

SCIENCE.RESEARCH.PANNONIA.

Erwin Gollner & Carmen Braun (Hg.)

Covid-19
Eine multiperspektivische Betrachtung
der Pandemie

leykam:

COVID-19

SCIENCE.RESEARCH.PANNONIA.
Fachhochschule Burgenland
Band 23

Covid-19

Eine multiperspektivische Betrachtung
der Pandemie

Erwin Gollner & Carmen Braun (Hg.)

Leykam

© by Leykam Buchverlagsgesellschaft m.b.H. Nfg. & Co. KG, Graz – Wien 2021

Kein Titel des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Covergestaltung: Unique
ISBN 978-3-7011-0466-6
www.leykamverlag.at

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Geleitwort	11
Fachhochschule Burgenland - Krisenmanagement in pandemischen Zeiten	
Erwin Gollner, Alexander Glaser, Martin Mühl	15
„Wir sind jetzt online“ – Transformation der Hochschuldidaktik am Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland	
Carmen Braun, Alexandra Weghofer, Erwin Gollner	31
GESUNDHEITSWESEN	
Covid-19 aus Public Health Perspektive 1 Die Corona-Pandemie im Spiegel der zehn österreichischen Gesundheitsziele	
Martin Sprenger	47
Covid-19 aus Public Health Perspektive 2 Kollateralschäden der Pandemiemaßnahmen	
Florian Stigler	53
Covid-19: Booster für die digitale Zukunft des österreichischen Gesundheitswesens?	
Manuela Schweiger, Peter J. Mayer, Alexandra Weghofer	57
Das Krankenhaus in der Krise - Auswirkungen der Covid-19- Pandemie auf den intramuralen Versorgungssektor	
Stefan Pototschnig, Peter J. Mayer, Katharina Hauer	79
Physiotherapie in Pandemiezeiten: Auswirkungen auf die Lehre und die Durchführung von physiotherapeutischen Behandlungen	
Heike Bauer-Horvath, Katrin Bodi, Nicole Brandstötter, Marlene Szupper	97

Altersmedizin und Pflege, Ableitungen aus der SARS-CoV-2-Pandemie für die Langzeitversorgung Gerd Hartinger & Martina Höhn	113
Angst als psychische Belastung für das Gesundheitspersonal bei der pflegerischen und medizinischen Versorgung von Patient*innen mit einer SARS-Cov-2 Infektion Nadine Graf, Christine Gassler, Kevin Probst	125
Risiken von Corona für das Personal von stationären Gesundheitseinrichtungen: Welche Maßnahmen wurden getroffen? Manfred Ritthammer, Selina Osztovcics	135
RECHT	
Impfpflicht Covid-19 und das Gesundheitspersonal: „Auge in Auge mit dem Virus“ Alexander Klecatsky, Viktoria Klug	151
Anstieg häuslicher Gewalt und polizeiliches Einschreiten während der Covid-19 Pandemie: „Quarantäne mit dem Peiniger“ Alexander Klecatsky, Christina Schneider	167
Rechtsschutz in der Covid-19 Pandemie: „Iura novit curia“ Alexander Klecatsky, Ines Moitzi	179
E-HEALTH	
E-Health und Covid-19: Was war möglich? Markus Lang, Johann Steszgal, Sarah Aldrian, Nadine Graf	193
E-Health und Covid-19: Was soll bleiben? Was fehlt? Markus Lang, Johann Steszgal	207

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Covid-19 – Die Chance für salutogene Schulentwicklung Eva Mitterbauer	223
Gesundheitsversorgung älterer Menschen durch Freiwilligenarbeit in der Covid-19-Krise am Beispiel NachbarschaftsHILFE PLUS Ute Seper, Pamela Csar, Natalie Brunner, Nina Fehringer, Petra Schuh	239
Gemeinschaft gesund ernähren – Herausforderungen und Gelingensbedingungen der Gemeinschaftsverpflegung in pandemischen Zeiten im Setting Kindergarten Karina Wapp, Florian Schnabel	251
Bewegung in der Natur und erhöhte Lebensqualität – Eine systematische Übersichtsarbeit Stephanie Theresia Strobl-Halper, Florian Schnabel	267
Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern Julia Baumgartner, Barbara Szabo	285
Betriebliche Gesundheitsförderung im Homeoffice – ein Projektbeispiel der FH Burgenland Carmen Braun, Erwin Gollner	301
Gesundheitsförderung in den Zeiten von Corona Christian Scharinger	313
Covid-19-Homeoffice: Mind Management Tools als Gesundheitsschlüssel in der Krise Ute Seper, Laura Hamedl	325
Autorinnen und Autoren	337

Vorwort

Seit März 2020 wird unser aller beruflicher und privater Alltag von dem SARS-CoV-2 Virus bestimmt. Die rasche pandemische Ausbreitung des Virus machte weltweit umfangreiche Maßnahmen der Politik notwendig. Bis dahin unbekannte oder selten verwendete Begriffe wie Social Distancing, Contact Tracing, Quarantäne, Reproduktionszahl und Reisewarnung gehörten plötzlich zum allgegenwärtigen Vokabular und die tägliche Berichterstattung wurde von Epidemiologen, Virologen und Public Health Experten dominiert.

Auch die Fachhochschule Burgenland konnte sich den Auswirkungen des Corona Virus nicht entziehen. Die Hochschule vor Corona wird nicht die Hochschule nach Corona sein. Dieses Virus hat zu einem Re-Set der Hochschulen geführt wie kein Ereignis der letzten Jahrzehnte. „Social distancing“ hat zu einem „virtual learning“ geführt. Der disruptive Change, der die Hochschulen erfasst hat, ermöglicht aus der Krise eine Chance auf neue gesundheitswissenschaftliche und hochschuldidaktische Perspektiven.

Die Covid-19-Pandemie ist nicht nur eine Krise des Gesundheitswesens, sondern auch eine wirtschaftliche, soziale und gesellschaftliche Krise. Dessen sind wir uns im Department Gesundheit bewusst und haben, aus den Erfahrungen des Sommersemesters 2020 lernend, der Frage gestellt wie können wir diese vielschichtigen Perspektiven der Covid-19-Pandemie in unsere Hochschullehre integrieren. Das Ergebnis unserer Überlegungen war die Aktualisierung der Lehre in den Lehrveranstaltungen des Departments Gesundheit mit der Thematisierung der Covid-19-Krise mit ihrer Auswirkung auf das Gesundheitswesen, die Gesundheitsförderung sowie Rechts- und E-Health-Bereiche.

Im vorliegenden Sammelband haben Studierende, Lektor*innen und Hochschullehrende im Wintersemester 2020/21 im Rahmen von Bachelorarbeiten, der Lehre oder Forschungsaktivitäten Beiträge zur Covid-19-Pandemie aus unterschiedlichen gesundheitswissenschaftlichen Blickwinkeln verfasst. Eine Auswahl der durchgeführten Arbeiten hat seine Berücksichtigung in diesem Band gefunden.

Wir möchten ein Jahr nach Ausbruch der Covid-19-Pandemie einerseits einen Rückblick aber auch andererseits einen Ausblick auf die Auswirkungen dieser Krise bewerkstelligen.

Ein großer Dank gebührt allen Lektor*innen, Studierenden und Kolleg*innen die die Ergebnisse der Lehre speziell für den Sammelband aufbereitet haben.

*Erwin Gollner & Carmen Braun
Pinkafeld im März 2021*

Geleitwort Mit Sicherheit.

Autoren: Gernot HANREICH, Georg PEHM
Institution: Fachhochschule Burgenland

Kurzfassung

Kein Jahr zuvor hat die Fachhochschule Burgenland vor so große Herausforderungen gestellt. Jetzt, ein Jahr nach Ausbruch der Covid-19-Pandemie, stellt der vorliegende Sammelband dar, wie diese besonderen Herausforderungen gemeistert werden konnten und welche außergewöhnlichen Leistungen dazu nötig waren. Leistungen, die nur mit Teamgeist, hohem Verantwortungsbewusstsein aller Beschäftigten und aus einer solidarischen Haltung heraus möglich wurden.

1 Einleitung

Hochschulen sind es gewohnt, evidenzbasiert zu handeln. Die Fachhochschule Burgenland nutzt zur wissenschaftlichen Evaluierung ihres Lehr- und Studienbetriebes Instrumente, wie beispielsweise Lehrveranstaltungsevaluierungen oder Absolvent*innenanalysen, und bedient sich interner und externer Gutachten als Basis für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung im Zuge eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Änderungen von Lehrinhalten oder Adaptierungen des pädagogisch-didaktischen Konzepts sind somit fundiert begründet und werden mit entsprechender Vorbereitung und sachgerechtem Vorlauf implementiert.

2 März 2020 – Die ersten Tage

Mit Bekanntgabe der „Schließung“ der Hochschulen in Österreich am 11. März 2020, mit der die *Einstellung* der Präsenzlehre und die *Umstellung* auf Distance Learning ab 16. März 2020 gemeint war, ließ sich aufgrund des zeitlichen Horizonts diese Vorgangsweise vollumfänglich nicht anwenden. Vielmehr mussten rasch Entscheidungen getroffen und diese zeitnah umgesetzt werden – ohne jedoch auf begleitende Evaluierungen zu verzichten.

Doch die Fachhochschule Burgenland war keineswegs unvorbereitet. Als Bildungsinstitution im ländlichen Raum muss die FH Burgenland im nationalen

und internationalen Vergleich reüssieren und gleichzeitig ihrer starken regionalen Bedeutung gerecht werden. Dazu war auch schon vor März 2020 eine klare, gut aufeinander abgestimmte und zielgerichtete Informations-, Beratungs- und Mitwirkungsstruktur etabliert und darauf ausgerichtet, gegebenenfalls rasch Entscheidungen zu treffen und diese umzusetzen. Wesentliches Kennzeichen der FH Burgenland ist dabei eine Kultur der Kommunikation, der Kooperation und der Partizipation. Durch diese etablierte Struktur und Kultur gelingt es, rasch Einvernehmen zu schaffen und Informationsflüsse innerhalb der FH Burgenland (top down wie bottom up) sicherzustellen. Sowohl zwischen den Organisationseinheiten als auch zu bzw. von externen Partnern.

In diesem Sinne hat eine an der FH Burgenland eingerichtete Covid-19-Koordinationsgruppe bereits am 10. März 2020 beraten und getagt und schließlich einvernehmlich entschieden, ab 11. März die Präsenzlehre auszusetzen und alternative Formate für Lehrveranstaltungen zu implementieren. Bereits in diesem ersten Meeting wurde das weitreichende Ziel definiert, dass *„keine/r der Studierenden durch die Sondersituation einen Nachteil haben soll“*. Das Studium sollte zeitlich ohne Verzögerung in alternativer Form weitergeführt und auch abgeschlossen werden können. Es war ein wesentliches Anliegen der FH Burgenland, **Studierenden** von der ersten Stunde der Krise an **Sicherheit zu vermitteln**. Nur durch die an der FH Burgenland etablierte Struktur und Kultur gelang es, trotz aller Unsicherheiten in Bezug auf die weitere Entwicklung, eine derartig hochgesteckte Zielsetzung bereits zu Beginn zu vereinbaren und den Distance Learning-Betrieb der FH Burgenland noch in derselben Woche zu starten, praktisch nahtlos zum eingestellten Präsenzbetrieb. Das angewandte Grundkonzept dabei war, synchrone Online-Lehre im Rhythmus und Tempo des ursprünglich festgesetzten Präsenzstundenplanes anzubieten. Es war nicht zuletzt die langjährige und breite Erfahrung aus den berufsbegleitend organisierten Studiengängen, die diesen Umstieg innerhalb weniger Tage zur hohen Zufriedenheit der Studierenden ermöglichte. Eine österreichweit durchgeführte Studierenden-Umfrage wies dabei für die FH Burgenland den höchsten Wert an Studierendenzufriedenheit unter allen österreichischen Universitäten und Hochschulen und damit auch Fachhochschulen aus.

Im ersten Meeting der Covid-19-Koordinationsgruppe am 10. März 2020 wurden ebenfalls bereits erste innerbetriebliche Maßnahmen zur Gewährleistung der (gesundheitlichen) **Sicherheit der Mitarbeiter*innen** ergriffen. Als Zielsetzung wurde festgehalten, dass die FH Burgenland *„alle Maßnahmen unterstützt, die Studierende, Lehrende und Mitarbeiter*innen schützen“*. Auch diese weitreichende Zielsetzung, die aufgrund der zu treffenden Maßnahmen ein Höchstmaß an Vertrauen voraussetzt, war nur durch die etablierte Kultur an der FH Burgenland möglich. Darüber hinaus wurde in dieser Sitzung gemeinsam eine Kommunikationslinie beschlossen, die **Sicherheit durch klare, konsistente und eindeutige Information** vermitteln soll.

Bereits am 13. März 2020, also nur Tage später, wurde eine erste Dienstabweisung mit Sofortmaßnahmen zur Eindämmung von SARS-CoV-2 erlassen. Diese sah Maßnahmen, wie die Ausweitung des Ortsunabhängigen Arbeitens, den Verzicht auf ärztliche Krankenstandsbestätigungen oder die Freistellung unter Fortzahlung des vollen Endgeltes bei Betreuungserfordernissen von Kindern aufgrund Schulschließungen, vor. Bereits ab 16. März 2020 war Ortsunabhängiges Arbeiten im Ausmaß der jeweiligen Wochenarbeitszeit möglich. Auch wenn viele dieser Maßnahmen in späterer Folge weit verbreitet angewandt wurden, war doch das frühzeitige Treffen dieser Maßnahmen an der FH Burgenland ein wertvoller Schritt zur Vertrauensbildung und Sicherheitsvermittlung.

Damals schon wurden zwei „Losungen“ verankert, die den komplexen Maßnahmen-Kanon der „Safe FH“-Strategie auf verständliche und einprägsame Art auf Monate hinaus leiteten. Einer zielte auf das Bemühen ab, die Begegnungen an den Studienstandorten so weit wie möglich auszudünnen: „So wenig Präsenz wie möglich, so viel wie notwendig, so sicher wie irgendwie machbar.“ Begleitend dazu, wurde die sogenannte „1-1-1-Regelung“ etabliert, was heißt: An einem Tag befindet sich in einem Büro nur eine Person. Diese einfachen, leicht merkbaren Zielsetzungen haben – gemeinsam mit den vielschichtig getroffenen Maßnahmen des „Safe FH“ Konzepts (Maskenpflicht, Abstandsregelungen, Hygienebestimmungen, Testungen etc.) die Wirkung der pandemiebedingten Instrumente unterstützt.

3 März 2021 – Resümee und Ausblick

Heute, im März 2021, blickt die FH Burgenland auf das herausforderndste Jahr ihrer Geschichte zurück. Es zeigt sich, dass die anfangs gestellten Zielsetzungen vollumfänglich erreicht worden sind. Wichtigster Gradmesser dafür ist, dass in der FH Burgenland-Gruppe (also einschließlich der mit der FH Burgenland verbundenen Tochterunternehmungen) keine Covid-19-Infektion ihren Ausgang genommen hat und in keiner der gut 15 Organisationseinheiten eine Quarantäne verhängt werden musste. Der vorliegende Sammelband stellt dar, welche außergewöhnlichen Leistung im abgelaufenen Jahr der Pandemie dazu nötig waren.

Die erste virtuelle Sponsion am 17. Juli 2020 zeigte zudem, dass der Studienabschluss trotz Distance Learning ohne Zeitverlust möglich war. Weitere virtuelle Sponsionen folgten. Und mit der Sponsion auf der Bühne der Seefestspiele in Mörbisch am 05. September 2020 hatte dieses außergewöhnliche Jahr sogar noch einen positiven Höhepunkt aufzuweisen, der ohne Pandemie so wohl nicht stattgefunden hätte, aber lange in Erinnerung bleiben wird.

Die Pandemie und die damit einhergehenden Herausforderungen dauern jedoch noch an. Konsequenterweise umgesetzte Sicherheitsmaßnahmen, hohes Engagement bei Testungen (vornehmlich über Antigen-Schnelltests) und eine ge-

meinsam mit dem Land Burgenland abzustimmende Impfstrategie werden dazu beitragen, der Pandemie entgegenzuwirken. Wahr ist auch: Das abgelaufene Jahr gibt Sicherheit, dass die FH Burgenland auch die kommenden Herausforderungen meistern wird.

Fachhochschule Burgenland – Krisenmanagement in pandemischen Zeiten

Autoren: Erwin GOLLNER, Alexander GLASER, Martin MÜHL

Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Mit dem ersten Lockdown am 16.03.2020 kam das gewohnte Leben, so wie wir es bisher kannten, zum Erliegen. Die rasche pandemische Ausbreitung des Virus machte weltweit umfangreiche Maßnahmen der Politik notwendig. Bis dahin unbekannte oder selten verwendete Begriffe wie Social Distancing, Contact Tracing, Quarantäne, Reproduktionszahl und Reisewarnung gehörten plötzlich zum allgegenwärtigen Vokabular und die tägliche Berichterstattung wurde von Epidemiologen, Virologen und Public Health Experten dominiert. Seitdem ist das SARS-CoV-2 Virus Taktgeber unseres beruflichen und privaten Alltags. Auch die Fachhochschule Burgenland blieb von den Einschränkungen, die zur Eindämmung des SARS-CoV-2 Virus getroffen wurden, nicht unberührt. Das bereits laufende Sommersemester 2020 wurde in kürzester Zeit auf ein Online-Semester umgestellt und die Praktika fanden teilweise über Homeoffice statt. Die Fachhochschule Burgenland wurde mit ihren Studierenden, Lektor*innen, Lehr-, Wissenschafts-, Verwaltungs- und Servicepersonal mit einer noch nie dagewesenen Situation konfrontiert, die auch noch im März 2021, eine nach wie vor gewaltige Herausforderung für die Fachhochschule mit weitreichenden Auswirkungen auf die Lehre, Forschung und die Arbeitsbereiche der Mitarbeiter*innen, hat. Nur durch den zeitnahen Aufbau eines Krisenmanagements, einer Verhaltensstrategie und entsprechender Krisenkommunikation ist es gelungen die weitreichenden Änderungen des Lehr- und Forschungsbetriebs in einen neu geregelten und systematischen Betrieb über- bzw. weiterzuführen.

1 Einleitung

Es ist eine gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe, die Ausbreitung der Covid-19-Infektion zu verhindern bzw. auf ein Minimum zu reduzieren bis die Impfung als möglicher „Game Changer“ (copyright Bundeskanzler Kurz) die Situation normalisiert. Zugleich musste und muss das Bildungs- und Hochschulsystem auch unter „Corona-Bedingungen“ in Lehre und Forschung

funktionstüchtig bleiben und auf diese Weise seiner gesellschaftlichen Verantwortung nachkommen. Den Hochschulen kommt als selbstbestimmt und autonom handelnde Organisationen ein hoher Grad an Eigenverantwortung zu und die Hochschulleitungen entscheiden selbst, was in der aktuellen Krisensituation zu tun ist und wie sie ihre Krisenarbeit organisieren. Durch die Autonomie, in Fragen das Coronavirus betreffend, ist es den Hochschulen österreichweit möglich, spezifisch auf die Gegebenheiten an ihrem Standort einzugehen. (bmbwf,2020.www)

So war es auch Aufgabe der Fachhochschule Burgenland sich im Kontext des gesamtstaatlichen Krisenmanagements abzustimmen und die Verbindung zwischen ihrem Zuständigkeitsbereich und den Gesundheitsbehörden, dem Land Burgenland sowie dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) aufrecht zu halten.

Mit der Veröffentlichung des Leitfadens für den gesicherten Hochschulbetrieb, durch das BMBWF, wurde auch die Fachhochschule Burgenland aufgefordert ein Covid-19-Krisenmanagement einzurichten, was durch die „Safe-FH“ Strategie zur Umsetzung führte.

2 „Safe- FH“ Strategie

Unter sehr knapper zeitlicher Vorgabe, war die Fachhochschule Burgenland aufgefordert eine strategische Vorgehensweise im Umgang mit der Pandemie zu entwickeln, die einerseits auf hochschulrechtlichen und andererseits auf verhaltenspräventiven Vorgaben aufbauen sollte.

2.1 Public Health Hintergrund

Da bis zum Zeitpunkt der Erstellung der „Safe-FH“ Strategie keine wirksamen pharmakologischen Präventions- und Therapiemaßnahmen für Covid-19-Erkrankungen zur Verfügung standen, richtete sich der Fokus der entwickelten Strategie auf nicht-pharmakologische Public Health-Interventionen im Sinne einer settingspezifischen Beeinflussung von Verhältnissen und Verhaltensweisen an den beiden Studienzentren der Fachhochschule Burgenland.

Unter dieser Vorgabe galt es bei der Entwicklung der „Safe-FH“ Strategie speziell zu beachten, dass Maßnahmen der personen- /verhältnisorientierten Prävention ihre volle Wirksamkeit nur dann entfalten können, wenn mit ihnen auf persönlicher Ebene ein infektionsvermeidendes Verhalten korrespondiert. Die erfolgreiche Umsetzung der Präventionsstrategie setzt somit eine durch regulative Verhältnisprävention angeregte und gestützte Verhaltensmodifikation voraus – es geht also um kontext – und adressat*innenorientierte Verhaltensprävention. (public-health-covid 19, 2020 www)

Dies bedingt, dass die Lebenswelt Hochschule so gestaltet werden soll, dass präventives Verhalten nicht nur ermöglicht, sondern auch gefördert

wird. Die „Safe-FH“ Strategie als Lebenswelt-Präventionsansatz soll durch die Gestaltung von Lehrräumen, Bewegungszonen und organisatorischen Abläufen, also durch hochschulische Regulierungen in der Kombination von Ge- und Verboten sowie Sanktionen, umgesetzt werden. Bei diesem partizipativen Ansatz geht es um die Annahme von Angeboten als auch um die Befolgung von Geboten und Anordnungen unter Einschluss von Sanktionsmöglichkeiten. Die Umsetzung erfordert eine intensive Form der Risikokommunikation, die die Gründe für die Ge- und Verbote erklärt und dazu deutlich macht, dass präventives Verhalten nicht einfach nur Gehorsam ist, sondern als eigenverantwortlicher Selbst- und Fremdschutz zu sehen ist. (BZgA, 2018)

Ziel der „Safe-FH“ Strategie der Fachhochschule Burgenland ist es, unter Berücksichtigung des Public Health Hintergrundes, ein infektionsvermeidendes Verhalten systematisch zu fördern, zu stabilisieren und zu habitualisieren. Unterstützt soll die Zielerreichung werden durch eine klare, vom Koordinationsstab der Fachhochschule Burgenland, abgesegnete Kommunikationsstrategie die konkrete und einfach nachvollziehbare Handlungsanleitungen einer angepassten Verhaltensmodifikation zielgruppenspezifisch vermittelt. Die „Safe-FH“ Strategie der Fachhochschule Burgenland vermittelt Informationen die, die Covid-19-Risiken adäquat darstellen, mit Handlungsempfehlungen verknüpft sind und mit Hilfe eines appellierenden „Wir-Gefühls“ die Eigenverantwortung der involvierten Personen ansprechen.

2.2 Hochschulrechtlicher Hintergrund

Damit in der Covid-19-Krise ein abgestimmtes, koordiniertes Handeln gewährleistet ist, wurden seitens der Bundeministerien Richtlinien und Konzepte erarbeitet, die als gemeinsamer Standard für alle Beteiligten gelten. Diese stellen den Gesamtrahmen des staatlichen Krisen- und Katastrophenmanagements dar und haben auch ihre Gültigkeit für den gesamten Hochschulbereich. Dabei sind die entsprechenden hochschulrechtlichen Rechtsgrundlagen sowie die gesundheitsrechtlichen Vorgaben der Covid-19-Sondervorschriften, Epidemiegesetz, Covid-19-Maßnahmegesetz sowie die dazugehörigen Verordnungen, zu berücksichtigen. (bmbwf,2020.www)

2.3 Prozessdarstellung der „Safe-FH“ Strategie

Eine Pandemie, wie sie sich im März 2020 entwickelte, war selbst in „Worst Case“ Szenarien nicht vorstellbar gewesen. Wie alle anderen Unternehmen musste auch die Fachhochschule Burgenland in kürzester Zeit das in Folge beschriebene Krisenmanagement zur Umsetzung bringen. Unter dem Leitmotiv „Safe-FH“ wurde daher unter Berücksichtigung der Covid-19-Bestimmungen und Regelungen für den Hochschulbetrieb eine unternehmensweite Strategie erarbeitet.

2.3.1 Bildung einer Koordinationsgruppe Covid-19

Das Sommersemester begann am 24. Feber 2020 im Präsenzbetrieb unter den Vorzeichen der sich entwickelnden Pandemie. Noch vor dem, von der Bundesregierung ausgerufenen ersten Lockdown am 16.3.2020, wurde am 10. März die Koordinationsgruppe Covid-19 der Fachhochschule Burgenland gebildet. Im Rahmen einer Startbesprechung, bei der Geschäftsführungen der Fachhochschule Burgenland und deren Tochterunternehmen, Department- und Abteilungsleiter mitgewirkt haben, stellte man sich folgende Leitfragen:

- Wie kann mit den Veränderungen in der Lehre in Bezug auf Covid-19 bestmöglich umgegangen werden?
- Welche Expertise bzw. welcher Support wird für Studierende, Lektor*innen und Mitarbeiter*innen benötigt?
- Welche internen und oder externen Personen müssen in hochschulrelevante Entscheidungsprozesse eingebunden werden?
- Wie können interne Entscheidungsprozesse effizient abgewickelt werden?
- Wie können die Covid-19-Rechts- und Sicherheitsvorgaben umgesetzt werden?

Weitere Themen der Covid-19-Koordinationsgruppe waren: Die Aufrechterhaltung systemrelevanter Funktionen und der Infrastruktur für Lehre und Forschung sowie die Vorbereitung von entsprechenden Dienstanweisungen. In die Koordinationsgruppe wurden schließlich folgende Funktionsträger der Hochschule integriert: Die Hochschulleitung mit Geschäftsführer und Rektor, die Departmentleiter*innen und Abteilungsleiter*innen sowie die Geschäftsführer*innen der Tochtergesellschaften. Ziel der Covid-19-Koordinationsgruppe war die operative Umsetzung der krisenbedingten Änderungen der Arbeitsabläufe und die Fürsorgepflicht der Vorgesetzten gegenüber ihren Mitarbeiter*innen unter pandemischen Voraussetzungen.

2.3.2 Definition und Analyse der Ausgangslage

Zuerst war es notwendig, die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen zu erfassen und im Detail zu analysieren, u.a. die konkreten Bestimmungen des BMBWF an den Hochschulbetrieb, die Vorgaben der Landesholding Burgenland, die bereits bisher geltenden Hygienebestimmung der Fachhochschule Burgenland sowie die zu berücksichtigenden Ressourcen und Raumkapazitäten an beiden Standorten (Eisenstadt und Pinkafeld) sowie an den dislozierten Lehrträglichkeiten im Krankenhaus Oberwart und bei der Kurbad Tatzmannsdorf GmbH in Jormannsdorf. Weiters war zu klären, welche Personengruppen (Studierende, Lektor*innen, Mitarbeiter*innen, Besucher*innen etc.) zu berücksichtigen sind, von welcher Gefahrenstufe bzw. von welchem Gefahrenpotential auszugehen ist und welche Ziele generell verfolgt werden sollen.

Aus dieser Analyse ging ein Konvolut an Dokumentationen hervor, die gesichtet und mit bestehenden Strukturen und Prozessen abgeglichen werden mussten. Hand in Hand mit der Entwicklung einer nachhaltigen „Safe-FH“ Strategie (zum Start im Wintersemester 2020) musste jedoch auch eine Reihe von Sofortmaßnahmen für den laufenden Studienbetrieb (Notbetrieb Sommersemester 2020) eingeleitet und umgesetzt werden, u.a. Kommunikation von interimistischen Plänen an Studierende und Lektor*innen, vorläufige Hygiene-Konzepte für beide Standorte, Umstellung von Präsenzveranstaltungen auf Online-Formate. Zum letztgenannten Punkt bewährte sich die schon länger in der Gesamtstrategie der Fachhochschule Burgenland verankerte E-Didaktikstrategie, die auch entsprechende Ausbildungsmodule für Lektor*innen betreffend Gestaltung von Online-Vorlesungen, Nutzung von Moodle und Video-Konferenz-Tools sowie Durchführung von Online-Prüfungen umfasste.

2.3.3 Konstituierung des Krisenstabes Covid-19

Mit Ablauf des Sommersemesters 2020 zeigte sich, dass für die Abarbeitung des Aufgaben-Pensums einerseits eine Erweiterung des eingebundenen Personenkreises, aber andererseits damit auch eine Substrukturierung für das Krisenmanagement erforderlich wird, um die gestellten Herausforderungen effizient und effektiv bewältigen zu können. Dazu tauchten sogleich neue Fragestellungen auf, u.a. „welche Kompetenzen sind für die Ableitung der notwendigen Handlungsfelder erforderlich?“ und „wie viele Ressourcen stehen den einzelnen Personen überhaupt zur Verfügung?“

Zusätzlich wurde seitens des BMBWF im August 2020 ein Covid-19-Leitfaden für den gesicherten Hochschulbetrieb herausgegeben, der handlungsempfehlenden Charakter für die Fachhochschule Burgenland hatte. Jede Hochschule sollte mit Beginn des Wintersemesters 2020 für ihr effektives Krisenmanagement einen Krisenstab als zentrale Ansprechstelle einrichten. Durch das BMBWF wurde folgender Aufbau für den Krisenstab der Fachhochschule Burgenland vorgegeben:

- Die Einsatzleitung obliegt der Hochschulleitung, bestehend aus Geschäftsführer und Rektor. Sie trifft das letzte Wort bei allen Entscheidungen in der Covid-19-Krise.
- Der Einsatzleitung ist direkt die Leitung der Stabsarbeit unterstellt, die die gesamte Arbeit des Krisenstabes operativ koordiniert. Dazu werden Sachgebiete und Sachverantwortliche definiert die der Stabsleitung zuarbeiten.
- Dem Krisenstab können darüber hinaus weitere Fachexpert*innen beigezogen werden. Für die Hochschulen empfiehlt es sich, für ihre zentralen Fachbereiche und Organisationseinheiten eigene Taskforces für ihre Kernbereiche wie beispielsweise für den Lehr- und Prüfungsbetrieb, für den Forschungsbetrieb und für den allgemeinen Betrieb (Administration) einzurichten.

- Die Einbeziehung folgender Sachgebiete in den Krisenstab hat sich laut BMBWF jedenfalls als zweckmäßig erwiesen:
 - S 1 Personal
 - S 2 Lage (stellt laufend die aktuelle Situation dar)
 - S 3 Maßnahmen (bewertet die Situation und bereitet auf, welche Covid-Maßnahmen getroffen werden sollten)
 - S 4 Ressourcen / Infrastruktur
 - S 5 Öffentlichkeitsarbeit / Kommunikation mit den von der Krise Betroffenen
 - S 6 Meldesammelstelle / Stabskommunikation
 - S 7 Recht
- Wichtig sind darüber hinaus:
 - IT-Abteilung – Einbindung in S 4 oder S 6 ist zu überlegen
 - Arbeitsmedizin und Sicherheitsfachkraft
 - Betriebsrat und die Studierendenvertretung. (bmbwf,2020.www)

Aufgrund der hochschulischen Struktur und der Vorgaben des BMBWF wurde das Covid-19-Krisenmanagement der Fachhochschule Burgenland wie folgt erstellt und in die Funktionsorganigramme „Krisenstab Covid-19“, die „Koordinationsgruppe Covid-19“ und in das „Netzwerk Covid-19“ gegliedert (siehe Abb. 1).

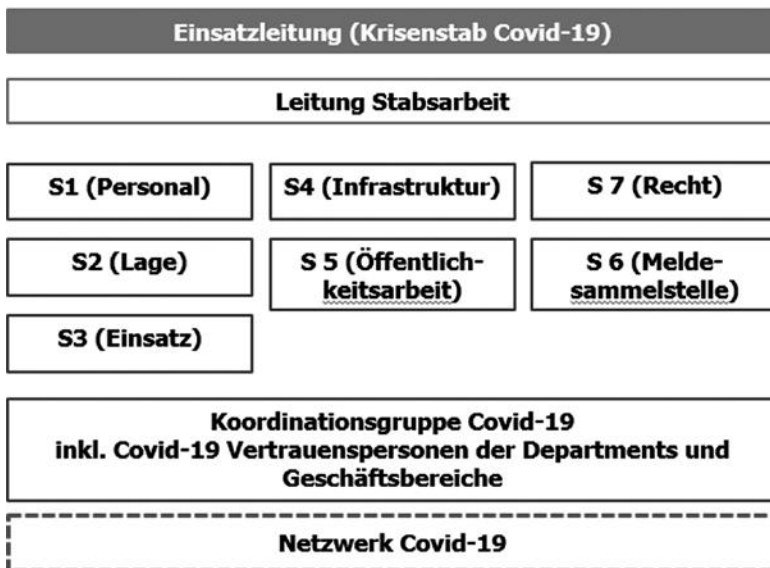


Abbildung 1: Covid-19-Krisenmanagement Fachhochschule Burgenland

Der „Krisenstab Covid-19“ umfasste neben dem „Einsatzstab“ - mit Einsatzleitung und der Leitung der Stabsarbeit noch weitere Stäbe, wie z.B. für Personal/Finanzen, Infrastruktur, IT, Recht, Öffentlichkeitsarbeit und der Meldesammelstelle aus der in Folge sich die „Safe-FH-Hotline“ entwickelte. Die Stabsfunktion S2 (Lage) ist für die laufende Beobachtung und Aufbereitung von Informationen von aktuellen Entwicklungen für den Krisenstab verantwortlich. Im Krisenstab erfolgt die fachliche Beurteilung der Informationen sowie die Festlegung von Maßnahmen und Vorgaben zu deren operativer Umsetzung an die „Koordinationsgruppe Covid-19“. Die Meldesammelstelle (S6) hat nicht nur die Funktion die internen Verdachts- und Infektionsfälle zu erfassen, sondern diese auch an das BMBWF zu melden und an den regelmäßigen Sitzungen des BMBWF mit den Hochschulen teilzunehmen.

Die „Koordinationsgruppe Covid-19“ setzte sich aus den sog. Covid-19-Vertrauenspersonen der Departments und der Geschäftsbereiche der Fachhochschule Burgenland zusammen. Hier waren alle Organisationseinheiten, d.h. alle Personen mit einer Führungsfunktion vertreten, um größtmögliche Reichweite bei der Kommunikation und operativen Umsetzung der Maßnahmen sicherzustellen.

In das „Netzwerk Covid-19“ waren schließlich nach den Vorgaben des BMBWF die Personalvertretungen der Standorte und Tochtergesellschaften, die Österr. Hochschülerschaft sowie Arbeitsmedizin und Sicherheitsfachkraft eingebunden.

2.3.4 Ableitung von krisenrelevanten Handlungsfeldern

In Folge galt es konkrete, krisenrelevante Handlungsfelder zu identifizieren und zu bestimmen, und auf welchen Ebenen, auf Basis der Analysen, Maßnahmen gesetzt werden müssen und wie die einzelnen Ebenen ggf. in Abhängigkeit zueinanderstehen. Für die Krisenbewältigung stand dabei vor allem der Präventionsansatz im Fokus (siehe Kap. 3.1.).

Als Ergebnis wurde der „Safe-FH“ Prevention Cycle (siehe Abb.2) mit seinen Zielgruppen definiert sowie Beschreibungen und Definitionen von Zielen der einzelnen Phasen des „Safe-FH“ Prevention Cycles erstellt.

Um eine adressat*innenorientierte Verhaltensprävention durchführen zu können wurden folgende Zielgruppen der „Safe-FH“ Strategie identifiziert:

- Studierende
- Lektor*innen
- Leitungsfunktionen
- Mitarbeiter*innen
- Projektpartner*innen
- Besucher*innen.

Safe-FH Prevention Cycle

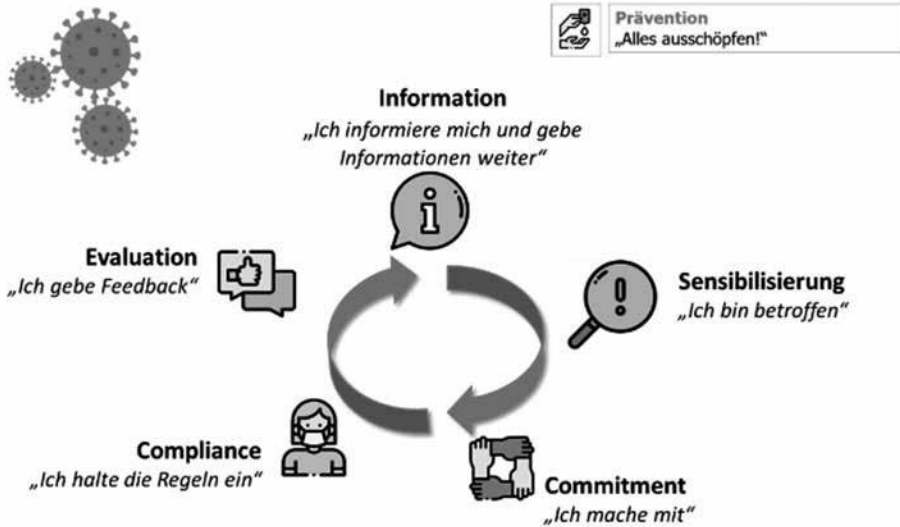


Abbildung 2: „Safe-FH“ Prevention Cycle

Im nächsten Schritt wurden den Phasen des „Safe-FH Prevention Cycles“ kontextorientierte, operative Präventionsmaßnahmen zugeordnet. Zu beachten war hierbei, dass mit den Maßnahmen die Zielgruppen auch durchgängig erreicht werden können und welchen Gestaltungsspielraum man bei den Maßnahmen benötigt, um auf Veränderungen rasch und flexibel reagieren zu können.

Verhaltensprävention in Bezug auf Covid-19 sollte auf evidenzbasiertem Wissen über die Transmissionswege des Erregers und deren Wirksamkeit basieren. Nur auf dieser Grundlage lassen sich Handlungsempfehlungen so präzise wie möglich fassen und auch priorisieren. Daher war es ein wichtiger Ansatz der „Safe-FH“ Strategie mit Informationen zu arbeiten, die möglichst alle risikofördernden Verhaltensweisen in Bezug auf Covid-19 abdecken.

Nach damaligem Wissensstand (August 2020) wurde auf folgende Botschaften fokussiert:

- Covid-19-Prävention ist Selbst- sowie Fremdschutz und gelebte Solidarität
- Einhaltung eines Mindestabstands von 2 Meter
- Mund-Nasen-Schutz (MNS) korrekt tragen, jedenfalls dort, wo der Mindestabstand nicht eingehalten werden kann
- Regelmäßige Händehygiene und Desinfektion sowie Hände nicht ins Gesicht führen
- Verzicht auf Händeschütteln und Umarmungen
- Husten und Niesen nur in die Armbeuge oder ein sauberes Taschentuch

- Regelmäßiges Lüften
- Einhaltung der vorgegebenen Pausenintervalle und nach Möglichkeit die Pausen im Freien zu verbringen
- Wer sich krank fühlt bleibt zuhause.

Die „Safe-FH“ Strategie vertritt die von vielen Virologen geteilte These, wonach erst eine Reihe von Vorkehrungen zusammen einen wirkungsvollen Schutz gegen das Coronavirus bieten. Zur besseren Veranschaulichung über die kombinierte Effizienz der Maßnahmen dient das für das Riskmanagement entwickelte Schweizer-Käse-Modell. Das vom britischen Psychologen James Reason entwickelte Modell veranschaulicht die Wirkungsweise von Sicherheitsebenen mit hintereinander aufgereihten Käsescheiben (Reason, 1990). Jede Käsescheibe steht für eine individuelle wirksame Maßnahme. Das Schweizer-Käse-Modell besagt, dass jede Scheibe Käse Löcher hat - das sind Imperfektionen. Übertragen auf die Covid-19-Krise stehen die Löcher im Käse für mögliche Schwächen, die mal größer und mal kleiner sein können. Das kann an den Maßnahmen selbst liegen, oder die Durchführung ist falsch und dies kann zu Infektionsübertragungen führen. Mehrere hintereinander geschaltete Maßnahmen vermindern einzelne Schwachstellen und minimieren dadurch das Infektionsrisiko. Werden jedoch einzelne Maßnahmen weggelassen, steigt das Infektionsrisiko wieder. Das bedeutet, dass die Kombination der Maßnahmen ausschlaggebend ist (siehe Abb. 3).

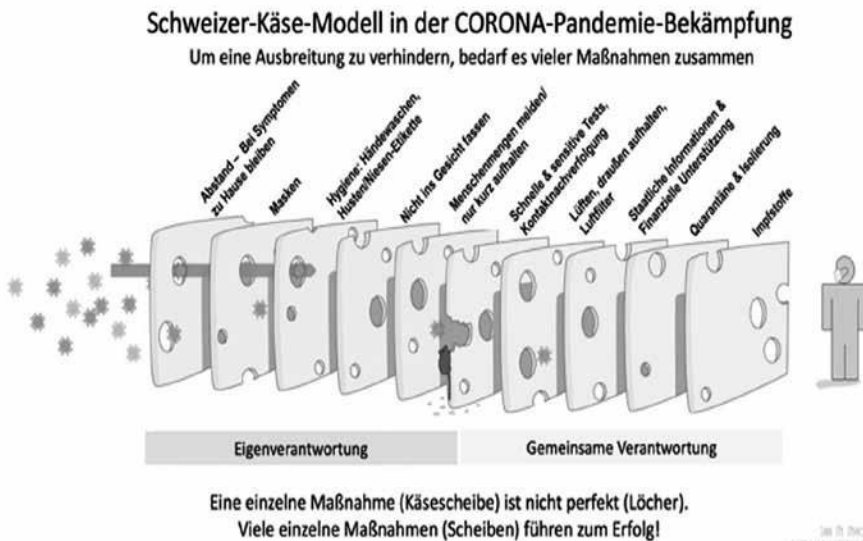


Abbildung 3: Das Schweizer Käse-Modell der Corona Pandemie-Bekämpfung. Quelle: Ian M MacKay 2020, *www*.

2.3.5 Finalisierung der „Safe-FH“ Strategie

Im Rahmen der Finalisierung waren noch die erforderlichen Ressourcen für die Umsetzung der Maßnahmen zu bestimmen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im Detail zu regeln sowie die Gesamtheit aller Maßnahmen und Vorgaben abzubilden. Nach Fertigstellung der Dokumentation erfolgte die Beschlussfassung der „Safe-FH“ Strategie am 31. August 2020 und die Freigabe der mitgeltenden Dokumente durch die Hochschulleitung, sodass diese plangemäß für das Wintersemester mit 1. September 2020 in Kraft gesetzt werden konnten.

Daraus gingen u.a. folgende Dokumente hervor:

- „Safe-FH“ Strategie
- „Safe-FH“ Plan Lockdown
- Raumbelungspläne der Studienzentren
- Zutritts- und Besucherplan
- Verhaltensregeln „Safe-FH“
- Präventionsempfehlungen „Safe-FH“
- Plan für die Flächendesinfektion der Reinigungskräfte
- SARS-CoV-2 Dienstanweisung
- Covid-19 Checkliste für Mitarbeiter*innen
- Aufgabenbeschreibung der Covid19 Beauftragten
- Covid-19 Checkliste für die „Safe-FH“ Hotline
- Aufgabenbeschreibung „Safe-FH“ Hotline
- Safe-FH Aufgabenlisten (für Departmentleitung, Studiengangsleitung, Studiengangsmanagement, Geschäftsführer der Tochterunternehmen, Abteilungsleitungen, Mitarbeiter*innen, Lektor*innen und Studierende)
- Kommunikationsstrategie „Safe-FH“
- Infothek „Safe-FH“ auf der Homepage und Moodle
- FAQs für Studierende, Lektor*innen und Mitarbeiter*innen.

Im Rahmen der Covid-19 Strategie der Fachhochschule Burgenland war es auch das Ziel, sich auf den Fall eines Infektions- bzw. Verdachtsfalls und auf einen internen Lockdown an den beiden Studienzentren vorzubereiten. Im Dokument „Plan Lockdown“ befindet sich eine Übersicht zum Vorgehen im Falle eines Lockdowns. Kriterien und auslösende Szenarien für einen Lockdown werden darin ebenso beschrieben wie auch die betroffenen Personenkreise und ggf. örtliche Eingrenzungsmöglichkeiten. Zu dem in Abbildung 4 dargestellten Ablauf ist die zeitliche Abfolge der einzelnen Schritte im Detail festgelegt und dokumentiert. Auch Kommunikation und Meldepflichten (intern und extern) sind genau festgelegt.

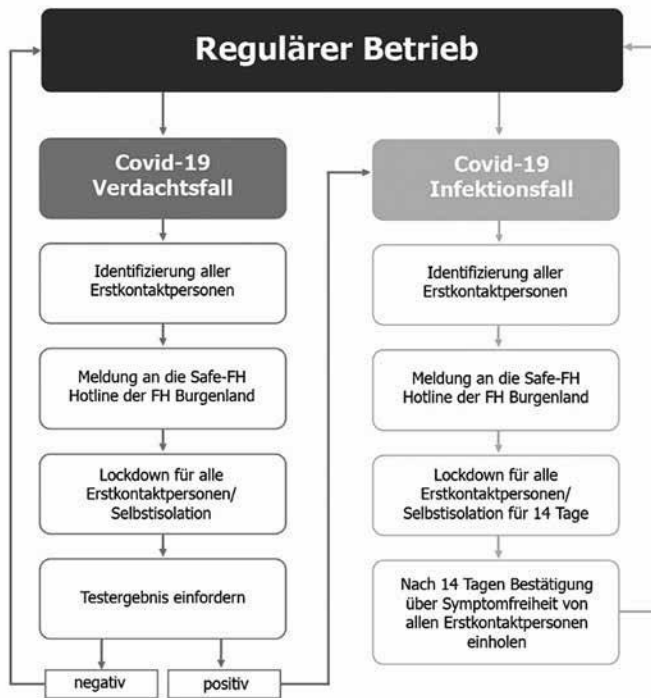


Abbildung 4: Plan Lockdown

2.3.6 Kommunikation und Verbreitung der „Safe-FH“ Strategie

Abschließend bestand die Herausforderung die Zielgruppen möglichst flächendeckend zu erreichen. Hierfür wurde eine Kommunikationsstrategie erstellt, in der die Kommunikationswege zielgruppenorientiert definiert und auch Verantwortlichkeiten für die Kommunikation festgelegt waren. Folgende Kommunikationsmittel wurden definiert:

- Infoblätter für die jeweiligen Zielgruppen
- Website (Safe FH FAQ) und auf der internen Kommunikationsplattform (CIS und Moodle)
- Covid-19 Package (für Studierende)
- Safe-FH e-Mails (regelmäßige Aktualisierungen und Reminder)
- Infoscreens
- Podcast
- „Safe-FH“ Hotline der Fachhochschule Burgenland.

Ergänzend zu schriftlichen Medien wurden zur visuellen Kommunikation Piktogramme erstellt. Diese werden sowohl in Dokumenten wie z.B. Raum- und

Zutrittsplänen, Konzept zur Lenkung der Personenströme, etc. verwendet als auch im Gebäude zur Visualisierung von Abstandsregeln und Maskenpflicht sowie zur Kennzeichnung von Desinfektionsspendern eingesetzt.



Abbildung 5: Piktogramme zur Kommunikation der Covid-19-Maßnahmen an der Fachhochschule Burgenland

Ein wichtiger Schritt war die Inbetriebnahme der „Safe-FH“ Hotline die telefonisch von Montag bis Samstag von 07:00 bis 17:00 Uhr besetzt war. Außerhalb dieser Zeiten war eine Meldung an die E-Mailadresse der „Safe-FH“ Hotline möglich. Die Hotline ist erste Kontaktstelle im Falle eines Covid-19-Infektions- oder Verdachtsfalls an der Fachhochschule Burgenland. Darüber hinaus steht die Hotline für Auskünfte bezüglich Regelungen an der Fachhochschule Burgenland im Zusammenhang mit Covid-19 für Studierende, Lektor*innen und Mitarbeiter*innen zur Verfügung. Der Aufgabenbereich der „Safe-FH“ Hotline reicht von der Informationsweitergabe im Falle eines eingetretenen Infektionsfalls an die zuständigen Vorgesetzten bzw. an das Studiengangsmanagement, über die Erfassung und Dokumentation von Infektionsfällen, bis hin zum regelmäßigen Austausch mit dem Covid-19-Krisenstab der Fachhochschule und des BMBWF.

2.3.7 Evaluierung des Covid-19 Krisenmanagements der Fachhochschule Burgenland

In einer ersten Zwischenbilanz (Zeitpunkt - Ende Feber 2021) können folgende Aussagen getroffen werden. Aufgrund der Covid-19 Entwicklungen in Österreich und der sich ständig ändernden Rahmenbedingungen war eine laufende Anpassung der Maßnahmen erforderlich. So gab z.B. die Corona-Ampel des Gesundheitsministeriums vor, welche Risikostufe an einer Hochschule aktuell gültig ist. Um konkret Abläufe für Hochschulen abzuleiten, bedarf es der Definition eigener Hochschulbetriebsarten, die das einzuhaltende Schutzniveau der jeweiligen Risikostufe an den Hochschulen ermöglichen.



Abbildung 6: Corona-Ampel des Gesundheitsministeriums mit Lehrbetrieb (bmbwf, 2020. www)

An der Fachhochschule Burgenland wurde bereits mit Beginn des Wintersemesters 2020, aufgrund des vielschichtigen und geografischen Einzugsgebietes, generell von der Risikostufe 3 ausgegangen und in der Lehre auf den Hybridbetrieb gesetzt. Vor diesem Hintergrund werden Teile des Hochschulbetriebes vor Ort und andere Teile in digitaler Aufbereitung (synchron, asynchron bzw. streaming) abgehalten wobei die digitalen Elemente einen überwiegenden Lehrbestandteil bilden und dabei einen wesentlichen Teil zu den Sicherheits- und Schutzaspekten beigetragen haben. Diese Entscheidung hat sich rückblickend im Sinne der längerfristigen Planbarkeit und Sicherheit des Studienbetriebes als richtig erwiesen, da die Ampelstellungen „grün“ und „gelb“ aufgrund der Covid-19-Entwicklungen relativ zeitnahe nach Semesterbeginn rasch hintereinander gewechselt wurden bzw. ab November 2020 keinerlei Bedeutung mehr hatten.

Nachjustierung von „Safe-FH“ Maßnahmen ergaben sich ab November 2020 u.a. bei nicht anders als in Präsenz durchführbaren Veranstaltungen (z.B. Praxis- oder Laborübungen) durch folgende Adaptationen:

- Präsenzlehre ausschließlich mit im Vorfeld durchgeführten Antigen Schnelltests
- Umstellung der herkömmlichen Mund-/Nasenschutzmasken auf FFP2-Masken
- Raumdesinfektion durch Kaltverneblung
- weitgehende Umstellung bei den Mitarbeiter*innen auf Homeoffice. Ausnahme Aufrechterhaltung der systemkritischen Infrastruktur.

Die intensive und zielgruppenspezifische Kommunikation war und bleibt auch weiterhin ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Besonders bewährt hat sich hierbei die „Safe-FH“ Hotline als wichtige Informationsdrehscheibe.

Seit September 2020 gab es (Stand 28. Feber 2021) nachweislich keine Covid-19 Infektionsübertragung an einer der beiden Standorte der Fachhochschule Burgenland, sodass das Krisenmanagement und die „Safe-FH“ Strategie als

sehr erfolgreich beurteilt werden kann, was auch von Lektor*innen und Studierenden so gesehen wird.

Weiters ist geplant, das bestehende Managementsystem der Fachhochschule Burgenland um die Zertifizierung nach ISO 45001 (Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit) zu erweitern und in diesem Rahmen die „Safe-FH“ Strategie und deren mitgeltenden Unterlagen nachhaltig im Managementsystem der Fachhochschule Burgenland zu verankern.

3 Resümee und Ausblick

Die Corona-Pandemie hat die Hochschulwelt auf den Kopf gestellt. Die Fachhochschulen samt Bibliotheken, Laboren, Mensen und andere Hochschuleinrichtungen wurden komplett geschlossen. Nur ein ausgewählter Personenkreis zur Aufrechterhaltung der Infrastruktur hatte Zugang zu den Hochschulen.

Die flächendeckende Umstellung auf einen digitalen Lehrbetrieb hat auch die Fachhochschule Burgenland vor große Herausforderungen gestellt. Für Studierende, Lektor*innen und Mitarbeiter*innen war die Umstellung des Hochschulbetriebs mit Anpassungen von neuen Gewohnheiten und sozialen Rahmenbedingungen, vielfältigen Belastungssituationen, Unsicherheiten und dem Lernen von neuen Dingen und einer Neuinterpretation von Lernen, Lehren sowie Arbeiten verbunden.

Ab dem ersten Lockdown, im März 2020, begann die Fachhochschule Burgenland für ihr Krisenmanagement einen Krisenstab als zentrale Ansprechstelle einzurichten der im Laufe des folgenden Semesters systematisch erweitert wurde. Aufgrund der hochschulischen Struktur und der Vorgaben des BMBWF wurde ein Covid-19 Krisenmanagement der Fachhochschule Burgenland erstellt und in die Funktionsorganigramme „Krisenstab Covid-19“, die „Koordinationsgruppe Covid-19“ und in das „Netzwerk Covid-19“ gegliedert. Für die Effektivität und Effizienz des Krisenmanagements hat sich diese Aufteilung Bestens bewährt.

Um in Zukunft auf gesundheitliche Risiken dieses Ausmaßes besser gewappnet zu sein wird die Fachhochschule Burgenland ihr Krisenmanagement im Rahmen einer ISO 45001 Zertifizierung in ihr bestehendes Managementsystem integrieren. Die ISO 45001:2018, „Managementsysteme für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Anforderungen mit Anleitung zur Anwendung“ erweist sich als geeignetes Regelwerk, um auch die bereits vor der Covid-19-Krise von der Fachhochschule Burgenland umgesetzten Maßnahmen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement und zur Sicherheit für Studierende und Mitarbeiter*innen in einem systematischen Rahmen darzulegen. Aufgrund der sogenannten High Level Structure (HLS) können dabei einerseits viele Synergieeffekte mit den bereits bestehenden Festlegungen und der Dokumentation Managementsystems nach ISO 9001 genutzt werden, andererseits werden da-

durch die vielen, im Rahmen des Pandemie-Krisenmanagements entwickelten Sicherheitsroutinen nachhaltig in der Organisation verankert.

Darüber hinaus wird in einem Managementsystem für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (SGA) nach ISO 45001 auch auf folgende Themenbereiche fokussiert, deren systematische Umsetzung und Darlegung viele Vorteile für die Weiterentwicklung des Unternehmens ergeben, u.a.:

- Aktive Beteiligung der Beschäftigten an der Sicherheitskultur und damit höhere Mitarbeitermotivation
- Festlegung konkreter SGA-Ziele und Planung, wie diese erreicht werden sollen
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Organisation durch wirksamen Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Systematische Gefährdungsanalysen und damit fundierterer Umgang mit Risiken und Chancen (inkl. gezielte Ursachenanalysen bei Unfällen und Beinaheunfällen)
- Verbesserung der Rechtssicherheit durch die Forderung nach systematischer Bestimmung rechtlicher Verpflichtungen und regelmäßiger Bewertung der Compliance.

Resümierend kann festgehalten werden, dass mit der Entwicklung der „Safe-FH“ Strategie ein Maßnahmenansatz und eine Kommunikationsstrategie gewählt wurde, die den gemeinsamen Nutzen der Prävention für alle betont. Dieser Ansatz führte zu einer sehr hohen Akzeptanz aller Zielgruppen und unterstützte die Einhaltung der Covid-19 Verhaltensweisen an den Studienzentren.

