste, alles mit großem Aufwand. Auf der anderen Seite wusste er, dass er riskieren würde, seinen Pilotenschein zu verlieren, wenn er nach dem Timeout seiner Besatzung abhob. Zu seinen Sorgen trug noch ein dichter Nebel über der Insel bei, der die Sicht auf weniger als 200 m reduzierte.

Die überwiegenden Bedenken seines Copiloten und seines Flugingenieurs verführte van Zanten zu einer raschen Beschleunigung über die Landebahn. Sekunden später krachte sein Flugzeug in eine weitere Pan Am 747. Mit 583 Todesopfern war es die tödlichste Flugkatastrophe der Geschichte. Es hatte keinen Gerätefehler gegeben; es war menschliches Versagen eines Piloten in einem Zustand großer Angst.

Am 15. Januar 2009 flog der Flug 1549 der US Airways nach einem Routinestart vom LaGuardia Airport in New York City in einen Vogelschwarm, der beide Triebwerke sofort abschaltete. Pilot Chesley „Sully“ Sullenberger hielt in den nächsten Minuten eine ständige Kommunikation mit der Flugsicherung, seinem Copiloten und den Flugbegleitern in der Kabine. Ruhig teilte er der Flugsicherung mit, dass er den vorgeschlagenen, alternativen Landeplatz nicht erreichen könne und auf dem Hudson River landen würde. Trotz der katastrophalen mechanischen Ausfälle verließen alle 155 Menschen lebend das Flugzeug.

Van Zanten, ein sehr erfahrener Pilot und gleichzeitig leitender Sicherheitsbeauftragter von KLM, wurde von Angst überwältigt und erlebte das, was Daniel Goleman in seinem Buch Emotional Intelligence als „emotionale Entführung“ beschrieb. Dadurch verloren Menschen ihr Leben. Sullenberger, ein ebenso erfahrener Pilot, der auch Senior Safety Instructor war, behielt seine Emotionen bei katastrophalen Ausrüstungsausfällen im Zaum. Als Ergebnis wurden alle Passagier- und Besatzungsleben gerettet.

Das Gegenmittel: Alltäglicher Mut

Während der COVID-19-Pandemie und der daraus resultierenden wirtschaftlichen und sozialen Verwerfungen wurden Pflegekräfte aufgefordert, härter und länger zu arbeiten als je zuvor. Sie wurden auf eine Weise herausgefordert, die noch vor einem Jahr undenkbar war, Herausforderungen, auf die die Ausbildungsstellen sie nicht hätten vorbereiten können. Zusätzlich zu diesen beruflichen Herausforderungen wurden die meisten, wie alle anderen auch, mit Herausforderungen an der Heimatfront konfrontiert. Für viele war jedoch die wichtigste Herausforderung – und die wichtigste Pflicht – die Stärkung der Arbeitsmoral.

Der Schriftsteller Robert Louis Stevenson sagte: „Behalte deine Ängste für dich, aber teile deinen Mut mit anderen.“ Für die Führungskraft bedeutet dies manchmal, den Mut zu teilen, den Sie selbst vielleicht nicht fühlen. Die folgenden 13 praktischen Strategien können Ihnen dabei helfen, den Alltagsmut jeden Tag zu fördern. Wir sprechen nicht über Ehrenmedaillen oder Tapferkeit.

Die Rede ist vom alltäglichen Mut des Reinigungsdienstes, der nach der Entlassung eines Patienten mit COVID-19 ein Zimmer aufräumt, der Krankenpflegefachkraft, die bei einem sterbenden Patienten sitzt, dessen Familie außerhalb des Zimmers bleiben muss, und ihren Angehörigen durch ein Fenster oder auf einem Bildschirm sehen und die Kinderkrankenpflegefachkraft, die freiwillig auf einer COVID-19-Intensivstation für Er-

wachsene arbeitet. Und wir reden davon, jeden Tag aufzutauchen, auch wenn Sie lieber unter das Bett kriechen und die Tür hinter sich schließen würden.

### Strategie Nr. 1: Betonen Sie Ihr Bekenntnis zu Werten

Die erste Verantwortung von Pflegefachkräften besteht darin, sich über ihre eigenen Werte im Klaren zu sein und sich täglich darum zu bemühen, dass sich diese Werte in ihrer Arbeitseinstellung, ihrem Umgang mit Menschen, ihrem Umgang mit Konflikten, nach welchen Kriterien sie Entscheidungen treffen und wie sie mit Hindernissen und Rückschlägen umgehen. Die zweite Verantwortung besteht darin, den Menschen, die sie führen, zu helfen, dasselbe zu tun. Diese Qualität definiert mehr als jede andere das Herz einer Pflegefachkraft. (7)

Es wurde oft gesagt: „Verschwende keine Krise“. Wie kann diese Krise uns allen helfen, die Werte klarer zu machen, die definieren, wer wir sind und wofür wir stehen? Wie können wir als Führungskräfte im Gesundheitswesen die Menschen, die von uns nach Führung suchen, herausfordern, um diese Werte zu ehren?

### Strategie #2: Konzentrieren Sie sich auf das Ziel

Den Menschen zu helfen, sich daran zu erinnern, warum sie sich den Heilberufen angeschlossen haben – und sie daran zu erinnern, warum es ihnen wichtig ist – ist das beste Gegenmittel gegen Angst und Furcht. Der einzige Grund, warum Menschen Angst haben, ist, dass es ihnen wichtig ist. Wenn es ihnen egal wäre, ob sie abgelehnt werden oder gescheitert sind, hätten sie keine Angst vor Ablehnung und Versagen. Sie daran zu erinnern, warum es ihnen wichtig ist, wird ihnen helfen, den Mut zu finden, zu fragen, obwohl sie eine Ablehnung riskieren, und es versuchen, obwohl sie das Risiko eines Scheiterns eingehen.

Ein Beispiel aus der Praxis: Im vergangenen September wütete Hurrikan Laura mit Windgeschwindigkeiten von über 225 km/h im Südwesten von Louisiana. Fenster wurden zertrümmert, Gebäude dem Erdboden gleichgemacht und die Gemeinde verlor Strom und Wasser. Das Gebiet wurde evakuiert, darunter die meisten Patienten und das Personal des Lake Charles Memorial Hospital. Unter den wenigen zurückgebliebenen Personen befanden sich 20 Pflegekräfte auf der neonatologischen Intensivstation des Krankenhauses. Ungeachtet des persönlichen Risikos blieben sie, um 19 nicht zu transportierende Frühgeborene zu betreuen. Hätte man diese Pflegekräfte gebeten, in der Küche zu bleiben, um sicherzustellen, dass die Gefrierschränke nicht geplündert werden oder um Computer mit Forderungen zu bewachen, hätten sie die Bitte für absurd gehalten. Niemand kümmert sich genug um diese Dinge, um sein Leben für sie zu riskieren. Sie blieben, weil sie sich um ihre Patienten kümmerten.

Für Sie als Führungskraft ist es genauso wichtig, sich daran zu erinnern, warum Sie sich für die Menschen interessieren, für die Sie verantwortlich sind. Chris Van Gorder, Präsident und CEO von Scripps Health in San Diego, Kalifornien, drückt es so aus: „Wenn Sie sich wirklich um die Menschen kümmern, die Sie führen dürfen und Sie das sehen und spüren

© Andy Dean

können, werden es dieselben Menschen gleich mehrfach zurückgeben. Dies gibt auch Ihnen die Ausdauer und sogar den Mut, über einen längeren Zeitraum durchzuhalten. Aber die Fürsorge muss echt und nicht fabriziert sein, sonst werden Ihre Leute es durchschauen.“ (8)

### Strategie #3: Seien Sie präsent

In J.R.R. Tolkiens Fantasy-Klassiker Der Herr der Ringe, Gandalf, der Zauberer, war dafür bekannt, dort aufzutauchen, wo er am meisten gebraucht und am wenigsten erwartet wurde. Das ist ein wesentliches Element mutiger Führung in einer Krise. Wie J. Larry Shackleford, CEO des Washington Regional Medical System in Fayettesville, Ark., es in realen Begriffen formuliert: „Als Führungskräfte in Krisenzeiten ist es von entscheidender Bedeutung, die emotionalen und mentalen Aspekte im Auge zu behalten, Wohlbefinden Ihres Managemententeams. ... Dieser Führungsstil manifestiert sich darin, ... für die Mitarbeiter sichtbar und zugänglich zu sein, auch für die an vorderster Front. Das bedeutet das Anlegen von persönlicher Schutzausrüstung und regelmäßige Besuche auf den Intensivstationen und COVID-19-Einheiten, auch an Nächten und Wochenenden.“ (9)

### Strategie #4: Seien Sie zuversichtlich

Im Film U-571 macht sich eine amerikanische U-Boot-Besatzung auf, ein deutsches U-Boot zu entführen, aber alles geht schief. Der amerikanische Kapitän wird getötet und hinterlässt seinem Exekutivoffizier das Kommando über eine Skelettbesatzung auf einem deutschen U-Boot, welches sie nicht bedienen können. Der neue Kommandant sagt den Männern ehrlich, dass er nicht wisse, wie er sie aus dem Schlamassel holen soll. Kurz darauf sagt ein erfahrener U-Boot-Fahrer dem jungen Offizier: „Sie sind jetzt der Skipper, und der Skipper weiß immer, was zu tun ist, ob er es tut oder nicht.“ Dies ist eine ziemlich gute Metapher für die Verantwortung einer Führungskraft in schwierigen Zeiten. Sie wissen vielleicht nicht, was Sie tun werden, aber Sie müssen an Ihre Fähigkeit glauben, etwas zu tun. Noch wichtiger ist, dass Sie diejenigen, die von Ihnen nach Führung suchen, glauben machen, dass Sie in der Lage sind, etwas zu tun, und ihnen gleichzeitig die Entscheidung beruhigen.

### Strategie #5: Seien Sie transparent

Während des Vietnamkrieges verbrachte Admiral James Stockdale mehr als 7 Jahre in einem Kriegsgefangenenlager. Er entwickelte die Philosophie, die Jim Collins, Autor von Good to Great, das Stockdale-Paradox nannte: „Du darfst niemals den Glauben daran verlieren, dass du am Ende überwiegen wirst – dass du dir nie erlauben kannst, zu verlieren, - mit der Disziplin verwechseln, dich den grausamen Tatsachen deiner aktuellen Realität zu stellen, was auch immer sie sein mögen.“ (10)

Menschen wollen wie Erwachsene behandelt werden und sie wollen die Wahrheit erfahren, die ihren Job und ihre Zukunft beeinflusst. Der sicherste Weg, Vertrauen zu gewinnen, besteht darin, ihnen diese Wahrheiten zu sagen und der sicherste Weg, Vertrauen zu verlieren, besteht darin, sie davon zu überzeugen, dass alles in Ordnung ist, wenn sie wissen, dass es nicht so ist. Aber Sie müssen diese Wahrheiten auf eine Weise teilen, die den Glauben, dass Sie am Ende siegen werden, nicht untergräbt.

### Strategie #6: Machen Sie es persönlich

Wir definieren eine transformative Führungskraft als jemanden, die ihnen hilft, Ziele zu erreichen, von denen sie nicht wussten, dass sie sie erreichen können, indem sie ihnen hilft, die Person zu werden, von der sie nicht wussten, dass sie sie sein könnten. Da sich die Kultur nicht ändert, solange sich die Menschen nicht ändern, sollte Ihr Fokus darauf liegen, Einzelpersonen dabei zu helfen, ihre Ziele zu erreichen, indem Sie Ihre Werte leben. Je mehr Menschen diese Verpflichtung eingehen, desto stärker wird sich eine stärkere Unternehmenskultur entwickeln. Verbesserte Patientenzufriedenheit, geringere Fluktuation in der Klinik und erhebliche Kosteneinsparungen sind nur einige der organisatorischen Ergebnisse, die sich daraus ergeben können, dass Menschen die Kultur persönlich gestalten.

### Strategie #7: Macht es Spaß

In ihrem Buch No Ego schrieb Cy Wakeman, dass der durchschnittliche Mitarbeiter 2,5 Stunden pro Tag mit Drama verbringt. (11) Mit dem Versuch, Dramen zu eliminieren, indem man Regeln und Richtlinien dagegen einführt oder Leute dafür verantwortlich macht, dass es entstand, erhöht mit höherer Wahrscheinlichekit das Ausmaß des Dramas, als es zu reduzieren. Betrachten Sie die „Pickle Challenge for Charity“, einen unbeschwerten Ansatz, um Menschen zu inspirieren und Beschwerden in Spenden umzuwandeln. Wir haben dekorierte Gurkengläser, Gurkenparaden, Menschen in Gurkenkostümen und Hunderte anderer großartiger Ideen gesehen, um giftige emotionale Negativität am Arbeitsplatz zu beseiti-

© Philip Steury

gen. Bis heute wurden mehr als 100.000 US-Dollar für Wohltätigkeitsorganisationen gesammelt, indem fast eine halbe Million Beschwerden in Spenden umgewandelt wurden. Noch wichtiger ist, dass die Auswirkungen auf die Arbeitsumgebung sofort sichtbar sind und der teilnehmenden Organisation keine finanziellen Kosten entstehen. (12)

### Strategie #8: Null-Toleranz-Verhalten erzwingen

Sie können die Angst am Arbeitsplatz nicht vertreiben, wenn Mobbing-Verhalten toleriert wird. Als Führungskraft müssen Sie eine Null-Toleranz-Politik für missbräuchliches und respektloses Verhalten durchsetzen. Renee Thompson, eine der landesweit führenden Behörden für Mobbing durch Mitarbeiter im Gesundheitswesen, sagte uns, dass sich das Mobbing-Problem seit Beginn der Pandemie verschlimmert habe. Sie glaubt, dass der größte Fehler, den Führungskräfte im Gesundheitswesen machen können, darin besteht, missbräuchliches Verhalten zu rationalisieren, weil die Menschen unter Druck stehen. Sie schlägt vor, dass Führungskräfte dieses Skript verwenden, um Mobbing-Verhalten zu konfrontieren: „Sie können wütend, frustriert oder verängstigt sein, aber Sie können nicht grausam sein. Weder Sie noch ich haben die Zeit oder Energie, um heute etwas anderes als unser Allerbestes zu sein.“ (13)

### Strategie Nr. 9: Wenden Sie sich an Ihre Gemeinschaft

In seinem Buch Building a Vibrant Community schrieb Quint Studer: „Gesundheitssysteme sollten über ihre Rolle der direkten Patientenversorgung hinausgehen und investieren“ ihre Gemeinde gesund und lebendig zu halten.“ (14) In der heutigen herausfordernden Umgebung können Führungskräfte des Gesundheitswesens in ihren Gemeinden den alltäglichen Mut fördern, indem sie erweiterte Programme zur psychischen und verhaltensbezogenen Gesundheit anbieten, insbesondere für bereits unterversorgte Bevölkerungsgruppen. Zum Beispiel hat das Kinderkrankenhaus New Orleans kürzlich eine neue 51-Betten-Behavioral Health-Einheit eröffnet, die jungen Menschen in der Golfregion verbesserte Dienstleistungen bietet.

### Strategie Nr. 10: Schützen Sie Ihre Leute

Jeffrey Doucette, Senior Vice President und CNO des Thomas Jefferson University Hospitals in Philadelphia, Pennsylvania, berichtet, dass ein Kollege seinen Teammitgliedern sagte: „Wir sitzen alle zusammen in diesem Boot, aber ich bin der Kapitän des Schiffes und meine wichtigste Aufgabe ist es, Ihnen zu helfen, sicher durch den Sturm zu kommen.“ Doucette sagte: „Diese einfache Aussage war eine Bestätigung, dass Sie sich vielleicht einsam fühlen, Ihr Team zu führen, aber nie allein sind. Es ist wichtig, den Unterschied zu lernen.“ (15) Kit Bredimus, CNO am Midland Memorial Hospital in Texas, stellte fest, dass seine MitarbeiterInnen im Zuge der Corona-Pandemie zunehmend negativen Kommentaren und Kritik in der Presse, in den sozialen Medien, via E-Mail, SMS und von vielen Seiten ausgesetzt waren. Er schrieb einen Leitartikel, der in der Lokalzeitung veröffentlicht wurde, in dem er die Menschen aufforderte, einem Mitarbeiter des Gesundheitswesens eine Unterstützungsbotschaft zu senden. Er sagte uns, dass sich die Einstellung der Gemeinde gegenüber dem Krankenhauspersonal seit der Veröffentlichung des Editorials deutlich positiv verändert habe. (16)

### Strategie #11: Fördern Sie eine Selbsthilfegruppenkultur

Es gibt Selbsthilfegruppen, um Menschen bei der Bewältigung gemeinsamer Herausforderungen zu helfen. Wenn ein Treffen der Selbsthilfegruppe endet, hat der Patient mit Krebs immer noch Krebs, aber er oder sie geht mit etwas mehr Hoffnung und Inspiration und oft mit neuen Freunden aus der Veranstaltung. Mobbing und missbräuchliches Verhalten werden in Selbsthilfegruppentreffen einfach nicht toleriert. Stellen Sie sich diese Art von Geist an Ihrem Arbeitsplatz vor – einen Geist, in dem die Leute bereit sind, um die Hilfe zu bitten, die sie brauchen und Kollegen, die um Ihre Hilfe bitten, zu helfen.

Eine Möglichkeit, dies zu tun, besteht darin, die Menschen zu ermutigen, die Goldene Regel in umgekehrter Reihenfolge (die Nedlog-Regel) zu übernehmen: Alles, was Sie bereit wären, für andere zu tun, wenn sie Sie darum bitten würden, seien Sie bereit, bei Bedarf um dieselbe Hilfe zu bitten, wenn es um Sie selbst geht. Versuchen Sie als Führungskraft eine Atmosphäre zu schaffen, in der Menschen ermutigt werden, um Hilfe zu bitten, wenn sie ihre eigenen Krüge nachfüllen müssen.

### Strategie #12: Tun Sie mehr, um Ihre Leute zu erkennen

Unserer Erfahrung nach ist nicht-monetäre Anerkennung genauso oder motivierender, als Geld. Gerade wenn die Anforderungen der sozialen Distanzierung es erschweren, Führung durch Herumlaufen zu praktizieren, ist es wichtig, andere Formen der formellen und informellen Anerkennung von Menschen für ihre harte Arbeit und Leistung zu schaffen. Bonnie Barnes, Mitbegründerin der DAISY Foundation, sagte uns: „Während des COVID-19-Anstiegs hörten wir wiederholt von CNOs, dass die Aufrechterhaltung des Anerkennungsrituals für ihre Pflegekräfte, insbesondere in der stressigsten Zeit des Gesundheitswesens, kulturell kritisch sei. Indem sie in dunklen Tagen und Nächten ein helles Licht anstrahlten, fanden die Pflegekräfte die Kraft, am nächsten Tag wiederzukommen und diese sehr harte Arbeit noch einmal zu erledigen.“ (17)

### Strategie #13: Erhalten Sie die heilige Hoffnung

In seinem Klassiker „The True Believer“ schrieb Eric Hoffer, dass jeder, der die Welt oder seine Ecke der Welt verändern möchte, in der Lage sein muss, „eine extravagante Hoffnung zu entfachen und zu schüren“. (18) Besonders in unruhigen und turbulenten Zeiten ist es einer der wichtigsten Gebote der Führungsperson, diese Art von Hoffnung zu entfachen. Jacque Camp, Executive Director of Patient Experience and Strategy bei JPS Health Network in Fort Worth, Texas, sagte uns: „Wir verwenden evidenzbasierte Praktiken, die die Pflege von Geist, Körper und Seele beinhalten. Unsere Teammitglieder können diese auch für das eigene Wohlbefinden nutzen. Wenn Sie sehen, wie Ihre Teams dieselben liebevollen Techniken mit ihren Patienten anwenden, erkennen Sie, dass die heilige Hoffnung, die wir alle haben, ein Geschenk ist, das es wert ist, geteilt zu werden.“ (19)

### Der ultimative Führungstest

In Krisenzeiten, wie wir sie im vergangenen Jahr erlebt haben, ist es für Führungskräfte unabdingbar, mehr und nicht weniger in den Aufbau einer positiven Eigenverantwortungskultur zu investieren. Wie es Admiral Eric Olson im Ruhestand ausdrückte: „Kultur, Moral und Standards hängen alle vom Anführer ab und nichts davon kann in einer Krise geopfert werden. Eine Kultur, die nicht gepflegt wird, wird irgendwohin verschwinden, wo die Führungskraft sie absolut nicht haben möchte und wenn sie es einmal tut, ist es unmöglich, sie zurück zu bekommen.“ (20)

Dave Altman, Chief Operating Officer des Center for Creative Leadership in Greensboro, NC, sagte uns: „Wenn wir in Zukunft auf die Herausforderungen zurückblicken, die uns im Jahr 2020 gestellt wurden, werden sich die besten Führungskräfte an die harten Lektionen erinnern.“ Sie haben vieles gelernt und angewendet und werden ihre aktuellen Herausforderungen als Treibstoff für die Weichenstellung in die ungewisse Zukunft annehmen.“ (21) Wenn ein Krankenhaus oder ein Gesundheitssystem ein Werte- und Kulturprojekt mit einem Wertecoach beginnt, erhalten sie ein großes

**Autor**

**Joe Tye, MHA, MBA**

Joe Tye ist Gründer und Cheftrainer von Values Coach Inc. in Solon, Iowa. Er ist Autor von 15 Büchern, darunter The Florence Prescription: From Accountability to Ownership und (mit Bob Dent) Building a Culture of Ownership in Healthcare, AJN #1 Book of the Year 2017.

Banner mit der Aufschrift „Fahren Sie fort, bis es alle verstanden haben: Für Führung ist kein Managementtitel erforderlich.“ Diese Denkweise – die Verpflichtung zu handeln, wenn es nötig ist und um Hilfe zu bitten, wenn Sie sie brauchen – ist der ultimative Vorteil, wenn Sie Ihre MitarbeiterInnen in diesen außergewöhnlichen Zeiten mit alltäglichem Mut inspirieren.

**Literaturverzeichnis**

1. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic—United States, June 24-30, 2020. Centers for Dis- ease Control and Prevention. 2020. www.cdc.gov/mmwr/ volumes/69/wr/ mm6932a1.htm.

2. Brenan M. Satisfaction with US direction lowest in four years. Gallup. 2020. https://news.gallup.com/ poll/312575/satisfaction-direction- lowest-four-years.aspx.

3. Coe E, Enomoto K, Gupta A, Lewis R. National employer survey reveals behavioral health in a COVID-19 era as a major concern. McKinsey & Company. 2020. www.mckinsey.com/industries/ healthcare-systems-and-services/ our-insights/national-employer-survey-reveals-behavioral-health-in- a-covid-19-era-as-a-major-concern.

4. Dixon NF. On the Psychology of Military Incompetence. New York, NY: Basic Books; 1976.

5. Collins JC. How the Mighty Fall: And Why Some Companies Never Give In. New York, NY: HarperCollins; 2009.

6. Goleman D. Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ. New York, NY: Bantam Books; 1995.

7. Dent B, Tye J. The Heart of a Nurse Leader: Values-Based Leadership for Healthcare Organizations. Solon, IA: Values Coach; 2018.

8. Van Gorder C. Personal correspondence. October 6, 2020.

9. Shackleford JL. Wartime leadership in the battle against COVID-19. Arkansas Hospitals. 2020. https:// issuu.com/arkhospitals/ docs/ arkansashospitalsfall2020.

10. Collins JC. Good to Great: Why Some Companies Make the Leap... and Others Don’t. New York, NY: HarperCollins; 2001.

11. Wakeman C. No Ego: How Leaders Can Cut the Cost of Workplace Drama, End Entitlement, and Drive Big Results. New York, NY: St. Martin’s Press; 2017.

12. Tye J, Dent B. Pickle Pledge: Creating a More Positive Healthcare Culture—One Attitude at a Time. Solon, IA: Values Coach; 2016.

13. Thompson R. Personal correspondence. October 12, 2020.

14. Studer Q. Building a Vibrant Community: How Citizen-Powered Change Is Reshaping America. Janesville, WI: Be the Bulb Publishing; 2018.

15. Doucette J. Achieving work-life effectiveness. Nurs Manage. 2020;51(10):56.

16. Bredimus K. Personal correspondence. October 12, 2020.

17. Barnes B. Personal correspondence. October 8, 2020.

18. Hoffer E. The True Believer: Thoughts on the Nature of Mass Movements. New York, NY: Harper & Row; 1951.

19. Camp J. Personal correspondence. October 13, 2020.

20. Olson E. The war on the corona- virus: three top military leaders offer lessons from the front lines of managing deadly crises. McKinsey Quarterly. 2020. www.mckinsey.com/ business-functions/ strategy-and- corporate-finance/ our-insights/the- war-on-the-coronavirus.

21. Altman D. Personal correspondence. October 7, 2020.

hpsmedia

CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

# Führungsbarometer Pflege 2021

**Ergebnisse zur Erhebung aktueller Herausforderungen von Führungskräften in allen Bereichen der Pflegepraxis, zu Einflussfaktoren sowie zu Erwartungen und Grundlagen für zukünftige Rahmenbedingungen und Strategien**

Die vergangenen Monate rückten die Pflegeberufe in das Licht der Öffentlichkeit. Führungskräfte der Pflegeberufe hatten verschärft durch die Corona-Pandemie enorme Aufgaben zu bewältigen. Reale Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe rückten deutlich in den Blick der Öffentlichkeit.

Das Karl Landsteiner Institut (KLI) für Human Factors & Human Resources im Gesundheitswesen nahm die Präsenz der Pflegeberufe und deren Arbeitsbedingungen zum Anlass und führte im März und April 2021 mit EUCUSA, dem Spezialisten für Feedbacksysteme, eine Befragung von Führungskräften der Pflegeberufe durch an der knapp 1.600 Führungskräfte der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe aus ganz Österreich teilnahmen.

Bereits 2016 widmete sich das Karl Landsteiner Institut mit einer Umfrage – dem Führungsbarometer 2016 – diesem wichtigen Thema. 2021 wurden die Fragestellungen modifiziert und ergänzt und zeigen ein aktuelles Bild der Arbeitssituationen und unter welchen Voraussetzungen die Handlungsfelder der Pflegeführung als zufriedenstellend empfunden wird. Die Befragung 2021 legte ihren Fokus auf die komplexen Rollenbilder von Führungskräften in der Pflegepraxis, sowie auf die damit verknüpften Erwartungshaltungen in den Systemen insgesamt. Zudem wird die Attraktivität von Führungspositionen in allen Handlungsfeldern des Gesundheits- und Pflegewesens hinterfragt.

## Hintergrund

Führungsaufgaben in Gesundheitseinrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen, umfassen lt. § 26 Gesundheits- und Krankenpflege Gesetz (GuKG) die Verantwortung für die Qualität der Pflege und für die Organisation der pflegerischen Maßnahmen in der Einrichtung. Dazu zählen Überwachung, Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität und der Pflegeorganisation, die Führung und der Einsatz des Personals im Pflegebereich, sowie die Organisation der Sachmittel und Überwachung des Sachmitteleinsatzes im Pflegebereich. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Organisationseinheiten und Berufsgruppen stellt ebenfalls eine nicht minder wichtige Aufgabe von Führungskräften dar.

Für den Wettbewerb am Arbeitsmarkt und für die Attraktivität des Berufsfeldes spielen nicht nur neue Herausforderungen und geänderte Rahmenbedingungen eine Rolle sondern auch veränderte Erwartungen von Mitarbeiter:innen und Führungskräften. Für die Sicherstellung der Zukunftsfähigkeit von Gesundheits- und Pflegeorganisationen erfordert dies eine verstärkte Einbeziehung von Führungspersonen in strategische Entscheidungen.

Das Aufgabenfeld der Führungspersonen ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Wenn neben Arbeitsbedingungen, Gehalt, Work-Life-Balance und allgemeiner Arbeitsbelastung auch Zusammenarbeit im Team, Werte und Ziele der Mitarbeitenden mit den wahrgenommenen Werten der Führungskraft und der Organisation übereinstimmen, bildet dies die Basis für emotionale Mitarbeiterbindung. Diese gilt wiederum als Gradmesser für die, auch nach außen getragene, Attraktivität einer Abteilung (vgl. Schäfer, 2021; Bakker & Van Rhenen, 2009).

## Zielsetzung

Das Ziel dieser Befragung war es, Führungskräfte aus dem Bereich der Pflege in allen Bundesländern Österreichs zu aktuellen Entwicklungen zu befragen, um nicht nur die Einschätzung von derzeitigen Herausforderungen aus ihrer Perspektive einzufangen, sondern auch die Ressourcen, die ihnen zur Verfügung stehen und die Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, datenbasiert aufzuzeigen und zu beleuchten.

Ein Vergleich mit den Ergebnissen aus 2016 wurde vorgenommen und mögliche Veränderungen bzw. Stagnation nachgewiesen sowie zukünftige notwendige Entwicklungen eingeschätzt, um die Attraktivität einer Führungsrolle für junge Mitarbeitende aufzuzeigen.

## Methode

Es wurde eine quantitative online-Fragebogenerhebung – gegliedert in fünf Themenblöcken – durchgeführt. Die insgesamt 36 Aspekte (= positive Formulierungen) konnten auf einer 6er-Skala bewertet und die Auswahl eines Viertels aller insgesamt 36 Aspekte als besonders wichtig markiert werden. Ergänzt wurde der Fragebogen mit acht Gegensatzpaaren,

die in Form eines semantischen Differenzials für IST und SOLL (= JETZT und ZUKUNFT) zu beurteilen waren. Drei Zusatzfragen und acht demoskopische Items erlaubten eine differenzierte Auswertung nach Gruppen. 1.589 Führungskräfte im Bereich Pflege in Österreich haben im Zeitraum März/ April 2021 anonym teilgenommen.

## Ergebnisübersicht

In fünf Dimensionen – Rollenbild der Führungskraft, Wertschätzung, Zusammenarbeit, Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen – wurden Fragebatterien zusammengestellt und ausgewertet. Aufgrund des hohen Umfangs aller Ergebnisse wird hier nur auf die wichtigsten Erkenntnisse eingegangen. Der Gesamtbericht ist unter www.kli.at jederzeit abrufbar.

In der folgenden Abbildung eins wird die aus empirischen Daten ermittelte Skala dargestellt, aus welcher sich der notwendige Handlungsbedarf ableitet. Dies dient der Lesbarkeit der nachfolgenden Abbildungen.

## Demografische Ergebnisse

Insgesamt nahmen 1589 Personen an der Befragung teil, davon waren 1226 weiblich und 363 männlich. Eine valide Anzahl von derzeit in Österreich tätigen Führungskräften in den Pflegeberufen konnte im Vorfeld nicht erhoben werden. Auch im Gesundheitsberuferegister Österreichs ist diese Information derzeit nicht abrufbar.

Die Verteilung der Arbeitsbereiche stellte sich wie folgt dar:

58, 2 % Akutpflegebereich, 26,9% Langzeitpflegebereich, 9,2% Extramuraler Bereich (mobile Pflege), 5,2% Reha-Bereich und 0,5% nimmt der Bereich für Menschen mit Behinderungen ein.

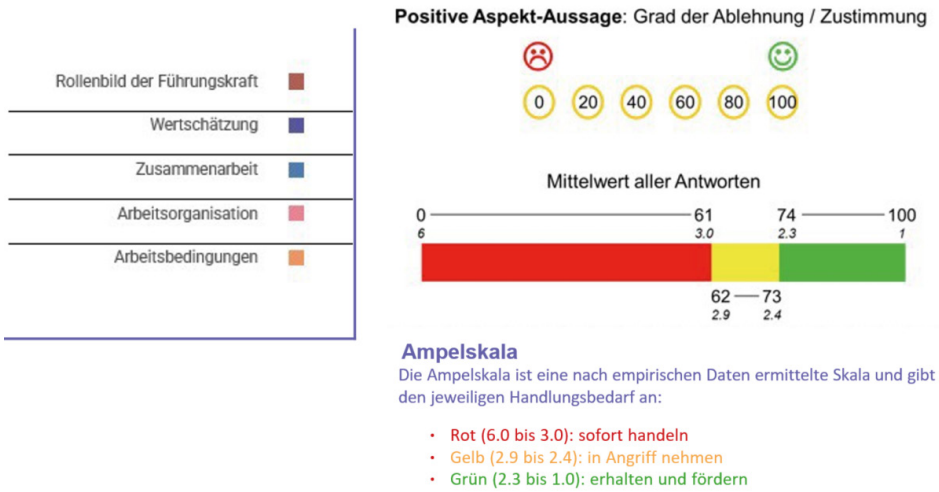



**Abbildung 1: Ampelskala zum Handlungsbedarf**

71,4% sind im mittleren Pflegemanagement tätig und 28,6% der Befragten gaben an im gehobenen Pflegemanagement die berufliche Tätigkeit auszuüben.

Die Analyse der Altersverteilung ergab, dass den Hauptteil der Befragten die Alterskategorie zwischen 50 und 60 Jahre (42,8%) ausmacht, gefolgt von der Gruppe der 40 bis 50-jährigen (30,5%). 18,6% sind zwischen 30 und 40 Jahre alt. Über 60 Jahre nahmen 3,3% teil und unter 30 Jahren 4,9%.

30,8% der Befragten gab an unter fünf Jahre in der Führung zu arbeiten. 38,5% sind bereits zwischen fünf und 15 Jahren als Führungskraft tätig und 30,6% länger als 15 Jahre.

39,1% der Befragten haben eine Akademische Ausbildung für Führungskräfte absolviert (Abb.2). Da dieser Teil bereits mehr als ein Drittel der Befragten ausmacht, kann dies auf die 2016 vorgenommene Novellierung des GuKG und der Änderung zur Qualifikation von Führungskräften zurückgeführt werden. 44% sind mit einer Sonderausbildung für Führungsaufgaben (vormals §72 GuKG) ausgestattet und lediglich 16,9% führen derzeit ein Team, ohne eine Führungskräfte Ausbildung absolviert zu haben. Dieser Anteil der Befragten korrespondiert mit dem Anteil an Führenden im mittleren Management, welche geringer als fünf Jahre in der Führung sind und unter 30 Jahre alt. Hier ist im Berufsrecht keine Führungskräfteausbildung verpflichtend verankert.

Positiv und wichtig in allen Bereichen der Pflegepraxis wurden Fragen zur Freude an der Arbeit (Abb. 3), zur Wertschätzung durch die Mitarbeitenden und Fragen zum konstruktiven Teamklima beurteilt. Auffällig ist hier, dass in den Settings Menschen mit Behinderungen, im Reha-Pflegebereich und im Langzeitbereich große Freude an der Arbeit vorherrscht. Etwas zurückhaltender in der positiven Beantwortung dieser Frage zeigen sich Proband:innen im Akutbereich.

Die Fragen zur Zusammenarbeit in den Teams und zur Wertschätzung durch die Mitarbeitenden (Abb. 4) wurden in jedem Bereich positiv beantwortet. Besonders hohe Zustimmung lässt sich im Bereich der Menschen mit Behinderungen und dem Langzeitbereich erkennen (unter Berücksichtigung, dass die Zahl der Teilnehmenden aus dem Bereich für Menschen mit Behinderung sehr gering war).

Das Teamklima wird überall konstruktiv wahrgenommen, besonders hohe Bewertungen erhielt diese Frage von Führungskräften im Bereich Menschen mit Behinderung (siehe Anmerkung oben) und im Extramuralen Pflegebereich (Abb.5). Proband:innen welche bereits das Hauptberufsalter überschritten haben und über 60 Jahre alt sind, bewerteten hier mir 87% diese Frage am positivsten. Die Ergebnisse zeigen auch, dass Angestellte bei privaten Trägerorganisationen das konstruktive Teamklima am positivsten bewerteten.

Viele weitere Ergebnisse zum Thema Zusammenarbeit liegen den Autoren vor und können auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden. dort anzufordern.

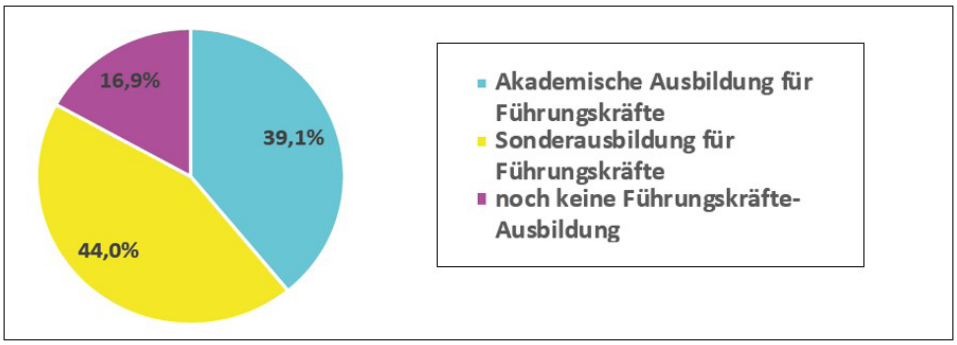



**Abbildung 2: Beteiligung nach Qualifikation**

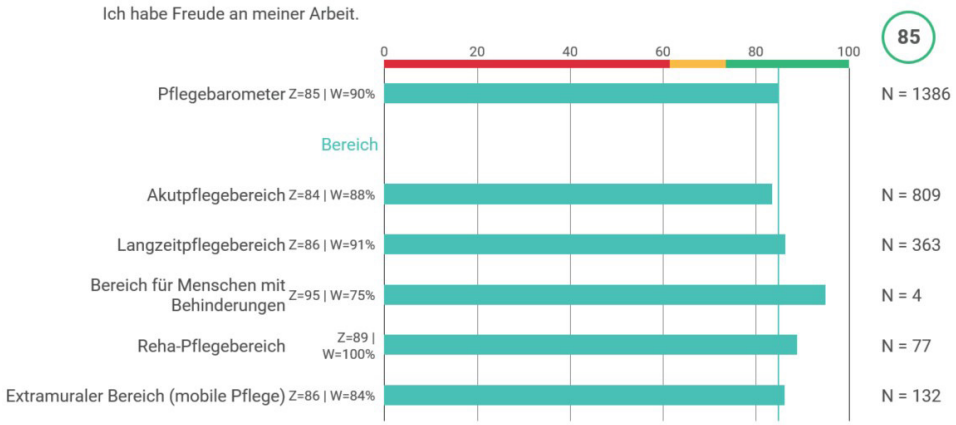



**Abbildung 3: Arbeitsbedingungen - Freude an der Arbeit**

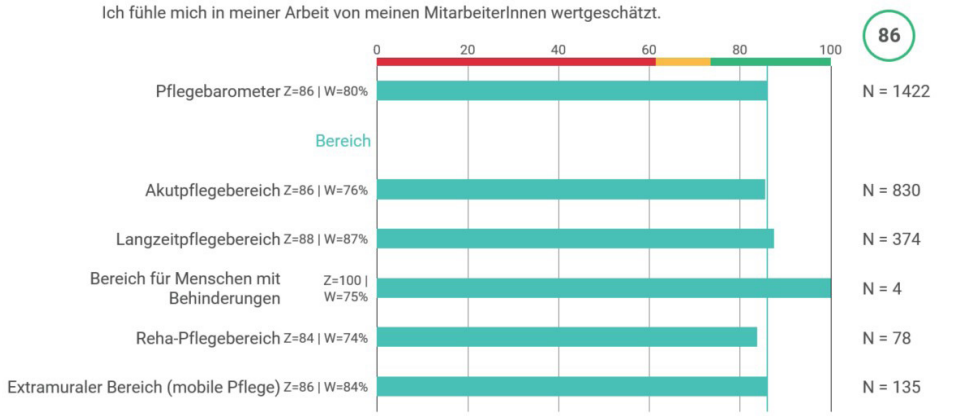



**Abbildung 4: Wertschätzung – Mitarbeiter:innen**

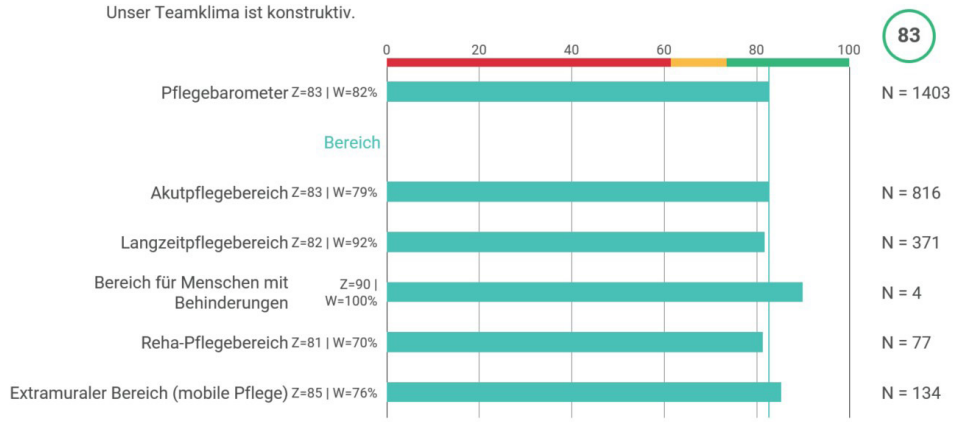



**Abbildung 5: Wertschätzung – Teamklima**

## Negative Ergebnisse bzw. Verbesserungspotentiale

Die Publicity der Pflegeberufe in den Jahren 2020 und 2021 wird von den Führungskräften nicht als Imagegewinn beobachtet. So haben 41% der Befragten die Aussage, dass das Image (Abb. 6) sich in der Öffentlichkeit im letzten Jahr verbessert hat, nicht zugestimmt. Lediglich 4% sind der Meinung, das Image hat sich verbessert.

Imagekampagnen wie es einzelne Bundesländer durchgeführt haben, zeigen in dieser Untersuchung keinen großen Erfolg. Besonders im Burgenland, der Steiermark und in Niederösterreich wurde auf diese Frage negativ geantwortet (Abb. 7).

Neben dem Image wurden vorhandene Ressourcen/Personal und die Entlohnung negativ – also im roten Bereich (akuter Handlungsbedarf) bewertet. Vor allem im Akutpflegebereich und im Extramuralen Bereich zeigt sich eine Unzufriedenheit mit der Personalsituation. Lediglich dem Reha-Pflegebereich scheint noch mehr Personalressource zur Verfügung zu stehen (Abb. 8). Die Wichtigkeit dieses Themas ist durchgehend bei allen Gruppen 100% und hat somit die höchste Wichtigkeit der gesamten Befragung.

Durch alle Altersgruppen und in allen Settings wurde das Vorhandensein von ausreichend Ressourcen für eine hohe Qualität in der Pflege negativ bewertet. Besonders im Bundesländervergleich zeigen sich die schlechtesten Bewertungen für ausreichend Ressourcen um eine hohe Qualität liefern zu können in den Bundesländer Wien, Burgenland und Salzburg (Abb. 9). Sehr kritisch bewerten diese Frage auch Führungskräfte mit einem Lebensalter

**Abbildung 6: Wertschätzung – Image**

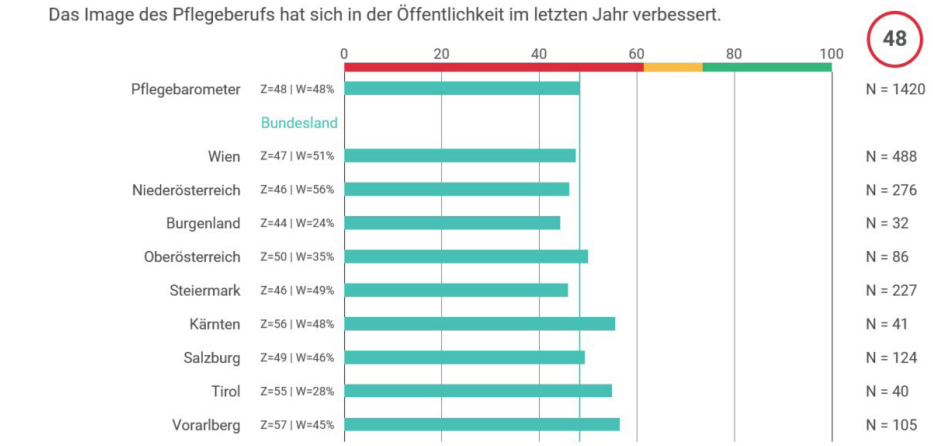



**Abbildung 7: Wertschätzung - Image/Bundesland**

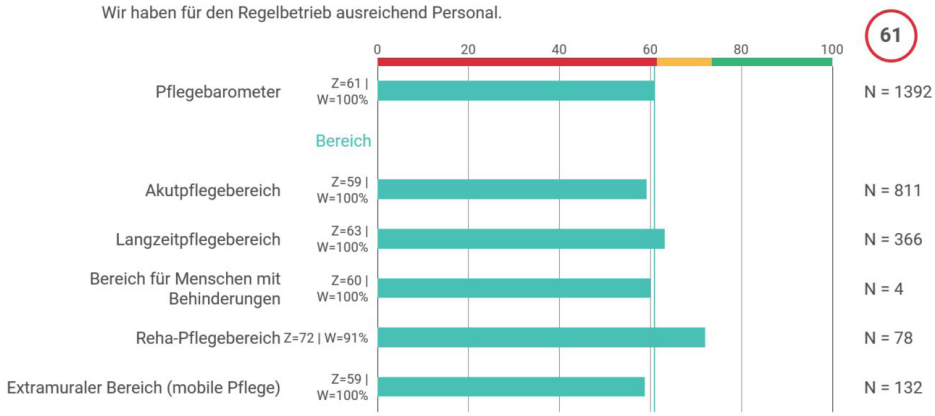



**Abbildung 8: Arbeitsorganisation - Ausreichend Personal**

unter 30 Jahren sowie einer Führungstätigkeit unter fünf Jahren.

Wertschätzung in Form einer angemessenen Bezahlung wurde von allen Proband:innen schlecht bewertet. Hier war lediglich eine geringfügig bessere Bewertung im Langzeitbereich zu erkennen (Abb. 10). Besonders kritisch sehen dies junge Führungskräfte. Teilnehmende von Privaten Trägern beurteilen diese Frage positiver als Teilnehmende Öffentlicher Träger.

In der Gegenüberstellung der Ergebnisse von 2016 und 2021 zeigt sich, dass die damals identifizierten Problemfelder mit Handlungsbedarf unverändert weiterbestehen. Die Personalressourcen sind noch geringer geworden, der wirtschaftliche Druck hat noch mehr zugenommen und das Image wurde nicht verbessert.

## Zusammenfassung und Ausblick

Der Vergleich von 2016 zu 2021 zeigt, dass es die gleichen Ressourcen sind, welche die Führungskräfte der Pflege zu ihrer Arbeit motivieren. Dies sind durchgängig Faktoren, welche den eigenen Gestaltungsspielraum betreffen.

Ebenfalls zeigt sich, dass die größten Probleme von 2016 fünf Jahre später unverändert aktuell sind, sich teilweise noch verschärft haben.

Die Auswirkungen dieser Situation zeigen sich auch darin, dass es scheinbar immer schwieriger wird, junge Kolleginnen und Kollegen für den Weg in die Führung zu motivieren.