Literatur

- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Leitfaden für den gesicherten Hochschulbetrieb. Verfügbar unter: https://www.bmbwf.gv.at/Themen/HS-Uni/Aktuelles/corona/covid_19_leitfaden.html. [17.01 2021]
- BZgA. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. Verfügbar unter: https://www.leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf. [17.01. 2021]
- Mac Kay, I.: Das Schweizer Käse-Modell der Corona Pandemie-Bekämpfung. -https://figshare.com/articles/figure/The_Swiss_Cheese_Respiratory_Virus_Defence/13082618 [17.01 2021]
- Public Health. Covid-19. Kontext- und adressat*innenorientierte Risikokommunikation bei Covid-19. Ein Beitrag zur wirksamen Verhaltensprävention. Verfügbar unter: <https://www.public-health-covid19.de> [17.01 2021]
- Reason, J. (1990). Human Error. Cambridge University Press, Cambridge UK.

„Wir sind jetzt online“ – Transformation der Hochschuldidaktik am Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland

Autor*innen: Carmen BRAUN, Alexandra WEGHOFER, Erwin GOLLNER
Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Die Transformation in der Hochschuldidaktik wurde durch die Covid-19 Krise beschleunigt. Einerseits wurden bestehende Lehrkonzepte digitalisiert, andererseits wurden innovative digitale Lehrformate im Sommersemester 2020 neu konzipiert und umgesetzt.

Die Lessons Learned zeigen, dass die kurzfristige Umstellung von Präsenzlehre auf Online-Lehre zwar Herausforderungen in sich barg, aber im Allgemeinen gut funktioniert hat. Sowohl unterschiedliche Supportangebote, als auch der proaktive Kommunikations- und Informationsfluss wurden als positiv beurteilt. Als größte Herausforderung wurde die fehlende, persönliche Interaktion zwischen Studierenden und Lehrenden wahrgenommen. Ein guter Mix aus synchroner und asynchroner Lehre, sowie der sinnvolle Einsatz von interaktiven Tools kann die Qualität der Online-Lehre verbessern.

Zukünftig sollte das Weiterbildungsangebot für Lehrende im Bereich eDidaktik ausgebaut werden. Essentiell ist es, die Vermittlung von Future Skills im Mix mit Social Skills in den Curricula der Studiengänge zu integrieren.

1 Einleitung

Aufgrund der Covid-19 Pandemie und der damit einhergehenden Beschränkungen, kam es auch zu maßgeblichen Veränderungen an österreichischen Hochschulen. Rahmenbedingungen, die von sozialer und räumlicher Distanz geprägt sind, führten dazu, dass sich auch die Hochschullehre und die Hochschuldidaktik einer Transformation unterziehen mussten. Vor diesem Hintergrund waren Hochschulen und Hochschullehrende aufgefordert, ihre Lehrkonzepte zu überarbeiten und auf online-basierte Formate umzustellen. Damit wurde der Weg für webbasiertes Lernen und eLearning geebnet. (Surov et al., 2020)

Auch die Fachhochschule Burgenland musste sich dieser Transformation unterziehen und hat durch einen raschen Umstieg von Präsenzlehre auf

Distance-Learning die Lehrdidaktik neu aufgestellt. Um weiterhin dem Anspruch an eine qualitätsvolle und personenzentrierte Lehre gerecht werden zu können, wurde am Department Gesundheit ein Konzept zur Umsetzung von Distance-Learning Methoden und hybriden Lehrformen gestaltet und ein individuelles Betreuungsangebot für Lektor*innen geschaffen. Die konkrete Umsetzung des Konzeptes sowie Visionen zur Weiterentwicklung virtueller Lehre an der Fachhochschule Burgenland werden im vorliegenden Beitrag dargestellt. Zusätzlich wurde zur Evaluierung des Konzeptes eine online Befragung unter Lektor*innen durchgeführt, deren Ergebnisse dargestellt werden.

2 Das eDidaktik Konzept am Department Gesundheit

Aufgrund der rasch gesetzten Corona Schutzmaßnahmen und der damit einhergehenden Beschränkung zur Durchführung von Präsenzlehre, war auch das Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland gefordert, seinen regulären Lehrbetrieb in kürzester Zeit in einen Distance-Betrieb zu überführen. Da dies nicht nur für Lehrende sondern auch für Studierende mitunter eine Herausforderung darstellte, wurde ein Konzept aufgebaut, welches Lektor*innen dabei unterstützt, didaktische Lehrkonzepte unter Anwendung digitaler Tools und Medien zu konzipieren.

Die Basis dieses eDidaktik Konzeptes bilden die Grundsätze der Lehrstrategie der FH Burgenland, die wie folgt lauten:

- Persönlich und maßgeschneidert
- Lebenslanges Lernen
- Praxisnah und interdisziplinär
- Akademische Qualität
- Interkulturell und international
- Impulsgeber
- Gemeinwohl
- Förderung der persönlichen Weiterentwicklung
- Studieren in Balance
- Verbundenheit. (Instructional Design FH Burgenland, 2020)

Besonderer Stellenwert wurde dem ersten Grundsatz „persönlich und maßgeschneidert“ beigemessen. So ist es ein Grundziel der Lehrstrategie an der Fachhochschule Burgenland, Strukturen und Prozesse an die individuelle Situation der Studierenden anzupassen und einen Rahmen zu schaffen, der das Entwickeln von spezifischen Potentialen und Interessen ermöglicht. (Instructional Design FH Burgenland, 2020) Diesem Grundsatz wollte man auch speziell in Zeiten von Corona treu bleiben, woraufhin unter Berücksichtigung der verän-

derten Rahmenbedingungen ein Konzept für qualitätsvolle und personenorientierte Lehrdidaktik geschaffen wurde.

2.1 Konzeptioneller Rahmen

Das eDidaktik Konzept des Departments Gesundheit setzt sich als Ziel, digitale Kompetenzen von Lehrenden zu stärken sowie einen didaktischen Rahmen für die Umsetzung eines hybriden Lehrbetriebs sicherzustellen. Dabei verfolgt das Konzept einen dreiteiligen Prozess, der sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:

- *Kompetenz*: Lehrende sollen bezugnehmend auf eDidaktik in ihren fachlichen und methodischen Kompetenzen gestärkt werden.
- *Tools & Methoden*: Lehrende sollen Werkzeuge in die Hand bekommen, die sie bei der Umsetzung von e-didaktischen Elementen unterstützen.
- *Support*: Lehrende sollen bei individuellen Fragestellungen Antworten erhalten und bei der Konzeption von digitalen Lehrelementen unterstützt werden.

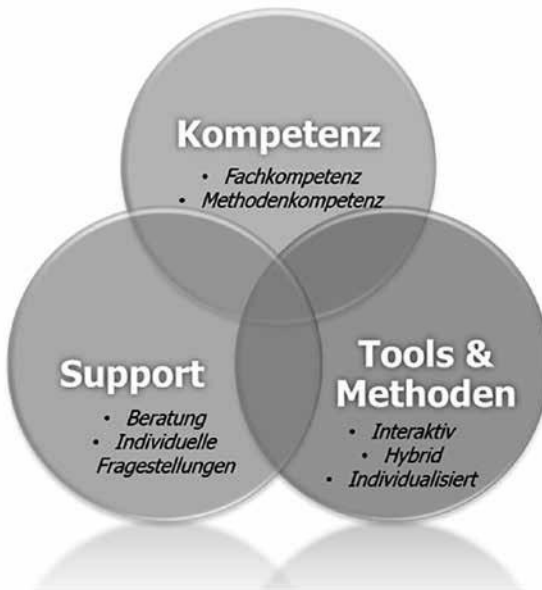


Abbildung 1: Konzeptioneller Rahmen. Quelle: eigene Darstellung

Zur Stärkung der Fach- und Methodenkompetenz steht den Lehrenden der Fachhochschule Burgenland ein kostenloses Schulungs- und Zertifizierungsprogramm zur Verfügung, welches in einem modularen System aufgebaut ist. Die Module des Schulungssystems können unabhängig voneinander besucht werden und dienen dem Kompetenzaufbau rund um die Themen eDidaktik,

Distance Learning und Lehre. Bei der Gestaltung des Schulungsprogramms wird auf eine praxisnahe Vermittlung und einen departmentübergreifenden Austausch zwischen Lehrenden Wert gelegt.

Den zweiten Bestandteil des eDidaktik Konzeptes bildet der adäquate Einsatz von digitalen Tools und Methoden in der Lehre, um digitale und technikbasierte Wissensvermittlung und Kollaboration zu ermöglichen. Hierfür wurde ein digitaler Methodenkoffer entwickelt, der sowohl Hochschullehrer*innen als auch externen Lehrenden zur Gestaltung der eigenen Lehreinheiten zur Verfügung steht. Der Zugang zu den Tools und Methoden erfolgt über die digitale Plattform Moodle der Fachhochschule Burgenland. Lektor*innen erfahren über diese Plattform eine Zusammenschau an unterschiedlichen Methoden, die digitales Lehren und Lernen in einem interaktiven Prozess zwischen Studierenden und Lehrenden ermöglichen.

Die Vielfalt an Tools und Methoden für digitale Lernformate können dazu führen, dass der zielgerichtete und didaktisch erforderliche Einsatz einzelner Tools oftmals schwer erkennbar ist. Vor diesem Hintergrund wurde am Department Gesundheit ein Support-System für Lehrende aufgebaut, welches für Fragen und Anregungen rund um das Thema eDidaktik zur Verfügung steht. Lehrende erhalten so die Möglichkeit, ihre didaktischen Lehrkonzepte unter Begleitung und Beratung, um digitale Anwendungen und kollaborative Tools zu erweitern. Darüber hinaus ermöglicht der persönliche Support, dass individuelle Fragestellungen bearbeitet und auf die didaktisch erforderlichen Rahmenbedingungen einzelner Lehrveranstaltungen besser eingegangen werden kann.

2.2 Didaktischer Rahmen

Da der Lehrbetrieb aufgrund der Corona-bedingten Rahmenbedingungen breiter angelegte Lösungen erforderte, um den Anforderungen unterschiedlicher Lehrveranstaltungstypen gerecht zu werden, wurde am Department Gesundheit ein hybrides Lehrkonzept angestrebt. Unter hybriden Lehrkonzepten ist die Mischung aus vor-Ort und digitaler Lehre zu verstehen. (Handke, 2020) Diese Mischung ermöglicht, dass einerseits je nach Lehrpräferenz auch praxisnahe Lehrveranstaltungen stattfinden können und andererseits die Studierbarkeit auch in pandemischen Zeiten ermöglicht wird.

Darüber hinaus wurde für die digitale Lehre eine Mischung aus asynchronen und synchronen Elementen angewendet, um eine adäquate Lehr- und Lernatmosphäre für Lehrende und Studierende zu ermöglichen. Während in den asynchronen Lehreinheiten eine zeitlich flexiblere Bearbeitung von Lernmaterialien möglich ist, dienen synchrone Lehrphasen (z.B. Live-Streams) dem Austausch und der vertiefenden Auseinandersetzung von Lehrinhalten. Um den Austausch zu intensivieren, standen den Lehrenden in den synchronen Lehreinheiten diverse Tools und Methoden (s. Kapitel 3.2) zur Verfügung.

3 Lehrenden-Befragung zu Lessons Learned in der digitalen Lehre

Aufgrund der kurzfristigen Umstellung von Präsenzlehre zu Distance-Lehre im Sommersemester 2020 und um aus den Erfahrungen der Lehrenden für das kommende Semester Ableitungen treffen zu können, wurde im Juli 2020 eine Befragung unter allen internen und externen Lehrenden des Departments Gesundheit, die in diesem Semester unterrichtet haben, durchgeführt. Das Ziel der Befragung war es, die Erfahrungen und Lessons Learned im Bereich der digitalen Lehre zu erheben sowie Barrieren der Umsetzung von digitalen Lehrkonzepten zu erkennen.

Der Befragungslink wurde per Mail an insgesamt 52 Lektor*innen des Departments Gesundheit versendet. Davon haben 31 Lehrende an der Befragung teilgenommen. Die Fragen fokussierten auf die aktuelle Lehrsituation in Bezug auf digitale Lehrformate, die Schaffung von adäquaten Rahmenbedingungen sowie das Verhältnis von synchronen und asynchronen Lehrinhalten.

3.1 Ergebnisse aus der Lehrenden-Befragung

In weitere Folge wurden die gewonnen Erfahrungen herangezogen, um den eDidaktik Bereich weiterzuentwickeln.



Abbildung 2: Auswertung Lehrenden-Befragung: Umstieg auf Online-Lehre. Quelle: eigene Darstellung

Die Umstellung auf Online-Lehre empfanden rund 18 % der Befragten als sehr schwierig bis eher schwierig. 23 % beurteilen den Umstieg als mittelmäßig. Rund 59 % beurteilen den Umstieg als eher einfach. Sehr einfach wurde der Umstieg allerdings von niemanden beurteilt.



Abbildung 3: Auswertung Lehrenden-Befragung: Selbsteinschätzung Handhabung von digitalen Tools. Quelle: eigene Darstellung

Rund 22 % der Lehrenden schätzen sich selbst bei der Handhabung von digitalen Tools als Anfänger*in ein. 23 % der Befragten gaben an, dass sie den eigenen Umgang mit digitalen Anwendungen in der Lehre als mittelmäßig einstufen. Rund 52 % der befragten Lehrenden schätzen den eigenen Umgang als versiert ein und 3 % stufen sich selbst als Profi ein.



Abbildung 4: Auswertung Lehrenden-Befragung: Support zur digitalen Lehre. Quelle: eigene Darstellung

Lediglich 6 % der Befragten beurteilten den Support eher schlecht. 13 % der Teilnehmer*innen stufen den Support mittelmäßig ein. 81 % und somit die

deutliche Mehrheit der befragten Lehrenden beurteilten den Support als gut bzw. sehr gut.

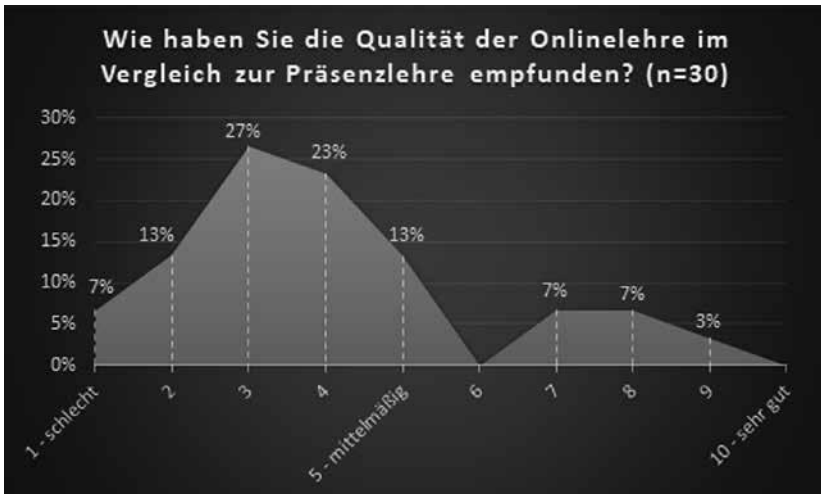


Abbildung 5: Auswertung Lehrenden-Befragung: Qualität der Online-Lehre. Quelle: eigene Darstellung

Allerdings beurteilten 70 % der befragten Lehrenden die Qualität der Online-Lehre im Vergleich zur Präsenzlehre als schlechter, für 13% war es kein Unterschied und 17 % der Befragten empfanden die Qualität der Online-Lehre als gleich gut oder sehr gut im Vergleich zu Präsenzlehre.

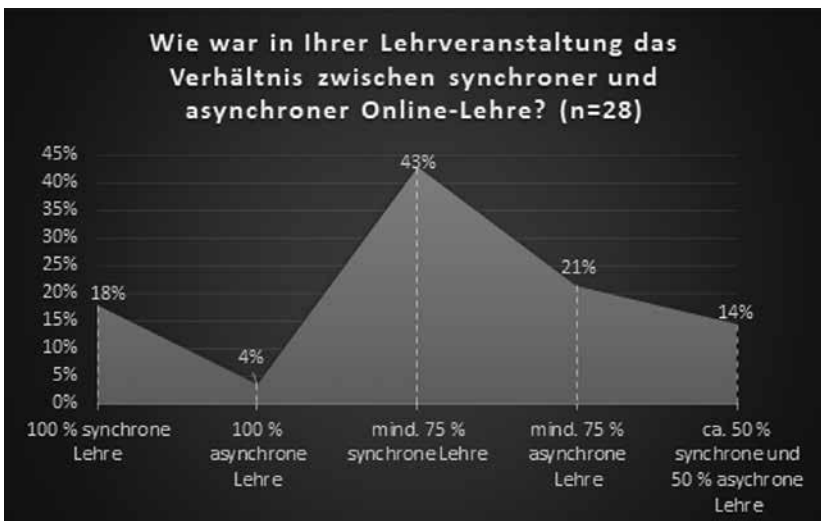


Abbildung 6: Auswertung Lehrenden-Befragung: Verhältnis zwischen synchroner und asynchroner Online-Lehre. Quelle: eigene Darstellung

Während dem ersten Lock-Down setzten 18 % der befragten Lehrenden 100 % synchrone Lehre ein, das heißt die Lehre wurde gänzlich in Form von live Videokonferenzen über MS Teams abgewickelt. Ein kleiner Teil der Befragten (4 %) setzten die Online-Lehre vollständig in Form von asynchroner Lehre um. Die Mehrheit der Befragten (43 %) setzten einen Mix aus 75 % synchroner Lehre und 25% asynchrone Lehre um. 21 % wählten einen Mix aus 3/4 asynchroner und 1/4 synchroner Lehre. Und rund 14 % hielten die Online-Lehre zur Hälfte in synchroner Form und zur anderen Hälfte in asynchroner Form ab.

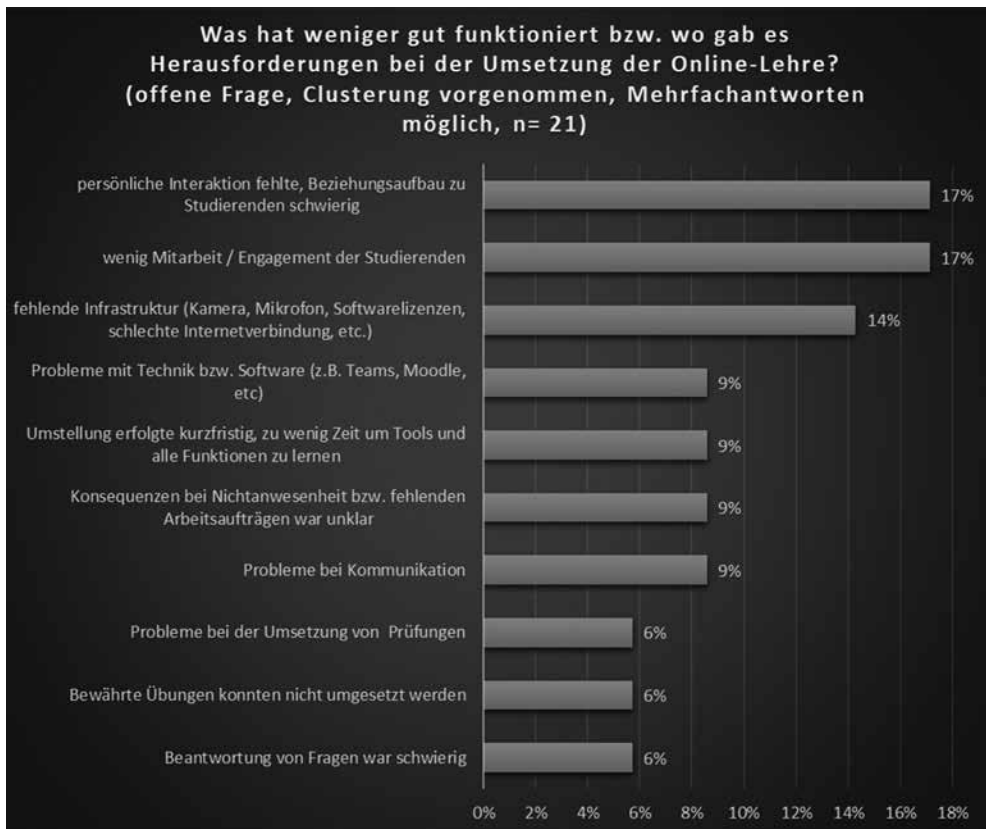


Abbildung 7: Auswertung Lehrenden-Befragung: Hürden bei der Umsetzung der Online-Lehre. Quelle: eigene Darstellung

Eine große Herausforderung stellte für die Mehrheit der Lehrenden (17%) die fehlende persönliche Interaktion mit den Studierenden dar. Infolgedessen wurde auch der Beziehungsaufbau mit den Studierenden erschwert. In weiterer Folge stellte das fehlende Engagement bzw. die verringerte Mitarbeit der Studierenden für 17 % der Lehrenden eine große Hürde dar. Fehlende Infrastruk-

tur wie beispielsweise Kamera, Mikrofon und Softwarelizenzen sowie schlechte Internetverbindung waren insbesondere zu Beginn des ersten Lockdowns eine Herausforderung sowohl für 14 % der Lehrenden. Hinzu kamen bei 9 % der Lehrenden Probleme mit der Technik bzw. mit Softwareprogrammen, wie MS Teams und Moodle. Unsicherheiten gab es auch in Bezug auf die Anwesenheitspflicht, für 9% der befragten Lehrenden war es unklar welche Konsequenzen es für unentschuldigter Abwesenheit der Studierenden bzw. fehlenden Arbeitsaufträgen gab. Probleme mit der Kommunikation und bei der Beantwortung von Fragen wurden ebenso von Lehrenden als Barrieren genannt. Die Umsetzung von Prüfungen und die Durchführung von bewährten praktischen Prüfungen wurden als besondere Herausforderung von 6 % der befragten Lehrenden erwähnt.

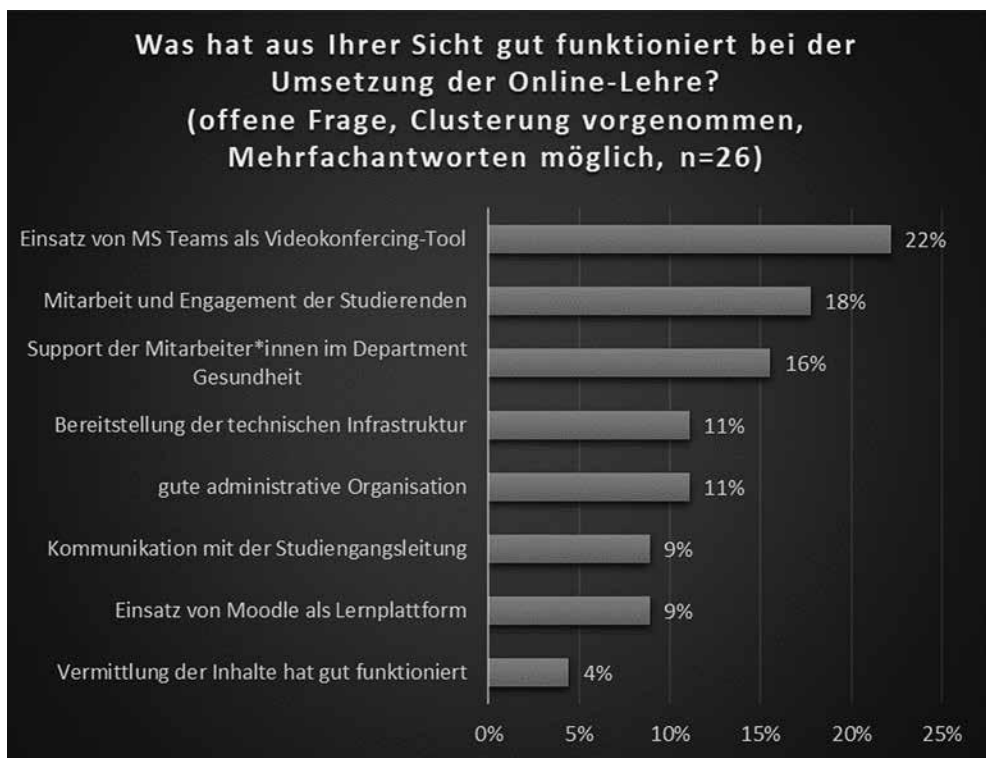


Abbildung 8: Auswertung Lehrenden-Befragung: Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung der Online-Lehre. Quelle: eigene Darstellung

Der Einsatz von MS Teams für synchrone Lehre in Form von Videokonferenzen wurde besonders häufig (22 %) als gut funktionierend von den Lehrenden genannt. Auch die Mitarbeit und das Engagement der Studierenden wurde häufig (18 %) als positiv genannt. Der Support der Mitarbeiter*innen des De-

partments Gesundheit, die gute administrative Organisation und die proaktive Kommunikation mit der Studiengangsführung wurden ebenso als gut funktionierend beurteilt.

Abschließend wurde den Lehrenden die Frage gestellt „Welche Erfahrungen und Erkenntnisse (Lessons Learned) konnten Sie im Bereich der digitalen Lehre aus dem Sommersemester 2020 mitnehmen?“. Nachfolgend werden aus einigen Antworten Textausschnitte direkt zitiert:

- „Man kann nicht die Inhalte 1:1 aus der Präsenz in die Fernlehre umlegen, sondern muss sich ganz genau überlegen, wie man Inhalte vermittelt und welche Tools dafür eingesetzt werden sollen.“
- „Die Diskussionsbereitschaft der Studierenden zu fördern ist immer eine Herausforderung, online ist das noch schwieriger.“
- „Online-Lehre ist eine tolle Ergänzung zur Präsenzphase, aber keine Alternative. Es hat Spaß gemacht neue didaktische Möglichkeiten auszuprobieren und meine digitalen Kompetenzen wurden verbessert.“
- „Die meisten Studierenden sind flexibel, sehr bemüht und engagiert, brauchen aber natürlich etwas Zeit, um sich an neue Tools zu gewöhnen und aktiv mitzuarbeiten.“
- „Covid-19 hat gezeigt, wie schnell man sich umstellen muss und kann. Gratuliere dem Team der FH für die tolle Leistung dieses komplizierte Semester zu beenden!“

3.2 Praxistaugliche Tools und Empfehlungen

Die Erprobung unterschiedlicher Tools während dem Sommersemester 2020 ermöglichte es, besonders praxisbewährte Tools zu identifizieren und Empfehlungen abzuleiten:

- **Videoconferencing-Tools**, wie beispielsweise das vom Department Gesundheit eingesetzte Programm MS Teams, können in der Online-Lehre sehr gut für synchrone Lehreinheiten verwendet werden. Dabei ist zu betonen, dass vor allem auf einen departmentweiten einheitlichen Einsatz eines Tools zu achten ist, um Benutzerfreundlichkeit und Anwendbarkeit zu ermöglichen. Die Dauer der Präsentation bzw. deren Gestaltung sollte allerdings an das digitale Medium angepasst werden. Weiters ist es empfehlenswert während synchroner Einheiten häufiger, kürzere Pausen einzuplanen, da online Lehre in Form von Videokonferenzen, sowohl für Lehrende als auch für Studierende, psychisch sehr anstrengend ist.
- Die Umsetzung von **virtuellen Gruppenarbeiten** während synchroner oder asynchroner Lehreinheiten wird ebenso von der Videokonferenz-Software MS Teams unterstützt. Die Arbeit in Kleingruppen zu spezifischen Themen ermöglicht es Inhalte selbstständig zu erarbeiten und the-

oretisches Wissen in Form von Übungen und Fallbeispielen praxisnah umzusetzen. Weiters erhöht die Umsetzung von virtuellen Gruppen maßgeblich die Mitarbeit der Studierenden.

- **Voting-Tools**, wie beispielsweise VoxR, Kahoot oder Mentimeter, eignen sich sowohl für die Abfrage von Stimmungsbildern und Meinungen als auch zur Überprüfung von Wissen und zur Wiederholung von Inhalten. Der sinnvolle Einsatz von solchen Abstimmungen und die Erstellung von Quizfragen zur Wiederholung wird von den Studierenden als abwechslungsreich und positiv bewertet.
- **Online-Whiteboards**, wie beispielsweise MIRO, Padlet und Oncoo ermöglichen es partizipative Übungen (Brainstorming, Mindmaps, Gruppenmoderationen etc.) mit den Studierenden online umzusetzen. Darüber hinaus können händische Skizzen und Berechnungen während einer synchronen Lehreinheit gemacht werden. Am Campus Pinkafeld gibt es für Lehrende darüber hinaus die Möglichkeit ein SMART-Board oder -Tablet zu verwenden und Lehrveranstaltungen zu streamen.
- Mit Hilfe von **Screencast-Tools**, wie Camtasia oder Screen-Recorder, können einfache Erklärvideos und umfangreichere Webinare **für asynchrone Lehreinheiten aufgezeichnet werden. Die schnellste Methode ist die Aufzeichnung von besprochenen Präsentationsfolien.** Lernvideos bieten unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten: Einstieg in ein Thema, Vermittlung von tiefgreifendem, theoretischen Wissen und auch zur Wiederholung von Inhalten.

4 Transformation in der Hochschuldidaktik

Die Hochschule vor Corona wird nicht die Hochschule nach Corona sein. Dieses Virus hat zu einem Re-Set der Hochschuldidaktik geführt wie kein Ereignis der letzten Jahrzehnte. „Social distancing“ hat zu einem „virtual learning“ geführt. Der disruptive Change der die Hochschulen erfasst hat ermöglicht aus der Krise eine Chance auf eine neue, an die digitalisierte Welt angepasste Hochschullehre mit hybriden und einander ergänzenden Lehrformaten zu schaffen.

Natürlich lässt sich durch digitale Lehre nicht alles kompensieren da „nicht akademische“ Aspekte des Studierendenlebens wie fehlende persönliche Kontakte und gegenseitige Unterstützung sich negativ auf die Lernerfahrungen auswirken. Eine Umfrage des Stifterverbandes 2020 ergab unter Studierenden in Deutschland, dass die fehlenden sozialen Interaktionen zu psychischen Belastungen wie Zukunftsängsten, Motivationsproblemen und zu einem andauernden Gefühl von Unsicherheit führen. (Winde, 2020)

Erfahrungen aus der Covid-19-Krise zeigen uns auf welche Transformationsprozesse den Weg in die zukünftige Hochschuldidaktik weisen können. Dazu bedarf es eines organisatorischen Rahmens der dies ermöglicht:

- 1.) *Digitale Lehrkonzepte* werden einen zunehmenden Anteil an einer zukünftigen Hochschuldidaktik einnehmen und die Präsenzlehre nicht verdrängen, sondern ergänzen. Entscheidend dabei wird es sein fachspezifische Lehrstrategien zu entwickeln die den Lehrenden- und Studierendenbedürfnissen angepasst sind.
- 2.) Den *Lehrveranstaltungstypen* angepasste Online-Lehre. Vorlesungen mit größerer Studierendenanzahl ermöglichen durch einen gezielten Mix synchroner und asynchroner Lehre den Studierenden ein zeit- und ortsunabhängiges Lernen abseits der Nachteile präsenzter Massenlehre. Hingegen haben Lehrformate mit sehr kleinen Gruppen, wie z.B. Seminare, Managementtechniken oder Übungen den Vorteil einer erhöhten Lernqualität durch Präsenz und Interaktion.
- 3.) Erhöhte *digitale und soziale Interaktivität* in der Präsenzlehre. Wenn für Studierende die Zukunft aus einem Mix von Online- und Präsenzlehre besteht sind die Hochschulen gefordert sich zu überlegen wie sie die Stärken beider Lehrformate stärker zur Geltung bringen können. So können z. B. Bachelor- oder Masterarbeitsbetreuungen intensiver über digitale Formate abgehandelt werden und in Präsenzlehrveranstaltungen verstärkt digitale Tools (z.B. Votingtools für Wissensquiz oder Zwischenevaluationen) eingesetzt werden. Bedingt durch den Mix aus Online- und Präsenzlehre werden Studierende weniger Zeit am Campus verbringen. Aus diesem Grund sind Hochschulen aufgefordert sich Gedanken zu machen wie sie vor Ort mehr Raum für Sozialformate, Begegnungs- und Interaktionsmöglichkeiten schaffen können.
- 4.) *Digitalkompetenzen* sind *Future Skills*. Dies betrifft einerseits Lehrende und Mitarbeiter*innen als auch Studierende. Es bedarf verstärkter Anstrengungen Lehrenden Weiterbildungsangebote zur didaktischen Umsetzung der Onlinelehre anzubieten und Sie zu motivieren diese auch in Anspruch zu nehmen. Curricula sind zu durchforsten ob die in der Berufswelt benötigten digitalen Kompetenzen ausreichend vermittelt werden. Die Covid-19 Krise hat die Bedeutung überfachlicher digitaler Kompetenzen in den Vordergrund gerückt. Diese Future Skills müssen in das Studium integriert werden, denn sie werden in den kommenden Jahren in allen Branchen für das Berufsleben und die gesellschaftliche Teilhabe von entscheidender Bedeutung sein. (Winde, 2020)

Die Transformation der Hochschuldidaktik hat durch die Covid-19 Krise eine enorme Dynamik erhalten, die die große Chance in sich birgt eine der Zeit angepasste Hochschullehre zu entwickeln, die es ermöglicht den Studierenden die dringend benötigten Future Skills, im richtigen Mix mit Social Skills, zu vermitteln.

5 Zusammenfassung, Fazit

Die digitale Lehre hat durch die Covid-19 Krise eine nicht rückkehrbare Dynamik erfahren und reicht von der Digitalisierung bestehender Lehrformate bis hin zu innovativen neu konzipierten digitalen Formaten.

Die Ergebnisse der Lehrenden-Befragung zeigten, dass der Umstieg von Präsenzlehre auf Online-Lehre, trotz der Kurzfristigkeit und gewissen Herausforderungen, gut funktioniert hat. Der Support und das Unterstützungsangebot der Mitarbeiter*innen des Departments Gesundheit wurde vom Großteil der Lehrenden als sehr hilfreich bewertet. Auch der proaktive Kommunikations- und Informationsfluss mit dem Studiengangspersonal wurde als positiv beurteilt.

Die Mehrheit der Lehrenden setzte im Sommersemester 2020 einen Mix aus 75 % synchroner Lehre und 25 % asynchroner Lehre ein. Vor allem der Einsatz des Videoconferencing Tools „MS Teams“ für synchrone Lehreinheiten und die Lernplattform Moodle für asynchrone Phasen hat sich bewährt.

Vor allem die fehlende Interaktion mit den Studierenden wurde als größte Herausforderung von den Lehrenden wahrgenommen. Um das Engagement und die Mitarbeit der Studierenden zu erhöhen, eignen sich virtuelle Gruppenarbeiten. Die Arbeit in Kleingruppen und deren Betreuung fördert auch den direkten Kontakt zwischen Studierenden untereinander und zu den Lehrenden. Abschließend kann festgehalten werden, dass ein guter Mix aus synchroner und asynchroner Lehre, sowie ein sinnvoller Einsatz von interaktiven Tools die Qualität der Online-Lehre in Zukunft verbessern kann.

6 Ausblick

Die Ergebnisse der Lehrenden-Befragung sowie spezifische Rückmeldung von Studierenden und Lehrenden wurden herangezogen, um das didaktische Angebot für die Online-Lehre im Wintersemester 2020 zu verbessern. Unter anderem wurde der eDidaktik Support für Lehrende am Department Gesundheit weiterentwickelt und ausgeweitet. Es wurde ein Handbuch für online Prüfungen entwickelt sowie Kurzanleitungen zur Umsetzung von virtuellen Gruppenarbeiten und interaktiven Anwendungen erstellt. Darüber hinaus wurde die Sammlung von praxistauglichen Tools laufend ergänzt. Auch auf technische Probleme und Schwierigkeiten mit Softwareprogrammen wurde aktiv reagiert. Der Zugang zu den virtuellen Seminarräumen in Teams wurde erleichtert und neue Szenarien für virtuelle Kleingruppenarbeit entwickelt.

Da die direkte, persönliche Kommunikation zwischen Studiengangsleitung, Studiengangsmanagement und Lehrenden aufgrund der Covid-19 Bestimmung stark eingeschränkt bzw. nicht möglich war, wurde zum Start des Wintersemesters 2020 eine Online Lektoren*innen Konferenz in Form einer Videokonferenz

für jeden Studiengang organisiert. Im Rahmen der Konferenz erhielten sowohl externe als auch interne Lehrende des Departments Gesundheit die wichtigsten Informationen für die Umsetzung des Wintersemesters 2020. Ein besonderes Augenmerk lag auf der Präsentation der Safe-FH Strategie und allen dazugehörigen Maßnahmen. Ein weiterer Schwerpunkt der Lektoren*innen Konferenz stellte die eDidaktik dar. Unter anderem wurden die Inhalte des Kurses „eDidaktik - Tool, Konzepte & Co“ als Anregung vorgestellt. Weiters erfolgte eine Live-Demonstration von unterschiedlichen Funktionen in Moodle und Teams, die zu einer Erleichterung bei der Umsetzung der Online-Lehre führten. Auch das Weiterbildungsangebot „ATHENA“, welches für externe und interne Lehrende der FH Burgenland kostenlos zur Verfügung steht, wurde um spezielle Seminare zum Thema Online-Lehre erweitert.

Hybride Lehre, das heißt eine Kombination aus synchronen und asynchronen Lehreinheiten sowie Präsenzphasen vor Ort stellte für das Wintersemester 2020/21 die ideale Lehrstrategie dar.

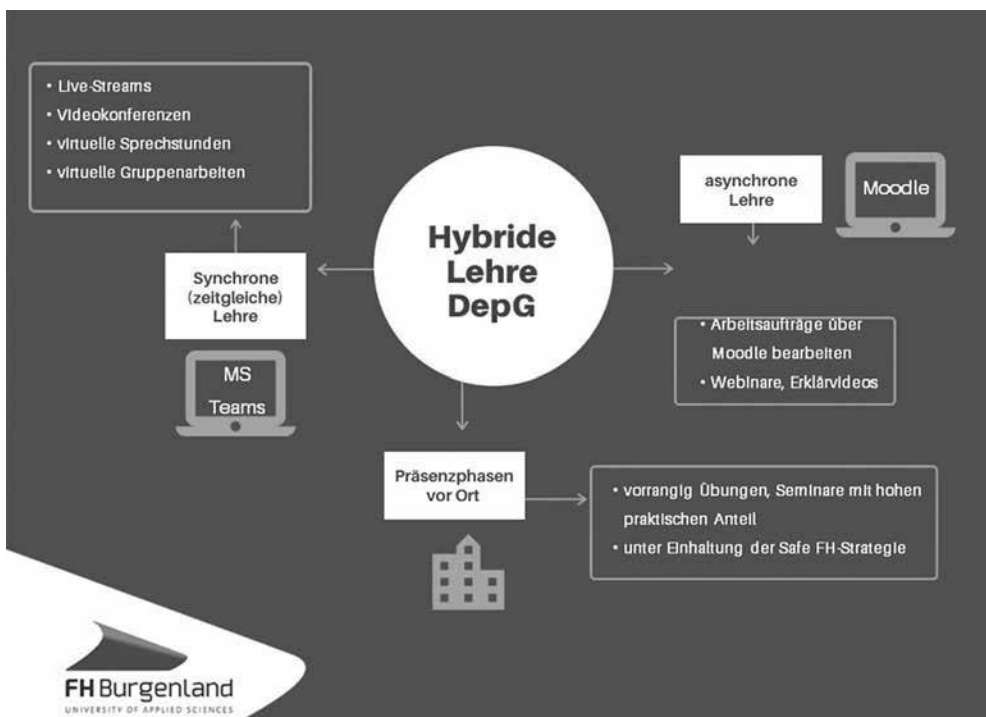


Abbildung 9: Konzept „Hybride Lehre am Department Gesundheit“. Quelle: Eigene Erstellung.

Präsenz vor Ort, wird sofern es die Covid-19 Situation zu lässt, vorrangig für praktische Übungen und Seminaren mit hohem praktischem Anteil und nur unter Einhaltung der Regelungen der Safe-FH Strategie geplant. Eine sinnvolle

Kombination aus synchronen und asynchronen Inhalten wird allen Lehrenden empfohlen. Synchroner Lehre wird in Form von live Videokonferenzen, virtuellen Sprechstunden und Gruppenarbeiten umgesetzt. Asynchrone Lehre wird weiterhin über die Lernplattform Moodle abgewickelt, vorrangig handelt es sich hierbei um Arbeitsaufträge und Fallbeispiele. Zum Teil werden aber auch Webinare und aufgezeichnete Erklärvideos zur Verfügung gestellt.

Aufgrund der Covid-19 Pandemie hat sich die Transformation der Hochschuldidaktik beschleunigt. Die daraus resultierenden Veränderungen bieten die Möglichkeit die Hochschullehre nachhaltig weiterzuentwickeln. Einerseits sollte das Weiterbildungsangebot für Lehrende im Bereich eDidaktik ausgebaut werden. Andererseits sollte zukünftig die Vermittlung von Future Skills im Mix mit Social Skills in den Curricula der Studiengänge integriert sein, um die digitalen Kompetenzen der Studierenden besser zu fördern.

Literatur

- Surov, A., March, C. & Pech, M. (2021). Curriculare Lehre während der Covid-19-Pandemie. *Der Radiologe* 165, <https://doi.org/10.1007/s00117-020-00793-0>
- Handke, J. (2020). *Handbuch Hochschullehre Digital: Leitffaden für eine moderne und medien-gerechte Lehre*. Baden: Tectum Verlag.
- Winde, M., Werner, S.D., Gubmann, B., Hieronimus, S. (2020). *Hochschulen, Corona und jetzt?* Stifterverband für die deutsche Wissenschaft e.V., McKinsey & Company. Essen.

Die Corona-Pandemie im Spiegel der zehn österreichischen Gesundheitsziele¹

Autor: Martin SPRENGER

Institution: Public Health Experte, MedUni Graz

Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Alle Menschen in Österreich wünschen sich ein möglichst langes Leben in guter Gesundheit und mit hoher Lebensqualität. Um dieses Vorhaben zu unterstützen, wurden in einem partizipativen Prozess zehn Gesundheitsziele entwickelt und im Sommer 2012 von der Bundesgesundheitskommission und dem Ministerrat beschlossen. Bis zum Jahr 2032 geben sie den Rahmen für die Steuerung des Gesundheitswesens vor und dienen allen wichtigen Organisationen auf Bundes- und Länderebene als gemeinsamer Leitfaden für ihr Handeln.

Im Folgenden wurden diese zehn handlungsanleitenden Ziele im Kontext der Corona-Pandemie analysiert und mit Noten bewertet.

1 **Gemeinsam gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen schaffen**

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie führen zu massiven Eingriffen in unsere Gesellschaft. Ein funktionstüchtiger Bildungsbereich und Arbeitsmarkt sind wichtige Determinanten für unsere Gesundheit. So verdoppelt Arbeitslosigkeit das Sterberisiko. Deshalb ist bei all diesen zum Teil gravierenden Entscheidungen das Instrument der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) unverzichtbar. Nur damit werden die gesundheitspezifischen Folgen geplanter politischer Vorhaben, wie z.B. Schulschließungen, besser abschätzbar. Nur damit können die negativen Auswirkungen minimiert werden. Österreich hat in den letzten Monaten Milliarden investiert, um Menschen in Kurzarbeit zu halten und Betriebe vor dem Konkurs zu bewahren. Schulschließungen erfolgten jedoch unbegründet und ohne besondere Begleitmaßnahmen. GFA wurde in den letzten Monaten keine einzige durchgeführt.

Bewertung: Genügend

2 Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

Eine Pandemie vergrößert immer die gesundheitliche und soziale Ungleichheit. Vulnerable und ärmere Bevölkerungsgruppen sind immer am stärksten betroffen. Sowohl von den direkten als auch den indirekten Auswirkungen einer Pandemie. Eine Pandemie macht Reiche reicher, und Arme ärmer. Menschen mit niedrigem Einkommen, all jene, die im Zuge der Pandemie ihren Arbeitsplatz verlieren sowie von Armut Betroffene haben besonders mit den Folgen der Krise zu kämpfen. Homeschooling und eingeschränkte Schulangebote erhöhen die bestehenden Bildungsungleichheiten. Einkommensarme und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind aktuell ebenso auf die Solidaritätsgemeinschaft angewiesen wie gesundheitliche Risikogruppen. Wie immer in Pandemien laufen sie Gefahr, zu Sündenböcken gemacht und für die Spaltung der Gesellschaft missbraucht zu werden. Dabei sollte uns allen bewusst sein, dass vor allem die soziale Sicherheit den sozialen Frieden garantiert.

Bewertung: Genügend

3 Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Gerade in Zeiten einer Pandemie kommt dieser Kompetenz große Bedeutung zu. Sie ist die Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung von empfohlenen Verhaltensweisen und das Verständnis von präventiven Maßnahmen. Umso wichtiger ist es, dass in einer Pandemie alle Maßnahmen gut begründet werden und der Bevölkerung ein Zugang zu verständlichen, unabhängigen und verlässlichen Informationen ermöglicht wird. Ersteres ist kaum passiert und Letzteres hat die „Message Control“ erfolgreich verhindert. Die vor drei Monaten eigens eingerichtete Covid-19-Datenplattform ist quasi leer. Aber auch das amtliche Dashboard zu Covid-19 hat monatelang fälschlicherweise auf SARS-CoV-2 positiv getestete Personen als „Erkrankte“ bezeichnet. Die 15 Qualitätskriterien für gute Gesundheitsinformation wurden kaum beachtet. Statt eine professionelle Risikokommunikation zu etablieren, schürt die Regierung Ängste und erzeugte damit maximale Verwirrung.

Bewertung: Nicht Genügend

4 Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

Vielen Menschen wurde im Shutdown erstmals bewusst, wie viel Lebensqualität mit einer verkehrsberuhigten, fast feinstaubfreien und entschleunigten Um-

welt verbunden ist. Nichtsdestotrotz war diese Erfahrung rasch wieder vergessen. Dabei sind funktionierende Ökosysteme nicht nur die zentrale Grundlage für die menschliche Existenz, sondern auch eine wesentliche Determinante für unsere Gesundheit. Die Corona-Pandemie zeigte drastisch, wie die Vernichtung von Lebensräumen dazu führt, dass Wildtiere auf von Menschen besiedelte Flächen ausweichen. Dadurch gelangen Mensch und Tier öfter in Kontakt und das Risiko der Übertragung von Krankheiten steigt. Die Deutsche Bundesumweltministerin Svenja Schulze stellte dazu schon Anfang April fest: „Gute Naturschutzpolitik, die vielfältige Ökosysteme schützt, ist eine wichtige Gesundheitsvorsorge gegen die Entstehung neuer Krankheiten.“ Aus Österreich gab es dazu bis dato keine entsprechende Wortmeldung.

Bewertung: Genügend

5 Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

Die Corona-Pandemie hat unsere Gesellschaften in vielen Bereichen gespalten und polarisiert. Diese Gräben ziehen sich durch Familien, Freundeskreise, Gemeinden, Firmen, werden sichtbar in den Medien, der Politik, aber auch der Wissenschaft. Diese Spaltung betrifft die Grundhaltung, wie das pandemische Geschehen insgesamt beurteilt wird. Während die Einen die ganze Aufregung und Maßnahmen für vollkommen übertrieben halten, gehen sie Anderen nicht weit genug. Die Meinungsunterschiede betreffen aber auch einzelne Aspekte wie zum Beispiel Maskenpflicht, Impfung, Schulschließungen oder Reisetätigkeit. Es ist aber auch ein Konflikt der Generationen und von Bevölkerungsgruppen, die unterschiedlich von der Pandemie betroffen sind. Sei es aufgrund des Erkrankungsrisikos, oder aufgrund von Arbeitsplatzverlust und wirtschaftlichen Einbußen. Diese Spaltung der Gesellschaft wurde von der Regierung bewusst gefördert. Menschen wurden als „Gefährder“ bezeichnet und Kinder als „Virenschleudern“. Bis heute wurde es versäumt, statt von der Notwendigkeit einer „sozialen Distanzierung“ immer von einer „physischen Distanzierung“ zu sprechen. Die vielen großartigen Projekte und Initiativen in der Zivilgesellschaft wurden damit konterkariert.

Bewertung: Genügend

6 Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen

Kinder und Jugendliche sind von SARS-CoV-2 weniger bedroht als durch andere Erkältungsviren. Die indirekten Folgen der Pandemie treffen diese junge Bevölkerungsgruppe aber besonders stark. Statt als Ressource werden sie noch immer als gesellschaftliches Infektionsrisiko wahrgenommen, obwohl die aktuelle Evidenz zeigt, dass im Gegensatz zur Influenza, Kinder deutlich we-

niger zum Infektionsgeschehen beitragen als Erwachsene. Kinder wurden in Wohnungen eingesperrt, ihre Spielplätze geschlossen und ihre sozialen Kontakte eingeschränkt. Wesentliche Determinanten für ihre Gesundheit wie Bildung und Bewegung spielten plötzlich keine Rolle mehr. Die Pandemie wird die Kinderarmut in Österreich weiter vergrößern und es damit der im Jahr 2011 gestarteten Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie noch schwerer machen, ihre Ziele zu erreichen.

Bewertung: Genügend

7 Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

Symptomatisch für das Versagen der aktuellen Ernährungspolitik war das große Cluster in der Tönnies-Fleischfabrik in Nordrhein-Westfalen. Rasch fokussierte die mediale und öffentliche Debatte fast ausschließlich auf das Infektionsrisiko. Kaum jemand fragte sich, warum die EU diese industrielle Fleischproduktion und zugehörige Massentierhaltung subventioniert. Anstatt darüber zu reden, wie eine gesunde Ernährung für alle zugänglich gemacht werden kann, anstatt zu fordern, dass die Herstellung, Verarbeitung und Vermarktung von Lebensmitteln unter gesundheitlichen, ökologischen und sozialen Gesichtspunkten erfolgen muss, dominierte eine virologisch-medizinische Perspektive. Dabei erhöhen Übergewicht und ernährungsbedingte Erkrankungen eindeutig das Risiko von schweren Covid-19-Verläufen.

Bewertung: Genügend

8 Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

Während des mehrwöchigen Lockdowns war Bewegung zwar nicht verboten, aber nur eingeschränkt möglich. Bundesgärten, Parks und Spielplätze wurden vollkommen unnötig geschlossen. Ein Vereinssport viel zu lange verhindert und die Sportausübung bis heute beeinträchtigt. Dabei ist gerade Bewegung an der frischen Luft einer der wichtigsten Muntermacher für unser Immunsystem. Ein Phänomen im heurigen Frühjahr war der Boom im Fahrradhandel. Leider wurde dieses positive Momentum nicht genutzt, um vor allem im urbanen Raum die sanfte, umweltschonende und gesundheitsfördernde Mobilität voranzutreiben. Über die wenigen Pop-Up-Radwege brausen inzwischen wieder die Kraftfahrzeuge.

Bewertung: Genügend

9 Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

Bis heute werden von der Politik bewusst Ängste geschürt, um damit Verhalten zu beeinflussen. Ein beträchtlicher Anteil der österreichischen Bevölkerung ist von den psychischen Folgen der Pandemie betroffen. Diese werden noch lange andauern und benachteiligte Gruppen sind davon stärker betroffen. Ängste schwächen unser Immunsystem und sind kein adäquates Steuerungsmittel. Alkohol und Tabak werden zunehmend als „Krisenbewältiger“ eingesetzt. Eine Strategie, um die damit verbundenen Schäden zu minimieren, ist nicht sichtbar.

Bewertung: Nicht Genügend

10 Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Es ist inzwischen unbestritten, dass es im Frühjahr 2020 auch in Österreich zu einer Unter- und Fehlversorgung von Non-Covid-Erkrankungen gekommen ist. Nicht nur von akuten Geschehen wie Herzinfarkten, sondern auch von chronischen Erkrankungen, wie Diabetes oder Herzinsuffizienz. Aber auch in der psychosozialen Versorgung, Früherkennung, Rehabilitation und vielen anderen Bereichen. Einiges davon konnte über den Sommer wieder abgearbeitet werden. Viele der entstandenen Schäden sind irreparabel. Jetzt, am Beginn der Virensaison, nehmen die Ängste und die Unsicherheit in der Bevölkerung wieder zu. Damit beginnt auch wieder die Unter- und Fehlversorgung von Non-Covid-Erkrankungen. Wiederum gänzlich unbeachtet von Bund, Ländern und Sozialversicherung. Obwohl diese im Zielsteuerungsvertrag Gesundheit mit ihrer Unterschrift garantiert haben, dass „ein niederschwelliger Zugang zu einer qualitativ hochstehenden, bedarfsgerechten und effizienten Gesundheitsversorgung für alle Menschen, durch ein solidarisches Gesundheitssystem nachhaltig sichergestellt wird.“

Bewertung: Genügend

Literatur

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2016): Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021. Zugang: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html) Zugriff: 8.10.2020.

Endnote

- 1 Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Springer-Verlag GmbH; Originalpublikation erschienen in der ÖKZ Nr. 11/2020.

Kollateralschäden der Pandemiemaßnahmen

Autor: Florian STIGLER

Institution: Österreichische Gesundheitskasse

Kurzfassung

Die Gegenmaßnahmen zur Covid-19-Pandemie haben unterschiedliche unerwünschte Nebenwirkungen, die meist als „Kollateralschäden“ bezeichnet werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um finanziell-wirtschaftliche Auswirkungen, um psychosoziale Belastungen sowie um Krankheits-bezogene Folgen. Wirksame gesundheitspolitische Maßnahmenbündel zur Reduktion der kurz-, mittel- und langfristigen Kollateralschäden in Österreich wären aus Public Health Sicht sowohl wichtig als auch dringend.

1 Einleitung

Die Covid-19-Pandemie hat weltweit und in Österreich zu verschiedenen gesundheitspolitischen Gegenmaßnahmen geführt. Wissenschaftliche Studien und fachliche sowie öffentliche Diskussionen haben nicht nur die Wirksamkeit dieser unterschiedlichen „Policies“ betrachtet, sondern auch deren unerwünschten Nebenwirkungen, die meist als „Kollateralschäden“ bezeichnet werden. Damit wird implizit oftmals gemeint, dass alle diese implementierten gesundheitspolitischen Maßnahmen nicht nur erwünschte positive Auswirkungen (wie eine Reduktion der Ansteckungsrate) sondern auch unerwünschte negative Folgen haben (sowohl körperliche als auch psychische, soziale und wirtschaftliche Auswirkungen). Dadurch ergeben sich vor allem zwei weitere Fragestellungen, sind diese Maßnahmen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht berechtigt (ist deren Nutzen größer als der Kollateralschaden) bzw. wie können diese Kollateralschäden möglichst reduziert werden?

2 Häufig diskutierte Kollateralschäden

Die komplexen Gegenmaßnahmen zur Covid-19-Pandemie haben komplexe gesellschaftliche Auswirkungen, die alle unsere Gesundheit direkt oder indirekt beeinflussen (1). Viele Kollateralschäden sind offensichtlich, andere ergeben sich aus einem theoretischen Public Health Gesundheitsverständnis und manche zeigen sich bereits anhand von aktuellen wissenschaftlichen Studien.

Wirtschaftliche Auswirkungen der unterschiedlichen Maßnahmen, insbesondere von „harten“ Maßnahmen wie einem Lockdown (dessen Definition meist Schließungen von Wirtschaftsbetrieben inkludiert wie beispielsweise Restaurants, Kinos, aber teilweise auch Geschäften), liegen auf der Hand. Diese Auswirkungen inkludieren Umsatzeinbußen von Unternehmen sowie Einkommenseinbußen von Individuen, Betriebsschließungen, Reduktion von Wirtschaftsleistung und Konsum sowie eine Steigerung der Arbeitslosigkeit (mit all ihren biopsychosozialen Konsequenzen). Manche ExpertInnen bezweifeln deshalb, ob der Nutzen von Lockdowns den Schaden überwiegt, fast alle ExpertInnen scheinen sich einig zu sein, dass diese Kollateralschäden abgeschwächt werden müssen, was durch verschiedene, teilweise sehr teure Fördermaßnahmen für Unternehmen und Individuen bereits geschieht.