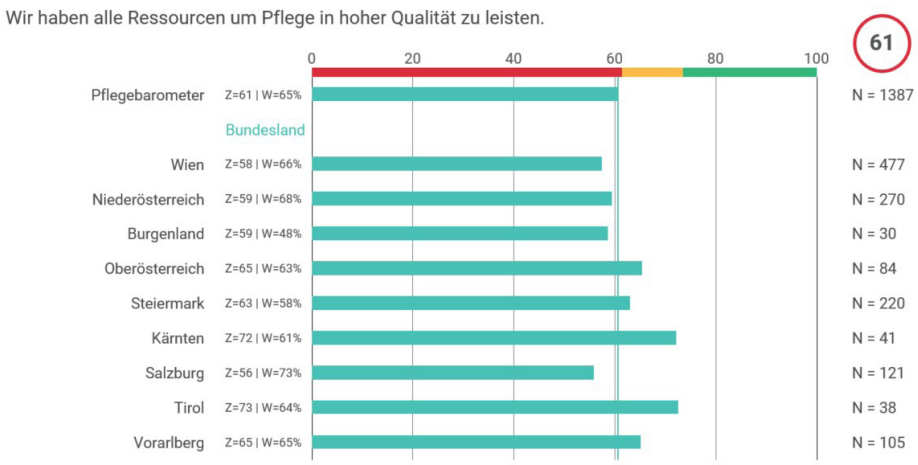



**Abbildung 9: Arbeitsorganisation - Ausreichend Ressourcen**

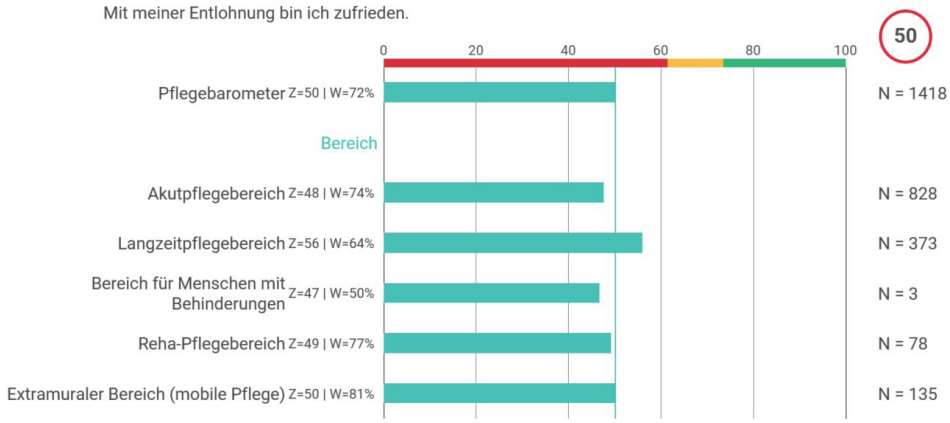



**Abbildung 10: Wertschätzung – Entlohnung**

Laut Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich 2019 (Eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit,

Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) wird von einem zusätzlichen

Bedarf an Pflegepersonen in Österreich im Jahr 2030 von 31.400 Personen ausgegangen. Dies bedeutet, dass jedenfalls der Bedarf an Führungskräften in der Pflege entsprechend steigen wird. Zusätzlich zu diesem Bedarf muss in den nächsten 10 Jahren der Abgang durch Pensionierungen – etwa 1/3 der derzeitigen Führungskräfte – kompensiert werden.

Maßnahmen zur Stärkung der bestehenden Ressourcen und zu den Ergebnissen mit dem dringendsten Handlungsbedarf sowie zur Steigerung der Attraktivität von Führungspositionen werden derzeit gemeinsam mit einer Expertengruppe mit Führungskräften verschiedener Träger, Organisationen und Einrichtungen und aus allen Versorgungsbereichen entwickelt.

Erste Ergebnisse und bereits gut funktionierende Beispiele aus der Praxis werden in einer kostenlosen Online-Veranstaltung des Karl-Landsteiner Institutes am 30. November 2021 vorgestellt. Nähere Informationen dazu unter finden Sie unter https://www.kli-hr.at/2021/10/13/fuehrung-4-0-hotspot-pflegemanagement/

**Literatur bei den Autoren aufliegend**


**Autorin**

**Mag.ª Inge Köberl-Hiebler**
Pflegekoordinatorin der AUVA, Pflegepädagogin, Publikation zu den Ergebnissen des Führungsbarometers Pflege 2021 als wissenschaftliche Beirätin im Karl Landsteiner Institut für Human Factors & Human Resources

**Autorin**

**Ursula Frohner**
ÖGKV Präsidentin a.D.

**Autor**

**Mario Filoxenidis**
Geschäftsführer EUCUSA.

**Autorin**

**Mag.ª Dr.in Annelies Fitzgerald**
Leiterin des Karl Landsteiner Institut für Human Factors & Human Resources, a.fitzgerald@karl-landsteiner.at, www.kli-hr.at

# Arbeitsbelastung im Gesundheitswesen – Erkenntnisse aus der nationalen STRAIN Studie (Schweiz)

Die aktuelle SARS-CoV-2-Pandemie führt deutlich vor Augen, wie wichtig genügend Fachpersonen für eine gut funktionierende Gesundheitsversorgung ist. Der Mangel an gut ausgebildetem Pflegepersonal ist nicht nur für die Gesundheitsorganisationen selbst eine Herausforderung, sondern wirft auch Fragen zur künftigen Versorgungsqualität im Gesundheitswesen auf (World Health Organisation, 2016). Stress am Arbeitsplatz sowie schlechte Rahmenbedingungen tragen dazu bei, dass viele Pflegende den Beruf frühzeitig verlassen (Hämmig, 2018; Lobsiger & Liechti, 2021).

## Das STRAIN Projekt

Das nationale STRAIN Projekt «Work-related Stress Among Health Professionals in Switzerland» setzt genau dort an (K.A. Peter, Hahn, Schols, & Halfens, 2020; K.A. Peter, Halfens, Hahn, & Schols, 2021). Das STRAIN Projekt wurde von Januar 2017 bis Ende Juni 2021 in allen Sprachregionen der Schweiz durchgeführt. Ziel ist es, Stressquellen, Stressreaktion und daraus entstehende Langzeitfolgen im Arbeitsalltag von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz zu erfassen und mittels Intervention langfristig zu reduzieren. Das 15-köpfige Projektteam setzt sich interprofessionell aus Mitarbeitenden der Berner Fachhochschule BFH, der HES-SO Fachhochschule Westschweiz sowie der Fachhochschule Südschweiz SUPSI zusammen und wird von Dr. Karin Peter geleitet (BFH). Die STRAIN-Studie zählt zu den grössten Schweizer Interventionsstudie in den Gesundheitsberufen, umfasst drei Messzeitpunkte und über 160 teilnehmende Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychiatrien, Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Organisationen. Über 19‘000 Gesundheitsfachpersonen haben sich an dieser Studie beteiligt. Eingeschlossen waren dabei Pflegende, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, Medizinisch-technische sowie Medizinisch-therapeutische Berufe aus allen Hierarchien und Qualifikationsstufen.

## Zentrale Resultate für die Pflege

Erste Resultate aus der STRAIN Studie zeigen, dass Pflegende und Hebammen deutlich höheren emotionalen und körperlichen Anforderungen bei der Arbeit ausgesetzt sind als alle anderen Gesundheitsberufe (siehe Abbildung 1). Zudem bieten sich ihnen weniger Entwicklungsmöglichkeiten. Darüber hinaus weisen sie im Vergleich die tiefste Arbeitszufriedenheit auf und denken am häufigsten über einen Berufsaufstieg nach.

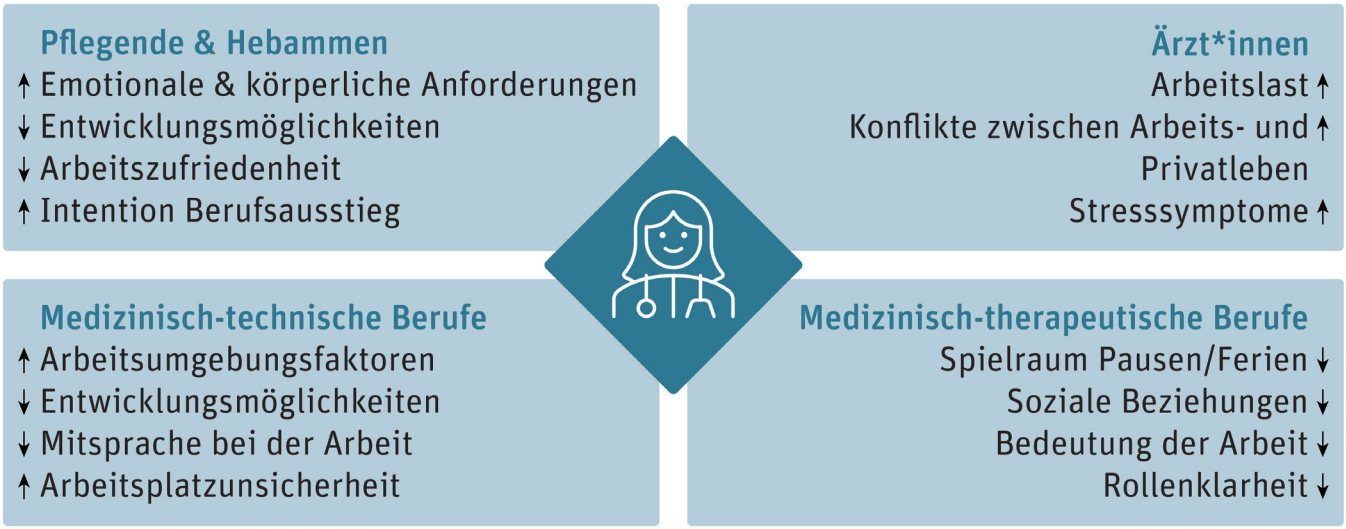



**Abb. 1: Stressoren und Auswirkungen in verschiedenen Berufsgruppen (K.A. Peter et al., 2020)**

Weitere Resultate für die Pflegberufe zeigen, dass…

- 27% der Pflegenden ihre gesetzlich festgelegten Pausenzeiten im Arbeitsalltag 'teilweise bis nie' einhalten können.
- 51% der Pflegenden Teilzeit arbeiten, aufgrund der schwierigen Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben.
- 13% der Pflegenden unter einer mässigen bis starken Beeinträchtigung im Alltag aufgrund von Wirbelsäulenbeschwerden betroffen sind.
- 15% der Pflegenden mehrmals im Monat oder sogar jeden Tag daran denken, den Beruf zu verlassen.

## Interventionsprogramm für Führungspersonen

Führungspersonen spielen eine zentrale Rolle, wenn es darum geht ein gesundes Arbeitsumfeld für Mitarbeitende zu schaffen. Sie haben einen relevante Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitskultur innerhalb der Organisation und tragen mit ihrem Engagement für eine erfolgreiche Umsetzung effektiver Massnahmen zur Prävention und Reduktion von Stress sowie für die Optimierung der Rahmenbedingungen bei der Arbeit bei (K.A Peter, Schols, Halfens, & Hahn, 2020). Die Intervention des STRAIN Projekts zielt daher auf die Schulung von Führungspersonen in allen Hierarchiestufen der teilnehmenden Organisationen ab. Basierend auf den Ergebnissen der Mitarbeitenden Befragung, Resultaten einer systematischen Literaturrecherche (1 400 Studien/Guidelines) sowie 24 Fokusgruppeninterviews mit Gesundheitsfachpersonen wurde eine Schulungsintervention für Führungspersonen im Gesundheitswesen entwickelt. Für die Intervention wurden dabei folgende relevanten Handlungsfelder identifiziert und für das Schulungsprogramm mit Führungspersonen ausgearbeitet (siehe Abbildung 2).

Das 2-tägige Schulungsprogramm sowie das anschliessende Coaching fanden organisationsübergreifend sowie in multiprofessionell zusammengesetzten Gruppen von Führungspersonen statt. Wie einer erste Evaluation mit 216 teilnehmenden Führungspersonen zeigt, wurde vor allem der Austausch in den Gruppenarbeiten mit Führungspersonen aus anderen Gesundheitsorganisationen und Berufsgruppen als gewinnbringend erachtet. Eine statistische Auswertung zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen der STRAIN Interventions- und der Kontrollgruppe. Die SARS-COV-2 Pandemie hat die letzte Datenerhebung (nach der Intervention) stark getroffen und bei ca. einem Drittel der Organisationen konnte trotz Teilnahme am STRAIN Interventionsprogramm keine dritte Messung durchgeführt werden. Wie eine erste Auswertung innerhalb der Organisationen der Interventionsgruppe zeigt jedoch: Haben mehr als 70 Prozent der Führungspersonen einer Organisation am Interventionsprogramm teilgenommen, hat sich dies ausschliesslich positiv auf Stressoren und Langzeitkonsequenzen ausgewirkt.

## Empfehlungen für Führungspersonen im Gesundheitswesen

Wie die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, sind einerseits effektive Massnahmen für eine gute Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben, eine Optimierung der Arbeitslast und Führungsstrukturen zentrale Themen im Schweizer Gesundheitswesen. Andererseits

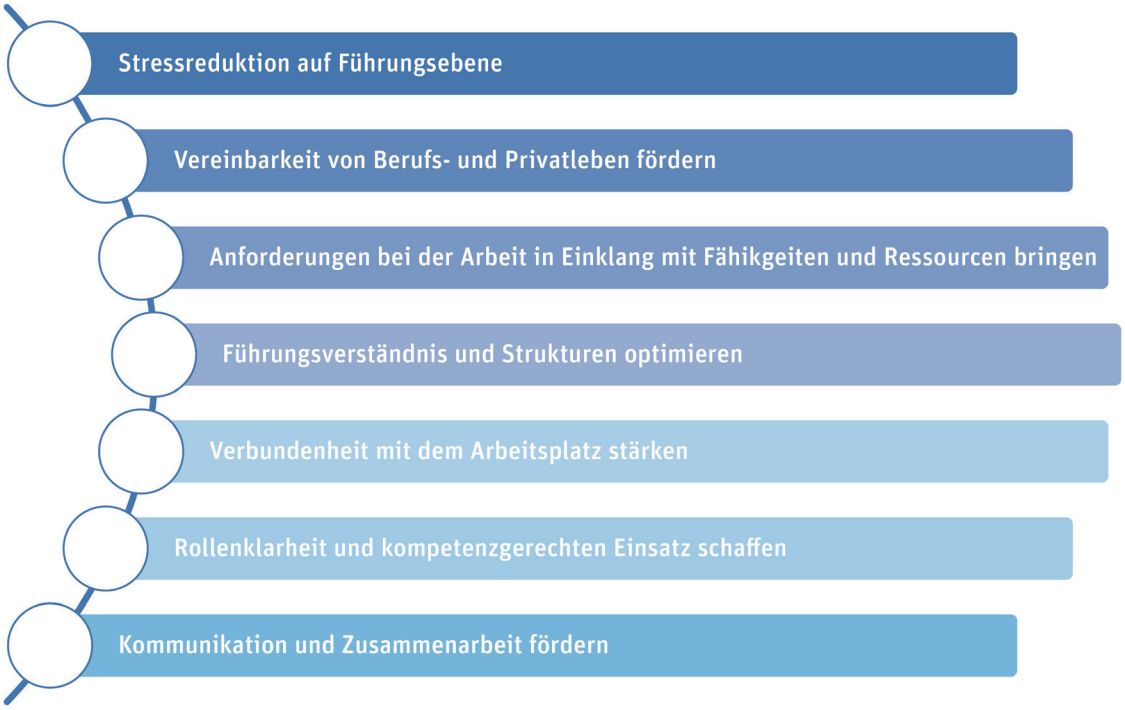



**Abb. 2: Identifizierte Handlungsfelder der STRAIN Intervention**

sind auch klar definierte Rollen und Verantwortlichkeiten, bessere Entwicklungsmöglichkeiten sowie ein stärkerer Fokus auf eine positive Feedback- und Fehlerkultur wichtig, um Gesundheitsfachpersonen länger motiviert und gesund im Beruf zu halten. Aus den Resultaten des STRAIN Projekts sowie dem entwickelten Schulungsprogramm wurden zudem evidenzbasierte Empfehlungen für Führungspersonen im Gesundheitswesen entwickelt. Das Dokument ist für alle Interessierte frei zugänglich und kann auf der Website www.gesundheit.bfh.ch/strain in Deutsch, Französisch und Italienisch heruntergeladen werden.

## Wie geht es weiter?

Die SARS-CoV-2 Pandemie birgt die Gefahr, dass sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen verschlechtern, bspw. die fehlende Vereinbarkeit zwischen Arbeits- und Privatleben für Gesundheitsfachpersonen zunimmt und auch die Zahl der frühzeitigen Berufsausstiege weiter ansteigt. Umso wichtiger ist es jetzt, Optimierungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen aufzudecken und insgesamt effektive Massnahmen für bessere Arbeitsbedingungen stärker voranzutreiben.

## Literatur

Hämmig, O. (2018). Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals - a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. BMC Health Service Research, 18(1), 785. doi:10.1186/s12913-018-3556-1

Lobsiger, M., & Liechti, D. (2021). Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz - Eine Analyse auf Basis der Strukturerhebungen 2016-2018. Neuchatel: Swiss Health Observatory (OBSAN).

Peter, K. A., Hahn, S., Schols, J. M. G. A., & Halfens, R. J. G. (2020). Work-related stress among health professionals in Swiss acute care and rehabilitation hospitals-A cross-sectional study. Journal of clinical nursing, 29(15-16), 3064-3081. doi:10.1111/jocn.15340

Peter, K. A., Halfens, R. J. G., Hahn, S., & Schols, J. M. G. A. (2021). Factors associated with work-private life conflict and leadership qualities among line managers of health professionals in Swiss acute and rehabilitation hospitals – a cross-sectional study. BMC Health Services Research, 21(1), 81. doi:10.1186/s12913-021-06092-1

Peter, K. A., Schols, J. M. G. A., Halfens, R. J. G., & Hahn, S. (2020). Investigating work-related stress among health professionals at different hierarchical levels: A cross-sectional study. Nursing Open, 7(4), 969-979. doi:10.1002/nop2.469

World Health Organisation. (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization.

**Autorin**

**Karin A. Peter PhD**
Dozentin und Co-Leiterin des Innovationsfeld Gesundheitsversorgung, Personalkompetenz und -Entwicklung an der Berner Fachhochschule Gesundheit

hogrefe

# Patienten klug informieren, schulen und beraten

www.hogrefe.com

Martin Schieron / Christa Büker / Angelika Zegelin (Hrsg.)

## Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege

Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung

2021. 336 S., 43 Abb., 16 Tab., Kt
Etwa € 44,95 / CHF 61.00
ISBN 978-3-456-86041-1
Auch als eBook erhältlich

Das Handbuch zur Patientenedukation bietet Pflegefachpersonen einen Überblick über Formen, Grundlagen und Handlungsfelder der Patientenedukation. Es verortet die Patientenedukation in Ausbildung, Studium und Praxis und informiert über den Stand der Forschung.

Das erfahrene Autorenteam stellt die klassischen edukativen Interaktionen, wie Information, Schulung und Beratung im face-to-face-Kontakt dar. Sie beschreiben neuere Handlungsfeldern, wie Online-Schulungen, E-Health und Health Literacy.

## Bestellschein

Tel. +49 551 999 50 950
Fax +49 551 999 50 955
vertrieb@hogrefe.de
www.hogrefe.com

**Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder wenden Sie sich an**

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Herbert-Quandt-Straße 4
37081 Göttingen

**Jetzt bestellen**

_____ Ex. M. Schieron / C. Büker / A. Zegelin (Hrsg.)
**Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege**

Institution _____

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____

E-Mail _____

☐ Newsletter

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstr. 3, 37085 Göttingen, Amtsgericht Göttingen HRA 3361.
Alle Preise verstehen sich inkl. der gültigen MwST. (D/CH/AT).

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Bestellung und zu Ihren Rechten im Datenschutz finden Sie unter https://www.hogrefe.de/kundenservice/datenschutzerklaerung

# Advanced Care im Pflegekrankenhaus

## Erfahrungsbericht einer geriatrischen Advanced Practice Nurse

Österreich altert dramatisch und damit steigt die Herausforderung der bedürfnisgerechten Versorgung der hochaltrigen pflegebedürftigen Menschen. Spätestens seit der COVID-19 Pandemie ist der bestehende Fachkräftemangel in der professionellen Pflege schonungslos – auch medial aufbereitet – offengelegt. Es fehlt grundsätzlich an Pflegefachpersonal, aber im Speziellen an solchem, welches entsprechend fort- bzw. weitergebildet ist, um auf die spezifischen Bedürfnisse von geriatrischen Patient*innen eingehen zu können.

Es ist bekannt, dass das frühe Erkennen und das adäquate Reagieren auf geriatrische Pflegephänomenen wie zum Beispiel Frailty, Sarkopenie, Stürze, Mangelernährung und kognitive Beeinträchtigungen die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen steigern, deren Einschränkungen und Folgeschäden minimieren, den funktionellen Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten verbessern sowie vermeidbare Krankenhausaufenthalte und Kosten verringern (Fougère et al. 2018; Donald et al. 2013). Um diesen Aspekten entgegenzuwirken, werden innovative Versorgungskonzepte benötigt, die mit einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) sowie mit der Eigenverantwortung Pflegender in speziell definierten Handlungsfeldern einhergehen. Weltweit entwickeln sich zunehmend spezialisierte und erweiterte Pflegerollen im Sinne sogenannter Advanced Practice Nurses (APNs). Advanced Nursing Practice (ANP) wird in vielen Ländern erfolgreich eingesetzt, um die Qualität und Kosteneffektivität im Gesundheitssystem zu steigern (Blanck-Köster et al. 2020). So kann der Einsatz von APNs dazu beitragen, den funktionalen Gesundheitsstatus der Patient*innen zu verbessern, Hospitalisierungen zu reduzieren, die Mortalität der Patient*innen zu senken und die Zufriedenheit der Patient*innen, An- und Zugehörigen sowie der Kolleg*innen zu erhöhen (Fougère et al. 2018, Ulrich et al. 2010). APN-Rollen ermöglichen zudem das Nutzen des vollen Potenzials von Pflegefachpersonen, die auf Masterniveau oder höher ausgebildet sind (Institute of Medicine 2011).

Vorliegender Artikel zeigt den Bedarf nach geriatrischen APNs auf und beschreibt am Beispiel eines Langzeitpflegekrankenhauses (Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse) ein mögliches Rollen- und Qualifikationsbild. Die Funktion der sechs im Haus tätigen APNs entspricht der Rolle einer APN nach dem Hamric-Modell (2014). Die APNs sind in der direkten Pflegepraxis tätig, wobei im Vordergrund das fachliche Leadership (Clinical-Leadership), das Coaching sowie die Beratung von Pflegepersonen, Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen, aber auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie die ethische Entscheidungsfindung stehen. Forschungskompetenz sowie das Gestalten und die kontinuierliche Weiterentwicklung einer umfassenden geriatrischen bewohner*innenenorientierten Pflege mit all ihren Herausforderungen sind weitere wichtige Aufgaben.

### Herausforderungen

Mit der Zunahme der älteren und hochaltrigen Bevölkerungsgruppe steigt der Bedarf an Pflegefachpersonen, die geriatrische Syndrome erkennen und managen können. Besonders anspruchsvoll werden Pflege und Betreuung von multimorbiden Bewohner*innen in medizinisch sehr komplexen Situationen (SØndergaard & Grauers Willadsen, 2015; Fougère et al. 2018). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern ist rückläufig (BMSGPK 2020), daraus resultiert eine Verlagerung von der Akutbetreuung in den ambulanten und Langzeitbereich. Betroffene Menschen benötigen eine komplexe und gut strukturierte Pflege und Betreuung, vor allem auch um belastende Krankenhaus(wieder)einweisungen zu vermeiden. Besonders zeigt sich dies auch in der Pandemie, wo Pflegepersonen im Langzeitbereich beispielsweise auf Grund fehlender Personalkapazitäten im Akutbereich hochspezialisierte Pflege leisten müssen. Auf diese Aufgaben waren sie zum Teil nicht ausreichend vorbereitet und es hat von allen Beteiligten ein hohes Maß an Flexibilität und Lernbereitschaft sowie eine entsprechende Lerninfrastruktur gebraucht. Wir befinden uns mitten in einem „doppelten“ Generationenwandel was bedeutet, dass Generationen mit individualisierten Lebens-, Partnerschafts- und Gesundheitsbiografien ins Alter nachkommen und andererseits die nächste Generation von pflegenden An- und Zugehörigen höhere Ansprüche an professionelle Pflegeangebote stellen. An- und Zugehörige haben einen erhöhten Edukationsbedarf

und werden künftig auch nicht mehr in gewohntem Ausmaß für die Laienpflege zur Verfügung stehen. Diese Veränderungen stellen alle Pflegepersonen vor hohe Anforderungen.

Die Langzeitpflege leidet unter einem Imageproblem und wird von Außenstehenden als unattraktives Arbeitsumfeld wahrgenommen (Kreiml 2012). Dies dürfte zum Teil an falschen Vorstellungen, an einseitig negativer sowie skandalbehafteter medialer Berichterstattung sowie schwierigen Rahmenbedingungen, beispielsweise dem Spannungsfeld zwischen ethischer und ökonomischer Orientierung, liegen (Larsen et al. 2018). Es ist schwer, die sich daraus ergebende Negativspirale zu durchbrechen. In der Langzeitpflege tätige Pflegepersonen brauchen ein mannigfaltiges Wissen, welches über eine singuläre Spezialisierung hinausgeht. Daher bietet gerade der Langzeitbereich Pflegepersonen ein großes Entwicklungs- und Entfaltungspotential. Es muss ein sehr umfassendes Tätigkeitsfeld erschlossen werden (Neumann-Ponesch, Leoni-Scheiber 2019). Die geriatrische Gesundheits- und Krankenpflege kann somit als „Königsdisziplin“ der Pflege bezeichnet werden. Das Entwicklungs- und Entfaltungspotential von Pflegepersonen wird aber stark durch die Qualität und Quantität der vor Ort zur Verfügung stehenden Pflegefachpersonen beeinflusst und hier wird das Problem zirkulär. Rasanter technischer, medizinischer aber vor allem auch zunehmend pflegewissenschaftlicher Fortschritt fordern Pflegepersonen tagtäglich heraus. Dem im § 12 GuKG geforderten Anspruch nach einer evidenzbasierten Pflege nachzukommen, ist für Praktiker*innen eine kaum bewältigbare Herausforderung. Moralischer Stress, der sich aus dem Anspruch ergibt, so pflegen zu wollen, wie es dem eigenen Berufsethos und den wissenschaftlichen Grundlagen entspricht, dies aber auf Grund der Rahmenbedingungen nicht zu können, ist ein weiteres Problem. Steigende Ansprüche und eine De-Professionalisierungstendenz stehen im Widerspruch. Häufig muss auf niedrig qualifiziertes Personal zurückgegriffen werden, um Pflege und Betreuung im Mindestmaß gewährleisten zu können. Neben dem Einsatz von Hilfskräften muss parallel die Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflege vorangetrieben werden (Spichinger et al. 2018). International gibt es hierfür Best Practice Modelle im Sinne von ANP-Konzepten. Professionelle Pflegepersonen sind zunehmend gefordert und damit überfordert, brauchen daher Entlastung sowie kontinuierlich edukative Maßnahmen, im Sinne von Information, Beratung, Schulung, Supervision und Coaching, um den hohen Ansprüchen gerecht zu werden und dabei selbst gesund zu bleiben. Darüber hinaus brauchen sie attraktive Perspektiven im Sinne von Fachkarrieremöglichkeiten, die entsprechend monetär abgegolten werden müssen. Anstrengung und Investition in die eigene fachliche und professionelle Weiterentwicklung muss sich lohnen.

Der Langzeitpflegebereich steht vor Herausforderungen, die oben angeführten Punkte weisen dabei nur auf einige wenige Aspekte hin und erheben somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## Chancen

Neben den genannten Herausforderungen öffnen sich aber auch neue Perspektiven, weil die Zahl hochqualifizierter akademisch ausgebildeter Pflegepersonen zunimmt. Pflegeexpert*innen, im Sinne von Pflegepersonen mit einer Weiterbildung in einem Spezialbereich (Intensivpflege, Anästhesiepflege, Palliativpflege,…) haben in Österreich schon lange Tradition, aber eine Abbildung wissenschaftlicher Kompetenzen mit eigenen Verantwortungs- und Autonomiebereichen sowie klinischen Führungsanteilen gab es bis in die jüngere Vergangenheit nicht (Blanck-Köster et al. 2020). Seit 2018 werden in Österreich, nach internationalem Vorbild, sogenannte APNs auf Masterniveau (Master of Science) an Bildungsinstitutionen ausgebildet. Die Masterabsolvent*innen erwerben dabei sowohl wissenschafts- als auch forschungsmethodische, vor allem aber praxisorientierte Kompetenzen, um positiv auf die Versorgung von Menschen mit komplexem und speziellem Versorgungsbedarf einzuwirken. Eine APN wird dabei definiert als eine Pflegeperson, „[…] welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung“ (Hamric et al. 2004). Nachdem ANP vor allem im angelsächsischen Raum schon jahrzehntelang etabliert ist und weltweit in rund 40 Ländern praktiziert wird (Spichiger et al. 2020), entwickeln sich nunmehr auch in Österreich zunehmend ANP-Rollen. Sie können jedoch nur als eine Antwort auf die drängenden Herausforderungen im Gesund-

heits- und Pflegebereich gesehen werden. APNs werden für die direkte Praxis ausgebildet und bringen die im Rahmen ihres Studiums erworbenen Kompetenzen in diese ein. Um ihr volles Potential ausschöpfen zu können, braucht es innovative Pflegemanager*innen, die ein entsprechendes Stellenangebot mit den notwendigen Rahmenbedingungen schaffen (Institute of Medicine 2011).

## ANP im Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse

Als eines von zwei Langzeitpflegekrankenhäusern in Wien, setzt das Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse das Konzept ANP bereits seit einigen Jahren, wenngleich unter einem anderen Synonym (Pflegeentwicklung), sehr erfolgreich um. Das Management des Hauses hat den Bedarf an erweiterter, vertiefter und spezieller pflegerischer Praxis erkannt und damit in die Entwicklung neuer Rollen investiert. Dabei nehmen wir als geriatrische Einrichtung eine Vorreiterposition in der Entwicklung dieser Rolle ein. Das Ziel war und ist es, neue Rollen in der Langzeitpflege zu etablieren und zu festigen, um für die kommenden Herausforderungen auch fachlich gewappnet zu sein. Im Sinne einer Aktionsforschung wurde der Bedarf nach neuen Versorgungsmodellen erhoben, ein entsprechendes Angebot entwickelt und dieses fortlaufend adaptiert und weiterentwickelt. Zu Beginn wurden Pflegeexpert*innen ausschließlich bewohner*innenfern eingesetzt (im Sinne einer Stabstellenfunktion), was sich allerdings langfristig als nicht zielführend erwiesen hat. Mittlerweile arbeiten alle sechs im Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse tätigen APNs zu 70 % in der direkten Pflegepraxis und zu 30 % in bewohner*innenfernen Bereichen. Die APNs haben sich in unterschiedlichen Bereichen spezialisiert (Pain Nurse, Palliative Care, Wundmanagement, Stoma- und Kontinenzmanagement, Demenzia Care, elektronische Pflegedokumentation, Emotionsarbeit, …) und entwickeln als fachliche Leader*innen die Praxis kontinuierlich weiter. APNs sind im Organigramm auf Ebene der Stationsleitung angesiedelt und damit direkt der Pflegedirektion unterstellt. Dies ist auch notwendig, um die für ihre umfassende Tätigkeit notwendige Autonomie zu gewährleisten. Die APNs sind je zwei Stationen zugeteilt, aber dort nicht im Stellenplan integriert. Sie arbeiten von Montag bis Freitag, wobei gewährleistet wird, dass mindestens eine APN immer im Haus verfügbar ist. Der regelmäßige fachliche Austausch der ANP-Teammitglieder ist in einer Kommunikationsmatrix festgehalten. Die Funktion der im Haus tätigen APNs ist vergleichbar mit der Rolle einer Advanced Practice Nurse nach dem Hamric Modell (2014) welches in Abbildung 1 dargestellt ist.

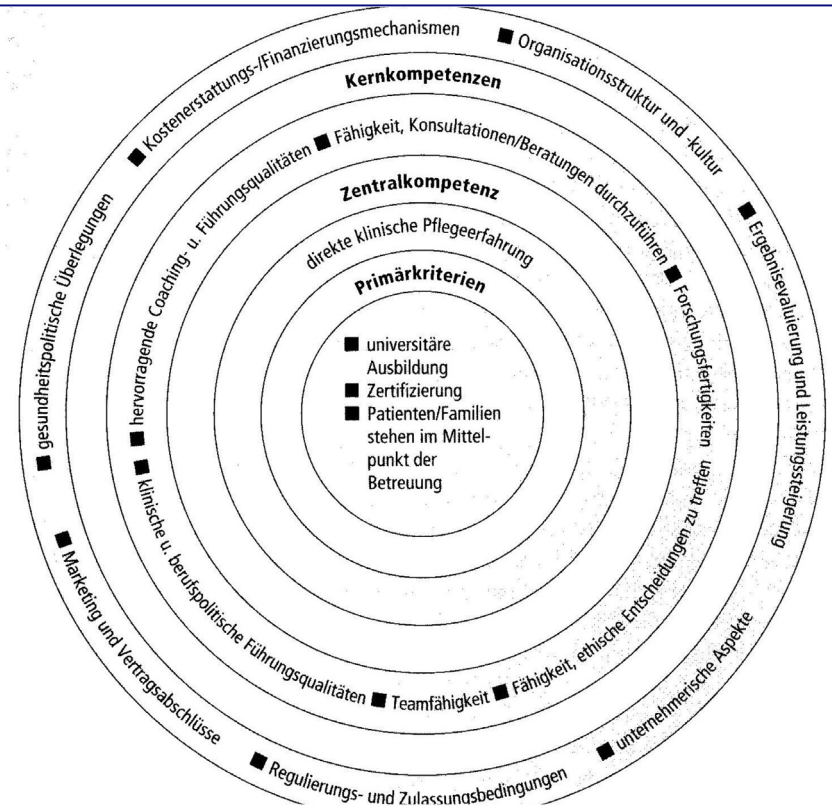



**Abbildung 1 Das Hamric(R)-Modell als Grundlage für die ANP-Rollenweiterentwicklung im Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse Quelle: Hamric 2014**

## Das gelebte Modell

Um einen Einblick in das Rollen- und Qualifikationsbild der geriatrischen APN im Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse (HB/SBG) zu geben, wird dies an einem Praxisbeispiel, dargestellt am Hamric Modell, verdeutlicht. Frau H. ist seit 2019 als APN/Pflegeberaterin im HB/SBG tätig und gibt stellvertretend für das gesamte ANP-Team einen Einblick in ihren beruflichen Alltag.

Primärkriterien:

Hamric et al. (2014) formulieren Voraussetzungen für die Tätigkeit einer APN, welche sie als Primärkriterien im APN-Modell festhalten (Villiger & Grandits, 2018).

Dazu gehören:

- ein Master im Pflegebereich
- eine klinische Spezialisie-

rung mit Zertifikatabschluss in einem medizinisch-pflegerischen Fachgebiet oder in Bezug auf eine spezifische Erkrankung
- und die Fokussierung ihrer Praxistätigkeit auf Bewohner*innen sowie deren An- und Zugehörige

(Villiger & Grandits, 2018)

**Praktische Umsetzung:** In unserem Haus arbeiten APNs mit einer akademischen Ausbildung, größtenteils auf Masterniveau. Pflegepersonen mit einem Bachelorabschluss in ANP werden zwar ebenfalls eingesetzt, diese müssen den Masterabschluss zu einem definierten Zeitpunkt nachholen. Pflegepersonen mit hoher fachlicher Expertise und jahrelangem Erfahrungsschatz, aber ohne akademische Ausbildung oder dem Wunsch, diese zu absolvieren, haben die Möglichkeit, als Fachexpert*innen (bspw. für Basale Stimulation, Kinästhetik, Wundmanagement …) tätig zu werden. Sie werden in ihrer Schwerpunkttätigkeit durch APNs unterstützt und begleitet. Pflegepersonen, die einen akademischen Abschluss nachholen möchten, werden dabei unterstützt, beispielsweise durch die Möglichkeit einer Bildungsteilzeit oder -karenz. Damit soll gewährleistet werden, dass allen Kolleg*innen die gebührende Wertschätzung entgegengebracht und ihre berufliche Weiterentwicklung gefördert wird.

**Beispiel:** APN/Pflegeberaterin H. hat ein ANP Bachelorstudium absolviert, welches sie im Februar 2020 abgeschlossen hat. Zusätzlich hat sie sich auf die Pflege von Wunden spezialisiert und eine diesbezügliche Weiterbildung nach § 64 GuKG absolviert. Darüber hinaus kann sie auf 18 Jahre Pflegeerfahrung und zahlreiche Fortbildungsinterventionen und somit eine breite fachliche Expertise zurückgreifen. Den Master of Science wird sie innerhalb von fünf Jahren nachholen und erfüllt somit die im Hamric Modell definierten Primärkriterien einer APN.

## Zentralkompetenz: direkte klinische Pflegeerfahrung

Im Hamric Modell wird die Exzellenz in der direkten klinischen Praxis als Zentralkompetenz definiert. Sie bildet die Grundlage für die sechs Kernkompetenzen und ermöglicht in Kombination mit einer spezifischen Fachexpertise eine professionelle Begleitung, Beratung und Unterstützung von Bewohner*innen und deren An- und Zugehörigen sowie von Pflegepersonen. Damit individuelle und zielgerichtete Pflegemaßnahmen eingeleitet werden können, führen APNs, im Rahmen dieser Kompetenz, vertiefte klinische Assessments durch, woraus sie pflegerische Probleme ermitteln und Therapieziele ableiten können. Aus den individuellen Zielen erarbeiten APNs im multiprofessionellen Team differenzierte Behandlungs- und Pflegepläne, leiten daraus Pflegeinterventionen ab, evaluieren diese kontinuierlich und nehmen bei Bedarf Änderungen vor (Villiger & Grandits, 2018). Zentrales Merkmal von ANP sind das Ausmaß und die Gründlichkeit der Einschätzung. Daraus folgt, dass APNs für Entscheidungen, die aufgrund dieser erweiterten Assessments getroffen werden, mehr Verantwortung übernehmen und auch mehr Rechenschaft ablegen müssen (Schober & Affara 2006).

Praktische Umsetzung: Pflegefachkarriere bedeutet für uns nicht „ein weg vom Bett“, wie es ein häufiges Vorurteil gegenüber der akademischen Pflege ist, sondern ein innovatives zielgerichtetes Pflegeangebot für unsere Bewohner*innen, An- und Zugehörige sowie Kolleg*innen. Im Mittelpunkt steht eine kontinuierliche therapeutische Pflegebeziehung von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörige.

**Abbildung 2 Kontinuierliche therapeutische Pflegebeziehung als Herzstück von ANP. APN/Pflegberaterin H. in Interaktion mit einer Bewohnerin.**

**Beispiel:** APN/Pflegeberaterin H. arbeitet zu 70% in der direkten Pflegepraxis und ist für 30% für bewohner*innenferne Tätigkeiten (Besprechungen, Literaturarbeit, Kongresse, Publikationen, Vorbereitung von Schulungen und Workshops etc.) eingesetzt. Sie ist für zwei Stationen zuständig und übernimmt für diese, in enger Abstimmung mit den Stationsleitungen, das fachliche Leadership. Durch die kontinuierliche Präsenz auf den Stationen (in der Regel 2-mal pro Woche pro Station) wird Kontinuität und Nachhaltigkeit gewährleistet. Das Risiko, dass die konkreten Bedürfnisse von Bewohner*innen nicht ausreichend Beachtung bei der Implementierung neuer Pflegekonzepte in der Pflegepraxis finden, wird durch das „vor Ort sein" der APN minimiert. Die APN ist nicht ausschließlich auf Bedarfsanmeldung durch Kolleg*innen angewiesen, sondern kann proaktiv handeln. Sie ist bereits in den Aufnahmeprozess der Bewohner*innen involviert, und führt beispielsweise gemeinsam mit der zuständigen Bezugspflegeperson das Erstassessment durch. Die APN übernimmt die Fallsteuerung für komplexe Pflegesituationen und „feiert" gemeinsam mit allen beteiligten Akteur*innen Erfolge. Sie weist Kolleg*innen im Rahmen von Reflektionsgesprächen bewusst auf das gemeinsam Erreichte hin und zeigt somit auf, was professionelle Pflege bewirkt und fördert damit den so wichtigen Berufsstolz.

### Kernkompetenz: Coaching- und Führungsqualität & Fähigkeit zur Konsultation/Beratung

Diese Kernkompetenzen umfassen nach Hamric et al. (2014) die Beratung von Individuen, deren An- und Zugehörigen aber auch von Pflegepersonen, Pflegeteams sowie Personen aus anderen Gesundheitsberufen, in komplexen oder neuen Pflegesituationen. Hierzu verfügen APNs über pflegespezifisches und evidenzbasiertes Fachwissen und ziehen bei Bedarf die Ressourcen des multiprofessionellen Teams hinzu. Zusätzlich befähigen APNs Pflegepersonen dazu, deren Kompetenzen fortlaufend zu erweitern und zu festigen. Dafür interagieren sie mit allen beteiligten Personen und sind fähig, die jeweils andere Perspektive einnehmen zu können. Auf Grund ihrer fachlichen Kompetenz und sprachlichen Ausdrucksfähigkeit werden sie im therapeutischen Team als gleichberechtigte Partner*innen wahrgenommen. Die Kernkompetenz der Beratung und Konsultation hat das übergeordnete Ziel, die Handlungskompetenz von Pflegepersonen zu steigern und dadurch ihren Handlungs- und Gestaltungsspielraum zu erweitern und sie demnach in ihrer Selbstwirksamkeit sowie ihrem Selbstmanagement zu stärken. Darüber hinaus zielt diese Kompetenz darauf ab das Selbstmanagement sowie die Selbstwirksamkeit von Bewohner*innen sowie deren An- und Zugehörigen in Bezug auf pflegespezifische Fragestellungen aber auch hinsichtlich der Gesundheitsförderung und -prävention zu stärken (Villiger & Grandits, 2018). Praktische Umsetzung: Wir verpflichten uns in unserem Leitbild die Pflegequalität kontinuierlich weiterzuentwickeln und aktuelle Evidenzen in die klinische Praxis zu transferieren. Dem Management ist bewusst, dass Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen allein häufig nicht ausreichen, um die Praxis positiv zu beeinflussen. Es benötigt zusätzliche Methodenkompetenz um Lerninhalte im konkreten Einzelfall umsetzten zu können. (Larsen et al., 2020) Um dies zu gewährleisten, werden im HB/SBG APNs als fachliche Leader eingesetzt. Leadership sehen wir dabei als Schlüssel zum Lernen, was Einfluss auf die Entwicklung einer entsprechenden Unternehmenslernkultur nimmt. Die fachlichen Leader*innen stellen im HB/SBG eine Verbindung zum Management her und unterstützen und beraten dieses bei der Lösung fachlicher Fragestellungen. Fachliche Leader*innen und Manager*innen arbeiten dabei Hand in Hand im Team zusammen. Konkurrenz- bzw. Machtverlustängsten sowie einer potenziellen Doppelhierarchie wird durch eine klare Rollenfunktion, die in einer Funktionsbeschreibung festgehalten ist, entgegengewirkt. Jede*r hat ihren/seinen klar definierten Aufgabenbereich, was sich auch in den unterschiedlichen Ausbildungs- bzw. Qualifikationsanforderungen widerspiegelt.

**Beispiel:** APN/Pflegeberaterin H. erhebt gemeinsam mit den jeweiligen Stationsleitungen den Bedarf an edukativen Leistungen in Bezug auf die Information, Beratung sowie Schulung von Bewohner*innen, An- und Zugehörigen und Kolleg*innen. Dazu werden Kennzahlen aus dem operativen Pflegecontrolling (bspw. Sturz-, Mangelernährung-, Schmerzinzidenz…) sowie Rückmeldungen von Bewohner*innen, An- und Zugehörigen, Mitarbeiter*innen sowie Auszubildenden herangezogen. Darüber hinaus werden im ANP-Team Schwerpunktthemen (bspw. Kontinenzmanagement, Dekubitusprävention, Person-zentrierte Pflege, Prävention von Mangelernährung…) festgelegt, die mit den Teams erarbeitet werden. Dieses Vorgehen fördert eine kontinuierlich Praxisweiterentwicklung und eine entsprechende Lernkultur. APN/Pflegeberaterin H. führt dazu 1:1 Coachings- und

Beratungsgespräche durch, hält (Mini-)Workshops zu diversen Themen ab, reflektiert gemeinsam mit den Bezugspflegepersonen den Pflegeprozess und adaptiert Pflegediagnosen. Eine wesentliche Aufgabe ist darüber hinaus die Initiierung und Leitung von (multiprofessionellen) Fallbesprechungen, welche durch die APN vorbereitet werden. Dazu wird Literatur recherchiert und kritisch bewertet und auf Hilfstools wie bspw. eine Konzept-Map oder ein Soziogenoökogramm zurückgegriffen. Dabei handelt es sich um Instrumente, die die Komplexität eines Falles darstellen und damit helfen Komplexität zu reduzieren. Diese Instrumente werden im Rahmen des ANP-Studiums umfangreich gelehrt. Die Fallbesprechungen verfolgen neben der angestrebten Problemlösung auch die Implementierung von evidenzbasiertem Wissen sowie die emotionale Entlastung aller Beteiligten (Emotionsarbeit). APN/Pflegeberaterin H. nimmt außerdem regelmäßig an multiprofessionellen Besprechungen teil und kommuniziert und kooperiert eng mit dem gesamten therapeutischen Team. Als Mitglied des Wundfachteams wird sie von Stationen aber auch APN-Kolleg*innen (mit einem anderen Schwerpunkt) für das Management akuter, chronischer sowie palliativer Wunden konsultiert. Bei der Gestaltung des hausinternen Fortbildungskataloges sind APNs maßgeblich beteiligt und bringen ihr Know-how in Form von Fortbildungsinterventionen ein. APN/Pflegeberaterin H. hält bspw. Workshops zum Thema „Emotionsarbeit in der Pflege“ ab. Um den Durchdringungsgrad der Wissensvermittlung zu erhöhen, werden Themen zusätzlich in Form sogenannter OMW (One Minute Wonders) aufbereitet, indem diese auf einem A4 Blatt zusammengefasst und an strategisch günstigen Plätzen positioniert werden (bspw. vor dem Lift, neben der Kaffeemaschine) und dadurch zum Lesen, während „Wartezeiten“ einladen.

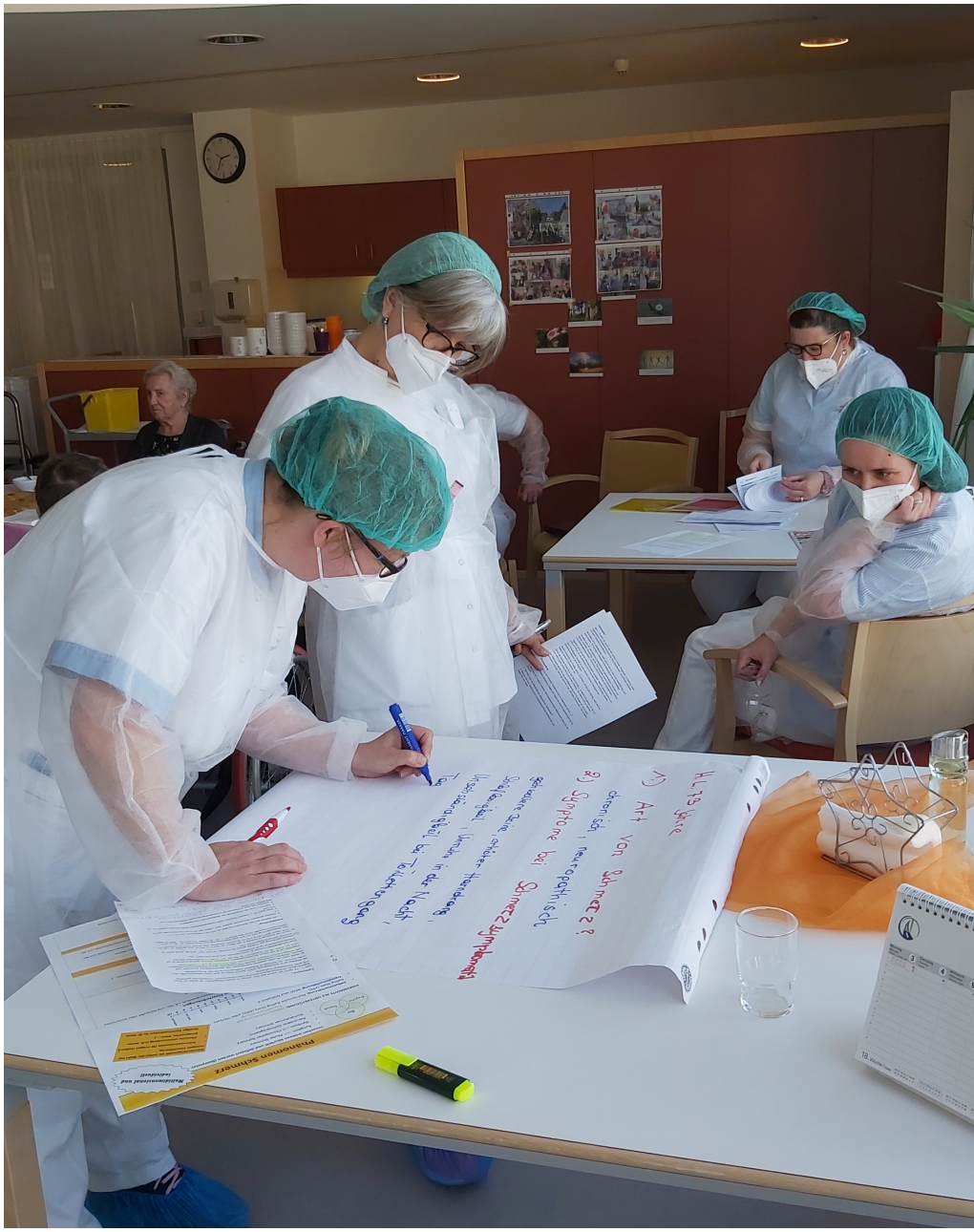


**Abbildung 3 Kolleg*innen bei der Bearbeitung eines Fallbeispiels im Rahmen eines Schmerzworkshops.**

## Kernkompetenz: Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen

APNs erwerben in ihrer Ausbildung die Kompetenz ethische Dilemmata, Konflikte und Problemstellungen frühzeitig zu erkennen und aktiv anzugehen. Hierzu wird der ethische Entscheidungsfindungsprozess eingeleitet und in Anwesenheit aller involvierten Personen differenziert angewendet. Des Weiteren transferieren APNs ihr Expertenwissen in den Praxisalltag und bieten anderen Pflegepersonen bei Bedarf Unterstützung an (Villiger & Grandits, 2018).

**Praktische Umsetzung:** Als Langzeitpflegekrankenhaus sind wir mit einer Reihe hochkomple-

xer ethischer Herausforderungen konfrontiert, die sich u.a. aus dem häufig bestehenden Spannungsfeld zwischen Autonomie und Sicherheit ergeben. Im Rahmen der Sturzprävention müssen Kolleg*innen bspw. zwischen der persönlichen Freiheit der Bewohner*innen und deren körperlicher Unversehrtheit abwägen. Mit dem erst kürzlich verabschiedeten Sterbeverfügungsgesetz tun sich weitere komplexe ethische Fragestellungen auf. Der Langzeitbereich kann sich all diesen Themen nicht verschließen und muss sich aktiv damit auseinandersetzen. Um den ethischen Diskurs in der Praxis zu fördern und ethische Entscheidungsfindungen anzubahnen, benötigen Pflegepersonen entsprechende Kompetenzen. APNs werden in ihrem Studium gezielt darauf vorbereitet ethische Diskurse zu fördern und mitzugestalten. APNs werden daher im HB zur Mitwirkung bei der Klärung ethischer Fragestellungen bspw. im Rahmen multiprofessioneller Fallbesprechungen herangezogen.

**Beispiel**: APN/Pflegeberaterin H. initiiert und begleitet ethische Fallbesprechungen. Sie regt ethische Diskussionen in den Teams an. Themen wie moralischer Stress finden dabei ebenfalls Beachtung. Sie besucht ethikbezogene Fortbildungen bzw. Veranstaltungen, so auch zum aktuellen Thema Sterbeverfügungsgesetz und bringt das erworbene Wissen in die Praxis ein. Sie reflektiert kritisch und konstruktiv, deckt „blinde Flecken“ auf und nimmt die Advokatenrolle für Bewohner*innen ein. Besonders setzt sie sich für die Umsetzung der Patient*innenrechte ein.

## Kernkompetenz: Forschungsfähigkeiten

Die Forschungsfertigkeiten von APNs nach Hamric et al. (2014) umfassen verschiedene Teilbereiche. APNs benennen dringenden Forschungsbedarf in ihrem Fachgebiet und evaluieren Pflegestandards oder -Richtlinien auf deren Validität. Wird von APNs ein dringender Forschungsbedarf festgestellt, wird dieser der Thematik und Wichtigkeit entsprechend bearbeitet. Hierzu wird Fachliteratur systematisch recherchiert und kritisch betrachtet. APNs erstellen in intra- und interdisziplinärer Zusammenarbeit Standards und Pflegeleitlinien. Sie verfügen über die Kompetenz das evidenzbasierte Fachwissen im interdisziplinären Austausch einfließen zu lassen. Ebenso wird von APNs erwartet, dass sie sich aktiv an pflege- und fachspezifischen Projekten beteiligen, Weiterbildungen sowie Kongresse besuchen und bspw. auch an Gremien, welche dem zugehörigen Fachgebiet entsprechen, teilnehmen (Villiger & Grandits, 2018).

**Praktische Umsetzung:** APNs werden im HB/SBG für den Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis eingesetzt. Um diese Rolle einnehmen zu können, erhalten sie Zeitressourcen, beispielsweise für die Bearbeitung von Literatur, und die dafür notwendige Infrastruktur (Büroarbeitsplatz, Zugang zu Fachzeitschriften… ). Die persönliche Fort- und Weiterbildung der APNs wird ebenfalls gefördert.

**Beispiel:** APN/Pflegeberaterin H. identifiziert aktuelle, praxisrelevante wissenschaftliche Erkenntnisse vor allem aus ihren Schwerpunkten Wundmanagement und Emotionsarbeit und initiiert die Übertragung von Forschungsergebnissen in die Praxis. Sie erstellt bzw. wirkt bei der Erstellung von Leitfäden, Checklisten und Informationsblättern im multiprofessionellen Team mit. Der Fokus liegt dabei immer darauf, „was braucht die Praxis, um sicher und gut pflegen zu können“. Hier kommt APN/Pflegeberaterin H. zugute, dass sie in der direkten Praxis tätig ist und die dringliche Fragen und Probleme sowie den Bedarf gut erfassen kann. Ein Beispiel aus der Pandemie: Kolleg*innen klagten zunehmend über Hautirritationen und -probleme auf

**Abbildung 4 APN/Pflegeberaterin H. beim Recherchieren- und kritischen Bearbeiten von Fachliteratur und als Gast bei „Stöckl live“.**

Grund der langen Tragedauer der persönlichen Schutzausrüstung (PSA). Der Bedarf wurde von der APN aufgegriffen und im ANP-Team ein Pflege-Newsletter mit evidenzbasierten Informationen und nützlichen Tipps zum Thema erstellt. Besonders wichtig ist die Art des Theorie-Praxistransfers. Dokumente (wie bspw. Leitfäden) allein gewährleisten noch keinen notwendigen Theorie-Praxistransfer. Evidenzen müssen von den APNs so aufbereitet werden bzw. Kolleg*innen methodisch so unterstützt werden, dass sie das Wissen in ihrer täglichen Praxis am konkreten Fall anwenden können (siehe dazu Kernkompetenz Fähigkeit zur Konsultation und Beratung). Identifiziert APN/Pflegeberaterin H. eine Forschungslücke bzw. einen Forschungsbedarf in der Praxis, wird diese/dieser im Rahmen des Forschungsjourfix eingebracht. Im Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse steht zusätzlich eine wissenschaftliche Mitarbeiterin zur Verfügung, welche Forschungsprojekte initiiert bzw. begleitet. Weil Wissen dann wertvoll ist, wenn es geteilt wird, gehört es zu den Aufgaben der APN ihr Wissen in Form von Kongressbeiträgen bzw. Publikationen aufzubereiten. Als besonders wertvoll hat sich das Lernen aus „Fällen“ erwiesen, hierfür werden sogenannte Case-Reports erstellt.

## Kernkompetenz: Teamfähigkeit

APNs arbeiten ziel-, zweck- und ergebnisorientiert mit den betroffenen Personen, deren Angehörigen, mit Berufskolleg*innen sowie mit dem interdisziplinären Team zusammen. APNs haben zudem oftmals den Überblick über den gesamten Behandlungsprozess und koordinieren die Kommunikation sowie den Austausch zwischen den involvierten Personen und Disziplinen. (Villiger & Grandits, 2018, S. 17)

**Abbildung 5 APN/Pflegeberaterin H. beim gemeinsamen Faschingsfeiern.**

Praktische Umsetzung: In unserem stark wertebezogenen Leitbild betonen wir den achtsamen Umgang mit uns und unserem Gegenüber. Dabei ist uns Vertrauen, Offenheit und Wertschätzung auf allen Ebenen wichtig. APNs erwerben in ihrem Studium vertiefte kommunikative Fähigkeiten, die sie in die Teams einbringen. Dies beeinflusst die Teamkultur positiv.

**Beispiel:** APN/Pflegeberaterin H. könnte ohne das Vertrauen und die Akzeptanz der Kolleg*innen auf den Stationen ihren Tätigkeitsbereich nicht voll ausschöpfen. Umso wichtiger ist es dieses Vertrauen durch kontinuierliche Interaktionen aufzubauen und fortlaufend zu nähren. Dazu gehört bspw. auch die regelmäßige Teilnahme an Teamfrühstücks oder auch Festen und Feiern. Oft werden gerade in informellen Gesprächen Bedürfnisse angesprochen, auf die die APN eingehen und wirksam werden kann. APN/Pflegeberaterin H. nimmt hier auch eine Schnittstelle zwischen Praxis und Management ein. Sie sieht ihre Rolle in einer Vorbildfunktion und trägt gemeinsam mit der Stationsleitung maßgeblich zu einer wertschätzenden Pflegekultur bei.

## Kernkompetenz: Berufspolitische Führungsqualität

APNs vertreten innerhalb des Gesundheitssystems und bei gesundheitspolitischen Weichenstellungen die Interessen der Patient*innen, ihrer An- und Zugehörigen sowie ihrer Berufsgruppe, um sie zu fördern, für sie einzustehen und sie zu schützen. APNs übernehmen Verantwortung für die Entwicklung ihrer eigenen Rolle. Lobbyarbeit und Interessensvertretung gehören ebenfalls dazu, wie das Definieren und Legitimieren der eigenen Rolle sowie das Sichern deren nachhaltiger Qualität (Schober & Affara, 2006). Praktische Umsetzung: Die Langzeitpflege hat ein Imageproblem, umso wichtiger ist es, dass Pflegepersonen professionell nach außen in Erscheinung treten und das Berufsbild entsprechend vertreten. Mit überholten Klischees den Pflegeberuf betreffend gilt es aufzuräumen und das Potential professioneller Pflege vor allem auch im Langzeitbereich klar zu definieren und nach außen zu

Brennpunkt: Emotion in der Pflege

Karin Haubenwaller, BSc

Infos

Mehr zum Haus der Barmherzigkeit finden Sie auf www.hb.at

HAUS DER BARMHERZIGKEIT
Es lebe das Leben.

ENTGELTLICHE EINSCHALTUNG

DER STANDARD
WOCHENENDE

Der große Traum vom bedingungslosen Einkommen

Die längste Zeit in Kurzarbeit

**Abbildung 6 Zeitungsbeiträge von APN/Pflegeberaterin H.**

tragen. Das HB/SBG unterstützt durch sein ANP-Konzept diese Intentionen.

**Beispiel:** APN/Pflegeberaterin H. sieht ihre Rolle auch darin, Pflege nach außen zu präsentieren. So bringt sie bspw. ihr fachliches Know-How im Rahmen von Kongressen sowie Zeitungs- bzw. Fernsehbeiträgen ein. Zudem ist APN/Pflegeberaterin H. im Verein AAANP (Austrian Association of Advanced Nursing Practice) im Vorstand vertreten. Der Verein soll öffentlichkeitswirksam das umfassende Potential von ANP aufzeigen und APNs in der Umsetzung ihrer individuellen Rollen, durch die Förderung einer starken ANP-Community und einen Austausch auf nationaler sowie internationaler Ebene, unterstützen, um die Anliegen von APNs in Österreich zu vertreten und Synergien zu nutzen sowie APNs national bzw. international zu vernetzen.

## Fazit

Obwohl sich die Rolle der ANP aus einer Notlage in den 70er Jahren entwickelt hat, zeigt sich in der Praxis, dass sie einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege leisten kann. Innovative ANP-Modelle unterstützen und entwickeln die immer komplexer werdende Pflegepraxis. APNs agieren dabei als Brückenbauer*innen zwischen Theorie und Praxis und ermöglichen eine evidenzbasierte Pflege, die sich am Versorgungsbedarf der Zielgruppe orientiert. Besonders wertvoll ist die Tätigkeit der ANP im geriatrischen Bereich, wo es durch die komplexen Krankheitsbilder zu einem hohen Anspruch an fachlichem Wissen kommt. Speziell hier finden die hoch gebildeten Pflegepersonen ein anspruchsvolles und sinnstiftendes Aufgabenfeld. ANP-Konzepte stellen dabei attraktive Fachkarrieremöglichkeiten für Pflegepersonen dar und sollen einer Fluktuation bzw. einem Berufsausstieg vorbeugen. Leider fehlt es in Österreich an staatlichen-rechtlichen Regelungen, welche die Aus-, bzw. Weiterbildung sowie den Praxiseinsatz betreffen. ANP ist nicht im Berufsgesetz (GuKG 2016) verankert und es gibt keinen Titelschutz, was die Implementierung und Akzeptanz von neuen ANP-Rollen in die Praxis erschwert. In Langzeiteinrichtungen können APNs als auch Pflegemanager*innen als visionäre Pionier*innen bezeichnet werden. Denn das Gelingen von ANP-Konzepten hängt maßgelblich vom Engagement und Durchhaltevermögen der agierenden Personen ab. Knappe (personelle) Ressourcen erschweren das Etablieren einer vertieften und erweiterten Pflegepraxis und bergen die Gefahr der Rollenvermischung, wenn APNs bspw. zunehmend in der Rolle als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eingesetzt werden, um Personalknappheit zu kompensieren. Zudem fehlen Mentor*innen bzw. Tutor*innen in der Praxis. ANP steckt in Österreich noch in den Kinderschuhen. Es bleibt zu hoffen, dass auch in Österreich ein ähnlicher Effekt wie in angloamerikanischen bzw. nordeuropäischen Ländern eintritt, und der entstandene Funken ein Feuerwerk der Veränderung in Gang setzt (Spirig, 2010). Wir sind optimistisch.

## Glossar:

- Advanced Nursing Practice (ANP) bezeichnet das Handlungsfeld, in dem eine erweiterte pflegerische Versorgung erbracht wird.
- Eine Advanced Practice Nurse (APN) ist eine Pflegefachperson, die sich durch ein zusätzliches Studium (auf Master-Niveau) Expertenwissen, die Fähigkeit zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten sowie klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis (ANP) angeeignet hat.
- Mit Advanced Practice Nursing (APN) werden erweiterte Pflegeinterventionen bezeichnet, welche die klinischen Ergebnisse beeinflussen – bei Einzelpersonen, Familien und

weiteren unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

- Als Clinical Nurse Specialist (CNS) wird eine Advanced Practice Nurse (APN) bezeichnet, die auf Grundlage feststehender Diagnosen ihre fachkundige klinische Beratung und Pflege in speziellen patientennahen, klinischen Tätigkeitsfeldern erbringt.
- Als Nurse Practitioner (NP) wird eine Advanced Practice Nurse (APN) bezeichnet, die in der Primärversorgung auf Basis ihrer klinischen Kompetenzen aus Pflege und Medizin sowohl bei akut Erkrankten als auch bei chronisch kranken Patienten*innen eine Ersteinschätzung vornimmt und den weiteren Behandlungsverlauf koordiniert und steuert (DBfK 2020 nach ICN 2020).

**Literatur:**


Blanck-Köster, K., Roes, M., Gaidys, U. (2020) Clinical-Leadership-Kompetenzen auf der Grundlage einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice). Ein Scoping-Review. Med Klein Intensivmed Notfmed, 6,115:466-476.

BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) (2020) Stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten. Abgerufen am 29.10.2021 von http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/stationaere-aufenthalte.html

DBfK (2020), Positionspapier Advanced Practice Nursing, Der Bundesvorstand, Berlin; Juni 2020.

Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. (2013) A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long term care. J Adv Nurs. Oct;69(10):2148–61.

Fougère, B., Lagourdette, C., Abele, P., Resnick, B., Rantz, M., Kam Yuk Lai, C., Chen, Q. , Moyle, W., Vellas, B., Morley, J.E. (2018) Involvement of advanced practice nursein the management of geriatric conditions: examples from different countries. J Nutr Health Aging, 22(4):463-470.

Hamric A., Hanson C., Tracy M., O`Grady E. (2014) Advanced practice nursing. An integrative approach, 5th Edition, Verlag Saunders/Elsevier

Herrmann, L., Shaha, M., Spichinger, E. (2016) Konzept Advanced Nursing Pracitce (ANP) Insel Gruppe. Bereich Fachentwicklung, Direktion Pflege/MMT, Insel Gruppe.

Institute of Medicine (2011) The future of nursing; leading change, advancing health. Washington, DC: National Academic Press.

Kreiml A. (2012) Der Einfluss personenzentrierter Pflegekonzepte auf die Attraktivität der stationären Langzeitpflege mit Bezug auf die österreichische Situation. Diplomarbeit, Universität Wien. Fakultät für Sozialwissenschaften

Neumann-Ponesch S., Leoni-Scheiber C. (2019) Ausbildung zur ANP/APN. ProCare 24, 50 https://doi.org/10.1007/s00735-019-1090-y

Institute of Medicine (2011), The future of nursing; leading change, advancing health. Washington, DC: National Academic Press.

Larsen, Ch., Dintelmann, Y., Kinsberger, I., Rehbein, T., Höhmann U.. (2018) Fachlicher Hintergrund und Ziele des AKiP-Projektes. In: U. Höhmann, O. Lauxen, & S. Lauren (Hrsg.): Gestaltungskompetenz im Pflegealltag stärken. Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzentwicklung in der Pflege. Mabuse: Frankfurt am Main. S. 9-18.

Schober, M., & Affara, F. (2006) Advanced Nursing Practice (ANP). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG: Bern.

SØndergaard, E., Grauers Willadsen, T. (2015) Problems and challenges in relation tot he treatment of patients with multimorbidity: General practitioners view and attitudes. Scandinavian Journal of Primary Health Care 33: 121-126.

Ulrich, A., Hellstern, P., Kressig, R.W., Eze, G., Spirig, R. (2010) Advanced Nursing Practice (ANP) im direkten Pflegealltag: Die pflegerische Praxisentwicklung eines akutgeriatrischen ANP-Teams. Pflege, 23 (6): 403-410. https://doi.10.1024/1012-5302/a000079

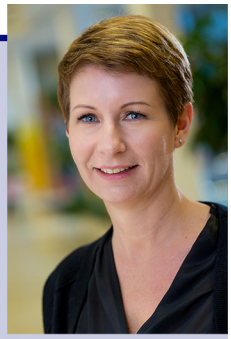
Villinger, B., Grandits, A. (2018) Kompetenzen und Aufgabenbereiche von Advanced Practice Nurses auf der Notfallstation. Ein Internationaler Literaturreview.

Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaft. Abgerufen am 10.10.2021 von https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/14248/1/villiger_barbara_grandits_anna_PF16Dipl_BA.pdf.

**Autorin**

**Karin Haubenwaller, BSc**
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, seit 2019 im Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse, als geriatrische APN/Pflegeberaterin im Team der Pflegeentwicklung tätig. Studium Advanced Nursing Practice mit dem Schwerpunkt Patientenedukation und Pflegeentwicklung an der IMC FH Krems. Ausbildung zur Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der IMC FH Krems. Weiterbildung Wunddiagnostik und Wundmanagement laut §64 GuKG. Vizepräsidentin der AAANP (austrian association of advanced nursing practice).
Karin.haubenwaller0709@gmail.com

**Autorin**



**Mag.ª Dr.in Verena Moser-Siegmeth**
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, seit 2015 im Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse, als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Team der Pflegeentwicklung tätig. Studium der Pflegewissenschaften und Soziologie an der Universität Wien. Freiberufliche Dozentin an der Donau Universität Krems und Meduni Wien.
verena.moser-siegmeth@hb.at

**Autorin**

**Mag.ª Claudia Fida, BScN**
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, seit 2015 im Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse, als Pflegedirektorin tätig. Studium der der Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien sowie Studium der Pflegewissenschaft an der UMIT. Lehrtätigkeit an der Medizinischen Universität Wien. Ausbildungskandidatin im Fachspezifikum für systemische Familientherapie.
claudia.fida@hb.at

**Autorin**

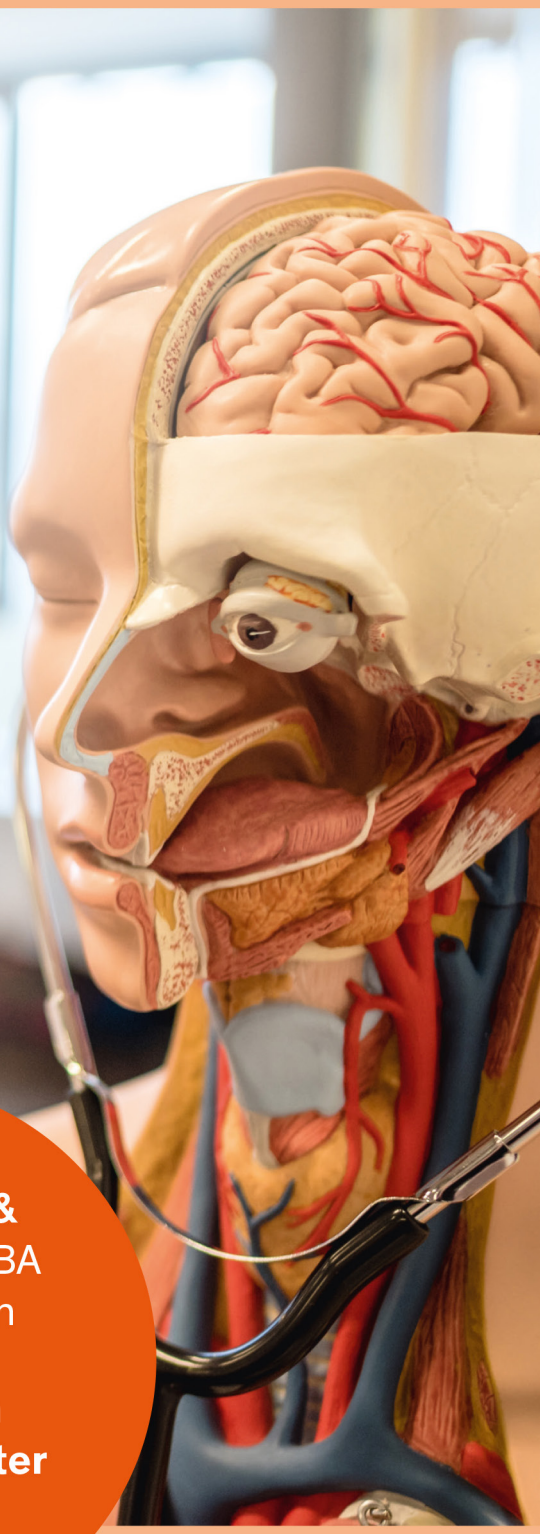
**Mag.ª Daniela Metzenbauer**
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, seit 2011 im Haus der Barmherzigkeit als geriatrische Pflegeberaterin tätig, seit 2019 Leitung des Teams der Pflegeentwicklung. Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Ausbildung zur Qualitätsbeauftragten WIFI Wien sowie Weiterbildung zur Kontinenz- und Stomaberaterin an der Donauuniversität Krems.
daniela.metzenbauer@hb.at


HAUS DER BARMHERZIGKEIT
Es lebe das Leben.

FH Salzburg
Gesundheits- &
Krankenpflege

# Sie wollen Ihre Expertise in der Pflege erweitern?

## Wir bieten ein breites Angebot an Aus- und Weiterbildung:



**Bachelorstudiengang Gesundheits- & Krankenpflege:**

- **Campus Urstein**
  Start Sommersemester 2022
- **Campus Salzburg**
  (Uniklinikum Salzburg)
  Start Wintersemester 2022
- **Campus Schwarzach**
  (Kardinal Schwarzenberg Klinikum)
  Start Wintersemester 2022

**Akademische Lehrgänge:**

- **Kinder- und Jugendlichenpflege**
  Start Wintersemester 2022
- **Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege**
  Start Wintersemester 2022

**Gesundheits- & Krankenpflege** BA
Campus Urstein

**Start auch im Sommersemester möglich**

**Weiterführende Infos unter:**
www.fh-salzburg.ac.at/guk
office.guksbg@fh-salzburg.ac.at

(C) Davide Angelini

# Generation Corona, Positivgesellschaft und die Attraktivität der Pflegeberufe

Der südkoreanisch-deutsche Philosoph Byung-Chul Han hat in seinem Buch „Infokratie. Digitalisierung und die Krise der Demokratie“ unter vielen anderen wichtigen Aussagen zwei Feststellungen getroffen, die die gegenwärtige Gesellschaftsordnung besonders treffend charakterisieren. Erstens, „Der Like schließt jede Revolution aus“ und zweitens, „Revolution und Konsum schließen sich aus“. In einem seiner älteren Bücher hat Han schon festgestellt, dass unsere Gesellschaft nach und nach zu einer „Positivgesellschaft“ verkommt, die sich jede Kritik und jede Negation verbietet. Schon bei Hegel kann der menschliche Geist überhaupt nur existieren, wenn er in der Lage ist, „dem Negativen ins Antlitz zu schauen“. Wer sich dagegen nur durch das Positive zappt, der ist ohne Geist und bleibt deshalb frei von revolutionären Ideen, weltbewegenden Zukunftsentwürfen oder kreativen Problemlösungen. Er taumelt, bezaubert und betäubt von wirklichkeitsverleugnenden positiven Beschwörungsformeln ohne der Fähigkeit zur Veränderung durch eine Welt, auf die er keinen wirkungsvollen Zugriff hat.

Neben der hohlköpfigen narzisstischen Selbstinszenierung und dem oberflächlichen Motivationsgeschwätz auf den suggestiven Plattformen des digitalen Kapitals sorgt die Kulturindustrie durch das Überschütten der Menschen mit Konsumangeboten für die Narkotisierung und Passivierung des Staatsbürgers. Am Ende heißt Mitbestimmen in einer Positivgesellschaft, Ja-sagen zu den Vorschlägen der Herrschenden oder zu schweigen.

## Die Kultur der Positivität spaltet die Gesellschaft

Die Kultur der Positivität trägt zur Spaltung der Gesellschaft bei,

indem sie mit ihrer suggestiven verhaltensökonomischen Rhetorik nur mehr das oberste Gesellschaftsdrittel motivieren und integrieren kann, die Mitte der Gesellschaft aber immer mehr in die Indifferenz abdriften lässt, während das unterste Drittel nach und nach zur offenen Rebellion gegen die Eliten tendiert.

Die Jugendforschung in Corona-Zeiten zeigt, dass Arbeiter- und Mittelklassen sich immer mehr von den autoritären Staatsmaßnahmen wie Lockdowns und Ausgangssperren distanzieren, während das oberste Gesellschaftsdrittel jede „Verschärfung" und Einschränkung für die dumme Masse euphorisch bejubelt. Es entsteht der Eindruck, als hielten sich vor allem die Bildungsschichten für einen kollektiven Philosophenkönig, der in einer abgehobenen Sphäre der wahren Erkenntnis über dem Pöbel schwebt und sich so erhaben fühlt, dass er glaubt, dass sich die Mehrheit der „normalen" Menschen ihm ohne Widerspruch zu unterwerfen habe.

„Die Zeit der Diskussionen ist vorbei", dekretiert mit Bezug auf Corona-Angelegenheiten auch der neue Bundeskanzler Schallenberg und das subalterne Volk nimmt den Vorschlag an und zieht sich nach und nach aus der Sphäre der Demokratie zurück. Fast 50% der Wahlbürger gingen bei der letzten österreichischen Kommunalwahl in Graz nicht mehr zu den Urnen. Tangiert hat es niemanden. Als wäre nichts gewesen, bildeten die siegreichen Kommunisten mit Grünen und SPÖ eine Stadtregierung. In einer Positivgesellschaft ist der Blick auf das Negative untersagt. Und so schweigen auch der Geist und die Kritik zum Wahlbeteiligungsdesaster.

Die Tendenz zur Wahlenthaltung zeigt sich auch in den jungen Zielgruppen. Getrieben ist dieser Trend vom völligen Versagen der Politik, was die Kommunikation mit den unter 30-Jährigen betrifft. 70% von ihnen geben jedenfalls bei Umfragen zu Protokoll, dass sie sich in Corona-Zeiten von der Politik ignoriert und vergessen fühlen. Eine dermaßen große Gruppe von politikentfremdeten Menschen ist ein Nährboden für Radikalisierung und anomische Verhältnisse. In vielen europäischen Städten gab es in den letzten Jahren Randale. Auch bei uns werden sie kommen, ändert die herrschende Politik nicht ihren Umgang mit den Menschen.

### Die Jugend ist wertekonservativ und hat Sehnsucht nach dem Gestern

Der überwiegende Teil der Jugend hat heute Zukunftsängste und möchte zurück in die Vergangenheit. Schon im Jahr 2017 attestierte der in der Zwischenzeit verstorbene Soziologe Zygmunt Bauman der Jugend „retrotopische" Tendenzen. Die Jugend hat laut Bauman nicht Lust auf Zukunft, sondern Sehnsucht nach Vergangenheit. Die Vergangenheit soll durch die Anbetung alter Werte wieder hergestellt werden. Familie, Sauberkeit, Ordnung und Sparsamkeit sind die Kernwerte der heutigen Jugendkulturen. Zudem wünscht sich die Mehrheit der Jungen Stabilität und Ordnung statt Veränderung und kreatives Chaos. Auch das neue Österreichbewusstsein deutet auf ein grundsätzlich konservatives Wertesetting hin. Über 80 Prozent der Jugendlichen sind stolz darauf, Österreicher oder Österreicherin zu sein. Und wenn sie sich einen idealen Arbeitgeber vorstellen sollen, dann denken sie an ein großes österreichisches Unternehmen wie die OMV, die ÖBB oder die Erste Bank. Attraktiv ist heute auch wieder ein Job als Beamter beim Staat. Auch Polizei und Bundesheer werden häufig als Wunscharbeitgeber genannt. Gute Bezahlung, ein sicherer Arbeitsplatz und genügend Zeit für die Freizeit sind die wichtigsten Anforderungen, die die gegenwärtige Jugend an Beruf und Arbeitsplatz stellt. Vor allem die Arbeiter- und Mittelklassen sind materialistisch und pragmatisch. Sie stehen mit beiden Beinen fest am Boden und denken und handeln vernünftig und nach dem Realitätsprinzip. Utopismus und idealistische Weltrettungsideen überlassen sie den Kindern der Gesellschaftseliten, den Alterskolleginnen und Kollegen, deren Eltern Manager, Ärzte, Juristen, Politiker oder Unternehmer sind.

### Restriktive Faktoren für die Akquisition junge Arbeitskräfte

Das höchste Vertrauen unter allen Institutionen des Landes bringen die 16- bis 29-Jährigen dem Gesundheitswesen entgegen. Auch wenn man sie nach den Branchen fragt, die für sie besonders für einen Job in Frage kommen, rangiert das Gesundheitswesen bei den Berufseinsteigern unter den Top 5. Über 40% der ganz Jungen, der 14- bis 18-Jährigen könnte sich auch dezidiert den Einstieg in einen Pflegeberuf vorstellen, bei den jungen Frauen sind es sogar 50 Prozent; männliche Jugendliche und solche, die in Bildungsgängen sind, die zu einem höheren formalen Bildungsabschluss hinführen, jedoch deutlich weniger. Von den Jugendlichen, die es sich vorstellen können, in einem Pflegeberuf zu arbeiten, will die überwiegende Anzahl mit Babys, Kindern und Jugendlichen als Patienten zu tun haben.

Wenn man sich nun mit der Frage auseinandersetzt, warum es in Österreich so schwer geworden ist, junge Menschen für Pflegeberufe zu gewinnen, so lassen sich deutlich drei restriktive Faktoren hervorheben. An erster Stelle steht dabei das vor allem von den postmodernen Helikoptereltern für ihre Kinder festgelegte Ziel der höheren akademischen Weihen. Eltern haben heute einen deutlich stärkeren Einfluss auf die Berufswahl ihrer Kinder als vor 30 Jahren. Und dieser Einfluss ist von den Jugendlichen auch erwünscht. Die Eltern glauben nun, dass das wichtigste Gegengift gegen den sozialen Abstieg ein akademischer Abschluss ist. Wenn Pflegejobs mit keinem solchen Abschluss verbunden sind, kommen sie daher für die Kinder der sich in Abstiegspanik befindlichen Eltern aus gehobenen Milieus nicht in Frage.

An zweiter Stelle der restriktiven Faktoren finden wir eine materielle Barriere im engeren Sinn, das Einkommen. Wir wissen aus der Berufsberatung, dass sich junge Menschen der Arbeiter- und Mittelklassen primär aufgrund des durchschnittlichen Monatsverdienstes in den verschiedenen Branchen für einen Job entscheiden. Neben den zu geringen Verdienstmöglichkeiten wirkt sich bei den Pflegeberufen zusätzlich auch die schwer herzustellende Balance zwischen Arbeit und Beruf negativ auf die Berufsentscheidung pro Pflegeberuf aus.

Der letzte restriktive Faktor kommt aus dem Bereich des Ästhetischen. Die Gesundheitsberufe sind für viele nicht dafür geeignet, in ein attraktives Lebensstilkonzept integriert zu werden. Die Bilder, die von Pflegeberufen in Medien zirkulieren, sind weniger anziehend als jene, die aus Konkurrenzsparten kommen. Pflegeberufe haben aber nicht nur ein Lifestyle-Defizit, sondern auch ein Image-Problem. In einer Leistungs- und Wettbewerbsgesellschaft, in der Statuspositionen auch danach vergeben werden, ob man in einem attraktiven Berufsfeld tätig ist, können Berufe einer extrem hierarchisch strukturierten Branche, in dem

**(C) Alessandro Biascioli**

das Image der Ärzteschaft, das alle anderen Beschäftigten überstrahlt und Pflegekräfte zudem als schlecht bezahlte Hilfskräfte der „Götter in Weiß“ erscheinen, nur sehr schwer punkten.

## New Deal und neues Narrativ

Will man das Image der Pflegeberufe verbessern und junge Menschen in größerer Zahl als bisher für eine Berufsentscheidung zugunsten der Pflege motivieren, muss man von den Prinzipien der Positivgesellschaft entschieden abweichen, die da bedeuten, die kritische Reflexion über die Schattenseiten eines Berufes völlig aus dem Focus der öffentlichen Debatte auszuschließen und Zustände, die negativ sind, dadurch wegzuretuschieren, dass man die Menschen im Ausgleich für die Inkaufnahme von verheerenden Arbeitsbedingungen ins moralische Himmelreich der Opferhelden der Nation erhebt.

Die jungen Menschen der Gegenwart sind überwiegend pragmatisch und materiell motiviert. Es geht ihnen nicht um den moralischen Status von Helden der Arbeit, die einen selbstlosen Dienst an der Gemeinschaft verrichten. Im Gegensatz dazu wollen sie, wie es im neoliberalen Kapitalismus das Ideal ist, einen guten Deal machen. Ein guter Deal am Arbeitsmarkt kann auch darin bestehen, einen schweren und belastenden Job zu verrichten, aber dafür überdurchschnittlich gut entlohnt und bewundert zu werden.

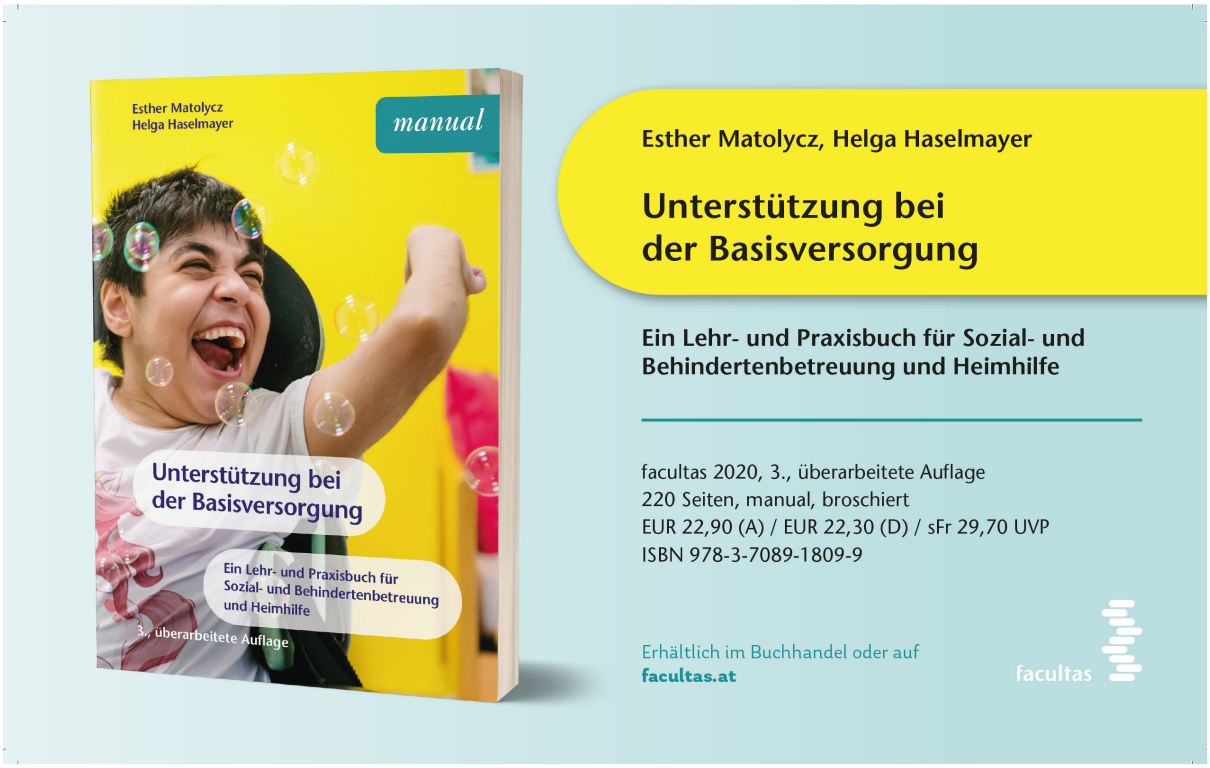
Was heute nur mehr die wenigsten schlucken ist, wenn die Branche, in der man arbeiten soll, insgesamt über ein so mäßiges Image verfügt, dass sie keinen positiven Beitrag zum Image-Building ihrer Mitarbeiter mehr leisten kann.

Ein gutes Beispiel für eine herausfordernde Arbeit, die trotzdem für viele attraktiv ist, weil sie einen guten Deal anbietet, ist die Arbeit auf einer Bohrinsel. Die Arbeit ist schwer, aber sie ist gut bezahlt und hat zudem ein Bombenimage. Wer von seiner Schicht zurückkommt, den bewundert man, weil er viel Geld in der Tasche hat und weil er zudem über das Moralische hinaus ein Held der Arbeit ist. Die Pflegebranche muss besser bezahlen und braucht ein neues attraktives Narrativ jenseits des Opfermoralismus. Dann werden die jungen Leute in Scharen kommen.

**Autor**

**Prof. Mag. Bernhard Heinzlmaier**

Bernhard Heinzlmaier ist seit über drei Jahrzehnten in der Jugendforschung tätig. Er ist Mitbegründer des Instituts für Jugendkulturforschung und seit 2003 Vorsitzender. Hauptberuflich leitet er das Marktforschungsunternehmen tfactory Trendagentur in Hamburg. Am 20.12.2018 wurde Bernhard Heinzlmaier für seine verdienstvollen Leistungen als Meinungs- und Jugendforscher von Bundespräsident Van der Bellen der Berufstitel Professor verliehen.



**Sichern Sie sich ihren Wissensvorsprung – jetzt bestellen:**

# Jugendwertestudie 2021

## Eine Generation im Kampf mit der Corona-Epidemie

## Jetzt mit Studienspecial „Jugend und Politik“

Im Februar und März 2021 haben das **Institut für Jugendkulturforschung** und die **T-Factory Trendagentur** 2000 repräsentativ ausgewählte Jugendliche und junge Erwachsene in Österreich und Deutschland online zu ihrem Leben in der Corona-Krise befragt. Die top-aktuelle Studie bietet einen Einblick in die Lebenswelt der jungen Menschen in Zeiten der globalen Pandemie und analysiert die Auswirkungen auf den Alltag, auf das Werte- und Normensystem sowie auf das ethische Bewusstsein der jungen Generation in Österreich und Deutschland.

## Die Themen der Studie

Auf Basis der Studienergebnisse und dem umfangreichen Zielgruppenwissen von T-Factory, jugendkultur.at und jugendkulturforschung.de liefern wir mit der Jugendwertestudie 2021 top-aktuelle Informationen zu folgenden Themen:

| Themenkomplex Corona-Krise: | Themenkomplex Werte, Einstellungen und Zukunft |
|---|---|
| ▶ Wahrnehmung und Beurteilung der aktuellen Situation | ▶ Werte- und Einstellungswelt |
| ▶ Ängste und Befürchtungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise | ▶ wichtige Lebensbereiche |
| ▶ Akzeptanz und Bewertung der Maßnahmen | ▶ Lebenszufriedenheit |
| ▶ Bewertung der Corona-Politik | ▶ gesellschaftliches vs. persönliches Zukunftsbild |
| ▶ Impfbereitschaft | ▶ Institutionenvertrauen |
| ▶ Was vermissen die jungen Menschen am meisten? | |

## Studienpakete und Preise

| | |
|---|---|
| **Studienband Österreich <u>oder</u> Deutschland** | Studienband pro Land € 1.790.-- |
| **Studienpaket Österreich <u>und</u> Deutschland** | beide Studienbände mit Ländervergleich € 1.990.-- |

*Alle Studienbände enthalten einen textierten Bericht, einen Tabellenband zu den Befragungsergebnissen sowie kommentierte Grafiken zu den zentralen Studienergebnissen.*

Wenn Sie zusätzlich **eine ausführliche Präsentation** buchen (1,5 Stunden) beträgt der Aufpreis

| | |
|---|---|
| online via Videokonferenz | Euro 500,-- |
| für eine Präsentation beim Kunden in der Zeit nach dem Lockdown | Euro 990,-- |

Alle genannten Preise verstehen sich exkl. MwSt.

<u>im Preis nicht inkludierte Leistungen</u>: Reise- und Nächtigungskosten für Referent/in bei Studienpräsentation außerhalb von Wien oder Hamburg

<u>Zahlungskonditionen</u>: 100% bei Bestellung. Lieferung innerhalb von 7 Tagen nach Zahlungseingang

## Die Studie

**Repräsentativerhebung** unter 16- bis 29-jährigen Österreicher/innen (n=1000) und Deutschen (n=1000); rep. nach Alter, Geschlecht, Bildungshintergrund und Wohnregion

**Befragungszeitraum:** 24. Februar bis 10. März 2021 in Österreich / 25. Februar bis 5. März 2021 in Deutschland

**Erhebungsmethode:** online


<u>Kontakt:</u> Institut für Jugendkulturforschung, Alserbachstraße 18, 1090 Wien

Tel.: +43/(0)1/532 67 95-0 / E-Mail: <u>jugendkultur@jugendkultur.at</u> / <u>www.jugendkultur.at</u>

LEP®

www.lep.ch

# Methode zur Dokumentation und Auswertung von Leistungen im Gesundheitswesen

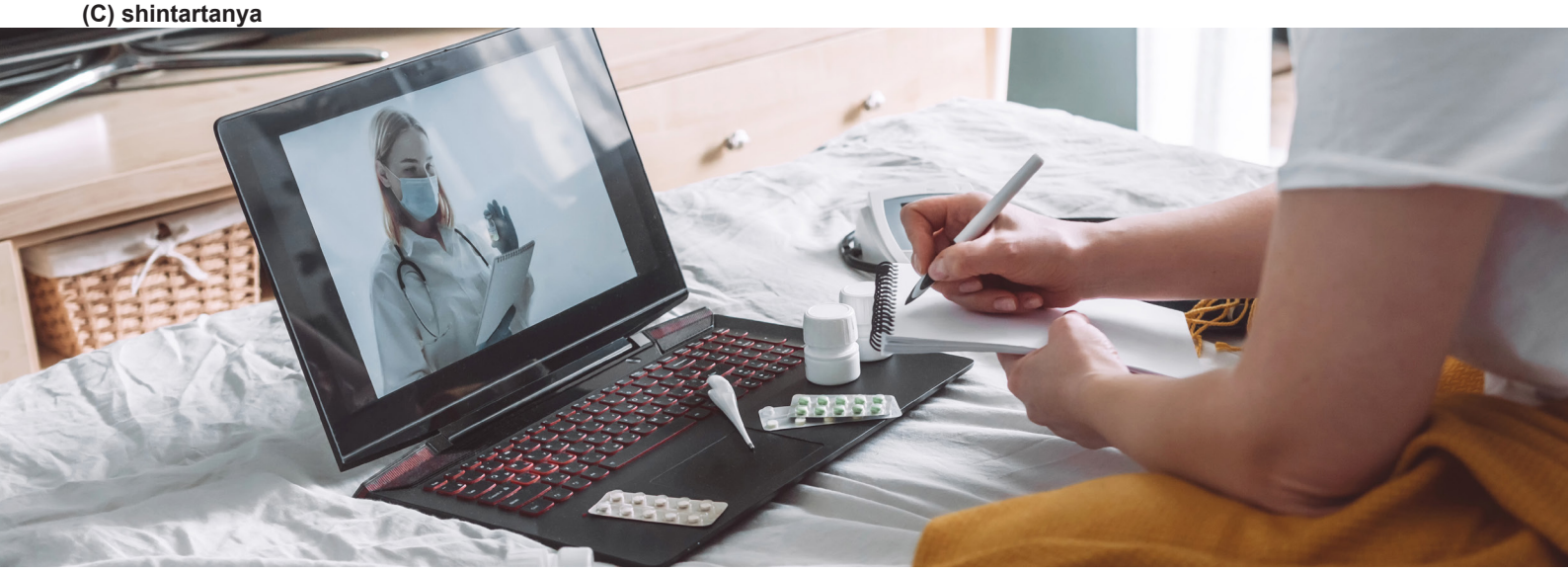
**Massgeschneiderte Anwendung**
LEP ist nach einem flexiblen Baukastenprinzip aufgebaut. Dies lässt den Anwendern viel Spielraum: Die Bedingungen für die Patientendokumentation, die Leistungserfassung sowie die Leistungsstatistiken und -auswertungen können gezielt auf die einzelnen Gesundheitsbetriebe zugeschnitten werden. Das Resultat ist eine äußerst benutzerfreundliche Anwendung mit direktem Bezug auf die erwünschten Statistiken und Auswertungen.