Ein polarisierendes Thema waren die durchgeführten Schulschließungen. Die Polarisierung ergab sich aus der unklaren Evidenzlage zur Wirksamkeit von Schulschließungen auf das bevölkerungsweite Infektionsgeschehen sowie auf den Kollateralschaden der dadurch reduzierten Bildungschancen (mit all ihren biopsychosozialen Konsequenzen). Bildung ist eine der wichtigsten Determinanten von Gesundheit und reduzierte Bildungschancen haben nicht nur langfristige finanzielle Auswirkungen für Individuen und für die Gesellschaft, sondern auch langfristige gesundheitliche Auswirkungen – körperlich, psychisch und sozial. Da in unterschiedlichen Ländern die Maßnahme der Schulschließung unterschiedlich priorisiert und umgesetzt wurden, scheinen solche Entscheidungsfindungen mehr politikwissenschaftlich als gesundheitspolitisch erklärbar zu sein.

Manche psychosozialen Kollateralschäden scheinen klar zu sein, andere sind derzeit noch weniger offensichtlich. Die akute psychosoziale Belastung wird von unterschiedlichen Individuen in unterschiedlichen Lebenssituationen unterschiedlich wahrgenommen, gänzlich unberührt ist von der Pandemie und den entsprechenden Gegenmaßnahmen jedoch kaum jemand. Über die tatsächlichen mittel- und langfristigen psychosozialen Auswirkungen kann derzeit jedoch nur spekuliert werden. Inwieweit die teilweise starken akuten Belastungen zu traumatisierenden Spätfolgen führen werden (was sich beispielsweise über vermehrte Depressionen oder Angsterkrankungen zeigen könnte) sollte deshalb wissenschaftlich gründlich evaluiert werden.

Ein anderer großer, häufig diskutierter Bereich der Kollateralschäden betrifft Änderungen der Krankenversorgung. Jedes Gesundheitssystem hatte bereits vor der Pandemie Schwächen, so auch das österreichische Gesundheitssystem (beispielsweise Qualitätsprobleme bezüglich der Versorgung von Personen mit chronischen Erkrankungen). Gerade zu Beginn der Pandemie haben viele PatientInnen mit akuten aber auch mit chronischen Erkrankungen das Gesundheitswesen gemieden, vermutlich aus Angst vor Ansteckungen oder auch aufgrund von unklaren oder nicht bekannten Regelungen. Mehrere Studien zeigten

beispielsweise reduzierte Raten an Krankenhauseinweisungen aufgrund von Herzinfarkten während der Phase des ersten Lockdowns (2).

Weniger diskutiert wurden „positive Kollateralschäden“ durch die Pandemie beziehungsweise durch deren unterschiedlichen Gegenmaßnahmen. Erste Hinweise zu einem während der Pandemie vermehrten Rauchstopp und reduziertem Alkoholkonsum in England (3) sind nur ein Beispiel für manche vorteilhaften Effekte.

3 Interpretation und Reduktion der Kollateralschäden

Es scheint klar zu sein, dass die komplexen Gegenmaßnahmen zur Covid-19-Pandemie komplexe gesellschaftliche Auswirkungen haben, manche davon sind erwünscht (Reduktion der Infektionsausbreitung), manche davon sind nicht erwünscht (körperliche, psychische, soziale und wirtschaftliche Schäden). Es gab bisher viel Diskussion über diese Kollateralschäden und oftmals wurden diese als Argument verwendet, um gegen bestimmte Maßnahmen oder gegen alle Maßnahmen an sich einzutreten. Seltener wurde jedoch diskutiert, wie die Kollateralschäden der politisch bereits umgesetzten Maßnahmen verringert werden könnten. Die Frage ob bei einer spezifischen Maßnahme der Nutzen den Schaden überwiegt, kann und soll zwar Evidenz-informiert erfolgen, jedoch kann die Wissenschaft aufgrund limitierter Datenlage und aufgrund von methodischen Schwierigkeiten dazu keine unumstößlichen Aussagen treffen. Einigkeit herrscht jedoch darüber, dass es Kollateralschäden gibt und dass diese möglichst reduziert werden sollten. Initiativen wie eine Kindergesundheitsstrategie, eine Mental Health Strategie oder die Umsetzung von Reformen des Gesundheitswesens zur Stärkung der Primärversorgung und der Versorgung von Personen mit chronischen Erkrankungen wären deshalb ausgesprochen relevante Maßnahmen.

Literatur

- WHO Europa, 2004. Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe / Redaktion Richard Wilkinson und Michael Marmot. Kopenhagen, Dänemark.
- Kiblböck, D., Kellermair, J., Siostrzonek, P. et al. Regional differences in hospital admissions for ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarctions during the Coronavirus disease-19 (Covid-19) pandemic in Austria. *Wien Klin Wochenschr* 132, 362–364 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01698-7>.
- Jackson, S. E., Garnett, C., Shahab, L., Oldham, M., and Brown, J. (2020) Association of the Covid 19 lockdown with smoking, drinking and attempts to quit in England: an analysis of 2019–20 data. *Addiction*, <https://doi.org/10.1111/add.15295>.

Covid-19: Booster für die digitale Zukunft des österreichischen Gesundheitswesens?

Autor*innen: Manuela SCHWEIGER, Peter J. MAYER, Alexandra WEGHOFER
Institution: Fachhochschule Burgenland, Eisenstadt, Österreich

Kurzfassung

Die Corona-Virus-Pandemie, ausgelöst durch das SARS-CoV-2-Virus, die bis dato in rund 20% der Fälle schwere Verläufe aufwies, hatte ihren Ausgang Ende 2019 in China genommen. Bereits Ende Februar des folgenden Jahres wurden erste Patientinnen und Patienten in Österreich mit Covid-19-Erkrankungen identifiziert, worauf zahlreiche Maßnahmen gesetzt wurden, um einer raschen Ausbreitung dieser Infektionskrankheit entgegenzuwirken. Da es bislang keine wirksamen Medikamente gab, musste größtenteils auf herkömmliche Public-Health-Interventionen wie Physical Distancing, Hygienemaßnahmen sowie gezieltes Contact Tracing, ergänzt durch Quarantänebestimmungen, zurückgegriffen werden. Häufig kamen dabei digitale Instrumente zum Einsatz, die dazu beitrugen, sowohl die medizinische Grundversorgung aufrechtzuerhalten als auch die Pandemie als solche unter Kontrolle zu halten. Letztlich hat durch die „Corona-Krise“ auch die digitale Transformation des österreichischen Gesundheitswesens an Schubkraft gewonnen – ob diese Entwicklung anhält, ist noch nicht absehbar.

1 Einleitung

Das 21. Jahrhundert steht vor einer „digitalen Revolution“: Computer und digitale Technik lösten einen Umbruch aus und verändern dabei nicht nur die Wirtschafts- und Arbeitswelt, sondern auch das private und öffentliche Leben. Neue soziale Medien führen zu einem Wandel des Kommunikationsverhaltens, der Sprachkultur und sämtlicher Sozialisationsprozesse. Der Transformationsprozess in die digitale Welt wird immer mehr auch zur treibenden Kraft im österreichischen Gesundheitswesen. Die elektronische Gesundheitsakte – kurz ELGA – ist nur eines der zahlreichen e-Health Projekte, deren Umsetzung erfolgreich gelungen ist. Es wird dadurch ein orts- sowie zeitunabhängiger Zugang zu Gesundheitsdaten ermöglicht. Trotz vieler Vorteile, die durch digitale Anwendungen geboten werden, bergen sie auch Risiken wie etwa Missbrauch von sensiblen Gesundheitsdaten in sich. Diese wohl bekannten Unsicherheiten

fürten zu einer zögerlichen Implementierung digitaler Anwendungen generell sowie zu Akzeptanzproblemen in den Reihen der zahlreichen Stakeholder. Trotz aller Komplexität, die die Digitalisierung im Gesundheitswesen mit sich bringt, kommt vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Corona-Krise klar zum Ausdruck, dass Länder mit hohem digitalen Reifegrad, sogenannte „digitale Champions“, digitale Herausforderungen besser meistern als bloße digitalen Follower, die meist erst am Beginn der digitalen Transformation stehen. Die Pandemie hat den Handlungsdruck eben auch auf das österreichische Gesundheitssystem deutlich erhöht. Es bleibt jedoch zu klären, ob sich der einer digitalen Entwicklung verliehene Schwung auch nach Ende der Pandemie fortsetzt und demnach zur nachhaltigen Weiterführung des gegenwärtig noch „provisorischen Kriseninstrumentariums“ führen kann.

1.1 Hintergrund

Seit Beginn der Pandemie ist das österreichische Gesundheitssystem besonders gefordert: durch das unerwartete Auftreten des Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 – kurz SARS-CoV-2 – wurde die weltweite Pandemie ausgelöst. Bis zum 21. Dezember 2020, also binnen eines Jahres, wurden in 191 Ländern 76 880 694 Menschen mit diesem Krankheitserreger gezählt, von denen 1 694 288 mit oder an der Covid-19-Erkrankung verstarben (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, 2020). Die von der österreichischen Bundesregierung, dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung sowie dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz erlassenen Maßnahmen zur Eindämmung der Infektionszahlen beinhalteten, neben Einhaltung eines Mindestabstandes von mindestens eineinhalb Metern und das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, vor allem die Vermeidung von physischen Kontakten (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2020). Um einem drohenden Zusammenbruch des Gesundheitssystems entgegenzuwirken, wurden in zeitlich begrenztem Rahmen lediglich Notfallpatientinnen und -patienten sowie Patientinnen und Patienten Menschen mit vital bedrohlichen Erkrankungen in Gesundheitseinrichtungen versorgt. Die qualitativ hochwertige, kontinuierliche Gesundheitsversorgung gestaltete sich in Hinblick des gebotenen Physical Distancing meist schwierig – durch die Krise wurden jedoch auch Defizite sowie digitale Versorgungslücken des österreichischen Versorgungssystems offengelegt.

Österreich hat die SARS-CoV-2-Pandemie im internationalen Vergleich bislang gut gemeistert, was hauptsächlich auf die hohe Zahl an Intensivbetten, 29 je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner, zurückzuführen ist (Radtke, 2020). Wie der vorläufige Rückgang der Infektionszahlen zeigte, erwies sich die Strategie der Bundesregierung, mithilfe eines Lockdowns das Infektionsgeschehen einzudämmen, als effektive Maßnahme. Obwohl sich die aus den restriktiven gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Maßnahmen

resultierenden Ergebnisse wie das Absinken der SARS-CoV-2-positiv Getesteten zufriedenstellend zeigten, wies die Krise dennoch auf Versorgungslücken innerhalb des Gesundheitssystems hin. So wurden bereits während des ersten Lockdowns elektive Eingriffe verschoben sowie Patientinnen und Patienten dazu aufgerufen, Spitalsambulanzen lediglich bei absoluter Dringlichkeit aufzusuchen, um Kapazitäten zur Versorgung Erkrankter, die einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, vorzuhalten. Dies führte jedoch im Zeitraum zwischen März und Mai 2020 zu einer deutlichen Reduktion an stationären Aufenthalten verglichen zum gleichen Zeitraum des Vorjahres - so wurde in Österreich in dieser Zeit zum Beispiel eine um etwa 40 % geringere Hospitalisierungsrate von Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkten verzeichnet (Eglau, 2020). Dieser Rückgang kann derzeit jedoch noch nicht ausreichend wissenschaftlich begründet werden: einerseits könnte die geringere psychische Belastung durch Homeoffice oder die Reduktion von schädlichen Umwelteinflüssen wie etwa Feinstaubbelastung dafür verantwortlich sein. Dem gegenüber steht die These, dass die betroffenen Menschen aus Angst vor einer möglichen Covid-19-Infektion innerhalb der Versorgungseinrichtungen Symptome ignorierten. Auch die Besuchsfrequenz des niedergelassenen Versorgungssektors zeigte eine deutliche Abnahme: in Wien verringerten sich etwa im April 2020 Arztbesuche um rund 25%, obwohl ein Großteil der Ordinationen geöffnet hatte – trotz des Einsatzes von „digitaler Medizin“ wie telemedizinische Angebote, deren Akzeptanz durch die Covid-19-Pandemie sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei den Gesundheitsdienstleistern selbst deutlich gesteigert werden konnte (Kicking, 2020). So zeigt eine Studie der Donauuniversität Krems, dass während der Corona-Krise rund 80% der Patientinnen und Patienten sowie 60% der Ärzteschaft hohe Bereitschaft aufwiesen, digitale Instrumente wie Telemedizin in Krisenzeiten zu nutzen (Hainzl & Juen, 2020).

Die Covid-19-Pandemie hat somit aufgezeigt, dass dem Einsatz von digitalen Werkzeugen gerade im Gesundheitsbereich essentielle Bedeutung zukommt, um neuen Herausforderungen zu begegnen und dabei die kontinuierliche Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten sowie letztlich auch dem vielfach angestrebten „Best Point of Service“ in der Versorgung näher zu kommen (Mayer et al., 2018, S. 33). In Österreich wurden in den letzten Jahren zwar bereits gute Rahmenbedingungen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens geschaffen, allerdings scheiterte es an der Umsetzung, die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eben nur zögerlich bis mangelhaft vor sich ging (Bertelsmann Stiftung, 2018, S. 231). Bis zum Ausbruch des SARS-CoV-2-Virus diente digitale Medizin hauptsächlich der Verwaltung von Patientendaten – durch die Corona-Krise wurden e-Health-Projekte innerhalb kürzester Zeit wie etwa das e-Rezept, deren Realisierung bereits seit vielen Jahren geplant wurde, umgesetzt und bieten seither eine gute Alternative zum klassischen Arztbesuch. Trotz des

Stresstests im österreichischen Versorgungswesen sowie des hohen Bedarfs an alternativen, digitalen Methoden zeigte sich einmal mehr sehr deutlich das Erfordernis, die Interessenslagen der relevanten Stakeholder zu berücksichtigen, um letztlich die zahlreich existierenden „Provisorien“ einer nachhaltigen Umsetzung in den Regelbetrieb zuzuführen. Denn digitale Transformation kann nur dann erfolgreich stattfinden, wenn sich sowohl Qualität und als auch Akzeptanz auf hohem Niveau finden.

1.2 Problemstellung

Die Covid-19-Pandemie veränderte das österreichische Gesundheitssystem gewaltig. Bisher lediglich zögerlich umgesetzte digitale Applikationen wie etwa das e-Rezept oder Videokonsultationen werden, um die kontinuierliche Gesundheitsversorgung aufrechterhalten zu können, aufgrund enormen Handlungsdrucks binnen kürzester Zeit realisiert. Derzeit gibt es jedoch noch keinerlei klaren Hinweis, lediglich Anzeichen, hinsichtlich der Ausprägungen des durch die Corona-Krise ausgelösten Push-Effekts infolge der Digital Health-Maßnahmen.

1.3 Zielsetzung

Die Folgen der Corona-Virus-Krise auf die digitale Transformation des österreichischen Gesundheitswesens sind noch nicht abzuschätzen. Der vorliegende Beitrag zielt darauf ab, einen Überblick über den derzeitigen Stand zur Problemlage zu geben, ergänzt um die Expertise maßgeblicher Stakeholder aus dem Gesundheitswesen.

Auf folgende Fragen sollen Antworten gefunden werden:

- Welche digitalen Technologien kamen infolge der Corona-Virus-Pandemie im österreichischen Gesundheitswesen zur Anwendung?
- Inwieweit sind Entscheider im Gesundheitswesen bereit, digitale Instrumente einzusetzen?
- Kann der Covid-19-Pandemie die Wirkung ähnlich eines Boosters für digitale Transformation des österreichischen Gesundheitswesens zugeschrieben werden?

2 Methodik

Der Beitrag basiert auf einer systematischen Literaturrecherche, die auf einem umfassenden qualifizierten Literature Review gründet. Einschlägige Fachwerke zu e-Health und Digitalisierung im österreichischen Gesundheitswesen wurden ebenso herangezogen wie Studien und Berichte, die sich auf das Versorgungswesen während der Covid-19-Pandemie bezogen. Dabei fanden vor allem Beiträge Berücksichtigung, die zwischen 01.01.2020 und 31.12.2020 in Datenban-

ken wie PubMed und Google Scholar zu finden waren und mit Suchbegriffen wie „Gesundheit“, „Medizin“, „Digitalisierung“, „Österreich“, „Covid-19“ und „Corona“ unter Einsatz von Booleschen Operatoren identifiziert werden konnten. Die rasante Entwicklung erforderte eine gezielte Suche insbesondere nach webbasierten Inhalten, welche nach den Kriterien der guten wissenschaftlichen Praxis einer sorgfältigen Auswahl unterzogen wurden. Ergänzt wurde das laufende theoretische Update durch Auszüge aus sieben Experteninterviews, deren Durchführung sich auf den Zeitraum zwischen 04.05.2020 bis 14.06.2020 beschränkte.

3 Ergebnisse

Die Covid-19-Pandemie scheint wie ein Weckruf für die digitale Transformation des österreichischen Gesundheitswesens gewesen zu sein. Obwohl Digitalisierung immer wieder thematisiert wird, mangelt es dennoch im klinischen Alltag an der Etablierung digitaler Anwendungen. Die Corona-Krise verdeutlichte einmal mehr, welchen essentiellen Beitrag der Einsatz digitaler Tools in Bezug auf die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung sowie, bezogen auf Covid-19, zur Bekämpfung der Infektionsausbreitung zu leisten vermag. Nachstehende Abb. 1 soll jene auf Basis digitaler Werkzeuge beruhenden Hauptaspekte hervorheben, die der Eindämmung des SARS-CoV-2-Virus einerseits sowie weiterer epidemiologischer Maßnahmensetzungen andererseits dienen können.

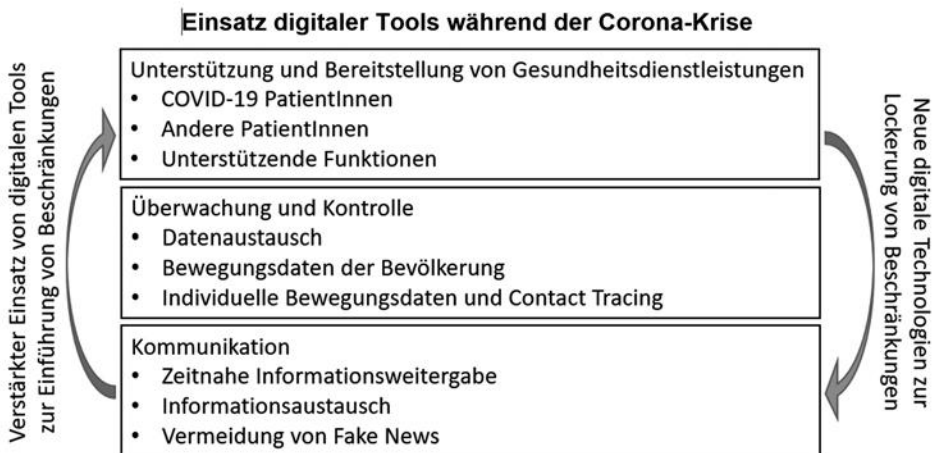


Abb. 1: Hauptaspekte des Einsatzes digitaler Tools zur Bekämpfung der Corona-Krise.
Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an WHO Europe (2020)

In Österreich konnten durch die Corona-Krise einzelne e-Health-Projekte innerhalb kürzester Zeit umgesetzt beziehungsweise ausgebaut werden und ergänzen seither das herkömmliche medizinische Angebot des österreichischen Gesundheitssystems. Im Folgenden wird ein Überblick über jene digitalen Tools im österreichischen Gesundheitswesen gegeben, deren Entwicklung und Implementierung speziell durch die Covid-19-Pandemie vorangetrieben wurde.

3.1 Telemedizin

Bis Mitte März 2020 gab es in Österreich nur wenige telemedizinische Projekte, die sich auf eine erfolgreiche Implementierung im österreichischen Gesundheitswesen berufen konnten. Neben der Gesundheitshotline 1450 fanden sich lediglich einige Remote-Programme für chronisch Kranke, was vermutlich darauf zurückzuführen war, dass telemedizinische Behandlungen in der Regelfinanzierung der Sozialversicherungsträger vor Covid-19 kaum aufschienen. Ausgelöst durch den ersten Corona-bedingten Lockdown wurden rasche, auf Telemedizin beruhende Lösungen umgesetzt, die bis dahin nur schwer vorstellbar gewesen waren: Videokonsultationen via WhatsApp, Skype, Face Time sowie weitere Chat-Technologien oder Krankschreibungen per Telefon. Seither dürfen telemedizinische Behandlungen (je nach Sozialversicherungsträger vorerst befristet bis Oktober 2021) gleich wie physisch erbrachte Leistungen von Ordinationen in Abrechnung gebracht werden. Dieses Angebot wurde offensichtlich genutzt: Einer Umfrage der Wiener Ärztekammer zufolge betreuten etwa 68% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte signifikant mehr Patientinnen und Patienten telemedizinisch als noch vor der Pandemie (Wirtschaftskammer Österreich, 2020). Eine Befragung durch das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) im Oktober 2020 zeigt, dass etwa 78,5% der niedergelassenen Ärzteschaft während des ersten Lockdowns im März 2020 telemedizinische Angebote zur Verfügung stellte - vor der Pandemie waren es im Vergleich dazu lediglich 9% (Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, 2020, S. 97). Die Gründe für den telemedizinischen Einsatz waren vielfältig, wie in Abb. 2 deutlich zum Ausdruck gebracht werden soll.

Auch technische Hilfsmittel, die während ärztlicher Konsultationen zum Einsatz kamen, wurden im Zuge der Befragung erhoben. Dabei ergab sich, dass 97,9% der Anwendungen telefonisch, 22,1% via Videosprechstunde sowie weitere 20% über andere technische Lösungen erfolgten (Mehrfachnennungen waren möglich). Jene Ärztinnen und Ärzte, die keine telemedizinischen Konsultationen anboten, nannten unterschiedliche Gründe, die nachstehender Abb. 3 zu entnehmen sind (Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, 2020, S. 99).

Angebot an telemedizinischen Konsultationen während der COVID-19-Pandemie

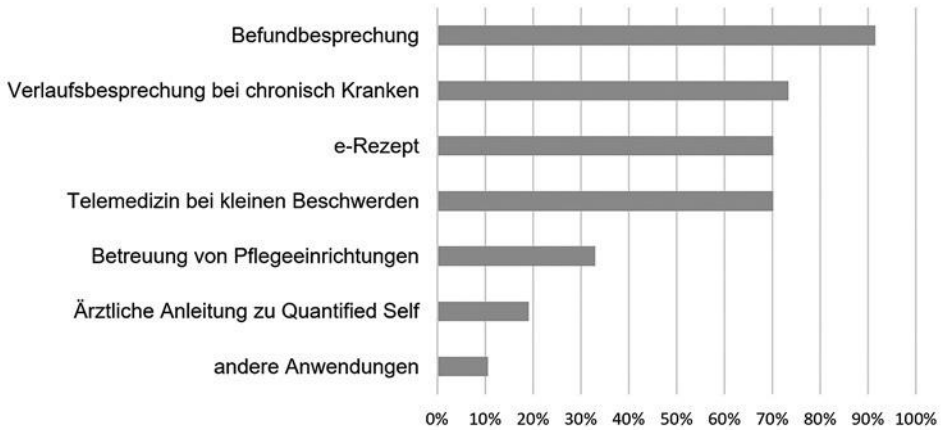


Abb. 2: Angebotene telemedizinische Leistungen während des ersten Corona-Lock-downs ($n=121$). Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (2020)

Gründe für Ablehnungen von Telemedizin

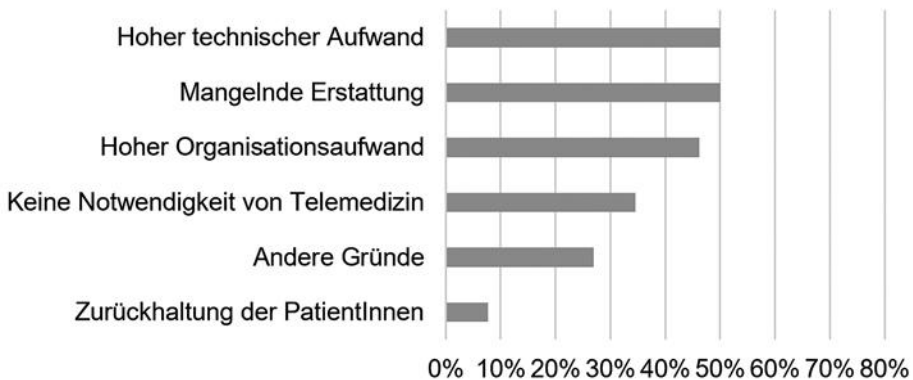


Abb. 3: Telemedizin hemmende Faktoren aus ärztlicher Sicht ($n=26$, Mehrfachnennungen möglich). Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (2020)

Darüber hinaus zeigte sich, dass die Corona-Krise maßgeblich das Potenzial der Telemedizin offengelegt hat: 77% der befragten Ärztinnen und Ärzte nannten Systemerhaltung in Krisenzeiten als wichtigste Möglichkeit telemedizinischer Anwendungen, wie in nachstehender Abb. 4 veranschaulicht werden soll (Hainzl & Juen, 2020, S. 8).

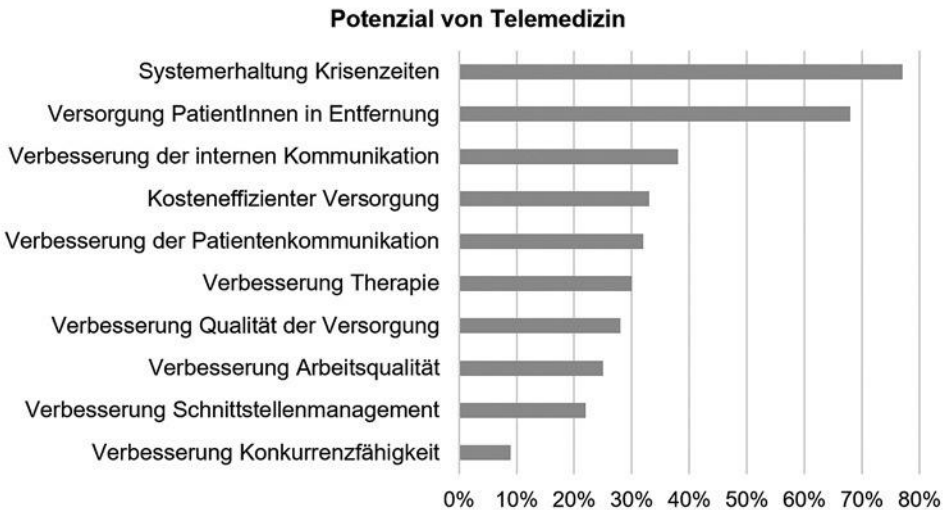


Abb. 4: Möglichkeiten zum Einsatz von Telemedizin aus ärztlicher Sicht (n=606, Mehrfachnennungen möglich). Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Hainzl & Juen (2020)

Die positive Wahrnehmung hinsichtlich Telemedizin spiegelt sich auch in den Antworten zur Frage nach dem Ausbau telemedizinischer Angebote wider: Mehr als 50% der befragten Ärztinnen und Ärzte – dargestellt in Abb. 5 – sprachen sich für die Weiterentwicklung und den verstärkten Einsatz von Telemedizin aus (Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, 2020, S. 100).

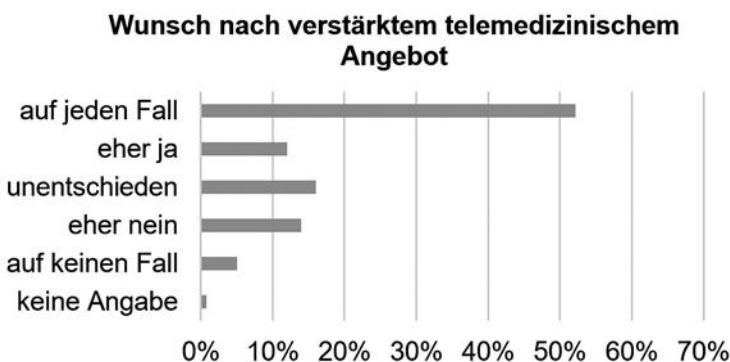


Abb. 5: Wunsch nach verstärktem telemedizinischen Angeboten (n=121). Quelle: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (2020)

Hier liegt die Vermutung nahe, dass die hohe Zustimmung vor allem daraus resultiert, dass sich die Implementierung digitaler Anwendungen als einfacher

erwiesen hat als ursprünglich befürchtet worden war. Eine Umfrage unter 500 Österreicherinnen und Österreicher zeigt klar, dass auch Patientinnen und Patienten telemedizinischen Programmen eine positive Bedeutung zuschrieben (Spectra Marktforschung, 2020). Als Vorteile wurde das Ausbleiben des Ansteckungsrisikos oder das Wegfallen von Weg- und Wartezeiten genannt. Grundsätzlich scheint es, als ob durch die Coronavirus-Krise pragmatische Zugänge gefördert sowie ursprünglich vorhandene Bedenken bezüglich Telemedizin aufgeweicht würden.

Durch die Covid-19-Pandemie kam es im Bereich der Digitalisierung zu einer Beschleunigung der Entwicklung. Nachstehende Abb. 6 zeigt den chronologischen Verlauf, vom Auftreten der ersten SARS-CoV-2-Infektionen in Österreich bis zur Kostenübernahme telemedizinischer Behandlungen durch die Sozialversicherungsträger sowie deren katalytische Wirkung in der Krise. Was seit Entstehen der österreichischen e-Health-Strategie aus dem Jahr 2007 hinsichtlich Telemedizin nicht gelang, wurde innerhalb eines kurzen Zeitraums realisiert - ob es zu einem nachhaltigen Bestand telemedizinischer Angebote kommen wird, bleibt ungesichert.

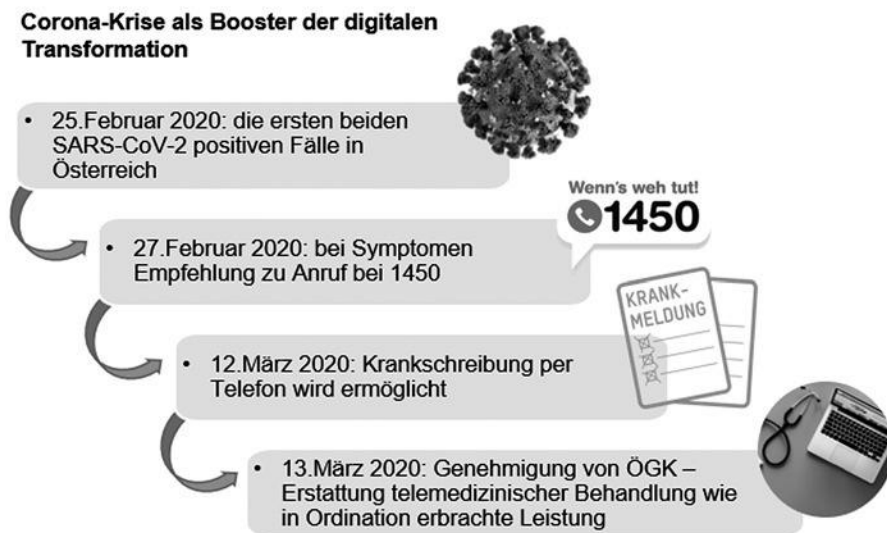


Abb. 6: Zeitlicher Verlauf bis zur Kostenübernahme telemedizinischer Anwendungen durch den SV-Träger, vom Auftreten erster SARS-CoV-2-Infektionen in Österreich bis zur (befristeten) Genehmigung. Quelle: Eigene Erstellung

3.2 e-Medikation

Bereits seit dem Jahre 2007 wird seitens der Sozialversicherungsträger an der Einführung der elektronischen Medikation (e-Medikation) gearbeitet. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf medizinischen Daten, die einen Über-

blick über die Patientinnen- und Patientenenmedikation geben sollen, wodurch Wechselwirkungen und Mehrfachverschreibungen vermieden werden können. Grundlage dabei bildet das Gesundheitstelematikgesetz (siehe § 16a GTelG 2012).

Unter Gesundheitstelematik wird die Nutzbarmachung sowie die Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) in gesundheitsrelevanten Versorgungsbereichen verstanden. Das GTelG regelt die Datensicherheit, welche den sicheren elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten gewährleisten soll. Ziel ist es, bundeseinheitliche Mindeststandards für den Austausch gesundheitsrelevanter Daten festzulegen sowie eine breitere, international vergleichbare Informationsbasis für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in Bezug auf die Bewertung neuer Technologien zu schaffen. Auf der Grundlage dieses Gesetzes wurde ein System geschaffen, welches als ELGA-Anwendung Informationen über verordnete sowie abgegebene Medizinprodukte und Arzneimittel bietet.

Im September 2019 ging die e-Medikation in den Vollbetrieb - zum landesweiten, vorverlegten Rollout kam es Corona-bedingt, aufgrund des von der Bundesregierung verhängten Lockdowns, erst im März 2020. Dennoch handelte es sich um eine provisorische Maßnahme. Durch den Zeitdruck wurden Systemschwächen toleriert, deren Überwindung noch bevorstehen.

Häufig wird der Begriff e-Medikation synonym zu „e-Rezept“ verwendet - Abb. 7 deutet auf die wesentlichen Unterschiede der beiden Begriffen hin.



Abb. 7: Unterschiede zwischen e-Medikation und e-Rezept. Quelle: Eigene Erstellung

3.3 e-Rezept

Im Gegensatz zur e-Medikation konnte das elektronische Rezept (e-Rezept) bis zu Beginn des Jahres 2020 nicht vollständig umgesetzt werden. Der ursprüngliche Plan sah vor, die e-Health-Anwendung stufenweise von 2020 bis Ende Mai 2022 flächendeckend einzuführen, die Covid-19-Pandemie beschleunigte jedoch diese Entwicklung.

Seit Einführung der e-Card im Jahre 2005 wurde von den Kurien der Ärztekammern und Gremien der Kassen das Ziel verfolgt, die jährlich etwa 60 Millionen Medikamentenrezepte, die bislang in Papierform vorlagen, digital verfügbar zu machen. Nach Festlegung des ersten Corona-Lockdowns am 13. März 2020 wurde von der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft – kurz SVC –, die sich für die e-Card, e-Medikation und das ELGA Bürgerportal verantwortlich zeichnet, eine rasche Übergangslösung geschaffen. Das gegenwärtige System gilt jedoch als datentechnisches und administratives Provisorium, weil dieses nicht wie beabsichtigt auf der technischen Infrastruktur der e-Card, sondern auf jener der ELGA-basierten e-Medikation beruht. Das ursprünglich geplante, aber unerprobte e-Rezept gehört zum Verwaltungssystem der Sozialversicherungsträger, dessen Hauptziel sich auf die Digitalisierung der administrativen Prozesse erstreckt.

Das e-Rezept basiert auf dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Dieses regelt die Versicherungspflicht in der Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung sowie Möglichkeiten zur freiwilligen Selbstversicherung. Ebenso ist hier festgehalten, dass die Einführung eines elektronischen Verwaltungssystems durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – seit Beginn 2020 „Dachverband der Sozialversicherungsträger“ – zu erfolgen hat, wodurch administrative Transaktionen zwischen Versicherten, Vertragspartnerinnen und -partnern sowie der Sozialversicherung in papierloser Form ermöglicht werden sollen (§ 31a ASVG). Demnach liegt der Fokus der Digitalisierung auf Administrationsprozesse. Nach erfolgreicher Einführung ist es erklärtes Ziel, jene Daten, die bei der Erstellung beziehungsweise bei der Einlösung eines Rezeptes generiert werden, automatisch sowohl im ELGA- als auch im e-Card-System zu integrieren.

Bei der Entwicklung des e-Rezeptes stand vor allem Usability – Benutzbarkeit – im Vordergrund. Bei Erstellung eines Rezeptes wird die Arzneispezialität mithilfe einer Software auf die e-Card transferiert. Patientinnen und Patienten erhalten einen Code auf das Mobiltelefon beziehungsweise – wenn technische Barrieren vorliegen – einen Ausdruck ausgehändigt. Im Anschluss kann durch Scannen dieses Codes das Rezept in der Apotheke aufgerufen werden, aber auch das Stecken der e-Card führt zur Aushändigung des Medikaments. Die Apotheke speichert die Einlösung des Rezeptes im e-Card-System und rechnet elektronisch mit dem Sozialversicherungsträger ab. Nicht nur die Gesundheitsdienstleister profitieren von dieser e-Health-Anwendung: Patientinnen und Patienten werden in die Lage versetzt, über eine App beziehungsweise das Portal der Sozialversicherung e-Rezepte einzusehen und damit eine Übersicht über verordnete Arzneispezialitäten zu erhalten.

Vorteile des e-Rezeptes für Patientinnen und Patienten kurz zusammengefasst:

- zur Einlösung des e-Rezeptes nur e-Card oder Code benötigt
- bei Verlust des Codes, e-Rezept durch Stecken der e-Card in der Apotheke abrufbar
- Übersicht der verordneten Medikamente
- bei Erreichen der Rezeptgebührenobergrenze, unmittelbare Rezeptgebührenbefreiung

Vorteile für Ärztinnen und Ärzte:

- Ausdruck des für e-Rezeptbeleges nur noch auf ausdrücklichem Wunsch
- Sicherheit durch einmalig anwendbaren Code
- elektronische Signatur statt Unterschrift

Vorteile für Apothekerinnen und Apotheker:

- elektronische Verfügbarkeit der Daten zur Erfassung und Abrechnung
- Manipulationssicherheit
- Aufbewahrung der Papierrezepte entfällt

Das während der Covid-19-Krise eingeführte, provisorische e-Rezept wurde von Ärztinnen und Ärzten überwiegend als gute Alternative angenommen sowie auch als Fortschritt angesehen. Dennoch wurden auch einzelne Schwächen sichtbar, da z.B. – jedoch in seltenen Fällen – Informationsverluste zwischen Ordinationen und Apotheke auftraten. Darüber hinaus wurde bemängelt, dass die technische Infrastruktur der e-Medikation, auf der das momentane e-Rezept basiert, nur beschränkt Kontrollen der e-Rezepte erlauben sowie keine elektronischen Vidierungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte gegeben sind. Dies ist vor allem damit zu rechtfertigen, dass e-Medikation ursprünglich als Medikamentenarchiv geplant war und demnach keine (nachträglichen) Veränderungen in den Einträgen vorgesehen waren. Die größte Herausforderung scheint jedoch in der Zuverlässigkeit zu liegen: das System ist noch nicht ausgereift und ein Zugreifen nur bei jenen Patientinnen und Patienten gegeben, die nicht von Opt-out-Möglichkeiten Gebrauch machen und damit an ELGA teilnehmen. Dies führt in Ordinationen zu enormen administrativem und auch personellem Aufwand, zumal Rezepte jener Patientinnen und Patienten, die sich von ELGA abmeldeten, per E-Mail oder Fax an die Apotheken übermittelt werden müssen. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger beziehungsweise deren Tochtergesellschaft SVC ist sich der Schwächen jedoch bewusst und gab in der Folge das Ende der Testphase des speziell konzipierten sowie jahrelang entwickelten e-Rezeptes mit bis zu weiteren zwei Jahren (Ende 2022) bekannt. Generell kann gesagt werden, dass sich das mit März 2020 eingeführte Provisorium, als spontane Lösung in einer komplexen Situation wie während Covid-19 gut bewährt hat und der digitalen Zukunft des e-Rezeptes Schubkraft verliehen hat.

3.4 e-Impfpass

Im Juni 2018 wurde auf Beschluss der Bundeszielsteuerungskommission die ELGA GmbH mit der Einführung des elektronischen Impfpasses (e-Impfpass) betraut. Wie bereits der e-Befund und die e-Medikation basiert auch der e-Impfpass auf der technischen Infrastruktur der ELGA. Die gesetzliche Grundlage bildet hier ebenso das GTelG, welches im Herbst 2020 novelliert wurde. In der eHealth Verordnung wurde festgelegt, dass jede Bürgerin und jeder Bürger analog zum Papier-Impfpass einen e-Impfpass erhalten soll – eine Abmeldung wie bei ELGA war aufgrund des öffentlichen Interesses einer vollständigen Dokumentation nicht vorgesehen.

Die Pilotierung des Projektes startete im Oktober 2020 in Zusammenarbeit mit den Landessanitätsdirektionen sowie ausgewählten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Während die Landessanitätsdirektionen die Dokumentation der Impfungen mittels vollintegrierter Software erfassen, nutzt der niedergelassene Bereich das e-Card-System. Jene Gesundheitsdienstleister, die über keinen e-Card-Anschluss verfügen, erhalten ein mobiles Endgerät, um alle Informationen digital speichern zu können. Nach erfolgreicher Beendigung der Pilotphase soll eine stufenweise Implementierung, ausgedehnt auf ganz Österreich, erfolgen.

Die Speicherung der Impfdaten erfolgt im zentralen österreichischen Impfregister, wodurch eine standardisierte und vollständige Impfdokumentation gewährleistet werden soll. Aus epidemiologischer Sicht bringt es den Vorteil, dass Auswertungen wie etwa Durchimpfungsraten jederzeit abrufbar sind. Im Vollbetrieb sollen personalisierte Impfpfehlungen, die durch Verknüpfung mit dem nationalen österreichischen Impfplan generiert werden sollen, die Durchimpfungsraten erhöhen.

Der Zeitpunkt für die Umsetzung des Pilotprojektes dürfte jedoch nicht zufällig gewählt sein, wurde das Projekt doch aufgrund der Corona-Krise vorgezogen. Während der e-Impfpass derzeit noch bei den regionalen Influenza-Impfungen zum Einsatz kommt, sollen Covid-19-Impfungen von Anbeginn an lückenlos dokumentiert werden. Auch hier hat sich gezeigt, dass die Covid-19-Pandemie die Digitalisierung des Gesundheitswesens vorangeht.

3.5 Contact Tracing / Stopp-Corona-App

Seit März 2020 steht die Stopp-Corona-App des Österreichischen Roten Kreuzes als Download zur Verfügung und war damit einer der ersten Contact-Tracing-Applikationen der Welt. Die Anwendung dient als eine Art digitales Tagebuch, das persönliche Begegnungen mittels „digitalem Handshake“ in anonymisierter Form speichert. Bei Auftreten von Symptomen werden im Anschluss alle Personen, die innerhalb der letzten beiden Tage im digitalen Tagebuch vermerkt wurden, automatisch kontaktiert und zur Selbstisolation auf-

gerufen. Diese mobile Anwendung soll dazu führen, Infektionsketten rasch zu unterbrechen und die Pandemie einzudämmen helfen.

Diskussionen über mögliche gesetzliche Verpflichtungen zur Nutzung der mobilen Applikation wurden aufgrund der Unverhältnismäßigkeit abgebrochen. Stattdessen wurde der freiwillige Einsatz der Tracing-App forciert, um dadurch eine große Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung zu erzielen und in Folge die Ausbreitung der Pandemie weiter einzuschränken.

Bereits im dritten Quartal des Vorjahres wurde die Millionengrenze bei den Downloads der mobilen Applikation erreicht. Unter den Anwenderinnen und Anwendern werden etwa 50 bis 66% aktive Nutzerinnen und Nutzer vermutet, was etwa 8 bis 10% der österreichischen Bevölkerung über 18 Jahren entspräche. Obwohl ein Ansteigen im Vergleich zur Jahresmitte 2020 feststellbar war, blieb die Akzeptanz bei den Österreicherinnen und Österreicher unter den Erwartungen. Wie eine Befragung durch die Medizinische Universität Wien zeigte, wurden dafür vorrangig zwei Gründe angeführt: lediglich ein Viertel der Befragten sah einen Nutzen in der App, darüber hinaus gab es Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes (Aichholzer & Kalleitner, 2020). Generell kann jedoch festgestellt werden, dass die Covid-19-Pandemie auf dem Sektor der digitalen Applikationen mit epidemiologischem Hintergrund nur wenig Schubkraft entwickeln konnte.

3.6 Telefonische Krankmeldung

Zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie wurde aufgrund der geforderten Reduzierung der sozialen Kontakte die telefonische Krankmeldung durch die Sozialversicherungsträger genehmigt. Diese Maßnahme wurde vorerst bis Ende August 2020 befristet – aufgrund des Erfolges startete mit Beginn der zweiten Pandemiewelle eine erneute Umsetzung, vorerst befristet, von November 2020 bis Ende März 2021. Dieses Vorgehen galt als wichtiger Baustein, um die Ausbreitung des Corona-Virus vor allem in Arztpraxen hintanzuhalten. Außerdem wurden personelle Ressourcen innerhalb des Gesundheitswesens geschont, obgleich die medizinische Versorgung auf hohem Niveau sichergestellt werden kann. Befürchtungen seitens der Wirtschaft, diese Maßnahme könnte zu Missbrauch führen, bestätigten sich nicht, denn die Zahl der Krankmeldungen während der ersten SARS-CoV-2-Welle hatte sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich verringert (relatus-med, 2020).

3.7 Nutzung von Big Data

Bis April 2020 durften in Österreich nur anonymisierte sowie pseudonymisierte Gesundheitsangaben zum Zweck der eigenen Behandlung herangezogen werden - das Bereitstellen und Nutzen derartiger Informationen für Zwecke der klinischen Forschung war gesetzlich untersagt. Durch die Covid-19-Pandemie wurde das Epidemiegesetz novelliert und erlaubt nun nach § 4a Epidemiegesetz

(EpiG) den Zugriff auf spezifische Daten des Epidemiologischen Meldesystems (EMS) zum Zwecke der statistischen Auswertung sowie für wissenschaftliche Untersuchungen. Dies bietet sowohl nationalen als auch internationalen Forschungseinrichtungen die Möglichkeit, wissenschaftlich fundierte Informationen über das Coronavirus SARS-CoV-2 sowie den dadurch ausgelösten Erkrankungen zu sammeln, auszuwerten und bei der Bekämpfung der Pandemie einzusetzen. Wesentlich dabei ist die Einhaltung der Standards für Datenschutz und -sicherheit: Forschungseinrichtungen müssen durch einen Beirat akkreditiert werden, um Zugriff zu erhalten. Zum Zwecke der Reproduzierbarkeit werden jene Arbeiten, die unter Verwendung der EMS-Daten publiziert wurden, auf einer hierfür eingerichteten Plattform veröffentlicht.

3.8 Digitale Kompetenzen der Gesundheitsberufe

Die Digitalisierung sowie daraus resultierende Veränderungsprozesse beeinflussen freilich auch die Kompetenzprofile der Gesundheitsberufe. Für den effektiven Einsatz von e-Health-Anwendungen werden spezifische Kompetenzen benötigt. In einer groß angelegten, auf bestehenden Konzepten aufbauenden Studie wurden wichtige digitale Kompetenzen identifiziert und in ein Kompetenzprofil für digital-kompetente Gesundheitsberufe – wie in Abb. 8 modellhaft dargestellt – integriert (Lily Model nach Norman & Skinner, 2006; Gesundheitskompetenz-Modelle nach Nutbeam, 2000, Sørensen, 2012).

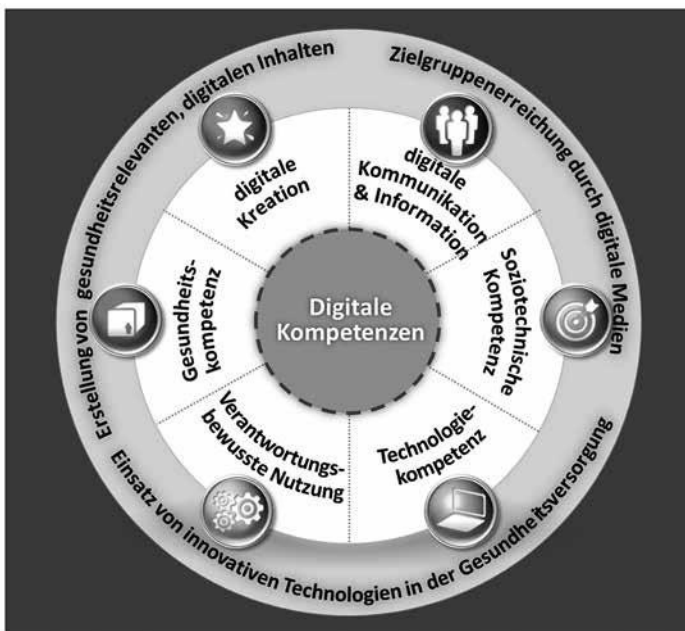


Abb. 8: „Digitales Kompetenzmodell“ für die Gesundheitsversorgung. Quelle: Weghofer (2019)

Das „Digitale Kompetenzmodell“ definiert sechs Dimensionen der digitalen Kompetenz, die für die digitale Gesundheitsversorgung relevant sind. Darüber hinaus wird ein Kompetenzprofil für digital-kompetente Gesundheitsberufen festgelegt. Primär handelt es sich dabei um nachfolgend dargestellte Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen:

Digitale Kommunikations- und Informationskompetenz

- Einsatz von Newslettern, Webseiten und Videos, um über aktuelle Gesundheitsthemen zu informieren
- Einsatz von neuen Medien wie Videokonferenzsoftware zu Kommunikationszwecken mit Patientinnen und Patienten

Soziotechnische Kompetenz

- zielgruppengerechter Einsatz von digitalen Tools wie Wearables, Apps, Telemonitoring-Systeme, um Überforderung zu vermeiden
- gezielter Einbezug technikaffiner Zielgruppen, z.B. bei älteren Menschen, um deren Ausgrenzung zu vermeiden

Technologie-Kompetenz

- versierter Umgang mit unterschiedlicher Hardware und Software wie Telemonitoring-Systeme
- grundlegendes Technikverständnis
- Fähigkeit einfache IT-Probleme eigenständig zu lösen

Verantwortungsbewusste Nutzung

- reflexive Herangehensweise sowie laufende Evaluation beim Einsatz neuer Technologien
- sicherer Umgang mit sensiblen Daten

Digitale Gesundheitskompetenz

- effektive Suche, Bewertung und Einsatz von digitalen Gesundheitsinformationen, nicht zuletzt um „Fake News“ identifizieren zu können
- Vermittlung von relevanten digitalen Informationen und Anbieten von Support

Digitale Kreation

- Erstellung von digitalen Inhalten zur Vermittlung von aktuellen Gesundheitsinformationen
- Graphische Aufbereitung bei der Erstellung von einfachen Newslettern und Online-Beiträgen zum Zwecke digitaler Gesundheitsinformation, z.B. in der laufenden Kommunikation in Zeiten während eines Lockdowns

Im Rahmen einer empirischen, quantitativ angelegten Erhebung im Jahre 2019 wurden 96 Studierende sowie Praktikerinnen und Praktiker aus dem Gesundheitsbereich befragt. Insbesondere sollte deren Selbsteinschätzung hinsichtlich digitaler Gesundheitskompetenzen in Erfahrung gebracht werden. Die Ergebnisse zeigen, dass in spezifischen Kompetenzdimensionen ein problematischer bis unzureichender Kompetenzgrad vorherrschend ist. Im Bereich der digitalen Kreativeffähigkeit verfügten rund 66% der Befragten über unzureichende digitale Kompetenzen. Die digitale Problemlösungskompetenz schätzten rund 52% als problematisch ein. Auffällig waren jedoch auch Wissenslücken (51%) in digitaler Sicherheitskompetenz.

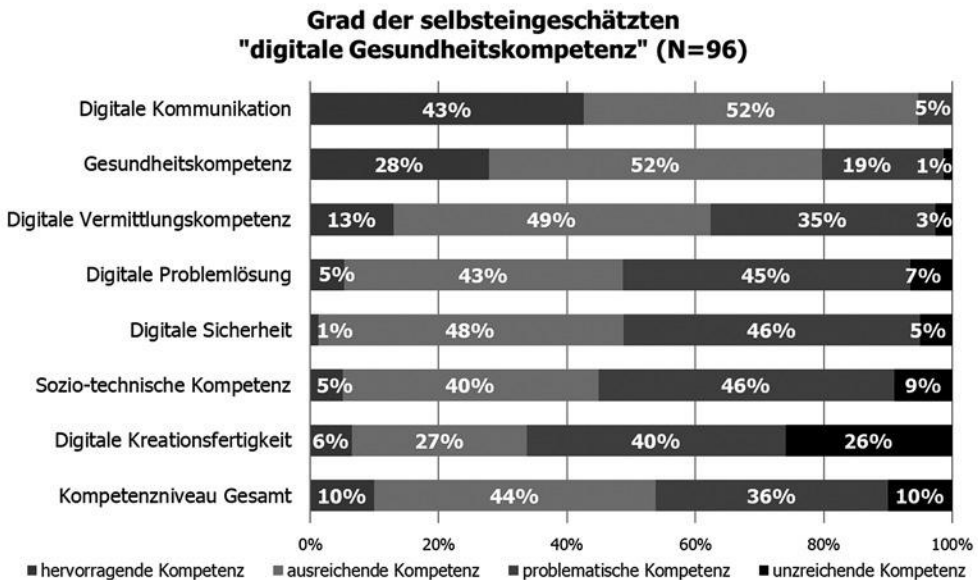


Abb. 9: Grad der selbsteingeschätzten digitalen Gesundheitskompetenz. Quelle: Weghofer (2019)

Auf Basis der empirischen Ergebnisse kann demnach geschlossen werden, dass eine Verbesserung der digitalen Kompetenzen als unumgänglich anzusehen ist, um letztlich auch die langfristige Nutzung bzw. Ausweitung von e-Health-Lösungen auch nach der Corona-Krise zu gewährleisten. Da sowohl Studierende als auch Praktikerinnen und Praktiker des Gesundheitswesens ein zum Teil problematisches Kompetenzniveau aufweisen, wird die Empfehlung deutlich, bereits in der Ausbildung der Gesundheitsberufe eine Entwicklung und Förderung digitaler Kompetenzen voranzutreiben. Das Digitale Kompetenzmodell kann dabei als Grundlage für die systematische Verbesserung der digitalen Kompetenzen von Studierenden und Auszubildenden in unterschiedlichen Gesundheitsbereichen herangezogen sowie in bestehende Curri-

cula integriert werden und demnach maßgeblich zu mittel- und langfristiger Verankerung in der digitalen Gesundheitsversorgung sowie dem gesamten e-Health-Bereich beitragen. Durch gezielte Integration in Ausbildung, Fort- und Weiterbildung würde die Forcierung digitaler Kompetenzen ermöglicht und ein guter Praxistransfer gewährleistet, der letztlich auch eine Breitenwirkung bei Personen, die seit langem in der Praxis tätig sind, nach sich zöge. Dieser Effekt kann freilich durch Verwendung technologiebasierter Anwendungen wie Videokonferenzen, Cloud-Lösungen oder Social Media-Applikationen verstärkt werden. Durch den Aufbau digitaler Kompetenzen bereits in der Ausbildung sollen Gesundheitsberufe für den Einsatz von e-Health-Tools in der Gesundheitsversorgung fit gemacht werden.

4 Zusammenfassung

Die Digitalisierung im österreichischen Gesundheitswesen erfuhr aufgrund der Corona-bedingten Einschränkungen wie z.B. Physical Distancing starken Aufwind. Ursprünglich als kosteneffizientes Instrument gedacht, den Übergang zu einem patientinnen- sowie patientenorientierten und integrierten Gesundheitsversorgungssystem zu unterstützen, bewies der Einsatz digitaler Tools während der Corona-Krise, welches Potenzial sich dahinter verbirgt. Binnen kürzester Zeit wurden e-Health-Projekte, deren Realisierung meist aufgrund zahlreicher Hindernisse aufgeschoben worden war, verwirklicht, um negative Auswirkungen der Covid-19-Pandemie möglichst gering zu halten und den Zusammenbruch der medizinischen Versorgung zu verhindern.