**Instrumente und Klassifikationen**
Im LEP-Pflegeprozess sind diverse Instrumente und Klassifikationen miteinander verknüpft. Sie decken ausgewählte Schritte des Pflegeprozesses ab.

Zusätzlich wird LEP wird in folgenden Berufsgruppen eingesetzt
- Pflege
- Physiotherapie
- Logopädie
- Ernährungsberatung
- Hebammen
- Ergotherapie
- Sozialdienst

→ 5. Wissenschaftliche Tagung
Dienstag, 13. September 2022

(C) shintartanya



# Gesundheitskompetenz

## Ein neues Handlungsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege

Die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal stellt viele Menschen vor große Herausforderungen. Ein alltagsfremder Fachjargon sowie eine Fülle an wichtigen Informationen in meist kurzer Zeit können dabei Probleme darstellen. Die Rolle des Pflegepersonals als Übersetzer:innen ist in diesem Kontext altbekannt. Für einen optimalen Therapieerfolg ist eine gute Verständlichkeit von krankheitsbezogenen Informationen jedoch essenziell. Studien konnten zeigen, dass der Behandlungserfolg stark vom Informationsverständnis beeinflusst wird. Werden wichtige Informationen seitens der Betroffenen gut verstanden, können diese auch entsprechend für die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Gesundheit genutzt werden. Das Verstehen ist hierbei jedoch nur ein Teilaspekt einer wichtigen Kompetenz. Health Literacy oder Gesundheitskompetenz umfasst sowohl das Finden und Verstehen als auch die Bewertung und individuelle Nutzung gesundheitsbezogener Informationen. Im heutigen Informationszeitalter gewinnen derartige Fähigkeiten zunehmend an Bedeutung. Im Rahmen der Covid-19-Pandemie wird dies immer deutlicher. Desinformation und Verschwörungserzählungen verbreiteten sich rasant und können von vielen Menschen nicht immer von seriöser Information eindeutig und zweifelsfrei unterschieden werden. „Corona lässt sich weggurgeln“, „Grippegeimpfte sind anfälliger für Covid-19“, „5G ist schuld an Corona“, „Impfen verändert die menschliche DNA“ sind nur einige populäre Falschinformationen. Der perfekte Nährboden – nicht für das Virus, sondern für Fake Facts – sind zudem Ängste und Verunsicherungen, die in dieser Pandemie kursieren.

### Die Gesundheitskompetenz muss gefördert werden

Eine groß angelegte europäische Vergleichsstudie – der European Health Literacy Survey – untersuchte 2012 die Gesundheitskompetenz von über 8.000 Erwachsenen in acht europäischen Ländern. Die Resultate waren ernüchternd. Mehr als die Hälfte der Europäer:innen weisen demnach eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Auch in Österreich zeigte sich, dass über 50 Prozent der Bevölkerung Probleme im Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Gesundheitsinformationen hat. Benachteiligte Gruppen hinsichtlich Bildungsniveau und sozioökonomischer Faktoren sowie ältere Menschen und jene mit Migrationshintergrund sind hierbei besonders betroffen.

Die Auswirkungen einer niedrigen Gesundheitskompetenz können weitreichend sein, wie internationale Studien zeigen. Betroffene weisen unter anderem vermehrte Krankenhausaufenthalte auf, benötigen häufiger medizinische Notfalldienste, halten Behandlungsanweisungen seltener ein – wie zum Beispiel die richtige Einnahme von Medikamenten – und haben eine niedrigere Lebensqualität und Lebenserwartung. Um diesen Problemen entgegenzuwirken hat sich die österreichische Gesundheitspolitik das Ziel gesetzt, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Hierfür wurde 2014 eine nationale Plattform gegründet. Die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, kurz ÖPGK, fokussiert neben der Stär-

kung persönlicher Fähigkeiten vor allem auf die Veränderung systemischer Strukturen. Gesundheitseinrichtungen sollen gesundheitskompetent ausgerichtet werden, sodass die Nutzer:innen sich darin besser zurechtfinden. Für viele Menschen ist das Gesundheitssystem komplex. Das führt zum Beispiel dazu, dass Notfallambulanzen zu primären Anlaufstellen bei gesundheitlichen Problemen werden. Dies ist jedoch der teuerste Zugang zur Primärversorgung und in vielen Fällen auch nicht erforderlich. Besonders für Menschen mit Migrationshintergrund sind die systemischen Strukturen meist nicht ausreichend verständlich. Dagegen sollen Maßnahmen gesetzt werden, um für mehr Nutzerfreundlichkeit und Vereinfachung zu sorgen. Standardisierte Piktogramme können dabei Abhilfe schaffen.

Für eine verbesserte Gesprächsqualität im Gesundheitssystem bietet die ÖPGK außerdem evidenzbasierte Schulungen an, die Health Professionals bei einer effizienteren Kommunikation mit ihren Patient:innen und Klient:innen unterstützen. Dadurch soll das Selbstmanagement der Betroffenen gefördert und die Behandlungs- und Versorgungsqualität gesichert werden.

## Die Rolle der Pflege

Eine wichtige Instanz bei der Förderung der Gesundheitskompetenz unterschiedlicher Zielgruppen bildet der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Im Rahmen edukativer Gesundheitsförderungsmaßnahmen übernehmen Pflegepersonen verschiedene Verantwortungsbereiche. Laut § 14, Abs. 2 (7) des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes stellt die Förderung der Gesundheitskompetenz eine pflegerische Kernkompetenz dar. Um diesem Handlungsfeld künftig gerecht werden zu können, sollte die Thematik schon in der Ausbildung verstärkt adressiert werden. Eingeschränkte Gesundheitskompetenz zu erkennen, Gesundheitskompetenz zu messen sowie evidenzbasierte Förderungsmaßnahmen zu setzen sind bis dato jedoch vernachlässigte Ausbildungsinhalte. Dieses Defizit ist vermutlich auch der Tatsache geschuldet, dass die Gesundheitskompetenzforschung im deutschsprachigen Raum noch weit am Anfang steht. Derzeit werden nationale Aktionspläne zur Stärkung der Gesundheitskompetenz erst entwickelt und implementiert. Aus internationalen Studien ist jedoch bereits bekannt, dass Maßnahmen, wie zum Beispiel die Teach-Back-Methode, helfen können, die Gesundheitskompetenz zu fördern. Anhand dieser einfachen Technik sollen Patient:innen die erhaltenen Informationen nochmals in eigenen Worten wiedergeben, um mögliche Unklarheiten unmittelbar zu erkennen und beheben zu können. Hierbei soll dem Gegenüber jedoch nicht das Gefühl vermittelt werden, überprüft zu werden. Vielmehr geht es um ein Feedback zur eigenen Gesprächsführung und Informationsvermittlung. Auch die Initiative Drei Fragen für meine Gesundheit trägt dazu bei, die Interaktion zwischen Patient:innen und Health Professionals auf einfache Art und Weise zu verbessern. Die drei leicht zu merkenden Fragen Was habe ich? Was kann ich tun? Warum soll ich das tun?, mit denen man sich auf ein anstehendes Gespräch – zum Beispiel mit einer Ärztin – vorbereitet, sollen Patient:innen dazu ermutigen, sich in der Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal insgesamt stärker zu beteiligen und alle für sie wichtigen Fragen zu stellen.

Pädagogisch orientierte Fortbildungen zum Thema gesundheitskompetente Gesprächsführung, Information, Beratung und Schulung sollten künftig vermehrt angeboten und in Anspruch genommen werden, um ein stärkeres Bewusstsein für die Wichtigkeit der Gesundheitskompetenz zu schaffen und Handlungskompetenz seitens der Pflegenden zu ermöglichen. Denn das beste fachliche Wissen kann unter Umständen nicht entsprechend vermittelt werden, wenn zu wenig Augenmerk daraufgelegt wird, wie informiert, beraten und geschult wird. Auch bietet die Covid-19-Pandemie die Chance, Gesundheitskompetenz bereits im Kindes- und Jugendalter systematisch zu fördern, indem Gesundheitsförderung und Prävention bzw. Gesundheitserziehung als eigenes Fach in den Schulalltag integriert wird. Auf lange Sicht wäre dies ein sinnvoller und zukunftsorientierter Ansatz. Mit der künftigen Etablierung von Community Nurses in Österreich eröffnet sich hier ein bedeutsamer neuer Verantwortungsbereich für die professionelle Pflege.

**Autor**

**Dr. Matthias Rohringer**
Universitätsassistent am Institut für Pflegewissenschaft der UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Doktor der Philosophie im Fach Pflegewissenschaft (Dr. phil.),Master of Science in Health Science Education (M.Sc.) Bachelor of Education (B.Ed.), Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP)

# Ein Plädoyer für Auszubildende in der Pflege

Jedes Jahr starten sehr viele motivierte Menschen mit der Ausbildung in die Pflege. In Österreich findet dies an diversen Ausbildungseinrichtungen statt um die unterschiedlichsten Qualifikationsprofile zu erlangen. Alle Auszubildenen in der Pflege haben dieselbe Intention diesen Weg zu bestreiten. Sie alle möchten gemeinsam mit Menschen arbeiten und diese bei der Erfüllung ihrer Bedürfnisse, auf der gesamten Lebensspanne, in diversen Settings unterstützen. Die Motivation, die Freude und das Streben nach neuem Wissen ist in den Lehrräumen spürbar. Die Spannung, die Neugier und die Freude auf das erste Praktikum ist bei allen Auszubildenen vorhanden. Die Lehrpersonen bereiten die Auszubildenden bestmöglich auf die Praxis vor. Bei vielen Auszubildenden verstärkt sich dieses positive Gefühl im Praktikum, die Freude und die Motivation für diesen Beruf unter anderem auch deshalb, weil die Praktikumsstellen hervorragende Arbeit leisten. Die Aufnahme ins Team, die wertschätzende Kommunikation und die kompetente Anleitung von pflegerischen Tätigkeiten sind wesentliche Erfolgsparameter. Dabei spielt jede einzelne Pflegeperson vor Ort eine wesentliche Rolle im Lernerfolg der Auszubildenden.

Trotz aller positiven Erlebnissen in der Praxis, häufen sich die negativen Erfahrungen insbesondere bei den Studierenden. Häufig müssen Lehrende Krisengespräche führen, um den Berufsstand der Pflege ins rechte Licht zu rücken. Studierende müssen sich teilweise Tag täglich in der Praxis für die Akademisierung der Pflege rechtfertigen. Ihnen wird vorgeworfen, dass sie nicht am Bett arbeiten wollen, dass sie es auch nicht können, da sie in ihrer Ausbildung kaum praktischen Inhalte erlernen. Ohnehin würden sie nicht in der Praxis bleiben wollen, da sie nach dem Studium eine Leitungsposition anstreben. All diese

(C) New Africa

Anschuldigungen sind schlichtweg nicht korrekt. Es ist teilweise beschämend, dass sich die Studierende für ihre Ausbildung an den Fachhochschulen rechtfertigen müssen. Die Studierenden berichten, dass sie teilweise verschweigen von einer Fachhochschule zu kommen, um keine Nachteile zu erleben und nicht in die Rechtfertigungsrolle gedrängt zu werden.

Sie gehen mit der gleichen Grundintention - für und mit den Menschen zu arbeiten – in die Pflege. Die Pflege zeichnet sich durch eine besondere Menschlichkeit und Herzenswärme gegenüber den zu Pflegenden aus. Gegenüber den Studierenden wird darauf häufig vergessen.

Auch den Auszubildenden sowie den Ausbildungseinrichtungen ist bewusst, dass das Gesundheits- und Pflegesystem umfassend reformiert, werden muss. Dennoch ist es nicht fair die Schwierigkeiten und die Herausforderungen in der Praxis auf dem Rücken der Auszubilden auszutragen.

Egal welchen Ausbildungsweg jemand eingeschlagen hat - wir alle sind Pflegepersonen. Wir sind die größte Berufsgruppe in Österreich und arbeiten alle im selben Gesundheitssystem. Wir alle möchten dieselbe qualitativ hochwertige Arbeit leisten und die bestmöglich pflegerische Versorgung für unsere zu Pflegenden. Schaffen wir gemeinsam ein Pflegefeld in dem junge motivierte Menschen gerne arbeiten möchten. Die Auszubildenen von heute sind die Pflegepersonen von morgen.

**Autorin**

**Maria Preininger, BSc MSc**
DGKP, Hochschullektorin am Studiengang für Gesundheits- und Krankenpflege
FH Joanneum Graz

**Autorin**

**Romana Eichelsberger, BSc M.Ed.**
DGKP, Hochschullektorin am Studiengang für Gesundheits- und Krankenpflege
FH Joanneum Graz

FH | JOANNEUM
Gesundheits- und Krankenpflege

# Arbeiten in bayerischen Pflegeheimen – Mehr Belastungen und Gewalt als gedacht?

## Projekt: Gewaltprävention und Gesundheitsförderung in Pflegeheimen – Erste Ergebnisse der empirischen Begleitforschung

Projekthintergrund: Das Projekt ‚Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen' ist als Präventionsprojekt der Personal- und Organisationsentwicklung mit gleichzeitiger Wirksamkeitsforschung konzipiert. Durchgeführt wird es von der AGP Sozialforschung im FIVE e.V., der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. und der Hochschule München und von Kranken- und Pflegekassen in Bayern gefördert [1]. Das Projekt beinhaltet Präventionsmaßnahmen in Bezug auf Gewalt in der vollstationären Pflege Bayerns für Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI sowie von in der vollstationären Pflege Bayerns tätigen Mitarbeiter*innen nach § 20b SGB V im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Projektlaufzeit beträgt drei Jahre – in diesem Zeitraum werden 40 Pflegeeinrichtungen in Bayern dabei unterstützt, Heime als Orte guten Lebens weiterzuentwickeln und attraktive Arbeitsplätze für Mitarbeiter*innen zu schaffen.

| | |
|---|---|
| **Körperliche Gewalt** | grob anfassen, schlagen, kratzen oder schütteln/ unbequem hinsetzen/ unerlaubte oder häufig freiheitsentziehende Maßnahmen anwenden/ Maßnahmen gegen den Willen übernehmen (z.B. Pflege, Ernährung, Medikamente, …) |
| **Psychische Gewalt** | unangemessen ansprechen: anschreiben, schimpfen oder rüge, auch kindliche Ansprache/ missachten oder ignorieren/ demütigen oder beleidigen/ verbaler Zwang zu Maßnahmen (z.B. Pflege, Ernährung, …) |
| **Vernachlässigung** | schlecht pflegen oder medizinisch versorgen/ unzureichend im Alltag helfen/ menschliche Bedürfnisse (emotional, körperlich und/ oder psychisch) übergehen |
| **Finanzielle Ausnutzung** | unbefugt über persönliches Vermögen verfügen/ zu Geldgeschenken überreden oder nötigen/ Geld oder Wertgegenstände entwenden |
| **Intime Übergriffe** | Schamgefühl oder Intimsphäre verletzen/ sexuelle Andeutungen machen/ Intimkontakte verlangen oder erzwingen |

**Abbildung 1: Gewaltformen und Gewaltverständnis Eigene Darstellung 2021 nach Görgen 2017; WHO 2002 und 2011**

**Gewaltverständnis im Projekt:** Um der Sensibilität des Themas innerhalb des Projektes gerecht zu werden, wurde sich für einen weiten Gewaltbegriff entschieden. Laut der WHO zählen neben der physischen und psychischen Gewalt auch die sexuelle Gewalt, die Vernachlässigung, die Einschränkung des freien Willens und/ oder die finanzielle Ausbeutung von Menschen (Brucker und Kimmel 2014, S.6). Diese Einordnungen finden sich auch in anderen etablierten Bereich der Gewaltforschung, so dass sich im Projekt an den fünf Bereichen (körperliche Gewalt, psychische Gewalt, Vernachlässigung, intime Übergriffe und finanzielle Ausnutzung) orientiert wird. Zudem wird sich innerhalb des Projektes mit Gewalterfahrungen und Gewalterleben von Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und Angehörigen gegen- und untereinander auseinandergesetzt sowie der Einfluss der strukturellen Gewalt mitaufgenommen.

**Begleitforschung:** Die Begleitforschung sieht unterschiedliche Befragungs- und Beobachtungsinstrumente vor und stellt einen integralen Bestandteil des Projektes dar. So wird zum einen zu vier festgelegten Zeitpunkten im Projektverlauf ein Erhebungsbogen ausgegeben, mit welchem quantitative Phänomene von Gewalt, Beinahe-Gewalt und entwürdigendem Verhalten sowie der Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen erfasst werden sollen. Zum anderen wird in jeder Einrichtung mit Hilfe teilnehmender Beobachtungen und qualitativer Befragungen in Form von Telefoninterviews erfasst, welche Best-Practice-Ansätze bereits umgesetzt werden und wie welche Fortschritte in der Organisations- und Kulturentwicklung gemacht wurden.

Beim ersten Zeitpunkt der quantitativen Erhebung (t0) hatten die Mitarbeitenden noch keinerlei Erfahrungen im Projekt gesammelt, so dass der Status Quo erfasst werden konnte.

**Methodik:** Die t0-Erhebung erfolgte mittels eines standardisierten Erhebungsbogens, welcher als Online-Fragebogen und als Paper-Pencil-Version den teilnehmenden Projekteinrichtungen zur Verfügung gestellt wurde. Ein Großteil der Fragen konnte mit Hilfe unterschiedlich skalierter Likert-Skalen beantwortet werden, ein Teil der Fragen wurde durch Freitexte ergänzt. Der Erhebungsbogen unterteilte sich in die Bewertung von konflikthaften/ gewaltnahen Situationen, eigenen und beobachteten Gewalterfahrungen, Veränderungen aufgrund der Sars-CoV-2-Pandemie, der eigenen Handlungssicherheit bei Gewalterfahrungen und dem Bereich Gesundheit und Arbeitsalltag bzw. Arbeitsbelastungen sowie der sozidemografischeren Daten.

Teilnehmer*innen: Die Zielgruppe der t0-Befragung waren alle Mitarbeiter*innen der am Projekt teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, unabhängig vom Tätigkeitsbereich und der zugehörigen Berufsgruppe. So sollten neben Pflege- und Betreuungspersonen auch Mitar-

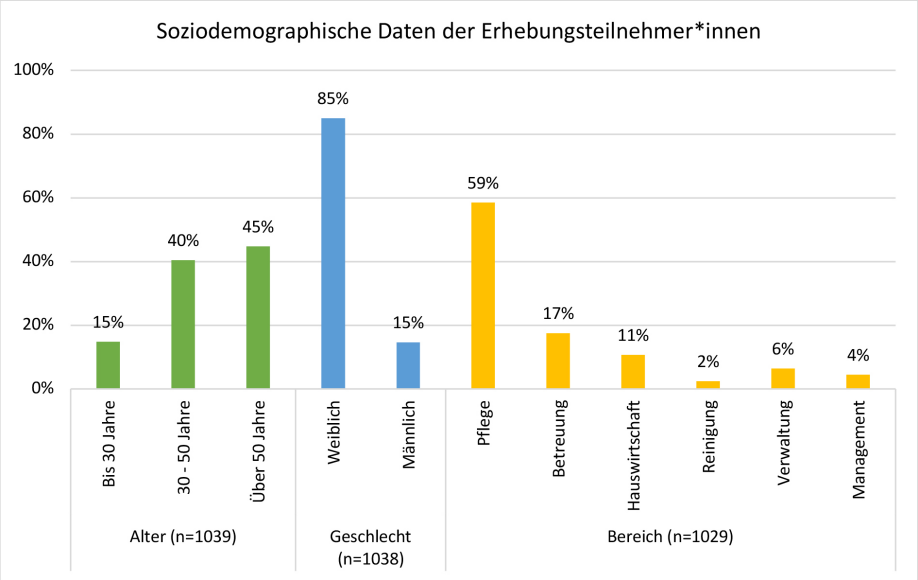



**Abbildung 2: Sozidemographische Daten der Erhebungsteilnehmer*innen Quelle: Eigene Darstellung 2021**

beiter*innen aus den Bereichen Hauswirtschaft, Reinigung, Verwaltung und Management an der Erhebung teilnehmen, unabhängig davon, ob es sich um Fachkräfte, Hilfskräfte, Auszubildende, Führungskräfte oder Ehrenamtliche handelte. Bei der Auswertung zeigte sich, dass der Großteil der teilnehmenden Mitarbeiter*innen über 30 Jahre (85%) alt, weiblich (85%) und in der Pflege tätig war (59%).

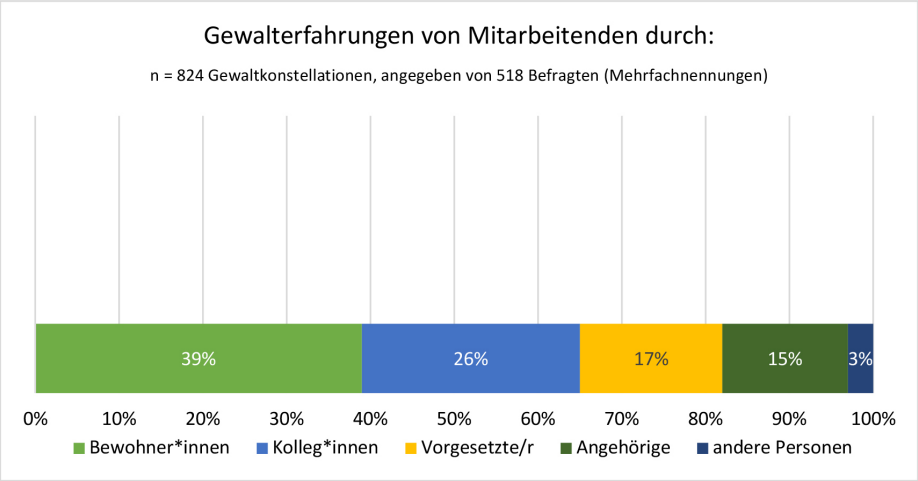



**Abbildung 3: Gewalterfahrung von Mitarbeitenden Quelle: Eigene Darstellung 2021**

## Auswertung und Ergebnisse:

26 Einrichtungen nutzten das Paper-Pencil-Format, 13 Einrichtungen nutzten das Onlineformat und eine Einrichtung nutzte beide Formate gleichermaßen. An der Erhebung von Mitte Oktober bis Ende November 2020 nahmen insgesamt 1079 Mitarbeiter*innen aus 39 Einrichtungen von gesamt 40 teilnehmenden Projekteinrichtungen teil. Die durch die unterschiedlichen Messinstrumente (Online-Fragebogen und Paper-Pencil-Erhebungsbogen) erhobenen Daten wurden unter Zuhilfenahme standardisierter und bekannter Statistiksoftware wie IBM SPSS Statistics und MAXQDA aufbereitet und analysiert. Die unterschiedlichen Angaben zu Stichprobengröße (n) ergeben sich aus der Auswertung aller zurückgemeldeten Erhebungsbögen abhängig davon, ob die entsprechenden Fragen beantwortet wurden.

## Gewalterfahrung und -erlebnisse in den teilnehmenden Pflegeheimen [2]

Um Erkenntnisse darüber zu erlangen, inwieweit die Mitarbeiter*innen der teilnehmenden Pflegeinrichtungen bereits im Sinne eines weiten Gewaltbegriffs sensibilisiert sind, sollten zu Beginn des Erhebungsbogens verschiedene gewaltfreie und gewaltvolle Aussagen entsprechend bewertet bzw. zugeordnet werden. Hierbei zeigte die Auswertung, dass lediglich fünf Prozent der befragten Personen eindeutig gewaltvoll beschriebene Situationen nicht als solche erkannten und somit einem ‚engen Gewaltverständnis' zugeordnet werden können. Mehr als die Hälfte der befragte Mitarbeiter*innen zeigten eine ausgeprägte Sensibilität in Bezug auf das Gewaltverständnis, wobei hier die Führungskräfte die Berufsgruppe mit der höchsten Sensibilisierung darstellte. Die Personen, die bereits selbst Gewalterfahrungen im beruflichen Kontext erlebten oder beobachteten, wiesen ebenso eine stärkere Sensibilität für das Thema Gewalt auf. Bei der Auswertung der t0-Erhebung zeigte sich, dass knapp über die Hälfte der Befragten in den letzten zwei Monaten selbst Gewalt erlebt hatten und 51% berichteten, Gewalt gegen Bewohner*innen beobachtet zu haben. 39 % der Gewalt an Mitarbeitenden wurde durch Bewohner*innen (vor allem psychische und physische Übergriffe) ausgeübt, 43% durch Kolleg*innen (vor allem psychische Übergriffe) und Vorgesetzte (Abbildung 2).

Wobei etwa 60% der Übergriffe durch Bewohner*innen auf medizinische Ursachen – etwa eine Demenzerkrankung oder Alkoholmissbrauch – zurückzuführen sind. 70% der Übergriffe durch Kolleg*innen sind laut Auswer-

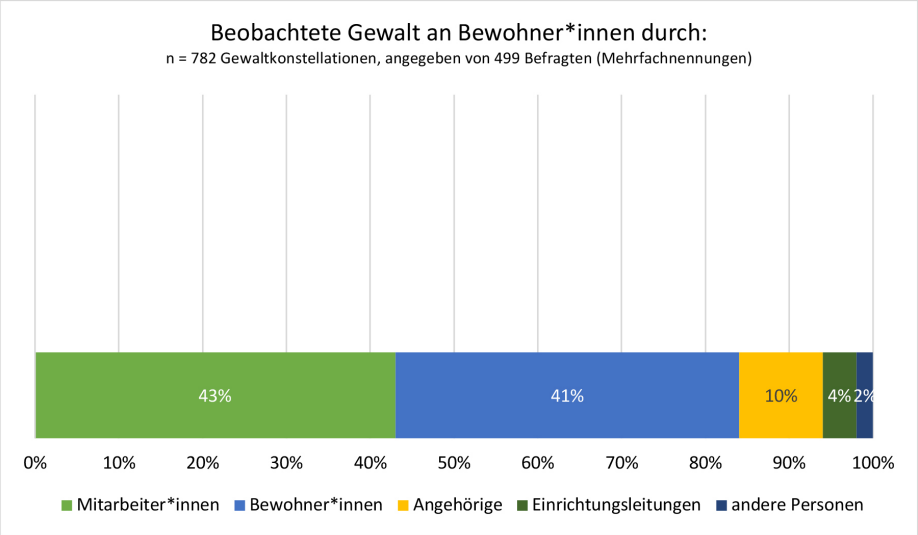



**Abbildung 4: Beobachtete Gewalt an Bewohner*innen Quelle: Eigene Darstellung 2021**

tung mit der Ursache ‚beruflicher Stress' begründet gewesen.

In 782 Fällen wurde zudem über Gewalt gegenüber Bewohner*innen berichtet, wobei in 84% der Fälle Mitarbeitende (43%) und andere Bewohner*innen (41%) als gewaltausübende Personen beschrieben wurden.

In 38 bis 47 % aller Beobachtungen handelte es sich um psychische Gewalthandlungen. In etwa 30% der Fälle handelte es sich um Vernachlässigung durch Mitarbeiter*innen. Als Ursache für die Gewalthandlungen durch Mitarbeiter*innen wurde Stress im Beruf genannt. Bei Gewalthandlungen zwischen Bewohner*innen wurden neben medizinischen Gründen auch Antipathien als Ursache vermutet.

### Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen im Arbeitsalltag

68,2% der befragten Mitarbeiter*innen (n = 1053) gaben an, sich zum Zeitpunkt der Befragung in einem (sehr) guten allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand zu befinden. Etwa 20% gaben hierbei ein durchschnittliches Befinden an. Die Befragung ergab keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen dem allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand und dem Geschlecht der Mitarbeiter*innen (p = 0,102 / p = 0,107) und dem Alter der Mitarbeiter*innen (p = 0,237 / p = 0,767).

In Bezug auf ihren Arbeitsalltag zeigte sich der Großteil der befragten Personen zufrieden. So berichteten 67,8% (n = 1034), dass sie ihre Aufgaben im Arbeitsalltag immer bzw. oft zufriedenstellend erledigen und etwa ein Drittel könne den Arbeitsalltag größtenteils selbstständig strukturieren (n = 1037). 76,4% (n = 1042) bekämen immer bzw. oft Unterstützung von Kolleg*innen und könnten ihre Fertigkeiten sowie ihr Fachwissen durch Fort- und Weiterbildungen erweitern (64,9%). Außerdem würden Vorgesetzte nur selten bzw. nie widersprüchliche Anforderungen stellen (65,6%) und oft bzw. immer ausreichend konstruktives Feedback geben (50,8%). Dass 66,5% (n = 1035) immer bzw. oft ihre Meinung bzgl. ihrer alltäglichen Arbeitssituation im beruflichen Umfeld frei äußern könnten, unterstützt die Annahme eines positiven Gesamtbildes der Befragung hinsichtlich des Arbeitsalltages.

Wichtig im Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen im Arbeitsalltag waren für die Befragung unterschiedliche Aussagen im Bereich der Arbeitsbelastung und -beanspruchung und deren Auswirkungen auf die Mitarbeiter*innen. 62,8 % fühlen sich motiviert und optimistisch, wenn sie an ihren Beruf denken und 86 % (n = 1035) haben das Gefühl, mit ihrem Beruf etwas Sinnvolles zu tun. Knapp ein Fünftel gab jedoch an, sich aufgrund der Arbeit seelisch und emotional stark belastet zu fühlen (n = 1042), 42,1% gehe dies teilweise so. Etwa zwei Drittel der Befragten (n = 1035) gab an, mit Krisen im Arbeitsalltag gut umgehen zu können und rund 48,6% (n = 1036) gaben an, dass die Anforderungen an ihre Arbeit ihr Privatleben teilweise oder sogar (stark) negativ beeinflussen. Wobei 43,0% angaben, sich nach einer anstrengenden Schicht gut ausruhen und neue Energie schöpfen zu können bzw. dies teilweise tun zu können (39,0%). Nur etwa 6% (n = 1039) der befragten Mitarbeiter*innen gab an, dass sie während ihrer Arbeit gereizt reagierten. Im Zusammenhang mit der Sars-CoV-2-Pandemie berichteten jedoch 9% von einem Anstieg der Überlastung und des Stresses, wobei im Zusammenhang mit der Sars-CoV-2-Pandemie auffallend häufig die Überlastung und Gereiztheit aller Beschäftigten, Bewohner*innen und Angehörigen genannt wurde.

### Auswirkungen der Sars-CoV-2-Pandemie in den teilnehmenden Pflegeheimen

Nur etwa 24% der Mitarbeiter*innen berichteten über eine Veränderung bzgl. der Gewalthandlungen aufgrund der Sars-CoV-2-Pandemie. Bei 326 Antworten (Mehrfachnennungen waren in diesem Bereich möglich) wurden als problematischste Veränderungen während der Sars-CoV-2-Pandemie vor allem die Isolation, das Besuchsverbot und freiheitsentziehende Maßnahmen beschrieben. Viele Bewohner*innen würden vereinsamen und zudem hätten verbale und psychische Übergriffe zugenommen.

Interessant erscheinen im Zusammenhang mit der Pandemie die sehr gegensätzlichen Auffassungen bzgl. der Corona-Verordnungen, den Infektionsschutzvorgaben und den damit verbundenen Einschränkungen der individuellen Freiheit in Bezug auf Gewalthandlungen. So gaben etwa 38 % an, dass das fiktive Fallbeispiel „Herr Q. wird mit Hinweis auf die Corona-Verordnungen und den Infektionsschutzvorgaben daran gehindert, das Heim zu verlassen" nicht als Gewalthandlung zu sehen sei. 33 % wiesen das Fallbeispiel eindeutig einer Gewalthandlung zu.

In Bezug auf die Gesundheit gaben 58 % (n = 1046) an, dass die Sars-CoV-2-Pandemie ihre psy-

chische Gesundheit negativ bis stark negativ beeinflusst hat – unabhängig davon, ob die Befragten ihre psychische Gesundheit im Allgemeinen als sehr gut oder sehr schlecht beurteilten (range zwischen 39% und 79%).

**Diskussion:** Bei den beschriebenen Ergebnissen handelt es sich um Resultate der ersten von vier geplanten Befragungen, welche im Gesamtprojektverlauf zu verschiedenen Implementierungs- und Begleitungsstadien durchgeführt werden sollen. Die Erhebung erfolgte zum Zeitpunkt t0 zwischen Mitte Oktober und Ende November 2020. Durch den gewählten Zeitraum der t0-Befragung sollte das vorhandene Gewaltverständnis, die bis zum Projektstart erlebten Gewalterfahrungen und -handlungen sowie die psychosozialen Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen der Mitarbeiter*innen abgefragt werden. Die Ergebnisse der t0-Befragung werden im weiteren Projektverlauf in diversen projektinternen Expertengruppen – etwa dem Fachbeirat, den ständigen Prozessbegleiter*innen, dem Gesamtteam – zur weiteren Diskussion und Analyse eingebracht.

Gesamt betrachtet zeigt sich, dass die befragten Mitarbeiter*innen der am Projekt teilnehmenden Einrichtungen bereits vor dem Projektstart im Herbst 2020 gut für das Thema Gewalt in der Pflege sensibilisiert scheinen. Die Anzahl der genannten Gewalterfahrungen und/ oder -beobachtungen in der t0-Erhebung passt zu den Aussagen, welche in unterschiedlichen Publikationen zu finden sind. Brucker und Kimmel (2014) beschreiben etwa eine stark schwankende Prävalenz zwischen einem und 35%. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) publizierte 2016, dass in einer ihrer Erhebungen im Bereich der stationären Langzeitpflege etwa 60% angaben, in den letzten zwölf Monaten körperliche Gewalt und 70% verbale Gewalt erlebt zu haben. Wobei die Form der Gewalterfahrung hier einen Unterschied zu den im Projekt erhobenen Aussagen darstellt. Eine Erhebung von Egger, Schnapp und Sulmann (2017) ergab, dass etwa 47% (n = 118) der Herausforderungen im pflegerischen Setting Konflikte, Aggressionen und Gewalt durch Mitarbeiter*innen in der Pflege darstellen.

Gregersen, Dulon, Nienhaus et al. (o.J.) kamen in ihrer Untersuchung ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Führungsqualität und das Feedback überdurchschnittlich gut bewertet wurden. Die Bedeutung des eigenen Berufs wird ebenfalls überdurchschnittlich bewertet, was bei helfenden Berufsfeldern oftmals beschrieben wird. Die hohe Rückmeldung von teilweise oder (stark) negativem Einfluss der Arbeit auf das Privatleben wurde von Gregersen, Dulon, Nienhaus et al. (o.J.) ebenfalls nachgewiesen. So wurden gerade in der stationären Langzeitpflege mehr Arbeit-Freizeit-Konflikte genannt. Außerdem schienen die befragten Mitarbeiter*innen innerhalb des Projektes zum Zeitpunkt der Befragung – ähnlich wie bei Gregersen, Dulon, Nienhaus et al. (o.J.), die herausfanden, dass gerade in der stationären Langzeitpflege die quantitativen und emotionalen Anforderungen stärker ausgeprägt seien – durch ihre Arbeit teilweise (42,1%) oder in (sehr) hohem Maße emotional und seelisch stark belastet. Im Vergleich zur Untersuchung von Gregersen, Dulon, Nienhaus et al. (o.J.) ergab die durchgeführte t0-Befragung allerdings ein besseres Gemeinschaftsgefühl und bessere Entwicklungsmöglichkeiten.

Die hohe Anzahl an Mitarbeiter*innen (58,4 %), die eine (stark) negative Beeinflussung der psychischen Gesundheit durch die Sars-CoV-2-Pandemie angaben, deckt sich mit einer Untersuchung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP), welches herausfand, dass bei bis zu 65% der Mitarbeiter*innen aus Pflegeheimen die psychischen Belastungen durch bzw. während der Pandemie gestiegen ist.

Die drei im Projektverlauf folgenden Befragungen dienen der Evaluierung der Wirksamkeit und der Effizienz der angebotenen und umgesetzten Methoden innerhalb des Projektes auf die Sensibilisierung, die Gewalthandlungen und das Gewalterleben sowie die psychosoziale Gesundheit der Mitarbeiter*innen.

**Verwendete Literatur:**

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2016). Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen. Paderborn: Bonifatius GmbH

Brucker, Uwe; Kimmel, Andrea und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2014). Kurzbericht zum Projekt. Gewaltfreie Pflege. Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung. Verfügbar über: Kurzbericht_Final_GewaltfreiePflege.pdf (bundesgesundheitsministerium.de)

Egger, Simon; Schnapp Patrick; Sulmann, Daniela und Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2017). ZQP-Analyse. Gewalt in der stationären Langzeitpflege.

Verfügbar über: ZQP-Analyse-Gewalt-StationaerePflege.pdf

Egger, Simon und Teubner, Christian (2021). ZQP-Analyse. Die Sars-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege. Perspektiven stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste. Verfügbar über: ZQP-Analyse-Corona-Langzeitpflege.pdf

Gregersen, Sabine; Dulon, Madeleine; Nienhaus, Albert und Nübling, Matthias (o.J.). Psychosoziale Arbeitsbelastungen in der Pflege – Vergleich verschiedener Pflegegruppen mit anderen Berufsgruppen. S. 113- 128. In: Nienhaus, Albert (Hrsg.) (2010). Gefährdungsprofile. Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. 2., erweiterte und aktualisierte Ausgabe. ecomed-Storck GmbH

Görgen, Thomas (2017): Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.): Gewaltprävention in der Pflege. ZQP-Report. Unter Mitarbeit von Simon Eggert, Katharina Lux, Daniela Sulmann und Daniela Väthjunker. Berlin, S. 8–12.

World Health Organization (WHO) (Hg.) (2002): The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. University of Toronto and Ryerson University Ontario, Canada; International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA). Verfügbar über: https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf.

World Health Organization Europe (Hg.) (2011): European report on preventing elder maltreatment. Verfügbar über: https://www.euro.who.int/:data/assets/pdf_files/0010/144676/e95110.pdf.

**Fußnoten**

1 Folgende Kranken- und Pflegekassen fördern das Projekt: AOK Bayern; BKK Landesverband Bayern; KNAPPSCHAFT; Techniker Krankenkasse (TK); BARMER; DAK-Gesundheit; KKH Kaufmännische Krankenkasse; Handelskrankenkasse (hkk); HEK – Hanseatische Krankenkasse sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Pflegekasse. Die Förderung erfolgt kassenartenübergreifend zur Umsetzung von Präventionsleistungen. Die fördernden Kranken- und Pflegekassen begleiten die Durchführung des Projektes seit Beginn und stehen den Kooperationspartner*innen beratend zur Seite.

2 Siehe auch: Nebel, Hannah und Götz, Vanadis (2021). Mehr Gewalt als erwartet? In: Altenheim. Jg. 60 (6), S. 26-27.

**Autorin**

**Hanna Batzoni, MSc**
Wissenschaftliche Mitarbeiterin a. d. Hochschule München
MSc Advanced Nursing Practice, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Deeskalationstrainerin ProDeMa®, Safewards Trainerin (IBevGe), Klinikinterne Krisenintervention

**Autor**

**Prof. Dr. phil. Markus Witzmann, BBA, MSM, MA**
Leiter des Studiengangs Master Mental Health (MMH) und mit Schwerpunkt im Studiengang Master Advanced Nursing Practice (ANP) an der Hochschule München tätig und ist Geschäftsführer des Autismuskompetenzzentrums Oberbayern und Geschäftsführer des Ambulant Psychiatrischen Pflegedienst München.

# Die Rolle Praxisbegleitung entwickeln


## Zusammenfassung

Die DKG kritisiert in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) die Beschreibung der Aufgabe der Praxisbegleitung (PB), die „realitätsnah unter Einbeziehung der zu pflegenden Menschen“ stattfinden soll (DKG 2018). Aus Sicht der DKG führt dies zu einer unnötigen Überschneidung der Aufgaben von Praxisanleitung und Praxisbegleitung. Der Beitrag zeigt über den Weg eines Organisation- und Personalentwicklungsprozess Möglichkeiten auf, die Rolle der Praxisbegleitung insbesondere im pädagogischen Handeln zu schärfen.

## Abstract

In its statement on the draft bill of the Training and Examination Ordinance for the Nursing Professions (PflAPrV), the DKG criticises the description of the task of practice support (PB), which is to take place „close to reality with the involvement of the people to be cared for“ (DKG 2018). In the view of the DKG, this leads to an unnecessary overlapping of the tasks of practice guidance and practice support. The article shows possibilities for sharpening the role of practice guidance, especially in pedagogical action, through an organizational and personnel development process.


## Einleitung - Was versteht man unter einer Rolle?

Im vorliegenden Beitrag liegt der Fokus auf der Rolle der Praxisbegleitung (PB) im Rahmen einer Lehrtätigkeit in der Pflegeausbildung. Wie eingangs beschrieben, kommt es aufgrund der Beschreibungen der Aufgabenfelder der Praxisanleitung und Praxisbegleitung zu Überschneidungen. Die Konsequenzen für die Praxis zeigen sich darin, dass die Auszubildenden und Studierenden die Praxisbegleitung als solche nicht erkennen. Des Weiteren bringt diese Unschärfe sowohl Spannungen zwischen den Akteur:innen des Lernortes Schule und Praxis (vgl. Kasten 1) als auch innerhalb der Person auf.

Der Beitrag versucht eine Antwort auf die Frage zu geben, welche Prozesse zur Konfliktreduktion beitragen könnten. Hilfreich dafür ist sicherlich eine Klarheit der Aufgabe. Nach Kerres und Felber (2018) gibt es kaum fundierte pädagogische Konzepte zur Praxisbegleitung. Praxisbegleitung ist ein „subjektives Geschehen“. Hinsichtlich der Kompetenzen wird „…alles und nichts benötigt, wenn die pflegepraktische Fachlichkeit da ist.“ (Felber/Kerres (2018:17). Um hier Klarheit zu finden, sind entsprechende Prozesse der Schul- und Personalentwicklung hilfreich und unterstützend.

**Kasten 1**

Die Lehrkraft Frau Müller, die zehn Jahre vor ihrem Studium als Gesundheit- und Krankenpflegerin und Praxisanleitung gearbeitet hat, arbeitet seit zwei Monaten an einer Berufsfachschule für Pflege. Bisher hat sie immer Kolleginnen zum Praxisbesuch begleitet, heute besucht Frau Müller die Auszubildende Frau Bauer das erste Mal alleine in der Praxis. In der Vorbereitung auf dieses Treffen gehen Frau Müller folgende Gedanken und Fragen durch den Kopf:

Eigentlich fühle ich mich nicht mehr wohl in Dienstkleidung, ich bin jetzt ja Lehrerin, aber die Kolleginnen machen das… ich würde mich in meiner Alltagskleidung wohler fühlen…

Was mache ich, wenn Lena pflegerische Fehler mache? Greife ich aktiv ein und zeige ihr wie die pflegerische Handlung richtig ausgeführt wird? Ich könnte die Handlung auch unterbrechen und Frau Bauer durch Fragen auf den ‚richtigen‘ Weg bringen? Wie reagiere ich, wenn die Praxisanleitung Frau Bauer Handlungen aus meiner Sicht zu keinem guten Zeitpunkt unterbricht und entsprechende – möglicherweise auch negative Kommentare - äußert?

Das Beispiel zeigt, dass Frau Müller unterschiedliche Rollen erlernt hat und bei der Durchführung ihrer aktuellen Tätigkeit der Praxisbegleitung zwischen ihren Rollen hin und her wechselt. Geht sie als Pflegekraft an den Lernort Praxis, dann zieht sie sich entsprechende (Dienst-) Kleidung an oder besucht sie die Schülerin als Lehrkraft in Zivilkleidung. Als gelernte Pflegekraft mit zehn Jahren Erfahrung in der Praxis oder auch in der Rolle als Praxisanleitung greift sie möglicherweise in die Tätigkeit ein, als Lehrkraft versucht sie Frau Bauer durch entsprechende Reflexionsfragen auf den Weg zu bringen.

In Anlehnung an Neuberger (2002: 314) „…wird unter Rolle das Insgesamt der Erwartungen verstanden, die an eine Person als Inhaberin einer Position gerichtet werden.“ Wichtig ist dabei, dass eine Rolle nicht die Person beschreibt, sondern ihre Position. „Eine Rolle ist das vorweggenommene Einverständnis zur Standardisierung des Verhaltens“, so Neuberger. Er schreibt weiter (in Anlehnung an Schülein, 2002: 316), dass eine solche Aufspaltung der Persönlichkeit in unterschiedlichen Rollen sich z. B. auch sprachlich durch die Redewendung: „In meiner Eigenschaft/Rolle als…“ anzeigt.

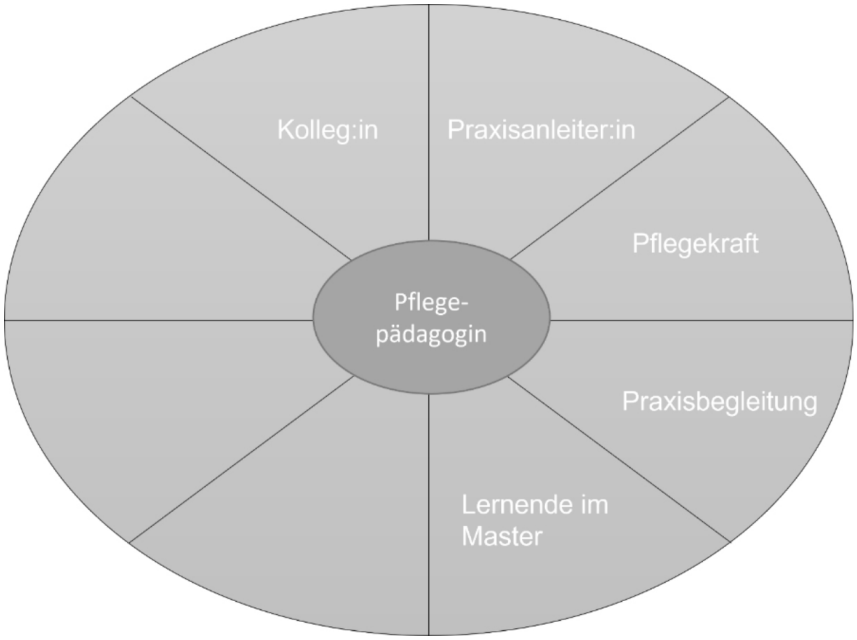



**Abb.1: Rollenset Frau Müller**

Wenden wir nun dieses Wissen auf unser Beispiel an, dann hat Frau Müller in beruflicher Hinsicht offensichtlich mehrere Rollen inne. Sie ist gelernte Pflegekraft mit mehrjähriger Berufserfahrung (1), hat eine Weiterbildung zur Praxisanleitung absolviert (2) und außerdem hat sie Pflegepädagogik (3) studiert. [1] Im Rahmen ihrer Rolle als Pflegepädagogin, muss sie nun auch die Rolle der Praxisbegleitung (4) einnehmen. In Anlehnung an Roth-Vormann und Klenner (2019) gehen die Autorinnen davon aus, dass der Status Lehrkraft mit einer Reihe von unterschiedlichen Rollen gekoppelt ist. Roth-Vormann et al. (2019) sprechen in Anlehnung an Merton dann von einem Rollen-Set (vgl. Abb. 1). Darunter versteht man eine Vielzahl von Rollenbeziehungen in einer sozialen Struktur.

An diese unterschiedlichen Rollen werden von außen unterschiedliche Erwartungen herangetragen, wobei diese Rollenanforderungen „grundsätzlich nicht exakt und ein für alle Male definiert werden können“ (Neuberger 2002: 316). Neben den von außen an eine Person herangetragenen Rollenanforderungen, wird eine Rolle auch immer durch die Person im „eigenen Sinne“ (Neuberger 2002: 334) mitgestaltet. Es findet daher ein Aushandlungsprozess zwischen dem Rolleninhaber und seinem Vorgesetzten statt. Letztlich führt das zu einer subjektiv empfundenen Rollenklarheit. Es kann aber auch zu einer Rollen-Überlastung kommen, d.h. es kommt zu einer „Anhäufung von positionsspezifischen Erwartungen“ (Neuberger 2002: 324), aufgrund dessen die Person eine Priorisierung vornimmt. Ist dies gekoppelt mit einem Inter-Rollen Konflikt, bei dem die Person gleichzeitig nicht vereinbare Rollenanforderungen erlebt, kann die Person in eine Überforderungssituation geraten. Nach Schellhammer (2017: 104) lässt sich festhalten, dass „…sich die Konstellation der inneren Vielfalt einer Person je nach Gruppe sehr unterschiedlich darstellen kann. Diese Sicht ist für den Erfolg der Gruppe ganz zentral, denn es muss hinsichtlich der Rollen, die zu erfüllen sind, eine gewisse Flexibilität herrschen, damit Aufgaben erfüllt werden können.“ Diese Rollen-Überlastung reicht an den von Thiel (2007) benannten „Omnipotenzanspruch“ heran. Damit werden übersteigerte Erwartungen an die Rolle der Pflegelehrenden deutlich, die sich in einem Spannungsfeld zwischen pflegefachlicher und pflegepädagogischer Expertise befinden und beiden Ansprüchen gerecht werden soll. Wie kann die Lehrkraft diese Rolle für sich gut ausfüllen, um z. B. nicht in die Falle des Omnipotenzanspruchs zu tappen und nicht in eine Überforderungssituation zu gelangen?

## Organisations- und Personalentwicklungsprozesse zur Unterstützung der Rollenfindung als Praxisbegleitung (PB)

Organisationsentwicklungsprozesse sind notwendig, weil sich u.a. die Anforderungen an die Organisation Schule bzw. Berufsfachschule verändert hat. Berufe verlangen andere Qualifikationen als früher, der Grad der gewünschten Selbstbestimmung oder die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, hat sich in den Jahren verändert (Rolff 2002: 12). Ein Beispiel dafür ist die veränderte Ausbildungs- und Prüfungsverord-

nung der Pflegeberufe. In §5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe wird die Praxisbegleitung seitens der Berufsfachschule folgendermaßen beschrieben:

*„Die Pflegeschule stellt durch ihre Lehrkräfte für die Zeit der praktischen Ausbildung die Praxisbegleitung in den Einrichtungen der praktischen Ausbildung in angemessenem Umfang sicher. Aufgabe der Lehrkräfte ist es, die Auszubildenden insbesondere fachlich zu betreuen und zu beurteilen sowie die Praxisanleiterinnen oder die Praxisanleiter zu unterstützen. Hierzu ist eine regelmäßige persönliche Anwesenheit der Lehrkräfte in den Einrichtungen zu gewährleisten. Im Rahmen der Praxisbegleitung soll für jede Auszubildende oder für jeden Auszubildenden daher mindestens ein Besuch einer Lehrkraft je Orientierungseinsatz, Pflichteinsatz und Vertiefungseinsatz in der jeweiligen Einrichtung erfolgen.“*

Unklar dabei ist, wie die fachliche Betreuung ausgestaltet werden soll. Im Folgenden wird dazu die Unterstützung auf Schulebene fokussiert, wohlwissend, dass der Prozess der Identitätsbildung zu PB bereits in der hochschulischen Bildung beginnen muss (Kerres/Hausen/Wissing & Kemser 2019).

Die von der Gesetzgebung offenen Vorgaben erfordern Anpassungs- und Gestaltungsprozesse der Schulen (Rolff 2016). Die Gesetzgebung gibt dabei den Rahmen vor – vergleichbar mit einer DIN-Norm. Die inhaltliche Ausgestaltung und Konkretisierung der Prozesse liegt in den Händen der Organisation. Das bedeutet, die Schulleitung und das Lehrerkollegium trägt die Verantwortung dafür, wie sie Praxisbegleitung definiert und umsetzt. Dazu schreibt das Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung Bayern in seinem Leitfaden „Schulentwicklungsprogramm“ (ISB 2015: 3):

*„Konkret heißt das, dass die Schulen auf der Grundlage transparenter, konsequenter und realistischer Ziele ihre Entwicklungsprozesse und Ergebnisse selbst planen, umsetzen und kontrollieren. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn die Schulen ihre eigene Qualitätsentwicklung in einem hohen Maß verbindlich gestalten.“*

In Anlehnung an Rolff et al. (2000: 13) verstehen wir Schulentwicklung als Prozess, der nicht „irgendwann zu Ende ist.“ Es ist ein Weg, der das Ziel fokussiert, eine gute Schule zu werden. Es ist kein „Selbstzweck“ (Rolff et al. 2000: 14), sondern ist ausgerichtet auf den Kern von Schule – den Unterricht, wobei hier nicht zwischen theoretischen und praktischen Unterrichten unterschieden wird, wie an einer Berufsfachschule. Eine sich entwickelnde Schule hat – so Rolff et al. weiter (2000: 14) – dann auch als Ergebnis ein Schulprofil. Rolff (2016) beschreibt in seinem „Drei Wege Modell“ die drei Bereiche, die im Sinne einer lernenden Schule im Focus stehen: Die Organisations-, die Personal- und die Unterrichtsentwicklung. Das Fundament ist dabei die Reflexionspropagation, die auch von Drossel (2021) besonders hervorgehoben wird.

Im Folgenden möchten wir im Schwerpunkt Überlegungen auf der Ebene der Personalentwicklung vorstellen [2], die zu einer Profilbildung zum Thema PB beitragen können und somit zur Qualität der theoretischen wie auch praktischen Ausbildung im Gesundheitsbereich. Die Ebene der Unterrichtsentwicklung ist im klassischen Sinne nicht betroffen.

### Organisationsentwicklungsprozesse zur Rolle Praxisbegleitung

Themen auf dieser Ebene könnten sein:

- Management, Ausbau und Reflexion der Stakeholder-Beziehungen, z. B. in Form der Träger der praktischen Ausbildung, Kooperationseinrichtungen und Praxisanleitungen
- Reflexion der Schulkultur
- Reflexion der Konflikt- und Feedbackkultur

### Personalentwicklungsprozesse zur Rolle Praxisbegleitung

Für uns stellt sich die Frage, wie kann eine Schule ein Konzept zur PB entwickeln und somit zur Rollenschärfung und -stärkung der Lehrkraft beitragen. Ein solcher Prozess wird im günstigsten Fall zum einen durch die Schulleitung (SL) als Top-down-Prozess forciert und auch als Bottom-up-Prozess durch die Mitarbeitenden weiterentwickelt. Kundisch und Kremer (2017: 6) beschreiben in ihrem Beitrag eine Möglichkeit, wie auf Mitarbeiterebene - im Sinne einer Kollegialen Weiterbildung – ein „Format zur Rollenschärfung“ aussehen könnte. Hier werden zu verschiedenen Themen unterschiedliche Reflexionsschleifen sehr detailliert aufgeführt.

Betrachten wir die Ebene der SL, dann müsste ausgehend von dieser Position ein Prozess für alle Mitarbeitenden gestartet werden, der sich mit dem Thema auseinandersetzt. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die BFS der PB keine pädagogischen Konzepte voranstellen, sondern eine Struktur in Form des Bewertungs- bzw. Protokollbogens als

Konzept ansehen. Es findet keine explizite, pädagogische Auseinandersetzung mit dem Thema PB im Lehrerkollegium statt. Die Aufgabe wird eher nicht als pädagogische Aufgabe verstanden, zumindest nicht als pädagogisches Konzept niedergeschrieben. Wir möchten aber genau das zur Profilbildung der Rolle als Prozess vorschlagen. Folgende Fragen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – könnten dabei zur Entwicklung einer Haltung innerhalb der Rolle PB unterstützend sein:

- Was genau verstehen wir unter Praxisbegleitung?
- Welches Menschenbild und Bildungsverständnis liegt meinem Handeln als Lehrkraft am praktischen Lernort zu Grunde?
- Braucht es eine spezifische Fachdidaktik für das Handeln vor Ort und wie könnte diese aussehen? Brauchen wir eine Didaktik in der PB? Was verstehen wir unter Didaktik in der PB?
- Was ist das Besondere einer PB für uns? Wie passt das in unser Leitbild?
- Wie grenzt sich PB von PA ab?
- Ziele der PB? Mit welchen Methoden können wir diese erreichen?
- Welche Bedeutung hat für uns Heterogenität in diesem Zusammenhang?
- Welche Strukturen und Prozesse benötigt die Schule zur Implementierung, Austausch und Evaluation der Rolle PB?

Zur Unterstützung der Rollenfindung könnten hier gegenseitige Hospitationen bei der PB genannt werden oder auch die Methode der Kollegialen Beratung eingesetzt werden.

## Fazit

Veränderte Anforderungen stellen Lehrende immer wieder vor neue Herausforderungen, die notwendigerweise Reflexions- und Umstrukturierungsprozesse in der Person auslösen. Der Beitrag hat einen Aspekt eines solchen Reflexionsprozesses in Augenschein genommen, nämlich die Ausgestaltung der Rolle der Praxisbegleitung. In dem Zusammenhang weisen Höfer & Steffens (2013: 36) auf die Ergebnisse von Hattie hin, der „[…] das Lehrerhandeln als die entscheidende Einflussgröße für den Lernerfolg der Schülerinnen und Schüler [beschreibt].“ Im Rahmen eines Personalentwicklungsprozesses gilt es das von Hattie benannte Lehrerhandeln zu entwickeln, wohlwissend, in Anlehnung an Riekmann (2013), dass es zweierlei Lehrende gibt: Die, die bewahren und Lehrende, die voranschreiten wollen. Das heißt, ein solcher Prozess benötigt neben Zeit eine grundsätzlich positive Haltung Veränderungen und Innovationen gegenüber, deren Bedeutung für die Ausbildung durch die SL signalisiert und entsprechende Prozesse initiiert werden muss. In der Ausgestaltung der Rolle PB liegt für die Schulen viel Potential. Für uns ist dies ein wichtiges Puzzleteil, um die Lernortkooperation im Sinne einer zielführenden Zusammenarbeit der Lernorte zu verbessern und damit die Qualität der Pflegeausbildung zu steigern.

## Literatur

Buhren C. & Rolff, H. (2012): Handbuch Schulentwicklung und Schulentwicklungsberatung. Weinheim: Beltz Verlag.

Drossel, M. (2021): Schul(weiter) entwicklung in Schulen für Pflegeberufe – das Refld-Modell. Lehren & Lernen im Gesundheitswesen. 6/2021 S. 66 – 71.

ISB (2015): Schulentwicklungsprogramm Leitfaden für die schulische Qualitätsentwicklung in Bayern. Online unter https://www.isb.bayern.de/schulartspezifisches/materialien/l/schulentwicklungsprogramm/ [11.10.2021]

Kerres, A., Hausen A., Wissing, C. & Kemser, J. (2019): Studienübergreifendes Lernen im SimLab. Simulation von Praxisanleitung und – begleitung für Pflegepädagogik- und Pflege-Dual-Studierende an der KSH München. PADUA (4), S.

**Autorin**

**Prof.in Dr.in Kerres, Andrea**
Studiengangsleitung Bachelorstudiengang Pflegepädagogik / Masterstudiengang MBIG
Andrea.kerres@ksh-m.de

**Autorin**

**Wissing, Christiane M.A.**
Pflegepädagogin, Promovendin im BayWiss-Kolleg Gesundheit

244-248.

Kundisch H. & Kremer, H. (2017): Mittlere Leitungsebene an Berufskollegs. Eine kollegiale Weiterbildung zur Rollenschärfung in Auseinandersetzung mit Handlungsfeldern der Bildungsarbeit. Online unter https://www.uni-paderborn.de/cevet/forschung/aktuelle-projekte/3i/ [11.10.2021]

Neuberger, O. (2002): Führen und führen lassen. Stuttgart: Lucius & Lucius UTB.

Riekmann, B. (2013): Was war – im Rückblick – für die Entwicklung meiner Schule besonders wirksam. PÄDAGOGIK 12 (13), S. 34-36.

Rolff, G. (2016): Schulentwicklung kompakt. Weinheim: Beltz Verlag.

Rolff, G., Buhren, C., Lindau-Bank, D. & Müller S. (2000): Manual Schulentwicklung. Weinheim: Beltz Verlag.

Roth-Vormann, M. & Klenner, D. (2019): Praxisreflexion mit Lehramtsstudierenden. Arbeit mit dem Rollen Set. Online unter https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/de/legalcode [11.10.2021]

Schellhammer, B. (2017): Wie lernen Erwachsene (heute)?. Weinheim: Beltz Verlag.

**Fußnoten**

[1] Frau Müller kann im Laufe ihrer beruflichen Entwicklung noch weitere Rollen einnehmen, z. B. die Rolle der Klassenleitung, der stellvertretenden Schulleitung bzw. der Schulleitung oder als Vertreterin im Betriebsrat.

[2] Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Doris Fölsch

Ethik in der Pflegepraxis

Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag

facultas 2021, 4., überarbeitete Auflage
252 Seiten, Klappenbroschur
EUR 25,90 (A) / 25,20 (D) / sFr 33,– UVP
ISBN 978-3-7089-2105-1
e-ISBN 978-3-99111-334-8

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

# Pflege-Kompetenz spielerisch erwerben

Andrea Kerres/Christiane Wissing

## Planspiele Pflege und Gesundheit

Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung

*2020. 147 Seiten, 18 Abb., 5 Tab. Kart. € 29,–*
*ISBN 978-3-17-035817-1*

Mit der Methode Planspiel können Lernende in eine komplexe Situation aus ihrem beruflichen Handlungsfeld eintauchen. In einem geschützten Rahmen erproben Sie ihr Wissen und ihre unterschiedlichsten Kompetenzen. In acht Szenarien gewinnen die Leser Einblicke in Planung, Gestaltung und Durchführung von Planspielen. Detailliert wird der Prozess der Gestaltung eines jeden Planspiels beleuchtet, die Vor- und Nachteile, aber auch Stolpersteine und Herausforderungen erörtert. Durch die Simulation einer Praxissituation wird den Lernenden ein realistischer Einblick in unterschiedliche Probleme und Zusammenhänge im Pflege- und Gesundheitsbereich ermöglicht, die Konsequenzen von Entscheidungen werden zeitnah erlebt. Dadurch werden Prozesse der Rollenfindung sowie des beruflichen Selbstverständnisses spürbar und konstruktiv unterstützt. Auch ein Blick über den Tellerrand, in andere Fachgebiete, sowie das Hineinversetzen in andere Berufsgruppen wird gefördert und verbessert dadurch die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team.

Prof. Dr. Andrea Kerres, Dipl.-Psychologin, Professorin für Psychologie an der Kath. Stiftungshochschule München, dort Studiengangsleitung Pflegepädagogigk im Fachbereich Pflege. Christiane Wissing arbeitet als Pflegepädagogin (M.A.) im Skills- und Simulationslabor an der Katholischen Stiftungshochschule München.

Aus dem Inhalt

1 Einführung: Das Planspiel
2 Vorstellung der Planspiele
3 Planspiel: Kindeswohl
4 Planspiel: »La dolce vita«
5 Planspiel: »Schon wieder eine, die studiert?!«
6 Planspiel: »Der Fall Frau Hagen und die NES-Förderung der Harnkontinenz«
7 Planspiel: »Stress lass nach«
8 Planspiel: Entlassungsmanagement – eine interdisziplinäre Herausforderung
9 Planspiel: Fachkräftemangel hausgemacht in der Altenpflege
10 Planspiel: Süchtige Mitarbeiter im Pflegeteam – Umgang und Konflikte
11 Evaluation der Planspiele

Leseproben und weitere Informationen unter
**www.kohlhammer.de**

Kohlhammer
Bücher für Wissenschaft und Praxis

# ANP (Advanced Nursing Practice) in der CoVID-19 Pandemie

**Setting mobiler Pflege und Betreuungsdienst**

Die CoVID – 19 Pandemie ist seit ihrem Auftreten eine wesentliche Herausforderung in vielen Bereichen und stellt komplexe Anforderungen an die moderne Arbeitswelt. Dieser Artikel soll aufzeigen, wie die Position der ANP, am Beispiel der Volkshilfe Wien, während jener Zeit agierte, um den großen Bereich „Pflege und Betreuung“ bestmöglich zu unterstützen.

In der kurzen Phase der Entlastung, bedingt durch niedriges Infektionsgeschehen, konnten Evaluierungen stattfinden und die Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung kritisch reflektiert und neu strukturiert werden.  In der Publikation von Hamric et al., wurden diese in Zentralkompetenz/Kernkompetenzen gegliedert. Die definierten Kompetenzen sind in der nachfolgenden Grafik ersichtlich und für dieses Beispiel vereinfacht dargestellt. Um einen Praxisbezug zu gewährleisten, wird zu jeder Kompetenz ein passendes Praxisbeispiel angeführt.

## Ausgangslage Pandemiebeginn und weiterer Verlauf durch Corona 3333

Zu Beginn der Pandemie wurde im Auftrag der Pflegedienstleitung eine eigene Beratungs- und Koordinationsstelle gegründet. Intern wurde dies unter „Corona – 3333“ kommuniziert, damit die Mitarbeiter*innen unter einer Durchwahl sofort mit 2 Mitarbeiter*innen der Stabsstelle verbunden werden konnten. Zu Beginn der Pandemie wurden durch die beiden ANP Mitarbeiter*innen aktuelle behördliche Informationen und Dokumente gesichtet, evaluiert und an die interne Situation angepasst. Gelenkte Dokumente wurden neu erstellt und die Mitarbeiter*innen laufend am aktuellsten Stand gehalten. Im Laufe der Pandemie wurden positive bzw. Verdachtsfälle von einem eigenen „mobilen CoVID Team“ betreut. Jene Mitarbeiter*innen wurden durch die ANP Mitarbeiter*innen geschult und auf die Einsätze vorbereitet. Dieses mobile Team hat sich nach Monaten der Pandemie und aufgrund der Erschöpfung der Mitarbeiter*innen im Außendienst verändert und schlussendlich aufgelöst. Mittlerweile werden alle Mitarbeiter*innen hinsichtlich persönliche Schutzausrüstung geschult und können so jederzeit auf verändernde Pflege- und Betreuungssituationen adäquat reagieren. Im Veränderungsprozess wurde innerhalb der Organisation die Einführung und Etablierung von digitalen Formaten verstärkt.

Der Administrative Aufwand welcher innerhalb der Pandemie zu tätigen ist, war und ist nach wie vor enorm. Aufgrund des vermehrten Aufwands wurde eine zusätzliche Admin- Position geschaffen, die die ANPs unterstützen durfte. Die Organisation und die Betreuung von Mitarbeiter*innen - Testungen am Arbeitsplatz wurden fest etabliert und werden laufend von ANPs evaluiert und angepasst.

## Beratung und Konsultation

In diesem speziellen Setting, waren diverse Beratungs- und Informationstermine notwendig, um sowohl Kund*innen, An- und Zugehörige, als auch Mitarbeiter*innen, andere interne Abteilungen und die Managementebene zu betreuen und kontinuierlich Unterstützung in der resultierenden Situationsveränderung anbieten zu können. Durch eine proaktive Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure und dank einer zielgerichteten und konzisen Kommunikation, konnte seitens ANP die nötige Orientierung im Krisenprozess gegeben werden. Die ANP konnte durch das frühzeitige Erkennen von komplexen Zusammenhängen und Risiken im Versorgungsverlauf der Kund*innen rasch Problemlösungsstrategien entwickeln und anbieten.

Gerade bei Mitarbeiter*innen war die Herausforderung groß, mit dem erhöhten Infektionsrisiko im beruflichen Alltag richtig umzugehen. Die Konsultation und fallbezogene kollegiale Beratung im Rahmen vieler Gespräche wurde positiv angenommen und konnte dazu beitragen, Mitarbeiter*innen zu beruhigen und richtig anzuleiten. Besonders zu Beginn der Pandemie war die Ressourcenverteilung im stationären und mobilen Setting nicht gleichgehalten und führte zu Unmut im Außendienst. Viele der Kolleg*innen aus dem Bereich Pflege und Betreuung bewiesen ein hohes Maß an Empathie und Sorge um die eigene Familie, aber auch um Kund*innen und deren An- und Zugehörige. Aufklärungsarbeit bezüglich der Wirksamkeit von Schutzausrüstung und Einhaltung der Hygienevorgaben war ein wesentliches Kernelement in der Beratung und Konsultation. Durch die Möglichkeit der „Corona – Hotline“ und dem damit einhergehenden raschen Kontakt zu fachkundigem

Personal wurde eine Bestätigung „eh alles richtig zu machen“ gegeben. Zu Anfangszeiten der Pandemie war die Stärkung der Mitarbeiter*innen eine besonders relevante Aufgabe, um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu bekräftigen. Bei Evaluierungsgesprächen betonten viele Pflege – und Betreuungskräfte, wie wichtig es ist, die Möglichkeit zu haben „nachfragen“ zu können.

Durch den kontinuierlichen Austausch mit Mitarbeiter*innen konnte, bedingt durch die Erhebung und Einschätzung der aktuellen Situation, deren Bedarf rasch erfasst werden. Komplexe Pflegesituationen konnten im Rahmen der Konsultation zwischen ANP und Gebietsleitungen gelöst und die Linienarbeit so entlastet werden. Vor allem sozialpsychiatrische Kund*innen die sich im Laufe der Pandemie nicht an Empfehlungen und Regelungen halten wollten, forderten eine Unterstützung seitens ANP.

Schulungen und Teambesprechungen wurden in einer kurzen Zeitperiode auf „Online-Format“ umgestellt. Um dies zu gewährleisten war eine direkte Begleitung der Teamleitungen, aber auch der Mitarbeiter*innen von Nöten. Hier, wie auch in vielen anderen Teilbereichen, sind Wissen und die Erfahrung aus der Praxis, kombiniert mit evidenzbasiertem Wissen und Empathie Werkzeuge der ANP, um auf die plötzlich auftretenden Veränderungen reagieren zu können.

Hier sei noch erwähnt, dass besonders in der mobilen Pflege und Betreuung die Sprachbarriere seitens der Mitarbeiter*innen eine Herausforderung darstellt.

## Klinisches und professionelles Leadership

Die fachliche Führung der Stabsstelle „Corona- Hotline“ und das Einbringen von evidenzbasiertem Wissen im Hygienestab der Organisation ist ein wesentliches Kernelement der ANP. Bei komplexen oder nicht zu beantwortenden Fragen betreffend Corona können die Gebietsleitungen und Außendienstmitarbeiter*innen die ANP konsultieren. Die Aufgaben im Rahmen des Krisenmanagements sind Fragen und Problemstellungen zu sammeln, sortieren und zu analysieren. Die ANP berät sich dann im Team und bietet nach Recherchearbeiten und Expert*innenkontakte Lösungsmaßnahmen an. Komplexe Sachverhalte aus dem Bereich der Pflege und Betreuung werden Laien oder externen Vertreter*innen nähergebracht und in der Entscheidungsfindung miteinbezogen. Betriebsinterne und externe Krisenstabssitzungen wurden durch die ANP begleitet.

Die ANP konnte so mit dem vorhandenen Know - how zu einer professionellen Zusammenarbeit mit den Schnittstellen Fond Soziales Wien, MA 15, Stadt Wien sowie weiteren Akteur*innen beitragen.

## Ethische Entscheidungsfindung

Durch die Pandemie kam es auch für langjährig erfahrene Pflegepersonen zu Situationen, die, auch in ähnlicher Form, noch nicht durchlebt wurden.

Hier ein Auszug aus der Praxis:
Eine Kundin bittet um Beratung zu einer, für sie, sehr schwierigen Situation bezüglich ihrer Familienmitglieder. Sie äußert Ängste und Sorgen, da weiterhin Familienmitglieder zu Besuch kommen und diverse Schutzmaßnahmen nicht einhalten wollen. Trotz Gesprächen wird das Prozedere von der restlichen Familie beibehalten, obwohl die Kundschaft eigentlich keine häufigen Besuche wünscht, um sowohl sich selbst, als auch die mobilen Betreuungskräfte zu schützen. Die Fragen bezogen sich darauf, wie es kommuniziert werden kann, ohne einen Familienstreit daraus entstehen zu lassen. Denn Angst, Zorn, Wut und andere Emotionen auszulösen und als Folge alleine gelassen zu werden stellte keine Option dar, da auch eine gewisse soziale, monetäre und versorgungstechnische Abhängigkeit, bestand.

In diesem Beispiel wurde versucht zur Lösungsfindung anzuleiten und nochmals den Willen der Person selbst zu stärken. In Verbindung mit Empathie und Verständnis für die Situation konnte durch eine adäquate Fragestellung, schlussendlich eine Entscheidungsfindung ausgearbeitet werden, mit welcher die Person gut weiter argumentieren konnte.

## Direkte klinische Fertigkeiten

Die ANP zeigt sich im speziellen Handlungsfeld der mobilen Pflege- und Betreuung für eine Stärkung der Gesundheitskompetenz/-förderung verantwortlich und stärkt die Selbstkompetenz und Adhärenz von Kund*innen als auch An- und Zugehörigen, sowie auch von den eigenen Mitarbeiter*innen (vgl. Ponesch-Scheiber, 2020)

So wurden speziell für Mitarbeiter*innen CoVID 19 Testungen durch ANPs durchgeführt und organisiert. Kund*innen sowie An- und Zugehörige wurden hinsichtlich Befundergebnis nach

ärztlicher Rücksprache beraten und für weitere Maßnahmen angeleitet.

Mitarbeiter*innen aus dem Außendienst wurden beraten und angeleitet was zu tun ist, wenn es zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes von Kund*innen kommt, und auf welche Symptome genau zu achten sind. Die Entscheidungsfindung wurde unterstützt und angeleitet.

Eine Triagierung von Kund*innen in den Hochphasen der Pandemie wurde von einer ANP begleitet und evaluiert.

## Forschungsfertigkeiten

Zu Beginn der Pandemie war die Forschungslage noch weitgehend gering bis gar nicht vorhanden. Jedoch konnten die ANPs ihre Fertigkeiten in dieser Krisensituation anwenden. Forschungsergebnisse zu Mund Nasen Schutz (FFP Masken usw.) und Hygienemaßnahmen wurden interpretiert und für Entscheidungsprozesse analysiert und evaluiert. Handlungsanweisungen, Merkblätter und Richtlinien wurden intern erstellt und mit nationalen und internationalen Guidelines abgeglichen (vgl. Ponesch-Scheiber, 2020)

## Zusammenarbeit

Eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit ist eine essentielle Voraussetzung für das Gelingen von Linienarbeit. Das Zusammenwirken aller Disziplinen im Alltagsgeschehen konnte dazu führen, komplexe Problemstellungen rasch zu lösen. Durch die hohe fachliche Kompetenz der ANPs und deren gutes Kommunikations- und Konfliktbewältigungsvermögen konnte die Zusammenarbeit aller Beteiligten Akteure im Behandlungsprozess verbessert werden. Gerade im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung finden wir viele Akteure im täglichen Behandlungsprozess: Heimhilfen, Pflegeassistent*innen, DGKPs im Außendienst als auch in der Funktion der Gebietsleitung bis hin zu multiprofessionellem Zusammenspiel von Hausarztpraxen, Erwachsenenvertreter*innen und Fachsozialbetreuer*innen. Um die Zusammenarbeit bestmöglich gestalten zu können muss die ANP hier das Wissen der Kompetenz aller Berufsgruppen als auch die Rollenverteilung- und Beschreibung kennen und berücksichtigen.

## Coaching und Führung

Ein zu dieser Kompetenz passendes Beispiel stellt das telefonische/persönliche Anleiten in Problemsituationen dar. Diese Thematik zeigte sich als sehr weitläufig und beinhaltet, welche Kund*innen und Mitarbeiter*innen betroffen sind und welche Schutzausrüstung getragen wurde. Daraus resultierend musste die Versorgung im Gebiet sichergestellt werden, das mobile CoVID -Team informiert und der Pflegeprozess adaptiert werden. Mitarbeiter*innen konnten nach vollzogener Anleitung und Coaching besser in sich oft wiederholenden Situationen reagieren und gaben an, sich durch das individuelle Coaching weiterentwickelt zu haben.

Abschließend kann, als eines der Resultate, ergänzt werden, dass ANP sich in vielen Organisationen beweisen muss, um zeigen zu können, wie wertvoll diese Position für Organisationen sein kann. Dies funktioniert, indem das Vertrauen der Mitarbeiter*innen gewonnen wird, Wissen und Unterstützung anbieten, ohne eine geringe Wertschätzung zu vermitteln, kann hier als wesentliches Element bezeichnet werden.

Durch die Pandemie konnten die Mitarbeiter*innen des Bereiches Pflege und Betreuung mehr Vertrauen zur ANP aufbauen und die Zusammenarbeit wurde verbessert. Viele positive Rückmeldungen erreichten uns während der Pandemie und der Einsatz von ANPs in der mobilen Pflege und Betreuung wurde nun verstanden und wertgeschätzt.

**Autor**

**Stefan Gasch MSc MSc**
DGKP, ANP ( Schwerpunkt: Beratung und Counceling)
Pflegedienstleitung Volkshilfe Wien.

**Autorin**

**Tanja Reitbauer BSc BSc MSc**
DGKP, Master in Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Pflegemanagement und Qualitätssicherung Volkshilfe Wien.

**Literatur:**

Hamric A., Hanson C., Tracy M., O`Grady E. (2014) Advanced practice nursing. An integrative Approach, 5th Edition, Verlag Saunders/Elsevier, St. Louis.

Neumann-Ponesch S., Leoni-Scheiber C., (2020) Advanced Nursing Practice. Verstehen-anwenden-umsetzen. 1. Auflage, Wien.

volkshilfe.
WIEN

# Helfen macht stark
# Wir wissen wovon wir sprechen
# Damals-heute-morgen-übermorgen

Mit unseren 800 Mitarbeiter*innen leisten wir professionelle Pflege, dort wo sie am meisten gebraucht wird, zu Hause, im Grätzl, mitten im Leben.
Manche unserer Kund*innen betreuen wir schon seit Jahren und das machen wir solange, wie sie uns brauchen. In allen Sprachen, die in Wien gesprochen werden!

Als DGKP in der Funktion ANP helfen Sie zu Hause!

Sie sind Gesundheits- und Krankenpfleger*in und möchten zu einem Team in der Hauskrankenpflege gehören, das evidenzbasiertes Wissen in die Praxis transferiert und die Pflegequalität laufend weiterentwickelt. Die Begriffe Kennzahlen und erweiterte Pflegepraxis wecken ihr Interesse. Sie arbeiten sich gerne in Ihnen unbekannte EDV Programme ein und Sie haben schon Führungsverantwortung in Ihrem Leben übernommen. Vielleicht haben Sie auch schon Berufserfahrung in der Hauskrankenpflege sammeln können. Sie wissen, wie schwierig es ist, alleine bei Kund*innen evidenzbasiert und situationsgerecht zu pflegen. Sie kennen den Wert von angepassten gelenkten Dokumenten, damit jede*r Anwender*in diese versteht. Sie möchten dazu beitragen, komplexe Pflegesituationen zu meistern und beim Fehlermanagement mitzuarbeiten. Sie freuen sich, wenn sie Führungskräften und Mitarbeiter*innen eine gute fachliche Unterstützung bieten können und dadurch die Mitarbeiter*innen und Kund*innenzufriedenheit erhöhen.

Nach erfolgter Einschulung wird ein eigenständiges Arbeiten mit viel Selbstorganisation in enger Zusammenarbeit mit dem Team und der Pflegedienstleitung erwartet. Sie kommen als Verstärkung in ein bestehendes ANP/QS Team.

**Das bringen Sie mit**:

- Eine abgeschlossene Ausbildung als diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in.
- Abgeschlossene Ausbildung in Advanced Nursing Practice oder Absolvierte Sonderausbildung für Führungsaufgaben gemäß §17 GuKG, ehemals § 72 GuKG oder ähnliche Ausbildungen.
- Bitte beachten Sie, dass eine vollständig abgeschlossene Covid-19 Schutzimpfung Voraussetzung für Ihre Mitarbeit im Team der Volkshilfe Wien ist, andernfalls ist diese nachzuholen.

**Unser Angebot:**

- Unsere Wochenarbeitszeit ist von 20-38 Stunden; vorwiegend arbeiten Sie von Montag bis Freitag. Wegzeiten zwischen den Einsätzen gelten als Arbeitszeit.
- Dazu bekommen Sie Goodies von uns, wie ein modernes Diensthandy, Dienstlaptop und die Vermittlung von Wohnungsplätzen für Menschen die nicht in Wien wohnen.
- Wir unterstützen Sie tatkräftig bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung und wollen Ihnen mit unseren Events, wie dem Sommerfest, große Freude bereiten.

Das monatliche Bruttogehalt für 38 Wochenstunden beträgt lt. KV SWÖ 2021/Verwendungsgruppe DGKP je nach Berufserfahrung € 2.551,50 bis € 2.920,30 + € 300 Funktionszulage + marktkonforme Überzahlung je nach Qualifikation.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen mit Motivationsschreiben und Lebenslauf! Ihre Bewerbung richten Sie an:

**Volkshilfe Wien gemeinnützige Betriebs-GmbH**
Advanced Nursing Education, Bernhard Peter
Favoritenstraße 83, 1100 Wien
Tel.: +43 1 360 64-2211
Email: bewerbung113@volkshilfe-wien.at
Anmerkung: Der Ersatz von allfälligen Vorstellungskosten wird ausgeschlossen

# Dicke Luft in der Pflege?

**Pflege spielt sich in geschlossenen Räumen ab. Da kann die Luft schon mal dick werden. Aber was tun? Wie hier statt Filtern modernste Lichttechnik zur Luftentkeimung zum Einsatz kommt – und wie diese die aerogene Virenlast im Raum senken kann und dadurch das Infektionsrisiko über luftgetragene Keime sinkt, und so Arbeitsbedingungen für in der Pflege Tätige verbessert werden können, lesen Sie hier.**

Jeder Mensch emittiert ständig Keime, beispielsweise Viren und Bakterien, alleine durch seine Atmung. Wird gesprochen, erhöht sich diese Anzahl. Je lauter gesprochen wird, desto mehr Keime werden ausgestoßen. Je mehr Menschen im Raum, je höher die Keimbelastung in der Raumluft.

Geschlossene Fenster, mehrere Menschen auf engem Raum, ein schwaches Immunsystem – es braucht nicht viel für aerogene Infektionen. Keime sind winzigste Partikel, die so leicht sind, dass sie von der Luft getragen werden. Infektiöse Keime können sich über Stunden in der Raumluft halten.

Pflege bedeutet Dienst am Menschen und Nähe zum Menschen, bis hin zum Körperkontakt. Sie spielt sich zumeist in geschlossenen Räumen ab. Masken schützen vor allem vor größeren Tröpfchen. Falls diese aber nicht wirklich eng anliegend getragen werden, können eigene Keime durch undichte Stellen in den Raum verbreitet, und umgekehrt fremde Keime durch undichte Stellen eingeatmet werden. In der Lufttechnik spricht man von Leckagen. Ist die Keimbelastung im Raum sehr hoch, kann es also passieren, dass der Schutz durch das Tragen einer Maske nicht ausreichend ist.

## Reichen Lüftungsanlagen zur Luftreinigung aus?

Moderne Krankenhäuser verfügen in der Regel über leistungsfähige Lüftungsanlagen. Diese bestehen beispielsweise aus Ventilatoren, Heizregistern, Wärmetauschern, Filtern und Rohrleitungen. In der Regel können diese im Umluft- oder im Zuluftbetrieb betrieben werden. Im Winter werden Lüftungsanlagen normalerweise mit einem hohen Umluftanteil betrieben, weil jeder Kubikmeter kalte Zuluft von außen auch erwärmt werden muss. Als wegen der Coronakrise viele Lüftungsanlagen im Winter von Umluft- auf Zuluftbetrieb umgestellt wurden, hat sich herausgestellt, dass die Heizaggregate so viel Luft gar nicht erwärmen konnten: die Lüftungsanlagen waren schlicht für so einen Anwendungsfall gar nicht ausgelegt. Zudem kann keine Lüftungsanlage ganz keimfreie Luft liefern, alleine schon wegen Keimbelastung in den Rohrleitungen. Was machen viele Menschen als erstes, wenn sie in ein Hotelzimmer kommen? Sie drehen die Lüftungs- bzw. Klimaanlage ab. Wer weiß schon, wie gut die wirklich gewartet ist und wann hier das letzte Mal die Filter getauscht oder Rohrleitungen gereinigt wurden.

## Luftfilter sammeln und speichern Keime – aber gibt's da nicht was Besseres?

Eine Möglichkeit, Luft zu reinigen, ist der Einsatz von Luftfiltern. Dies geschieht in der Regel mit sogenannten Feinfiltern. Für Viren und Bakterien sind solche Feinfilter aber nicht ausreichend, hier kommen schon sogenannte Schwebstofffilter zum Einsatz. Bei der Prüfung solcher Filter strömen die Partikel allerdings nur mit sehr langsamer Geschwindigkeit durch die Filter. Die Folge: die Filter können die Partikel fangen, und der Filter darf sich HEPA Filter nennen. Wenn allerdings keimbelastete Luft mit größerer Geschwindigkeit durch Filter strömt, können schon weniger Partikel durch den Filter aufgehalten werden – der Abscheidegrad sinkt. Weiter bleibt aus hygienischer Sicht die Problematik, dass die Keime gefangen und gespeichert werden. Gerade feuchte Luft ist für Filter besonders problematisch. Sowohl durch viele Menschen im Raum, als auch in der Sommerzeit steigt die Luftfeuchtigkeit. Der Filter nimmt die Feuchtigkeit auf, die wiederum ein idealer Nährboden für Keime ist. Filtergeräte sollten deshalb auch immer laufen, da es bei Nichtbetrieb zu Ansammlungen von Keimen in den Filtern kommen kann. Filter müssen natürlich auch regelmäßig getauscht werden. Bei HEPA Filtern geht man grundsätzlich von Tauschintervallen von 6 Monaten bis zu 1 Jahr aus. Der Tausch erfordert Fachkenntnis und Fachpersonal und hat in der Regel in Schutzausrüstung zu erfolgen.

## Reine Luft durch Licht – Möge die Macht des UV-Lichts mit uns sein!

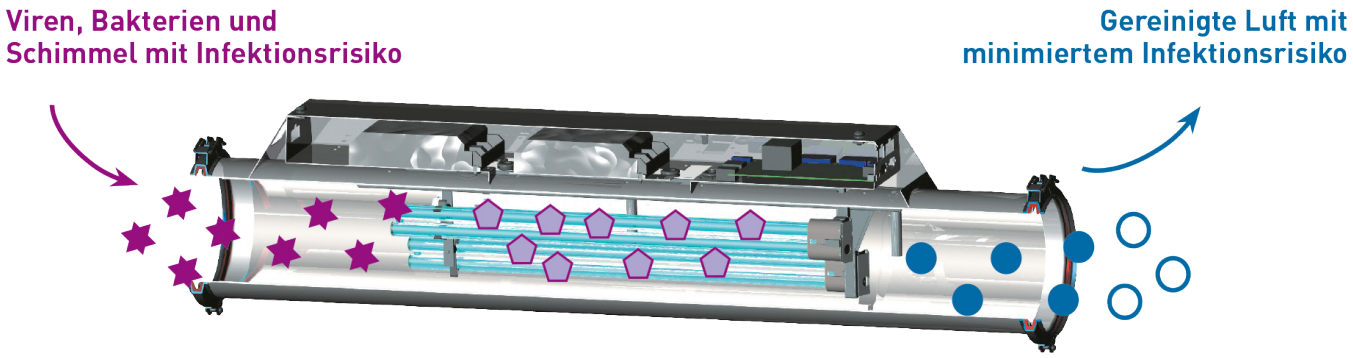
Um die Nachteile der Filtertechnik zu vermeiden, hat man gerade für den medizinischen Bereich nach neuen Lösungen gesucht. Eine Möglichkeit ist hier die Behandlung der Luft mit ultraviolettem Licht. Die keimtötende Wirkung von UV-Licht ist schon seit mehr als 100 Jahren bekannt. Zur Luftreinigung wird die besonders effektive UVC-Strahlung eingesetzt, eine Strahlung, die in natürlicher Form auf der Erde nicht vorkommt, weil sie von der Erdatmosphäre absorbiert wird. Diese Strahlung wird über spezielle UVC-Lampen künstlich erzeugt. Sie ist besonders kurzwellig und effektiv gegen Keime. Weiters wurden Lampen entwickelt, bei deren Einsatz es zu keiner Ozonbildung kommt. Ozon hat zwar auch eine keimtötende Wirkung, ist im medizinischen Bereich jedoch unerwünscht, da Ozon eine reizende Wirkung hat und daher abgelüftet werden muss. Ozongeneratoren sollten also nur dann zum Einsatz kommen, wenn sich keine Personen im Raum aufhalten.

Zur Luftdesinfektion eigenen sich Geräte, bei denen UVC-Lampen im Geräteinneren verbaut sind, und zwar so, dass keine UVC-Strahlung nach außen kommen kann. Da die Luft mit schneller Geschwindigkeit durch das Lichtfeld geleitet wird, muss die Lichtdosis sehr hoch sein – nur dann ist eine wirkungsvolle Entkeimung gewährleistet. Eine hohe Luftgeschwindigkeit ist aus mehreren Gründen sinnvoll: erstens kann nur so auch ein größerer Raum wirkungsvoll mit entkeimter Luft durchströmt werden, und zweitens kann die entkeimte Luft so auch nicht gleich wieder angesaugt werden. Bei Geräten, die Luft mit geringer Geschwindigkeit ausgeben, kann es passieren, dass die gereinigte Raumluft gleich wieder vom Gerät angesaugt wird - die Luft läuft also nur in einem kleinen Bereich um das Gerät herum im Kreis und gelangt niemals in die andere Ecke des Raumes. Weiters empfiehlt es sich, die gereinigte Luft so auszugeben, dass Zuglufterscheinungen vermieden werden.

## VIROBUSTER© statt Covid Cluster – Mit Luftentkeimung von Bamatek entspannt durchatmen

VIROBUSTER© macht sich eine patentierte Technik zu Nutze, die auf Schwebstofffilter verzichten kann. Die in Österreich von der Wiener Firma Bamatek angebotenen Luftentkeimungslösungen sind schon seit 20 Jahren auf dem Markt und wurden speziell für den medizinischen Bereich entwickelt. Sie sind in vielen deutschen und niederländischen Kliniken im Einsatz. Die Wirksamkeit ist durch zahlreiche mikrobiologische Studien bestätigt. Eine Studie speziell mit Corona-Surrogatviren bestätigte dem VIROBUSTER System einen Luftdesinfektionsgrad von Log 4 (>99,99%) in EINEM Durchgang der Luft durch das Gerät.

Die Coronapandemie hat gezeigt: Aerogene Infektionsgefahren wurden in der Vergangenheit unterschätzt. Die Schutzmaßnahmen dagegen sind nach wie vor oft unzureichend. Ein umfassendes Hygienekonzept darf sich nicht nur auf die Reinheit von Oberflächen, Händen, Kleidung, Werkzeugen und Wasser beziehen. Auch reine Luft gehört dazu, denn wir atmen täglich mehr als 12.000 Liter Luft ein. Luft ist ein eigentlich ein Lebensmittel, ohne Luft können wir nicht leben. Niemals würden wir verkeimtes Essen zu uns nehmen. Bei der Luft sind wir meist nicht so wählerisch. Wir nehmen das, was uns vorgesetzt wird. Aber die Folgen von schlechter Luft zeigen sich oft erst viel später und sind auch nicht immer eindeutig zuordenbar. Zudem sind viele Räume schwierig zu lüften. Gerade in der kalten Jahreszeit ist allzu häufige Fensterlüftung ebenfalls schwierig. Hier gibt es praktikablere Lösungen.



## Infektionsprävention in der Pflege: weniger Keimbelastung im Raum bedeutet weniger Infektionsrisiko

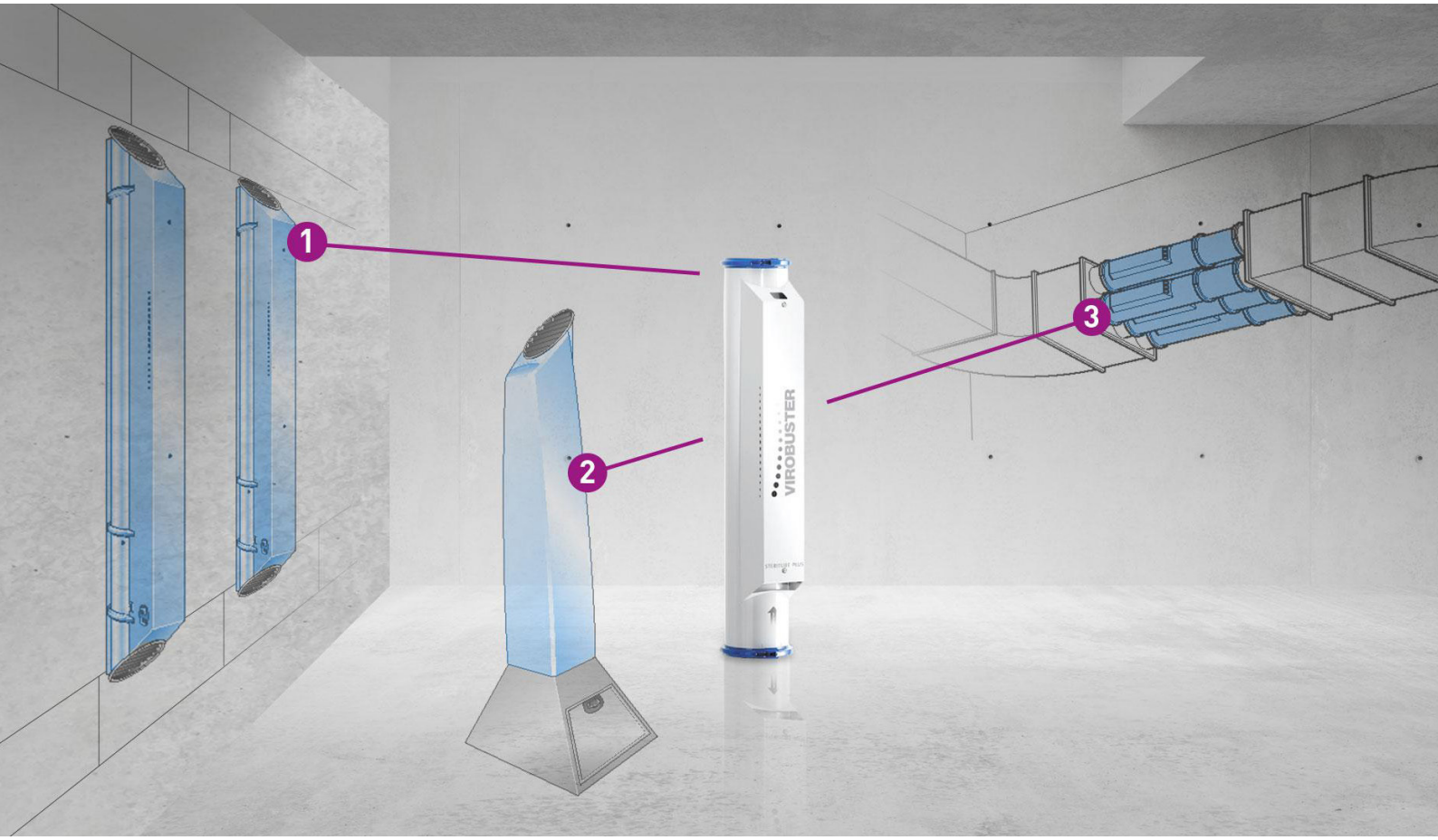
Wird die Raumluft ständig mit entkeimter Luft durchspült, sinkt die Keimbelastung im Raum. Zwischen der Keimbelastung im Raum und der Infektionsrate besteht ein wissenschaftlich erforschter Zusammenhang. Luftentkeimung bietet sich als sinnvolle infektionspräventive Maßnahme an. Auch über die Coronapandemie hinaus kann diese Technik zu besserer Lufthygiene in Krankenhäusern und Pflegeheimen beitragen, da sie gegen jede Art von Viren und Bakterien, beispielsweise auch Grippeviren hilft. Die Technik, präventiv hier etwas zu machen ist da. Nutzen wir sie auch. Lufthygiene bedeutet Prävention. Prävention schützt vor Infektion. Wenn das Personal gesund bleibt, schützen wir so unser wichtiges Gesundheitssystem. Ein intaktes Gesundheitssystem ist im Interesse aller: jeder braucht es. Passen wir doch bitte darauf auf. Tun wir alles für die Menschen, die dort arbeiten und täglich ihr Bestes für uns geben.