Wie eine Studie der Bertelsmann Stiftung zeigt, bietet Österreich zwar gute Rahmenbedingungen für digitale Medizin, jedoch mangelte es weitgehend an der Umsetzung. Der flächendeckende Rollout von e-Medikation, e-Radiologie und e-Impfpass wurde jedoch in den letzten Jahren geringfügig forciert, was sich während Corona-Krise als Vorteil herausstellte. Ebenso wurde ELGA bereits 2016 in das österreichische Gesundheitswesen integriert: die Bürgerinnen und Bürger sind somit in der Lage, ihre Gesundheitsdaten orts- und zeitunabhängig einzusehen. Dieses Instrument war während der Covid-19-Pandemie auch Grundlage für Not- und Übergangslösungen wie etwa das e-Rezept, das sich trotz Provisorium profiliert und die vollständige Implementierung in den Regelbetrieb vorangetrieben hat.

Auch die Telemedizin kann auf rasante Fortschritte verweisen: aufgrund der Einschränkungen bei sozialen Kontakten zeigten nicht nur niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre klare Bereitschaft zum Einsatz telemedizinischer Instrumente, sondern auch auf Patientenseite stellte diese Form der Kommunikation eine gute Alternative zum Arztbesuch dar. Die positive Resonanz seitens der Ärzteschaft war nicht zuletzt auf die Regelung der Honorierung telemedizinischer Angebote zurückzuführen, die auf bestimmte Zeit befristet festlegt,

auf welche Weise in Ordinationen erbrachte Leistungen abgerechnet werden können. Patientinnen und Patienten erkannten Vorteile vor allem in der Vermeidung des Ansteckungsrisikos sowie im Ausbleiben von Weg- und Wartezeiten. Auch die telefonische Krankmeldung fand aufgrund der Corona-Krise ihre zeitlich limitierte Umsetzung und wurde von den meisten Interessensgruppen begrüßt. Ungeachtet der großen Akzeptanz hat sich ebenso gezeigt, dass sich auch Herausforderung und Barrieren in der „auf Distanz“ erfolgten Betreuung von Patientinnen und Patienten stellen, die es zu überwinden gibt. Hier wurden zum einen die mangelhafte Technikaffinität älteren Patientinnen und Patienten, rechtliche Unsicherheiten sowie aus den Datenschutz bezogene Bedenken geäußert. Zum anderen sehen Ärztinnen und Ärzte die größten Herausforderungen bei der Honorierung erbrachter Leistungen sowie in der rechtlichen Absicherung.

Aus epidemiologischer Sicht konnte mit der vorgezogenen Umsetzung des e-Impfpasses sichergestellt werden, dass die Dokumentation aller Impfungen – insbesondere der Covid-19-Impfung – Aufschluss über die Durchimpfungsraten gibt und somit einen besseren Überblick über das mögliche Infektionsausmaß bietet. Auch das Contact Tracing mittels Stopp-Corona-Applikation sollte der Eindämmung des Infektionsgeschehens dienen, allerdings wurde diese freiwillige Variante von der Bevölkerung nur bedingt angenommen. Gründe dafür sind einerseits der nicht erkennbare Nutzen sowie andererseits datenschutzrechtliche Bedenken.

Auch für wissenschaftliche Institutionen brachte die Covid-19-Pandemie einige Neuerungen. So können diese nach erfolgreicher Akkreditierung auf anonymisierte Daten des EMS-Systems zurückgreifen und medizinische Studien auf Basis digital gesammelter Informationen durchführen, um letztlich einen Beitrag in der Bekämpfung der Pandemie zu leisten.

Top 4 Take-Home-Messages

- Digitale Instrumente wie Telemedizin wurden aufgrund der Corona-Krise verstärkt eingesetzt. Durch die guten Rahmenbedingungen innerhalb des österreichischen Gesundheitswesens konnte innerhalb kürzester Zeit mithilfe bestehender Infrastruktur flexible Lösungen geschaffen werden
- Diese provisorischen Lösungen bieten bei politischer Unterstützung, notwendigen gesetzlichen Regelungen und Erstattungsmöglichkeiten das Potenzial zur Aufnahme in den Regelbetrieb
- Studien zeigten, dass während der Covid-19-Pandemie die Bereitschaft zur Nutzung digitaler Werkzeuge sowohl seitens der Patienten- als auch der Ärzteschaft deutlich gestiegen ist
- Im internationalen Vergleich befindet sich Österreich jedoch noch immer im Mittelfeld – es herrscht also nach wie vor Aufholbedarf

5 Ausblick

Bereits im März 2020 wurde, nach dem ersten Lockdown, die Sicht von sieben Expertinnen und Experten auf die Covid-19-Krise und deren Auswirkung auf die Digitalisierung im österreichischen Gesundheitswesen in Erfahrung gebracht. Dabei zeigte sich, dass alle Befragten, die zugleich auch bedeutende Stakeholder des österreichischen Gesundheitswesens repräsentierten, der Ansicht waren, dass die Pandemie einen großen Sprung für die digitale Transformation des Gesundheitswesens bedeuten werde. Trotzdem blieben einige kritisch und äußerten Bedenken bezüglich der nachhaltigen Verankerung digitaler Anwendungen ins Gesundheitssystem (Schweiger, 2020, S. 97). Um den digitalen Innovationsschub nachhaltig zu nutzen, bedarf es vor allem politischen Willen sowie entsprechende Regelungen wie etwa Einigung über die Honorierung telemedizinischer Leistungen. Darüber hinaus sollten Maßnahmen ergriffen werden, um digitale Kompetenzen der Gesundheitsberufe zu verbessern. Unter anderem wäre es empfehlenswert, die Förderung der digitalen Kompetenzen bereits in die Ausbildungs-Curricula aufzunehmen sowie digitale Weiterbildungsangebote für Gesundheitsberufe sicherzustellen.

Ebenso muss jedoch im Sinne der Chancengleichheit die digitale Kluft in den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen beseitigt werden, um gleichen Zugang zu relevanten Gesundheitsleistungen zu gewährleisten. Wenn die Covid-19-Pandemie etwas Positives hervorgebracht hat, dann die Erkenntnis, dass ein hoher Digitalisierungsgrad essentiell zur Bewältigung in Krisensituationen beitragen kann. Nachhaltige Digitalisierung erfordert jedoch - mit Fokus auf die Bedürfnisse aller Beteiligten - ein konsequentes Weiterdenken, um letztlich den Sprung vom guten Krisenwerkzeug zum „State-of-the-Art-Instrument“ zu schaffen.

Literatur

- Abroms, L. C., Allegrante, J. P., Auld, M. E., Gold, R. S., & Riley, W. T. (2019). Toward a Common Agenda for the Public and Private Sectors to Advance Digital Health Communication. *American Journal of Public Health*, 109 (2), pp. 221-223.
- Aichholzer, J., & Kalleitner, F. (Medizinische Universität Wien, Hrsg.). (2020). *Corona-Dynamiken 9 - "Stopp Corona"-App: Entwicklung in der Nutzung und Akzeptanz*. Verfügbar unter <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/corona-dynamiken9/> [30.12.2020]
- Bertelsmann Stiftung. (2018). *Der digitale Patient*. Verfügbar unter https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Gesamtstudie_dt.pdf [29.12.2020]
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. (2020). *Coronavirus Hygienemaßnahmen*. Verfügbar unter https://www.bmbwf.gv.at/Ministerium/Informationspflicht/corona/corona_schutz.html [29.12.2020]
- Eglau, K. (Gesundheit Österreich GmbH, Hrsg.). (2020). *Auswirkungen des Lockdowns während der Covid-19 Pandemie auf die stationäre Versorgung* [29.12.2020]

- Hainzl, C. & Juen, I. (2020). *Arzt/Ärztin kommt nach Hause. Akzeptanz von telemedizinischer Betreuung durch ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich*. Verfügbar unter https://www.donau-uni.ac.at/dam/jcr:9c208bae-9e14-413f-a5e3-3f04465da05f/PR_TM_MKT_Bericht.pdf [29.12.2020]
- Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. (2020). *Covid-19 Map - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*. Verfügbar unter <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> [29.12.2020]
- Kickingier, H. (2020) *Gesundheit: CoV: Deutlich weniger Arztbesuche*. Verfügbar unter <https://wien.orf.at/stories/3049897/> [29.12.2020]
- Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung. (2020). *Telemedizin - Corona als Wendepunkt? Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2020 (2), 97-100*
- Mayer, P. J., Mut, M., & Weghofer, A. (2018). *Netzwerkaufbau in der integrierten Versorgung. Das österreichische Gesundheitswesen - ÖKZ, 2018 (12), 33-34.*
- Norman, C. D., & Skinner H.A. (2006). *eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World*. *Journal of medical internet research*. 8(2).
- Nutbeam, D. (2000). *Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion Int.* 15(3).
- Radtke, R. (2020). *Intensivbetten in ausgewählten Ländern 2020 | Statista*. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1111057/umfrage/intensivbetten-je-einwohner-in-ausgewaehlten-laendern/> [29.12.2020]
- Relatus-med. (2020). *RELATUS MED: Nach Analyse fordern Ärzte Neustart für telefonische Krankschreibung*. Verfügbar unter <https://www.medmedia.at/relatus-med/nach-analyse-fordern-aerzte-neustart-fuer-telefonische-krankschreibung/> [29.12.2020]
- Schweiger, M. (2020). *mHealth: eine Analyse der österreichischen Versorgungslandschaft*, Fachhochschule Burgenland. Eisenstadt.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullman, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, 80.*
- SpectraMarktforschung. (2020). *Telemedizin – Bekanntheit, Nutzung und Akzeptanz in Österreich*. Verfügbar unter https://www.spectra.at/aktuelles-news/telemedizin-bekanntheit-nutzung-und-akzeptanz-in-oesterreich.html?tx_jhpdfviewer_viewer%5Buid%5D=541&tx_jhpdfviewer_viewer%5Bpage%5D=3&tx_jhpdfviewer_viewer%5Baction%5D=show&tx_jhpdfviewer_viewer%5Bcontroller%5D=Viewer&cHash=a7cf38f1aa2f5f77353c70212e53e3d5#char ts [30.12.2020]
- Wirtschaftskammer Österreich. (2020). *Corona-Krise verleiht Digitalisierung im Gesundheitswesen Schubkraft*. Verfügbar unter <https://news.wko.at/news/wien/Corona-Krise-verleiht-Digitalisierung-im-Gesundheitswesen-S.html> [29.12.2020]
- World Health Organization Europe. (2020). *How are countries using digital health tools in responding to Covid-19? – Cross-Country Analysis*. Verfügbar unter <https://analysis.covid-19healthsystem.org/index.php/2020/04/28/how-are-countries-using-digital-health-tools-in-responding-to-covid-19/> [30.12.2020]
- Weghofer, A. (2019). *Gesundheitsförderung 2.0: Digitale Gesundheitskompetenzen im Kontext der Gesundheitsförderung*. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz.

Das Krankenhaus in der Krise – Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf den intramuralen Versorgungssektor

Autor*innen: Stefan POTOTSCHNIG, Peter J. MAYER, Katharina HAUER
Institution: Fachhochschule Burgenland, Eisenstadt, Österreich

Kurzfassung

Seit Mitte März 2020 hat die Covid-19-Pandemie das Leben der Menschen in vielen Lebensbereichen grundlegend verändert. Auch in Österreich ist seither eine Vielzahl von Maßnahmen notwendig geworden, um SARS-CoV2-Infektionen einzudämmen, das Risiko zu minimieren und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern. Da es aufgrund der neuartigen Krankheit vermehrt zu stationärer sowie bedingt durch Covid-19 auch intensivmedizinischer Versorgung kommt, sind Krankenanstalten sowie deren medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Personal besonders gefordert. Innerhalb kürzester Zeit mussten grundlegende Prozesse adaptiert und dabei unzählige Richtlinien und Standards überarbeitet werden. Im vorliegenden Beitrag sollen Auswirkungen auf die medizinische Versorgung des intramuralen Versorgungssektors beleuchtet und insbesondere der unternehmerischen Steuerung der Spitäler dienende Kennzahlen zur Navigation durch die Pandemie herausgearbeitet werden.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund/ Problemstellung

Mit Beginn 2020 breitete sich das neuartige SARS-CoV2 Virus innerhalb von nur wenigen Wochen nahezu global aus und beeinflusste das Leben damit maßgeblich. Beim SARS-CoV2 Virus handelt es sich um eine hochinfektiöse Atemwegserkrankung, die überwiegend über Tröpfcheninfektionen verbreitet wird. Bereits am 11. März 2020 stufte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Verbreitung des Virus als weltweite Pandemie ein, der aufgrund nicht vorhandener Resistenzen und mangelndem Wissen hohes Risiko sowie eine Bedrohung für die gesamte Weltbevölkerung zugeschrieben wurde (Rengeling, 2020, S. 211-212).

Für das österreichische Gesundheitswesen und speziell für Krankenanstalten haben sowohl die Häufung der viralen Erkrankungen als auch damit verbundenen Maßnahmen der österreichischen Bundesregierung massive Aus-

wirkungen auf das tägliche Kerngeschäft. Neben dem Aufrechterhalten einer medizinischen Grundversorgung waren auch unzählige organisatorische Veränderungen notwendig geworden. Hygienestandards mussten hinterfragt und zum Teil grundlegend überarbeitet werden, Zugangsbeschränkungen zu öffentlichen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wurden ebenso etabliert wie bereits standardisierte Prozesse binnen kurzer Zeit an die veränderten Gegebenheiten angepasst. In deutlicher Klarstellung informierte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Mitte November 2020 über die Vorhaltung geeigneter Raum- und Personalressourcen für den Fall einer notwendig werdenden Erweiterung der intensivmedizinischen Versorgung (BMSGPK, 2020b, S. 1-4). Mögliche Überlastungen der Krankenanstalten, insbesondere im intensivmedizinischen Bereich, galten dabei als Worst-Case-Szenario und zögen andernfalls fatale Folgen für die österreichische Gesundheitsversorgung nach sich.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Ziel des Beitrages soll es sein, die tatsächlichen Auswirkungen der Pandemie auf das österreichische Spitalswesen zu erläutern. Im Zuge dessen sollen steuerungsrelevante Kennzahlen für Krankenanstalten zur Krisenbewältigung herausgearbeitet werden. Demnach sollen Antworten auf Fragen gefunden werden, die sich in Bezug auf die Auswirkungen der SARS-CoV2 Pandemie speziell auf den Krankenhausbetrieb sowie auf den intramuralen Versorgungssektor des österreichischen Gesundheitswesens insgesamt stellen.

2 Methodik

Der Beantwortung der Forschungsfragen geht eine umfassende Datenanalyse voraus. Dabei wurden aktuelle Daten des Sozialministeriums (BMSGPK), der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), von Statistik Austria sowie von weiteren Institutionen miteinander verglichen sowie in Relation zueinander gesetzt. Daraus ergeben sich aussagekräftige Darstellungen, die einen guten Überblick über die Situation der österreichischen Krankenanstalten während der Covid-19-Pandemie gewähren sollen. Auf Basis dieser sollen direkte Auswirkungen auf den intramuralen Versorgungssektor aufgezeigt sowie mögliche Engpässe analysiert werden. Darüber hinaus werden Aussagen über relevante Kennzahlen zur Steuerung von Akutkrankenhäusern getroffen, die zur Bewältigung der Krise sowie zur gesundheitspolitischen Steuerung beitragen können. Eine finale Überprüfung der Hypothesen bzw. der zugrundeliegenden Forschungsfragen kann vorerst noch nicht stattfinden, da die Pandemie zum Zeitpunkt der Publikation des vorliegenden Artikels noch andauert, ein wesentlicher Beitrag für die fortgesetzte Begleitforschung in diesem Bereich kann jedoch geleistet werden.

Die Analyse der originären Daten sowie deren Weiterverarbeitung wurde mittels Microsoft-Excel (MS-Office 365) vorgenommen. Die Daten wurden überwiegend im CSV-Format heruntergeladen und lokal aufbereitet. Zumeist wurden Rohdaten mittels Übersetzung und Primärschlüsseln miteinander verknüpft, wodurch ein weiterbearbeitbarer Datensatz generiert werden konnte. Im Zuge dessen kamen gängige Formeln und Funktionen wie Sverweis, Summewenn, Summewenns, Anzahl, Anzahl2, Zählenwenn u.a. zur Anwendung, die im Anschluss, ebenso wie die daraus gewonnenen Ergebnisse, auf Plausibilität geprüft wurden. Nicht zuletzt wurden die Daten mittels PIVOT-Tabellen aufsummiert, gefiltert und in aussagekräftige Tabellen transferiert. Vereinzelt wurde dabei mit unterschiedlichen dynamischen Diagrammen gearbeitet. Dies sollte einer verbesserten Lesbarkeit sowie Interpretation der großen Datenmengen beitragen. Damit eine optimale Übersicht gewährleistet werden konnte, wurden die Resultate in hoher Granularität aufbereitet.

Der weiteren Analyse dienten, nach vorangegangener systematischer Literaturrecherche, einschlägige, einem sorgfältigen Review unterworfenen Quellen sowie wissenschaftliche Studien zu Themenaspekten aus Krankenhausmanagement, (Krankenhaus-)Personalmanagement und Steuerung von Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Neben Artikeln aus Fachzeitschriften und monographischen Werken fanden darüber hinaus auch ausgewählte Sequenzen aus Interviews und dokumentarische Zeitungsartikel Verwendung, die vorwiegend der Untermauerung der Hypothesen sowie einer Bestätigung der Aktualität und Themenrelevanz dienen sollten. Eine genaue Aufzählung der Quellen findet sich im Literaturverzeichnis (Kapitel 5).

Um einen guten Einblick in den Themenzusammenhang zu gewährleisten, soll die interessierte Leserin sowie der interessierte Leser in Ergänzung des vorliegenden Beitrages auch auf das amtliche Dashboard der AGES, auf den österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sowie auf der Website des österreichischen Sozialministeriums (BMSGPK) abrufbare einschlägige Statistiken hingewiesen werden.

3 Erkenntnisse

3.1 Krankenanstalten und Bettenbelegung in Österreich

In Österreich standen im Jahre 2020 laut BMSGPK 267 Krankenhäuser mit insgesamt 62 854 Betten zur Verfügung (BMSGPK, 2020a, www). Davon waren gemäß Krankenanstalten-Klassifikation 154 Einrichtungen insgesamt 46 243 Betten der Akutversorgung sowie 2 524 Betten der intensivmedizinischen Betreuung zuzurechnen (BMSGPK, 2020c, S. 5-7). Die übrigen Betten verteilten sich auf die rehabilitative sowie auf die Langzeitversorgung und standen demnach primär nicht der Akut- oder Notfallversorgung zur Verfügung. Werden diese Zahlen der Gesamtzahl der Bevölkerung des Jahres 2019 gegenüberge-

stellt, bezogen auf die einzelnen Bundesländer (Statistik Austria, 2020a, [www](#)), ergibt dies eine durchschnittliche Vorhaltung von rund 5,20 Akutbetten und 0,28 Intensivbetten je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Schwankungsbreite der Bettenvorhaltung je Bundesland soll in nachfolgender Tabelle (Tab. 1) dargestellt werden.

Da die tatsächlich aufgestellten Betten für eine Auswertung lediglich einmal jährlich zur Verfügung stehen, bleiben unterjährige Bettensperren sowie weitere kurzfristige Effekte, die sich auf die tagesaktuelle Anzahl der tatsächlichen Betten auswirken können, unberücksichtigt. In den amtlichen Dashboards finden laut Erläuterungen der AGES (AGES, 2020, [www](#)) tatsächliche tägliche Bettenstände der Bundesländer auf Basis von Angaben der Landessanitätsdirektionen Verwendung.

Tab. 1: Akutkrankenanstalten sowie Akutbetten je Bundesland

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMSGPK (2020a, [www](#)) & Statistik Austria (2020a, [www](#))

Bundesland	Akutkrankenanstalten	Akutbetten gesamt	davon Intensivbetten	Einwohnerinnen und Einwohner	Akutbetten je 1 000 EW	Intensivbetten je 1 000 EW
Burgenland	5	1 075	84	294 389	3,65	0,29
Kärnten	15	3 326	157	561 406	5,92	0,28
Niederösterreich	20	7 602	378	1 683 800	4,51	0,22
Oberösterreich	16	7 235	339	1 489 365	4,86	0,23
Salzburg	19	3 444	178	557 780	6,17	0,32
Steiermark	27	6 960	400	1 246 034	5,59	0,32
Tirol	14	4 388	213	756 720	5,80	0,28
Vorarlberg	9	1 911	77	396 782	4,82	0,19
Wien	29	10 302	698	1 908 104	5,40	0,37
Gesamt	154	46 243	2 524	8 894 380	5,20	0,28

EW... Einwohnerinnen und Einwohner

Im hohen Maße signifikant zeigen sich die stark abweichenden Bettenzahlen je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den einzelnen Bundesländern. Die Akutbettendichte in Österreich ist demnach nicht gleichmäßig verteilt. Vereinfacht ausgedrückt, stehen von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich viele Betten zur stationären Akutversorgung pro Einwohnerin und Einwohner zur Verfügung. Grundsätzlich gelten jedoch für ganz Österreich dieselben Strukturaspekte, die Planung des Gesundheitswesens erfolgt

jedoch mittlerweile bundesländerübergreifend. So wurde Österreich im ÖSG 2017 (BMSGPK, 2019, S. 219) in 4 Versorgungszonen und 32 Versorgungsregionen unterteilt. Da gewisse Fachschwerpunkte ohnehin aus wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen nicht an allen Standorten angeboten werden können, war eine überregionale Planung der Gesundheitsversorgung notwendig geworden. Während einer Pandemie, so zeigte sich, kommen der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von stationären Akutversorgungsangeboten ein weitaus höherer Stellenwert zu als es sonst der Fall ist. Obwohl in den letzten Jahren tendenziell eine Reduktion der Akutbetten erfolgte, liegt Österreich im OECD Vergleich noch immer deutlich über dem Durchschnitt (OECD, 2019, S. 14). Insgesamt hat das österreichische Gesundheitswesen damit, auch das zeigte sich, im Falle einer „Versorgungskrise“ einen Vorteil gegenüber Ländern, in denen der intramurale Versorgungsbereich lediglich ein geringeres Maß an (Reserve-)Kapazitäten vorhält.

Als langfristiges Ziel hält die Zielsteuerung Gesundheit (BMSGPK, 2020d, [www](#)) darüber hinaus am weiteren Ausbau von extramuralen Versorgungsformen wie Primärversorgungseinrichtungen fest, was sich im Zuge des Pandemiegeschehens jedoch keinesfalls als Nachteil herausgestellt hat. Ebenso werden in der langfristigen gesundheitspolitischen Strategie die kontinuierliche Reduktion der Verweildauer, die Steigerung tagesklinischer Behandlungen sowie die organisatorische Zusammenlegung von Spitalern genannt, was auch in Krisenzeiten wie eben bei Covid-19 keine Einschränkungen nach sich zöge.

3.2 Spitalsbehandlungen und Bettenbelegungen während der Pandemie

Im Jahr 2018 wurden in Österreich laut Statistik Austria (2020b, [www](#)) 2 537 281 Patientinnen und Patienten stationär akutversorgt. Gezählt werden Spitalsentlassungen, da erst zum Zeitpunkt der Entlassung die Hauptdiagnose für den stationären Aufenthalt eindeutig definiert wird. Die Zahl der Entlassungen ist in den letzten zehn Jahren tendenziell gesunken. Auch die stationäre Aufenthaltsdauer sank, der Anteil tagesklinischer Aufenthalte stieg hingegen an. In nachfolgender Tabelle (Tab. 2) findet sich eine Auflistung von Spitalsaufenthalten je Diagnose (ICD 10). Die Internationale Statistische Klassifikation von Krankheiten sowie verwandter Gesundheitsprobleme („International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“) hat nicht nur rechtlichen Hintergrund, sondern bildet gleichzeitig auch die Grundlage für die Leistungsabrechnung der akutstationären Versorgung. Die in Tab. 2 dargestellte Anzahl von insgesamt 40 246 Todesfällen bezieht sich auf im Spital verstorbene Personen. Im Jahre 2018 ergab dies rund die Hälfte der insgesamt 83 947 in Österreich Verstorbenen (Statistik Austria, 2020c, [www](#)). Eine korrekte Aussage über die gesamte Letalitätsrate je Krankheit lässt sich mit dieser Übersicht demnach nicht treffen.

Tab. 2: Stationäre Entlassungen aus Akutkrankenanstalten 2018 nach ICD-Kapitel
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistik Austria (2020b, *www*)

Entlassungsdiagnose (ICD-10)	Entlassungen	im Spital verstorben
I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	57 113	2 036
II Neubildungen (C00-D48)	357 587	9 637
III Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D50-D89)	19 333	246
IV Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	50 683	668
V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	110 579	579
VI Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	106 263	744
VII Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	205 204	9
VIII Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	22 213	3
IX Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	275 603	10 783
X Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	146 559	6 447
XI Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	225 356	2 537
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	29 623	129
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M00-M99)	241 135	268
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	160 505	1 879
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	120 622	5
XVI Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode (P00-P96)	12 658	103
XVII Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	16 594	61
XVIII Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	101 061	1 946
XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	263 825	2 133
XXI Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)	14 763	32
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U85)	2	1
Gesamt	2 537 281	40 246

In Österreich zählen vor allem bösartige Neubildungen zu den häufigsten Gründen für stationäre Aufenthalte. Nahezu 15% aller Entlassungen sowie

24% aller Todesfälle im Krankenhaus sind darauf zurückzuführen. Etwa 11% der Aufenthalte und fast 27% der Verstorbenen entfallen auf Herz-Kreislauf-erkrankungen. Neben Verletzungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems dominieren diese Erkrankungen den Regelbetrieb österreichischer Spitäler. Im Jahre 2020 wurden SARS-CoV2-Erkrankte im Diagnosen-Kapitel XXII zur Schlüsselnummer für besondere Zwecke geführt unter Diagnose U07.1 (BMSGPK, 2020a, S. 5). Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Beitrages lag allerdings noch keine valide Statistik des Jahres 2020 vor.

Um die unmittelbaren Auswirkungen der Pandemie auf die Akutbettenbelegung und Intensivstationen in Österreich im Jahr 2020 einschätzen zu können, wurde anhand der dem Dashboard der AGES (2020, [www](http://www.ages.at)) entnommenen Daten eine Analyse zur Bettenbelegung vorgenommen. Die tägliche Covid-19-Hospitalisierung, noch verfügbare Betten für SARS-CoV2 Patientinnen und Patienten sowie gesamtverfügbare Spitalsbetten (s. Tab. 1) wurden dabei herangezogen.

Die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit AGES informiert täglich über das Auslastungsgeschehen in Krankenanstalten aufgrund Covid-19-Erkrankungen. Hospitalisierungen wegen oder mit einer nachgewiesenen SARS-CoV2-Erkrankung werden den insgesamt für Covid-19 vorgehaltenen Betten je Bundesland gegenübergestellt. Von im April 2020 täglich durchschnittlich 17 700 Akutbetten reduzierte sich die Bettenbelegung aufgrund Covid-19 bis Dezember desselben Jahres auf weniger als 8 000. Die übrigen Krankenhausbetten waren durch andere Patientinnen und Patienten belegt bzw. wurden für den Regelbetrieb (z.B. für Notfälle) vorgehalten. In der intensivmedizinischen Betreuung sank die verfügbare Bettenzahl im gleichen Zeitraum von insgesamt 1 150 Intensivbetten auf 1 100.

In den nachfolgenden Abbildungen (Abb. 1 und 2) finden sich eine Chronologie der Normalbettenbelegung (Akutbetten abzüglich Intensivbetten) sowie die Intensivbettenbelegung gemessen an der Gesamtbettenkapazität im Zeitraum April bis Dezember 2020. Die Bettenbelegung durch nicht von Covid-19 betroffenen Patientinnen und Patienten (Regelbetrieb) ergibt sich aus der Gesamtbettenzahl (s. Tab. 1) abzüglich der Belegung durch Covid-19-Erkrankte sowie der für Covid-19 verfügbaren freien Betten. Diese Kennzahl ist jedoch nicht in den Daten der AGES enthalten, sondern wurde errechnet. Tägliche Schwankungen der Gesamtbettenzahl bleiben unberücksichtigt. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, zusätzlich zu den tatsächlich aufgestellten Betten, kurzfristig weitere Kapazitäten zu schaffen. In mehreren Krankenhäusern wurden und werden darüber hinaus Reservebetten bereitgestellt, die im Regelbetrieb keine Verwendung finden, im Bedarfsfall jedoch, sofern personelle Ressourcen es zulassen, genutzt werden können.

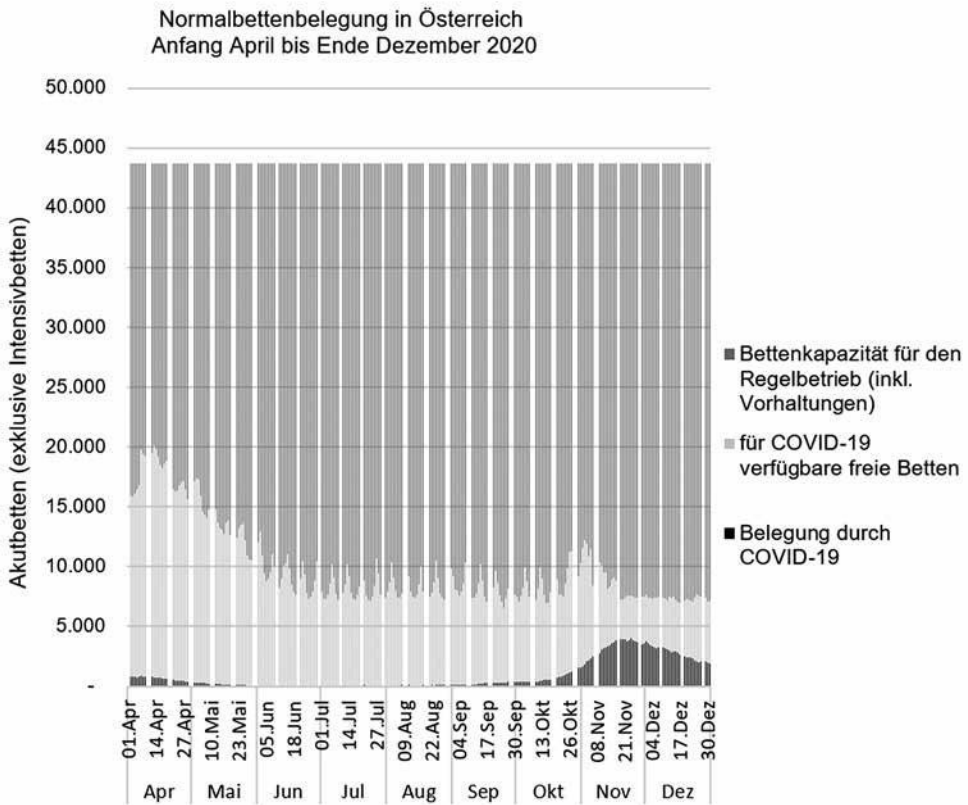


Abb. 1: Bettenbelegung in Österreich (April bis Dezember 2020)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an AGES (2020, *www*)

In Abb. 1 wird insbesondere die Phase des ersten Lockdowns (April 2020) veranschaulicht. Einzelne Krankenanstalten wurden zu einem reduzierten Regelbetrieb „heruntergefahren“. Demnach konnten Mitte April 2020 österreichweit knapp 20 000 Betten für möglichen zusätzlichen Bedarf während der Pandemie verfügbar gemacht werden. Die dadurch frei gewordene Bettenkapazität wurde allerdings während der Sommermonate sukzessive wieder zurückgenommen. Anzumerken dabei ist, dass in der Bettenkapazität des Regelbetriebes auch nicht belegte Betten enthalten sind, die dem normalen Betrieb zur Verfügung stehen (z.B. aus Kooperationen mit privaten Krankenanstalten). Im November 2020 zeigte sich ein Anstieg in der Belegung durch Covid-19-Patientinnen und Patienten insofern als der Anteil an freien Kapazitäten deutlich sank, während die Bettennutzung für den Regelbetrieb nahezu konstant blieb. Von einer Überlastung der Spitalsbetten konnte demnach zu keinem Zeitpunkt gesprochen werden, allerdings ist die Reduktion des Normalbetriebes eindeutig erkennbar.

Bereits im April 2020 wurden zahlreiche elektive Behandlungen und Operationen verschoben. Während in den Sommermonaten ein gewissermaßen normaler Betrieb mit geringfügigen saisonalen Schwankungen vorherrschte, mussten im November desselben Jahres, z.B. in Oberösterreich, abermals Operationen ausgesetzt werden (OÖG, 2020, www). Um die Grundversorgung dennoch aufrechtzuerhalten, wurden in einzelnen Bundesländern Kooperationen zwischen öffentlichen und privaten gewinnorientierten Spitälern eingegangen. Dringend benötigte Behandlungen konnten dadurch in den Sanatorien auch ohne private Krankenversicherung sowie ohne zusätzliche Pflegegebühren für Patientinnen und Patienten angeboten werden, womit öffentliche Spitäler Ressourcen während der Pandemie bereithalten konnten.

Für die verhältnismäßig kleine Anzahl an belegten Betten aufgrund der Pandemie waren einschneidende Maßnahmen in Krankenanstalten notwendig geworden, die freilich mit gravierendem Mehraufwand verbunden waren. Dies betraf auch organisatorische Abläufe und führte in der Folge zu höheren Kosten. Zusätzlich anfallende Primärkosten für Schutzbekleidungen fielen ebenso an wie Opportunitätskosten für leerstehende Betten in bestimmten Fachbereichen. Vor allem während des ersten Lockdowns wurde eine große Zahl an Betten freigehalten. Aufgeschobene Behandlungen müssen andererseits nachgeholt werden, was wiederum zu einer Belastung der Krankenanstalten führen wird.

Die Belegung auf den Intensivstationen gestaltet sich wie folgt (s. Abb. 2). Vorab ist jedoch anzumerken, dass Intensivstationen neben Operationssälen zu den teuersten Bereichen (Kostenstellen) eines Krankenhauses zählen. Hohe Auslastung der Intensivressourcen und die damit verbundene Fixkostendeckung liegt demnach nicht nur im Interesse der Betreiber der Krankenanstalten, sondern auch der öffentlichen Hand.

Auf den Intensivstationen zeigt sich nach dem ersten Lockdown im April 2020 eine konstante Verfügbarkeit der Ressourcen. Signifikant dabei ist, dass während der Belegungsspitzen Mitte November 2020, keine größere Reduktion an freien Betten für Covid-19-Patientinnen und Patienten zu bemerken ist. Die Gesamtbettenzahl auf den Intensivstationen, die für Covid-19 vorgehalten wurde, stieg in der Folge wieder auf rund 1 300 Betten an, was eine deutliche Minderung des Bettenanteils für den Regelbetrieb bedeutet. Allerdings ist es möglich, dass in der Statistik nicht erfasste, demnach zusätzlich aufgestellte Intensivbetten bereitgestellt worden sind. Jedenfalls ist zu erwähnen, dass im intensivmedizinischen Versorgungsbereich eine deutliche Einschränkung des Regelbetriebes erkennbar ist. Um den 20. November 2020 standen planmäßig nur rund die Hälfte aller verfügbaren Intensivbetten zur Verfügung.

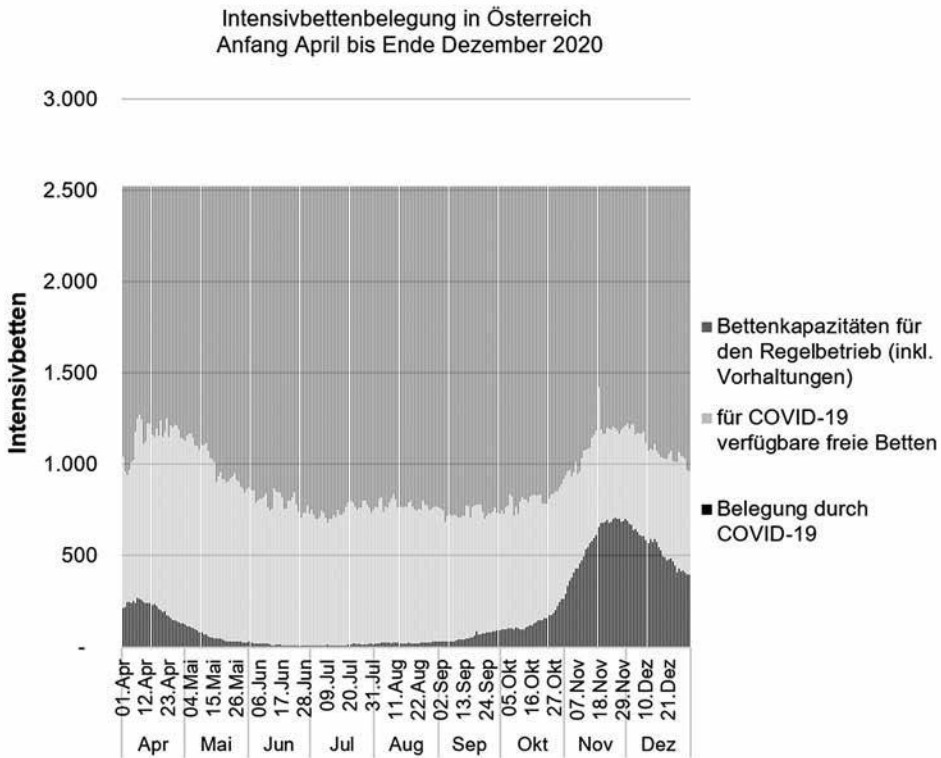


Abb. 2: Intensivbettenbelegung in Österreich (April bis Dezember 2020)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an AGES (2020, *www*)

Im Jahresdurchschnitt sind rund 17% der Pflegetage aufgrund von Covid-19-Behandlungen auf Intensivstationen angefallen (AGES, 2020, *www*). Im Fact-Sheet zur Intensivpflege (Bachner, Rainer & Zuba, 2020, S. 1-3) wird auf eine sinkende Belagsdauer im intensivmedizinischen Bereich, sowie auf eine niedrigere Sterberate im Verlauf der Pandemie hingewiesen. Das deutet auf eine bessere Behandlung sowie auf bereits erfahrungsgestütztes medizinisches Wissen hinsichtlich SARS-CoV2 hin. In der Übersicht zur Bettenauslastung wird mit insgesamt 2 118 Intensivbetten sowie 439 zusätzlich nutzbar gemachten Betten gerechnet. Die Abweichung zu den 2 524 Betten ist darauf zurückzuführen, dass hier ausschließlich Bettenkapazitäten für Erwachsene ohne Zusatzkapazitäten erfasst wurden. Demnach keine Überwachungseinheiten (IMCU) und Intensivbetten für Kinder (PICU) oder Neugeborene (NICU). Ende November 2020 waren damit rund 33% der Intensivbetten durch Covid-19 belegt.

Auch wenn, bezogen auf Gesamtösterreich, keine völlige Überlastung zu erkennen ist, kam es in einzelnen Bundesländern dennoch zu kurzfristigen Engpässen. Dies zeigt z.B. in der Belegung der Intensivbetten im Bundesland Tirol wie folgt (s. Abb. 3).

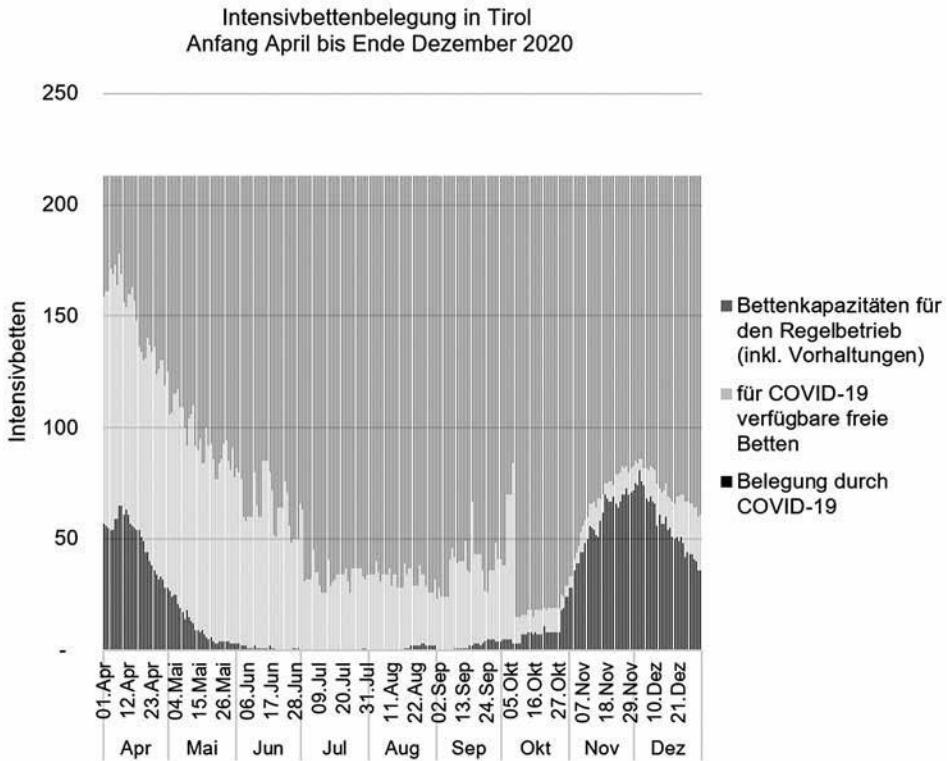


Abb. 3: Intensivbettenbelegung in Tirol (April bis Dezember 2020)
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an AGES (2020, *www*)

Tirol lag mit 0,28 Intensivbetten pro 1 000 Einwohner*innen im Österreich-durchschnitt. Dennoch waren hier im November 2020 kaum freie Betten für Covid-19 verfügbar. Dies lässt den Schluss zu, dass in kurzer Zeit viel an Ressourcen geschaffen werden musste. Besonders auffällig hierbei ist ebenso die übermäßige Kapazitätserweiterung im April 2020, zu Lasten des Regelbetriebes.

Pauschal kann zwar gesagt werden, dass insgesamt auf österreichischen Intensivstationen noch kein gravierender Engpass zu verzeichnen war, es andererseits dennoch in einzelnen Bundesländern bereits starke Einschränkungen der Versorgung gab. Der intensivmedizinische Bereich war demnach prozentuell gesehen deutlich stärker durch die Pandemie belastet als alle anderen Bereiche des intramuralen Versorgungssektors.

3.3 Personalkapazitäten und Ressourcen in Krankenanstalten

In den österreichischen Krankenanstalten waren im Jahre 2019 insgesamt 143 157 Vollzeitäquivalente (VZÄ) beschäftigt. Davon entfielen 23 357 VZÄ auf

den ärztlichen Bereich, 78 620 VZÄ auf nichtärztliche Gesundheitsberufe wie Pflegepersonal, Medizinisch-technische Dienste u.a. Die übrigen 41 180 VZÄ entfielen auf Verwaltungs- und Betriebspersonal. Eine genauere Verteilung, wie viele Personen davon in Einrichtungen der Akutversorgung tätig sind, lässt sich auch auf offiziellen Darstellungen des Sozialministeriums nicht finden. Demzufolge sind auch keine genaueren Aussagen über Personalstände im Akutversorgungsbereich möglich. Insgesamt zeigt sich jedoch in den Krankenanstalten ein Anstieg sowohl des ärztlichen Dienstes als auch der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, der letztlich auf die Differenzierung und Spezialisierung der Versorgungsbereiche sowie auf höhere Qualitätsstandards zurückzuführen ist. Andererseits lässt sich bei Verwaltungs- und Betriebspersonal ein leichter Rückgang, verursacht durch technischen Fortschritt sowie Outsourcing einzelner Tätigkeitsfelder, feststellen (BMSGPK, 2020c, www).

Während zusätzliche Betten und medizinische Geräte in Krankenanstalten verhältnismäßig einfach bereitgestellt werden können, stellt es andererseits eine besondere Herausforderung dar, medizinisches und pflegerisches Fachpersonal kurzfristig aufzustocken. Qualifiziertes Pflegepersonal ist bereits in den letzten Jahren auf dem Arbeitsmarkt nur eingeschränkt verfügbar. Laut der Gewerkschaft *vida* bestand im Jahre 2019 bereits ein Fachkräftemangel in Krankenhäusern von rund 20%. Davon betroffen waren vor allem Pflegepersonal, Fachärztinnen und -ärzte, Hebammen sowie Reinigungskräfte (Vida, 2019, www). Der demografische Wandel trug in den letzten Jahren vermehrt dazu bei, dass Patientinnen- und Patientenzahlen anstiegen, während Humanressourcen (Personen im erwerbsfähigen Alter) gleichzeitig sanken. Laut Umfrage des Institutes Manfred Hämmeler (*imh*) ist die Mehrheit der aus dem Gesundheitswesen stammenden Befragten davon überzeugt, dass Krankenhäuser nicht über ausreichend personelle Ressourcen verfügen, um dem demografischen Wandel zu begegnen, das betrifft insbesondere den Pflegebereich (*imh*, 2019, www). Wie in unterschiedlichen Quellen bestätigt, zeichnete sich bereits lange vor der Covid-19-Pandemie eine deutlich angespannte Personalsituation in Österreichs Krankenanstalten ab.

In einer oberösterreichischen Studie wurde das klare Missverhältnis von Spitalpersonal zu Krankenhausbetten ebenso untersucht. Österreich weist der Studie zufolge im internationalen Vergleich eine deutlich höhere Akutbetten-dichte auf, während das Krankenhauspersonal im Verhältnis zur Bevölkerung jedoch unter dem Durchschnitt liegt (Staflinger, 2019, S. 5-6). In Tab. 3 soll dieses Missverhältnis veranschaulicht werden.

Tab. 3: Missverhältnis Spitalsbetten zu Krankenhauspersonal

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Staflinger (2019, S. 6)

Missverhältnis Spitalsbetten/ Krankenhauspersonal			
Krankenhausbetten je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner		Krankenhauspersonal je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner	
Deutschland	606	Norwegen	3 500
Bulgarien	603	Island	2 902
Litauen	581	Liechtenstein	2 545
Österreich	555	Vereinigtes Königreich	2 419
Europäischer Durchschnitt	377	Europäischer Durchschnitt	1 436
		Österreich	869
Spanien	241	Lettland	591
Schweden	215	Bulgarien	483
Liechtenstein	159	Griechenland	404

Diese Problematik hat nicht nur Auswirkungen auf den Versorgungsbereich, sondern stellt ebenso ein grundlegendes Kostenproblem dar. Mehr als 50% der Primärkosten im Spitalsbereich entfallen auf Personalkosten. Diese Kostengröße ist in den letzten Jahren immer weiter angestiegen. Die Kostenentwicklung lässt sich einerseits auf den steigenden Anteil an Vollzeitäquivalenten und andererseits aber auch auf immer spezieller werdende Qualifikationen des Krankenhauspersonals zurückführen. Besondere Ausbildungen und Kenntnisse verlangen entsprechende Entlohnung (BMSGPK, 2020b, www).

Für viele Versorgungsbereiche in den Spitälern gelten darüber hinaus verpflichtende Qualitätskriterien. Im ÖSG sowie im jährlich überarbeiteten LKF-Modell werden Standards definiert, die für die Erzielung der Qualitätskriterien maßgebend sowie auch für die Leistungsabrechnung mit den jeweiligen Gesundheitsfonds verpflichtend sind. Es geht dabei um eine einheitliche Gesundheitsversorgung in Österreich, die ein geregeltes und hoch qualitatives Versorgungsniveau aufrechterhalten soll (BMSGPK, 2019, S. 71-73). Dementsprechend sind sowohl apparative Ausstattungen als auch qualifiziertes Personal für das jeweilige Leistungsangebot am Standort im ausreichenden Maße vorzuhalten. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur (BGA) wurde ein Handbuch für Personalplanung in Krankenanstalten entwickelt, das die adäquate Handhabung der Qualitätskriterien gewährleisten soll (BMSGPK, 2019, S. 95-96). Ergänzend dazu können dem aktuell gültigen ÖSG sowie dem zugehörigen LKF-Modell Details zu den jeweiligen Kriterien entnommen werden. Der ÖSG stellt insgesamt keine gesetzliche Verbindlichkeit dar, die gesetzliche Grundlage für die Personalplanung auf Bundesebene ist in § 8d Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) enthalten.

Tab. 4 zeigt in exemplarischer Weise die qualitativen personellen Anforderungen an das Personal der Intensivstationen für Erwachsene (ICU). Es handelt sich dabei allerdings um keine erschöpfende Auflistung sämtlicher für Intensivstationen erforderlicher Qualitätskriterien, sondern um lediglich einen beispielhaften Auszug. Darüber hinaus gelten auch die quantitative Verfügbarkeit betreffende Anforderungen, die ebenfalls im ÖSG bzw. im LKF-Modell zu finden sind.

Tab. 4: Vorgaben zur personellen Ausstattung der intensivmedizinischen Versorgung von Erwachsenen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMSGPK (2019, S. 111)

Intensivmedizinische Versorgung von Erwachsenen				
	IMCU	ICU Stufe 1	ICU Stufe 2	ICU Stufe 3
Personal				
Ärztliche Leitung	FA AN/INT oder Sonderfach mit Additivfach INT			
FA AN/INT oder FA IM in Krankenanstalt	7/24			
FA/TA-FA AN/INT oder IM oder entsprechendes Sonderfach in ICU	-	-	7/24 überwiegend für ICU zuständig	7/24
Ergänzendes Personal für die Behandlung von neurologischen/neurochirurgischen Patient/-innen				
FA NEU oder NCH in Krankenanstalt	7/24			7/24
Pflegepersonal in INT-Einheit	DGKP 7/24	DGKP (mind. 50% mit Intensivausbildung) 7/24		

Der Tabelle kann entnommen werden, dass die ärztliche Leitung einer ICU jedenfalls eine fachärztliche Ausbildung in Anästhesiologie und Intensivmedizin oder in Intensivmedizin als Additivfach vorzuweisen hat. Außerdem muss fachärztliches Personal derselben Fächer permanent (24/7) in der Krankenanstalt anwesend sein. Je nach Grad der ICU (1-3) muss das überwiegend oder gänzlich auf der ICU verfügbar sein. Das Pflegepersonal hat nach derzeit gültigem Personalschlüssel pro Bett rund um die Uhr (24/7) anwesend zu sein, wobei die Hälfte der Personen aus dem gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege über eine Intensivausbildung verfügen müssen. Den Graden, Abstufungen der Intensivüberwachungseinheiten (IMCU) sowie der Intensivstationen (ICU), kommen unterschiedliche Anforderungen an quantitativer Personalausstattung zu. Die Zuteilung zu einzelnen Stufen ergibt sich aufgrund des dokumentierten Schweregrades sowie der intensivmedizinisch vorzunehmenden Maßnahmen, was vor allem für die Leistungsverrechnung wieder von Bedeutung ist.

Wie im Beispiel gut zu erkennen, erfordert gerade der intensivmedizinische Bereich spezielle Kompetenzen. Selbst wenn in der Klarstellung des BMSGPK (2020b, S. 3-4) vom November 2020 einzelne der notwendigen Qualitätsanforderungen für die Dauer der Pandemie ausgesetzt bzw. gelockert waren, können

insgesamt in nur sehr eingeschränktem Maße Personalressourcen aus anderen Abteilungen verfügbar gemacht werden (s. Tab. 3). Demzufolge kann die (zulässige) Unterschreitung der 50%-Quote von Pflegepersonal mit Intensivausbildung auf der ICU nur vorübergehend und nur begrenzt toleriert werden. Allerdings führte dies langfristig zu einer Unterbesetzung in anderen Abteilungen. Personal zur kurzfristigen Aufstockung, ohne die erforderliche Fachausbildung, muss dennoch geschult werden und steht dadurch vorübergehend auch nicht zur Verfügung. Diese Maßnahmen bieten zwar rasche Hilfestellung, können allerdings nicht als langfristige Lösung gelten, sollte die Pandemie noch länger andauern oder noch weitere Ressourcen erfordern.

Erschwerend hinzu kommen durch die Covid-19-Pandemie verursachte Krankenstände sowie durch behördlich angeordnete Quarantänen oder Freistellungen von Personal aufgrund der Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe. Die Belastung der beschäftigten Personen in Gesundheitsberufen ist ohnehin bereits sehr hoch. Durch zusätzliche Hygiene- und Schutzmaßnahmen potenziert sich diese sogar noch. Mit vermehrten Ausfällen aufgrund von Überlastung jeglicher Art ist demnach zu rechnen. Als Fazit kann daher gelten, dass die Personalsituation in den österreichischen Krankenanstalten bereits vor der Pandemie wenig bis gar nicht zufriedenstellend war. Durch erhöhte Belastungen aufgrund Covid-19 besteht gerade bei intensivmedizinischem Personal, welches nur in begrenztem Ausmaß verfügbar gemacht werden kann, zusätzlicher Bedarf. Ein möglicher personeller Engpass ist daher weiterhin nicht gänzlich auszuschließen.

4 Zusammenfassung, Fazit und Ausblick

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die SARS-CoV2-Pandemie enorme Auswirkungen auf die österreichische Gesundheitsversorgung im Jahr 2020 hatte und weiterhin haben wird. Durch die ersten Lockdowns war die Bettenkapazität im akuten Krankenanstaltensektor zwar zu keinem Zeitpunkt überlastet, der Regelbetrieb konnte jedoch nur in deutlich eingeschränktem Maße stattfinden. Grund dafür war vor allem die Vorhaltung von Betten für Covid-19-Patientinnen und Patienten. Demzufolge mussten zahlreiche geplante medizinische Interventionen verschoben werden. Die Notfallbehandlung war dadurch dennoch nicht gefährdet, obgleich diese insbesondere auch wegen Ausgangsbeschränkungen und einer dadurch reduzierten Unfallhäufigkeit weniger in Anspruch genommen wurde. Der prozentuell gesehen geringe Belag durch Covid-19-Patientinnen und Patienten stellte die Krankenhausbetreiber dennoch vor enorme organisatorische sowie finanzielle Herausforderungen. Im intensivmedizinischen Versorgungsbereich war ebenfalls eine deutliche Reduktion an Regelbetriebsbetten zu beobachten. In einzelnen Bundesländern wurden vermehrt Kapazitäten freigehalten, um für den

Bedarfsfall aufgrund Covid-19 gerüstet zu sein. Insbesondere im November 2020 traten kurzfristig Engpasssituationen auf, vor allem wenn Betten in zu geringem Maße freigehalten wurden, um den gewöhnlichen Krankenhausbetrieb nicht zu stark einzuschränken. Dadurch wird klar, dass durch die dynamische Situation eine Planung für Akutkrankenanstalten sehr schwierig ist. Während zu wenige freie Betten für Covid-19 auf Intensivstationen zu Engpässen führen können, haben zu viele nicht belegte Betten eine direkte negative Auswirkung auf die Behandlung anderer Krankheiten, die freilich trotz Covid-19 einer adäquaten Versorgung bedürfen.

Während auf erhöhten Bettenbedarf und vermehrt benötigter apparativer Ausstattung verhältnismäßig einfach reagiert werden kann, stellt die Forderung nach qualifiziertem, speziell geschultem Personal für das Krankenhaus eine große Herausforderung dar. Hoch qualifiziertes Personal im Gesundheitswesen kann nicht so kurzfristig in höherem Ausmaß eingesetzt werden. Dies führt zu Missverhältnissen zwischen Krankenhausbetten und Personal. Vor allem in Österreich, wo es ja bereits vor der durch die Pandemie ausgelösten Krise an Pflegepersonal fehlte. Eben gerade auf Intensivstationen, wo langjährige Ausbildung sowie Erfahrung von Bedeutung sind, kann der Fachkräftemangel zu personellen Engpässen führen. Das österreichische Sozialministerium BMSGPK hat bereits darauf reagiert und Regelungen sowie Richtlinien in der Akutversorgung der Krankenanstalten vorübergehend gelockert. Qualifiziertes Personal kann dadurch aus dem normalen Bettenbereich herausgenommen und vermehrt in Intensivversorgungseinheiten eingesetzt werden. Dies stellt jedoch nur eine kurzfristige Lösung dar und bedarf weitreichenderen gesundheitspolitischen Überlegungen. Durch komplexe Abläufe in speziellen Versorgungsbereichen sowie durch zusätzliche Maßnahmen im Zuge der Eindämmung von SARS-CoV2 ist ein routiniertes Arbeiten für neue oder kurzfristig eingesetzte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur in bedingtem Maße möglich. Sofern es jedoch aufgrund von Covid-19 zu Überlastungen in der Versorgung des akutstationären Bereichs kommen sollte, wäre dies vor allem in der intensivmedizinischen Betreuung der Fall. Demnach sei es Krankenhäusern empfohlen, die aktuelle Bettensituation sowie die verfügbaren Personalressourcen laufend im Auge zu behalten, eine eigene Berichtslinie mit den wesentlichen Tageskennzahlen an die Entscheidungsträger einzurichten, um bei akutem Bedarf, wie in der derartigen Krise, rasch und unmittelbar steuernd eingreifen zu können.