**Alle Fotos des Artikel (C) Virobuster International GmbH**


**Autor:in**

**Mag. (FH) Alexander Badelt**

Alexander Badelt ist Geschäftsführer der Firma Bamatek in Wien. Bamatek erarbeitet Lösungen zur Senkung der Keimbelastung in Innenräumen. Verfügbar sind Stand- und Wandmontagegeräte zur Luftentkeimung, sowie Einbaulösungen für konventionelle Lüftungsanlagen. Bamatek ist als zertifizierter Betrieb auf der „Liste geeigneter Unternehmen" des Auftragnehmerkatasters Österreich (ANKÖ) und Mitglied des Österreichischen Fachverbandes für Raumlufttechnik (ÖFR).
E-Mail: badelt@bamatek.at bzw. Tel. 0699 81650588
Weitere Infos unter www.bamatek.at

# Gesundheit und Gesundheitsversorgung von trans Personen während der COVID-19-Pandemie

## Eine Online-Querschnittstudie in deutschsprachigen Ländern

Während der COVID-19-Pandemie stehen epidemiologische, virologische und pathologische Fragestellungen weltweit im Zentrum der Gesundheitsforschung und gesundheitspolitischer Debatten. Die pandemiebedingten Auswirkungen auf die psychische Gesundheit werden im Zuge dessen häufig vernachlässigt und die Bedeutung psychologischer Aspekte für die Gesamtdynamik der COVID-19-Pandemie unterschätzt [1, 2]. Dabei ist es im Verlauf der COVID-19-Pandemie zu einem weltweiten Anstieg von psychischen Belastungen gekommen [3]. So wurde in Deutschland, der Schweiz und Österreich während des ersten Lockdowns eine Zunahme an Depressions- und Angstsymptomen verbunden mit subjektiv erlebter Einsamkeit und einer Abnahme der Lebensqualität beobachtet [4–7]. Sowohl Personen, die bereits an einer psychischen Störung litten [8, 9] als auch jene mit körperlichen Vorerkrankungen, die mit einem erhöhten Infektionsrisiko für COVID-19 verbunden waren, waren von den psychischen Folgen stärker betroffen [9]. Es kam hinzu, dass aufgrund der Kontaktbeschränkungen der Zugang zu psychotherapeutischen und somatischen Behandlungen verzögert oder erschwert wurde [10]. Daher sollten psychosoziale Aspekte als Co-Faktoren bei der Pandemiebekämpfung beachtet werden. Dies gilt insbesondere für Menschen, die einem Minoritätenstress1 ausgesetzt sind, der sie auch ohne Pandemiefolgen anfällig für die Entwicklung psychi-

scher Störungen macht.

Vor diesem Hintergrund richtet der vorliegende Beitrag den Fokus auf die Lebenssituation von trans Menschen und ihre Gesundheitsversorgung und fragt, ob und inwiefern diese von den Folgen der COVID-19-Pandemie besonders betroffen sein könnten [11–16]. Das Wort „trans“ verwenden wir im vorliegenden Beitrag als Sammelbegriff für Menschen, die sich nicht bzw. nicht vollständig mit dem ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. Der Begriff dient als Kurzform für unterschiedliche Beschreibungen einer individuellen Geschlechtlichkeit (z. B. transgender, transident, transsexuell; [17]). Die geschlechtliche Selbstbezeichnung variiert bei trans Personen zwischen binär (männlich oder weiblich) und nonbinär (weder ausschließlich männlich noch weiblich). Das kann beispielsweise bedeuten, dass sich eine Person als oszillierend zwischen verschiedenen Geschlechtern erlebt (z. B. genderfluid) oder eine Geschlechtszuschreibung als Ganzes ablehnt (z.B. agender).

Klinisch bedeutsam sind geschlechtlich variante Lebensformen dann, wenn sie die diagnostischen Kriterien einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie erfüllen. Als Diagnose wurde die Geschlechtsdysphorie (GD) von der American Psychiatric Association (APA) im DSM-5, der fünften Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, eingeführt, die den Leidensdruck aufgrund einer ausgeprägten Diskrepanz zwischen geschlechtlichem Erleben und Zuweisungsgeschlecht beschreibt [18]. Die 11. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11) spricht von Geschlechtsinkongruenz (GI; [19]). Die Inhalte einer transitionsunterstützenden2 Behandlung verfolgen ein individuelles Konzept, in dem sowohl begleitende psychotherapeutische Ansätze als auch somatische Eingriffe (hormonell, chirurgisch) im Zuge einer Geschlechtsangleichung indiziert sein können [17].

Als marginalisierte Gruppe erfahren trans Personen im Vergleich zur Cis3-Bevölkerung im sozialen Raum überzufällig häufig Diskriminierungen, z. B. in Form von Benachteiligung bei der Arbeits- und Wohnungssuche [20], und leiden unter körperlicher und sexueller Gewalt [20, 21]. Neben der konkreten Belastung durch Benachteiligung und Gewalt kann der resultierende Minoritätenstress die Vulnerabilität für psychische und körperliche Erkrankungen noch verstärken. Doch auch auf der Suche nach medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung erleben trans Personen strukturelle Diskriminierung und Barrieren, die von der Ansprache mit einer geschlechtsbezogenen falschen Anrede (das sog. misgendern) bis zur Behandlungsverweigerung reichen [23]. Das resultiert vor allem daraus, dass Behandler:innen4 häufig unzureichend über transbezogene Probleme und Versorgungsbedarfe informiert sind [27]. Hier zu berücksichtigen ist, dass trans Personen, die Diskriminierung im und durch das Gesundheitssystem erleben, selbiges tendenziell meiden [23, 27]. Dies ist insofern besorgniserregend, weil diese Vermeidung auch im Fall einer körperlichen oder psychiatrischen Erkrankung wirksam ist [27]. Im Zusammenhang mit geschlechtsangleichenden somatischen Behandlungen erleben trans Personen zudem im Bezug auf die Kostenübernahme medizinischer Maßnahmen erhebliche Barrieren. Sie sind für die Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Behandlungen auf eine Diagnose- und Indikationsstellung durch approbierte Psychotherapeut:innen oder Psychiater:innen angewiesen [28], die wiederum sozialmedizinisch in jedem Einzelfall geprüft wird [29]. Zudem sind qualifizierte und informierte Fachkräfte selten und praktizieren eher in Großstädten [30]. Diese defizitäre Situation führt für trans Personen zu einer begrenzten Auswahlmöglichkeit zwischen geeigneten Behandler:innen, langen Wartezeiten bis zu einem Erstkontakt sowie zu zeit- und kostenintensiven Anfahrten zum Behandlungsort [30].

## Einschränkungen während der COVID-19-Pandemie

Es gibt bereits Hinweise darauf, dass bestehende Vulnerabilitäten von trans Personen durch die pandemiebedingten Einschränkungen verschärft wurden. So berichtet eine internationale Untersuchung, dass weltweit der Zugang zu transitionsunterstützender Versorgung seit Beginn der COVID-19-Pandemie eingeschränkt wurde [11]. Beratung und Therapie für die Behandlung psychischer Störungen waren am häufigsten von den Einschränkungen betroffen, es folgten ein eingeschränkter Zugang zur Hormontherapie und zur Nachsorge nach Operationen. Fachkräfte aus einer auf Transgender-Versorgung spezialisierten Klinik in Peking, China, berichten ebenfalls, dass der Zugang zu Hormonbehandlungen eingeschränkt und Operationen verschoben wurden [13]. Auch die Nachsorge im Anschluss an operative Eingriffe habe nicht stattfinden können [13]. In den Niederlanden wurde außerdem über vermehrte Barrieren zur allgemeinen Versorgung berichtet [14]. Soziale Isolierung und ein

erschwerter Zugang zu psychosozialer (z. B. Sozialarbeit und communitybasierte Hilfen) sowie psychotherapeutischer Unterstützung (z. B. fehlende Angebote für eine telemedizinische Behandlung) könnten das Risiko für psychische Störungen erhöhen [14]. Trans Personen in den USA berichteten neben den zunehmenden Barrieren zur Trans-Gesundheitsversorgung und zunehmender psychischer Belastung außerdem, dass die wahrgenommene Unterstützung durch die Trans-Community abgenommen habe [12].

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Gesundheit von trans Personen während der COVID-19-Pandemie übermäßig gefährdet sein könnte. In der vorliegenden Arbeit berichten wir Daten zu dieser Fragestellung aus deutschsprachigen Ländern. Die Studie fokussiert hierbei auf die psychische und physische Gesundheit von trans Personen in Deutschland, der Schweiz und Österreich sowie auf Einschränkungen im Zugang zur Trans-Gesundheitsversorgung seit Beginn der COVID-19-Pandemie.

## Methoden

### Studiendesign

Die zugrunde liegenden Daten stammen aus einem internationalen Online-Survey zur Situation der Trans-Gesundheitsversorgung während der COVID-19-Pandemie: TransCareCovid-19 (www.transcarecovid-19.com). Die TransCareCovid-19-Studie ist eine Querschnittstudie, die von Andreas Köhler, Joz Motmans und Timo O. Nieder erarbeitet und weltweit in Kooperation mit 23 Communityorganisationen sowie Fachkräften weiterentwickelt wurde. Der Survey wurde in 27 Sprachen übersetzt. In die Konzeption der deutschen Version des Survey waren neben den Wissenschaftler:innen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und des Westküstenklinikums Heide, der Bundesverband Trans* (BVT*), die deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti e.V.) und Transgender Europe (TGEU) involviert. Am gesamten Forschungsprozess war eine Vielzahl von Personen beteiligt, die sich als Angehörige der LGBTQ+-Community5 verstehen. Die Entwicklung, Übersetzung und Distribution des Survey wurden partizipativ mit den beteiligten Autor:innen erarbeitet und hatten zum Ziel, die Wirklichkeit der Zielgruppe möglichst lebensweltnah zu erfassen. Obgleich sich ein partizipatives Vorgehen für die Forschung mit marginalisierten Populationen, wie z.B. trans Personen [31], besonders empfiehlt, kann die Studie dem Anspruch, durchgehend partizipativ gearbeitet zu haben, nicht gerecht werden.

### Stichprobe

Zur Teilnahme an der Studie eingeladen wurden Personen, die sich als trans identifizieren und zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens 16 Jahre alt waren. Rekrutiert wurde über LGBTQ+-relevante soziale Medien, Mailinglisten von Trans-Verbänden und Organisationen sowie über ein Schneeballverfahren. Daten wurden seit Mai 2020 gesammelt. Der vorliegende Artikel berücksichtigt Daten aus den deutschsprachigen Ländern, die bis zum 31.01.2021 erhoben wurden.

### Maße

Der Fragebogen beinhaltete Items zu folgenden demografischen Daten: Alter, bei Geburt zugewiesenes Geschlecht, geschlechtliche Selbstbezeichnung, Bildungsgrad, Beschäftigungsstand, Wohnsitz (Land, städtische vs. ländliche Region), Einkommen und Minderheitenstatus (People of Color, religiöse Minderheit, sexuelle Minderheit, Minderheit wegen der geschlechtlichen Selbstbezeichnung, Selbstbezeichnung als Personen mit Behinderung, andere). Der Gesundheitsstatus wurde über Items aus vorherigen Studien [32] und Freitextantworten erhoben. Items, die die Erfahrungen mit COVID-19 erfragten (z.B. COVID-19-Symptomatik in den letzten 14 Tagen, Kontakte mit an COVID-19 erkrankten Personen) orientierten sich ebenfalls an vorliegenden Studien [33]. Mit Bezug auf COVID-19 wurden transspezifische Diskriminierungserfahrungen und die Vermeidung von medizinischer Versorgung erfragt. Weiterhin wurden Daten zur Inanspruchnahme von geschlechtsangleichenden Behandlungen und der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf den Zugang zu diesen Behandlungen erhoben. Auch der Zugang zur Unterstützung durch die Trans-Community – in Form von Selbsthilfegruppen oder Trans-Beratungsstellen – und der Zugang zur Psychotherapie wurden erhoben. Über eine Pfadabhängigkeit wurden den Teilnehmenden (TN) ausschließlich Fragen zu Behandlungen gestellt, die sie bereits in Anspruch genommen hatten. ZumBeispiel wurden nur TN, die schon eine Hormontherapie begonnen hatten, gefragt, ob der Zugang zu dieser eingeschränkt war. Zuletzt wurde die psychische Belastung der TN mit dem Brief Symptom Inventory (BSI-18) erhoben [34]. Der BSI-18 beinhaltet 18 Items, die psychische Belastung aus 3 Bereichen (Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung) erfassen. Die Items werden auf einer Likert-Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis zu „sehr stark“ (4) beantwortet. Diese werden zu einem Gesamtwert – dem

**Tab. 1** Demografische Daten. *N* = 1507 Teilnehmende (TN)

| Variablen | Absoluter und relativer Anteil |
|---|---|
| Alter in Jahren (Mittelwert (Standardabweichung)): 33,06 (13,08) | |
| *Höchster Bildungsabschluss* | |
| Kein formeller Bildungsabschluss | 23 (1,5 %) |
| Haupt-/Realschulabschluss | 183 (12,1 %) |
| Allgemeine Hochschulreife | 380 (25,2 %) |
| Berufsausbildung | 250 (16,6 %) |
| Hochschulausbildung | 464 (30,8 %) |
| Anderer Abschluss | 99 (6,6 %) |
| Ich kann oder möchte diese Frage nicht beantworten | 38 (2,5 %) |
| *Beruflicher Status (Mehrfachauswahl möglich)* | |
| Schüler:in, Student:in | 474 (31,5 %) |
| In der Ausbildung | 104 (6,9 %) |
| Ungelernte:r Arbeiter:in | 34 (2,3 %) |
| Angelernte:r Arbeiter:in | 43 (2,9 %) |
| Angestellte:r | 509 (33,8 %) |
| Beamt:in | 31 (2,1 %) |
| Selbstständige:r | 132 (8,8 %) |
| Arbeit im informellen Sektor (z. B. als haushaltsführende Person) | 16 (1,1 %) |
| Arbeitslos/ohne bezahlte Arbeit | 171 (11,3 %) |
| In Ruhestand/pensioniert | 41 (2,7 %) |
| Arbeitsunfähig | 108 (7,2 %) |
| Anderer Status | 90 (6,0 %) |
| Ich kann oder möchte diese Frage nicht beantworten | 9 (0,6 %) |
| *Minderheitsstatus* (Selbstbezeichnung; Mehrfachauswahl möglich) | |
| Person of Color | 134 (9,0 %) |
| Religiöse Minderheit | 166 (11,1 %) |
| Sexuelle Minderheit | 1305 (86,6 %) |
| Geschlechtliche Minderheit | 1246 (82,7 %) |
| Person mit Behinderung | 320 (21,3 %) |
| Andere Minderheit | 344 (22,8 %) |
| *Geschlechtliche Selbstbezeichnung* | |
| (Trans/transsexueller) Mann | 618 (41,0 %) |
| (Trans/transsexuelle) Frau | 488 (32,4 %) |
| Cross-Dresser | 13 (0,9 %) |
| Non-binary/nichtbinär/genderqueer/agender/polygender/gender-fluid | 334 (22,2 %) |
| Ich weiß nicht, ich habe keine Präferenz | 44 (2,9 %) |
| Antwort fehlt | 10 (0,7 %) |
| *Wie oft leben Sie zurzeit entsprechend Ihres Geschlechts?* | |
| Nie | 45 (3,0 %) |
| Gelegentlich | 146 (9,7 %) |
| Meistens | 274 (18,2 %) |
| Immer | 1034 (68,6 %) |
| Antwort fehlt | 8 (0,5 %) |
| *Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht* | |
| Weiblich | 874 (58,0 %) |
| Männlich | 620 (41,1 %) |

Global Severity Index (globaler Schweregradindex, GSI) – zusammengefasst, der die allgemeine psychische Belastung widerspiegelt [34].

## Statistische Analysen

Demografische Daten, Gesundheitsstatus sowie die Einschränkungen der Trans-Gesundheitsversorgung wurden mittels deskriptiver Statistik analysiert. Für kontinuierliche Daten geben wir Mittelwerte und Standardabweichungen an, für kategoriale Daten werden die Häufigkeiten und Prozentanteile berichtet. Fehlende Daten wurden paarweise aus den Analysen ausgeschlossen. Aspekte, die zu vermehrten Einschränkungen im Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen führten, haben wir mit einer multiplen logistischen Regression analysiert. Dabei haben wir folgende Prädiktoren untersucht: die geschlechtliche Selbstbezeichnung (binär/nichtbinär), das bei Geburt zugewiesene Geschlecht (männlich/weiblich), das monatliche Einkommen (als kontinuierliche Variable mit höheren Werten für ein niedrigeres Einkommen), die Zugehörigkeit zu einer religiösen Minderheit, einer sexuellen Minderheit, die Selbstbezeichnung als Person mit Behinderung und das Vorhandensein mindestens einer körperlichen Erkrankung. Die Voraussetzungen der logistischen Regression (Linearität des Logits, keine Multikollinearität) lagen vor. Wir haben keine Ausreißer mit einem überproportionalen Einfluss auf das Modell gefunden. Cox-Snells R2 und Nagelkerkes R2 werden als Indikatoren für die Modellanpassung angegeben. Zuletzt wurde die psychische Belastung mit einer multiplen linearen Regression untersucht, wobei der GSI als Kriterium diente. In diesem Modell untersuchten wir folgende

**Tab. 1** (Fortsetzung)

| Variablen | Absoluter und relativer Anteil |
|---|---|
| *Wo leben Sie gegenwärtig?* | |
| Deutschland | 1161 (77,0 %) |
| Österreich | 88 (5,8 %) |
| Schweiz | 235 (15,6 %) |
| Anderes Land | 23 (1,5 %) |
| In einer Großstadt, im Einzugsgebiet einer Großstadt oder in einer mittelgroßen Stadt | 991 (65,8 %) |
| In einem Dorf oder einer Kleinstadt | 516 (34,2 %) |
| Veränderung der Wohnsituation wegen COVID-19 | 122 (8,1 %) |
| Belastung wegen der aktuellen Wohnsituation | 455 (30,2 %) |
| *… Ihr gesamtes monatliches Haushaltseinkommen. Kommen Sie mit Ihrem Einkommen …?* | |
| Sehr gut aus | 241 (16,0 %) |
| Gut aus | 344 (22,8 %) |
| Ziemlich problemlos aus | 388 (25,7 %) |
| Mit einigen Schwierigkeiten aus | 283 (18,8 %) |
| Mit Schwierigkeiten aus | 114 (7,6 %) |
| Mit großen Schwierigkeiten aus | 91 (6,0 %) |
| Ich möchte die Frage nicht beantworten | 21 (1,4 %) |
| Ich weiß es nicht | 23 (1,5 %) |

Prädiktoren: die geschlechtliche Selbstbezeichnung (binär/ nichtbinär), das bei Geburt zugewiesene Geschlecht (männlich/weiblich), das Einkommen (als kontinuierliche Variable mit höheren Werten repräsentativ für ein niedrigeres Einkommen), die Zugehörigkeit zu einer religiösen Minderheit, einer sexuellen Minderheit, die Selbstbezeichnung als Person mit Behinderung, das Vorhandensein mindestens einer körperlichen Erkrankung und der eingeschränkte Zugang zu mindestens einer geschlechtsangleichenden Behandlung. Wir haben die Voraussetzungen für eine multiple lineare Regression und das Vorkommen von Ausreißern mit den entsprechenden Diagnoseverfahren analysiert [35].

## Ergebnisse

### Demografische Daten

In dem Zeitraum vom 01.05.2020 bis zum 31.01.2021 haben 2125 Personen an der deutschen Version der Studie teilgenommen. Wir haben 618 TN ausschließen müssen, weil diese weniger als 50% des Fragebogens beantwortet hatten. Insgesamt haben wir die Daten von N = 1507 Teilnehmenden analysieren können, die zu 77 % aus Deutschland stammten. Die TN waren im Mittel 33,06 Jahre alt (SD = 13,08 Jahre). 1106 (73,4 %) TN nutzten eine binäre geschlechtliche Selbstbezeichnung, 334 (22,2 %) eine nichtbinäre geschlechtliche Selbstbezeichnung. Weitere Informationen zu den demografischen Daten finden sich in . Tab. 1.

### Aktuelle Gesundheitssituation und Erfahrungen mit COVID-19

Mehr als die Hälfte der TN (n = 826; 54,8 %) gab an, mindestens an einer der erfragten körperlichen Erkrankungen zu leiden. Darüber hinaus ergab sich aus der Analyse der Freitextantworten zum Gesundheitsstatus, dass etwa ein Drittel der Befragten (n = 492, 32,6 %) an einer psychischen Störung litt. Aufgrund von Problemen, die nicht mit der geschlechtlichen Selbstbezeichnung assoziiert waren, befanden sich 565 (37,5%) der TN in psychotherapeutischer Behandlung. Allerdings konnten 299 (53,1 %) der TN die Therapie seit Beginn der COVID-19-Pandemie nur eingeschränkt weiterführen. Hinsichtlich der COVID-19-Versorgung haben sich 41 (2,7%) der TN seit Beginn der COVID-19-Pandemie auf SARS-CoV-2 testen lassen, wobei 31 TN (2,1 %) Diskriminierung und 30 TN (2,0 %) Fehlbehandlungen bei der Testung erlebt haben. Weitere Informationen zum Gesundheitsstatus finden sich in . Tab. 2.

### Zugang zu transspezifischen Behandlungen

Von den 1101 TN (73,1%), die zum Befragungszeitpunkt geschlechtsangleichende Maßnahmen in Anspruch nahmen, berichteten 490 (36,4 %) einen eingeschränkten Zugang zu mindestens einer dieser Maßnahmen (. Abb. 1a). Am stärksten wurden die Epilationsbehandlungen eingeschränkt (59,9 %), gefolgt von der Nachsorge nach einer geschlechtsangleichenden Operation (21,9%) und der Hormontherapie (18,1%; .Tab.3). Weiterhin berichteten 771 TN (51,2%) von den 1392 TN (92,4 %), die eine geschlechtsangleichende Maßnahme geplant oder in Anspruch genommen hatten, dass sie über zukünftige Einschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie besorgt waren (. Abb. 1b). Weitere Informationen finden sich in . Tab. 3.

Das logistische Regressionsmodell zur Untersuchung der Prädiktoren für vermehrte Einschränkungen im Zugang zu geschlechtsangleichenden Behandlungen erlangte statistische Signifikanz, $\chi 2 = 104{,}126$, $p < 0{,}001$ (. Tab. 4). TN, denen bei der Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen wurde, haben demnach ein höheres

**Tab. 2** Gesundheitsstatus der Teilnehmenden (TN) und ihre Erfahrungen mit COVID-19. *N* = 1507 Teilnehmende (TN)

| Angaben der Teilnehmenden | Absoluter und relativer Anteil |
|---|---|
| *Körperliche Erkrankungen* | |
| Psychische Störungen | 492 (32,6 %) |
| Rückenschmerzen | 485 (32,2 %) |
| Knieschmerzen | 254 (16,9 %) |
| Hormonelle Erkrankungen | 159 (10,2 %) |
| Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems | 150 (10,0 %) |
| Asthma | 130 (8,6 %) |
| Erkrankungen der oberen Atemwege | 63 (4,2 %) |
| Neurologische Erkrankungen | 45 (3,0 %) |
| Rheuma | 39 (2,6 %) |
| Osteoporose/Osteopenie | 31 (2,1 %) |
| Chronische obstruktive Lungenerkrankung | 20 (1,3 %) |
| Bluterkrankungen | 17 (1,1 %) |
| Lungenerkrankung | 16 (1,1 %) |
| HIV | 16 (1,1 %) |
| Glaukom | 13 (0,9 %) |
| Katarakt | 11 (0,7 %) |
| Infektionserkrankungen | 10 (0,7 %) |
| Krebs | 8 (0,5 %) |
| *Psychotherapeutische Behandlung* | |
| Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Behandlungen (z. B. wegen einer Depression) | 565 (37,5 %) |
| Eingeschränkter Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung | 299 (53,1 %[a]) |
| Sorgen, dass der Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung wegen COVID-19 in der Zukunft eingeschränkt wird | 267 (48,0 %[a]) |
| *Erfahrungen mit COVID-19* | |
| In den letzten 14 Tagen auf COVID-19 getestet | 41 (2,7 %) |
| In den letzten 14 Tagen in Quarantäne | 216 (14,3 %) |
| Mit COVID-19 diagnostiziert | 2 (0,1 %) |
| COVID-19 überstanden | 1 (0,1 %) |
| Direkter Kontakt mit einer Person, die nachweislich an COVID-19 erkrankt war oder ist | 30 (2,0 %) |
| Indirekter Kontakt mit einer Person, die nachweislich an COVID-19 erkrankt war oder ist | 73 (4,8 %) |
| Kontakt mit einer Person, bei der es einen Verdacht auf COVID-19 gab oder gibt | 301 (20,0 %) |
| *COVID-19-bezogene Gesundheitsversorgung* | |
| Aus Angst vor einer Fehlbehandlung eine Testung auf COVID-19 vermieden | 40 (2,7 %) |
| Aus Angst vor Diskriminierung eine Testung auf COVID-19 vermieden | 70 (4,7 %) |
| Würde eine Testung auf COVID-19 aus Angst vor einer Fehlbehandlung vermeiden | 127 (8,4 %) |
| Würde eine Testung auf COVID-19 aus Angst vor Diskriminierung vermeiden | 211 (14,0 %) |
| Haben im Zuge einer Testung auf COVID-19 bereits Fehlbehandlungen erlebt | 30 (2,0 %) |
| Haben im Zuge einer Testung auf COVID-19 bereits Diskriminierung erlebt | 31 (2,1 %) |

**a Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl an Personen, die die entsprechende Behandlung in Anspruch genommen haben, nicht auf die gesamte Stichprobe**

Risiko, einen erschwerten Zugang zur Trans-Gesundheitsversorgung zu erleben (OR = 3,062). Ebenso haben Personen mit niedrigerem Einkommen ein höheres Risiko für Zugangseinschränkungen (OR = 1,139).

### Psychische Belastung

Der Mittelwert des GSI für psychische Belastung lag für die Gesamtstichprobe bei 16,57 (SD = 12,96). Das Regressionsmodell zur Untersuchung der Prädiktoren für einen höheren GSI erlangte statistische Signifikanz, F (8, 1255) = 25,54, p < 0,001 (. Tab. 5). Ein bei der Geburt zugewiesenes männliches Geschlecht war signifikant mit niedrigeren GSI-Werten assoziiert (B = –2,503, p = 0,001). Ein niedrigeres Einkommen (B=2,074, p < 0,001), die Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit (B = 3,722, p < 0,001), die Selbstbezeichnung als Person mit Behinderung (B = 3,870, p < 0,001) und das Vorhandensein von mindestens einer körperlichen Erkrankung (B = 3,242, p < 0,001) waren signifikant mit höheren GSI-Werten assoziiert.

## Diskussion

Ausgangspunkt dieser in Deutschland, der Schweiz und Österreich durchgeführten Studie war die Frage, welche Auswirkungen die COVID-19-Pandemie auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung von trans Personen hat. Hierbei fokussierten wir auf die unterschiedlichen Erfahrungen von trans Personen, die Maßnahmen der Trans-Gesundheits-versorgung in Anspruch genommen haben und nehmen.

Wie auch andere Studien fand die vorliegende Arbeit, dass der Zugang zu geschlechtsangleichenden Behandlungen (z. B. Hormontherapie, Epilation, geschlechtsangleichende Opera-

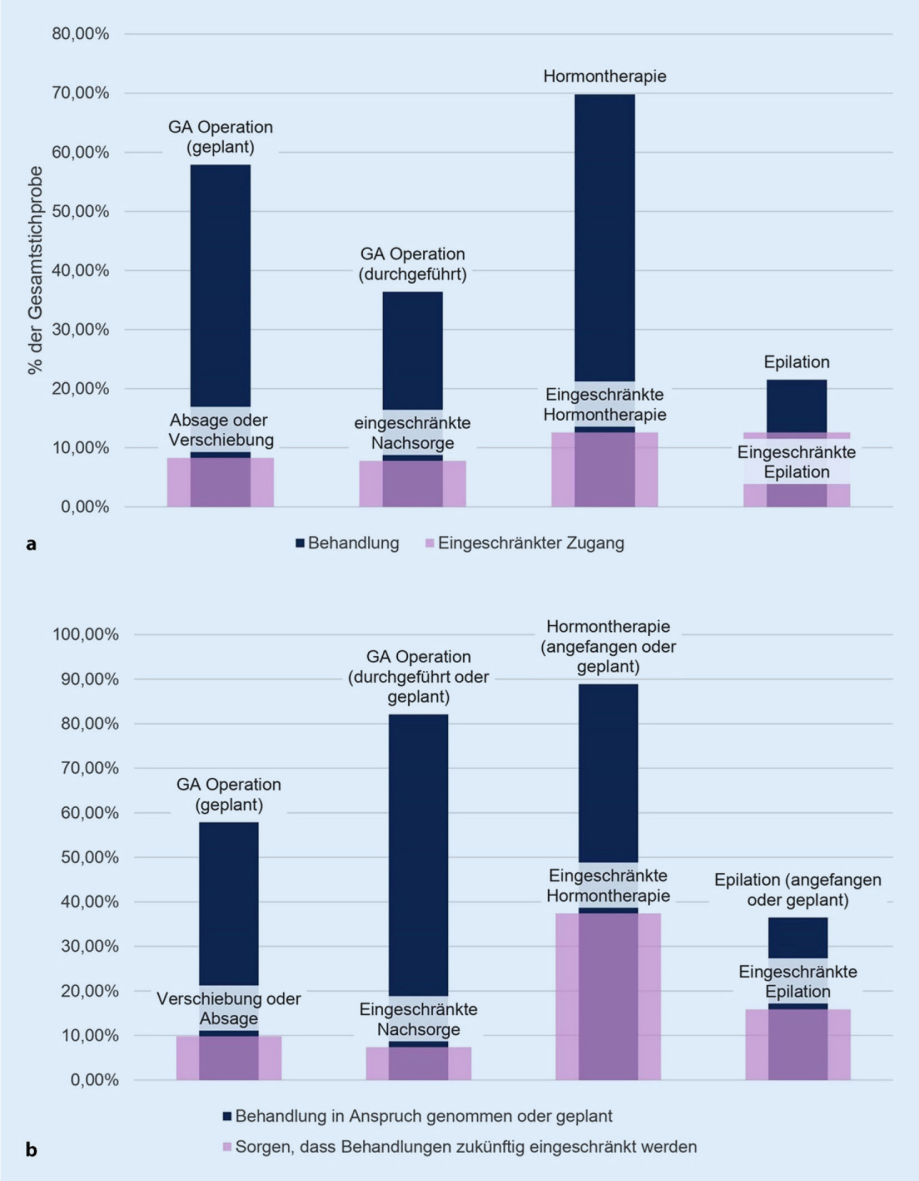



**Abb.1 Zugangseinschränkungen zu ge- schlechtsangleichenden Behandlungen (a) und Sorge vor zukünftigen Zu- gangseinschränkungen (b) aufgrund der COVID-19- Pandemie. Zu a blau: Anteil der Teilnehmenden (TN) der Gesamtstichprobe, die eine Behandlung in An- spruch genommen haben; rosa: Anteil der TN, die Ein- schränkungen wegen der COVID-19-Pandemie erlebt haben. Zu b blau: Anteil der TN der Gesamtstichpro- be, die eine Behandlung geplant oder in Anspruch genommen haben; rosa: Anteil der TN, die besorgt sind, dass der Zugang zur Behandlung in Zukunft wegen der COVID-19- Pandemie eingeschränkt sein wird. GA Geschlechts- angleichung. (Eigene Abbildung)**

tionen) für trans Personen während der COVID-19-Pandemie eingeschränkt war [11–14]. Der Vergleich zu anderen Ländern zeigt hier ein differenzierteres Bild, wobei TN aus dem deutschsprachigen Raum spezifisch von bestimmten Einschränkungen betroffen zu sein scheinen [11]. So berichten in den USA trans Personen fast doppelt so häufig von einem erschwerten Zugang zur Hormontherapie. Demgegenüber wurden geschlechtsangleichende Operationen in Deutschland öfter verzögert oder abgesagt [12]. Das Erleben von Einschränkungen im Zugang zur medizinischen Versorgung (v. a. erschwerter Zugang zur Hormontherapie und Verzögerung oder Absage geschlechtsangleichender Operationen) wurde von zwei Merkmalen beeinflusst. Zum einen haben TN, denen bei der Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen wurde, ein höheres Risiko, mindestens eine Einschränkung zu erleben. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass diese Epilationsbehandlungen in Anspruch nehmen, die aufgrund der Kontaktbeschränkungen bei körpernahen Dienstleistungen nahezu vollständig ausgesetzt wurden. Darüber hinaus kann diskutiert werden, ob trans Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen wurde, häufiger Diskriminierungen erleben, was diesen Zusammenhang ebenfalls vermittelt haben könnte [36]. Außerdem war für TN mit einem niedrigen Einkommen das Risiko erhöht, Einschränkungen im Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen aufgrund der COVID-19-Pandemie zu erleben. Dieses Ergebnis stimmt mit Befunden aus weiteren Studien überein, die zeigen, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status während der COVID-19-Pandemie finanziell und gesundheitlich benachteiligt wurden [37, 38]. Einschränkend ist anzumerken, dass die Effekte beider Prädiktoren klein waren [39].

Einschränkungen im Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen können negative gesundheitliche Folgen für trans Personen haben [11–14]. Die Verschiebung einer geschlechtsangleichenden Operation oder auch die Unterbrechung bzw. Verschiebungen einer Hormontherapie kann die Zunahme von klinisch relevanter Depressivität und Ängstlichkeit bis hin zu manifesten Suizidgedanken bedingen [11]. Außerdem bedarf die medizinische Transition im Sinne einer professionellen Gesundheitsversorgung eines regelmäßigen Monitorings (z. B. benötigt eine Hormontherapie

**Tab. 3** Einschränkungen bei transspezifischen Behandlungen während der COVID-19-Pandemie. *N* = 1101 Teilnehmende, die eine transspezifische Behandlung in Anspruch genommen haben (73 % der Gesamtgruppe)

| Angaben der Teilnehmenden | Absoluter und relativer Anteil |
|---|---|
| *Habe eingeschränkten Zugang zu mindestens einer Behandlung erlebt* | 490 (36,4 %) |
| Eingeschränkter Zugang zu Hormonbehandlungen | 190 (18,1 %) |
| Ich bekomme kein Rezept für meine Hormonpräparate | 25 (13,2 %) |
| Ich bekomme keinen Termin bei eine_r_m Endokrinolog:in | 79 (41,6 %) |
| Ein bereits vereinbarter Termin wurde ersatzlos abgesagt | 35 (18,4 %) |
| Ein bereits vereinbarter Termin wurde verlegt | 25 (13,2 %) |
| Ich traue mich nicht eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus aufzusuchen | 59 (31,1 %) |
| Meine Hormonpräparate können nicht oder nur eingeschränkt geliefert werden | 70 (36,8 %) |
| Andere | 53 (27,9 %) |
| *Weitere Angaben zu Einschränkungen bei der Behandlung* | |
| Sorgen, dass Hormonbehandlung in der Zukunft wegen COVID-19 eingeschränkt wird | 564 (42,8 %) |
| Der Zugang zu Epilationsbehandlungen ist aktuell eingeschränkt | 190 (59,9 %) |
| Sorgen, dass Epilationsbehandlungen in der Zukunft wegen COVID-19 eingeschränkt sein werden | 239 (45,5 %) |
| *Operationstermin abgesagt oder verlegt* | |
| Ja | 125 (14,5 %) |
| Noch nicht, aber ich erwarte es | 147 (17,1 %) |
| *Probleme mit der Nachsorge einer vor Kurzem durchgeführten OP* | |
| Ich bekomme keinen Termin zur Nachsorge | 22 (4,1 %) |
| Ein bereits vereinbarter Termin wurde ersatzlos abgesagt | 25 (4,7 %) |
| Ein bereits vereinbarter Termin wurde verlegt | 24 (4,5 %) |
| Komplikationen (z. B. Nachblutungen) wurden nicht behandelt | 8 (1,5 %) |
| Ich traue mich nicht, eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus aufzusuchen | 11 (2,1 %) |
| Andere | 27 (5,0 %) |
| *Weitere Angaben zu Einschränkungen bei der Nachsorge* | |
| Sorgen, dass die Nachsorge in der Zukunft wegen COVID-19 eingeschränkt wird | 111 (21,2 %) |
| *Eingeschränkter Zugang zu* | |
| Medizinischem Material, das nach einer Operation wichtig ist (z. B. Vaginaldilatatoren, Brustkompressen) | 35 (2,3 %) |
| Weiteren Maßnahmen (z. B. Binder, Packing-Material) | 160 (10,6 %) |
| Nichtmedizinischem Hilfsmaterial (z. B. Make-up, Rasierklingen, Perücken) | 140 (9,3 %) |
| *Eingeschränkter Zugang zu Trans-Beratungsstellen* | 593 (39,3 %) |
| Zugang zu den Angeboten der Trans-Beratung auf anderen Wegen möglich | 406 (54,8 %) |
| *Mitglied einer Selbsthilfegruppe* | 297 (19,7 %) |
| Zugang zu Selbsthilfegruppen eingeschränkt | 280 (94,6 %) |

regelmäßige Kontrollen des Hormonstatus sowie möglicher Nebenwirkungen und ggf. Dosisanpassung; [40, 41]). Wenn Termine bei zuständigen Fachärzt:innen pandemiebedingt verschoben oder abgesagt werden mussten, kann dies zum Beispiel das Risiko steigern, mögliche sekundäre somatische Erkrankungen einer Hormonersatztherapie nicht rechtzeitig zu erkennen. Die unzureichende Nachsorge nach einer Operation geht darüber hinaus mit einem erhöhten Risiko für Wundheilungsstörungen oder anderen postoperativen Komplikationen einher [13]. Ein eingeschränkter Zugang zu Epilationsbehandlungen kann den Transitionsprozess ebenfalls verlängern, die Geschlechtsdysphorie aufrecht halten und das Risiko für Diskriminierungserfahrungen erhöhen [17]. Das Ausmaß und die potenziellen Auswirkungen der zusätzlichen, durch die COVID-19-Pandemie bedingten Einschränkungen im Zugang zur Trans-Gesundheitsversorgung sollten vor dem Hintergrund der dargestellten Vulnerabilität von trans Personen als bedeutsames Risiko für die psychische und physische Gesundheit betrachten werden [20, 21, 23, 28]. Hinzu kommt, dass die TN der vorliegenden Studie angaben, im Vergleich zur europäischen Allgemeinbevölkerung öfter an akuten oder chronischen Erkrankungen zu leiden [42]. Einige dieser chronischen Erkrankungen (z. B. Lungenerkrankungen) stellen ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung dar [43]. Außerdem erleben trans Personen öfter als die Allgemeinbevölkerung in verschiedenen Lebensbereichen Diskriminierungen [20, 21]. In diesem Zusammenhang berichten die TN der vorliegenden Studie ebenfalls über Diskriminierungen und Fehlbehandlungen während der Testungen auf SARS-CoV-2. Bis zu 15 % gaben an, eine Testung aus Angst vor Diskriminierung und Fehlbehandlung zu vermeiden. Neben den genannten Einflüssen von Zugangseinschränkungen zur medizinischen Versorgung war eine höhere psychische Belastung außerdem mit einem niedrigeren Einkommen, der Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit, der Selbstbezeichnung als Mensch mit Behinderung sowie dem Vorhandensein mindestens einer körperlichen Erkrankung assoziiert. Verschärft wurden die genannten

**Tab. 4** Der Einfluss der geschlechtlichen Selbstbezeichnung, des zugewiesenen Geschlechts, des Minderheitsstatus und des Einkommens auf die Zugangseinschränkungen zu geschlechtsangleichenden Behandlungen während der COVID-19-Pandemie

| Prädiktoren | *B* ± *SE* | *p* | OR [95 % KI] |
|---|---|---|---|
| Konstante | –1,541 ± 0,282 | *< 0,001* | 0,214 |
| Binäre geschlechtliche Selbstbezeichnung | 0,202 ± 0,177 | 0,252 | 1,224 [0,866; 1,730] |
| Männliches Geschlecht zugewiesen bei der Geburt | 1,119 ± 0,282 | *< 0,001* | 3,062 [2,381; 3,937] |
| Einkommen | 0,130 ± 0,46 | *0,005* | 1,139 [1,041; 1,246] |
| Zugehörig zu einer religiösen Minderheit | 0,326 ± 0,180 | 0,070 | 1,385 [0,974; 1,969] |
| Zugehörig zu einer sexuellen Minderheit | –0,170 ± 0,193 | 0,380 | 0,844 [0,587; 1,233] |
| Selbstbezeichnung als Person mit Behinderung | 0,102 ± 0,149 | 0,497 | 1,107 [0,826; 1,484] |
| Mindestens eine körperliche Erkrankung | 0,015 ± 0,131 | 0,910 | 1,015 [0,768; 1,311] |

**B Regressionsgewicht, SE Standardfehler, p P-Wert, OR Odds Ratio/Chancenverhältnis; Cox-Snell R2 = 0,082, Nagelkerke R2 = 0,113, χ2(7) = 104,126, p < 0,001**

**Tab. 5** Der Einfluss der geschlechtlichen Selbstbezeichnung, des zugewiesenen Geschlechtes, des Minderheitsstatus, des Einkommens und der erlebten Einschränkungen zu geschlechtsangleichenden Behandlungen auf den Grad der psychischen Belastung (globaler Schweregradindex, GSI)

| Prädiktoren | *B* ± *SE* | 95 % KI | ß | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Konstante | 4,098 ± 1,550 | [1,056; 7,140] | – | – |
| Eingeschränkter Zugang | 0,235 ± 0,732 | [–1,201; 1,671] | *0,009* | 0,748 |
| Binäre geschlechtliche Selbstbezeichnung | –1,962 ± 0,820 | [–3,587; –0,337] | –0,064 | 0,018 |
| Männliches Geschlecht zugewiesen bei der Geburt | –2,503 ± 0,727 | [–3,929; –1,076] | –0,095 | 0,001 |
| Einkommen | 2,074 ± 0,248 | [1,586; 2,561] | 0,224 | < 0,001 |
| Zugehörig zu einer religiösen Minderheit | 1,312 ± 0,978 | [–0,607; 3,230] | *0,036* | 0,180 |
| Zugehörig zu einer sexuellen Minderheit | 3,722 ± 1,057 | [1,648; 5,796] | 0,094 | < 0,001 |
| Selbstbezeichnung als Person mit Behinderung | 3,870 ± 0,811 | [2,280; 5,460] | 0,129 | < 0,001 |
| Mindestens eine körperliche Erkrankung | 3,242 ± 0,705 | [1,858; 4,626] | 0,124 | < 0,001 |

**B Regressionsgewicht, SE Standardfehler, 95 % KI Konfidenzintervall zum Niveau 95 %; ß = Regressionskoeffizient, p P-Wert; R2 = 0,149, Adj. R2 = 0,155, F (8, 1255) = 25,54, p < 0,001**

Probleme von trans Personen während der COVID-19-Pandemie zuletzt durch einen erschwerten Zugang zu Communityressourcen, wie zum Beispiel Unterstützung durch Selbsthilfegruppen und Trans-Beratungsstellen, sowie zu psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung [12].

Die vorliegende Studie verdeutlicht, dass trans Personen während der COVID-19-Pandemie vielfältige Einschränkungen im Zugang sowohl zur Trans- als auch zur allgemeinen Gesundheitsversorgung erlebt haben. Für trans Personen kann dies eine Unterbrechung oder Verzögerung ihrer Behandlungen bedeuten und somit eine Verschlechterung der Geschlechtsdysphorie, der psychischen Gesundheit und der Lebensqualität bedingen [44, 45]. Hinzu kommt, dass trans Menschen bereits vor der COVID-19-Pandemie einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem erlebten [27, 30].

Obwohl viele Bereiche des Gesundheitssystems mit mangelnden Ressourcen und eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten wegen der COVID-19- Pandemie zu kämpfen haben, sollte berücksichtigt werden, dass diskriminierte und marginalisierte Gruppen stärker von dieser Ressourcenknappheit betroffen sein können als die Allgemeinbevölkerung [37, 38, 46]. Basierend auf den Daten der vorliegenden Studie kann dies auch für trans Personen angenommen werden. Die pandemiebedingt erlebten Einschränkungen addieren sich zu einer bereits vorhandenen sozialen und medizinischen Vulnerabilität und verschärfen somit das Risiko von trans Personen, sowohl psychisch als auch physisch schwerwiegende gesundheitliche Probleme zu entwickeln.

## Limitationen und Ausblick

Die Erhebungsmethode via Online-Befragung begrenzt die Aussagekraft der analysierten Daten, da ausschließlich Personen mit einem internetfähigen Endgerät und hinreichenden technischen Kenntnissen an dem Survey teilnehmen konnten. So müssen wir annehmen, dass dieses Befragungsformat die Stichprobe in Richtung jüngerer, höher gebildeter TN verzerrt hat. Auch durch die Verbreitung der Studie über soziale Medien und Mailinglisten wird es wahrscheinlicher, dass Personen mit einer stärkeren Nutzung sozialer Medien eher an der Studie teilgenommen haben. Diese Einschränkungen gelten grundsätzlich für webbasierte Studien. Eine weitere wichtige Einschränkung der vorliegenden Studie ist das Fehlen einer Kontrollgruppe. Die erhobenen Daten können lediglich mit vorherigen Studien verglichen werden, die sich in Design und Methodik unterscheiden können. Weiterhin ist die fehlende Beteiligung der Praxispartner:innen an allen Schritten dieser Untersuchung eine Limitation der Studie. Aufgrund der rapiden Entwicklung der Pandemie haben die Autor:innen Schnelligkeit vor Partizipation priorisiert, um die erhobenen Daten so zeitnah wie möglich veröffentlichen zu können [47]. Zukünftige Forschung sollte die-

se Einschränkungen adressieren, z. B. indem die Einschränkungen beim Zugang zur Trans-Gesundheitsversorgung aufgrund externer Ereignisse longitudinal untersucht werden. Weithin sollten auch die langfristigen Folgen der beschriebenen Einschränkungen im Zugang zur Trans-Gesundheitsversorgung auf die physische und psychische Gesundheit von trans Personen erfasst werden.