Österreich kann durch die im OECD-Vergleich hohe Bettendichte im akutstationären Bereich bei der Bewältigung der SARS-CoV2-Pandemie auf gewisse Vorteile verweisen. Anzumerken sei jedoch, dass diese, sofern sie mit verfügbarem Personal betrieben werden können, auch in „normalen Zeiten“ belegt werden und die Krankenhaushäufigkeit damit auch in Nichtkrisenzeiten eine sehr hohe und dementsprechend teure ist. Die Covid-19-Pandemie wird aus heutiger Sicht eine neuerliche Diskussion über den Nicht-Abbau von Akutbetten

nach sich ziehen. Die Folge wäre daher eine weiterhin hohe Akutbettendichte, die jedoch nachweislich keine positiven Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung nach sich zöge. Gleichzeitig gilt es freilich, wie in den Gesundheitszielen vorgesehen, den Primärversorgungsbereich zu stärken.

Literatur

- AGES. (2020). AGES Dashboard Covid19. Hospitalisierungen. Verfügbar unter: https://covid19-dashboard.ages.at/dashboard_Hosp.html?area=10 [30.12.2020].
- Bachner, F., Rainer, L., Zuba, M. (2020). Fact-Sheet. Intensivpflege und Covid. Wien: BMSGPK.
- BMASGK. (2020b). Krankenanstalten in Zahlen: Kosten der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. Verfügbar unter: <http://www.kaz.bmgf.gv.at/kosten.html> [02.01.2021].
- BMASGK. (2020c). Krankenanstalten in Zahlen: Personal in Krankenanstalten. Verfügbar unter: <http://www.kaz.bmg.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/personal.html> [02.01.2021].
- BMSGPK. (2019). Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html> [30.12.2020].
- BMSGPK. (2020a). Hinweise zur Dokumentation von Covid-19 in Krankenanstalten. Wien: BMSGPK.
- BMSGPK. (2020a). Krankenanstalten in Österreich. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html> [30.12.2020].
- BMSGPK. (2020b). Klarstellungen zur Anwendung der ÖSG- und LKF-Regelungen während der Covid-19-Pandemie. Wien: BMSGPK.
- BMSGPK. (2020c). Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten. Wien: BMSGPK.
- BMSGPK. (2020d). Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021. Verfügbar unter: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.htm](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.htm) [02.01.2021].
- IMH. (2019). Was ist der Krankenhaus-Vertrauensindex (KHVI)? Verfügbar unter: <https://www.imh.at/ueber-imh/indizes/krankenhaus-vertrauensindex/> [02.01.2021].
- OECD. (2020). Österreich: Länderprofil Gesundheit 2019. Paris: OECD Publishing. Verfügbar unter: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/osterreich-landerprofil-gesundheit-2019_616bb134-de [30.12.2020].
- OÖG. (2021). Überblick Wartezeiten Operationstermine. Verfügbar unter: <https://www.ooeg.at/ueberblick-wartezeiten-operationstermine> [04.01.2021].
- Österreichische Bundesregierung (1998, 01. Jänner). Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz KaKuG. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285> [02.01.2021].
- Rengeling, D. (2020). Die Corona-Pandemie 2020 – über eine allumfassende Prävention hinaus. Sindelfingen-Maichingen: Springer Verlag.
- Staflinger, H. (2019). *Personalbedarf und einatz in den öo Krankenhäusern: Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf*. (Hrsg. Arbeiterkammer Oberösterreich). Linz. Verfügbar unter: https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitsundgesundheit/B_2019_Personalbedarf_und_einsatz_in_den_ooe_Krankenhaeusern.pdf [02.01.2021].
- Statistik Austria. (2020a). Bevölkerungsstand. Verfügbar unter: http://pic.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/bevoelkerungsstand/index.html [30.12.2020].

- Statistik Austria. (2020b). Spitalsentlassungen nach ausgewählten Diagnosen. Verfügbar unter: http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html [30.12.2020].
- Statistik Austria. (2020c). Todesursachen. Gestorbene 2019 nach Todesursachen und Bundesländern. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html [02.01.2021].
- Vida. (2019). Für mehr Personal in den Krankenhäusern. Jetzt! Verfügbar unter: https://www.vida.at/cms/S03/S03_4.5.8 [02.01.2021].

Physiotherapie in Pandemiezeiten

Auswirkungen auf die Lehre und die Durchführung von physiotherapeutischen Behandlungen

Autorinnen: Heike BAUER-HORVATH, Katrin BODI,
Nicole BRANDSTÖTTER, Marlene SZUPPER

*Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld,
Österreich*

Kurzfassung

Physiotherapeutische Behandlungen ohne Körperkontakt waren bis vor einem Jahr noch undenkbar. Seit März 2020 wurde in vielen Branchen ein Umdenken erforderlich, so auch in der Berufsgruppe der Physiotherapeut*innen. Didaktische Veränderungen sowohl in der Lehre als auch im beruflichen Alltag wurden erprobt und es zeigt sich, dass Digitalisierung in der Physiotherapie ein fixer Bestandteil geworden ist. Internationale Kongresse werden online durchgeführt mit dem Vorteil, dass eine große Anzahl an Physiotherapeut*innen und auch Studierende des Bachelorstudienganges Physiotherapie einen umfassenden Einblick in die internationale Forschung erhalten können. Diese legt dar, dass konsensbasierte Empfehlungen und Richtlinien in der physiotherapeutischen Behandlung von Covid-19-Betroffenen von hoher Bedeutung sind. Es ist erwiesen, dass eine Begleitung der Erkrankung durch physiotherapeutische Maßnahmen eine wesentliche Symptomlinderung und im besten Fall einen beschleunigten Heilungsprozess mit sich bringt.

1 Einleitung

Anfang 2020 gingen ausgehend von China erste Informationen über ein neuartiges Virus um die Welt. Innerhalb kürzester Zeit kam es zu beruflichen und privaten Einschränkungen, welche sich im Alltag als sehr herausfordernd gestalteten und eine Umstrukturierung zur Folge hatten. Da die Fallzahlen außerhalb Chinas rasch zunahmen (am 11. März 2020 wurden bereits mehr als 118.000 infizierte Fälle und 4.291 Todesfälle aus 114 Ländern bestätigt), musste von Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, dem Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit diesem Tag der Ausbruch des SARS-CoV-2 zur weltweiten Pandemie erklärt werden (WHO, 2020, [www](http://www.who.int)).

1.1 Lehre und internationale Forschung

An den Universitäten, Fachhochschulen und Schulen wurden innerhalb kürzester Zeit alle Lehrveranstaltungen, praktische Übungen, etc. auf Distance Learning umgestellt. Sowohl das Lehrpersonal als auch die Studierenden mussten sich in kürzester Zeit an ihre neuen Aufgaben gewöhnen und mittels diverser Online-Tools die Inhalte aufbereiten und erlernen. Auch Meetings, Konferenzen, Präsentationen und praktikumsbegleitende Reflexionen wurden online abgehalten und moderiert. In einer norwegischen Studie wurde untersucht, wie hoch in der praktischen Ausbildung die Akzeptanz zu digitalen Lerndesigns sei, und die Ergebnisse zeigten, dass diese grundsätzlich sehr positiv gesehen wurden (Ødegaard, Dahl-Michelsen, 2020).

Auch für internationale Veranstaltungen war ein Umdenken erforderlich. Nicht nur aufgrund der geplanten Menschenmengen vor Ort wäre eine Zusammenkunft bei Kongressen und Weiterbildungen sehr riskant gewesen. Zusätzlich ergaben sich durch die Reisebeschränkungen organisatorische Herausforderungen, die für die Organisationsteams eine Planung vor Ort erschwerten und viele Fragen aufwarfen. Sind die Flughäfen gesperrt, können internationale Flüge stattfinden, haben Hotellerie und Gasthäuser geöffnet, sind Caterings und Essenzustellung möglich?

Ein für Physiotherapeut*innen wichtiger Kongress wird alle vier Jahre von der Europe Region World Physiotherapy (ER-WPT) organisiert und hätte im September 2020 in Leuven (Belgien) stattfinden sollen. Auch das Team des Bachelorstudienganges Physiotherapie der Fachhochschule Burgenland war mit einem Beitrag zum Thema „Praktische Ausbildung“ vertreten und hätte diesen vor Ort präsentiert. Aufgrund der großen Unsicherheit und der geplanten Zusammenkunft von vielen Teilnehmenden aus unterschiedlichsten Ländern wurde der Kongress, wie so viele andere auch, auf Online umgestellt. Die Präsentationen wurden aber nicht live abgehalten, sondern als Videos aufgenommen und digital abgespeichert. Dadurch konnten die vielfältigen, internationalen Beiträge über eine Plattform von September 2020 bis inklusive Jänner 2021 von den Kursteilnehmer*innen jederzeit eingesehen werden. Diese organisatorische Veränderung machte sich der Bachelorstudiengang Physiotherapie im Rahmen der Lehrveranstaltung „Berufliche Handlungsreflexion“ zunutze, indem die Studierenden an diesem Online-Kongress teilnahmen und somit ein ganzes Semester lang Einblick in die internationale, physiotherapeutische Forschung erhielten.

1.2 Distance Learning und Telerehabilitation

Wie zuvor erwähnt, wurde die Lehre größtenteils auf Online-Lehre umgestellt. Nicht in allen Lehrveranstaltungen war dies jedoch möglich. Vor allem in Fächern mit hohem Praxisanteil wurden Konzepte erstellt, um ein sicheres, hygienisch einwandfreies Lehren und Lernen zu ermöglichen. Mit diesen Richtlinien

konnte das Risiko einer Ansteckung stark minimiert und ein annähernd sicherer Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden.

Auch im niedergelassenen Bereich kam es bei der Behandlung von Patient*innen zu Veränderungen. Erstmals wurden Therapieeinheiten abgesagt oder auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Doch gerade bei akuten Erkrankungen und Verletzungen ist eine begleitende Physiotherapie von hoher Wichtigkeit. Sie trägt dazu bei, dass der Heilungsverlauf beschleunigt wird und in weiterer Folge die Selbstständigkeit und die Lebensqualität der betroffenen Person wieder steigen kann.

Umso wichtiger war es, hier entsprechend darauf zu reagieren. Es wurden beispielsweise Videos erstellt, um ein Heimübungsprogramm online durchführen zu können. Eine andere Möglichkeit, den Patient*innen Physiotherapie trotz Lockdowns kontinuierlich anbieten zu können, ist die Telerehabilitation. Mit einer Mischung von einer praktischen Einheit vor Ort und darauffolgender Telerehabilitation mussten Personen nicht auf Physiotherapie verzichten. Diese Möglichkeit einer ortsunabhängigen Behandlung wird auch in nächster Zeit noch eine große Rolle spielen.

1.3 Empfehlungen und Guidelines

Entsprechend der aktuellen Evidenz werden für viele Erkrankungen Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien erstellt, um den Patient*innen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Hinsichtlich der Folgen einer Covid-19-Erkrankung wurden Physiotherapeut*innen jedoch vor neue Herausforderungen gestellt, da für diese Erkrankung noch keine erprobten Guidelines zur Verfügung standen. Das wissenschaftliche Komitee für den Kongress der ER-WPT reagierte prompt auf diese Situation und erstellte einen eigenen Track mit der Aufforderung, wissenschaftliche Beiträge zum Thema Covid-19 einzureichen. In diesem Rahmen konnten die neuesten Erkenntnisse zur Erkrankung selbst und deren Behandlungsmöglichkeiten erstmals präsentiert werden. Diese ersten Ergebnisse haben weitere Fragen aufgeworfen und sind somit wichtige Denkanstöße für nachfolgende Studien und Forschungsarbeiten, um auch für Covid-19 geeignete Guidelines und Richtlinien erstellen zu können.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Maßnahmen, die zur Eindämmung der Pandemie erforderlich wurden, neben allen Herausforderungen zu einer positiven Weiterentwicklung der Physiotherapie beigetragen haben. Lange geplante Kongresse wurden erfolgreich von Präsenz auf Online umgestellt, was auch viele Vorteile mit sich brachte. Die eingereichten Präsentationen konnten von einer hohen Anzahl an Physiotherapeut*innen ortsunabhängig und kostengünstig in Anspruch genommen werden. Lehrveranstaltungen und Weiterbildungen wurden auf Distance Learning umgestellt und konnten ohne große Verschiebungen und mit innovativen didaktischen Ansätzen gut in den Lehrplan integriert werden. Im niedergelassenen Bereich kam es zu einer

sprunghaften Entwicklung der Teletherapie, die sich als sehr hilfreich und als ein ideales, ergänzendes Tool zur Abhaltung von physiotherapeutischen Behandlungen herausstellte, und es wurden Guidelines entwickelt, sodass eine adäquate Behandlung von Covid-19-Betroffenen sichergestellt ist.

Welche Veränderungen in den genannten Bereichen erforderlich wurden und welcher Mehrwert durch die Covid-19-Pandemie konkret erzielt werden konnte, beschreiben die nachfolgenden Kapitel.

2 Einbindung internationaler Forschung in die Lehre

2.1 ER-WPT und Lehre

Als gemeinnützige, nichtstaatliche Organisation vertritt die Europe Region World Physiotherapy die Berufsgruppe der Physiotherapeut*innen auf europäischer Ebene. Umso wichtiger ist hier das regelmäßige Zusammentreffen von Vertreter*innen aller Mitgliedsländer bei einem Kongress, um die internationale Zusammenarbeit gezielt fördern zu können. Die ER-WPT verfolgt inhaltlich mehrere Ziele, ein großes Ziel jedoch ist, die Qualität der Physiotherapieausbildung und die praktische Ausbildung in Europa zu verbessern. Da der *5th European Congress of the ER-WPT-Education-2020-ONLINE* „ins Wohnzimmer“ geholt werden konnte, wurden die Studierenden des Bachelorstudienganges Physiotherapie im Zuge der Lehrveranstaltung „Berufliche Handlungsreflexion“ dazu angehalten, diese internationale Plattform zu nutzen, um einen umfassenden Einblick in die Forschungswelt der Physiotherapie zu erhalten.

Waren vorerst 3 Tracks geplant, hatten die Organisator*innen des Kongresses schnell auf die Pandemie reagiert, die Einreichfrist der Abstracts verlängert und einen eigenen Track erstellt, indem ausschließlich Beiträge rund um Covid-19 eingereicht werden konnten. Insgesamt genehmigte das wissenschaftliche Komitee 204 Beiträge. Eine genaue Auflistung und die Zuordnung zu den einzelnen Tracks sind in Tab. 1 ersichtlich.

Tab. 1. ER-WPT Tracks, Quelle: eigene Darstellung

Track Nummer	Titel	Anzahl der Beiträge
1	Diversity and Inclusion in Learning	30
2	Science in Physiotherapy	59
3	Covid-19	46
4	Practice Education	69

2.2 Methodik

Die Studierenden erhielten in Kleingruppen verschiedene Arbeitsaufträge mit der Zielsetzung den aktuellen Forschungsstand der unterschiedlichen Tracks zusammenzufassen und eventuelle Forschungsfelder für zukünftige Arbeiten zu finden.

Die Ergebnisse dieser Ausarbeitungen wurden in einer Online-Lehrveranstaltung den Studienkolleg*innen und Hochschullehrenden präsentiert und diskutiert.

2.3 Erkenntnisse

Neue Kolleg*innen kennenzulernen, Kontakte zu knüpfen, neue Forschungsfelder präsentiert und Forschungsarbeiten aus anderen Ländern vorgestellt zu bekommen, war beim ER-WPT Kongress 2020 pandemiebedingt in Präsenz nicht möglich. Trotzdem oder gerade deshalb bot sich für die Hochschullehre die Gelegenheit, Studierenden einen Einblick in die internationale Forschungswelt geben zu können. Diese besonderen Rahmenbedingungen konnten somit gut genutzt werden, um aktuelle Forschungsergebnisse quasi „live“ in die Lehre zu integrieren. Ebenso ergaben sich im Anschluss der Präsentationen interessante Diskussionen über weitere Forschungsfragen, welche die Studierenden für ihre Bachelorarbeit wieder aufgreifen könnten.

3 Einsatz von digitalen Technologien in Lehre und Praxis

In diesem Kapitel werden aktuelle Forschungsergebnisse zu den Themen Digitalisierung, Teletherapie und Distance Learning aufgezeigt. Zudem wird auf die Möglichkeiten einer physiotherapeutischen Herangehensweise ohne direkten Körperkontakt sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in der Lehre eingegangen.

3.1 Methodik

Über die Online-Plattform des ER-WPT Kongresses wurden die hochgeladenen Präsentationen in den unterschiedlichen Tracks systematisch durchforstet. Mittels der Lupen-Suchfunktion wurde durch folgende Keywords nach passenden Treffern gesucht: e-health, teletherapy, telerehabilitation, distance learning, distance therapy.

Durch diese Eingrenzung konnten die Suchergebnisse erfolgreich reduziert und durch Lesen der einzelnen Kurzfassungen die Auswahl der drei unten angeführten Studien getroffen werden.

3.2 Distance Learning

In den Ausbildungsstätten stellt die Pandemie die Studierenden und Lehrenden in Bezug auf die digitale Kompetenz vor große Herausforderungen. Um die Unterrichtseinheiten und den Lehrplan einhalten zu können, musste die Umstellung auf Fernlehre im letzten Jahr rasch umgesetzt werden. Dies setzt voraus, dass nicht nur das Lehrpersonal, sondern auch die Studierenden über das notwendige Equipment als auch die technischen Voraussetzungen und das technische Knowhow verfügen müssen. Dahingehend sollte die eingeleitete Di-

gitalisierung ausgebaut werden und Distance Learning und Teletherapie nachhaltig im Lehrplan integriert werden.

An der University of Dublin wurde mittels Fragebogen an 91 Studierenden aus vier Ländern die e-Health-Fähigkeiten in Gesundheitsberufen erhoben. Es wurde ein e-Health/Telehealth Modul entwickelt, um das Vertrauen und das Wissen der Studierenden in diesem Bereich zu eruieren. Das angebotene Modul, in dem Kompetenzen zum e-Tool und deren Anwendung erarbeitet wurden, wurde über 10 Wochen online abgehalten. Nach Beendigung des Moduls zeigte sich, dass die Studierenden mehr Vertrauen und einen sicheren Umgang in der Teletherapie erlangten und sich digitale Kompetenzen aneigneten (McMahon, Kenny, Purcell, Cunningham, 2020).

In Norwegen untersuchten Ødegaard & Dahl-Michelsen (2020), welche Einstellung das Lehrpersonal der Physiotherapieausbildung zum digitalen Lerndesign mitbringt. Es wurden Interviews mit 12 Lehrenden aus drei unterschiedlichen Ausbildungsstellen in Norwegen durchgeführt. Hierfür wurden Fragen zur Erfahrung des Lehrpersonals mit digitaler Lerngestaltung und nach deren generellen Einstellung zum digitalen Lerndesign in der physiotherapeutischen Ausbildung gestellt. Großteils zeigten die Befragten eine positive Einstellung zum digitalen Wandel und standen neuen Lehrdesigns offen gegenüber. Einige äußerten aber Bedenken, ob ihr digitales Wissen für die Online-Lehrtätigkeit ausreichen würde. In der Schlussfolgerung wurde betont, dass es notwendig sei, die Zusammenarbeit des Lehrpersonals zu forcieren, um von den e-Kompetenzen anderer zu lernen, und Angebote zur Weiterbildung mit digitalen Lerntools zu entwickeln und auszubauen.

Eidenberger & Nowotny (2020) gingen der Fragestellung nach, ob die physiotherapeutische Ausbildung mittels Distance Learning auf dem gleichen Niveau wie im Präsenzunterricht gehalten werden kann. Die Autorinnen präsentierten ihre Ergebnisse beim ER-WPT Kongress im Track „Practice Education“. In einer quasi-experimentellen Studie wurde mit Studierenden des 3. Semesters (n=28) in einer Lehrveranstaltung die Behandlungstechnik „Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation“ durchgeführt. Die Interventionsgruppe erhielt einen elektronischen Zugang zu Lehrvideos inklusive schriftlichem Lehrmaterial. Die Kontrollgruppe nahm an einer 90-minütigen Präsenzlehrveranstaltung teil. Es stellte sich heraus, dass E-Learning gleichwertig oder sogar besser angenommen wurde, als die Präsenzlehrveranstaltung. Auch in der praktischen Überprüfung zeigte sich die Onlinegruppe als geübter, möglicherweise, weil die Videos mehrmals angesehen werden konnten. Als Kritik an der Onlinelehre wurde von den Studierenden das fehlende Feedback der Vortragenden erwähnt, da sie nicht sicher waren, ob das zuhause Erlernte korrekt ausgeführt wurde. Zusammenfassend ist festzustellen, dass videobasierte Unterrichtselemente als gleichwertig angesehen und in Zukunft in den Lehrplan integriert werden sollten.

Nicht nur in der Lehre, sondern auch in der Praxis sind die behandelnden Physiotherapeut*innen durch die pandemiebedingten Einschränkungen betroffen und im Zuge dessen gefordert, vermehrt digitale Technologien einzusetzen.

Physische Kontakte müssen auf ein Minimum beschränkt werden und somit ist auch der Kontakt zu Patient*innen zu reduzieren. Aber gerade für eine Berufsgruppe, welche vorwiegend direkt am Menschen und an dessen Beschwerden arbeitet, stellt die Kontakteinschränkung eine riesige Herausforderung dar. Die physiotherapeutische Behandlung und deren regelmäßige Fortführung ist vor allem in der Akutphase, aber auch in der Rehabilitation von enormer Wichtigkeit. Ein Abbruch oder ein Pausieren der Therapie könnte für die Betroffenen langfristige negative Folgen mit sich bringen wie z.B. Aktivitätseinschränkungen, Verlust an Mobilität, Schmerzen, etc.

Wie gelingt während der Pandemie die Weiterführung der Therapie, aber gleichzeitig auch der Schutz der Patient*innen vor einer Infektion?

3.3 Kontaktlose Therapiemöglichkeiten in der physiotherapeutischen Praxis

Eine Möglichkeit zur Aufrechterhaltung der Physiotherapie bietet die sogenannte Teletherapie oder Telerehabilitation. Diese Therapieform kann zum Beispiel in Form einer Online-Konsultation mittels Videokonferenz, das heißt mittels Live-Bild und Ton, angewendet werden. Es stellt somit eine sichere und geschützte Interaktion zwischen Therapeut*in und Patient*in dar.

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Teletherapie sind unter anderem die Verfügbarkeit der notwendigen elektronischen Mittel (Laptop, Tablet, Handy inkl. Kamerafunktion). Außerdem sollten die zu behandelnden Personen eine gute Bewegungskontrolle bzw. Körperwahrnehmung, eine stabile Schmerzsituation, Sturzsicherheit aufweisen und sie sollten keinerlei Symptome zeigen, die einer ärztlichen Abklärung bedürfen (Red Flags).

Die Grundlage für eine weiterführende Teletherapie bildet eine Erstkonsultation in Präsenz, da eine physiotherapeutische Befunderhebung nur vor Ort qualitativ hochwertig erfolgen kann. Physiotherapeutische Hands-on-Interventionen im Rahmen des physiotherapeutischen Prozesses laufen ebenso im Face-to-Face Modus ab.

Ist nach der ersten Untersuchung und Begutachtung der*die Physiotherapeut*in der Ansicht, dass der*die Patient*in in ein selbstständiges Üben übergehen kann, wird via Teletherapie eine Weiterführung der Physiotherapie angestrebt. In dieser digitalen Behandlungsform steht die Edukation und aktive Therapie im Vordergrund, der*die Physiotherapeut*in fungiert quasi als Coach. Somit ist über den Bildschirm eine Live-Trainingseinheit und Verlaufskontrolle ohne Ansteckungsrisiko gewährleistet.

Ist eine Erstkonsultation in der physiotherapeutischen Praxis nicht möglich, kann die Anamnese auch per Videokonferenz erfolgen. Sie sollte aber noch umfangreicher und genauer durchgeführt werden, um zum Beispiel die Belast-

barkeit der verletzten Struktur und dessen Wundheilungsphase einschätzen zu können. Da ohne physische Untersuchung keine Screenings und Tests durchgeführt werden, müssen solche Informationen durch unterschiedliche Assessments oder Fragebögen erfasst werden.

Am österreichischen Markt werden auch einige Tools angeboten, welche sowohl web- als auch app-basiert für Teletherapie zur Verfügung stehen. Derzeit wird der teletherapeutische Einsatz primär vor allem zur Verlaufskontrolle und zur Übungs- und Trainingskorrektur verwendet. Es können Trainingspläne und Übungsprogramme mit Hilfe von Bildern oder Videos erstellt und auch mit Notizen versehen werden. Somit gelingt eine synchrone Supervision, welche auch im Anschluss der Therapieeinheit von den Patient*innen eingesehen und direkt an diese versendet werden kann.

3.4 Erkenntnisse

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die letzten Monate ein Umdenken und rasches Handeln sowohl in der Lehre als auch in der Praxis erforderten mit dem Ergebnis, dass digitale Technologien verstärkt in die physiotherapeutische Ausbildung und Behandlung integriert wurden. Zahlreiche hilfreiche Tools und Applikationen wurden entwickelt bzw. weiterentwickelt und haben enorm an Stellenwert zugenommen. Durch diese Werkzeuge ist es möglich, trotz der Pandemie sowohl die physiotherapeutische Ausbildung als auch die physiotherapeutische Behandlung im niedergelassenen Bereich fortzusetzen.

Die Herausforderungen in der Betreuung von Covid-19-Patient*innen im stationären Bereich werden im folgenden Kapitel beschrieben. Es wird ein Einblick in die verschiedenen physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten gegeben und über Empfehlungen für die klinische Praxis berichtet.

4 Physiotherapeutische Behandlung bei Covid-19

4.1 Covid-19 und seine Folgen

Die multiplen und zum Teil sehr schweren Folgen und Begleiterscheinungen dieser Erkrankung stellen nicht nur Betroffene, sondern auch sämtliche Berufsgruppen, die bei der Betreuung und Behandlung mitwirken, vor enorme Herausforderungen. Denn sowohl Personen mit schweren Verlaufsformen als auch Personen mit milden Verlaufsformen können nach der Genesung verschiedenste Folgeerscheinungen aufweisen. Zusätzlich zu den bereits bekannten respiratorischen Einschränkungen werden noch folgende Symptome als sogenannte „Post-Covid-19-Symptome“ beschrieben (Krenek, Mühlbacher, Nessizius, Schlegl, Linert, 2020, S. 4):

- Allgemeine Dekonditionierung des Herz-Kreislauf-Systems und der Muskulatur mit dem Leitsymptom rasche Ermüdbarkeit

- Orthostatische Dysregulation (Regulationsstörung des Blutdrucks beim Aufsetzen/-stehen), v.a. nach längeren Immobilisationsphasen
- (senso-)motorische Einschränkungen
- neurologische Symptome, deren Zusammenhang mit SARS-CoV-2 noch genauer geklärt werden muss.
- kognitive Defizite, wie z.B. Gedächtnisstörungen oder eine reduzierte Aufmerksamkeit
- mentale Beeinträchtigungen in Form von Depressionen in Verbindung mit Angststörungen
- Gerinnungsstörungen
- Gelenkschmerzen
- Fatigue-Syndrom (chronisches Erschöpfungssyndrom)

Durch diese Symptomvielfalt und große Variation der Krankheitsverläufe ist eine qualitativ hochwertige Betreuung in einem multiprofessionellen Team unerlässlich. Physiotherapeut*innen als Spezialist*innen für Funktionsstörungen des Bewegungssystems nehmen daher einen wichtigen Platz in der Behandlung dieser Patient*innen ein.

In einer retrospektiven Studie konnten Johnson et al. zeigen, dass Covid-19-Patient*innen, die während ihres Krankenhausaufenthaltes länger und häufiger physiotherapeutisch betreut wurden, früher und mit einem höheren Mobilitätsgrad nach Hause entlassen werden konnten. Für diese Studie wurden die Daten von 312 Patient*innen eingeschlossen, die in 11 Krankenhäusern betreut wurden (Johnson, Lapin, Green, Stilphen, 2020).

Auch wenn diese Studie die Notwendigkeit einer physiotherapeutischen Betreuung widerspiegelt, so drängen sich eine Reihe von Fragen bezüglich der Behandlung der Folgeerscheinungen dieser relativ neuen Erkrankung auf:

- Wie sieht eine optimale physiotherapeutische Betreuung dieser Patient*innen aus?
- Gibt es bereits Empfehlungen oder Richtlinien, die den Prozess der klinischen Entscheidungsfindung hinsichtlich der Auswahl von geeigneten Assessments unterstützen?
- Wie sollen hospitalisierte Patient*innen betreut werden?
- Wie sind Übungen bzw. Behandlungen zu dosieren, um Patient*innen nach überstandener Erkrankung nicht durch zu intensive Trainingseinheiten zu erschöpfen?

4.2 Methodik

Um diese Fragen beantworten zu können, wurden zu Beginn in die Suchfunktion des ER-WPT Kongresses die Schlagworte „guideline“ und „recommendation“ eingegeben. Diese Suche ergab lediglich einen Treffer (Van der Wees,

Driehus, de Bie, 2020). Danach wurden Titel und Abstracts sämtlicher Beiträge hinsichtlich der oben genannten Schlagworte gescreent, es wurden jedoch keine weiteren passenden Beiträge gefunden.

Die geringe Trefferanzahl dieser Suche lässt sich mit dem Abgabedatum der Einreichungen erklären. Der Kongress, der ursprünglich als Präsenzveranstaltung konzipiert war, wurde im Februar 2020 in eine Online-Veranstaltung umgewandelt. Das Ende der Einreichfrist war mit Ende Juni angesetzt. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Erkrankung in Europa zwar einige Höhepunkte erreicht, für die Entwicklung von Guidelines und Behandlungsempfehlungen war die Zeit jedoch schlichtweg zu kurz.

Aufgrund der niedrigen Trefferquote wurde die Suche auf die Datenbank PubMed ausgeweitet, die mit über 30 Millionen Beiträgen eine der größten biomedizinischen Datenbanken der Welt darstellt. Dazu wurden die Begriffe „guideline“ und „recommendation“ mit dem Bool'schen Operator „OR“ verbunden und mit den Begriffen „physiotherapy“ AND „Covid-19“ kombiniert. Als Ergebnis dieser Suche wurden 71 Treffer angezeigt. Diese Treffer wurden hinsichtlich ihres Titels und Abstracts auf ihre Eignung überprüft. Da einige Beiträge nicht in Englisch oder Deutsch verfügbar waren, konnten sie nicht zur weiteren Analyse herangezogen werden. Zudem wurden nur Beiträge eingeschlossen, die sich nicht zu sehr auf ein physiotherapeutisches Fachgebiet, z.B. Urologie, spezialisierten. Nach Anwendung dieser Einschluss- und Ausschlusskriterien wurden sechs Artikel zu einer weiteren Analyse herangezogen.

Zusätzlich wurde auf den Homepages des Bundesverbandes der PhysiotherapeutInnen Österreichs, des Weltverbandes der Physiotherapie (World Physiotherapy), der World Health Organization Europe und der Pan American Health Organization nach veröffentlichten Stellungnahmen und Guidelines gesucht.

4.3 Physiotherapeutisches Management im stationären Setting

Im April 2020 wurde im Journal of Physiotherapy die Kurzversion eines Konsensuspapiers veröffentlicht, das nicht nur klare Empfehlungen zur Behandlung von Covid-19-Betroffenen im klinischen Setting ausspricht, sondern auch auf die Personalplanung, die notwendigen therapeutischen Hilfsmitteln und die notwendige Schutzausrüstung eingeht. Die Langversion dieses Konsensuspapiers ist über die Homepage der World Physiotherapy und über die Homepage von ScienceDirect frei zugänglich (Thomas, Baldwin, Bissett et al., 2020).

Die Autor*innen beschreiben als Hauptziel physiotherapeutischer Behandlungen, die Folgen eines „Post Intensive Care Syndrome“ soweit als möglich zu minimieren und die körperliche Genesung somit zu fördern. Eine Reihe von atemphysiotherapeutischen Techniken wird empfohlen. Darunter fallen Techniken zur Befreiung der Atemwege wie z.B. Vibrationen am Thorax, die manuelle Hyperinflation oder die sogenannte „Positive Expiratory Pressure

Therapy“ (PEP-Therapie), es werden aber auch Techniken zur Atemunterstützung wie die nicht-invasive Beatmung oder Techniken zur Sekretmobilisation genannt. Zusätzlich dazu wird empfohlen, die Gelenksbeweglichkeit durch passive, aktiv-assistive oder aktive Bewegungsübungen zu erhalten. Die Intensität von Mobilisationen und Übungen muss natürlich an den individuellen Zustand der Betroffenen angepasst werden und erstreckt sich über die Bandbreite von einfachen Querbettmobilisationen, über Mobilisationen in Stehtischen, Geh- und Gleichgewichtsübungen, Ergometrie, Einüben von Bewegungsübergängen u.v.m. Bei sämtlichen beschriebenen und empfohlenen Techniken werden zusätzlich zu dem benötigten Equipment auch die hygienischen Anforderungen beschrieben, wodurch diese sicher in das individuelle Setting unterschiedlicher Einrichtungen übertragen werden können (Thomas et al., 2020).

Ebenfalls im April 2020 wurde ein gemeinsames Positionspapier der Italian Respiratory Society und der Association for the Rehabilitation of Respiratory Failure veröffentlicht. Zu diesem Zeitpunkt verzeichnete Italien nicht nur eine der höchsten Ansteckungsraten innerhalb Europas, sondern leider auch die meisten Todesopfer auf Grund von Covid-19. Ziel dieses Beitrages war es, die Erkenntnisse, die in den unterschiedlichsten Krankenhäusern gewonnen wurden, zu bündeln und klare Empfehlungen daraus abzuleiten.

Vitacca et al. (2020) beschreiben drei Phasen der Erkrankung, die kritische Phase, die akute Phase und die post-akute Phase. Betroffene werden anhand ihrer Symptome den unterschiedlichen Phasen zugeordnet und für jede Phase werden die möglichen physiotherapeutischen Interventionen beschrieben. In der kritischen Phase könne mit den physiotherapeutischen Interventionen begonnen werden, sobald die Vitalzeichen der Patient*innen einen stabilen Zustand erreicht hätten, wobei hohes Fieber, eine Verschlechterung der Dyspnoe, eine Atemfrequenz über 30 Atemzüge pro Minute und eine Sauerstoffsättigung von weniger als 93% unter O₂-Therapie, arterieller Hypertonus, Brady- oder Tachykardie, Schock und tiefe Sedierung als Kontraindikation gewertet werden. Die physiotherapeutische Behandlung in dieser Phase beziehe sich auf häufige Lagerungswechsel, v.a. die Lagerung in Bauchlage, die passive Mobilisation und neuromuskuläre Elektrostimulation. Wichtig sei, die klinischen Parameter dabei genau zu beobachten. Normale atemphysiotherapeutische Techniken wie Techniken zur Sekretmobilisation oder Training der Atemmuskulatur werden in dieser Phase nicht empfohlen, da einerseits das Risiko der Virusübertragung sehr hoch ist und andererseits die Betroffenen auf keinen Fall überfordert werden sollten. Der Fokus der physiotherapeutischen Behandlung in der Akutphase werde auf Mobilisation, häufige Positionswechsel, aktive Übungen zur Mobilisation und Kräftigung der Extremitäten und, falls nötig, auf das Training der Atemhilfsmuskulatur gelegt. Leiden Patient*innen unter einer erhöhte Sputumsekretion, werden jetzt auch Techniken zur Sekretförderung empfohlen, wobei darauf geachtet werden sollte, das Virus dadurch nicht noch weiter zu verbreiten.

ten. In der postakuten Phase müsse dann, auf die unterschiedlichen physischen Folgen eingegangen werden. Hier wäre es laut der Forschungsgruppe wichtig, mit Übungen mit einer geringen Belastungsintensität zu beginnen und durch verschiedenste Assessments Funktionen wie das Gleichgewicht und die körperliche Leistungsfähigkeit zu bestimmen (Vitacca, Carone, Clini et al., 2020).

Auch in Österreich wurde von Physio Austria, dem Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs, eine Leitlinie hinsichtlich der physiotherapeutischen Behandlung Covid-19-Betroffener in einem Expert*innen-Konsensus entwickelt. Diese wurde im Mai 2020 auf der Homepage von Physio Austria veröffentlicht und ist dort frei einsehbar. Die Leitlinie besteht, neben einer ersten Information zu den vielfältigen Symptomen und Folgeerscheinungen einer Covid-19-Erkrankung, aus zwei Teilen. Teil 1 beschreibt physiotherapeutische Maßnahmen im Intensivsetting, die Atemtherapie bei Intensivpatient*innen, die Frühmobilisation und Bewegungstherapie bei Betroffenen und erklärt Auswirkungen von Langzeitbeatmung und ihre Folgeerscheinungen. Als Techniken zur Förderung der Beatmungsentwöhnung werden verschiedenste Lagerungstechniken, expiratorische Thoraxkompression zur Steigerung des Atemzugsvolumens, inspiratorisches Atemmuskeltraining sowie die Verwendung von oszillierenden oder kontinuierlichen PEP-Geräten empfohlen. Die Frühmobilisation solle sich an den momentanen Ressourcen der Betroffenen orientieren und in erster Linie die Dekonditionierung, die als Folge der Immobilisation auftritt, reduzieren (Krenek et al., 2020, S. 5-7).

4.4 Physiotherapie im rehabilitativen Setting

Der zweite Teil der österreichischen Leitlinie bezieht sich auf die physiotherapeutische Behandlung und Prophylaxe im Setting der freiberuflichen Praxis, der Rehabilitation und des Hausbesuchs. Es wird auf die physiotherapeutische Befundung und die möglichen Assessments für Atmung und Bewegungsapparat eingegangen, und die verschiedensten Behandlungsmaßnahmen zur Verbesserung von respiratorischen Einschränkungen, Maßnahmen zur Verbesserung von Gelenkmobilität und -schmerzen sowie Maßnahmen zu Behandlung von neurologischen Symptomen und zur Behandlung der allgemeinen Dekonditionierung werden beschrieben. Es wird die Erstellung eines individuellen Therapiekonzeptes empfohlen, als dessen übergeordnetes Ziel eine möglichst große Unabhängigkeit bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens genannt wird (Krenek et al., 2020, S. 7-10).

Der Beitrag des ER-WPT Kongress, der im Rahmen der ersten Suche als relevant eingestuft wurde, ist ein Beitrag der „Royal Dutch Society of Physical Therapy“, in dem das Autorenteam, rund um Philip van der Wees klare Empfehlungen für die physiotherapeutische Behandlung von Patient*innen nach einer Covid-19-Erkrankung geben. Dazu unterscheiden sie zwei Phasen der Rehabilitation. Phase eins beschreibt die Behandlung von Betroffenen in den

ersten sechs Wochen nach der stationären Entlassung, Phase 2 knüpft dabei an Woche sieben nach einer stationären Entlassung an bzw. werden Patient*innen, die die Erkrankung zu Hause auskurieren konnten, ebenso dieser Phase zugeteilt. Der Fokus der Empfehlungen wird dabei auf das Screening von Vorsichtssituationen (Red Flags), die Behandlungsziele, die physiotherapeutische Befundung, auf die Wahl geeigneter Assessments, die Interventionen und die Evaluierung gelegt.

Als Red Flags beschreiben die Autor*innen eine Herzfrequenz unter 40 und über 130 Schlägen/min., eine Atemfrequenz über 40 Atemzüge/min., eine Sauerstoffsättigung unter 90% in Ruhe und unter 85% bei Belastung sowie Herzrhythmusstörungen, schmerzhaft und geschwollene Extremitäten, akute Dyspnoe, exzessives Schwitzen und Angst. Als Behandlungsziele werden die Verbesserung der körperlichen Fitness und die Rückkehr zur selbstständigen Bewältigung der Alltagsaktivitäten genannt, wobei die Belastungsintensität nicht über eine milde bis mäßige Intensität hinausgehen sollte. Hinsichtlich der Assessments werden die Patient Specific Functioning Scale (PSFS), die Borg Skala, die Sauerstoffsättigung, die Herzfrequenz, die Short Physical Performance Battery (SPPB), die Griffstärke, der 6-Minute Walking Test (6MWT) und der Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ 65+) empfohlen. Nach Meinung der Autoren sollten die physiotherapeutischen Interventionen auf eine Verbesserung der allgemeinen Kraft und Ausdauer, des Gleichgewichts, der ADLs und der Atmung abzielen. Betroffenen sollten zudem Entspannungstechniken gezeigt werden. Wichtig ist es bei sämtlichen Übungen genaue Angaben hinsichtlich Häufigkeit, Intensität und Dauer einer Übung anzugeben. Die Übungen sollten so gewählt werden, dass eine 4/10 der Borg-Skala nicht überschritten wird. Sämtliche Ergebnisse sollten nach 6 Wochen evaluiert werden, ebenso wird nach 6 Wochen eine ärztliche Kontrolle empfohlen.

In Phase zwei der Rehabilitation wird, zusätzlich zu den bereits erwähnten Red Flags, die Durchführung einer Ergospirometrie empfohlen, um die Belastbarkeit der Betroffenen abzuklären und den individuellen Intensitätslevel zu bestimmen. Als Behandlungsziele werden eine weitere Verbesserung der körperlichen Fitness, die Steigerung des Aktivitätslevels und die Wiederaufnahme von sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten beschrieben. Es wird empfohlen, zusätzlich zu den bereits erwähnten Assessments, den One-Repetition Maximum Test bei größeren Muskelgruppen durchzuführen, einen Schrittzähler zu verwenden und die Atemmuskulatur zu messen. Das Training der Betroffenen sollte sich an die individuellen Zeichen und Symptome anpassen und nach den Trainingsprinzipien für chronische Lungenerkrankungen gestaltet werden. Die Belastung darf auf bis zu 6/10 der Borg-Skala gesteigert werden bzw. sich zwischen 60 und 80% der maximalen Trainingsleistung befinden. Die Autor*innen empfehlen zudem, eng mit anderen therapeutischen Berufsgrup-

pen und Ärzt*innen zusammen zu arbeiten und Patient*innen mit multiplen Problemen in stationären Rehabilitationseinrichtungen behandeln zu lassen (Van der Wees, Driehus, de Bie, 2020).

Der Effekt von Ausdauertraining auf das Immunsystem wurde in einem Review von Alawna et al. untersucht mit dem Ziel, sichere und effektive Trainingsempfehlungen ableiten zu können. Im Speziellen wurden dabei die Auswirkungen von zyklischen Belastungen wie Radfahren, Gehen oder Laufen auf immunologische Werte analysiert. Nach Analyse der 11 inkludierten Studien empfahlen die Autor*innen, dass Covid-19-Patient*innen ein reguläres Ausdauertraining mit einer Dauer von 20 -60 min. absolvieren sollten. Die Intensität wird mit 55-80% der VO₂max. bzw. 60-80% der maximalen Herzfrequenz beschrieben und sollte zwei bis drei Mal pro Woche durchgeführt werden. Wird innerhalb dieser Rahmenbedingungen trainiert, kommt es zu einer Verbesserung der immunologischen Funktionen, ohne einen körperlichen Erschöpfungszustand hervorzurufen (Alawna, Amro, Mohamed, 2020).

4.5 Erkenntnisse

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die bereits publizierten Empfehlungen und Leitlinien eine qualitativ hochwertige physiotherapeutische Behandlung sicherstellen können. Auch wenn sich die Empfehlungen hinsichtlich einzelner Assessments oder Behandlungstechniken nicht immer decken, tragen sie dennoch dazu bei, den Prozess der klinischen Entscheidungsfindung bei diesem komplexen Krankheitsgeschehen zu strukturieren. Dies ist insofern wichtig, denn aufgrund der hohen Fallzahlen kommt es vor allem im rehabilitativen und freiberuflichen Setting dazu, dass auch Physiotherapeut*innen ohne Zusatzausbildung in kardiorespiratorischer Physiotherapie Betroffene betreuen.

Zusätzlich zu den einzelnen Assessments und Behandlungstechniken lassen sich zudem die notwendigen hygienischen Bestimmungen ableiten, um die Sicherheit der tätigen Physiotherapeut*innen trotz Kontakts mit infizierten Personen dennoch zu gewährleisten. Denn als eines der wesentlichsten Prinzipien gilt nach wie vor, die Verbreitung dieser Erkrankung mit allen Mitteln einzudämmen.

5 Fazit

Der Beruf der*des Physiotherapeut*in ist vor allem durch Nähe gekennzeichnet, Nähe zu den Patient*innen bei unterschiedlichsten therapeutischen Techniken, aber auch Nähe in der physiotherapeutischen Ausbildung. Gerade angehende Physiotherapeut*innen lernen durch das aneinander Üben die verschiedensten Untersuchungs- und Behandlungstechniken über die eigene Bewegungserfahrung und das Spüren am eigenen Körper. Dabei die zur Eindämmung der Pandemie erforderliche Distanz einzuhalten, war bis vor kurzem unvorstellbar und wurde als unmöglich eingeschätzt.

Covid-19 hat nicht nur den physiotherapeutischen Alltag, sondern auch die Lehre vor große Herausforderungen gestellt, aber auch neue Möglichkeiten und Wege aufgezeigt.

- In der Lehre wurde vieles umorganisiert, Lehrveranstaltungen, auch solche, die sich dem Erwerb praktischer Fertigkeiten widmen, wurden neu konzipiert und mit Unterstützung digitaler Technologien abgehalten.
- Kongresse wurden nicht in Präsenz, sondern online und durch die Verwendung von digitalen Plattformen durchgeführt, mit dem großen Vorteil, dass dadurch ein niederschwelliger Zugang geschaffen wurde und viele Physiotherapeut*innen an den Präsentationen aktueller Forschungsergebnisse teilnehmen konnten.
- Es wurden Guidelines für die Behandlung von an Covid-19-erkrankten Patient*innen und für Assessments entwickelt, um für alle Beteiligten ein qualitativ hochwertiges und sicheres Behandlungssetting zu gewährleisten.
- Die Teletherapie, die bisher lediglich als therapeutische Unterstützung gedient hatte, wurde plötzlich zu einem Kernelement in der physiotherapeutischen Betreuung. Durch ihren Einsatz wird die physiotherapeutische Behandlung zukünftig adaptiert werden, sodass Betroffene trotz mangelnder Mobilität und/oder Zeitressourcen Möglichkeiten zu einer rascheren Genesung vorfinden können. Das direkte Gespräch, die physische Untersuchung und eine Face-to-Face Behandlung wird sie vermutlich wohl dennoch nicht ersetzen können.

Die ersten Erfahrungen mit diesen durch Covid-19 kurzfristig erforderlich gewordenen Veränderungen sind durchwegs positiv zu bewerten. Damit sie sich aber im Bereich der Physiotherapie nachhaltig etablieren können, bedarf es noch weiterer Forschung.

Literatur

- Alawna, M., Amro, M., Mohamed, AA. (2020). Aerobic exercise recommendation and specifications for patients with Covid-19: a systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 24 (24), 13049-13055. DOI: 10.26355/eurrev_202012_24211
- Eidenberger, M., Nowotny, S. (2020). *E-Learning compared to conventional learning in practical physiotherapy education*. ER-WPT 2020, Track Practice Education
- Johnson, J. K., Lapin, B., Green, K., Stilphen, M. (2020). Frequency of Physical Therapist Intervention Is Associated With Mobility Status and Disposition at Hospital Discharge for Patients With Covid 19. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 101, 1-8. DOI: 10.1093/ptj/pzaa181
- Krenek, B., Mühlbacher, A., Nessizius, S., Schlegl, C., Linert, B. (2020). *Leitlinie Physiotherapie - für Post-Covid-19 PatientInnen sowie zur Prävention einer Covid-19 induzierten Pneumonie bei gefährdeten Personengruppen*. Verfügbar unter: [https:// www.physioaustria.at/system/files/general/ leitlinie_covid_fin.pdf](https://www.physioaustria.at/system/files/general/leitlinie_covid_fin.pdf) [12.01.2021]

- Lazzeri, M., Lanza, A., Bellini, R. et al. (2020). Respiratory physiotherapy in patients with Covid-19 infection in acute setting: a Position Paper of the Italian Association of Respiratory Physiotherapists (ARIR). *Monaldi Archives for Chest Disease*, 90 (1285), 163-168. DOI: <https://doi.org/10.4081/monaldi.2020.1285>
- McMahon, S., Kenny, F., Purcell, C., Cunningham, C. (2020). *Innovation in clinical placement- Design Implementation and evaluation of an ehealth/ telehealth placement at University College Dublin during Covid-19*. ER-WPT 2020, Track Covid-19
- Ødegaard, N.B., Dahl-Michelsen, T. (2020). *Digital learning designs in Physiotherapy Education- teachers experiences, attitudes and barriers*. ER-WPT 2020, Track Science in Physiotherapy
- Thomas, P., Baldwin, C., Bissett, B. et al. (2020). Physiotherapy management for Covid-19 in acute hospital setting: clinical practice recommendations. *Journal of Physiotherapy*, 66, 73-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>
- Van der Wees, P., Driehus, F., de Bie, R.A. (2020). *Recommendations for physiotherapy services in patients with Covid-19 after hospital discharge or patients who have been ill at home*. ER-WPT 2020, Track Covid-19
- Vitacca, M., Carone, M., Clini, E.M. et al. (2020). Joint Statement on the Role of Respiratory Rehabilitation in the Covid-19 Crisis: The Italian Position Paper. *Respiration*, 99, 493-499. DOI: <https://doi.org/10.1159/000508399>
- Weltgesundheitsorganisation. (2020). *Pandemie der Coronavirus-Krankheit (Covid-19)*. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> [10.01.2021]
- World Health Organization-Regional Office for Europe. (2020). *Support for Rehabilitation Self-Management after Covid-19 related illness*. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2020/support-for-rehabilitation-self-management-after-covid-19-related-illness-2020-produced-by-who/europe> [12.01.2021]

Altersmedizin und Pflege, Ableitungen aus der SARS-CoV-2 Pandemie für die Langzeitversorgung

Autor*innen: Gerd HARTINGER, Martina HÖHN

Institution: Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Steiermark

Kurzfassung

Die durch Covid-19 ausgelöste Pandemie stellt die Gesundheitsexpert*innen und die Verantwortlichen in der Langzeitpflege vor in dieser Generation nie dagewesene Herausforderungen. Beinahe täglich verändern sich die Situationen und das Infektionsgeschehen. Infektionsketten lassen sich in der Bevölkerung nicht mehr ausreichend nachvollziehen und Pflegeheime werden im sehr unterschiedlichen Ausmaß von der Pandemie getroffen, einige müssen vorübergehend schließen. Neue Verordnungen, Ampelschaltungen, Risikoberichte, Mitarbeiter*innen-/Besucher*innen-Screening und Impfstraßen prägen den turbulenten Alltag. Dazu kommen die Erschwernisse durch das ständige Tragen und Wechseln der mitunter schwer verfügbaren Schutzausrüstungen, der Schaffung von Isoliereinheiten und verlängerte – häufig zwölf Stunden – Dienste. Die bereits dauerhaft existente und konsequente Einhaltung der Hygienemaßnahmen, die nunmehr rasch verfügbaren Antigentestungen und die in Rekordzeit entwickelten Covid-19-Impfungen bringen die notwendige Hoffnung.

1 Einleitung und Ausgangslage

Österreich hat im Jahr 2020 rund 470.000 Pflegegeldbeziehende, davon leben 340.000 hilfs- und pflegebedürftige Menschen zu Hause, wovon circa 150.000 regelmäßig Unterstützung von mobilen Diensten erhalten, mehr als 30.000 Menschen werden im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung versorgt. 130.000 Pflegebedürftige werden in Versorgungseinrichtungen betreut, rund 95.000 in Pflegeheimen, etwa 10.000 in teilstationärer Tagesbetreuung und offiziell circa 10.000 in betreuten Wohnformen (Statistik Austria, 2020). Die übrigen multimorbid Erkrankten werden in geriatriischen Einrichtungen behandelt. Österreich liegt in der Langzeitpflege im OECD-Vergleich mit rund 2% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) im unteren Mittelfeld. In der Krankenhausversorgung, bei der Rehabilitation und Kuranstalten mit rund 11% am BIP im europäischen Spitzenfeld (Rechnungshof Österreich, 2020).

Seit vielen Jahren wird der steigende Bedarf von Pflege- und Betreuungspersonen diskutiert. Die Personalknappheit wird immer augenscheinlicher, aktuelle Personalbedarfsberechnungen prognostizieren bis 2030 einen Bedarf an zusätzlichen 75.000 Pflegekräften, rund 41.000 infolge von Pensionierungen und 34.000 Personen aufgrund demografischer und epidemiologischer Entwicklungen (Rappold & Juraszovich, 2019). Dieses bislang schon eng bemessene Pflegepersonal in der Langzeitversorgung trifft nun auf die SARS-CoV-2 Pandemie.

Den Pflegestufen entsprechend gelangt das steuerfinanzierte monatliche Pflegegeld zwischen € 160 (für die Stufe eins) und € 1.700 (für die Stufe sieben) zur Auszahlung. Seit Anfang 2020 wird das Pflegegeld jährlich valorisiert, zuvor hat es seit der Einführung im Jahr 1993 rund 35% des ursprünglichen Wertes eingebüßt. Ab der Pflegestufe vier kann man in der Regel in eine stationäre Pflege aufgenommen werden, 32% der Pflegebedürftigen befinden sich in den Stufen vier bis sieben (Reisner, 2020). Anfang 2018 wurde der Vermögensregress für stationäre Pflegeeinrichtungen abgeschafft. Das bedeutet im Wesentlichen, dass weder Angehörige einen Beitrag zu den monatlichen Kosten zahlen müssen noch das Vermögen des Pflegebedürftigen für einen stationären Aufenthalt herangezogen wird. Lediglich rund 80% von Pension und Pflegegeld dienen zur Abdeckung der Heimfinanzierung, der Rest kommt von Bund, den jeweiligen Ländern und den Gemeinden.

Dieses über 100 Jahre entstandene Gesundheits- und Sozialversicherungssystem ist aber höchst fragmentiert und hat verschiedenartige Zuständigkeiten herausgebildet, die einer integrierten Patientenbehandlung diametral entgegenstehen. Grundsätzlich gilt, dass die Angebotsplanung, Regelung und Finanzierung der Dienstleistungen der Langzeitpflege (mobile Pflege und Betreuung, (teil)stationäre Pflege, 24-Stunden-Betreuung, neue und alternative Wohnformen) in die Zuständigkeit der Länder fallen. Die ärztlichen und medizinischen Leistungen werden nach einem anderen System finanziert, das zwischen dem Krankenhaussystem (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) und dem Kassenfinanzierungs-System (für die niedergelassene Versorgung) unterscheidet. Wiederum andere Zuständigkeiten existieren für die Unfallversicherten, für die Rehabilitation, die Kuren sowie für Arzneimittel, Medizinprodukte und Pflegehilfsmittel (Hartinger, 2019).

Wie bewährt sich nun die österreichische Langzeitversorgung in der Covid-19-Pandemie?