## Schlussfolgerung

Für die Situation von trans Personen in Deutschland, der Schweiz und Österreich fand die vorliegende Studie vielfach Einschränkungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung durch die COVID-19-Pandemie. Der Zugang sowohl zu transitionsunterstützenden Behandlungen als auch zur allgemeinen Gesundheitsversorgung wurde bei gleichzeitig zunehmender Isolation von der Trans-Community eingeschränkt. Vor dem Hintergrund der bereits vor der COVID-19-Pandemie dokumentierten Vulnerabilitäten von trans Personen zeigen die empirisch erfassten Einschränkungen, dass sich die gesundheitlichen Risiken von trans Personen im Rahmen der COVID-19-Pandemie maßgeblich verschärft haben.

Danksagung. Wir danken den Menschen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die an unserer Studie teilgenommen haben. Darüber hinaus bedanken wir uns bei allen Kooperationspartner:innen, die geholfen haben, die Studie in den beteiligten Ländern publik zu machen, und ohne die das Projekt nicht zu realisieren gewesen wäre.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Köhler erhält ein Promotionsstipendium der Claussen-Simon-Stiftung, Hamburg.

D. Szücs, M.M. Holthaus, A. Güldenring, L. Balk, J. Motmans und T.O. Nieder geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Die Studie erhielt ein positives Ethikvotum der lokalen psychologischen Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (LPEK-0130, Datum: 01.04.2020).

## Literatur

1. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA (2020) Lockdown, quarantine measures, and social distancing: associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. Psychiatry Res 293:113462. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113462
2. Traunmüller C, Stefitz R, Gaisbachgrabner K, Schwerdtfeger A (2020) Psychological correlates of COVID-19 pandemic in the Austrian population. BMC Public Health 20:1395. https://doi.org/10. 1186/s12889- 020- 09489-5
3. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F et al (2020) Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. J Affect Disord 277:55–64. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001
4. Entringer TM, Kröger H, Schupp J et al (2020) Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. https://www.econstor.eu/handle/10419/ 222647.Zugegriffen. Zugegriffen: 11. Febr. 2021
5. Jung S, Kneer J, Krüger THC (2020) Mental health, sense of coherence, and interpersonal violence during the COVID-19 pandemic lockdown in Germany. J Clin Med 9:3708. https://doi.org/10. 3390/jcm9113708
6. Pieh C, Budimir S, Probst T (2020) The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. J Psychosom Res 136:110186. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186
7. Moser A, Carlander M, Wieser S, Hämmig O, Puhan MA, Höglinger M (2020) The COVID-19 social monitor longitudinal online panel: realtime monitoring of social and public health consequences of the COVID-19 emergency in Switzerland. PLoS ONE 15:e242129. https://doi. org/10.1371/journal.pone.0242129
8. Bäuerle A, Steinbach J, Schweda A et al (2020) Mental health burden of the COVID-19 outbreak in Germany: predictors of mental health impairment. J Prim Care Community Health 11:2150132720953682. https://doi.org/10.1177/2150132720953682
9. Skoda E-M, Bäuerle A, Schweda A et al (2020) Severely increased generalized anxiety, but not COVID-19-related fear in individuals with mental illnesses: a population based crosssectional study in Germany. Int J Soc Psychiatry. https://doi.org/10.1177/0020764020960773
10. Scheidt-Nave C, Barnes B, Beyer A-K et al (2020) Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19- Pandemie. J Health Monit. https://doi.org/10. 25646/7167
11. Jarrett BA, Peitzmeier SM, Restar A et al (2020) Genderaffirming care, mental health, and economic stability in the time of COVID-19: a global crosssectional study of transgender and non- binary people https://doi.org/10.1101/2020.11.02.20224709 (medRxiv)
12. Kidd JD, Jackman KB, Barucco R et al (2021) Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of transgender and gender nonbinary individuals engaged in a longitudinal cohort study. J Homosex. https:// doi.org/10.1080/00918369.2020.1868185
13. Wang Y, Pan B, Liu Y, Wilson A, Ou J, Chen R (2020) Health care and mental health challenges for transgender individuals during the COVID-19 pandemic. Lancet Diabetes Endocrinol 8:564–565. https://doi.org/10.1016/s2213- 8587(20)30182-0

14. van der Miesen AIR, Raaijmakers D, van de Grift TC (2020) „You have to wait a little longer“: trans- gender (mental) health at risk as a consequence of deferring genderaffirming treatments during COVID-19. Arch Sex Behav 49:1395–1399. https:// doi.org/10.1007/s10508-020- 01754-3
15. Perez-Brumer A, Silva-Santisteban A (2020) COVID-19 policies can perpetuate violence against transgender communities: insights from Peru. AIDS Behav 24:2477–2479. https://doi.org/10. 1007/s10461- 020-02889-z
16. Poteat TC, Reisner SL, Miller M, Wirtz AL (2020) COVID-19 vulnerability of transgender women with and without HIV infection in the Eastern and Southern US (medRxiv)
17. Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (2018) Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. https://www.awmf. org/leitlinien/detail/ll/138-001.html. Zugegriffen: 23. Apr. 2021
18. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Aufl. American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC
19. World Health Organization (2018) International classification of diseases for mortality and morbidity statistics
20. McCann E, Brown M (2018) Vulnerability and psychosocial risk factors regarding people who identify as transgender. A systematic review of the research evidence. Issues Ment Health Nurs 39:3–15. https://doi.org/10.1080/01612840.2017. 1382623
21. European Union Agency for Fundamental Rights (2014) Being trans in the EU – comparative analysis of the EU LGBT survey data
22. Ott A, Regli D, Znoj H (2017) Minoritätenstress und soziale Unterstützung: Eine Online-Untersuchung zum Wohlbefinden von Trans*Personen in der Schweiz. Z Sex-Forsch 30:138–160. https://doi. org/10.1055/s- 0043-109081
23. Roberts TK, Fantz CR (2014) Barriers to quality health care for the transgender population. Clin Biochem 47:983–987. https://doi.org/10.1016/j. clinbiochem.2014.02.009
24. Hansen K (2020) Übersicht für eine gendergerechte Schreibweise: Unterstrich, Sternchen oder Doppelpunkt? https://www.uni-rostock. de/storages/unirostock/UniHome/Vielfalt/ Vielfaltsmanagement/Toolbox/UEbersicht_gendern.docx.pdf. Zugegriffen: 21. Juni 2021
25. DBSV (2021) Gendern. https://www.dbsv.org/ gendern.html#erlaeuterungen. Zugegriffen: 21. Juni 2021
26. Netz-Barrierefrei (2021) Gendergerechte Sprache und Barrierefreiheit. https://www. netzbarrierefrei.de/wordpress/barrierefreies- internet/barrierefreie-redaktion/texte/gendergerechte-sprache-und-barrierefreiheit/. Zugegriffen: 21. Juni 2021
27. Loos F, Köhler A, Eyssel J, Nieder T (2016) Subjektive Indikatoren des Behandlungserfolges und Diskriminierungserfahrungen in der trans* Gesundheitsversorgung.Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung. Z Sex-Forsch 29:205–223. https://doi.org/10.1055/s- 0042-114866
28. Nieder T, Briken P, Richter-Appelt H (2013) Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. Psych Up2date 7:373–388. https://doi. org/10.1055/s-0033-1349534
29. MDS (2020) Begutachtungsanleitung – Richtlinie des GKV-Spitzenverban des nach § 282 SGB V: Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Trans- sexualismus (ICD-10, F64.0). Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Essen



**Autor:in**

**Daria Szücs, B.Sc.**

Daria Szücs, B.Sc. in Psychologie. Forschungspraktikantin am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE). M.Sc.-Studentin der Psychologie an der Universität Hamburg.

**Autor:in**

**Andreas Köhler M.Sc.**

Andreas Köhler ist Psychologe (M.Sc.) und promoviert an der Universität Jena, in Kooperation mit dem Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), zur (de-) zentralisierten medizinischen Versorgung von trans* Menschen zum Dr. phil. Andreas studiert außerdem im 10. Semester Medizin am UKE und promoviert zum Dr. med. im Rahmen des European Network for the Investigation of Gender Incongruence, einer Forschungskooperation der Universitätskliniken Hamburg, Amsterdam und Ghent. Andreas wird von der Claussen-Simon-Stiftung Hamburg im Rahmen eines Dissertationsstipendiums gefördert.

**Autor:in**

**Mika Holthaus, M.Sc.**

Mika M. Holthaus, M.Sc., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

30. Eyssel J, Koehler A, Dekker A, Sehner S, Nieder TO (2017) Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: a non-clinical online survey. PLoS ONE 12:e183014. https://doi.org/10.1371/journal. pone.0183014
31. Reisner S, Keatley J, Baral S (2016) Transgender community voices: a participatory population perspective. Lancet 388:327–330. https://doi.org/ 10.1016/s0140-6736(16)30709-7
32. Hill BJ, Bouris A, Barnett JT, Walker D (2016) Fit to serve? Exploring mental and physical health and well-being among transgender active-duty service members and veterans in the US Military. Transgend Health 1:4–11
33. Wang C, Pan R, Wan X et al (2020) Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. Int J Environ Res Public Health. https://doi.org/10.3390/ijerph17051729
34. Franke H (2000) BSI. Brief Symptom Inventory – Deutsche Version. Manual. Beltz, Göttingen
35. Bortz J (2013) Statistik: Für Sozialwissenschaftler. Springer, https://doi.org/10.1080/ 03610911003650383
36. Budge SL, Adelson JL, Howard KAS (2013) Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. J Consult Clin Psychol 81:545–557
37. Holst H, Fessler A, Niehoff S (2020) Covid-19, social class and work experience in Germany: inequalities in workrelated health and economic risks. Eur Societies. https://doi.org/10.1080/14616696. 2020.1828979
38. Plümper T, Neumayer E (2020) The pandemic predominantly hits poor neighbourhoods? SARS- CoV-2 infections and COVID-19 fatalities in German districts. Eur J Public Health 30:1176–1180. https:// doi.org/10.1093/eurpub/ckaa168
39. Chen H, Cohen P, Chen S (2010) How big is a big odds ratio? Interpreting the magnitudes of odds ratios in epidemiological studies. Commun Stat Simul Comput 39:860–864
40. Weinand JD, Safer JD (2015) Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; a review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. J Clin Transl Endocrinol 2:55–60. https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003
41. Unger CA (2016) Hormone therapy for transgender patients. Transl Androl Urol 5:877–884. https://doi.org/10.21037/tau.2016.09.04
42. Eurostat (2019) People having a longstanding illness or health problem, by sex, age and income quintile. https://ec.europa.eu/eurostat/ databrowser/view/hlth_silc_11/default/table? lang=en. Zugegriffen: 17. März 2021
43. Flaherty GT, Hession P, Liew CH et al (2020) COVID-19 in adult patients with preexisting chronic cardiac, respiratory and metabolic disease: a critical literature review with clinical recommendations. Trop Dis Travel Med Vaccines 6:1–13
44. White Hughto JM, Reisner SL (2016) A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. Transgend Health 1:21–31. https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008
45. Murad MH, Elamin MB et al (2010) Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clin En-



**Autor:in**

**Annette Güldenring**

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Zusatzbezeichnung Sexualmedizin. Leiterin der der Transgenderambulanz am Westküstenklinikum Heide. 2. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Mitglied im Fachbeirat der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld. Seit 1979 aktiv in der Transgenderbewegung, Mitherausgeberin der Zeitschrift EZKU – Zeitschrift von Transsexuellen für alle Terraner - Anfang der 80iger. Zahlreiche Vorträge und Workshops zum Thema Transsexualität/Transidentität/Geschlechtsinkongruenz. DGPPN Mandat in der S3 Leitlinienarbeitsgruppe Geschlechtsdysphorie nach AWMF. Geschäftsführender Vorstand in der Bundesvereinigung Trans* 2007-2008. Mitglied im Referat sexuelle Orientierungen und geschlechtliche Identitäten in Psychiatrie und Psychotherapie der DGPPN.

**Autor:in**

**Lena Balk, MA**

MA (Wirtschafts- und Organisationspsychologie), Doktorandin Sozialwissenschaften an der Universität Vechta. Sachverständige für div. deutsche Amtsgerichte für Verfahren nach dem Transsexuellengesetz (TSG). Selbstständige Unternehmensberaterin (www.lenabalk.de) und unabhängig Forschende im Bereich Transsexualität/Transidentität/Transgender/Varianten geschlechtlicher Entwicklungen in der Arbeitswelt. Mitglied in der dgti - Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V., VLSP* - Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V.

**Autor:in**

**Prof. Dr. Joz Motmans**

Prof. Dr. Joz Motmans ist Koordinator des zentralen Informations- und Kompetenzzentrums für Transgender in Belgien (Transgender Infopunt) sowie Gastprofessor für Gender Studies am Centre for Research on Gender and Culture der Universität Gent (Belgien). Zu seinen Fachgebieten gehören LGBTIQ+, neue soziale Bewegungen, Gleichberechtigung, Emanzipation, Gesundheit, Lebensqualität, Diskriminierung und Gewalt, Transgender-Elternschaft und soziale Einstellungsforschung (sowohl quantitative als auch qualitative Methoden). Joz hat einen MA in Clinical Psychology (Universität Gent, 1999), einen Postgraduiertenabschluss in Women's studies (Universität Antwerpen, 2002) und einen PhD in Sozialwissenschaften (Universität Antwerpen, 2010). Er ist einer der Mitbegründer der European Professional Association for Transgender Health (EPATH) und derzeit Präsident dieser Fachgesellschaft.

docrinol 72:214–231. https://doi.org/10.1111/j.1365- 2265. 2009.03625.x
46. Moser DA, Glaus J, Frangou S, Schechter DS (2020) Years of life lost due to the psychosocial consequences of COVID-19 mitigation strategies based on Swiss data. Eur Psychiatr 63:e58. https:// doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.56
47. Koehler A, Motmans J, Alvarez LM et al (2020) How the COVID-19 pandemic affects transgender health care in uppermiddle-income and high-income countries—a worldwide, crosssectional survey https://doi.org/10.1101/2020.12.23.20248794 (medRxiv)

**Bei dem vorliegenden Artikel handelt es sich um eine Zweitpublikation einer bereits in einer anderen Fachzeitschrift veröffentlichten Arbeit. Bitte verwenden Sie zur Zitierung die Originalquelle. Sie lautet wie folgt:**

**Szücs, D., Köhler, A., Holthaus, M. M., Güldenring, A., Balk, L., Motmans, J., & Nieder, T. O. (2021). Gesundheit und Gesundheitsversorgung von trans Personen während der COVID-19-Pandemie: Eine Online-Querschnittstudie in deutschsprachigen Ländern. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 64(11), 1452-1462. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03432-8**

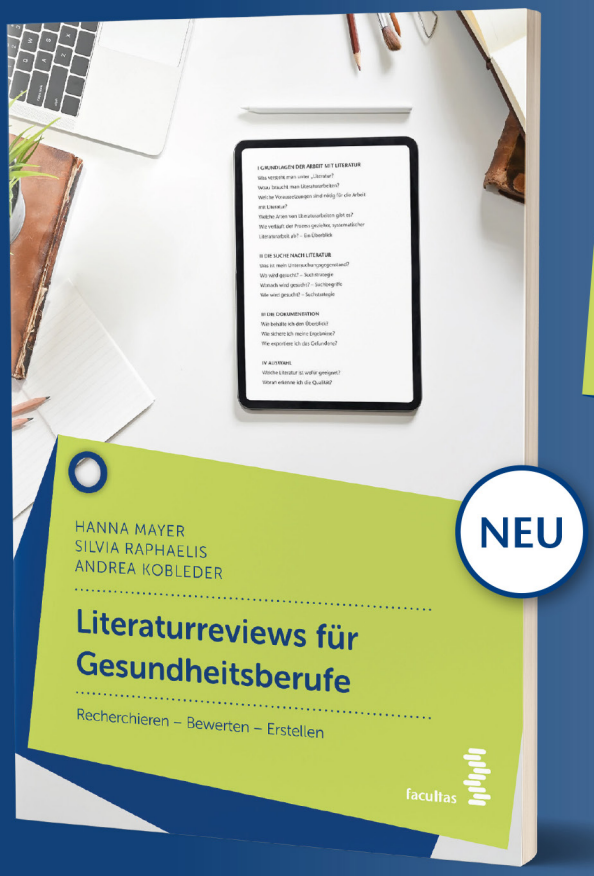
**„Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz“ (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de).**

**Der Artikel wurde mit Genehmigung übernommen und nicht verändert.**

## Autor:in

**PD Dr. Timo Nieder**

Timo O. Nieder, Priv.-Doz. Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapie und Sexualtherapie (DGfS, ESSM/EFS), Sexualwissenschaft. Leitung der Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und Koordination der sexualmedizinischen Lehre für die medizinische Fakultät der Universität Hamburg. Mitglied der European Society for Sexual Medicine (ESSM) sowie im Vorstand der European Professional Association for Transgender Health (EPATH). Projektleitung (gemeinsam mit Arne Dekker und Peer Briken) von i2TransHealth (www.i2transhealth.de).




NEU

Hanna Mayer, Silvia Raphaelis, Andrea Kobleder

Literaturreviews für Gesundheitsberufe

Recherchieren – Bewerten – Erstellen

facultas 2021
252 Seiten, broschiert
EUR 26,90 (A) / EUR 26,20 (D) / sFr 32,90 UVP
ISBN 978-3-7089-2082-5
e-ISBN 978-3-99111-223-5

Erhältlich im Buchhandel oder auf
**facultas.at**

facultas

# Neues aus der Pflege

Dagmar Domenig (Hrsg.)

## Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz

Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe

3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.
2021. 752 S., 77 Abb., 36 Tab., Gb
Etwa € 89,95 (DE) /
€ 92,50 (AT) / CHF 122.00
ISBN 978-3-456-85753-4
Auch als eBook erhältlich

Das Lehrbuch entwickelt die transkulturelle zur transkategorialen Kompetenz weiter. Es bietet ein grundlegendes und praxisorientiertes Handbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit sowie Diversity und Komplexität für Gesundheitsberufe

Claudia Winkelmann / Andrea Helmer-Denzel

## Teambuilding leicht gemacht

Von der Projektidee zum Teamerfolg

2021. 200 S., 85 Abb., 1 Tab., Kt
€ 29,95 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 41.50
ISBN 978-3-456-86177-7
Auch als eBook erhältlich

Nur im Team meistert man in der Gesundheitsversorgung erfolgreich die komplexen Anforderungen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie in der Organisation selbst. Das Buch zeigt den Weg entlang der sechs Teamentwicklungsphasen und mit den entsprechenden Tools.

Andreas Friedrich Lutz

## Menschsein im Krisengebiet

Erfahrungsbericht eines Gesundheits- und Krankenpflegers über die humanitäre Hilfe mit Ärzte ohne Grenzen (MSF) im Südsudan

2022. 208 S., 20 Abb., 6 Tab., Kt
€ 24,95 (DE) /
€ 25,70 (AT) / CHF 35.90
ISBN 978-3-456-86146-3
Auch als eBook erhältlich

Der Gesundheits- und Krankenpfleger Andreas Lutz nimmt Sie mit auf die Reise in ein Projekt der humanitären Hilfsorganisation Ärzte ohne Grenzen (MSF) im nordöstlichen Südsudan und schreibt von seinen Erfahrungen als Pflegender.

Sabine Meisel / Edita Truninger (Hrsg.)

## Auf weiblichem Terrain

Pflegefachmänner im Porträt

2022. Etwa 144 S.,
6 Abb., 1 Tab., Kt
€ 19,95 (DE) /
€ 20,60 (AT) / CHF 28.90
ISBN 978-3-456-86183-8
Auch als eBook erhältlich

Im Zentrum des Buches stehen Portraits von Pflegefachmännern. Das Buch zielt darauf den Pflegeberuf auch für Männer attraktiver zu machen und liefert Rollenmodelle von Männern, die erfolgreich in die Pflege eingestiegen und als Pflegefachmänner tätig sind.

(C) Elizaveta

# Wearables – gewinnbringende Begleiter in der Nacherwerbszeit älterer Menschen

In einer Zeit, in der immer mehr Menschen immer älter werden und es neben finanziellen und personellen Ressourcenschwierigkeiten auch noch zu neuen Herausforderungen in der Versorgung der multimorbiden Menschen kommt, setzt man gerne und vermehrt auf Technologisierung und Digitalisierung.

Immer wichtigere Forschungsfelder stellen die Gerontologie und die Gerontotechnik dar, die zum Ziel haben, ältere Menschen im Alltag bestmöglich zu unterstützen und deren Beeinträchtigungen auszugleichen oder zu verbessern. Was hierbei eher noch wenig Beachtung findet sind Wearables. Fitnesstracker, Smartwatches, Gesundheits Apps auf dem Smartphone oder kleine Sensoren eingebaut in Brillen, Kleidung, Alltagsgegenstände, die kontinuierlich verschiedene physikalische und physiologische Daten aufzeichnen und verarbeiten können. Charakteristisch für diese Geräte ist, dass sie nicht aktiv bedient werden müssen und somit keine ständige Interaktion zwischen Benutzer:in und technischem Gerät erfolgen muss.

Mit dem Einsatz von Wearables bietet sich ein kostengünstiger Zugang das Selbstmanagement im Alltag zu verbessern und Impulse für gesundheitsbewusste Verhaltensänderungen zu setzen. Motorische und sensorische Leistungseinschränkungen können ausgeglichen, der Gesundheitszustand erhalten oder verbessert werden., sodass eine größtmögliche Selbstständigkeit so lange wie möglich gegeben ist und damit einhergehend die Lebensqualität beibehalten werden kann.

## Empowerment am Handgelenk/ in der Hosentasche

Durch primäre Präventionsmaßnahmen gegen Übergewicht, Adipositas, Bewegungsmangel und Rauchen lassen sich lebensstilbedingte Risikofaktoren beeinflussen. Sekundärpräventive Maßnahme wäre zum Beispiel die Verwendung einer Apple Wacht um damit – laut Studie der Stanford University School of Medicine – 84% aller Fälle von Vorhofflimmern frühzeitig erkennen zu können (Overbeck, 2019). Und auch im tertiären Präventionsbereich können Wearables sinnvoll für den Heilungsprozess während einer Therapie- und Rehabilitationsphase zur Förderung sportlicher Betätigung im richtigen Ausmaß eingesetzt werden, um damit nachweislich den Heilungsprozess positiv zu beeinflussen und das Rückfallrisiko zu verringern (Lemanne et al., 2013, S. 580ff.).

Alarmfunktion zur Tabletteneinnahme, Motivationshilfe, um Phasen körperlicher Inaktivität zu unterbrechen, individuelles Aktivitätsniveau kontinuierlich steigern, Erfassen von krankheitsrelevanten Parametern, Stresserkennung und -bewältigung, Navigationsunterstützung, Audio- und/oder Farbkontrastverstärkung, Monitoring von Ess-, Trink- und Schlafgewohnheiten und Notrufsystem – alle genannten und noch viele weitere Einsatzmöglichkeiten stellen das Selbstmanagement älterer Menschen im privaten Setting in den Fokus und stärken das Empowerment durch aktiven Miteinbezug in den Veränderungsprozess und das Management der eigenen Gesundheit, sowie Gesundheitsbeeinträchtigungen.

## Ein gesünderer Lebensstil durch mehr Bewegung und bewusstere Ernährung

Im Zuge der, für die Bachelorarbeit im Studiengang Aging Services Management, zugrundeliegenden Befragung geben 50% der befragten Personen aller Altersstufen an, dass sie Wearables aktuell nutzen, 34% um einen gesünderen Lebensstil zu forcieren, 27% zur Selbstoptimierung. Als Mehrwert durch die Nutzung wird vermehrt gesagt, dass man sich öfter und/oder länger bewegt und bewusster auf Ernährung achtet.

Dieses Ergebnis trifft genau den Nutzen, den Gesundheitseinrichtungen mit dem Einsatz von technischen Systemen erreichen möchten, nämlich die Verantwortung für die eigene Gesundheit mehr in die Hände der jeweiligen Personen zu legen und ihnen ein Werkzeug zu geben, um sich selbst und etwaige Krankheiten oder Einschränkungen besser überwachen zu können (Reich & Meder, 2021, S. 153).

Ein weiteres Ergebnis der Befragung ist, dass derzeit das Smartphone mit installierten Health Apps das präferierte Smart Device ist, da es aufgrund der multifunktionalen Einsatzweise für unterschiedliche Bedürfnisse (Kommunikation, Navigation, soziale Interaktion, Terminverwaltung und -erinnerung, Informationsbeschaffung, Unterhaltung, Gesundheitsvor- und versorgung) dienlich ist.

25% der Befragten geben jedoch auch an, dass sie keine Wearables verwenden, da sie keinen Mehrwert in der Nutzung sehen bzw. 19% haben kein Interesse an dieser Art von Technik. Unabhängig von der derzeitigen Nutzung können sich 46% der befragten Personen aber vorstellen in Zukunft Wearables zu verwenden.

## Ein neuer, selbstkontrollierter Lebensabschnitt

Mit einem ethik-sensiblen Blick auf das Thema Selbstvermessung und dem Druck für gesundheitskonformes Verhalten darf es zu keiner Stigmatisierung oder Diskriminierung von Menschen kommen, die dem Gesundheitsideal nicht entsprechen, was unter anderem gerade mit zunehmendem Alter sehr schwierig ist. Technische Unterstützung darf hierbei nicht mit Leistungsfähigkeit gleichgestellt werden. Technische Innovationen stellen eine wichtige Unterstützung dar, um würdevoll altern zu können. Ein positiver Nebeneffekt ist die Verschiebung weg von einem negativen, an Defiziten orientierten Altersbild, hin zu einem technologisch unterstützen, neuen, selbstkontrollierten Lebensabschnitt in einem natürlichen Alterungsprozess (Klein,

**Autorin**

**Carina Herndler MSc.**

Absolventin des Bachelorstudienganges Aging Services Management, Ferdinand Porsche FernFH, Studierende des Masterstudienganges Gesundheitsmanagement & Digital Health, FH bfi Wien, Institutsassistentin im Institut Gesundheitsmanagement, IMC FH Krems

2020, S. 18ff.).

Die (Weiter-)entwicklung von Wearables und Health Apps unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von älteren Nutzer:innen sollte daher Benutzer:innenfreundlichkeit und Personalisierbarkeit in den Vordergrund stellen, damit Menschen einen individuellen Mehrwert in der Anwendung finden und die Anwendungen langfristig genutzt werden. Wearables schließen somit den Kreis der gesundheitlichen Versorgung, indem sie Menschen zu einem gesundheitsbewussteren Leben verhelfen und dadurch das Gesundheitswesen durch Entlastung unterstützen.

## Literatur

Klein, A. (2020). Würdevolles Altern – neue Technologien, Telemedizin und Ethik. Journal für Urologie und Urogynäkologie/Österreich, 27(1), 18–23. https://doi.org/10.1007/s41972-020-00097-4

Lemanne, D., Cassileth, B., & Gubili, J. (2013). The role of physical activity in cancer prevention, treatment, recovery, and survivorship. Oncology, 27(6), 580–585.

Overbeck, P. (2019). Mega-Studie Apple Heart: Wie gut spürt die Apple Watch Vorhofflimmern auf? CardioVasc, 19(2), 12–13. https://doi.org/10.1007/s15027-019-1529-x

Reich, C., & Meder, B. (2021). Digital-Health-Highlights 2020: Digitalisierung im Jahr der Pandemie. Der Kardiologe, 15(2), 153–159. https://doi.org/10.1007/s12181-021-00466-9

**Ocskay Mark**

# NÄHER AM MENSCHEN.
# NÄHER BEI MIR.

Jetzt für das von SeneCura finanzierte Bachelor-Studium Gesundheits- und Krankenpflege an der IMC FH Krems bewerben.
senecuragruppe.at
KZ 2021-7421

Mit über 5.000 Mitarbeiter:innen sind wir der größte private Arbeitgeber im Pflege- und Gesundheitsbereich in Österreich. In unseren Häusern pflegen wir eine wertschätzende und professionelle Kultur. Wir arbeiten mit Herz und Verstand mit und für die uns anvertrauten Menschen, die uns viel Positives zurückgeben. Es ist eine Arbeit mit Sinn und jedes Lächeln kommt zurück.

## Wir suchen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für unsere Sozialzentren in allen Bundesländern.

In einem multiprofessionellen Team sind Sie mit Ihrer ganzen Expertise gefragt und können sich mit all Ihren Talenten einbringen. Sie arbeiten nach den von SeneCura selbst entwickelten Pflegestandards und tragen zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner bei. Ihre Karriere unterstützen wir mit individueller Fort- und Weiterbildung im SeneCura Campus oder der Ausbildung im Pflegemanagement.

**Sie sind wie wir näher am Menschen? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung unter senecuragruppe.at**

Lisa-Maria Willisits, BA, SeneCura HR Talent Management
T +43 (0)1 585 61 59 www.senecura.at/karriere

SeneCura
NÄHER AM MENSCHEN

# Assistierter Suizid ab 2022 in Österreich: Rechtlicher Rahmen, Diskussionspunkte und das neue Sterbeverfügungsgesetz

## 1. Suizid: Juristische Einordnung

Im rechtlichen Sinn liegt ein Suizid vor, wenn jemand vorsätzlich und freiwillig den Tod an sich selbst unmittelbar verursacht (Birklbauer 2019, Rz 1). Es geht also um die die beabsichtigte Beendigung des eigenen Lebens. Synonym werden Begriffe wie „Selbstmord“, „Selbsttötung“ oder auch „Freitod“ verwendet. Weltweit sterben pro Minute zwei Menschen durch eigene Hand. Dies ergibt jährlich über eine Million Suizidtote (Haller 2020, 306). In Österreich starben im Jahr 2020 insgesamt 1.072 Personen durch Suizid (Statistik Austria). Dies ist deutlich mehr als z.B. Verkehrstote (2020: 338).

Seit jeher wird darüber diskutiert, wie der Staat mit dem Suizid umgehen soll. Durch die Rechtsordnung gibt der Staat vor, was zur Aufrechterhaltung von gemeinschaftlicher Ordnung, individueller Freiheit und Sicherheit nötig ist. Eine wichtige Bezugsquelle sind dabei die Menschen- und Grundrechte. Sie sehen einerseits einen Schutz des Lebens vor, garantieren aber andererseits auch ein Recht auf Selbstbestimmung.

Als strengste Sanktion in einem Staat gilt das Strafrecht. Es regelt den Umgang mit besonders schweren Verstößen gegen die Rechtsordnung. Die Strafbarkeit des Suizid(versuchs) ist in Österreich seit 1850 aufgehoben. Die Mithilfe beim Suizid ist jedoch bis heute strafbar.

Ist dies noch zeitgemäß? Diese Frage beschäftigt v.a. Fachpersonen aus der Rechtslehre, des Gesundheitswesens und der Philosophie schon längere Zeit. In juristischen Fachkreisen bestand lange Zeit die herrschende Ansicht, dass der Grund der Strafbarkeit der Mitwirkung am Suizid im Unrechtsgehalt der Tat an sich liegt. Diese Ansicht ist in den letzten Jahren immer mehr aufgebrochen. Es wurde argumentiert, dass der Suizid eine rechtlich neutrale Tat sei (Birklbauer 2019, Rz 10ff.). Dies auch vor dem Hintergrund zu-

(C) Sebastian Duda

nehmend liberaler Tendenzen wegen der Betonung der Wichtigkeit des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen. Aufgrund der aktuellen Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs (VfGH) wird der Suizid in der Zukunft nicht mehr bloß als neutrale Handlung anzusehen sein, sondern werden einzelne Menschen unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht darauf haben. Ein gesellschaftlicher und somit auch rechtsethischer Wandel hat sich somit vollzogen.

## 2. Regelung zum Suizid alt und was wird nun kommen?

In Österreich wird die Begleitung von Sterbenden und der Umgang mit dem Lebensende seit mehr als 20 Jahren auf politischer Ebene diskutiert. Als Meilensteine sind die Parlaments-Enquete „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ (2001), das Österreich-Konvent (2003–2005), das Einführen des Patientenverfügungs-Gesetzes (2006), die Parlaments-Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ (2014–2015) und eine Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2015) zu nennen.

### 2.1. Aktuelle Gebote und Verbote am Lebensende

Therapien am Lebensende orientieren sich nicht nur an gesundheitlich-fachlichen Themen, sondern sind auch rechtliche Rahmenbedingungen und ethische Aspekte zu beachten. Im Zentrum der Therapie am Lebensende steht der Therapiezielwechsel von einem kurativen auf einen palliativen Ansatz. Die zwei wichtigen Pfeiler der Entscheidungsfindung sind die Indikation und der Patientenwille. Gesundheitsberufe haben zudem eine Beistandspflicht bei Sterbenden. Und in der Behandlung von Sterbenden ist es auch erlaubt, Maßnahmen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen zu setzen, auch wenn diese Maßnahmen mitunter einen früheren Todeseintritt zur Folge haben (z.B. hochdosierte Medikation zur Linderung starker Schmerzen; § 49a Ärztegesetz).

Dennoch gibt es auch juristische Grenzen. Sie sind im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt. So ist jede vorsätzliche Fremdtötung als Mord zu qualifizieren (§ 75 StGB). Bittet ein Patient ernstlich und eindringlich darum, erlöst zu werden (z.B. durch eine Giftspritze), so liegt im Falle der Vornahme eine Strafbarkeit wegen „Tötung auf Verlangen“ (§ 77 StGB) vor. Der Strafrahmen beträgt sechs Monate bis zu fünf Jahre. Zuletzt gibt es noch das Delikt der „Mitwirkung am Selbstmord“ (§ 78 StGB). Bestraft wird, wer eine andere Person zum Suizid verleitet oder ihr beim Suizid Hilfe leistet (Strafrahmen ebenso sechs Monate bis zu fünf Jahre). Diese Strafbestimmungen schützen das menschliche Leben (Halmich/Klein 2021, 23ff.).

### 2.2. Korrekte Verwendung von Begrifflichkeiten

In der Diskussion um eine Liberalisierung der Strafbestimmungen im Bereich Lebensende werden immer wieder die Begrifflichkeiten missverständlich verwendet. So dominiert z.B. der Begriff der „Sterbehilfe“. Dieser Begriff löst bei unterschiedlichen Personen verschiedene Assoziationen aus. Deshalb wird plädiert, hier eine Differenzierung vorzunehmen. Eine Möglichkeit:

Assistierter Suizid / Suizidbeihilfe: Hilfestellung beim Suizid durch z.B. Vorbereitung / Beschaffung einer tödlichen Substanz (z.B. Natrium-Pentobarbital). Letzte Handlung setzt die Person selbst, die es betrifft, und nicht etwa eine andere Person (§ 78 StGB)!

Sterbehilfe: Gezielte Beendigung des Lebens einer Person durch eine andere Person (Tötung). Letzte Handlung setzt also eine andere Person. Es handelt sich somit nicht um einen Suizid. Dies kann z.B. auf Wunsch einer Person erfolgen (dann § 77 StGB) oder aus Mitleid (§ 75 StGB).

### 2.3. Entscheidung des VfGH über die §§ 77 und 78 StGB

Der VfGH hat auf Antrag mehrerer Betroffener, darunter zweier Schwerkranker, am 11. Dezember 2020 jene Bestimmung aufgehoben, die die Hilfeleistung zum Suizid unter Strafe stellt (Teile des § 78 StGB). Aus den Entscheidungsgründen (VfGH G 139/2019):

- Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst das Recht auf die Gestaltung des Lebens ebenso wie das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben.
- Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst auch das Recht des Suizidwilligen, die Hilfe eines dazu bereiten Dritten in Anspruch zu nehmen.
- Beruht die Entscheidung zur Selbsttötung auf der freien Selbstbestimmung des Betroffenen, so ist dies vom Gesetzgeber zu respektieren.
- Aus grundrechtlicher Sicht macht es keinen Unterschied, ob jemand eine lebensverlängernde oder lebenserhaltende medizinische Maßnahme ablehnt oder ob ein Suizident mit Hilfe eines Dritten sein Leben beenden will. Entscheidend ist vielmehr in jedem Fall, dass die jeweilige Entscheidung auf der Grundlage einer freien Selbstbestimmung getroffen wird.

- Der VfGH übersieht nicht, dass die freie Selbstbestimmung auch durch vielfältige soziale und ökonomische Umstände beeinflusst wird. Dementsprechend hat der Gesetzgeber zur Verhinderung von Missbrauch Maßnahmen vorzusehen, damit die betroffene Person ihre Entscheidung zur Selbsttötung nicht unter dem Einfluss Dritter fasst.
- Jemand anderen zur Selbsttötung zu verleiten, bleibt aber strafbar (erster Tatbestand des § 78 StGB).
- Die Anfechtung von § 77 StGB (Tötung auf Verlangen) ist nicht zulässig. Im Falle einer Aufhebung wäre die Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen als Mord zu ahnden.

Die Aufhebung der Strafbestimmung wird erst mit Ende 2021 rechtsgültig. Das Verleiten zum Suizid als auch die Tötung auf Verlangen können weiterhin strafbar bleiben.

### 2.4. Wie geht es nun weiter?

Nach der Entscheidung des VfGH wurde gesamtgesellschaftlich ein Diskussionsprozess gestartet. Das Parlament hat bis Jahresende 2021 Zeit, auf das Erkenntnis des VfGH zu reagieren. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten der Reaktion:

1. Das Parlament beschließt keine Regelung zum assistierten Suizid und lässt die automatische Rechtsfolge eintreten, dass ab 1. Jänner 2022 die Suizidbeihilfe nicht mehr strafbar ist. Die Folge wäre, dass jede Form der Suizidbeihilfe ohne Einschränkungen in Österreich erlaubt wäre.
2. Das Parlament beschließt bis Jahresende eine Regelung, die spätestens mit 1. Jänner 2022 in Kraft tritt. In dieser Regelung werden genaue Vorgaben gemacht, wer unter welchen Voraussetzungen eine Hilfe beim Suizid in Anspruch nehmen darf.

Im Rahmen des Diskussionsprozesses wurde vom Bundesministerium für Justiz ein „Dialogforum Sterbehilfe“ eingesetzt. Nach Ansicht des Ministeriums bedarf es für die Vorbereitung einer Regelung einer breiten Einbindung von Experten und der Zivilgesellschaft. Zwischen 26. und 30. April 2021 diskutierten eingeladene Experten zum Thema. Am 28. Juni 2021 wurde der Schlussbericht veröffentlicht (Bundesministerium für Justiz 2021).

Die zentralen Fragen beim assistierten Suizid sind:

- Wer darf Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen?
- Wie kann das Erfordernis des freien und selbstbestimmten Willens von Suizidenten überprüft werden?
- Wer darf Suizidbeihilfe leiten?
- Wie und wo darf Suizidbeihilfe geleistet werden?
- In welchem Ausmaß ist aktuell eine Palliativ - und Hospizversorgung verfügbar? Gibt es eine ausreichende Suizidprävention?
- Benötigt es eine staatliche Überwachung? Sollten Beratungsstellen eine Zertifizierung brauchen?

Im ersten Halbjahr 2021 fanden auch Befragungen der Bevölkerung statt. Begrüßten im April noch ca. 80 % der Befragten die Entscheidung des VfGH in Bezug auf Lockerung der Suizidbeihilfe, so waren es einige Wochen später in einer anderen Umfrage bloß 61 %. Im Juni wurde eine weitere Studie veröffentlicht, wonach nur mehr 35 % der Bevölkerung die Möglichkeit des assistierten Suizids und bloß 31 % die Tötung auf Verlangen befürworteten. Bei dieser Umfrage wurde gezielt nach den verschiedenen Formen von „Sterbehilfe“ gefragt. Die Entscheidung des VfGH sollte aber nicht explizit bewertet werden (Studien-Zusammenfassung bei Institut für Ehe und Familie 2021).

### 3. Grundrechtsschutz bei Suizidenten im Spannungsfeld Freiheit / Sicherheit

In der österreichischen Verfassung sind Grund- und Menschenrechte statuiert. Sie stellen Abwehr- und Freiheitsrechte dar. Diese Rechte geben aber nicht nur dem Staat Regelungsschranken vor, sondern verpflichten ihn auch zur Gewährleistung der grundrechtlich geschützten Rechtsgüter (Adamovich et al. 2019, 28ff.).

Beim assistierten Suizid sind mehrere Grundrechte tangiert. Im direkten Spannungsfeld stehen dabei die Grundrechte:

- Recht auf Leben
- Recht auf Selbstbestimmung

### 3.1. Recht auf Leben

Dieses Grundrecht ist im Artikel 2 EMRK verankert: „Das Recht jedes Menschen auf das Leben wird gesetzlich geschützt.“ Der Staat hat die Pflicht, das Leben der Bürger vor Eingriffen durch den Staat selbst als auch vor Privatpersonen zu schützen. Unter gewissen Umständen hat der Staat auch dafür zu sorgen, dass Personen vor sich selbst geschützt werden (EGMR 22.11.2016, Fall Hiller, Appl 1967/14; z.B. im Wege der Unterbringung auf einer Psychiatrie). Beim Umfang der Schutzpflicht hat der Staat einen rechtspolitischen Gestaltungsspielraum.

### 3.2. Recht auf Selbstbestimmung

Im Artikel 8 EMRK ist u.a. das Recht auf Achtung des Privatlebens geregelt. Dieses Grundrecht hat im Gesundheitswesen eine Schlüsselrolle. Es schützt das Recht auf Selbstbestimmung. Demnach hat der Patient die Entscheidungshoheit in gesundheitlichen Fragestellungen; dies selbst dann, wenn seine Entscheidung unvernünftig erscheint oder gar den sicheren Tod zur Folge hat (Behandlungsverzicht z.B. durch Patientenverfügung).

Wesentliche Voraussetzung ist die Entscheidungsfähigkeit, also die Fähigkeit, die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten zu können. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet (§ 24 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch, ABGB). Für Minderjährige und Erwachsene mit psychischen / kognitiven Einschränkungen gibt es entsprechende Schutzvorschriften.

Das Recht auf Selbstbestimmung ist auch im Bereich der Debatte rund um Sterbehilfe / Suizidbeihilfe zentral. Der EGMR hat sich schon des Öfteren zu diesem Grundrecht geäußert. In der Sache Haas vs. Schweiz (EGMR 20.1.2011, Appl 31.322/07) hat er ein Menschenrecht auf Suizid anerkannt, solange jemand in der Lage ist, seinen Willen frei zu bilden und danach zu handeln. In der Sache Gross vs. Schweiz (Urteil vom 30.9.2014; Appl 67.810/10) ging der EGMR noch darüber hinaus, indem er verlangte, dass ein Staat den Ärzten klar sagen muss, wie weit sie bei der Beihilfe zum Suizid gehen dürfen, wenn sie Natriumpentobarbital verschreiben, weil sonst zufolge des durch Rechtsunsicherheit ausgelösten „chilling effect“ es Individuen, die ein Recht auf Durchführung eines Suizids haben, unmöglich gemacht wird, dafür die Beihilfe eines Arztes erhalten zu können. Zudem ist noch die Entscheidung des EGMR in der Sache Lambert u.a. vs. Frankreich (EGMR 5.6.2015, Appl 46043) zu erwähnen. Darin heißt es sinngemäß: Artikel 2 EMRK verlangt zwar von den Vertragsstaaten, das Leben der ihrer Hoheitsgewalt unterstehenden Personen zu schützen. Sofern es um medizinische Maßnahmen geht, ist dabei aber das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen aus Artikel 8 EMRK zu berücksichtigen, welches auch das Recht schütze, zu entscheiden, wann und wie das eigene Leben enden soll (Halmich/Klein 2021, 18).

### 3.3. Spannungsfeld bei Suizidenten

Das Spannungsfeld zwischen diesen beiden Grundrechten wurde durch die kürzlich ergangene VfGH-Entscheidung etwas aufgelöst. Der VfGH äußert sich im Erkenntnis dazu wie folgt: „Zur freien Selbstbestimmung gehört zunächst die Entscheidung des Einzelnen, wie er sein Leben gestaltet und führt. Zur freien Selbstbestimmung gehört aber auch die Entscheidung, ob und aus welchen Gründen ein Einzelner sein Leben in Würde beenden will. All dies hängt von den Überzeugungen und Vorstellungen jedes Einzelnen ab und liegt in seiner Autonomie. Das aus der Bundesverfassung ableitbare Recht auf freie Selbstbestimmung erfasst nicht nur die Entscheidung und das Handeln des Suizidwilligen selbst, sondern auch das Recht des Suizidwilligen auf Inanspruchnahme der Hilfe eines (dazu bereiten) Dritten. Der Suizidwillige kann nämlich vielfach zur tatsächlichen Ausübung seiner selbstbestimmten Entscheidung zur Selbsttötung und deren gewählter Durchführung auf die Hilfe Dritter angewiesen sein. Der Suizidwillige hat dementsprechend das Recht auf selbstbestimmtes Sterben in Würde; dazu muss er die Möglichkeit haben, die Hilfe eines dazu bereiten Dritten in Anspruch zu nehmen“ (VfGH G 139/2019).

Sohin ist die Kernfrage in diesem Spannungsfeld, unter welchen Voraussetzungen Suizidenten eine selbstbestimmte Entscheidung treffen können. Die vielfach in der Vergangenheit vertretene Auffassung, dass ein Suizident jedenfalls psychisch krank sei und aufgrund dessen schon nicht selbstbestimmt agieren könne, ist in dieser Pauschalierung nicht (mehr) gültig (Haller 2020, 310). Auch die Entscheidungsregeln in der Medizin, zuletzt angepasst durch das Erwachsenenschutzgesetz 2018, geben vor, dass das Kriterium zur Selbstbestimmung die Entscheidungsfähigkeit ist, und nicht etwa das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer Erkrankung. Auch psychisch kranke Menschen können aktuell eine Entscheidungsfähigkeit besitzen und demnach selbst Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen. Dies gilt auch für psychisch kranke Menschen, denen ein Erwachsenenvertreter zur Seite gestellt ist (§§ 252–254 ABGB).

Ein genereller Ausschluss psychisch kranker Menschen vom Recht auf assistierten Suizid ist diskriminierend und widerspricht den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (= Gleichbehandlung von Menschen mit und ohne Behinderung) und des Gleichheitsgrundsatzes. Auch in

der psychiatrischen Fachwelt ist die Meinung verfestigt, dass bestimmte psychisch kranke Menschen durchaus eine rationale und selbstbestimmte Entscheidung im Hinblick auf die eigene Lebensbeendigung treffen können (Richter 2021, 47ff.). In diesem Zusammenhang darf aber nicht verschwiegen werden, dass eine hohe Zahl der Suizidenten psychisch krank ist bzw. psychische Symptome aufweist (bis zu 90%) und dass ein Suizidwunsch von psychisch kranken Menschen vielfach ambivalent verläuft und nicht immer verfestigt ist (Kapitany 2021). Diesbezüglich nimmt der VfGH im Erkenntnis vom Dezember 2020 wie folgt Stellung: „Ob der Entschluss eines Suizidwilligen, seinem Leben mit Hilfe eines Dritten ein Ende zu setzen, und die tatsächliche Vornahme der Tötung durch den Suizidwilligen selbst auf einer freien Selbstbestimmung basiert, mag unter bestimmten Umständen schwierig festzustellen sein. Dies darf jedoch nicht als Rechtfertigung dafür genommen werden, durch ein ausnahmsloses Verbot jegliche Hilfeleistung zur Selbsttötung welcher Art und Form auch immer gemäß § 78 zweiter Tatbestand StGB zu untersagen und damit das Recht des zur freien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Menschen, sich das Leben mit Hilfe eines Dritten zu nehmen, unter allen Umständen zu verneinen“ (VfGH G 139/2019).

### 3.4. Schutzpflichten für nicht-entscheidungsfähige Suizidenten

Nicht-entscheidungsfähige Menschen stehen in Österreich unter einem besonderen Schutz der Gesetze. Für psychisch kranke Menschen regelt etwa das Unterbringungsgesetz (UbG) seit 1991, dass sie, wenn sie im Rahmen einer psychischen Krise eine Selbsttötungshandlung umsetzen möchten, auch ohne bzw. gegen ihren Willen in eine psychiatrische Krankenhausabteilung gebracht werden dürfen.

3 UbG legt die Voraussetzungen für eine Unterbringung wie folgt fest: In einer psychiatrischen Abteilung darf nur untergebracht werden, wer

- an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet und
- nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer psychiatrischen Abteilung, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann.

Das UbG regelt einerseits den Verbleib in der Psychiatrie, andererseits den Weg vom Ort der Eskalation zur Psychiatrie. In beiden Fällen ist als letztes Mittel die Anwendung von Zwang zur unmittelbaren Gefahrenabwehr erlaubt, wobei stets die Verhältnismäßigkeit einzuhalten und die Menschenwürde zu achten und zu wahren ist.

Nach den präklinischen Regelungen darf eine Person gegen oder ohne ihren Willen grundsätzlich nur dann in eine Psychiatrie gebracht werden, wenn sie ein Amts- oder Polizeiarzt untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen (§ 8 UbG).

Die Polizei ist verpflichtet, eine Person, bei der sie aus besonderen Gründen die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet, zur Untersuchung zum Amts- oder Polizeiarzt zu bringen oder diesen beizuziehen. Bescheinigt dieser Arzt das Vorliegen der Voraussetzungen der Unterbringung, so hat die Polizei die betroffene Person in eine Psychiatrie zu bringen oder dies zu veranlassen. Wird eine solche Bescheinigung nicht ausgestellt, so darf die betroffene Person nicht länger angehalten werden. Bei Gefahr im Verzug kann die Polizei die betroffene Person auch ohne Untersuchung und Bescheinigung in eine Psychiatrie bringen. In all diesen Fällen hat die Polizei erforderlichenfalls einen Rettungs- / Notarztdienst beizuziehen (§ 9 UbG).

Für März 2022 ist eine Novelle des UbG angekündigt. Dabei sollen auch die präklinischen Regelungen angepasst werden (z.B. Ärztliche Untersuchung und Bescheinigung, Kommunikation mit Krisendiensten, Erweiterung des Kreises der Einweisungsberechtigten). Die Details sind noch offen; die Entwicklungen abzuwarten.

## 4. Entwurf für ein neues Sterbeverfügungsgesetz

Am 23.10.2021 präsentierten die zuständigen Fachminister schlussendlich den schon längere Zeit erwarteten Gesetzesentwurf, der ab 1.1.2022 die Rahmenbedingungen zur Suizidassistenz vorgeben soll. Bedauerlicher Weise gibt es eine nur dreiwöchige Begutachtungsfrist, ehe der Gesetzesvorschlag (ggf. mit Änderungen) im Dezember im Parlament beschlossen werden soll.

### 4.1. Was genau regelt der Gesetzentwurf?

Das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Sterbeverfügungen zum Nachweis eines dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschlusses zur Selbsttötung (§ 1).

### 4.2. Wer konkret darf eine Suizidassistenz in Anspruch nehmen?

Das StVfG stellt im § 4 klar, dass eine Sterbeverfügung nur höchstpersönlich errichtet werden darf. Die sterbewillige Person muss volljährig und voll entscheidungsfähig sein (§ 5). Zudem kann eine Sterbeverfügung nur eine Person errichten, die

1. an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit oder
2. an einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leidet, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen;

wobei die Krankheit einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringt (§ 6).

### 4.3. Welches Prozedere ist dabei einzuhalten?

Im StvfG wird ein genaues Prozedere vorgegeben, damit der Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, zweifelsfrei festgehalten werden kann. Zu den Details:

- Aufklärung und Bestätigung durch zwei ärztliche Personen unabhängig voneinander (eine ärztliche Person muss über eine palliativmedizinische Qualifikation verfügen);
- Inhalt der Aufklärung ist genau vorgegeben: mögliche Behandlungs- oder Handlungsalternativen (insbesondere Hospizversorgung und palliativmedizinische Maßnahmen), Informationen zum Präparat, Hinweise auf Psychotherapie und Suizidprävention;
- Liegt bei der sterbewilligen Person eine krankheitswertige psychische Störung vor, deren Folge der Wunsch zur Beendigung ihres Lebens sein könnte, so ist eine Abklärung durch einen Facharzt für Psychiatrie oder durch einen klinischen Psychologen erforderlich;
- Errichtung der Sterbeverfügung beim Juristen (Notar, Patientenanwalt) frühestens nach zwölf Wochen (Überlegenszeit); bei Patienten in terminaler Phase bloß zwei Wochen;
- Mit dieser Sterbeverfügung hat eine öffentliche Apotheke ein letales Präparat (Natrium-Pentobarbital) zur Selbsteinnahme auszugeben. Auch von der sterbewilligen Person ernannte Personen dürfen dies abholen. Die Sterbeverfügung ist ein Jahr gültig;
- Genaue Vorgaben zur Dokumentation und zum Führen eines Sterbeverfügungsregister;
- Freiwilligkeit der Mitwirkung, Benachteiligungsverbot;
- Werbeverbot und Verbot wirtschaftlicher Vorteile.

### 4.4. Neuregelung des strafbaren Verhalten im Rahmen eines Suizids

Zudem ist ab 2022 auch der § 78 StGB neu zu formulieren. Er soll mit „Mitwirkung an der Selbsttötung“ überschrieben sein und im Detail wie folgt lauten:

78. (1) Wer eine andere Person dazu verleitet, sich selbst zu töten, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(2) Ebenso ist zu bestrafen, wer
1. einer minderjährigen Person,
2. einer Person aus einem verwerflichen Beweggrund,
3. einer Person, die nicht an einer Krankheit im Sinne des § 6 Abs. 3 des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG), leidet,
4. oder einer Person, die nicht gemäß § 7 StVfG ärztlich aufgeklärt wurde,

dazu physisch Hilfe leistet, sich selbst zu töten.“

Parallel zur Regelung des assistierten Suizids ab 2022 wurde von den zuständigen Fachministern auch ein Gesetz über einen Hospiz- und Palliativfonds vorbereitet. Es soll ebenso ab Jänner 2022 gelten. Im Rahmen der Befassung mit der Thematik des Assistierten Suizids wurde evident, dass die Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich ungenügend ist und ausgebaut werden muss. Mit der Gewährung der Zweckzuschüsse aus dem Hospiz- und Palliativfonds wird der Bund zukünftig die Länder im Bereich der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung im Langzeitpflege- und -betreuungsbereich unterstützen, damit insbesondere für Palliativpatienten und deren An- und Zugehörigen ihren besonderen Bedürfnissen angepasste Unterstützungsleistungen erreichbar, zugänglich und leistbar angeboten werden können und die Grundversorgung entlastet werden kann.

### Schlussbemerkung

In buchstäblich letzter Minute hat die Regierung einen Entwurf zur Regelung der Suizidassistenz vorgelegt. Es ist davon auszugehen, dass dieser oder ein abgeänderter Gesetzesvorschlag im Dezember im Parlament beschlossen wird, sodass es in Österreich ab 1.1.2022 eine klare Regelung gibt, wer Suizidassistenz in Anspruch nehmen darf. Dies dient der Rechtssicherheit aller Beteiligten.

Die juristischen Rahmenbedingungen werden demnach mit Jahresende 2021 stehen. Der

gesamtgesellschaftliche Diskussionsprozess zum Thema Umgang mit dem Lebensende wird aufgrund der neuen Rahmenbedingungen auch neu zu starten sein. Es ist noch nicht absehbar, welche Auswirkungen mit der Öffnung der Suizidassistenz in Österreich einhergehen; weder für die An- und Zugehörigen noch für das Gesundheits- und Pflegepersonal. Eines ist jedenfalls sicher: Unabhängig davon, wie man zum Thema steht, man kann wohl nicht nicht tangiert sein!

## Literatur


Adamovich/Funk/Holzinger/Frank (2019) Österreichisches Staatsrecht, Band 3: Grundrechte, 3. Auflage

Birklbauer A (2019) § 78 StGB. Mitwirkung am Selbstmord. In: Höpfel F / Ratz E (Herausgeber), Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 2. Auflage, rdb.at

Bundesministerium für Justiz (2021) Themen: Dialogforum Sterbehilfe. https://www.bmj.gv.at/themen/Dialogforum-Sterbehilfe.html. Zugegriffen: 30.10.2021

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019) S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“

Haller R (2020) Das psychiatrische Gutachten, 3. Auflage

Halmich M / Klein A (2021) Sterbehilfe / Suizidbeihilfe in Österreich, VfGH-Erkenntnis / Diskussion zur Neuregelung 2021

Institut für Ehe und Familie (2021) AT / Lebensende: Nur noch 35 % für assistierten Suizid. https://www.ief.at/at-lebensende-grundlagenstudie-zur-sterbehilfe-nur-noch-35-fuer-assistierten-suizid/. Zugegriffen: 30.10.2021

Kapitany T (2021) Perspektive der Suizidprävention. Vortrag bei: Online-Tagung „Beihilfe zum Suizid“ vom 22. April 2021, Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien

Richter D (2021) Unerträgliches Leiden und autonome Entscheidung. Warum Menschen mit psychischen Erkrankungen das Recht auf Sterbehilfe nicht verwehrt werden darf. In: Böhning A (Herausgeber) Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderungen für die Psychiatrie und Psychotherapie

Waller J (2018) Rechtsethik in der Medizin



**Autor**

**Dr. Michael Halmich LL.M.**
ist Jurist und Ethikberater im Gesundheitswesen. Er leitet das FORUM Gesundheitsrecht und ist Vorsitzender der ÖGERN. Zuletzt hat er 2021 ein Buch zum Thema Sterbehilfe / Assistierter Suizid in Österreich mit Andreas Klein herausgegeben.
halmich@gesundheitsrecht.at

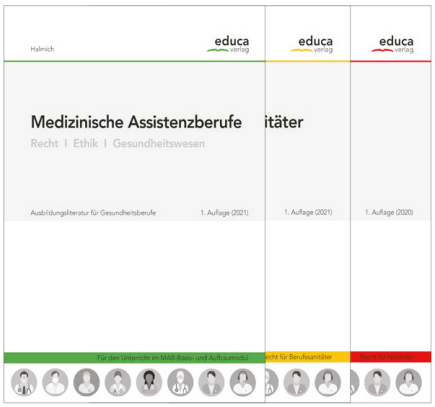
## Ausbildungsbücher

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

**DGKP**

**PFA**

**PA**




**weitere Berufe ...**

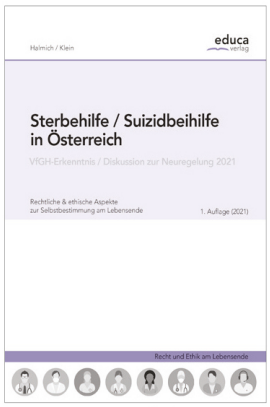
## Praxisbücher

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.

**forum@gesundheitsrecht.at**
**www.gesundheitsrecht.at**

# Das Sterbeverfügungsgesetz: ein respektabler Kompromiss und offene Fragen

Ein eigenes Sterbeverfügungsgesetz, das durch neue Bestimmungen im Strafgesetzbuch und im Suchtmittelgesetz flankiert wird, soll Suizidhilfe in engen Grenzen sowie unter strengen Auflagen erlauben. Der Entwurf ist ein respektabler Kompromiss. Er trägt einerseits dem Selbstbestimmungsrecht von Sterbewilligen und andererseits dem Anliegen Rechnung, vor Missbrauch zu schützen und die Grenzen zur Tötung auf Verlangen zu wahren Erfreulicherweise stellt er sicher, dass die Mitwirkung am Suizid auch zukünftig keine ärztliche Aufgabe ist und kein Geschäftsmodell werden soll. Das sollte sinngemäß aber auch die Gesundheits- und Krankenpflege gelten, die im Gesetzentwurf nicht ausdrücklich erwähnt wird, weil sie beim geplanten Procedere für die Voraussetzungen einer straffreien Suizidhilfe keine eigenständige Rolle in den vorgesehenen Aufklärungsgesprächen spielt. Das Gesetz stellt aber sicher, dass Pflegefachkräfte mit sterbewilligen Personen vertrauensvoll und ergebnisoffen über ihren Sterbewunsch sprechen können, ohne sich der Gefahr eine Verwaltungsstrafe oder gar einer gerichtlichen Strafe auszusetzen.

Das Sterbeverfügungsgesetz nimmt sich das Patientenverfügungsgesetz zum Vorbild. Dieses kennt aber keine Reichweitenbeschränkung auf unheilbare, zum Tod führende Krankheiten oder schwere chronische Erkrankungen, die für den Sterbewilligen mit einem unerträglich empfundenen Leidensdruck verbunden sind. Ob diese Begrenzung verfassungsrechtlich halten wird, wird sich weisen. Von mancher Seite wird sogar gefordert, zusätzliche Hürden im Gesetz einzubauen. Es kommt nun sehr darauf an, das Gesetz nicht in der konkreten Umsetzung so zu hintertreiben, dass seine Inanspruchnahme für Sterbewillige weitgehend verunmöglicht wird und der nächste Gang vor den Verfassungsgerichtshof vorprogrammiert ist.

Unglücklich ist allerdings die Wortwahl „Sterbeverfügung“. Es geht ja gerade nicht um eine Vorausverfügung wie bei der Patientenverfügung, sondern um eine aktuelle Willenserklärung. Korrekterweise sollte man deshalb von einem Suizidwillenserklärungsgesetz sprechen, um den assistierten Suizid auch sachlich von Patientenverfügungen abzugrenzen, die mit Suizidhilfe oder gar Tötung auf Verlangen nichts zu tun haben. In der öffentlichen Berichterstattung kann das leicht durcheinandergehen, so zum Beispiel in einem Standard-Artikel vom 30.10.2021.

Die straffreie Suizidhilfe soll nur bei Volljährigen möglich sein. Jugendliche bleiben ausgenommen, was in der Literatur auch von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie gut begründet wird.

Was als Krankheit im Sinne des geplanten Gesetzes gilt, steht nicht im Gesetz selbst, sondern nur in den Erläuterungen. Diese verweisen auf § 120 Z 1 ASVG. Demnach handelt es sich um einen „regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand […], der eine Krankenbehandlung notwendig macht. Krankheit ist als Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen zu definieren“. Wie die Erläuterungen ausdrücklich feststellen, umfasst dieser Krankheitsbegriff auch Unfallfolgen. Er schließt offenkundig aber auch angeborene Behinderungen ein, sofern diese eine Krankenbehandlung erforderlich machen. Dass offenbar auch schwere psychische Erkrankungen ein Rechtfertigungsgrund für straffreie Suizidhilfe sein können, ist ein kritischer Punkt. Der Krankheitsbegriff reicht jedenfalls durchaus weit. Schon deshalb wäre es zu empfehlen, die Begriffsbestimmungen in § 3 des geplanten Gesetzes in dem genannten Sinne eine ausdrückliche Legaldefinition des Krankheitsbegriffs zu ergänzen.

Ärzte, von denen einer eine palliativmedizinische Kompetenz aufweisen muss, tragen bei der verpflichtenden Aufklärung ein hohes Maß an Verantwortung. Erfreulich ist, dass ausdrücklich die Aufklärung über Alternativen zum Suizid vorgeschrieben wird. Es wäre fatal, wenn die weitreichenden Möglichkeiten von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten künftig ungenutzt blieben. Auf ihnen und einer guten palliativmedizinischen Versorgung sollte das Gewicht im Umgang mit Sterbewünschen liegen.

Gleichzeitig mit dem geplanten Sterbeverfügungsgesetz hat die Regierung den flächendeckenden Ausbau der Palliativversorgung an und ein eigenes Hospiz- und Palliativfondgesetz vorgelegt, das ebenfalls bis Jahresende 2021 vom Parlament beschlossen werden soll. Die Absicht ist erfreulich. Abgesehen von ungeklärten Finanzierungsfragen ist allerdings von einem gesetzlich garantierten Recht auf Palliativversorgung, das seit langem gefordert wird, nicht die Rede.

Offen bleibt, was das neue Gesetz für Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft bedeutet, die sich der Hospizarbeit und der Suizidprävention verpflichtet fühlen. § 2 des Gesetzes stellt einerseits klar, dass niemand verpflichtet ist, Suizidhilfe zu leisten, eine ärztliche Aufklärung durchzuführen oder an der Errichtung einer Sterbeverfügung mitzuwirken. Andererseits darf niemand darf wegen einer Hilfeleistung, einer ärztlichen Aufklärung oder der Mitwirkung an der Errichtung einer Sterbeverfügung benachteiligt werden, aber auch nicht wegen der Weigerung, derartiges zu tun oder daran mitzuwirken.

Juristisch ist klar, dass das Wort „niemand“ sowohl natürliche als auch juristische Personen umfasst. Folgerichtig steht in den Erläuterungen zum Gesetz zu lesen, eine Einrichtung könne nicht dazu gezwungen werden, Suizidhilfe bereitzustellen oder in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. Es wäre gut, das auch ausdrücklich ins Gesetz zu schreiben. Es sollte auch sichergestellt werden, dass Einrichtungen, die keine Suizidhilfe leisten, auch im Zusammenhang mit Leistungsaustauschverträgen sowie Förderverträgen und dergleichen mit Sozialversicherungsträgern, Bund, Ländern und Gemeinden/Gemeindeverbänden keine Nachteile erleiden dürfen.

Einem Heimbewohner den assistierten Suizid mit Hilfe Dritter zu untersagen, wird jedoch rechtlich kaum möglich sein, und ob man den eigenen Mitarbeitern unter Verweis auf die ethische oder religiöse Grundorientierung der Einrichtung – Stichwort Tendenzschutz – per Dienstrecht die Mitwirkung am Suizid untersagen darf, ist arbeitsrechtlich ein kritischer Punkt. Was, wenn zu, Beispiel eine Pflegeperson außerhalb ihrer Dienstzeit bereit ist, für eine Heimbewohnerin, zu der ein enges Vertrauensverhältnis besteht, das tödliche Präparat aus der Apotheke zu holen und auch bei seiner Einnahme durch die sterbewillige Person anwesend zu sein? Und was soll geschehen, wenn die Selbsttötung mit Pentobartital oder einem vergleichbarer Präparat nicht in der gewünschten Weise gelingt? Auch wenn Diakonie und Caritas ihre Haltung bekräftigen, der Suizid dürfe kein Normalfall werden, müssen sie rechtlich gangbare Wege finden, der neuen Gesetzeslage Rechnung zu tragen.

Das Bemühen des Gesetzgebers, den assistierten Suizid nicht zum Normalfall werden zu lassen, verdient Respekt. Dennoch: Im Ergebnis wird der assistierte Suizid in Zukunft wohl ein Stück neue Normalität. Auf längere Sicht könnte es sogar zu einem Paradigmenwechsel kommen. Das neue Gesetz behandelt das Recht, zur Selbsttötung die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen, als Abwehrrecht – d. h. der Staat darf Sterbewillige nicht daran hindern, sofern die geforderten Voraussetzungen erfüllt sind. Daraus könnte irgendwann aber ein Anspruchsrecht werden. In diesem Fall wäre der Staat zur Hilfeleistung verpflichtet, wenn ein Suizidwilliger in seinem Lebensumfeld keine Personen oder Einrichtungen findet, die im Sinne des Gesetzes zur Mitwirkung bereit sind. Ein solcher Paradigmenwechsel bereitet mir offen gestanden Sorgen.

Menschen, die physisch nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu töten, könnten sich benachteiligt fühlen. Auch von solchen Grenzfällen abgesehen, ist die Forderung nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen mit dem neuen Gesetz keineswegs vom Tisch, wie erste Reaktionen etwa vom Verein „Letzte Hilfe – Verein für selbstbestimmtes Sterben“ zeigen. So ist die Sterbehilfedebatte in Österreich mit dem neuen Gesetz ganz gewiss nicht zu Ende.

**Autor**

**O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner**
Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstraße 8–10, 1010 Wien;

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien

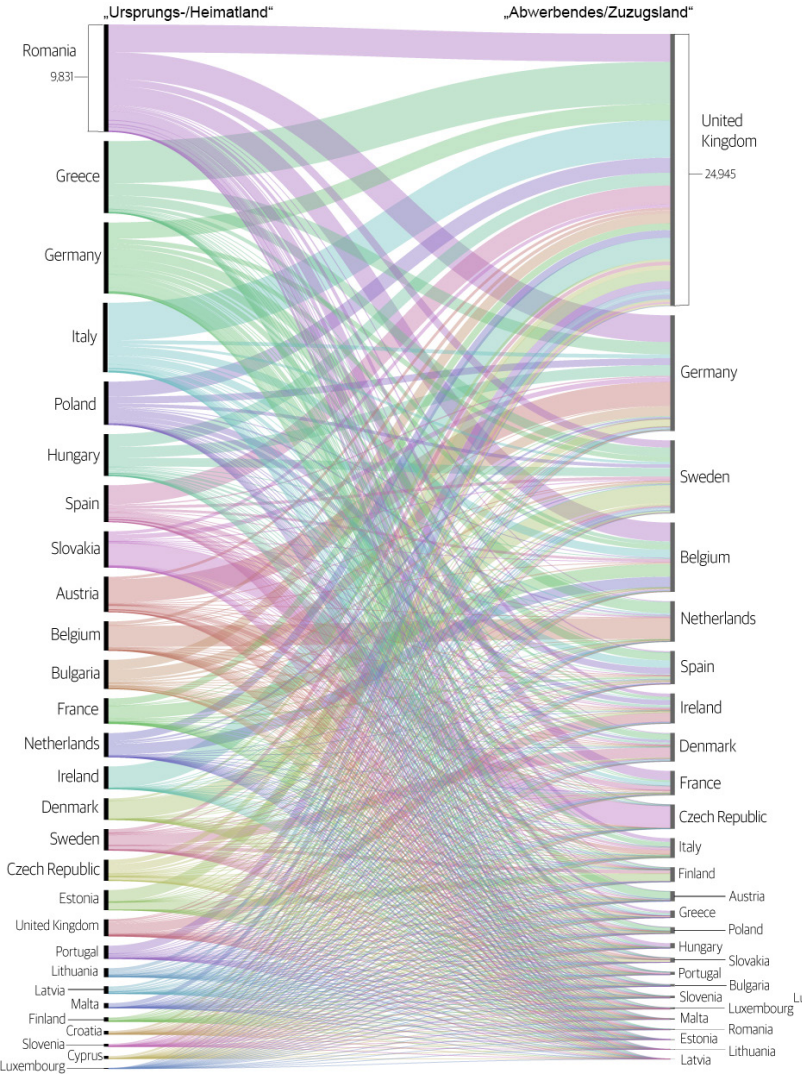
E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at
Homepage: http://etfst.univie.ac.at/über-uns/team/ulrich-koertner

# Ausländische Pflegekräfte: Eine globale Katastrophe, ein moralischer Bankrott oder einfach nur Markt der Fachkräfte?

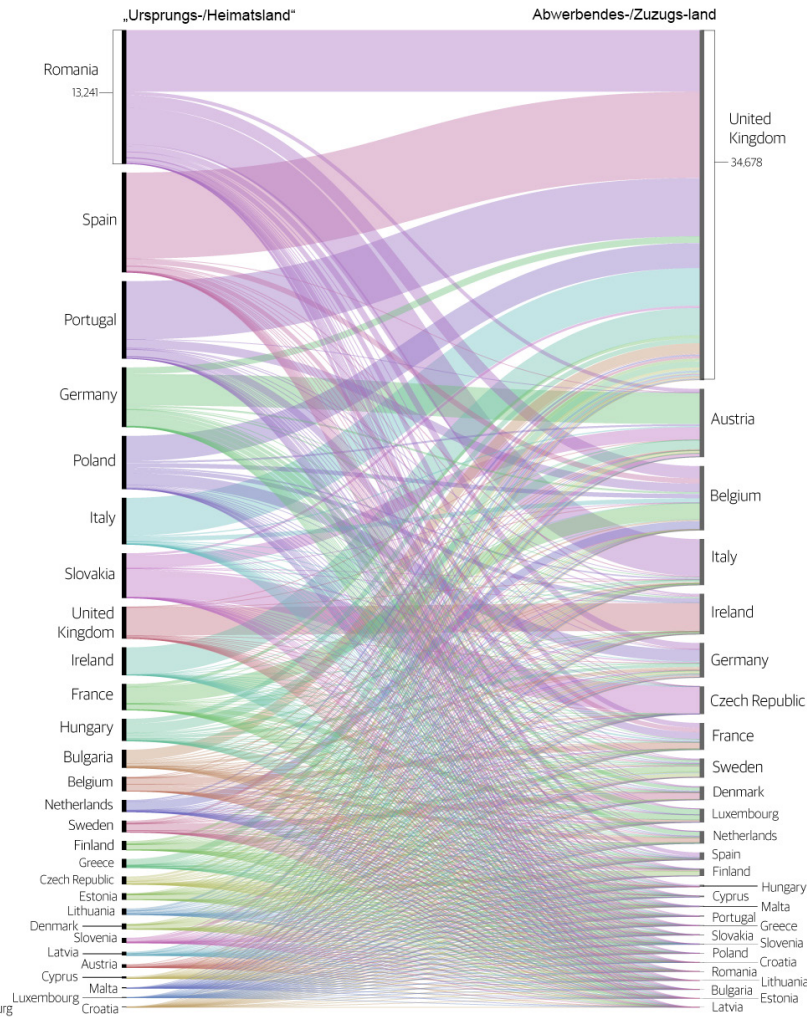
Die Freiheit zu Reisen ist einer der Eckpfeiler der Europäischen Union. Doch wenn es um die regionale Gesundheitsversorgung geht, ist gerade diese Freiheit ein Problem. Mehr und mehr ÄrztInnen und Pflegekräfte wechseln von einem Land zu einem anderen, meist ist es von Ost nach West, von ärmerem Ländern in reichere. Dies ist natürlich aus menschlicher Sicht nicht verwunderlich. Jeder will gut verdienen. Doch für das gesamte Gesundheitssystem ist dies eine Katastrophe. Während arme Länder nur noch eingeschränkt ihre Gesundheitsversorgung aufrecht erhalten können, sehen reichere Länder nur bedingt eine Notwendigkeit für das eigene Gesundheitssystem einmal richtig Geld in die Hand zu nehmen, damit der Gesundheitsberuf auch im eigenen Land eine Verbesserung spürt. Warum auch, wenn man aus anderen Ländern Pflegefachkräfte oder ÄrztInnen billig einkaufen kann. Der Markt regelt hier wieder alles und letztendlich wird es, wie bei der Umweltfrage, eine globale Katastrophe. Mittlerweile fehlen mehrere Millionen Pflegefachkräfte auf der Welt und „Reich“ gewinnt erneut über „Arm“. Das Spannende daran ist, dass sich auf der einen Seite die meisten Länder (193 UN Länder) zu den Sustainable Development Goals (SDG) geeinigt haben, die meisten dieser Länder aber derzeit die „Wir holen uns die Fachkräfte aus dem Ausland“-Politik ausgiebig praktizieren. Dabei gäbe es sogar bei diesem Ansatz eine faire Win:Win Situation. David Abokavi beschrieb am ICN Kongress 2021 eine Option, bei der alle gewinnen würden. In Nigeria und Kenya gibt es derzeit über 2 Millionen Menschen, die sich keine Ausbildung leisten können. Würden man zum Beispiel vier Personen eine Ausbildung zur Pflegefachkraft ermöglichen und davon nur zwei Perso-

(C) Thomas Reimer

**Zuwanderung/Abwanderung der Ärzteschaft**




**Zuwanderung/Abwanderung der Pflegekräfte**

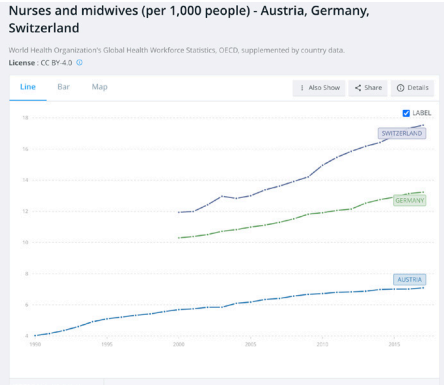



nen ins Ausland holen, hätten alle Seiten gewonnen. Dies wäre auch aus Sicht der WHO und der CG-FNS Alliance eine moralisch vertretbare Option, über die man global diskutieren könnte. Doch dies würde wieder voraussetzen, dass reiche Länder Geld in die Hand nehmen und dies ist für die meisten PolitikerInnen ein No-Go.

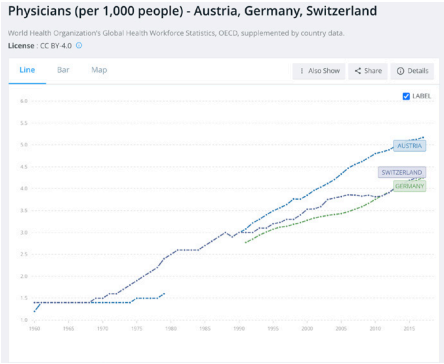
Sieht man sich die Daten (2018) der European Commission regulated professions database an, ist hier klar ersichtlich, dass die meisten Pflegekräfte nach England, Österreich oder Belgien gehen/abgeworben werden, bei der Ärzteschaft liegen die Länder England, Deutschland und Schweden auf den Top3 Plätzen. Die Daten wurden vor dem Brexit und der Pandemie erhoben, man kann also davon ausgehen, dass England nicht mehr auf Platz 1 dieser Charts liegt. Inkludiert wurden hier auch nur europäische Länder. Bei einer weltweiten Analyse würde bei den Ursprungsländern mit Sicherheit noch Länder wie Indien, Philippinen oder Kolumbien. im oberen Bereich angeführt sein. Gerade in Deutschland und Österreich sind die Headhunter, welche sich mit dem „Transfer“ eine goldene Nase verdienen, fröhlich unterwegs. Hier werden meist zwei bis drei Gehälter der Fachkraft als Vermittlungsgebühr für sie verlangt. Aus der Not der anderen (Pflegeeinrichtungen) wird hier ein klares Geschäftsmodell gemacht.

## „Das System krankt“

Vergleicht man nun diese Zahlen mit anderen wichtigen Faktoren, so wie „Pflegefachkräfte/BewohnerInnen“, „ÄrztInnen/BewohnerInnen“ und „Krankenhausbetten/BewohnerInnen“, so können hier zusätzlich einige spannende Hypothesen gebildet werden. Während Österreich im internationalen Vergleich führend im Bereich „ÄrztInnen/BewohnerInnen“ (Platz 1) und „Krankenhausbetten/BewohnerInnen“ (Platz 2) ist, liegt man im Pflegefachkräftebereich eher am unteren Rand. Man könnte also die Hypothese aufstellen: „Österreich besitzt viele Krankenhausbetten (7 pro 1000 EinwohnerInnen) und ÄrztInnen (5 pro Tausend EinwohnerInnen), aber




**D/A/CH Vergleich Pflege**

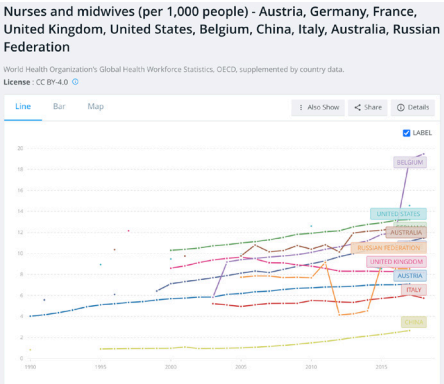



**D/A/CH Vergleich Ärzteschaft**

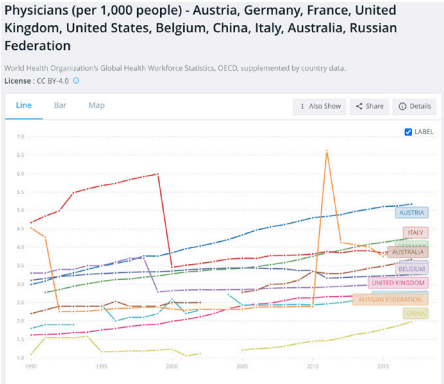
**D/A/CH Vergleich Spitalsbetten**

nur eine eine bedingte Anzahl an Pflegekräften (6 pro 1000 EinwohnerInnen). Für 7 Krankenhausbetten gibt es also statistisch 5 ÄrztInnen und 6 Pflegekräfte. Dies ist natürlich rechnerisch falsch, da viele ÄrztInnen nicht in einem Krankenhaus arbeiten und viele Pflegekräfte auch in der Langzeitpflege oder im extramuralen Bereich tätig sind. Aber für eine Veranschaulichung der Menge sehr wohl eine für uns akzeptable Darstellung. Vergleichen wir dies mit Deutschland (8 Krankenhausbetten auf 4 ÄrztInnen und 13 Pflegefachkräfte), England (2 Krankenhausbetten auf 3 ÄrztInnen und 8 Pflegefachkräfte), Amerika (2 Krankenhausbetten auf 3 ÄrztInnen und 14 Pflegefachkräfte) oder Belgien (6 Krankenhausbetten auf 3 ÄrztInnen und 19 Pflegefachkräfte). Österreich schafft es also nicht, trotz massiver Abwerbung bzw. massiven Zuzugs eine höhere Quote an Pflegekräften für's eigene Land zu erwirken. Laut der Angabe der WHO hat Deutschland damit doppelt so viele Pflegepersonen auf Betten, aber gleich viel ÄrztInnen als Österreich. Beide deutschsprachigen Länder schneiden aber massiv schlechter gegen Belgien, Amerika oder England ab und sogar diese beklagen alle einen Pflegemangel. Zusätzlich stellt sich die Frage, warum gerade deutschsprachige Länder so viele Krankenhausbetten/EinwohnerInnen benötigen? Wir haben Ihnen am Ende des Artikels noch andere Vergleiche ausgearbeitet. Natürlich sind diese Zahlen Pre-Pandemie Zahlen, man kann also davon ausgehen, dass sich bei den Pflegepersonen die Zahlen noch deutlich verschlechtern werden bzw. haben. Anmerken wollen wir natürlich auch, dass aus der Statistik nicht hervorgegangen ist, ob die Personen Teilzeit- oder Vollzeitzeitangestellte sind, bzw. wo sie tätig sind. Um es ganz klar noch einmal zu betonen: Hierbei handelt es sich nicht um einen wissenschaftlichen Artikel, sondern um eine persönliche Meinung.

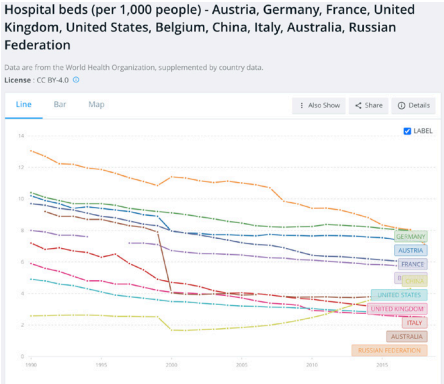
Wir bedienen uns also weiterhin der „billigen" Fachkräfte aus dem Ausland und dies ohne Rücksicht auf Verluste. Es gibt also weiterhin keinen Grund, Geld in die Hand zu nehmen, um unser Gesundheitssystem nicht gegen die Wand zu fahren. Wozu auch? Bisher geht es ja auch so. Die Personen, die in den nächsten Jahren übrig bleiben werden, sind die Armen. Hier spielt es keine Rolle, ob es die eigene Bevölkerung oder die Menschen aus armen Länder sind. Dabei gäbe es unzählige faire Ansätze, wie wir zumindest einen Teil der Erde retten können. Fair Trade gibt es auch bei Lebensmittel, warum also nicht auch bei der Akquirierung von Fachkräften? Anhand dieser Zahlen gilt es auch klar, unser Gesundheitssystem, egal ob Österreich, Deutschland oder die Schweiz, zu überdenken. Wir




**International Vergleich Pflege**




**International Vergleich Ärzteschaft**




**International Vergleich Spitalsbetten**

könnten noch Stunden über diese Zahlen, ohne über das eigentliche Problem am deutschsprachigen Arbeitsmarkt zu schreiben: Der Attraktivierung des Berufes (Vergütung, Arbeitsbedingungen, Arbeitsmodelle, Karrierechancen, Systemoptionen, ...).

Eigentlich das selbe Dilemma wie im Umweltschutz. Aber die Hoffnung stirbt zuletzt und es gibt immer mehr Personen, die sich für einen neuen Weg einsetzen.

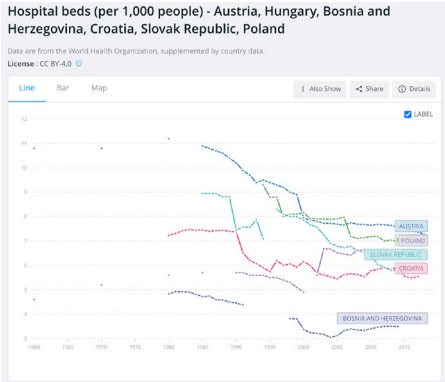
**Alle Bilder im größeren Format auf www.pflege-professionell.at**

**Bilder (C) WHO, CGFNS & WISH**

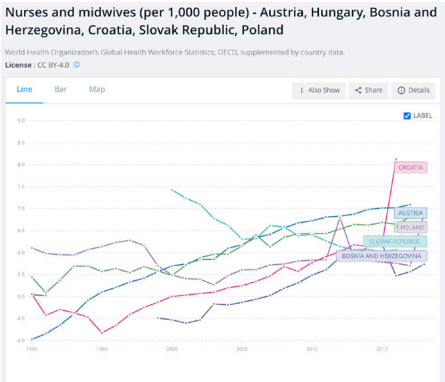
**Autor**

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

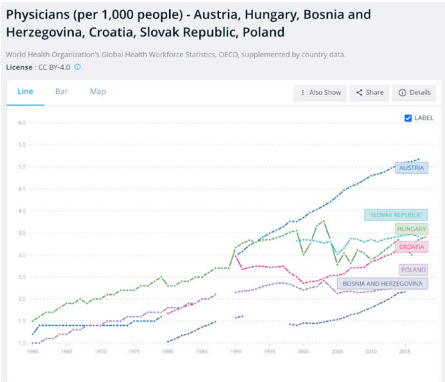
## Vergleich zwischen D/AT/CH und den östlichen EU Ländern



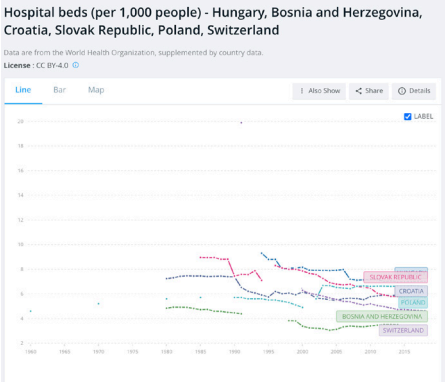

**Spitalsbettenvergleich AT**



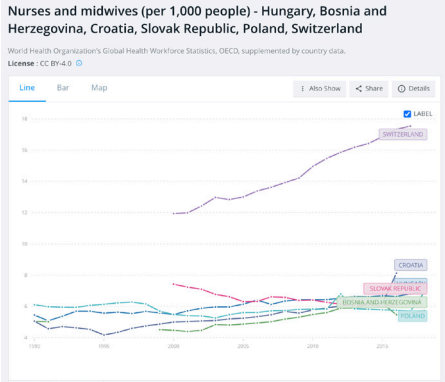

**Pflegekräftevergleich AT**



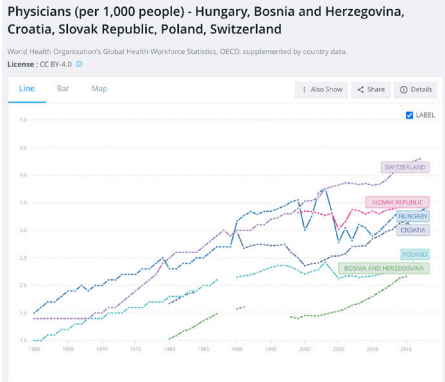

**Ärzteschaftvergleich AT**



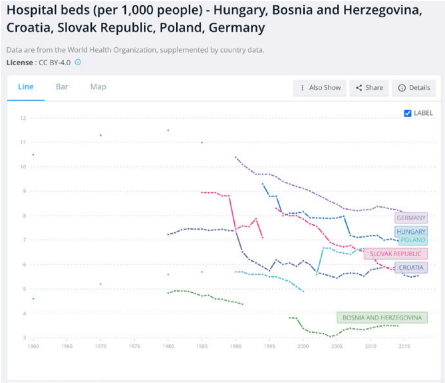

**Spitalsbettenvergleich CH**



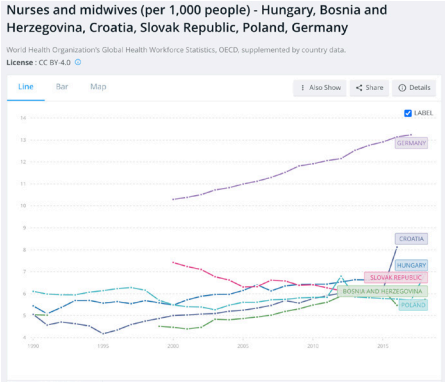

**Pflegekräftevergleich CH**



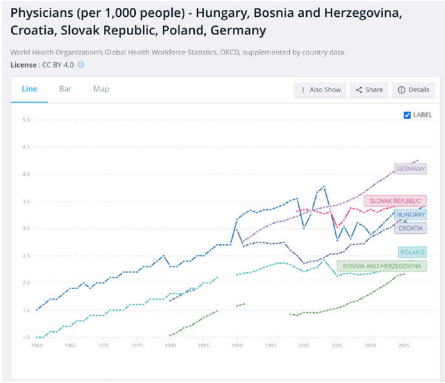

**Ärzteschaftvergleich CH**




**Spitalsbettenvergleich DE**




**Pflegekräftevergleich DE**




**Ärzteschaftvergleich DE**

# Vinzentinum Wien - Pflegeausbildung mit Perspektive

**Das Vinzentinum Wien, Ausbildungsstätte der Vinzenz Gruppe in Wien, will mit neuer Leitung, einem neuen Standort und neuen Ausbildungen mehr Menschen für den Pflegeberuf (wieder) begeistern.**

„Gesundheits- und Krankenpflege ist bunt und vielseitig. Sie verbindet Natur- und Sozialwissenschaft, Technik und menschliche Berührung und bietet so viele Möglichkeiten wie sonst kein Beruf“, fasst die neue Direktorin Dr.in Esther Matolycz zusammen. Sie möchte das Vinzentinum Wien noch stärker an die Bedürfnisse der Auszubildenden sowie der Gesundheitseinrichtungen anpassen. Auch der Männeranteil kann noch gesteigert werden.

## Neuer Standort nahe Rochusmarkt

Seit heuer bietet das Vinzentinum Wien Ausbildungen auch in der Kundmanngasse 21 im 3. Bezirk. Die neuen Räumlichkeiten sind perfekt für ein modernes Lehren und bieten Platz für Kollaboration und Teamwork. Mit Rundumblick über ganz Wien bietet der Standort, ebenso wie der Pflegeberuf unglaubliche Perspektiven.

Direktorin Dr.in Esther Matolycz geht neue Wege in der Pflegeausbildung. (C) Noél Salis, Digitales Handwerk

## Neue Ausbildungen

Das Vinzentinum Wien bietet die Ausbildung zur Pflegefachassistenz (PFA), das Upgrade von PFA für PA, das Bachelorstudium der Gesundheits- und Krankenpflege in Kooperation mit der FH Campus Wien sowie regelmäßige Nostrikationslehrgänge.

Neu im Ausbildungsprogramm sind seit 2021 die OP Assistenz in Kooperation mit Meducation sowie einem Sommer-Auffrischungskurs für Wiedereinsteigende in Kooperation mit dem AMS.

**Folgen Sie uns!**

**instagram.com/vinzentinum.wien**

**facebook.com/vinzentinumwien**

**www.vinzentinum-wien.at**

# Nutze deine Stärken!

Vinzentinum
Barmherzige Schwestern
Wien

**In der Pflege stehen dir viele Chancen offen!**
**Wir bilden dich aus.**

### 1-jährige Ausbildung

- **Lehrgang OP-Assistenz**
  in Kooperation mit Meducation
- **Upgrade PFA für PA**

### 2-jährige Ausbildung

- **Pflegefachassistenz**

### FH Studium

- **Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege**
  in Kooperation mit

FH CAMPUS WIEN
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

- **Nostrifikations-lehrgang**

Vinzentinum Wien - Bildung für Gesundheitsberufe
Alle Infos www.vinzentinum-wien.at
1060 Wien, Stumpergasse 13 · +43 1 59988-3647
1030 Wien, Kundmanngasse 21

# Pflege versetzt Berge

## Lebensqualität pur und spannende Aufgaben bei uns in den **tirol kliniken**

Ambulanz, Station oder OP. Von Psychiatrie über Innere Medizin bis Chirurgie. Arbeiten mit Frühgeborenen, Kindern oder Menschen im hohen Alter. In den **tirol kliniken** bieten wir das volle Spektrum der Pflegeberufe.
Die **tirol kliniken** sind mit den Universitätskliniken Innsbruck, den Landeskrankenhäusern Hall, Hochzirl - Natters sowie der Landes-Pflegeklinik Tirol und knapp 9.000 MitarbeiterInnen das größte Gesundheitsunternehmen Westösterreichs. Von der Grundversorgung bis zur Spitzenmedizin bilden sie die Eckpfeiler der Gesundheitsversorgung in Tirol.

## Die **tirol kliniken** als Arbeitgeber bieten Ihnen

- Hochspezialisierte und abwechslungsreiche Tätigkeit
- Vielfältige Weiterbildungsmöglichkeiten und Entwicklungsperspektiven
- Verschiedene Arbeitszeitmodelle
- Attraktiver und sicherer Arbeitsplatz
- Sozialleistungen, Vergünstigungen, Personalwohnungen, Kinderbetreuungsplätze

Werden Sie Teil der Pflege-Teams in den **tirol kliniken**! Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!
Alle aktuellen Angebote finden Sie unter: **karriere.tirol-kliniken.at**.

PFLEGEIMPULS KONGRESS

# 2. PFLEGE IMPULS KONGRESS

**Donnerstag | 6. Oktober 2022**

Messearena Klagenfurt am Wörthersee

9.00 – 16.45 Uhr

## SAVE-THE-DATE
## 6. Oktober 2022

Rückblick auf die Premiere 2021:
www.pflegeimpulskongress.at

In Kooperation mit

CANDA
CARINTHIAN NURSE DIRECTORS ASSOCIATION

Eine Produktion von

b44
BRANDS & EVENTS

28. / 29. April 2022

Hotel Savoyen, Wien

BUSINESS circle

***Werden Sie Partner!***

Österreichs größtes Forum für Führungskräfte der Pflege

# **Pflege-Management** Forum 2022

Treffen Sie 300 Führungskräfte der Akutpflege, Langzeitpflege, mobilen Pflege und Rehabilitation sowie Entscheidungsträger aus dem Gesundheits- und Sozialwesen!

Positionieren Sie Ihr Unternehmen als relevanten Marktplayer am Branchentreffpunkt des Jahres.

Interessiert? Kontaktieren Sie mich!

**Karin Neubauer,** Head of Sales
+43 / 699 / 10202104
neubauer@businesscircle.at