2 Methodik

Der Beitrag berichtet über Erfahrungen aus der Sicht eines Pflegeheimbetreibers zur Bewältigung des SARS-CoV-2 Virus im Jahr 2020. Interaktionen bestehen mit den Verordnungen und Empfehlungen des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie mit Pflegeheimvertretungs-

organisationen, wie Lebensweltheim Österreich und Altenpflege Steiermark. Es werden auch die Sichtweisen der wesentlichen Akteure – Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen sowie Heimbetreiber, Interessensvertretungen, Politik und Medien – beschrieben. Die Erfahrungen im Umgang mit Covid-19 im Setting Pflegeheim sowie die Ergebnisse diverser Studien und Befragungen fließen in die Ableitungen ein. Dabei wird untersucht, was zu einer Bewältigung der Covid-19-Pandemie und danach benötigt wird.

3 Erkenntnisse / Praxisbezug

Bewohner*innen in österreichischen Pflegeheimen werden von Hausärzt*innen medizinisch versorgt, die meist disloziert in ihren Ordinationen arbeiten. Die tägliche Verantwortung vor Ort obliegt dem Pflegepersonal, welches sich aus Diplomierten Gesundheits- und Pflegepersonen, Pflegeassistenten und Sozialfachbetreuungspersonen zusammensetzt. Der Alltag in den Heimen versucht die Normalität des Lebens mit der hochgradigen Pflegebedürftigkeit in Einklang zu bringen. Die Pflege- und Heimleiter*innen versuchen die Qualitätsansprüche des Trägers, der Behörden und Prüforgane und vor allem die Bedürfnisse der Bewohner*innen und Angehörigen zu berücksichtigen sowie die altersangepasste Lebensqualität zu optimieren. Kein geringer Anspruch, eine mehr als herausfordernde Aufgabe: „Beispielsweise wird in einem Dienst das Gewicht von etwa zwei Tonnen gehoben, um einen guten Lagerungswechsel der bettlägerigen Bewohner*innen – und damit Dekubitusprophylaxe – zu erzielen (Hartinger, 2020).“

Für die Pflegeheime existieren in den neun Bundesländern betreffend des Personalbedarfs, deren Qualifizierungs-Mix, der Ausstattung und auch der Finanzierung sehr unterschiedliche Regelungen. Die Pflegepersonal-Ausstattung differiert zwischen den Bundesländern um bis zu hundert Prozent, was sich in einer Pandemie stark auswirken kann. Das Robert Koch-Institut beschreibt schon im Jahr 2012: „Die Pflegeheime müssen im Rahmen ihrer Präventionskonzepte eine geeignete Balance zwischen der Wahrung des häuslichen Lebensumfeldes und dem Infektionsschutz finden, und fühlen sich hierbei vielfach allein gelassen“ (Robert Koch-Institut, 2012). Dies ist auch der Tenor aus den Berichten von Lebenswelt Heim Österreich vom März bis Dezember 2020: Die Verantwortlichen fühlen sich zu wenig einbezogen, ihr Wissen nicht genutzt und ihre Aussagen fehlinterpretiert (Mattersberger, 2020).

Der Betrieb von stationären Einrichtungen der Langzeitpflege wurde im Jahr 2020 auf eine existenzielle Probe gestellt. Den Verantwortlichen von Pflegeheimen wurde Anfang März des Jahres schnell klar, dass sie die vulnerabelste Bevölkerungsgruppe betreuen. Jeder Lieferant, jede/r Besucher*in, jede/r Beschäftigte, jede/r Bewohner*in kann plötzlich Überträger und somit eine ernstzunehmende Gefahr darstellen. Gab es eine positive Covid-19-Testung, kam

es sofort zu Absonderungen der Pflegemitarbeiter*innen, die Heime konnten dadurch kaum noch die Pflege- und Betreuungsdienste stellen, einige Einrichtungen mussten evakuiert werden bzw. schließen. Vorausschauendes Handeln war das Gebot der Stunde, einige Heimbetreiber begannen schon bei den ersten Anzeichen von Covid-19-Fällen in Europa einen Aufnahmestopp zu verfügen, Zimmer zu Isoliereinheiten umzubauen, Videotelefonie für Angehörige einzurichten, TeleCare aufzubauen und eigene Covid-Teststraßen für die Beschäftigten zu installieren. Die oft ungesesehenen Held*innen waren aber die Angestellten in den Heimen und in der mobilen Pflege vor Ort.

Österreich hat sich in der durch die SARS-CoV-2 Erkrankung ausgelöste erste Pandemiewelle vergleichsweise gut gehalten, sowohl was die Zahl der Erkrankten als auch die Letalitätsrate betrifft und, dass „nur“ ein Drittel der Covid-19-Sterbefälle in Alters- und Pflegeheimen zu verzeichnen waren. In vielen Ländern war es bei einer wesentlich höheren Prävalenz im Frühjahr 2020 zu einer durchschnittlich 50%igen Todesrate an Covid-19 in Pflegeheimen gekommen.

Dieses Bild änderte sich im Herbst 2020, in der zweiten und dritten Welle, grundlegend. Das European Centre for disease prevention and control (ECDC) berichtet am 19.11.2020, dass Covid-19 einen hohen Einfluss auf die Sterblichkeit älterer Menschen hat. Bewohner*innen in Langzeitpflegeeinrichtungen sind – betrachtet man die Inzidenzraten – eine besonders vulnerable Gruppe, weswegen der Fokus auf Infektionsprävention und Kontrolle der Infektionsübertragung in diesen Einrichtungen liegen sollte. Das ECDC nennt in seinem Bericht vom 19.11.2020 u.a. folgende Faktoren für einen Covid-19-Ausbruch in Langzeitpflegeeinrichtungen (ECDC, 2020):

- Größe der Pflegeheime (> 20 Betten) und hohe Auslastung
- Asymptomatische Krankheitsverläufe bei Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen
- Keine fixe Zuteilung des Personals (bereichs- und auch standortübergreifende Tätigkeiten)
- Unzureichende Maßnahmen, Schulungen und Information zur Infektionsprävention
- Verspätetes Erkennen von Verdachts- und Erkrankungsfällen (u.a. Covid-19-spezifische Symptome bei älteren Menschen waren/sind nicht bekannt, limitierte Testkapazitäten)
- Räumliche Bedingungen (Doppel- und Mehrbettzimmer, beengte Raumressourcen in Gemeinschaftsräumlichkeiten)
- Fehlende Netzwerke zwischen Pflegeheim und medizinischer Versorgung (Krankenhaus, niedergelassene Ärzt*innen)
- Bewohner*innen, fehlende Compliance für Infektionspräventionsmaßnahmen aufgrund dementieller Erkrankungen, Multimorbidität etc.

Wie erlebten Bewohner*innen und Angehörige die Covid-19-Pandemie?

Pflegeheime waren im Frühjahr 2020 gefordert, binnen kürzester Zeit Schutz- und Vorsichtsmaßnahmen zu implementieren, die die physische Gesundheit der Bewohner*innen schützt. Hierbei wurde – insbesondere in der Anfangszeit der Covid-19-Pandemie – das psychische Wohlbefinden und die Meinung der Betroffenen, der Bewohner*innen selbst, nicht ausreichend beachtet. Auch ist fraglich, ob die Bewohner*innen von Pflegeheimen in die Evaluierung des BMSGPK, zur Analyse der sozialen Lage in Österreich unter Covid-19, einbezogen wurden.

Die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ) haben im Mai 2020 die Bewohner*innen und Patient*innen zu ihren Erfahrungen mit dem Lockdown befragt. Angesichts der dynamischen Entwicklung und Folgen der Covid-19-Pandemie zeigten sich unerwartete Wahrnehmungen und Erfahrungen. Überraschenderweise wurden von den Mitarbeiter*innen durchaus auch positive Effekte (z.B. weniger Stürze, weniger Glockenrufe in der Nacht), bezogen auf die Bewohner*innenzufriedenheit, beobachtet. Die Bewohner*innen erfuhren vergleichsweise mehr Zuwendung und Zeit durch die Mitarbeiter*innen, da auf der einen Seite weniger persönliche Gespräche mit Angehörigen stattfanden und auf der anderen Seite (Projekt-)Besprechungen und Fortbildungen storniert wurden. Diese Sichtweise wurde in Form von qualitativen Interviews mit den Wahrnehmungen der Bewohner*innen und Patient*innen gespiegelt. Das Besuchsverbot wurde von den Bewohner*innen anfangs als wichtige Schutzmaßnahme sowie eine Möglichkeit zur Konzentration auf sich selbst und mehr Zeit für Ruhe und Erholung empfunden. Je länger es dauerte, umso mehr wurde es zu einer Belastung für die Betroffenen und das Verständnis für diese Maßnahme schwand. Die Mitarbeiter*innen wurden als empathisch wahrgenommen. Jedoch gaben Bewohner*innen Skepsis gegenüber den Schutzmasken an („Alle waren plötzlich maskiert und das hat mich anfangs sehr abgeschreckt! Auch für mich war der Mund-Nasen-Schutz zu Beginn sehr beschwerlich.“). Serviceleistungen, wie die kontaktlose Übernahme von persönlichen Gegenständen oder die Möglichkeit von Besuchen am Fenster, wurden positiv erwähnt. Das Telefon wurde zur Kompensation fehlender persönlicher Kontakte eingesetzt. Bewohner*innen unterhielten sich vermehrt mit Mitbewohner*innen in den Wohngemeinschaften. Das Besuchsverbot war ein Anlass zum Knüpfen neuer Kontakte (GGZ, 2020a).

Unweigerlich mit den Bewohner*innen verbunden ist das soziale Umfeld wie Familie, Freunde und gesetzliche Vertretungen. Mit dem Lockdown Mitte März wurde ein generelles Besuchsverbot ausgesprochen. Heimleitungen machten Bewohner*innen und Angehörigen Angebote wie „Urlaub bei Angehörigen bei gleichzeitigem Freihalten des Zimmers“. Diese wurden so gut wie gar nicht angenommen. Der Tenor war in dieser Zeit „Ihr leistet tolle Arbeit. Das könnten wir nicht.“ und gleichzeitig waren Leitungen wie Mitarbeiter*innen mit ei-

ner Vielzahl an Gesprächen, Unsicherheiten bis hin zu Vorwürfen konfrontiert. In den Niederlanden wurden zur gleichen Zeit 26 Pflegeheimen Lockerungen zugestanden. Die Ergebnisse der Studie zeigten eine positive Wirkung der Besuche und darauf basierend hat die niederländische Regierung dies allen Pflegeheimen zugestanden (Verbeek et al., 2020).

Wie erging es den Mitarbeiter*innen in Pflegeheimen?

Mitarbeiter*innen – und im Besonderen der Pflege – sind einem im Vergleich zur Bevölkerung erhöhten Stresslevel ausgesetzt. Stressoren sind u.a. strikte Sicherheitsvorgaben (z.B. Maskenpflicht), Abstandhalten und die damit verbundene Reduktion von körperlichen Berührungen während der Pflege, längere Arbeitszeiten, reduzierte Selbstfürsorge aufgrund von Zeit- und Energiemangel, Angst, sich selbst, Angehörige oder Bewohner*innen anzustecken, sowie fehlendes Wissen über Covid-19 (Bauer, Eglseer & Hödl, 2020). Kisa schreibt über Burnout von Pflegepersonen während der Covid-19-Pandemie und sieht Interventionsnotwendigkeiten auf persönlicher (Work-Life-Balance, Ausgleich) und organisationaler Ebene (psychosoziale Unterstützungs- und Entlastungsangebote, Partizipation in der Entscheidungsfindung und Kommunikation) (Kisa, 2020). Hinzu kommt eine bereits vor der Covid-19-Pandemie angespannte Personalsituation im Bereich der Pflege, sowohl in den Einrichtungen als auch am Arbeitsmarkt (Rappold et al., 2019; Stolle et al., 2020).

Die Medizinische Universität Graz befragte in einer Studie 2.065 Pflegepersonen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen zur Pflegqualität während der Covid-19-Krise im Frühjahr 2020. Festgestellt wurde, dass Leitfäden und Schulungen im Umgang mit Schutzmaßnahmen, Schutzausrüstung nur teilweise vorhanden waren und circa zwei Drittel litten unter mäßigem bis hohem Stress. Die Studienautorinnen schlussfolgern, dass es zukünftig frühzeitig ausreichend adäquate Schutzausrüstung sowie Angebote zur psychosozialen Entlastung braucht (Bauer et al., 2020).

Die Belastungen für Mitarbeiter*innen in der unmittelbaren Pflege und Betreuung sind groß. Pflegepersonen der GGZ wurden zu den psychischen Belastungen durch Covid-19 im Pflegeheim befragt. 48% der Pflegepersonen belastet das in den Medien negativ dargestellte Image von Pflegeheimen während der Covid-19-Pandemie und 26% fühlten sich durch die mediale Kritik an Pflegeheimen entmutigt. 85% empfanden die Unterstützung durch zusätzliche Kräfte, die ergänzend zum Stammteam eingesetzt wurden, als hilfreich. 55% dachten zumindest einmal darüber nach, ob sie den Job aufgeben sollen. Eine Person bringt es auf den Punkt: „Zuerst wurden wir ‚beklatscht‘ danach hat man uns ‚aufgeklatscht‘.“ Zur Aufarbeitung der Erfahrungen standen den Mitarbeiter*innen Supervision, Coaching, ethische Fallbesprechungen und während des gesamten Lockdowns eine Telefonhotline der Psychologie zur Verfügung. Psycholog*innen konnten zur Krisenintervention angefordert wer-

den und waren vor Ort im Pflegeheim tätig. Zur Stärkung der persönlichen Ressourcen fanden für die Mitarbeiter*innen Workshops mit Führungskräften zur inhaltlichen Aufarbeitung von Lessons Learned und mit einem externen Coach zur persönlichen Reflexion statt (GGZ, 2020b; GGZ, 2020c).

Wie erlebten Heimbetreiber die ersten beiden Wellen der Covid-19-Pandemie?

Die Kardinalaufgabe der Leitungen von Pflegeheimen und den Mitarbeiter*innen war es, eine Balance zwischen Autonomie, Selbstbestimmung und wohnlichem Umfeld auf der einen Seite und Infektionsprävention verbunden mit zahlreichen Vorsichts- und Sicherheitsmaßnahmen auf der anderen Seite zu finden.

Die Fallzahlen waren im europäischen Vergleich in der ersten Welle der Pandemie gering. Dennoch schienen die Gesundheitsbehörden vielfach überfordert zu sein und kamen ihren koordinierenden Aufgaben in vielen Regionen nicht nach (Mattersberger, 2020). Aufsichtsbehörden und Kontrollorgane waren in der ersten Phase der Covid-19-Pandemie in den Pflegeheimen nicht präsent, wahrscheinlich war die Angst vor einer möglichen Ansteckung zu groß (Hartinger & Wild, 2020). Die Heimbetreiber waren hauptsächlich auf sich allein gestellt (Mattersberger, 2020). Sie haben sich recht schnell und unbürokratisch in ihren Netzwerken und Verbänden organisiert, um Wissen und Informationen miteinander zu teilen. Maßnahmen und Entscheidungen trafen die Heimbetreiber. Von Seiten der Behörden gab es bis in den Sommer hinein maximal Empfehlungen. Diese Empfehlungen wurden von einigen Bundesländern teilweise 1:1 übernommen und von anderen durch unverhältnismäßige und nicht praxistaugliche Vorgaben (z.B. zwingende Anwesenheit einer Mitarbeiter*in während der Besuche) ersetzt.

Die Sommermonate wurden für die Entwicklung von Phasenmodellen und Ampelsystemen zur Risikoprävention genutzt, die zu einem guten Teil auf der Vorarbeit und den Überlegungen der Pflegeheime beruhten. In einzelnen Bundesländern – wie z.B. im Burgenland – wurde das Ampelsystem in eine Verordnung übergeführt und den Heimbetreibern damit Rechtssicherheit gegeben. Erst die Covid-19-Schutzmaßnahmenverordnung von November 2020 erwähnt die Pflegeheime explizit und macht klare Vorgaben hinsichtlich der Besuche, der Maskenpflicht und Testungen von Mitarbeiter*innen und zu Neuaufnahmen. Dies gibt Heimbetreibern Rechtssicherheit und sorgte für eine bundeseinheitliche Vorgehensweise.

Die nachfolgende Abbildung 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten Entwicklungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020, wobei im Besonderen die wesentlichsten Ereignisse für den Pflegeheim-Sektor dargestellt sind.

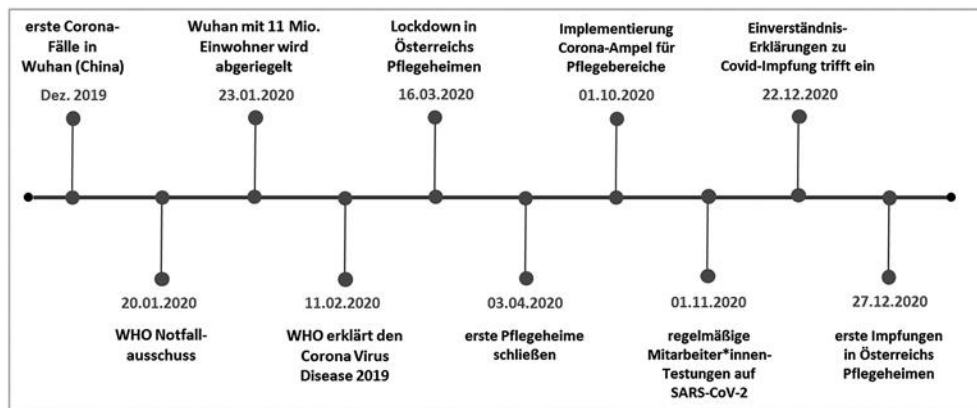


Abb. 1: Zeitliche Abfolge über Entwicklungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie mit Fokus Pflegeheim, Quelle: Eigene Erstellung

4 Zusammenfassung, Fazit, Ausblick

Die Covid-19-Pandemie hat zu unauflösbaren Konflikten in Pflegeheimen geführt, die umso schlimmer in Erscheinung treten, je länger diese außergewöhnliche Zeit andauert. Die Heimverantwortlichen sind im Dilemma, angemessene Sicherheitsmaßnahmen (öffentlich verhängt oder individuell notwendig) zu ergreifen und damit u.a. die Besuche – aus Sicherheitsgründen – einzuschränken. Dies steht diametral ihrer Intention gegenüber: Sie wollen ja ein Leben in Normalität und Gesunderhaltung der Bewohner – also mit möglichst vielen empathischen Beziehungen – ermöglichen. Auch die Therapien können in dieser Zeit keinesfalls im zuvor gegebenen Ausmaß ermöglicht werden, auch dies ist den Bestimmungen und dem Infektionsgeschehen geschuldet. Die Umstände verlangen Abstand und wenige kurze Besuche, keine Umarmungen und Distanz. Damit geraten die Heime häufig auf der Anklagebank der Angehörigen, die verständlicherweise ihre Lieben besuchen und vor Vereinsamung beschützen möchten. Prüfbehörden, Patient*innenombudschaften und Medien fordern einerseits Sicherheit, andererseits Freiheit für die Pflegebedürftigen, aber keiner kann das richtige Maß definieren. In ewiger Erinnerung bleibt uns ein Investigationsjournalist des Österreichischen Rundfunks (ORF), der mit gezählten über 100 Anrufen die Angestellten eines Pflegeheimes im Frühjahr 2020 tyrannisiert, sie richtiggehend stalkt. Die Suche nach den „Schuldigen“ setzt sich fort, man gewinnt zunehmend den Eindruck, dass niemand mehr alle Folgen und Zusammenhänge der widersprüchlichen Regelungen verstehen kann, die Vorgaben ändern sich mitunter täglich. Wer hilft den Heimverantwortlichen und Politikern dabei, den gordischen Knoten der widersprüchlichen Anforderungen (Freiheit versus Sicherheit) zu lösen? Die Anfang Dezember zugesagten zehn Masken für jede Person in Österreich die älter als 65 Jahre ist, sind bis

Weihnachten 2020 noch nicht eingetroffen. Aber schon um den Jahreswechsel 2020/21 werden – mit kürzester Vorlaufzeit – Covid-Impfungen mit und von den Heimen organisiert. Eigentlich müssten alle stolz sein, denn das geschah neben der normalen an sich schon anspruchsvollen Pfllegetätigkeit und den erhöhten Schutzerfordernissen. Diese unglaubliche Anforderung an die Komplexitätsbewältigung und Flexibilität wurde von Heimbetreibern in dieser Form bis dato nicht gefordert.

Was sollte man aus der Krise lernen, um für das weitere Infektionsgeschehen gut vorbereitet zu sein?

Eine systematische Analyse wäre einzuleiten, die die Lehren aus der Krise für alle Gesundheitsdiensteanbieter (GDAs) zugänglich macht. Eine professionelle Begleitforschung sollte einsetzen, ein „Call“ dazu wäre auszurufen, geeignete Organisationen dafür zu identifizieren. Diese Mittel wären hoch-effizient eingesetzt und das Infektionsgeschehen wäre besser bewältigbar. Daraus sollten Vorschläge und Szenarien resultieren und den politisch Verantwortlichen für die Zukunft – und eigentlich schon für die zweite Welle – zur Verfügung gestellt werden. Dieser Prozess hätte schon im Frühjahr 2020 einsetzen sollen, um unnötige Folgeschäden für die Gesellschaft und die Wirtschaft zu vermeiden. Die geordnete Erhebung, Beschaffung und Lagerhaltung von Schutzbekleidung (PSA) wäre übergeordnet zu konzipieren, um Lieferengpässe zu vermeiden, was auch in der zweiten pandemischen Welle besser gelang. Bereits im Frühjahr 2020 wurden Handbücher mit Hygienestandards und Vorgehensweisen (z.B. Maßnahmen bei Isolierungen) mit den Pflegeheimbetreiberverbänden erstellt sowie veröffentlicht und somit anderen Heimbetreibern zur Verfügung gestellt (Landesverband Altenpflege Steiermark, 2020). Rechtliche Widersprüche sollten in Zukunft im Vorfeld beseitigt werden (z.B. Betretungsverbot versus Besuchsfreiheit, Maskenpflicht bei dementiell Erkrankten), um nicht wieder die Verantwortung auf den Rücken der Pflege und Heimleitungen zu verlagern. Über den Stufenbau der rechtlichen Zuständigkeiten sollten Klarheiten für die zu erwarteten Szenarien geschaffen und die präsumtiven Bestimmungen immer zuerst auf Praxistauglichkeit getestet werden. Bloße Absicherungsbestimmungen der Behörden auf Kosten der Pflegeheime sind der Situation gegenüber unwürdig und ethisch bedenklich. Bereits im Sommer 2020 sollten sich die Krisenstäbe mit Pflege-Know-how-Trägern zusammenschließen, was auch vereinzelt in Österreich geschah. Außerdem hätte spätestens im Sommer 2020 die durch die Corona-Krise verschobene Pflegereform umgesetzt werden müssen, um den durch die Pandemie erhöhten Vorschriften und Schutzmaßnahmen gerecht zu werden. In dieser Zeit erschwerend sind die zusätzlich fehlenden Mitarbeiter*innen, die aufgrund der Covid-19-Absonderungen ausgefallen sind. Gerade in dieser Zeit braucht man Platz für Isoliereinheiten, aber in der Regel werden in

österreichischen Pflegeheimen – laut Vorschrift (anderswo natürlich auch) – hauptsächlich Doppelzimmer gebaut. Schutzausrüstung ist nicht immer ausreichend vorhanden und wird häufig erst viel zu spät vergütet und ist a priori in der Tagsatzvergütung nicht vorgesehen. Die mangelnde Liquidität wird für manche Pflegeheimbetreiber zum Problem. Schutzausrüstungen müssen zum Schutz der Bewohner*innen umfänglich (gemäß den Vorschriften) getragen und laufend ausgetauscht werden. Dies muss in Einklang gebracht werden mit dem Wunsch, dass die Heimbewohner*innen ihr Betreuungspersonal noch wiedererkennen, da circa 75 Prozent dementiell erkrankt sind. Sie haben noch andere Erinnerungen die wachgerufen werden, an Personen mit Gasmasken aus den Kriegen, sie sind erschreckt oder zumindest verunsichert und ziehen sich zurück.

Die Öffentlichkeit, die Politik und Behörden, die Medien und schließlich wir alle legen Maßstäbe an Pflegeheime an, die kaum vor einer Epidemie zu erfüllen waren und schon gar nicht während der größten Pandemie seit 100 Jahren. Die meisten machen zwar ihr Bestmögliches, aber es entspricht nicht mehr den eigenen und fremden Ansprüchen. Viele erwarten das offensichtlich Unmögliche in einer solchen Ausnahmesituation. Ist das mit den epidemischen Zuständen überhaupt in Einklang zu bringen, erwarten wir nicht zu viel? Wir müssen uns offensichtlich den Umständen entsprechend – also kontextuell (angepasst an die Geschwindigkeit der Infektionslage und der Komplexität der Handlungsalternativen) – neu verhalten, innovativ mit den neuen „Mangelzuständen“ (Schutzmaterialien, Impfungen, menschliche Arbeitsleistung, z.B. beim Besuchermanagement und in Bezug auf Vorschriften, Liquiditätsengpässe etc.) umgehen. All dies musste die Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten nicht und damit wurde die geduldige, einfühlsame, bescheidene und widerstandsfähige Haltung offensichtlich verlernt, die jetzt angebracht wäre. Toleranter dem Geschehen gegenüber zu treten, aber professionell im Vorgehen zu sein. Und manchmal gibt es auch keine schnellen und einfachen Lösungen, die Pandemie stellt uns vor neue unbekannte Herausforderungen, die nur durch Kooperation, Toleranz, Mitgefühl und Netzwerkarbeit zu bewältigen sind.

Literatur

- Bauer, S., Eglseer, D., & Hödl, M. (2020). Pflege während der Covid-19 Pandemie. *Pro Care*, 25, 48-53
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK).
- (2019). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2018. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). *Increase in fatal cases of Covid-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK*. Stockholm: ECDC. Verfügbar unter: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increase-fatal-cases-of-Covid-19-among-long-term-care-facility-residents.pdf> [06.12.2020]
- Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ). (2020a). *Auswertung Esther Befragung Covid-19*. Graz: GGZ

- Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ). (2020b). *Psychische Belastungen von Pflegemitarbeitern durch Covid-19 im Pflegeheim*. Graz: GGZ
- Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ). (2020c). *Workshop mit MitarbeiterInnen zu Covid-19 im Mai/Juni 2020*. Graz: GGZ
- Hartinger, G. & Wild, M. (2020). Pflege. In: Sprenger, M. & Rümmele, M. (Hrsg.). *Wir denken Gesundheit neu!* Unterachwald: Ampuls Verlag, 52-66
- Hartinger, G. (2019). *Change Management in Gesundheitseinrichtungen*. Wien: Facultas
- Kisa, S. (2020). Burnout among Physicians and Nurses during Covid-19 Pandemic. *European Journal of Environment and Public Health*, 4 (2)
- Landesverband Altenpflege Steiermark. (2020). *Covid-19 Handbuch und Präventionskonzept Pflegeheim*. Verfügbar unter: <https://www.altenpflege-stmk.at/> [18.01.2021]
- Likar, R., Pinter, G. & Janig, H. (2020). *Bereit für das nächste Mal: Wie wir unser Gesundheitssystem ändern müssen*. Wien: addition a
- Mattersberger, M. (2020). *Newsletter Lebensweltheim Österreich*. Wien. [25.04.2020]
- Rappold, E. & Juraszovich, B. (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=722> [28.04.2020]
- Rechnungshof Österreich. (2020). *Pflege in Österreich. Bericht des Rechnungshofes*. Wien: Rechnungshof Österreich. Verfügbar unter: https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf [28.04.2020]
- Reisner, D. (2020). *Pflegegeld 2020 in Österreich – Anspruch, Höhe, Pflegestufen, Erhöhung, Valorisierung*. Verfügbar unter: <https://www.foerderportal.at/pflegegeld-oesterreich/> [28.04.2020]
- Robert Koch-Institut (RKI). (2012). *Infektionsprävention in der Pflege*. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Pflege/Heime_node.html [28.04.2020]
- Statistik Austria. (2020). *Bundespflegegeld. Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher sowie Ausgaben für das Bundespflegegeld*. Wien. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html [28.04.2020]
- Stolle, C., Schmidt, A., Domhoff, D., Friedrich, A. C., Heinze, F., Preuß, B., Seibert, K., Rothgang, F., & Wolf-Ostermann, K. (2020). Bedarfe der Langzeitpflege in der Covid-19-Pandemie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53, 788-795
- Verbeek, H., Gerritsen, D. L., Backhaus, R., de Boer, B. S., Koopmans R., & Hamers, J. (2020). Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the Covid-19 Crisis. A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21 (7), 900-904

Angst als psychische Belastung für das Gesundheitspersonal bei der pflegerischen und medizinischen Versorgung von Patient*innen mit einer SARS-CoV2 Infektion

Autor*innen: Nadine GRAF, Christine GASSLER, Kevin PROBST

Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Seit den ersten Fällen von Covid-19 im Januar 2020 hat sich die Viruserkrankung zu einer Pandemie ausgebreitet, welche mit Stand November 2020 bereits über 1.400.000 Leben gefordert hat. Diese Infektionskrankheit stellt allen voran das Gesundheitspersonal vor eine große Herausforderung. Die psychische Belastung durch das hohe Infektionsrisiko, die hohe Mortalität, die Isolationsmaßnahmen und unzureichende Informationen über das Virus, haben negative Auswirkungen auf das Gesundheitspersonal. Gesundheitsfachkräfte verspüren während ihrer Tätigkeit im direkten Umfeld von Patient*innen ein erhöhtes Maß an Angst. Vor allem Angst bei der Versorgung von Betroffenen mit einer SARS-CoV2 Infektion sowie Angst vor einer potentiellen Übertragung in das familiäre Umfeld lassen den Rückschluss zu, dass Gesundheitsfachkräfte einer höheren psychischen Belastung ausgesetzt sind. Um die Langzeitfolgen dieser Epidemie auf das psychische Wohlbefinden der Gesundheitsfachkräfte, vor allem jener, die während Ihrer Tätigkeit in direktem Kontakt zu Covid-19-Erkrankten stehen, abschätzen zu können, bedarf es weiterer Forschung.

1 Einleitung

Seit dem Auftreten der ersten Patient*innen mit einer Covid-19-Erkrankung sind mit Jänner 2021 weltweit mehr als 86 Millionen Menschen an dem Virus SARS-CoV2 erkrankt und über 1,8 Millionen daran verstorben (Johns Hopkins University and Medicine – Coronavirus Resource Center, 2021). Im Juli 2020 waren laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1,3 Millionen Ärzt*innen und Pflegende mit SARS-CoV2 infiziert. Das sind etwa 10 Prozent aller globalen Covid-19-Fälle. Wobei die Dunkelziffer wahrscheinlich noch höher ist, denn in vielen Ländern gibt es keine standardisierte systematische Erfassung der Infektionen von Gesundheitsfachkräften (Fischer-Fels, 2020).

Bereits während der Middle East Respiratory Syndrome (MERS) Epidemie im Jahr 2015 waren Gesundheitsfachkräfte mit psychischen Belastungen konfrontiert. Über die Langzeitfolgen der herausfordernden Arbeit des pflegerischen und medizinischen Personals, wie etwa posttraumatischen Belastungsstörungen und Burn-out welche nach bisherigen Epidemien wie SARS 2003 und MERS 2015 auftraten, gibt es bereits mehrere Publikationen. So waren während und nach der SARS-Epidemie im Jahre 2003 bis zu 57% des pflegerischen und medizinischen Personals von ernsthaften emotionalen Problemen und psychiatrischen Symptomen betroffen (Elamin et al., 2020). In Anlehnung an bereits vorhandenen Erkenntnisgewinne vergangener Epidemien hat sich folgende Fragestellung ergeben, welche in diesem Beitrag beantwortet werden soll:

- Sind Gesundheitsfachkräfte während der pflegerischen und medizinischen Versorgung von Patient*innen mit einer SARS-CoV-2 Infektion einer erhöhten psychischen Belastung in Form von Angst ausgesetzt?

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINHAL sowie den Suchmaschinen Google-Scholar und FH Burgenland im Zeitraum von April 2020 bis Januar 2021 durchgeführt. Gesucht wurden Publikationen in deutscher und englischer Sprache. Die herangezogenen Studien wurden primär im Abstract und anschließend im Volltext gelesen und beurteilt.

Derzeit publizierte Studien über die Covid-19-Pandemie stammen vermehrt aus südostasiatischen Ländern, die bereits in einer sehr frühen Phase mit den Herausforderungen und Auswirkungen der Pandemie konfrontiert waren. Zahlreiche der untersuchten Themen lassen sich jedoch auf das deutschsprachige Gesundheitssystem übertragen. Ein wesentlicher Faktor ist jedoch, dass die Erkrankungswelle nicht mit jener in Asien zu vergleichen ist. Daher kann die Annahme getroffen werden, dass Angst in deutschsprachigen Einrichtungen des Gesundheitswesens möglicherweise nicht so intensiv erlebt wurde und die Zuversicht Versorgungsprobleme bewältigen zu können, höher ist.

2 Erkenntnisse / Praxisbezug

Pappa, Ntella, Giannakas, Giannakoulis, Papoutsi & Katsaounou (2020) zeigten in ihrem systematischen Review und Metaanalyse auf, dass Angst beim Gesundheitspersonal aufgrund der Covid-19-Pandemie eine wesentliche Rolle spielt. Die gepoolte Prävalenz beträgt 23,2%. In dieser Untersuchung wurden insgesamt 13 Studien eingeschlossen, wobei 12 in China durchgeführt wurden. Insgesamt 12 Studien haben hierbei Angst bei Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen untersucht. Die Prävalenz von Angst und Depressionen scheint bei Frauen höher zu sein. In der Publikation von Xiao et al. (2020) konnte

ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern und dem Expositionsmaß aufgezeigt werden. So ist in dieser Studie das weibliche Geschlecht und der direkte Kontakt zu Patient*innen mit einer SARS-CoV2 Infektion, mit einem signifikant höheren Maß an Angst verbunden. Es zeigte sich außerdem, dass der akademische Grad, Kontakt mit infektiösen- oder Verdachtspatient*innen Einfluss auf das Angsterleben haben.

Zudem verspüren Gesundheitsfachkräfte während der pflegerischen und medizinischen Versorgung von Patient*innen mit einer SARS-CoV2 Infektion ein erhöhtes Angstempfinden, welches unter Stress weiter zunimmt (Mo et al., 2020). Die direkte Arbeit am Krankenbett ist mit einem signifikanten höheren Angstempfinden verbunden als zum Beispiel die Tätigkeit in der Krankenhausverwaltung. Dieser wichtige Informationsbeitrag als Grundlage zeigt, dass es einen Unterschied zwischen klinisch am Patient*innen tätigen Personal und weiterem Personal im Gesundheitswesen gibt (Lu, Wang, Lin & Li, 2020).

3 Phänomen Angst

Die American Psychological Association definiert Angst als eine Emotion, in der ein Individuum sowohl durch psychische Anspannung als auch physische Symptome auf eine potentiell bedrohliche Situation reagiert. Angst wird im Gegensatz zur Furcht als zukunftsorientierte, langwirksame Reaktion betrachtet. Furcht hingegen wird als gegenwärtige, kurze Reaktion verstanden, welche nach dem Entfernen des Auslösers schnell wieder abklingt (American psychological association, 2020).

Angst entsteht, wenn eine bestimmte Situation von einer Person als bedrohlich erlebt wird und eine angemessene Reaktion wie etwa Flucht nicht möglich ist. Krohne (2010) beschreibt, dass die Hemmung einer adäquaten Reaktion mehrere Ursachen aufweisen kann, welche sich in Stimulusunsicherheit und Reaktionsblockierung unterteilen lassen. Von Stimulusunsicherheit wird gesprochen, wenn die Art, der Zeitpunkt, und die Intensität der Gefährdung nicht klar zugeordnet werden kann, wohingegen eine Reaktionsblockierung für das Fehlen einer adäquaten Angstantwort steht.

Angst wird als Gefühl der Bedrohung und Gefahr wahrgenommen und kann sich in physischen Symptomen wie Schwitzen, Zittern, Herzklopfen und Mundtrockenheit äußern. Angst gehört zu den häufigsten psychopathologischen Symptomen. Die Ätiopathogenese der Angst unterteilt sich in Bedingungen (Persönlichkeitsfaktoren), auslösende Situationen (traumatische Erlebnisse, dauerhafte Belastung) und aufrechterhaltende Faktoren (Erwartungsängste). Die körperlichen Symptome, welche im Rahmen der Angst erlebt werden, können als drohende Gefahr fehlinterpretiert werden und die Angst dadurch weiter verstärken (Deister, 2015).

Nach der WHO-konformen internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, kurz ICD-10, kann zwischen phobischen und nicht-phobischen

Angsterkrankungen unterschieden werden. Eine Angstreaktion erhält einen Krankheitswert, wenn sie gemäß den gültigen Klassifikationssystemen eine psychosoziale Belastung oder Beeinträchtigung verursacht. Betroffene leiden unter der Angst, was mit erhöhter Reizbarkeit, einer Reduktion des psychischen Wohlbefindens, häufigem Weinen oder allgemeiner Stimmungsverschlechterung assoziiert ist (Ströhle & Plag, 2020). Unabhängig von der Art der Angsterkrankung ist die Beeinträchtigung im täglichen Alltag für die Betroffenen eine große Belastung.

3.1 Ursachen und beeinflussende Faktoren von Angst

Für das erhöhte Angstempfinden bei Gesundheitsfachkräften gibt es mehrere Ursachen. Einerseits werden direkter Kontakt während der Versorgung und ein möglicher Engpass an persönlicher Schutzausrüstung angeführt, andererseits ist die Übertragung der Infektionskrankheit auf das familiäre Umfeld ein Hauptgrund für die Ängste der Gesundheitsfachkräfte (Lu et al., 2020; Shechter et al., 2020). Auch Angst vor einer Erkrankung, Angst vor Trennung von Bezugspersonen, Einhaltung von strikten Sicherheitsmaßnahmen, Reduktion von körperlichen Berührungen und längere Arbeitszeiten sind nur einige Faktoren, die bei Pflegepersonen großen Stress verursachen können (Bauer, Eglseer & Hödl, 2020). Die Ausprägung von Angst wird ebenfalls beeinflusst durch Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Fachrichtung, Art der Tätigkeit und die Nähe zu Covid-19-Patient*innen. Weitere beeinflussende Faktoren können unter anderem Personalmanagement (Belastungsfähigkeit und Vorbildung), präventive Interventionen, Resilienz und vorhandene soziale Unterstützung darstellen (Balken, Schömig, Lemke, Pumberger & Riedel-Heller, 2020).

Zuh et al. (2020) untersuchten in ihrer Querschnittstudie ebenfalls Einflussfaktoren von Angst und Depressionssymptomen bei medizinischem Personal. Es zeigte sich, dass die Angstausprägung in der Gruppe der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen höher ist, als in der Gruppe der Mediziner*innen. Dies ist auf die deutliche höhere Kontaktzeit der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zu Patient*innen und dem erhöhten Risiko einer Infektionsübertragung zurückzuführen. Angst und Depressionen in der Vorgeschichte zählen ebenfalls zu den Risikofaktoren, um ein erhöhtes Maß an Angst zu empfinden und Symptome einer Depression zu entwickeln, wobei männliche Mediziner*innen in dieser Untersuchung weniger unter depressiven Symptomen litten.

3.2 Angst durch unzureichende Information über das Virus

Die zu Beginn der Pandemie noch wenig erforschte Infektionskrankheit löste bei Gesundheitsfachkräften hohe Besorgnis aus, was zu einem erhöhten Angstempfinden bei klinisch tätigem Personal geführt hat. Die Tatsache, dass anfangs keine etablierten Behandlungsmöglichkeiten oder evidenzbasierte Therapie-

ansätze vorhanden waren, erhöhte den psychischen Druck auf das Behandlungsteam (Sandesh et al., 2020). Dies stellten auch Ornell, Halpern, Kessler & Narvaez (2020) fest, die ebenfalls aufzeigten, dass wenig bekannte Behandlungsmaßnahmen, sowie das Tragen der persönlicher Schutzausrüstung zu Angst unter dem Gesundheitspersonal geführt hat.

Ebenso führten Berichte über die ersten Infektionen und die hohen Infektionszahlen von Gesundheitsfachkräften zeitnah zu einem hohen Maß an Angst und Beunruhigung unter dem Gesundheitspersonal. Diese Tatsachen, die fehlenden Behandlungsstrategien und wenig Schulungen der Gesundheitsfachkräfte waren Gründe für psychische Belastungen. 75% (n = 493) aller Befragten gaben zudem an, dass die Ungewissheit über den Infektionsstatus unter Kolleg*innen zu einem erhöhten Angstempfinden beitrugen. In diesem Kontext kann allerdings angeführt werden, dass zunehmende Aufklärung über Präventionsmaßnahmen und die Einführung von Behandlungsmöglichkeiten im Sinne von Behandlungsprotokollen, die psychischen Belastungen reduzierten (Shechter et al., 2020).

Über die psychischen Belastungen durch fehlende Behandlungsstrategien und wenig Schulungen der Gesundheitsfachkräfte berichteten auch Chirico & Magnavita (2020). Im Juni 2020 waren bereits 28.000 Gesundheitsfachkräfte in italienischen Kliniken mit SARS-CoV-2 infiziert, sowie 167 Ärzt*innen und 40 Krankenpfleger*innen an dieser Infektionskrankheit verstorben.

3.3 Angst vor der Arbeit in einer Isolationseinheit und fehlender persönlicher Schutzausrüstung

Ein sehr ausgeprägtes Angstempfinden entstand in der Zeit vor der ersten Unterweisung im Umgang mit Isolationseinheiten, dem richtigen An- und Ablegen der persönlichen Schutzausrüstung und dem Einsatz auf den Isolationsstationen bzw. Intensivstationen. Aufgrund des hohen Aufkommens an Patient*innen wurden einzelne Abteilungen kurzfristig zu Isolationsstationen umgebaut, welche nicht immer den Standards einer Infektionseinheit entsprechen. Zusätzlich wurden unter anderem Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für die Arbeit auf Intensivstationen eingesetzt, welche keine Erfahrung im Umgang mit kritisch kranken Patient*innen in diesen Versorgungseinheiten hatten (Sun et al., 2020). Pflegepersonen mussten in diesem Rahmen in kurzer Zeit neue technische Verfahren erlernen und beherrschen (Liu et al., 2020). Versorgungsengpässe und die nicht ausreichend vorhandene Menge an persönlicher Schutzausrüstung für Gesundheitsfachkräfte in den Einrichtungen gingen mit einem erhöhten Maß an Angst und Besorgnis einher und trugen zu einem erhöhten Angstempfinden bei (Sandesh et al., 2020; Shechter et al., 2020).

In der Publikation von Elamin et al. (2020) gaben 73% (n = 281) der Befragten an, dass nicht ausreichend Schutzausrüstung für die Pflege und Betreuung von Infektionspatient*innen vorhanden war. Auch 60,2% (n = 68) der befragten

Gesundheitsfachkräfte in der von Sandesh et al. (2020) durchgeführten Untersuchung, berichteten von einem potentiellen Engpass an persönlicher Schutzausrüstung, welcher zu einem erhöhten Angstempfinden beigetragen hat. 60,8% (n = 599) aller befragten Gesundheitsfachkräfte in der Studie von Xiao et al. (2020), gaben an, dass eine persönliche Schutzausrüstung in nicht ausreichender Menge vorhanden war. Lediglich 4,9% (n = 47) waren mit ihrem Zugang zur persönlichen Schutzausrüstung zufrieden. Diese Ergebnisse decken sich mit den Publikationen von Chirico & Magnavita (2020) und Shechter et al. (2020). Sun et al. (2020) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass der Peak des Angstempfindens im Wesentlichen zu Beginn der Pandemie beim Gesundheitspersonal vorlag.

3.4 Angst vor Übertragung

Gesundheitsfachkräfte ängstigt die Möglichkeit einer Übertragung der Infektionskrankheit SARS-CoV-2 auf Kolleg*innen und das familiäre Umfeld. Fälle von stiller Übertragung durch das Personal ohne Infektionssymptome unter Kolleg*innen und auch auf Familienangehörige stellten eine besondere Belastung dar. Die Angst selbst asymptomatische Träger*in des Virus zu sein ist groß (Chew et al., 2020; Sun et al., 2020) Diese Angst vor einer Übertragung der Infektion auf die nächsten Angehörigen ist in der Altersklasse von 31-40 Jahren am höchsten. Dies ist auf den Umstand, dass Gesundheitsfachkräfte in dieser Altersgruppe häufig kleine Kinder oder Eltern in einem höheren Alter haben, welche zur Risikogruppe für einen schweren Verlauf einer SARS-CoV-2 Infektion zählen, zurückzuführen (Lai et al., 2020). Die im Rahmen von Sun et al. (2020) durchgeführte Befragung zeigte, dass die Angst vor einer Selbstinfektion und der Ansteckung von Kolleg*innen im täglichen Arbeitsalltag zu spüren war. Zudem kommt die Angst vor einer möglichen Übertragung der Infektionskrankheit auf das familiäre Umfeld.

In der Studie von Sandesh et al. (2020) sorgten sich 98% (n = 110) des Gesundheitspersonals um das Wohlergehen ihrer nächsten Angehörigen und 80% (n = 90) hatten Angst vor einer Selbstinfektion. Diese Zusatzbelastung zur täglichen Routinearbeit führt zu Folgeschäden wie zum Beispiel posttraumatischen Belastungsstörungen.

In der Publikation von Liu et al. (2020) wird die Angst einer Übertragung auf Kolleg*innen deutlich. Teilnehmer*innen verspürten Angst, vor einer unbeabsichtigten Ansteckung und vor der Übertragung des Virus auf die Kolleg*innen. Sie überwachten konsequent ihre eigene Gesundheit, um eine Infektion anderer zu vermeiden. Weitere Gründe waren die hochansteckende Natur des schweren SARS-CoV-2 Virus mit akutem respiratorischem Syndrom und das Unwissen über die Übertragungsmöglichkeiten.

Gesundheitspersonal, welches ungeschützten Kontakt mit infektiösen Patient*innen hatten oder sich mit SARS-CoV-2 infiziert hatten, haben ein signifikant erhöhtes Risiko Angstzuständen zu erleiden (Chirico & Magnavita, 2020).

Ein weiterer wesentlicher Faktor für ein höheres Angstepfinden von Gesundheitsfachkräften, ist die Pflege und Betreuung von Patient*innen mit einer positiven Infektionsanamnese. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, dem Expositionsausmaß und dem Angsterleben. So ist das weibliche Geschlecht sowie der direkte Kontakt zu Patient*innen mit einer SARS-CoV-2 Infektion mit einem höheren Maß an Angst verbunden (Xiao et al., 2020). Bereits bekannte Infektionen mit SARS-CoV-2 in der Familie oder dem Freundeskreis sorgten ebenfalls für ängstliches Empfinden gegenüber der Infektionskrankheit (Ekamin et al., 2020). Depressionen in der Anamnese stellen zusätzlich ein Risiko zur Ausbildung von Angstsymptomen dar (Zhu et al., 2020).

4 Folgen von Angst

Sun et al. (2020) berichteten über die emotionalen Auswirkungen und psychischen Belastungen, welchen Gesundheitsfachkräfte im Rahmen dieser Pandemie ausgesetzt sind. Diese umfassen körperliche Erschöpfung, Isolation, Gefühle von Müdigkeit, Unbehagen und Hilflosigkeit. In dieser Untersuchung konnte aber auch aufgezeigt werden, dass vor allem zu Beginn negative Emotionen das Leben von Personen im Gesundheitswesen beeinflusst hat, welche mit Fortschreiten der Pandemie allmählich durch positive Emotionen ersetzt wurden.

Yin et al. (2020) untersuchten ebenfalls die Folgen der pflegerischen und medizinischen Versorgung von Patient*innen mit einer SARS-CoV-2 Infektion bezogen auf die psychische Gesundheit von Gesundheitsfachkräften. Hierbei wurden Symptome wie Vermeidungsverhalten, negative Veränderung der Kognition und gesteigerte Aggressivität, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen, Hypervigilanz und erhöhte Schreckhaftigkeit einbezogen, wobei diese Symptome wiederum zu einer posttraumatischen Belastungsreaktion führen können. Zu dieser Erkenntnis kommt auch Shechter et al. (2020), der die psychischen Belastungen von Gesundheitsfachkräften und deren Langzeitfolgen untersucht hat.

In der Publikation von Carmassi et al. (2020) wurde der Faktor der sozialen Distanzierung als besonders belastend empfunden. Weitere Faktoren, welche eine posttraumatische Belastungsstörung begünstigten, waren der landesweite Mangel an Testmöglichkeiten, ein Engpass bei der persönlichen Schutzausrüstung sowie das Fehlen einheitlicher Behandlungsstrategien. Dies führte unter anderem zu Schlafstörungen. Als weitere Folge der Angst, einer potentiellen Übertragung der Infektionskrankheit auf die Familie und Freunde wird von Sandesh et al. (2020) das Verhalten einer Selbstisolation außerhalb der Infektionseinheiten definiert. Änderungen im Tagesablauf führten zu reduzierten sozialen Kontakten, um die Familie und Freunde vor einer Infektion zu schützen. Dieses Verhalten geht jedoch mit einem Abbau des eigenen sozialen Unterstüt-

zungssystems einher und begünstigt negative Folgeerscheinungen der Isolation. Bohlken et al. (2020) sind der Meinung, dass nicht nur die Belastungen der Gesundheitsfachkräfte im professionellen, sondern auch im privaten Bereich (Shutdown, Kontakteinschränkungen, Kinderbetreuung) zu berücksichtigen sind.

5 Fazit und Ausblick

Um den Gesundheitspersonal dabei zu helfen ihre Angst zu verringern, müssen Einrichtungen des Gesundheitswesens dafür Sorge tragen, dass Kenntnisse über Infektionsprävention und -kontrolle vermittelt, geschult und überwacht werden. Des Weiteren muss ausreichend persönliche Schutzausrüstung für die Pflege und Betreuung von Patient*innen mit einer SARS-CoV-2 Infektion zur Verfügung gestellt werden. Die Angst vor unzureichender Information über das Virus kann durch das zur Verfügung stellen von frei zugänglichen Informationen bezüglich Übertragungswege, Prävention, persönlicher Schutzausrüstung, Impfungen, Therapie und Behandlungsmöglichkeiten reduziert werden.

Personen aus Gesundheitsberufen haben großes Interesse an angebotenen Unterstützungen wie zum Beispiel Zugang zu Therapeut*innen, selbstgesteuerten Online-Beratungen oder individueller Beratung (Shechter et al., 2020).

Die Arbeit in einer Isolationseinheit und die bislang unbekanntenen Tätigkeitsfelder in der Versorgung von Patient*innen mit einer SARS-CoV-2 Infektion stellten zu Beginn der Pandemie das Personal vor Herausforderungen und führten mitunter zu weiteren Infektionen im Gesundheitspersonal. Die faire Verteilung von persönlicher Schutzausrüstung auf das Gesundheitswesen kann dazu beitragen, Infektionen von Beschäftigten zu reduzieren. Ängste bezüglich einer möglichen Übertragung haben aufgrund bereits erwähnter Maßnahmen abgenommen. Besonders erwähnenswert ist, dass Ängste im Laufe der SARS-CoV-2 Pandemie generell abgenommen haben, da sich zunehmend Arbeitsroutinen entwickelten und Arbeitsprozesse optimiert wurden.

Während der Ausfall von Pflegepersonal durch Selbstinfektion, Isolationsbescheid durch direkten Kontakt zu infizierten Menschen und Krankenständen zu einem Engpass in der Betreuung und Pflege von Patient*innen führen kann, sind auch die Langzeitfolgen wie posttraumatische Belastungsstörung im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit und den personellen Ausfall von Gesundheitsfachkräften zu bedenken.

Literatur

- American Psychological Association (2020). APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/angst> [05.02.2021]
- Bauer, S., Eglseer D. & Hödl, M. (2020). Pflege während der Covid-19 Pandemie. Eine besondere Herausforderung. ProCare. Vol. 8, 48-53.

- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M., Pumberger, M. & Riedel-Heller, S. (2020). Covid-19 Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. *Psychiat Prax*, Vol. 47, 190-197. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C., Bui, E. & Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in health care workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the Covid-19 pandemic. *Psychiatry Research*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
- Chew, N., Lee, G., Tan, B., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N., Yeo, L., Ahmad, A., Khan, F., Shanmugam, G., Sharma, A., Komalkumar, R., Meenakshi, P., Shah, K., Patel, B., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Paliwal, P., Wong, L., Sagayanathan, R., Chen, J., Ng, A., Teoh, H., Tsigoulis, G., Ho, C., Ho, R., & Sharma, V., (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during Covid-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- Chiroco, F. & Magnavita, N. (2020). The Crucial Role of Occupational Health Surveillance for Health-care Workers During the Covid-19 Pandemic. *Workplace Health and Safety*, 1-6. DOI: [10.1177/2165079920950161](https://doi.org/10.1177/2165079920950161)
- Deister, A. (2015). Angst- und Panikstörung. In H. Möller, G. Laux & A. Deister, (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 128-145, (6. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Elamin, M., Hamza, S., Abdalla, Y., Mustafa, A., Altayeb, M., Mohammed, M., Alhousseini, R. & Abass, M. (2020). The Psychological Impact of the Covid-19 Pandemic on Health Professionals in Sudan 2020. *Sudan Journal of Medical Sciences*. Vol.15, Special Issue 2020, S.54-70. DOI:[10.18502/sjms.v15i5.7136](https://doi.org/10.18502/sjms.v15i5.7136)
- Fischer-Fels, J. (2020). Infektionszahlen nehmen zu. *Deutsches Ärzteblatt*. Vol. 117, 1484.
- Johns Hopkins University and Medicine – Coronavirus Resource Center (2020). World MAP. Verfügbar unter: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> [14.01.2021]
- Krohne, H. W. (2010). *Psychologie der Angst*. Ein Lehrbuch. (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S., (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *Psychiatry*, Vol. 03. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.20203976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.20203976)
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y. & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the Covid-19 pandemic: A cross sectional study. *Psychiatry Research*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., Qin, M. & Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against Covid-19 epidemic. *J Nurs Manag*, 1-8. DOI:<https://doi.org/10.1111/jonm.13014>
- Ornell, F., Halpern, S., Kessler, F. & Narvaez, J. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de saude publica*. Vol. 36(4). DOI: [10.1590/0102-311X00063520](https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520)
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsis, E. & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. Vol. 88, 901-907. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Sandesh, R., Shahid, W., Dev, K., Mandhan, N., Shankar, P., Shaikh, A. & Rizwan, A. (2020). Impact of Covid-19 on the Mental Health of Healthcare Professionals in Pakistan. *Cureus*. Vol. 12 (7). DOI: [10.7759/cureus.8974](https://doi.org/10.7759/cureus.8974)
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J., Brodie, D., Cannone,

- D., Chang, B., Claassen, J., Conrelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I., Lee, S., Manzano, W., Mayer, L., McMurry, C., Miotra, V., Pham, P., Rabbani L., Rivera, R., Schwartz, A., Schwarz, J., Shapiro, P., Shan, K., Sullivan, A., Vose, C., Wasson, L., Edmondson, D. & Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*. Vol. 66, 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007>
- Ströhle, A. & Plag, J. (2020). *Keine Panik vor der Angst! Angsterkrankungen verstehen und besiegen*. (1. Auflage) München: Kailash Verlag.
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S. & Wang, Ho. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of Covid-19 patients. *American Journal of Infection Control*. Vol. 48. 592-598. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>
- Xiao, X., Zhu, X., Fu, S., Hu, Y., Li, X. & Xiao, J. (2020). Psychological impact of healthcare workers in China during Covid-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 274, 405-410. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.081>
- Zhu, J., Sun, L., Zhan, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B., Li, W., & Xiao, S. (2020). Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against Covid-19 in Gansu. *Frontiers in Psychiatry*. Vol. 11. DOI: [10.3389/fpsyt.2020.00386](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00386)

Risiken von Corona für das Personal von stationären Gesundheitseinrichtungen

Welche Maßnahmen wurden getroffen?

Autor*innen: Manfred RITTHAMMER, Selina OSZTOVICS

Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Stationäre Gesundheitseinrichtungen stehen seit dem Ausbruch der Coronavirus-Pandemie vor großen Herausforderungen und sind zu einem Arbeitsplatz mit speziellen Risikosituationen geworden. Das Personal dieser Einrichtungen arbeitet in dem Spannungsfeld, dass es einerseits von Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern angesteckt wird, und andererseits, dass die Belegschaft selbst diese vulnerablen Personengruppen infizieren könnte. Daher gilt es besondere Maßnahmen zu setzen, um die wechselseitige Ansteckungsgefahr zu reduzieren. Im Zuge der Coronakrise haben stationäre Gesundheitseinrichtungen umgehend – besonders präventive – Handlungen gesetzt und Schutzmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter realisiert. Auf Grund dieser Interdependenz ist der Schutz des Personals im Gesundheitsbereich von hoher Wichtigkeit, um das Risiko einer Erkrankung am SARS-CoV-2-Virus für alle Beteiligten zu minimieren.

1 Einleitung

Anfang 2020 brach die Coronavirus-Pandemie aus, die die Welt vor eine neue Herausforderung stellte und zwischenzeitlich zu einem Lockdown der Wirtschaft führte. Die Stabilität und Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems wird durch diese Pandemie stark beeinträchtigt, insbesondere die Kapazitäten von Intensiveinheiten sind zwischenzeitlich an ihren Grenzen angelangt. Stationäre Gesundheitseinrichtungen, worunter in dem Kontext nachfolgender Ausführungen besonders Krankenhäuser, Alters- und Pflegeheime sowie Rehabilitationseinrichtungen verstanden werden, nehmen eine bedeutende Aufgabe wahr. Einerseits muss die Versorgung der gesamten Bevölkerung mit medizinischen Leistungen gewährleistet werden und andererseits ist darauf zu achten, dass die Erbringung der Arbeitsleistung des Personals ohne eine zusätzliche Gefährdung durch den Coronavirus abgewickelt werden kann.

Denn auch während der Coronavirus-Pandemie ist die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, vor allem im Gesundheitswesen, nicht ausgesetzt oder reduziert. Es kann sonst soweit führen, dass die stationären Gesundheitseinrichtungen die Schere zwischen der ausreichenden Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie dem Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht schaffen und es zu einem Kollaps des österreichischen Gesundheitssystems kommt (Eufinger, 2020, S. 450). Der grundsätzlich immer zu beachtende Gesundheitsschutz rückt durch diese Krise vermehrt in den Vordergrund, da sich durch den Coronavirus gezeigt hat, wie gefährdet Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Gesundheitswesens am Arbeitsplatz sind. Der „Risikofaktor Personal“ – in den Ausprägungen Eigen- und Fremdgefährdung – soll demnach durch diverse Maßnahmen kontrolliert werden.

In Anbetracht der speziellen Risiken von Corona für das Personal und den damit verbundenen Schutzmaßnahmen haben sich zwei Fragestellungen ergeben, die im Zuge dieses Beitrages beantwortet werden sollen, wobei von einem Forschungsstand Oktober 2020 ausgegangen wird:

- „Wie reagieren stationäre Gesundheitseinrichtungen auf das Risiko, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Corona erkranken könnten?“
- „Welche Maßnahmen wurden von ausgewählten Unternehmen bereits umgesetzt?“

Bezugnehmend auf die forschungsleitenden Fragen erfolgte eine prüfende Auseinandersetzung mit bereits vorhandener Literatur bezüglich der allgemeinen Rahmenbedingungen. Um den Einfluss und die Risiken der Coronavirus-Pandemie auf das Personal und die in diesem Zuge getroffenen Maßnahmen in stationären Gesundheitseinrichtungen zu ermitteln, wurde eine systematische Suche nach publizierten Studien bzw. Artikeln zum Thema Coronavirus/Pandemie, Personal und stationäre Gesundheitseinrichtungen in diversen Online-Datenbanken als auch per Handsuche durchgeführt. Als relevante Datenbanken haben sich Pubmed, Google Scholar, Springerlink und die Bibliothek der FH Burgenland herausgestellt. Um die gesetzten Schutzmaßnahmen für das Personal eingehender zu beleuchten, wurde ergänzend eine quantitative Erhebung mittels Online-Umfrage (27 Teilnehmende) durchgeführt.

2 Theoretische Überlegungen einer Epidemie

Obwohl jahrzehntelang Pandemien in Europa kein Thema waren, zeigt der Coronavirus, wie rasch theoretische Überlegungen zur Praxis werden können. Durch die Pandemie wurde die gesamte Arbeitswelt vor neue Herausforderungen gestellt. In vielen Bereichen veränderte die Krise grundsätzlich die Rahmenbedingungen des Zusammenlebens sowie auch der beruflichen Interaktionen.

In Folge mussten viele Prozesse der unterschiedlichen Arbeitswelten der aktuellen Situation angepasst werden, einerseits um Arbeitsleistungen bestmöglich aufrechtzuerhalten und effizient durchführen zu können und andererseits um die Gesundheit der Belegschaft zu schützen. Die adäquate Prävention vor einer Covid-19-Übertragung ist eine Grundvoraussetzung für einen so weit als möglichen Normalbetrieb von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Rehabilitationseinrichtungen. Dennoch zeigen die vorliegenden Erkenntnisse, dass nicht alle Einrichtungen die gleichen Maßnahmen gewählt bzw. umgesetzt haben, um das Risiko von nosokomialen Ausbrüchen zu reduzieren. Neben Sicherheitsmaßnahmen, die allgemeine Verbreitung gefunden haben, wurden auch Vorsorgeschritte gesetzt, die in der Struktur bzw. den Ressourcen der jeweiligen Gesundheitseinrichtung begründet sein dürften.

2.1 Schaffung allgemeiner Rahmenbedingungen zur Bekämpfung des Coronavirus

Durch die unzähligen Pressemeldungen zum Coronavirus herrscht in vielen Unternehmen in Österreich Unsicherheit: Welches Risiko einer Ansteckung besteht und welche Schutzmaßnahmen sind angemessen? Aufgrund der hohen Anzahl an Infektionen und die dadurch vermehrte Bettenbelegung wurden von und für stationäre Gesundheitseinrichtungen neue Rahmenbedingungen geschaffen, um die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus einzudämmen. In diesem Zusammenhang rückten betriebliche Hygienemaßnahmen immer mehr in den Fokus. Stationäre Gesundheitseinrichtungen sind gezwungen, gänzliche neue, sehr weit gehende Formen der Prävention einzuführen. Beispielsweise müssen auf Grund steigender bzw. fortlaufend hoher Neuinfektionen Gesundheitseinrichtungen einen vermehrten Vorrat an Hygienemitteln, Hygienemasken (FFP1, FFP2, FFP3), Einmal-Handschuhen, Desinfektionsmitteln sowie Schutzkleidung zur Verfügung haben, um auch für den Fall eines Notstandes gerüstet zu sein (Cochrane Library, 2020a, [www](#)). Dieser Sachverhalt stellt für die Einrichtungen neben den ökonomischen Aspekten auch eine logistische Herausforderung in der Beschaffung und Verteilung dar, sodass Maßnahmensetzungen zur Corona-Bekämpfung – zumindest in den Anfangsmonaten der Pandemie – mit diesen Engpässen zu kämpfen hatten.

Durch die außergewöhnliche Situation sieht sich der Gesetzgeber gezwungen, Gesetze an die derzeitig herausfordernde Lage anzupassen. Aus diesem Grund vollzieht beispielsweise das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) in § 8 Abs. 1 den sogenannten außergewöhnlichen, unvorhersehbaren Fall; dadurch wird erlaubt, die geltenden Arbeitszeitgrenzen temporär zu übersteigen oder außer Kraft zu setzen. Es geht in diesem Zusammenhang darum, den Betrieb von Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen aufrechterhalten zu können, wenn andere organisatorische Vorgehensweisen für das Personal in der verfügbaren Zeit nicht durchführbar sind (Österreichische Bundesregierung, 1997, [www](#)).

Weiters hat der Gesetzgeber auf die Einführung der Corona-Kurzarbeit zurückgegriffen, damit Hunderttausende Arbeitsplätze gesichert werden und der Wirtschaftsmotor in Österreich am Laufen gehalten wird. Der Einsatz der Corona-Kurzarbeit dient der Überbrückung der wirtschaftlichen Störungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie (BMAFJ, 2020, www). Auch wenn dies auf den ersten Blick „unlogisch“ erscheint, mussten auch vereinzelt stationäre Gesundheitseinrichtungen darauf zurückgreifen.

Eine weitere Schutzmaßnahme für das Personal von stationären Gesundheitseinrichtungen ist die Nutzung von Homeoffice, denn dies soll die Ansteckungsgefahr am Arbeitsplatz verringern. Weil dies größtenteils gut und einwandfrei funktioniert, planen viele Unternehmen, auch in stationären Gesundheitseinrichtungen, Homeoffice dauerhaft zu etablieren – zum Vorteil beider Seiten (Arbeiterkammer, 2020, www). Es muss jedoch bedacht werden, dass die Berufsgruppen in stationären Gesundheitseinrichtungen, für die Homeoffice dauerhaft und in erheblichem Umfang einsetzbar ist, eine begrenzte Anzahl darstellen, da die unmittelbare Vor-Ort-Betreuung ein wesentliches Element der Gesundheitsversorgung ist.

Menschen mit schweren chronischen Grunderkrankungen haben ein erhöhtes Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs bei einer Erkrankung mit Covid-19. Deshalb ist es von oberster Priorität, dass diese Menschen zusätzlichen Anspruch auf diverse Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz erhalten. Daher wurde mit dem dritten Covid-19-Gesetz ein Freistellungsanspruch geschaffen. Demnach haben Risikogruppen unter entsprechenden Voraussetzungen einen sogenannten Anspruch auf Dienstfreistellung unter Entgeltfortzahlung, sofern der Anspruch auf Erbringung der Arbeitsleistung sowohl im Homeoffice als auch auf eine geeignete Gestaltung der Arbeitsstätte nicht möglich ist (BMAFJ, 2020a, S. 11). Dies gilt natürlich auch uneingeschränkt für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gesundheitsberufen.

2.2 Konkrete Schutzmaßnahmen während der Covid-19-Pandemie

Die Ausbreitung des Coronavirus hat Gesundheitseinrichtungen zu einem Arbeitsplatz mit speziellen Risikosituationen gemacht, weshalb konkrete Schutzmaßnahmen zur Eindämmung der Pandemie realisiert wurden. Im Zuge der Umsetzung bestimmter Methoden steht die strikte räumliche Trennung von Corona infizierten Menschen sowie gefährdeten Personengruppen im stationären Sektor an vorderster Stelle. Denn die Gesundheit der medizinischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist essenziell für die ausreichende Patientensicherheit und Behandlungskapazität (Robert Koch-Institut, 2020a, www).

Anlehnend an die diversen Hygienevorschriften wird das Hauptaugenmerk in stationären Gesundheitseinrichtungen auf das tägliche Selbstmonitoring des Personals gelegt. Hierbei kommt es zum Beispiel zur Abfrage und Dokumentation des Gesundheitszustandes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch ein

Fachpersonal, um das Auftreten des Virus zu vermeiden. Während der Arbeitszeit ist unter anderem die Belegschaft verpflichtet, Fieber zu messen, Abstand zu halten oder eine Mund-Nasen-Schutzmaske zu tragen (BMAFJ, 2020b, S. 7).

In einigen Gesundheitseinrichtungen wurde ein definierter Krisenstab ins Leben gerufen, der sich um die Erarbeitung geeigneter Maßnahmen zu kümmern hat. Exemplarisch hat ein derartiger Krisenstab die Dienstenteilung für Ärzte sowie Pflegekräfte so umgestellt, dass die Kontaktdauer sowohl zwischen der Belegschaft als auch zwischen den vulnerablen Personengruppen reduziert wird. Dadurch sollen die sozialen Kontakte konstanter bleiben und nicht ständig wechseln (Eufinger, 2020, S. 450).

Obwohl Fort- und Weiterbildungen in Gesundheitseinrichtungen von großer Bedeutung sind und sogar durch gesetzliche Auflagen abgesichert werden (z.B.: Fortbildungsverpflichtung von Medizin und Pflege), durften aufgrund der Coronavirus-Pandemie für einen längeren Zeitraum keine Präsenzfortbildungen abgehalten werden. Damit soll die Gesundheit der Belegschaft vorwiegend geschützt werden. Nachdem die Ansteckungsgefahr weiterhin sehr hoch ist, muss auf besondere Regelungen achtgegeben werden. Bei Bildungsmaßnahmen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wird in dieser schwierigen Zeit auf digitale Kommunikationsmittel wie Telefonkonferenzen oder den Einsatz von Online-Werkzeugen gesetzt (AUVA, 2020, S. 10-11).

3 Erkenntnisse des empirischen Teils

Um die theoretischen Ergebnisse mit praxisnahem Bezug zu verbinden, wurden folglich Anregungen aus der empirischen Erhebung näher beleuchtet und detailliert dargestellt. Das Thema Covid-19 und die daraus resultierenden Schutzmaßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären Gesundheitseinrichtungen sind nach bisherigem Forschungsstand unzureichend ergründet. Einerseits ist noch nicht abgesichert, in welcher Art und Weise die Änderung für das Personal spürbar ist, andererseits ist die Tragweite der Veränderungen noch nicht greifbar. Aufgrund der Durchführung einer Online-Umfrage ergab sich die Möglichkeit, Schutzmaßnahmen von spezifischen Gesundheitseinrichtungen in Österreich mit praxisnahem Bezug zu erforschen. Hierbei wurden 40 ausgewählte Einrichtungen in Form eines Fragebogens über bereits umgesetzte Maßnahmen angefragt, wobei 27 Institutionen in die Erhebung einfließen konnten. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf dem Forschungsstand November 2020.

3.1 Auswirkungen der Betriebsgröße auf die Corona-Maßnahmen

Damit die gesetzten Schutzmaßnahmen für das Personal im Gesundheitsbereich zielgerichteter ausgewertet werden können, erweist sich die Erhebung der Betriebsgröße der einzelnen stationären Gesundheitseinrichtungen als sinnvoll.

In Bezug auf die unten angeführte Grafik ist zu erwähnen, dass in Hinsicht auf eine rasche Bearbeitung durch die Einrichtungen darauf verzichtet wurde, exakte VZÄ (Vollzeitäquivalent) Zahlen zu erheben, sodass nachfolgende Größen einen Näherungswert darstellen.

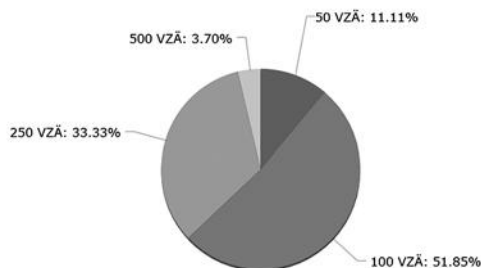


Abbildung 1: Anzahl des Personals in ausgewählten stationären Gesundheitseinrichtungen in Österreich, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an die Fragebogenumfrage

Die Ergebnisse des obigen Kreisdiagramms (s. Abbildung 1) zeigen, dass die Hälfte der teilnehmenden stationären Gesundheitseinrichtungen rund 100 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigt. Daraus resultiert, dass sich die Teilnahme auf Einrichtungen mit einer kleineren Mitarbeiteranzahl fokussiert. Lediglich drei Betriebe beschäftigen rund 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrem Unternehmen und verfügen über eine relativ niedrige Anzahl an Beschäftigten im Gesundheitsbereich. In Anbetracht der aktuellen Ausnahmesituation stellt eine geringe Beschäftigungszahl im Gesundheitswesen ein großes Problem dar. Die ansteigenden Zahlen an isolierten Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern führen innerhalb kürzester Zeit zu einem erheblichem Personalmangel. Demnach bedarf es einer erhöhten Aufmerksamkeit, das Risiko einer Erkrankung mit dem SARS-CoV-2-Virus für das Personal möglichst gering zu halten.

3.2 Schaffung grundlegender Rahmenbedingungen zur Eindämmung der Pandemie

Durch den Ausbruch der Coronavirus-Infektion kam es weltweit zu wirtschaftlichen Schwierigkeiten in der Arbeitswelt. Aufgrund finanzieller Engpässe und steigender Infektionszahlen waren Gesundheitseinrichtungen gezwungen, im Bereich der Personalwirtschaft Abstriche zu machen und schnellstmöglich zu handeln. Es ist besonders auffallend, dass keines der teilnehmenden Unternehmen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Corona-bedingt gekündigt hat. Demnach kann auf die gesamte Belegschaft zurückgegriffen werden, um sowohl eine

entsprechende Versorgung zu garantieren als auch eine entsprechende Leistungsfähigkeit in allen Bereichen aufrechtzuerhalten. Gerade in dieser schwierigen Zeit ist das Gesundheitspersonal und deren Arbeit gefragter denn je.

Durch die hohen Infektionszahlen und die steigende Aufnahme an infizierten Personen ist ein gut funktionierendes Gesundheitssystem, vor allem in Akutkrankenanstalten, von hoher Wichtigkeit. Viele Spitäler verfügen über eine kritische Infrastruktur, deren Schutz besonders wichtig ist. Daher müssen viele Krankenhäuser künftig die Anforderungen, welche an die kritischen Infrastrukturen gestellt werden, erfüllen, um die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten beständig und sicher erbringen zu können – vor allem in Zeiten von sich ändernden Sicherheitsanforderungen (Bundeskanzleramt, 2014, www).

Wie vorangehend in Erwägung gezogen, wurden aufgrund der Coronavirus-Pandemie die Arbeitsbedingungen umgestaltet und es wurde vermehrt auf die „digitale Arbeitswelt“ gesetzt, damit die Kontakthäufigkeit innerhalb der Belegschaft reduziert wird. Außerdem wurde versucht, soweit als betriebsorganisatorisch machbar, den Anteil der im Betrieb anwesenden Belegschaft zu senken.

Nachfolgende Abbildung zeigt, dass die stationären Gesundheitsbetriebe doch in erheblichem Ausmaß ihr Personal vor Ort reduzierten.

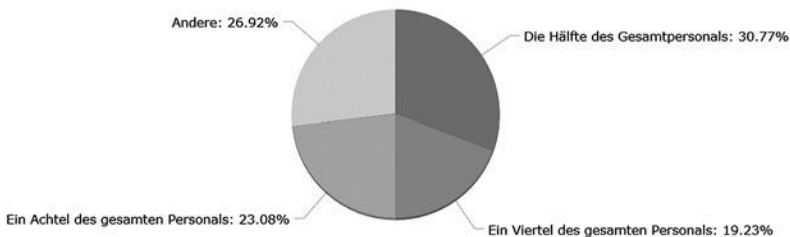


Abbildung 2: Anteil des anwesenden Personals, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an die Fragebogenumfrage

Die Resultate der oben dargestellten Grafik (s. Abbildung 2) sagen aus, in welchem Anteil das Personal im Vergleich zum üblicherweise anwesenden Personalstand an der Arbeitsstätte tätig war.

3.3 Grundlegende Vorschriften zum Schutz des Personals in stationären Gesundheitseinrichtungen

Um die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus auf die Belegschaft zu vermeiden und diese bestmöglich zu schützen, wurden grundlegende Rahmenbedingungen geschaffen, an die sich die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Zuge ihrer Beschäftigung zu halten hatten.

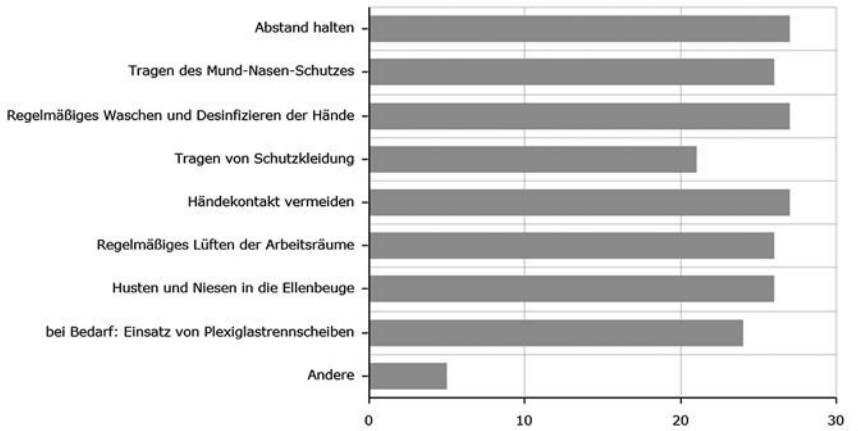


Abbildung 3: Grundlegende Vorschriften zum Schutz des Personals, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an die Fragebogenumfrage

Aus Abbildung 3 lässt sich schließen, dass die grundlegenden Vorschriften gleichmäßig verteilt sind und durchgehend von den teilnehmenden stationären Gesundheitseinrichtungen angewandt bzw. eingehalten werden, um den Schutz des Personals zu gewährleisten. Weiters ist deutlich ersichtlich, dass beim Zusatzfeld „Andere“ wenige Antworten hinzugefügt wurden. Neben den in der Grafik dargestellten Schutzmaßnahmen werden weiters das Tragen von FFP2 und FFP3 Masken, die regelmäßige Durchführung von PCR-Tests (Polymerasekettenreaktion) sowie ein wöchentlicher Covid-19-Test als auch laufende Antigentestungen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern angewandt. Demnach sind diese Maßnahmen bei fast allen teilnehmenden Einrichtungen zum Einsatz gekommen, da diese sowohl als notwendig erscheinen als auch in jeder Institution aufgrund vorhandener Ressourcen umsetzbar sind. Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse die hohe Wichtigkeit von Basisschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz im Gesundheitsbereich.

3.4 Spezielle Schutzmaßnahmen während der Coronakrise

Neben den grundlegenden Hygienemaßnahmen wurde bei einer Vielzahl von stationären Gesundheitseinrichtungen auf die Anwendung von speziellen Maßnahmen zum Schutz des Personals zurückgegriffen.

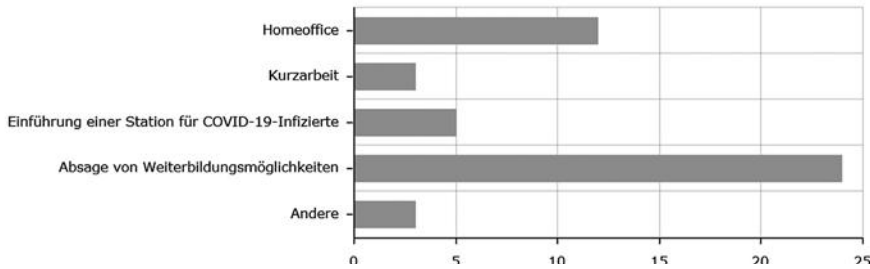


Abbildung 4: Schutzmaßnahmen für das Personal, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an die Fragebogenumfrage

In Anbetracht des obigen Balkendiagramms (s. Abbildung 4) ist besonders auffällig, dass 24 teilnehmende Institutionen die Absage von Weiterbildungen getätigt haben, um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen hohen Schutz zu gewähren. Aufgrund der großen Teilnehmer*innenzahl gestaltet sich die Abhaltung von Weiterbildungen als schwierig. Denn der erforderliche Mindestabstand muss eingehalten werden, um die Durchführung problemlos zu ermöglichen.

Die Absage von Bildungsmaßnahmen beim Personal ist bei Rehabilitationseinrichtungen besonders signifikant. Eindeutige Begründungen dafür können im Rahmen dieser Arbeit nicht gefunden werden.

Besonders erwähnenswert sind weitere spezielle Schutzmaßnahmen, um die Ansteckungsgefahr zu reduzieren. Hierzu zählt einerseits die Aufteilung des jeweiligen Areals in Zonen, um das Personal sowie Personengruppen mit Vorerkrankungen zu schützen. Andererseits kann die Arbeit in Gruppen in Erwägung gezogen werden, damit dieselben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beständig in der jeweiligen Zone arbeiten und somit dieselben Menschen behandeln. Es wurde auch angegeben, dass sich die wöchentliche Durchführung eines PCR-Tests für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Patientenkontakt als wichtig erweist. Zusätzlich legen viele Gesundheitseinrichtungen großen Wert auf die Anwendung besonderer Hygiene- und Schutzausrüstung, damit die Belegschaft nicht infiziert wird.

Die Analyse legt auch nahe, dass man in Einrichtungen mit einer langen Verweildauer der Patienten bzw. der Bewohnerschaft noch weniger Risiko eingehen wollte als in Akutkrankenhäusern.

Wie aus laufenden Medienberichten zu entnehmen, ist bemerkenswert, dass die „Organisation Krankenhaus“ bei Schutzmaßnahmen zum Coronavirus ein Restrisiko in Kauf nehmen muss, da es diesbezüglich „höhere Motive“ gibt. Ein Krankenhaus verfügt über diverse Stationen, auf welchen Patientinnen und Patienten verweilen, für die Kontakte zugelassen werden müssen. Hierbei handelt es sich beispielsweise um die Palliativstation. Ebendort ist es seitens des

Krankenhauses erlaubt, Angehörige zu besuchen, um sich von den Sterbenden zu verabschieden, da in diesem Fall der ethische Wert höher ist als der Corona-Schutz. Es bedarf auch bei Geburtsstationen entsprechender Ausnahmen. Im Zuge einer Geburt gibt es Ausnahmeregelungen und Väter dürfen den Müttern während der Geburt beistehen, um sie bestmöglich zu unterstützen, sowie die ersten Lebenstage des Säuglings mitzuverfolgen.

3.5 Zeitraum der Umsetzung von Schutzmaßnahmen

Der Coronavirus hat die Arbeitswelt von einem auf den anderen Moment ins Wanken gebracht, wodurch viele Risiken, aber auch neue Chancen entstanden sind. Dahingehend mussten schnellstmöglich Reaktionen gesetzt werden, um negative Auswirkungen zu verhindern.

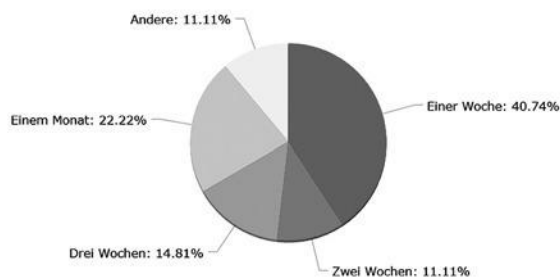


Abbildung 5: Zeitraum der Umsetzung der Schutzmaßnahmen nach Ausbruch der Coronavirus-Pandemie, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an die Fragbogenumfrage

Gemäß der obigen Grafik (s. Abbildung 5) ist ersichtlich, dass rasch gehandelt wurde. Der Großteil der stationären Gesundheitseinrichtungen (11 Nennungen) hat binnen einer Woche nach Ausbruch der Pandemie entsprechende Schutzmaßnahmen für das Personal umgesetzt. Die übrigen Ergebnisse veranschaulichen eine relativ gleichmäßige zeitliche Verteilung. In weiterer Folge ist auffallend, dass bis Ende März kaum Schutzmasken verfügbar waren und dementsprechend manche Maßnahmen nicht durchgeführt werden konnten. Es wurde angegeben, dass der Lockdown im Burgenland erst ab 12. März 2020 stattgefunden hat. Demzufolge konnten primär ab diesem Zeitpunkt konkrete Maßnahmen zum Schutz des Personals realisiert werden.

3.6 SARS-CoV-2-Infektionen innerhalb der Belegschaft bzw. bei Personengruppen mit Vorerkrankungen

Die Coronavirus-Pandemie bringt hohe Infektionszahlen mit sich und versetzt stationäre Gesundheitseinrichtungen in spezielle Ausnahmesituationen. Innerhalb der Einrichtungen kam es im Bereich des Personals sowie der gefährdeten Personengruppen vermehrt zu Ansteckungen mit dem SARS-CoV-2-Virus.

Mehr als die Hälfte (69,2%) der teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen ist mit Infektionen durch das Coronavirus verschont geblieben, aber 30,8% hatten bereits Infektionsfälle zu verzeichnen.

In diesem Bereich spielt der Indikator der durchschnittlichen Verweildauer von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner eine wichtige Rolle. Nachfolgend (s. Abbildung 6) wird die Formel zur Berechnung dieses zentralen Indikators dargestellt, um eine bessere Verständlichkeit gewährleisten zu können.

$$\text{Durchschnittliche Belagsdauer:} \quad \frac{\text{Belagstage}}{\text{Aufenthalte bzw. stationäre Aufenthalte (KJ)}}$$

Abbildung 6: Indikator „Durchschnittliche Belagsdauer“, Quelle: Embacher (2018, S.9)

Mit der Berechnung der Belagsdauer kann die Zahl der Tage, die eine erkrankte Person durchschnittlich in vollstationärer Behandlung in einem Krankenhaus verbracht hat, ermittelt werden (Embacher, 2018, S. 4). Die durchschnittliche Verweildauer von erkrankten Personen beträgt 6,3 Tage, wohingegen in Rehabilitationseinrichtungen die Betroffenen über drei Wochen hinweg verweilen (BMSGPK, 2019, www). Da es sich in Pflegeheimen um eine Verweildauer in vollstationärer Dauerpflege handelt, betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei einer Erhebung aus dem Jahr 2017 591 Tage pro Person. Besonders markant ist, dass die durchschnittliche Verweildauer der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner schleichend aber kontinuierlich abnimmt und bereits rund ein Fünftel der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Heimeinzug versterben (Gehard-Schuster, 2019, S. 7-8).

Diesbezüglich ist auffällig, dass in Akutspitälern weniger Covid-Tests durchgeführt werden als in Pflegeheimen und Rehabilitationseinrichtungen. Dieser Umstand spiegelt sich auch in einer entsprechenden Gesetzgebung wider. Bewohnerinnen und Bewohner stehen in ständigem Kontakt miteinander, sei es bei sozialen Aktivitäten oder auch beim Essen. Im Gegensatz dazu verweilen Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus während ihres Aufenthalts größtenteils in ihrem Zimmer und haben geringen Kontakt zu anderen Menschen. Aufgrund der kurzen Verweildauer in Akutkrankenhäusern ist es nicht möglich, gehäuft Covid-19-Tests bei vulnerablen gehäuft durchzuführen.

3.7 Kontakteinschränkungen in stationären Gesundheitseinrichtungen

Der Coronavirus hat das Gesundheitspersonal angesichts einer erhöhten Ansteckungsgefahr an den Rand der Leistungsfähigkeit geführt. Daher ist es besonders wichtig, in diesem Bereich wirksame Maßnahmen zu legen.

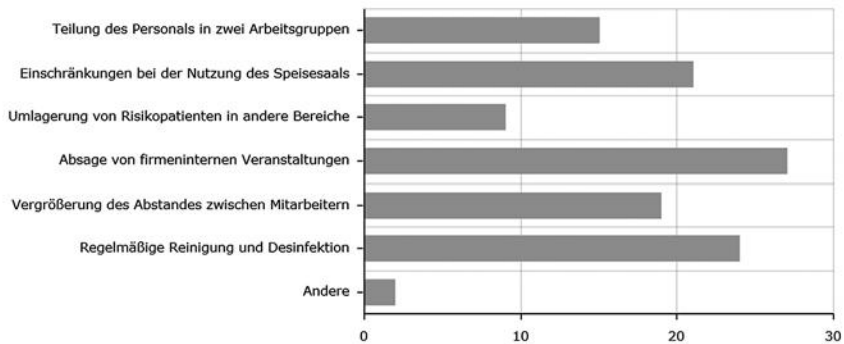


Abbildung 7: Maßnahmen zur Kontakteinschränkung des Personals, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an die Fragebogenumfrage

Gemäß des obigen Balkendiagramms (s. Abbildung 7) lässt sich schließen, dass viele Unternehmen vor allem bei der Absage von firmeninternen Veranstaltungen angesetzt haben, um die Kontakthäufigkeit zwischen der Belegschaft zu minimieren. 100% der Teilnehmenden haben demnach angegeben, dass in ihren Gesundheitseinrichtungen jegliche Darbietungen abgesagt wurden, um die Pandemie einzudämmen. Bei firmeninternen Veranstaltungen kommt es aufgrund von großen Menschenansammlungen zu vermehrten Kontakthäufigkeiten, wobei das Risiko an dem SARS-CoV-2-Virus zu erkranken, dementsprechend hoch ausgeprägt ist. In diesem Fall ist es wesentlich, dass die gesamten teilnehmenden Einrichtungen auf eine diesbezügliche Absage zurückgegriffen haben, um eine erhöhte Infektionsgefahr zu vermeiden. Um das Personal besonders gut zu schützen und in weiterer Folge die Arbeitsdurchführungen aufrechtzuerhalten.

3.8 Schutz von definierten Risikogruppen

Durch den Coronavirus sind viele Menschen gemäß der Risikogruppenverordnung einem erhöhten Risiko ausgesetzt. Demzufolge bedürfen Risikogruppen einem vermehrten Schutz bzw. erfordern höchste Aufmerksamkeit am Arbeitsplatz.

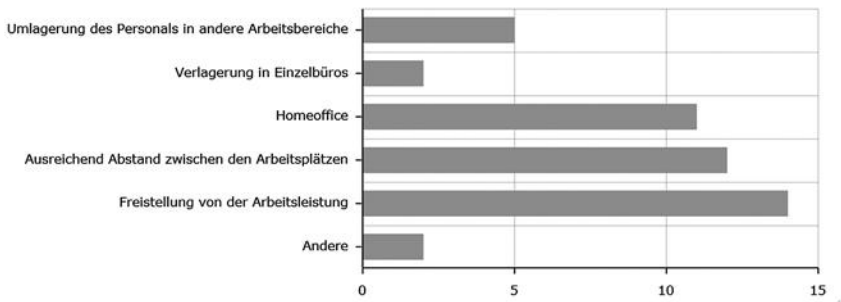


Abbildung 8: Schutzmaßnahmen für Risikogruppen am Arbeitsplatz, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an die Fragebogenumfrage

Deshalb ist die Freistellung der Risikogruppen von der Arbeitsleistung für eine unbestimmte Dauer von hoher Wichtigkeit, auch wenn es sich um systemrelevante Berufsgruppen handelt. Somit hat auch das Gesundheitswesen mit diesem bisher kaum bekannten Faktor von generellen Freistellungen umgehen lernen müssen.

Die Verlagerung des Personals in Einzelbüros erwies sich als eine Maßnahme, die weniger zur Anwendung kam. Lediglich zwei Rehabilitationseinrichtungen haben auf diese Schutzmaßnahme für Risikopersonen zurückgegriffen.

3.9 Entwicklung von Schutzkonzepten

Bei Krisenkonzepten zum Schutz des Personals ist beispielsweise von der Erstellung von Krisenplänen oder der Durchführung von Screening-Programmen die Rede. Mit diesen Programmen kann ein großer Schritt gegen die Infektionsbekämpfung gesetzt werden – sei es bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten oder innerhalb der Belegschaft. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen sich an einen strikten Arbeitsablauf halten und entsprechende Arbeitsanweisungen verfolgen, um die Ansteckungsgefahr zu minimieren. Dabei wird versucht, möglichst viele Situationen bzw. Themenbereiche mit genauen Vorgehensregeln abzusichern.

Unter anderem neu ist die Einführung eines geregelten Aufnahmeverfahrens für Patientinnen und Patienten, welches zugleich eine Covid-19-Testung inkludiert. Mit diesem Aufnahmeverfahren durchläuft der Patient bzw. die Patientin mehrere Stationen, bis er/sie im richtigen Bereich angelangt ist (Screening inkl. Antigentest oder PCR-Test, Fiebertessen, Rachenabstrich). Die Einführung eines entsprechenden Hygieneplans ist ein wesentlicher Faktor zum Schutz der Menschen im Gesundheitsbereich.

Die regelmäßige Realisierung von diversen Covid-Tests ist eine wichtige Absicherung für Gesundheitseinrichtungen in Bezug auf die erhöhte Anste-

ckungsgefahr innerhalb der Belegschaft. Ein Ergebnis zeigt, dass Screenings laut Verordnung des Landes durchgeführt werden und dies ergänzend durch hausinterne Vorgänge laut Notfallplan geregelt ist. In einem Pflegeheim rückte die Errichtung von Isolierzimmern durch die hohen Infektionszahlen in den Vordergrund, um im Falle eines Auftretens von Covid-19 bestmöglich gerüstet zu sein.

Die Verfügbarkeit eines Covid-19-Beauftragten, der für die Überprüfung der Einhaltung von Hygienevorschriften innerhalb des Unternehmens zuständig ist, erweist sich als wesentliche organisatorische Komponente im Zuge der Schutzmaßnahmen. Ein Großteil der befragten Betriebe gibt an, über eine derartige Funktion zu verfügen, wobei jedoch über dessen Qualifikation und hierarchische Einordnung keine Aussagen vorliegen.

4 Resümee und Ausblick

Ausgehend von der größten Pandemie seit Menschengedenken hat sich die Frage nach geeigneten Schutzmaßnahmen für das Personal von stationären Gesundheitseinrichtungen gestellt. Die flächendeckende Verbreitung des SARS-CoV-2-Virus hat zu hohen Ansteckungsraten in der Bevölkerung geführt und in weiterer Folge in einer sehr hohen Bettenauslastung des Gesundheitswesens gemündet. Um nun die Stabilität des österreichischen Gesundheitswesens abzusichern, wurden diverse Schutzmaßnahmen gesetzt, insbesondere auch für die Mitarbeiterschaft von stationären Gesundheitsbetrieben.

Die vorliegende Arbeit hat im Rahmen einer empirischen Erhebung eine Befragung unter aktuell betroffenen Einrichtungen durchgeführt, um entsprechende konkrete Maßnahmensetzungen zu erheben und zu beleuchten. Dabei zeigt sich – auf Basis eines Erhebungsstandes vom November 2020 –, dass trotz der Unterschiedlichkeit der Einrichtungen sehr ähnliche Maßnahmen gewählt wurden, jedoch in abweichender Akzentuierung.

Da die Corona-Pandemie jedoch nach wie vor die diversen Segmente des Gesundheitswesens in Atem hält und folglich die Schutzmaßnahmen immer wieder verlängert und ausgebaut werden, bietet diese Arbeit nur einen „Zwischenstand“. Eine weitere empirische Erhebung nach Ende der Pandemie und mit ausgeweitetem Teilnehmerkreis würde sicherlich das Bild auf die Maßnahmensetzungen in der Pandemie abrunden.

Literatur

- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA). (2020). *Betriebliche Maßnahmen*. Verfügbar unter: <https://www.auva.at/cdscontent/?contentid=10007.858166&portal=auvaportal> [06.10.2020]
- Arbeiterkammer (AK). (2020). *Arbeitsrecht im Homeoffice*. Verfügbar unter: https://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitundrecht/corona/FAQ-_Meine_Rechte_im_Homeoffice.html [02.10.2020]

- Bundeskanzleramt. (2014). *Österreichisches Programm zum Schutz kritischer Infrastrukturen (APCIP)*. Verfügbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/sicherheitspolitik/schutz-kritischer-infrastrukturen.html> [28.11.2020]
- Bundesministerium – Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2019). *Stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten*. Verfügbar unter: <http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/stationaere-aufenthalte.html> [17.11.2020]
- Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend (BMAFJ). (2020). *KURZARBEIT VOR KÜNDIGUNG: Jetzt für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer*. Verfügbar unter: <https://www.bmafj.gv.at/Kurzarbeit-Infoseite.html> [29.10.2020]
- Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend (BMAFJ). (2020a). *Covid-19: Arbeitsrecht*. (BMAFJ, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [https://www.bmafj.gv.at/dam/jcr:c5fe5b7c-5c8c-4689-a0ad-f3e48b810e79/Covid-19_FAQ_Arbeitsrecht_\(12.11.2020\).pdf](https://www.bmafj.gv.at/dam/jcr:c5fe5b7c-5c8c-4689-a0ad-f3e48b810e79/Covid-19_FAQ_Arbeitsrecht_(12.11.2020).pdf) [05.10.2020]
- Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend (BMAFJ). (2020b). *Handbuch Covid-19: Sichereres und gesundes Arbeiten*. (BMAFJ, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: <https://www.bmafj.gv.at/Services/News/Handbuch-Covid-19--Sicheres-und-gesundes-Arbeiten.html> [28.09.2020]
- Cochrane Library. (2020a). *Coronavirus (Covid-19): infection control and prevention measures*. Verfügbar unter: <https://www.cochranelibrary.com/collections/doi/SC000040/full/de?contentLanguage=de> [29.10.2020]
- Embacher, G. (2018). *Krankenanstalten in Zahlen - Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten ÖSTERREICH*. (BMAFGK, Hrsg.). Verfügbar unter: http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Oesterreich_2018.pdf [28.11.2020]
- Eufinger, A. (2020). Die Covid-19-Pandemie: Arbeitsrecht im Krankenhaus in bewegten Zeiten, *MedR*, 38, 450-457. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00350-020-5559-2>
- Gehard-Schuster, U. Dr.med. (2019). *Sinnhaftigkeit des Notarztes im Pflegeheim*. Knittelfeld. Verfügbar unter: https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/Geriatrie/Publikationen19/Gehard-Schuster_Sinnhaftigkeit_des_Notarztes_im_Pflegeheim.pdf [17.11.2020]
- Österreichische Bundesregierung. (1997, 10. Jänner). *Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz: KA-AZG*. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009051> [11.10.2020]
- Robert Koch-Institut (RKI). (2020a). *Optionen zur getrennten Versorgung von Covid-19-Fällen, Verdachtsfällen und anderen Patienten im stationären Bereich*. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Getrennte_Patientenversorg_stationaer.html [17.09.2020]

Impfpflicht Covid-19 und das Gesundheitspersonal

„Auge in Auge mit dem Virus“

Autor*innen: Alexander KLECATSKY, Viktoria Elena KLUG

Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

SARS-CoV-2 hat nicht nur die Bevölkerung, sondern ebenso das österreichische Gesundheitssystem und seine darin Beschäftigten erschüttert. Durch die ansteigende Bettenauslastung und die vermehrten Infektionen im Krankenhauswesen wurden ebenso zahlreiche Ärztinnen und Ärzte, sowie zahlreiche Angestellte der Berufsgruppe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege mit SARS-CoV-2 infiziert. Dies brachte die österreichische Regierung zum Entschluss, dass jenes Personal nicht nur als Schlüsselpersonal, sondern ebenso als überaus schutzbedürftig gilt. Aus dieser Erkenntnis heraus sollte der Impfstoff gegen Covid-19 vorrangig dem Gesundheitspersonal zugänglich gemacht werden. Auf Grund der Schutzbedürftigkeit und bereits bestehenden Impfempfehlungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen wurde ebenso eine Impfpflicht für besagte Berufsgruppen diskutiert.

1 Einleitung

Bezüglich vermeidbarer Infektionen haben Impfungen neben Hygienemaßnahmen international den größten Einfluss auf den Rückgang der Sterblichkeitsrate und der Verbesserung der Lebensqualität jedes Einzelnen. Hierbei zählt allerdings nicht nur der Schutz des Individuums, sondern ebenso der Kollektivschutz, welcher Impfungen so überaus wirksam macht. Auf Grund der hohen Infektionsrate von SARS-CoV-2 zählt ein wirkungsvoller Impfstoff zu den zielführendsten Präventionsmaßnahmen, welcher besonders die vulnerablen Gruppen schützen soll. Bei der Überlegung von Impfempfehlungen, als auch einer möglichen Einführung einer Impfpflicht nebensächlich der betrachteten Gruppe, muss dennoch immer der Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention und das damit normierte Grundrecht auf Achtung des Privatlebens jedes Einzelnen betrachtet werden.

Besonders bei SARS-CoV-2 hat sich gezeigt, dass die gleichzeitige Erkrankung vieler Menschen nicht nur die medizinische Versorgung an seine Grenzen treibt, sondern ebenso die in diesem Bereich beschäftigte Berufsgruppen einem enormen Risiko aussetzt. Einerseits besteht für das Gesundheitspersonal durch den stetigen Kontakt mit Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko an einer Infektionskrankheit zu erkranken, andererseits stellt das Gesundheitspersonal, wenn es selbst nicht ausreichend geschützt ist, durch die Berufspflichten für Patientinnen bzw. Patienten eine Gefahrenquelle dar (Bioethikkommission, 2015, S. 10).

Durch den Blickwinkel auf das Gesundheitspersonal im Besonderen auf das diplomierte Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzte, welche den engsten Patientenkontakt aufweisen, haben sich folgende Fragen ergeben, welche mit diesem Beitrag beantwortet werden sollen:

- „Inwieweit ist eine Impfpflicht und ein ausreichender Impfschutz für das Gesundheitspersonal relevant?“
- „Inwieweit darf der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin eine Impfpflicht für Ärztinnen, Ärzte und das diplomierte Pflegepersonal festlegen?“

Entsprechend der forschungsleitenden Fragestellungen erfolgte im Rahmen des gegenständlichen Forschungsvorhabens eine kritische Auseinandersetzung mit der bereits vorhandenen Literatur bezüglich aktuellen Impfempfehlungen und einer möglichen Impfpflicht sowie insbesondere mit den geltenden Rechtsmaterien.

Um die vorhandene Evidenz darstellen zu können, wurde mittels einer systematischen Suche nach bereits veröffentlichten Artikeln, Berichten und Literatur geforscht. In der Recherche wurde der Zusammenhang der Covid-19-Pandemie mit einer möglichen Impfpflicht und aktuellen Impfempfehlungen für das Gesundheitspersonal untersucht. Zunächst wurde eine Literatur- und Internetrecherche durchgeführt. Für die Literaturrecherche wurden die Bibliothek (Online sowie vor Ort) der FH Burgenland, die Datenbanken PubMed, Springer und Google Scholar verwendet.

2 Erkenntnisse/ Praxisbezug

Schutzimpfungen gelten als eine präventive Gesundheitsmaßnahme und haben eine elementare Bedeutung im Gesundheitswesen und so auch für die Bevölkerung. Die meisten Impfungen werden von der öffentlichen Hand finanziert und gelten als Schutz für den Menschen mit dem Ziel der Verhinderung von Infektionskrankheiten und lebensbedrohlichen Erkrankungen. Dennoch ist die Impfsituation in Österreich als nicht zufriedenstellend zu bewerten. Dramatisch ist die Zunahme der nicht geimpften Kinder und Jugendlichen, wel-

che Mitte der 1990er-Jahre zur Entwicklung eines nationalen Impfkonzpts in Form eines Impfprogrammes und zur Festlegung von „allgemein empfohlenen Impfungen“ durch den Staat führte, jene sind im österreichischen Impfplan niedergeschrieben (Wiedermann-Schmidt, 2016, S. 4).

Seit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie zu Jahresende 2019 wurde intensiv nach einem Impfstoff geforscht, welche der Bevölkerung als Präventionsmaßnahme zugänglich gemacht werden sollte. Die Dringlichkeit des Impfstoffes zeigte sich an den täglichen Neuinfektionen, der Hospitalisierungen als auch an der Mortalitätsrate von Covid-19. Das verkürzte Impfstoffverfahren sollte eine frühzeitige Zulassung eines Impfstoffes gegen Covid-19 garantieren. Dennoch warf dies zahlreiche Fragen bezüglich der Sicherheit des Impfstoffes, einer möglichen Impfpflicht als auch die Frage der Priorisierung in der Vergabe und Verteilung des Impfstoffs auf (Addendum, 2020, www).

2.1 Neuinfektionen zwischen Oktober und Dezember 2020

Die Covid-19-Situation in Österreich veränderte sich im Laufe der Pandemie stetig. Zu Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 hielten sich die Zahlen der täglichen Neuinfektionen im dreistelligen Bereich. Im Oktober 2020 wurde erstmals diese Grenze überschritten und ab dem 11. Oktober 2020 wurde die vierstellige Ziffer nicht mehr unterschritten. Österreich reagierte auf diese Zahlen mit Maßnahmen, welche die gesamte österreichische Bevölkerung betrafen (Universität Wien. 2020a/b/c. www: ORF. 2020a.www).

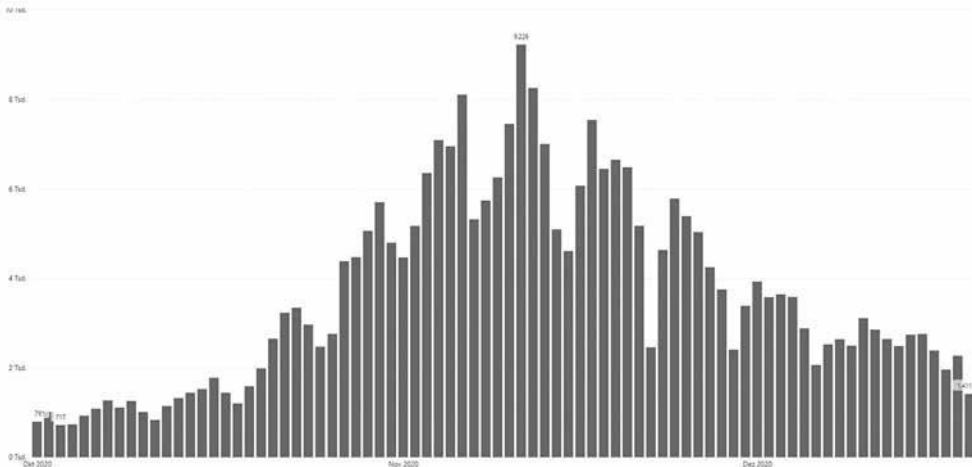


Abbildung 1 - Tägliche Neuinfektionen Oktober-Mitte Dezember 2020, Daten: AGES, Erstellung: Cyrus A. Emami (2020)

Die oben abgebildete Grafik veranschaulicht die Zahl der Neuinfektion in den Monaten Oktober bis Mitte Dezember 2020. Deutlich zu erkennen ist der signifikante Anstieg ab Mitte Oktober 2020. Dies zeigt nicht nur die Relevanz

eines Impfstoffes, sondern ebenso die Wichtigkeit des medizinischen Personals in dieser Krise.

2.2 Schutzimpfungen

Impfungen zählen aus Sicht der kurativen Medizin zu den relevantesten Präventivmaßnahmen. Ein vorrangiges Ziel von Impfungen ist es, den geimpften Menschen lebenslang vor lebensbedrohlichen Krankheiten zu schützen und ebenso ab einer bestimmten Durchimpfungsrate Krankheiten regional auszurotten. Hiervon spricht man von einem Individualschutz als auch von einem Gemeinschaftsschutz. Von einem Gemeinschaftsschutz wird dann gesprochen, wenn eine geimpfte Person auch einen indirekten Schutz für seine Mitmenschen darstellt (Doerr & Gerlich, 2002, S. 554).

Immunsisierung kann unterteilt werden in aktive und passive Immunsisierung.

Kommt der menschliche Körper mit einem Krankheitserreger in Kontakt, so reagiert der Körper dementsprechend auf diesen. Auf jeden spezifischen Krankheitserreger hat der Körper eine passende Antwort. Jene Antwort beziehungsweise jener Abwehr- und Schutzmechanismus ist abhängig von der Qualität des Immunsystems und mit welcher Schnelligkeit dies arbeiten kann. Für die Bildung der Antikörper benötigt es einen Erstkontakt mit dem Krankheitserreger. So kann das Immunsystem eine spezifische Antwort auf das Antigen bilden, um jenes neutralisieren zu können. Sind Antikörper einmal gebildet, so finden sie sich diese im Blutkreislauf, in den Schleimhäuten als auch in den Geweben des Immunsystems. Antikörper können nach einer Infektion oder auch nach einer Impfung ein Leben lang im Körper bestehen bleiben. Bei einer erneuten Infektion ist die Immunantwort so merklich schneller. Auch durch einen prophylaktischen Infektionsschutz kann dieser Effekt erzielt werden (Speiser & Hirschl, 2018, S.3).

Wird von einer Passivimmunsisierung gesprochen, so werden dem Patienten oder der Patientin bereits fertige Antikörper gespritzt. Dies ist meist bei Notfällen oder bei immungeschwächten Personen der Fall. Ziel ist hier ein rascher Infektionsschutz. Bei einer passiven Immunsisierung ist die Wirkung des Stoffes zwar eine sofortige, dennoch hält jener Schutz meist nicht länger als einige Monate an (ebd., 2018, S.3).

2.2.1 Impfziele

Im Allgemeinen wird mit jeder Impfung ein gewisses Ziel angestrebt, welches sich bei den verschiedenen Impfstoffen stark unterscheidet. An sich lässt sich allerdings sagen, dass zwischen drei groben Impfzielen unterschieden wird. Bereits im Jahr 2013 beschreibt die österreichische Gesellschaft für Pneumologie diese näher. Seit diesem Tage sind die Impfziele auf diesen drei Prinzipien ausgelegt:

- Individualschutz
- Kollektivschutz
- Volkswirtschaftlicher Nutzen (Stelzmüller, 2013, S.1-6).

Besonders in Hinblick auf Covid-19 sind jene Ziele äußerst relevant. Vulnerable Gruppen sollen geschützt werden und durch eine ausreichende Impfbeteiligung soll der Kollektivschutz erreicht werden.

2.2.2 Der Covid-19-Impfstoff

Durch den akuten Bedarf eines Impfstoffes gegen Covid-19 wurde ein beschleunigtes bzw. verkürztes Zulassungsverfahren festgelegt. Hier spricht man von einem „Rolling-Review“ Verfahren. Das bedeutet, dass die behördliche Begutachtung nicht erst am Ende stattfindet, sondern bereits parallel zu den letzten Entwicklungsschritten (AGES, 2020a, www).

Trotz dieses verkürzten Zulassungsverfahrens (Rolling Review Verfahren) sollen weder die Qualität noch der Umfang der Begutachtung leiden. Durch den dringenden Bedarf an einem Impfstoff soll eine rasche Zulassung eine schnelle Versorgung der Bevölkerung und somit eine Eindämmung des Virus ermöglicht werden. Durch die gravierenden Auswirkungen auf die gesamte Welt soll der Impfstoff global zugänglich gemacht werden und Herstellungsverfahren sollen beschleunigt werden, damit es nach Zulassung zu keinem Engpass an Impfstoffen kommt (AGES, 2020a, www).

Erst im Jänner 2020 erkannte man, dass der neuartige Erreger SARS-CoV-2 Covid-19 auslöst. Umgehend wurde mit der Forschung nach einem Impfstoff begonnen. Mit Dezember 2020 befanden sich weltweit 52 Impfstoffkandidaten in der Phase der klinischen Entwicklung. Über 150 Impfstoffe sind in der Erprobungsphase, sind allerdings noch nicht für den Einsatz am Menschen zugelassen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK], 2020, S. 7-10).

Am 21. Dezember 2020 stimmt die EU-Arzneimittelbehörde für die Zulassung des Impfstoffes von Biontech und Pfinzer. Somit wurde auch für Österreich der Impfstoff von Biontech und Pfizer zugelassen, welcher ab Jänner 2021 für die österreichische Bevölkerung zugänglich gemacht werden soll (BMSGPK, 2020, S.21).

2.2.2.1 Zulassungsverfahren des Impfstoffes

Auf Grund der Dringlichkeit des Impfstoffes wurde für die Zulassung das verkürzte Zulassungsverfahren gewählt. Dennoch lässt sich sagen, dass der Impfstoff trotz hohem und akutem Bedarf den Qualitäts- und Sicherheitskriterien eines zugelassenen Impfstoffes entsprechen muss. Prinzipiell lässt sich sagen, dass das Zulassungsverfahren eines Impfstoffes bis zu zwanzig Jahren dauern kann und danach eine laufende Anpassung erfolgt, um den Impfstoff weiterhin zu optimieren (AGES, 2020a, www).

Der Impfstoff für Covid-19 durchlief dieselben Entwicklungs- und Zulassungsschritte, welche alle zugelassenen Impfstoffe durchlaufen haben, der einzige Unterschied liegt in der zeitlichen Komponente. Nach der Analyse des Erregers erfolgte eine Prüfung der Reaktion auf den Körper mit der Leitfrage welche Bestandteile des Virus das Immunsystem des Menschen angreifen. Nach umfangreichen Untersuchungen werden Impfstoffdesigns entwickelt, welche ebenso stetig getestet und überprüft werden. Erst nach Erfüllung sämtlicher Anforderung und einer hohen Qualität geht die präklinische Phase in die erste klinische Phase über. Hier wird erstmals an freiwilligen StudienteilnehmerInnen getestet. Ein Zulassungsantrag kann erst nach erfolgreicher Absolvierung der drei Phasen, als auch des Produktionsverfahrens gestellt werden. Das Zulassungsverfahren wird in Österreich und in ganz Europa durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) koordiniert. Jene erteilt bei wissenschaftlich-regulatorischen Voraussetzungen des Impfstoffes und bei einer positiven Nutzen-Risiko Relation eine Zulassungsempfehlung an die Europäische Kommission. Erst nachdem die Europäische Kommission die Zulassung erteilt hat kann mit der Vermarktung begonnen werden. Ein zusätzlicher Sicherheitsaspekt des Covid-19-Impfstoffes ist die Prüfung jeder Charge durch ein behördliches Prüflabor (BMSGPK, 2020, S. 9-10).

Das Rolling Review zeichnet sich dadurch aus, dass die Begutachtung des Impfstofffortschrittes begleitend erfolgt. Auf Grund der Dringlichkeit wurde es daher als ideales Verfahren für den Covid-19-Impfstoff angesehen (BMSGPK, 2020, S. 13).

2.2.2.2 *Sicherheit des Impfstoffes*

Prinzipiell kann gesagt sein, dass das Rolling Review Verfahren zwar die Zeit bis zu Zulassung maßgeblich verkürzte, allerdings in keinem Fall die Sicherheit negativ beeinflusste. Wie bei jedem Impfstoff durchlief auch der Covid-19-Impfstoff streng kontrollierte Prozesse und intensive Prüfungen. Erst nach einer positiven Nutzen-Risiko Relation erhält ein Impfstoff die Marktzulassung. Dies ist allerdings nicht das Ende der Sicherheitsprüfungen. Auch nach der Marktzulassung erfolgen laufend Kontrollen, um Nebenwirkungen erfassen und durch weitere Forschung verringern zu können. Ebenso wird das Nutzen-Risiko Verhältnis weiterhin laufend bewertet. Diese Nachkontrollen erfolgen im Rahmen der Pharmakovigilanz, welche ermöglicht Nebenwirkungen zu detektieren, zu bewerten und zu verstehen, um weiteren Nebenwirkungen vorbeugen zu können. Meistens erfolgt daher bei neuen Impfstoffen eine bedingte Zulassung welche jederzeit wieder aufgehoben, als auch ausgesetzt werden kann. Dies ist auch beim Covid-19-Impfstoff der Fall, somit kann bei Problemen in der Anwendung, Sicherheit und Wirksamkeit die Zulassung mit sofortiger Wirkung aufgehoben werden (BMSGPK, 2020, S. 11-12).

2.2.2.3 Allgemeine Informationen zum Covid-19-Impfstoff

Am 21. Dezember 2020 erfolgte für Europa die Zulassung des Impfstoffes von Biontech und Pfinzer. Noch in diesem Jahr sollen die Impfungen kostenfrei für die Bevölkerung in Österreich starten. Bei dem Impfstoff von Biontech und Pfinzer handelt es sich um einen mRNA Impfstoff, welcher den menschlichen Körperzellen den Bauplan der Viruszellen zur Verfügung stellt. Somit kann ein codiertes Protein vom Körper produziert werden und das Immunsystem kann mit passenden Antikörpern aus dieses Protein reagieren (BMSGPK, 2020, S. 12). Zusätzlich wird angemerkt, dass die mRNA Impfstoffentwicklung bereits seit 10 Jahren läuft und eine schnelle Entwicklung des Covid-19-Impfstoffes somit möglich wurde.

Da es auf Grund des weltweiten Bedarfs zu Engpässen in der Herstellung kommen kann wurde von der Europäischen Kommission beschlossen, dass sich der Kauf der Impfdosen an der Bevölkerungszahl des jeweiligen Landes orientiert und dass anfangs möglicherweise priorisiert werden muss. Die Priorisierung erfolgt auf Grund der Einschätzung des Schweregrades des Krankheitsverlaufes, als auch dem Risiko an Covid-19 zu erkranken. Daher wird auch das Gesundheits- und Pflegepersonal vorrangig behandelt (BMSGPK, 2020, S. 18-20).

Geimpft wird in zwei Dosen mit einem Mindestabstand von 21 Tagen. Auch über Impfreaktionen ist bereits durch die klinischen Studien einiges bekannt – Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schüttelfrost und Fieber sind die häufigsten Impfreaktionen, welche meist zwei bis drei Tage nach der Impfung auftreten. Jene werden weiterhin im Rahmen des Pharmakonvigilanzsystems weiterhin kontrolliert (ORF, 2020b, www).

2.3 Die Impfpflicht

Bereits seit vielen Jahrzehnten hat die Impfpflicht immer mehr Bedeutung in den unterschiedlichsten Ländern gewonnen. Impfungen sind bereits seit vielen Jahrzehnten nicht mehr aus dem österreichischen Gesundheitswesen wegzudenken. Säuglinge werden bereits ab dem zweiten Lebensmonat geimpft, da die Grundimmunisierung ab der sechsten Lebenswoche empfohlen wird. Eltern sehen sich somit bereits sehr früh mit der Frage: „Impfen oder nicht impfen“ konfrontiert (BMSGPK, 2020a, S.15-98).

Covid-19 und der Impfstoff lösten neue Diskussionen rund um eine mögliche Impfpflicht auf österreichischem Boden aus. Die Teilnahme an den Massentestungen im Dezember 2020 und Umfragen zur Impfbereitschaft zeigen, dass die Österreicherinnen und Österreicher diesbezüglich eher negativ gestimmt sind. Durch die geringe Impfbereitschaft, als auch die geringe Testbereitschaft wurden bereits Maßnahmen eingeführt, welche diese steigern sollen. (Die Presse, 2020, www).

In 12 Ländern der EU ist eine Impfpflicht bereits geltend. Die Anzahl der verpflichtenden Impfungen unterscheidet sich stark. Österreich hat bis dato

keine Impfpflicht eingeführt. Covid-19 gab erstmals Anlass zur Diskussion um eine mögliche Impfpflicht, zu welcher sich auch zahlreiche Politikerinnen und Politiker äußerten und die Meinungen sind uneins. Bundeskanzler Sebastian Kurz, Rudolf Anschober, Peter Kaiser, Wilfried Haslauer und Norbert Hofer äußerten sich gegen eine Impfpflicht. Pamela Rendi-Wagner sprach sich nicht direkt gegen eine Impfpflicht aus, allerdings sei sie „grundsätzlich auch nicht für eine Impfpflicht.“ Hermann Schützenhöfer, Peter Doskozil und Thomas Stelzer sprachen sich bereits im November 2020 für eine Impfpflicht gegen Covid-19 in Österreich aus (ORF, 2020c, www).

Bei der Frage um eine Möglichkeit der Einführung einer Impfpflicht müssen in Europa und somit auch in Österreich einige Rechte genauer betrachtet werden. Jeder Mensch hat gemäß Art. 8 EMRK das Anrecht auf Achtung seines Privat- und Familienlebens. Dieses Recht wird als Art „Auffanggrundrecht“ angesehen, in welchem jeder Mensch seine Persönlichkeit und Individualität frei zum Ausdruck bringen kann. Nach der aktuellen Rechtsprechung umfasst das Recht den Schutz der Selbstbestimmung und der Privatsphäre und geht noch darüber hinaus (Tretter, 2007, S. 24).

Diese Selbstbestimmung findet man in den unterschiedlichsten Verfügungen wieder. Besondere Relevanz hat die Selbstbestimmung in Bezug auf den eigenen Körper.

Sie reicht vom Schwangerschaftsabbruch bis hin zur Selbstgefährdung und betrifft in diesem Fall ebenso die freie Impfscheidung (ebd., S. 24-25).

Aus jenem Grund greifen medizinische Eingriffe, die ohne Einwilligung des Betroffenen oder der Betroffenen durchgeführt wurden, auch in den Schutzbereich des Rechts auf Achtung des Privatlebens ein. Eine allgemeine Impfpflicht wäre somit nicht zu rechtfertigen und würde gegen das Recht auf Achtung des Privat- & Familienlebens verstoßen. Erst bei besonderen Begebenheiten und Gegebenheit der Verhältnismäßigkeit dürfte eine Impfpflicht eingeführt werden (Tretter, 2007, S. 24-25).

Um eine Impfpflicht für spezifische Personengruppen einzuführen, kann sich auf die in Art. 8 Abs. 2 EMRK erwähnten Schutzziele „Schutz der Gesundheit“ und der „Schutz der Rechte anderer“ berufen werden (Bioethikkommission, 2015, S. 21).

Auch das Recht auf Leben stellt ein Grundrecht dar und dient somit als Schutzrecht für die Bevölkerung. Das Recht auf Leben stellt eines der vier Grundrechte dar und ist für das Thema der Arbeit definitiv als eines der relevantesten Rechte zu sehen. In diesem Unterkapitel wird auf die Relevanz dieses Rechtes näher eingegangen.

Das Leben eines jeden Menschen ist durch Art. 2 Abs. 1 EMRK rechtlich geschützt. Auch in Notstandssituationen darf dieses Recht niemals aufgehoben werden. Unter gewissen Gründen ist der Eingriff in den Schutzbereich des Rechts auf Leben rechtfertigbar. Aus diesem Recht heraus ergibt sich für den

Staat eine Schutzpflicht gegenüber dem menschlichen Leben. Hieraus lässt sich somit ableiten, dass der Staat die Pflicht hat, mögliche lebensgefährliche Bedrohungen für den Menschen zu minimieren. Dieses Recht gilt auch im Fall der Covid-19-Pandemie und könnte somit eine Impfpflicht legitimieren, wenn die Verhältnismäßigkeit besteht (Tretter, 2007, S.16).

Resümierend kann somit gesagt werden, dass für die Einführung einer Impfpflicht müsste erstmals eine Willensübereinkunft der Politikerinnen und Politiker zustande kommen, um eine Verfassungsänderung oder die Einführung eines einfachen Gesetzes rechtfertigen zu können. Erst bei einer Zwei-Drittel-Mehrheit im Nationalrat und einer Einführung eines Verfassungsgesetzes spräche einer Implementierung der Impfpflicht nichts entgegen. Auch durch ein formelles (einfaches) Gesetzes könnte durch die Regierung eine Impfpflicht durchgesetzt werden. Der Erlass eines solchen Gesetzes könnte die österreichische Bevölkerung zwingen, sich einer Covid-19-Impfung zu unterziehen. Weigert sich ein Bürger oder eine Bürgerin sich impfen zu lassen und würde dem Gesetz damit nicht Folge leisten, würde dies eine Verwaltungsübertretung darstellen und dies kann zu einer Strafe führen. Hier wird allerdings der Rechtsschutz eines jeden Individuums wirksam. Einerseits kann sich das Individuum auf das Recht auf Leben berufen oder auch auf das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Die Berufung auf das Recht auf Leben laut der Europäischen Menschenrechtskonvention gemäß Artikel 2 wäre der innerstaatlich klügere Weg. Die Implementierung einer verpflichtenden Impfung bezüglich Covid-19 wäre prinzipiell legitim, wenn das angestrebte Ziel eine Herdenimmunität und somit das Gemeinwohl aller in Österreich lebenden Personen wäre. Durch eine Impfpflicht könnte das erreicht werden und die Ausbreitung von Covid-19 damit eingeschränkt werden. Hierbei müsste eine Risiko-Nutzen Analyse durchgeführt werden, um klare Aussagen treffen zu können.

2.4 Das medizinische Personal und Covid-19

Das medizinische Personal gehört gleichermaßen wie weitere Berufsgruppen, die die öffentliche Sicherheit und Ordnung des öffentlichen Lebens aufrechterhalten zur versorgungskritischen Gruppe. Das bedeutet, dass ohne das Gesundheitspersonal die Versorgungsstruktur in Österreich nicht gewährleistet werden könnte. Die Covid-19-Pandemie löste nicht nur menschliche und wirtschaftliche Kosten aus, sondern ebenso einen enormen Druck zur Herstellung eines Impfstoffes. Das Gesundheitspersonal sollte vorrangig bei der Vergabe des Impfstoffes behandelt werden. Die vorrangige Behandlung wurde mit der Risikobereitschaft und der Schutzbedürftigkeit dieser Berufsgruppe begründet (BMSGPK, 2020b, S. 1-6).

Durch den hohen Anstieg an Infektionszahlen und der erneut ansteigenden Spitalsauslastung werden die Berufsgruppen der Gesundheitsberufe immer schutzbedürftiger.

Jene sind allerdings von höchster Bedeutung in der Wiederherstellung und dem Erhalt einer gesunden österreichischen Bevölkerung. Dennoch ist ebenso anzumerken, dass auch die Patientinnen und Patienten eine schutzbedürftige Gruppe darstellen, welche durch einen unzureichenden Schutz des Gesundheitspersonals ebenso einem hohen Risiko an SARS-CoV-2 zu erkranken, ausgesetzt werden – dies entspricht somit nicht dem Ziel einer Heilung und ist auch nicht im Sinne der Fürsorgepflicht und der Patientensicherheit. Um ein hochqualitatives und funktionierendes Gesundheitssystem am Laufen zu halten, muss somit besonders das Gesundheitspersonal geschützt werden.

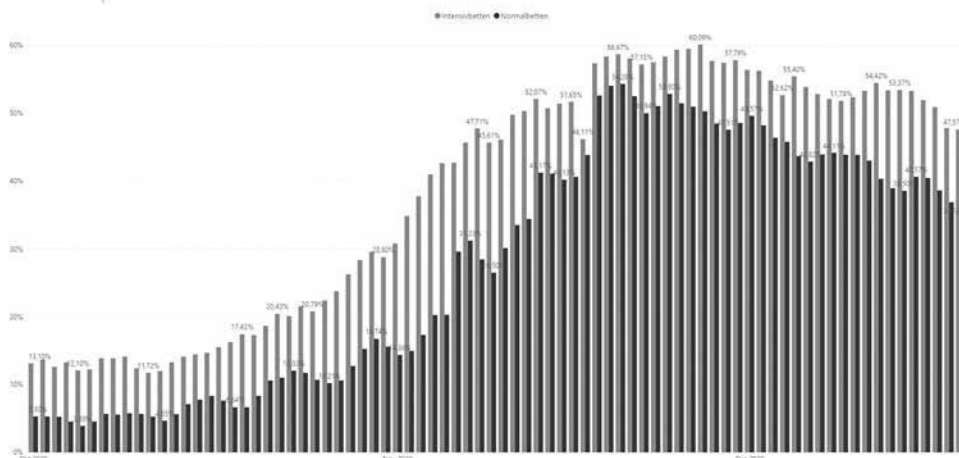


Abbildung 2 - Hospitalisierungen 2020 auf Normal- und Intensivstationen in Österreich, Daten: AGES Erstellung; Cyrus A. Emami (2020)

Beschäftigte im Gesundheitswesen stehen bei der Bekämpfung des SARS-CoV-2 Virus an vorderster Front und sind als solche Gefahren ausgesetzt, die in einem erhöhten Infektionsrisiko resultieren. Durch den regelmäßigen und intensiven Kontakt zu seinen Mitmenschen, ist das Gesundheitspersonal einem deutlich höheren Risiko an SARS-CoV-2 zu erkranken, ausgesetzt. Durch die hohen Infektionsraten und die Ausbreitung durch zum Beispiel Husten, Niesen, das Einatmen von Tröpfchen oder auch durch direkte Kontaktübertragung mit Schleimhäuten, zählen Personen im Gesundheitswesen zu den besonders gefährdeten Personengruppen und verdienen aus diesem Grund besonderen Schutz. Bereits zu Beginn der Krankheit und steigenden Infektionsraten im Gesundheitsbereich wurde von Wissenschaftlern festgestellt, dass jene sich meist durch Überbelegung in den Krankenhäusern, fehlende Isolationsräume und unzureichende Schutzmaßnahmen in Gefahr begeben. Die sich rasch ausbreitende Covid-19-Pandemie hat allerdings nicht nur das Gesundheitspersonal, sondern ebenso die Politik gefordert, Maßnah-

men zu setzen und für den Gesundheitsschutz der gesamten Bevölkerung, als auch für Sicherheit am Arbeitsplatz zu sorgen (Mhango, Dzobo, Chitungo & Dzinamarira, 2020, www).

Besonders beim Gesundheitspersonal sind die Impfziele und die Relevanz einer Impfpflicht nicht außer Acht zu lassen. Das Gesundheitspersonal dient nicht nur als Schlüsselpersonal in der Covid-19-Krise, sondern ist ebenso für die Erhaltung des Gesundheitszustandes der österreichischen Bevölkerung zu jeder Zeit von höchster Bedeutung. Aus diesen Gründen ist besonders der Individualschutz, als auch der Gemeinschaftsschutz ein relevanter Schutzfaktor für die Beschäftigten und die Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Dennoch sind die Durchimpfungsraten als nicht ausreichend zu bewerten (Bachinger et al., 2012, S.2).

Dies stellt nicht nur ein Problem für den Beschäftigten bzw. die Beschäftigte im Gesundheitswesen dar, sondern ebenso für die Patientinnen und Patienten, die beispielsweise immungeschwächt sind und bei denen weitere Infektionen mitunter schwere Folgen haben können (Bachinger et al., 2012, S.2).

Prinzipiell lässt sich sagen, dass sich das medizinische Personal im Individualschutz nicht von der restlichen Bevölkerung unterscheidet. Angemerkt werden kann dennoch, dass das Gesundheitspersonal ein deutlich höheres Risiko hat infiziert zu werden und somit in weiterer Folge ein Infektionsrisiko für Patientinnen und Patienten zu sein. Auf Grund der Grundimmunisierungen im Kindesalter sollten Bedienstete in Krankenhäusern und im Besonderen das diplomierte Pflegepersonal sowie Ärztinnen und Ärzte bereits zum Einstellungszeitpunkt ein entsprechendes Immunitätslevel aufweisen (Bioethikkommission, 2015, S. 7).

Um die Patientinnen und Patienten bestmöglich zu schützen wird in der Arbeit mit Erkrankten von einer ethisch-moralischen Verpflichtung, als auch von einer Fürsorge- und Schutzpflicht gegenüber den Patientinnen und Patienten gesprochen. Durch die Verpflichtung „*Schaden durch aktives Tun abzuwenden*“ ist das medizinische Personal ebenso dazu verpflichtet sich selbst ausreichend zu schützen. Dies kann zum Beispiel durch eine Schutzimpfung der Fall sein. Bei besonders vulnerablen Patientinnen- und Patientengruppen, wie zum Beispiel auf der Neonatologie oder auch bei der immunsupprimierten Personengruppen, besteht eine Verpflichtung bestmöglich geschütztes und geimpftes Personal einzusetzen (Bioethikkommission, 2015, S.15).

Gemäß § 17 Abs. 3 Epidemie Gesetz 1950 (EpiG) BGBl. Nr. 151/1947 gelten für Personen, die sich berufsmäßig mit der Krankenbehandlung, Krankenpflege befassen und für Hebammen besondere Vorsichtsmaßnahmen. Für jene kann ebenso eine verpflichtende Schutzimpfung angeordnet werden. Die Relevanz für das Gesundheitspersonal ist somit mehrdimensional. Durch den gegebenen Individualschutz nach einer Impfung ist der Geimpfte bzw. die Geimpfte nun selbst geschützt und ist somit auch ein Schutz für Dritte. Bei der Fürsorge und

der Pflege von Patientinnen und Patienten sind diese Kriterien daher ausschlaggebend für die Patientensicherheit, als auch die Arbeitssicherheit des medizinischen Personals (Bachinger et al., 2012, S. 2).

2.4.1 Der Fachpersonalmangel und Covid-19

Der Fachpersonalmangel war bereits vor der Covid-19-Pandemie ein massives Problem. Bereits seit Beginn der Pandemie im Dezember 2019, zählt Covid-19 zu den ansteckendsten und gefährlichsten Krankheiten der letzten Jahrzehnte. Schnell wurde das Gesundheitssystem in Österreich an seine Grenzen gebracht. Bereits im März waren von 2.500 verfügbaren Intensivbetten rund 80% belegt. Ende März wurden in einem Drittel der österreichischen Krankenhäuser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter positiv auf Covid-19 getestet. Erstmals rückte die Diskussion über einen möglichen Personalmangel im medizinischen Bereich in den Vordergrund. Durch den engen Patientinnen- und Patientenkontakt und die Berufspflichten eines Arztes bzw. einer Ärztin und den Pflichten des Pflegepersonals stellte sich erstmals die Schlüsselfunktion des Gesundheitspersonals heraus. Die Krankenanstaltenbetreiber verzeichneten im Laufe der Pandemie deutliche Anstiege an positiv getestetem, als auch an erkranktem Personal. Durch die Quarantänemaßnahmen und die daraus resultierenden Abteilungsschließungen mussten geplante Operationen verschoben werden und Patientinnen und Patienten mussten bei Bedarf an medizinischer Versorgung in ein anderes Krankenhaus (Addendum, 2020a, www).

Der massive Anstieg an täglichen Neuinfektionen ab Mitte September 2020 resultierte ebenso in einem deutlichen Anstieg an Hospitalisierungen und in der Notwendigkeit der intensivmedizinischen Versorgung. Jeder fünfte Patient, der medizinische Hilfe auf Grund einer Infektion mit SARS-CoV-2 benötigte, brauchten zusätzlich intensivmedizinische Behandlung. Das stellt einen deutlichen Mehrbedarf an intensivmedizinischen Ressourcen gegenüber der letzten Jahre dar (DerStandard, 2020, www).

Besonders die Intensivmediziner*innen und das Pflegepersonal für Intensiv- und Anästhesiepflege sind aktuell gefragter denn je (MedMedia, 2020b, www).

Ende Oktober 2020 warnte der österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband und die Bundesarbeitsgemeinschaft für Anästhesie- und Intensivpflege vor einem Fachpflegepersonalmangel und vor gravierenden Engpässen in den heimischen Krankenhäusern. Das österreichische Gesundheitssystem war bereits auf die erste Welle nicht ausgelegt. Durch den bereits vorherrschenden Pflegemangel und die nun steigenden Infektionszahlen im Pflege- und Ärztebereich, verschlimmerten diesen Personalmangel massiv (MedMedia, 2020b, www).

Die Zahl der Hospitalisierungen entkoppelte sich zusehends von den steigenden Infektionszahlen und es wurden schwerere und länger andauernde Krankheitsverläufe verzeichnet. Das medizinische Personal gelangte an seine

Grenzen und auch die Bettenkapazität erreichte in manchen Krankenhäusern ihr Limit (Salzburger Nachrichten, 2020a, www).

Durch die steigenden Infektionszahlen im intra- und extramuralen Bereich und dem drohenden Zusammenbruch des Gesundheitswesens, setzte die Regierung auf den Impfstoff. Vorrangig sollte das Gesundheitswesen mit einem Impfstoff versorgt werden, um eine funktionierende und hochqualitative medizinische Versorgung zu gewährleisten (Die Presse, 2020, www).

2.4.2 Rechtlicher Bezug zur Impfpflicht für das medizinische Personal

Prinzipiell kann gesagt sein, dass zum aktuellen Zeitpunkt bereits der Impfpflicht ähnelnde Bestimmungen für das Gesundheitspersonal gelten. Diese sind im Arbeitsvertrag geregelt und bedürfen der Zustimmung beider Parteien. Prinzipiell muss bei der Einstellung oder bei geplanter Einstellung der eigene Impfstatus nicht offengelegt werden. Auch besteht keinerlei Verpflichtung bei der Frage nach bestehenden oder vergangenen Erkrankungen wahrheitsgemäß zu antworten. Besonders für Angehörige (oder zukünftige Angehörige) des Gesundheitswesens besteht allerdings die Pflicht bei Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von anderen Auskunft zu erteilen. Eine Offenlegung des eigenen Impfstatus ist somit nur erforderlich, wenn dieser Fall eintritt. Wird dies nicht berücksichtigt, so kann eine Entlassung auf Grund von Vertrauensunwürdigkeit folgen. Da zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Impfpflicht besteht, müsste der zweite Vertragspartner bzw. die zweite Vertragspartnerin, in diesem Fall der zukünftige Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin, einer verpflichtenden Impfung zustimmen. Tut jener oder jene das nicht, so kann eine mögliche Konsequenz die Nicht-Einstellung sein. Ist das Arbeitsverhältnis bereits aufrecht, so muss jede Änderung schriftlich der anderen Partei übermittelt werden und bedarf dessen Zustimmung. Einseitige Änderungen sind rechtsunwirksam. Prinzipiell kann somit gesagt sein, dass der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin eine Impfpflicht einführen könnte, jene aber die Zustimmung des Arbeitnehmers bzw. der Arbeitnehmerin benötigt. Da das medizinische Personal auch Teil der Bevölkerung ist, gäbe es hier zwei Möglichkeiten, um eine Impfpflicht für diese Berufsgruppen zu legitimieren. Bei einer verpflichtenden Impfung durch die Gesetzgebung würde dies einen Eingriff in Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) darstellen, welcher wiederum verfassungswidrig wäre. Ein Eingriff ist nur legitim, wenn er den Schutz der Gesundheit verfolgt und verhältnismäßig ist. Jene Verhältnismäßigkeit müsste vor einer Verfassungsänderung somit erstmals abgeklärt werden. Nach §17 Absatz 3 des Epidemiegesetzes 1950 ist für Personen, welche in der Krankenbehandlung und auch der Krankenpflege tätig sind, besondere Vorsichtsmaßnahmen anzuordnen. Schutzimpfungen fallen ebenso unter diese Kategorie und können von der Bezirksverwaltungsbehörde angeordnet werden. Da der Gesetzgeber bis dato von der Möglichkeit des Eingriffes in Artikel 8 der EMRK abgese-

hen hat, sind demnach noch keine verpflichtenden Impfungen für Angehörige des Gesundheitswesens vorgesehen. Ändert der Gesetzgeber seine Meinung zu diesem Thema, so könnte bei gegebener Verhältnismäßigkeit als auch bei der Verfolgung des Zieles „Schutz der Gesundheit“, eine Änderung gerechtfertigt sein und die EMRK könnte umgangen werden. Der Erlass eines formellen (einfachen) Gesetzes würde den Eingriff in die EMRK und somit eine Verfassungsänderung umgehen (Tretter, 2007, S. 16-17).

3 Resümee und Ausblick

Das medizinische Personal ist bereits an seinen Belastungsgrenzen angekommen. Das ist bei steigenden Hospitalisierungen ebenso für die Bettenkapazität zu erwarten. Mit dem 15. November 2020 wurde mit 3.579 Patientinnen und Patienten ein neuer Höchstwert an Hospitalisierungen auf der Normalstation für ganz Österreich verzeichnet. Am selben Tag befanden sich 599 Österreicherinnen und Österreicher auf der Intensivstation. Nur 10 Tage später, am 25. November 2020, erreichten auch die Hospitalisierungen auf den Intensivstationen in Österreich ihren aktuellen Höchstwert von 709 Patientinnen und Patienten. Durch die steigenden Hospitalisierungen kommt es bereits jetzt in ganz Österreich zu massiven Personalengpässen. Sollte die Zahlen der Hospitalisierungen nicht wieder rückläufig sein, so könnte es zu einer Überlastung des Gesundheitssystems im Jahr 2021 kommen.

Eine Impfpflicht für das Gesundheitspersonal könnte zwar die Infektionszahlen des medizinischen und pflegerischen Personals reduzieren, würde aber einen Eingriff in die Grund- und Menschenrechte darstellen. Zur aktuellen Zeit und in Anbetracht der Pandemie könnte es, wie bereits erwähnt, zu einer Einschränkung der Grund- und Menschenrechte kommen. Eine Impfpflicht für das Gesundheitspersonals wird aktuell von der Politik für nicht notwendig angesehen. Zuerst wolle man Impfeempfehlungen sowie weitere Anreizsysteme versuchen.

Das Gesundheitspersonal ist nicht nur in Zeiten von Covid-19 versorgungskritisch und als Schlüsselpersonal zu werten, sondern während ihres gesamten Einsatzes für das gesundheitliche Wohl der Österreicherinnen und Österreicher. Um eine stabile und hochqualitative Versorgung in Österreich zu gewährleisten, bedarf es ein optimal ausgebildetes, als auch bestmöglich geschütztes Fachpersonal. Ob eine verpflichtende Impfung für das Gesundheitspersonal die ideale Lösung wäre, ist fraglich und müsste umfassend in einer Risiko- Nutzen-Analyse und bewertet werden. Wichtig ist, dass das Gesundheitspersonal nicht nur zu Zeiten von Covid-19 geschützt ist, sondern über die gesamte Zeit der Berufsausübung.

Literatur

- Addendum. (2020). *Schnell oder sicher: Baldige Corona-Impfung als Gefahr?*. Verfügbar unter: <https://www.addendum.org/debatte-corona/impfung-clemens-arvay/> [21.12.2020].
- AGES - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (2020a). *Zulassung von Impfstoffen*. Verfügbar unter: <https://www.ages.at/themen/arzneimittel/zulassung-von-impfstoffen/> [20.10.2020].
- Bachinger, G., Becher, E., Falb, P., Holzmann, H., Keller-Stanislawski, B., Kollaritsch, H., Kundi, M., Mutz, I., Tucek, B., Rendi-Wagner, P., Wiedermann-Schmidt U., Zenz, W. & Zwiauer, K. (2013). Reaktionen und Nebenwirkungen nach Impfungen: Erläuterungen und Definitionen in Ergänzung zum Österreichischen Impfplan. (Medical Dialogue Kommunikations- und PublikationsgmbH, Hrsg.). Köttingbrunn. https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/tropenmedizin/DokumenteChristina/Impfungen-Reaktionen_Nebenwirkungen.pdf [26.12.2020].
- Bioethikkommission. (2015). *Impfen – ethische Aspekte: Stellungnahme der Bioethikkommission*. Wien. Verfügbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:1b8fb237-fc34-450c-840f-58918c73154a/Impfen%20und%20ethische%20Aspekte.pdf> [26.12.2020].
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2020). *FAQ: Covid-19 Impfungen*. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:60ec43bf-204f-4902-8bfd-8ab5ab441c8c/201210_FAQ_Covid%20Impfung.pdf [25.12.2020].
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2020a). *Impfplan Österreich 2020*. Wien. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:a0cf83df-7c20-48ac-b024-e6015a45a753/200103_Impfplan_%C3%96sterreich_2020_pdfUA.pdf [25.12.2020].
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2020b). *Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2 Kategorie I Kontaktpersonen – bei versorgungskritischem Gesundheits- und Schlüsselpersonal*. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:bd483520-254b-4849-aea4-18fb265cdfef/201112_Empfehlung%20zum%20Umgang%20mit%20SARS-CoV-2%20Kategorie%20I%20Kontaktpersonen%20bei%20versorgungskritischem%20Gesundheits-%20und%20Schlüsselpersonal.pdf [26.12.2020].
- Chintugo I., Dzinamarira T., Dzobo M. & Mhango M. (2020). *Covid-19 Risk Factors Among Health Workers: A Rapid Review*. Verfügbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791120302961> [23.10.2020].
- Die Presse. (2020). *Corona-Impfpflicht in Österreich? Landeshauptleute uneins*. Verfügbar unter: <https://www.diepresse.com/5911157/corona-impfpflicht-in-osterreich-landeshauptleute-uneins> [25.12.2020].
- Jochum G. (2020). *Am Ende der Expansionsgesellschaft? Die Coronakrise als Menetekel für Grenzen der kolonialen Landnahme des Netzes Lebens*. Verfügbar unter: <https://www.unimuenster.de/Ejournals/index.php/sun/article/view/2938> [20.12.2020].
- ORF. (2020a). *Ab Dienstag drastische Einschnitte*. Verfügbar unter: <https://orf.at/stories/3187479/> [21.12.2020].
- ORF. (2020b). *Erster Impfstoff in EU zugelassen*. Verfügbar unter: <https://orf.at/stories/3194603/> [25.12.2020].
- ORF. (2020c). *Anschober: Impfpflicht wird es nicht geben*. Verfügbar unter: <https://orf.at/stories/3166477/> [25.12.2020].
- Speiser W. & Hirschl A. (2018). *Impfungen 2018 – Impffarten/ Schutzwirkung/ Wissenswertes*. Verfügbar unter: <https://www.labors.at/wp-content/uploads/2018/02/Impfungen-Broschüre-Labors.at-V13-14.2.2018.pdf> [21.12.2020].
- Stelzmüller I. (2013). *Eine Empfehlung der Impfprävention in der Pneumologie ab dem 6. Lebensjahr*. Verfügbar unter: <https://www.ogp.at/aktuelles/Impfpraevention.pdf> [21.12.2020].

- Tretter H. (2007). *Grundrechte in Österreich – eine Einführung*. Verfügbar unter: <https://bim.lbg.ac.at/sites/files/bim/Hannes%20Tretter%20-%20Grundrechte%20in%20Österreich%20-%20Fassung%202007.pdf> [26.12.2020].
- Universität Wien. (2020a). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich – Teil 1: Vorgeschichte, der Weg in den Lockdown, die akute Phase und wirtschaftliche Folgen*. Verfügbar unter: <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog51/> [20.12.2020].
- Universität Wien. (2020b). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich – Teil 2: Von den ersten Lockerungen hinzu einer Normalisierung des öffentlichen Lebens*. Verfügbar unter: <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog60/> [20.12.2020].
- Universität Wien. (2020c). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich Teil 3: Vom ruhigen Sommer bis zum Beginn der zweiten Welle*. Verfügbar unter: <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog79/> [21.12.2020].
- Wiedermann-Schmidt, U. (2016). Impfen aus Sicht der öffentlichen Gesundheit. In G. Aigner, M. Grimm, M. Kletečka-Pulker & U. Wiedermann-Schmidt (Hrsg.), *Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte* (S. 1-5). Wien: Verlag Österreich.

Anstieg häuslicher Gewalt und polizeiliches Einschreiten während der Covid-19-Pandemie

„Quarantäne mit dem Peiniger“

Autor*innen: Alexander KLECATSKY, Christina SCHNEIDER

Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Jede fünfte Frau in Österreich wurde bereits einmal in ihrem Leben Opfer von Gewalt. Das Sicherheitsparadoxon, dass Gesundheitsvorsorgemaßnahmen zeitgleich für eine bestimmte Personengruppe gesundheitsschädigend sind, wurde zu Beginn der Krise wenig beachtet. Österreich nimmt mit seinem Gewaltschutzgesetz und der interinstitutionellen Kooperation von Gewaltschutzzentren, Sicherheitsexekutive und Justiz eine Vorreiterrolle ein. Das polizeiliche Einschreiten bei Gewalt in der Privatsphäre stellt einen sensiblen Eingriff in den Privatbereich dar.

Die Covid-19-Pandemie veränderte diesen Umstand zusätzlich. Daraus ergibt sich die Frage, ob die vor dem ersten Lockdowns bereits etablierten Schutzmaßnahmen ausreichend waren oder diese eine Anpassung verlangen. Der befürchtete Anstieg häuslicher Gewalt während des ersten Lockdowns im März 2020 im Zuge der Covid-19-Pandemie ist ausgeblieben und die momentan eingesetzten Maßnahmen für den Gewaltopferschutz bieten ein hohes Maß an Sicherheit und Unterstützung.

1 Einleitung

Vor dem Hintergrund des ersten österreichischen Covid-19-Lockdowns im März 2020 wurde ein massiver Anstieg von Gewalt im häuslichen Bereich befürchtet. Laut UN-Generalsekretär António Guterres, welcher die Häufung von Gewaltakten als Schattenpandemie bezeichnet, sei ein weltweiter Anstieg häuslicher Gewalt feststellbar. Er sprach von einer 75-prozentigen Erhöhung von Suchanfragen nach Hilfe bei Gewalt im sozialen Nahbereich in Australien. In den Vereinigten Staaten von Amerika berichtete die Sicherheitsexekutive von einem Anstieg der Gewalt im häuslichen Bereich um 30 Prozent bei gleichzeitiger Zunahme der Gewaltintensität (American Journal of Nursing, 2020, www).

Diese Informationen lösen weltweit bei Expert*innen Besorgnis aus. Österreich verzeichnete im Zuge der ersten Covid-19-Ausgangsbeschränkungen im März 2020 eine Erhöhung von 874 auf 961 polizeilich angezeigte Fälle häuslicher Gewalt.

Darauf reagierte die österreichische Bundesregierung und erweiterte die 24-Stunden-Helplines sowohl personell als auch funktionell (BMI, 2020, [www](#)). Das Beratungsangebot der Frauenberatungsstellen wurde ausgebaut, so dass diese von Gewaltopfern auch per Chat kontaktiert werden können. Dies soll den Opfern einen leichten Zugang und stille Kontaktaufnahme ermöglichen (Frauenring Österreich, 2020, [www](#)). Das Familienministerium initiierte eine Informationskampagne, welche die Gefahren von häuslicher Gewalt mehr in das Bewusstsein rücken und Opfer zur Anzeigeerstattung ermutigen soll. In Supermärkten, Apotheken und Arztpraxen wurden rund 400.000 Broschüren aufgelegt, um den Opfern umfassende Informations- und Hilfsangebote bieten zu können. Die Informationsbroschüren sind ebenso in 13 Sprachen online über die Homepage des Bundesministeriums für Inneres verfügbar (Bundeskanzleramt, 2020, [www](#)). Trotz intensiver Bemühungen seitens der österreichischen Bundesregierung, den Gewaltschutz auch in einer Ausnahmesituation gewährleisten zu können, ergibt sich die Frage, ob die in Österreich etablierten Maßnahmen zum Schutz von Opfern häuslicher Gewalt während der Covid-19-Pandemie als ausreichend erachtet werden können.

Darüber hinaus muss die Beantwortung dieser Frage notwendigenfalls mit daraus resultierenden erforderlichen Anpassungen der vorherrschenden Maßnahmen ergänzt werden.

Ziel ist das Erheben der Auswirkungen des ersten Lockdowns ab März 2020 respektive der damit einhergehenden Ausgangssperre in Österreich auf Gewaltakte im sozialen Nahbereich sowie auf das polizeiliche Einschreiten.

Im Zuge des Forschungsvorhabens erfolgte eine kritische Auseinandersetzung mit der vorhandenen Literatur sowie den geltenden Rechtsnormen.

Die vorhandene Evidenz wurde mittels systematischer Suche nach bereits veröffentlichten Artikeln, Berichten und grauer Literatur gesichtet. Aufgrund der thematischen Aktualität und Neuartigkeit erwies sich eine Google-Handsuche als geeignet.

Eine Handsuche in der Bibliothek der Sicherheitsakademie Steiermark ergänzte die Rechercheergebnisse. Zur Vervollständigung erfolgten informelle Gespräche mit Exekutivbediensteten und einer Gewaltschutzexpertin.

Der Beobachtungszeitraum für den Anstieg häuslicher Gewalt und die Funktionalität der etablierten Maßnahmen reicht über den Zeitraum des ersten Lockdowns.

2 Erkenntnisse/ Praxisbezug

In welchem Zusammenhang stehen die Covid-19-Ausgangsbeschränkung mit häuslicher Gewalt und dem polizeilichen Einschreiten? Joachim Bauer stellt in seinem Buch *Schmerzgrenze* (2011) fest, dass das menschliche Bedürfnis nach Gemeinschaft und Zugehörigkeit als Urinstinkt im Zellgedächtnis eines jeden Menschen eingespeichert ist. Das Motivationssystem des menschlichen Gehirns ist neurobiologisch gesehen auf das Erlangen von Zugehörigkeit und Kooperation ausgerichtet.

Die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft ist seit Jahrmillionen überlebenswichtig und stand schon bei den menschlichen Vorfahren weit über allen anderen Bereichen des Lebens. Sind diese Bedürfnisse nach Akzeptanz und Zugehörigkeit eines Menschen gefährdet, reagieren die natürlichen Alarmsysteme des Gehirns mit Angst und Aggression. Das Aggressionspotenzial ist bei Menschen ohne sozialen bzw. zwischenmenschlichen Bindungen ungleich höher als bei anderen. Diese entstandene Aggression staut sich auf und führt bei mangelnder Kommunikation zwischen der*m Täter*in mit seiner Umwelt unweigerlich zu einer Gewalthandlung (S. 84).

2.1 Häusliche Gewalt im Allgemeinen

Familie und zu Hause sind in der allgemeinen Vorstellung mit Gefühlen von Liebe und Geborgenheit verbunden. Häufig wird genau dieser vermeintlich sichere Ort jedoch zum Tatort und sozial nahestehende Menschen zur Zielscheibe von häuslicher Gewalt. Bereits vor der Covid-19-Pandemie erwies sich das Thema häusliche Gewalt als stets aktuell und in seiner Häufigkeit als auch Intensität nicht enden wollend.

Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte führte von 2010 bis 2014 eine Erhebung zum Thema Gewalt gegen Frauen durch. Im Rahmen dieser Studie wurden 42.000 Frauen aus 28 EU-Mitgliedsstaaten befragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass 33 Prozent aller innerhalb der Europäischen Union lebenden Frauen seit ihrem 15. Lebensjahr körperlicher und/oder sexueller Gewalt ausgesetzt sind. Die Veröffentlichung der für Österreich erhobenen Zahlen spiegeln ein ähnliches Ergebnis wider und zeigen, dass hierzulande 20 Prozent der Frauen zu Gewaltopfern wurden, wobei 13 Prozent Gewalt innerhalb einer aufrechten oder vorangegangenen Beziehung erfahren mussten (FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, 2010, S. 7-18).

Der vorliegende Artikel befasst sich mit Gewalt gegen Frauen durch ihre Partner oder ehemaligen Partner. Dies ist die häufigste Konstellation in Gewaltbeziehungen. Die Tatsache, dass auch Männer Opfer von Gewalt im sozialen Nahraum werden, ist bekannt, wird jedoch aufgrund des begrenzten Umfangs nicht in die Forschungsarbeit einbezogen. Die Verwendung einer diskriminierungssensiblen Sprache bleibt davon unberührt.

Die Ausübung von Macht ist ein Hauptgrund für die Ausübung von Gewalt in partnerschaftlichen Beziehungen. Macht wird meist von der- oder demjenigen ausgeübt, die oder der über ein Mehr an Ressourcen verfügt. Als zentrale Ressourcen werden hier Arbeit, soziale Stellung und auch Geld gesehen. Die Ungleichverteilung dieser Ressourcen bringt einen der Partner*innen in eine mächtigere Position, in der sie oder er die Partner*innen in eine Abhängigkeit bringen kann.

Ein Beispiel wäre die ökonomische Abhängigkeit, welche die Partner*innen sich zu Nutze machen können, um ihre oder seine Interessen und den eigenen Willen durchzusetzen. Soziale oder ökonomische Abhängigkeit erhöht das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden um ein Vielfaches (Mokuru, 2013, S.181–182).

Im Jahr 2019 wurden in österreichischen Gewaltschutzzentren, wie in Abbildung 1 veranschaulicht, 19.943 Personen beraten und 8.748 polizeiliche Betretungsverbote verhängt. 83 Prozent der Opfer waren weiblich und in 90 Prozent der Fälle handelte es sich um männliche Täter (Wiener Interventionsstelle, 2019, S.45).

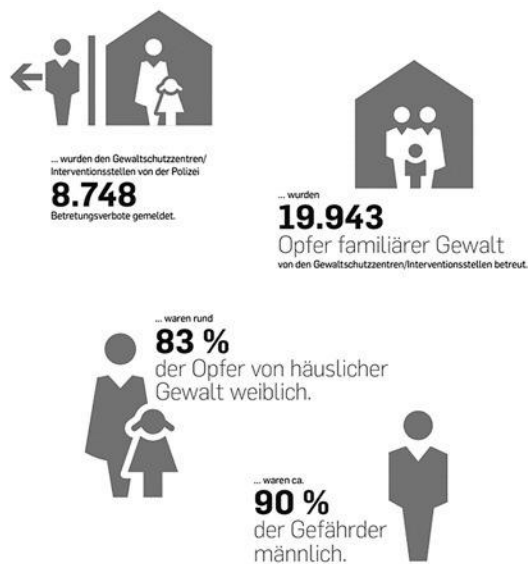


Abbildung 1: Tätigkeitsbericht 2019, Quelle: Wiener Interventionsstelle (2019, S. 45).

2.2 Häusliche Gewalt während der Covid-19-Pandemie

Das polizeiliche Einschreiten bei Gewalt in der Privatsphäre stellt zu jeder Zeit einen sensiblen Eingriff in den Privatbereich dar. Durch die Covid-19-Pandemie verschärfte sich dieser Umstand aufgrund der vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen und der angespannten Lage zusätzlich.

Für viele Paare ergab sich durch die Verordnung zum Covid-19-Maßnahmegesetz mit rigorosen Ausgangsbeschränkungen eine völlig neue Situation. Während manche die vermehrte, gemeinsame Zeit positiv für sich nutzen konnten, standen andere Familien vor großen Herausforderungen. Gewaltschutzexpert*innen rund um den Globus äußerten ihre Bedenken, dass die Nebenwirkungen der Ausgangsbeschränkungen, wie Home-Schooling aufgrund von Schulschließungen, Home-Office, Kurzarbeit oder schlimmstenfalls Jobverlust, unkalkulierbares Konfliktpotenzial bergen.

Eine nach dem Hurrikan Katrina in den USA durchgeführte Studie über Gewalt von Lebenspartner*innen in Ausnahmesituationen ergab einen Anstieg von physischer Gewalt um 98 Prozent und von psychischer Gewalt um 35 Prozent. In einer weiteren amerikanischen Studie wurde festgestellt, dass häusliche Gewalt in den Jahren 2007 bis 2008 während der Rezession (dabei handelt es sich um eine Konjunkturphase, in der die Wirtschaft schwächer wird) und der sich daraus ergebenden Arbeitslosigkeit stark anstieg. Daraus kann schlussgefolgert werden, dass aussichtslos erscheinende Situationen, wie beispielsweise ein Jobverlust, zu unkontrolliertem Verhalten und verstärkter Gewaltbereitschaft führen (American Journal of Nursing, 2020, www).

Während das American Journal of Nursing Anfang April 2020 noch von einem möglichen Anstieg häuslicher Gewalt berichtete, und es sich bei der Besorgnis um reine Spekulation handelte, ist der Anstieg häuslicher Gewalt in manchen Teilen der Welt traurige Gewissheit geworden. Brasilien verzeichnet einen Anstieg von Gewalt im häuslichen Bereich von mehr als 40 Prozent. In Spanien stiegen die Anrufe bei Beratungshotlines um 20 Prozent und in Großbritannien um 25 Prozent.

Das zu Hause kann also keinesfalls als „Heiliger Ort“ gesehen werden und wird vielfach zu einem Ort, an dem Machtdynamiken überwiegen und Gewaltopfer ihren Peiniger*innen hilflos ausgeliefert sind (Journal of Clinical Nursing, 2020, S.1).

Expert*innen der Technischen Universität München kamen in der ersten repräsentativen Studie zur Veränderung von häuslicher Gewalt während der Covid-19-Pandemie zu dem eindeutigen Ergebnis, dass diese und die damit verbundene Ausgangsbeschränkung eine Risikofaktor begünstigende Auswirkung auf häusliche Gewalt hat. So zeigt Abbildung 2 die Auswertung der Online Befragung von 3.800 deutschen Frauen im Alter von 18 bis 65 Jahren. Die Umfrage wurde während der ersten Ausgangsbeschränkung zwischen 22. April 2020 und 08. Mai 2020 durchgeführt.

Zusätzlich zu den bekannten Daten von Interventionsstellen und aus Kriminalstatistiken konnten durch die Online-Umfrage wesentlich präzisere Daten über innerfamiliäre Vorgänge gewonnen werden. Das Ergebnis führte zu einer Assoziation mit einer gesteigerten Häufigkeit von Gewalt im sozialen Nahbereich während der Ausgangsbeschränkungen.

Dies führt zu einer klaren Empfehlung durch Steinert und Ebert, welche betonen, dass Hilfseinrichtungen auch in Krisensituationen jedenfalls system-relevant bleiben müssen (Steinert & Ebert, 2020, S.1).

1. Das Risiko von Gewalt an Frauen und Kindern steigt deutlich an, wenn Frauen in Heimquarantäne waren

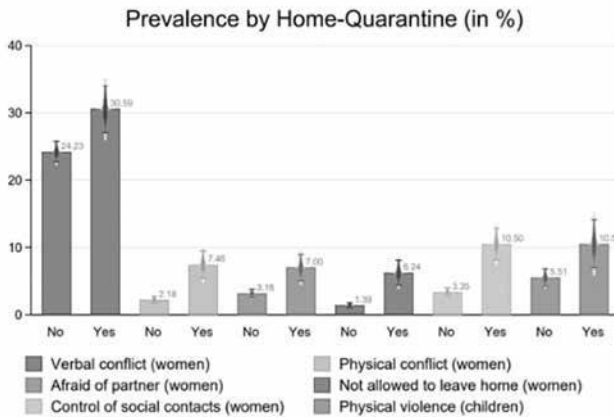


Abbildung 2: Statistik der Technischen Universität München, Quelle: TU München (2020, *www*).

Ein tatsächlicher Anstieg der Fallzahlen häuslicher Gewalt seit der Covid-19-Pandemie und der damit einhergehenden Ausgangsverbote wird durch die österreichische Bundesregierung dementiert. Diese Aussage basiert auf den Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik, welche durch das Bundeskriminalamt Österreich geführt wird. In Abbildung 3 werden jene Zahlen abgebildet, bei denen ein polizeilicher Einsatz im Zeitraum März bis April 2020 zum Ausspruch eines Betretungs- und Annäherungsverbotes führte. Tatsächlich kann darüber keine eindeutige und abschließende Aussage getroffen werden, da sich die statistische Erfassung von polizeilichen Betretungs- und Annäherungsverböten seit der 3. Novellierung des Gewaltschutzgesetzes 2019 grundlegend geändert hat.

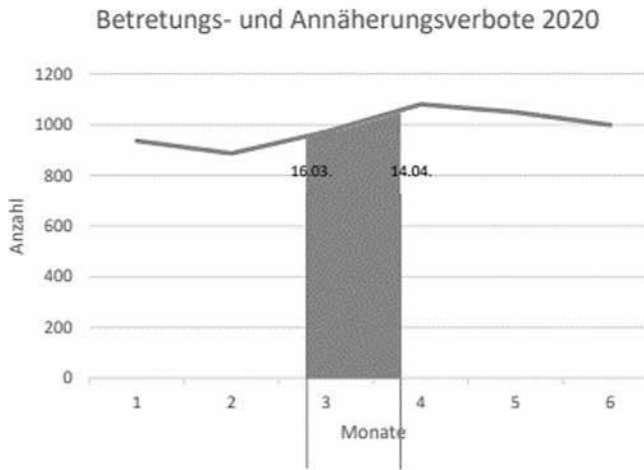


Abbildung 3: Statistik des Bundeskriminalamts zu polizeilichen Betretungs- und Annäherungsverboten, Quelle: bmi.gv.at (2020, *www*).

2.3 Das österreichische Gewaltschutzgesetz

Das österreichische Gewaltschutzgesetz bietet seit 1997 ein in Europa einzigartiges Kooperationsnetz, welches Gewaltbetroffenen durch eine normierte Interventionskette lückenlose Unterstützung bietet. Es handelt sich beim Gewaltschutzgesetz nicht um ein in sich geschlossenes Gesetz im herkömmlichen Sinn, sondern um das Zusammenwirken von mehreren, unterschiedlichen Gesetzesmaterien. Seit Einführung wurde das Gewaltschutzgesetz dreimal adaptiert und novelliert, um vorhandene Schutzlücken zu schließen. Im Rahmen der dritten Novellierung im Jahr 2019 wurden 25 verschiedene Gesetze geändert, wobei die Ausdehnung und Konkretisierung des Schutzbereiches im Mittelpunkt stand. Die Umsetzung des Gewaltschutzgesetzes geschieht durch die Kooperation von Gewaltschutzzentren, Exekutive und Justiz. Jede der drei Institutionen erledigt spezifiziert ihre Aufgabe. Die Zusammenarbeit beginnt mit dem Einschreiten der Sicherheitsexekutive, welche die Gewaltakte zunächst unterbricht, wodurch die Dynamiken und Abhängigkeiten, welche in den Gewaltbeziehungen vorherrschen, vorerst ausgehebelt werden. Dieses Zeitfenster, in dem Gewaltopfer meist intensive und engmaschige Betreuung und Unterstützung benötigen, nutzen Gewaltschutzzentren zur pro-aktiven Kontaktaufnahme mit dem Opfer. Durch Mitarbeiter*innen der Opferschutzeinrichtungen werden die Opfer umfassend informiert und wird ihnen die in Österreich ebenfalls einzigartige, kostenlose und freiwillige psychosoziale und juristische Prozessbegleitung ermöglicht. Gewaltopfer werden ab der Kontaktaufnahme durch Gewaltschutzzentren von diesen durch das gesamte Verfahren begleitet. Im nächsten Schritt haben Opfer die Möglichkeit, bei den zuständigen Bezirksgerichten einen Antrag auf einstweilige Verfügung zu stellen.

Auch dies wird in der Praxis nach Zustimmung des Opfers durch Bedienstete der Gewaltschutzzentren beziehungsweise seit der Covid-19-Pandemie auch durch Beamt*innen der Sicherheitsexekutive vorgenommen. Das polizeiliche Einschreiten, welches nach erfolgter Gefahrenprognose zumeist ein sogenanntes Annäherungs- und Betretungsverbot nach sich zieht und gefährdenden Personen die Annäherung an das Opfer auf 100 Meter sowie das Betreten der Wohnörtlichkeit für zwei Wochen untersagt, schafft für die gefährdeten Personen jenen Freiraum, den diese benötigen, um ihre selbstbestimmte Lebensführung wiederzuerlangen. Wird in den zwei Wochen des aufrechten Annäherungs- und Betretungsverbot ein Antrag auf einstweilige Verfügung bei einem zuständigen Gericht gestellt, verlängert sich das Betretungs- und Annäherungsverbot jedenfalls um weitere zwei Wochen. Auch dadurch wird Zeit gewonnen, um notwendige, behördliche Schritte abwickeln zu können. Durch die dargestellte Gewaltschutz-Interventionskette wird dem Opfer ein hohes Maß an Unterstützung und Sicherheit entgegengebracht.

2.4 Das Gewaltschutzgesetz während der Covid-19-Pandemie

Um den Opfern auch während der Ausgangsbeschränkung umfassende Beratung und Betreuung bieten zu können und ihnen Unterstützung zu gewährleisten, reagierten die Beratungsstellen mit einem Ausbau des Beratungsangebotes. Die telefonische Inanspruchnahme der Frauenhelpline verzeichnete in der Zeit des Lockdowns einen Anstieg von 38 Prozent. Insgesamt 900 Anfragen wurden während der Ausgangsbeschränkung per HelpChat gestellt. (Der Standard, 2020, [www](#)).

Zusätzlich zur Onlineberatung wurde auf Initiative der Bundesministerin für Frauen und Integration im Bundeskanzleramt eine Informationskampagne gegen häusliche Gewalt gestartet, um die Gefahr von häuslicher Gewalt mehr in das Bewusstsein der Bevölkerung zu rufen und die Opfer aber auch das Umfeld der Betroffenen zur Meldung oder Anzeigeerstattung zu ermutigen. (Bundeskanzleramt, 2020, [www](#)). Zudem baute das Bundesministerium für Inneres den Bürgerservice auf der Homepage www.bmi.gv.at weiter aus und unterstützt Gewaltopfer unter dem Reiter „Sicher zu Hause“ mit hilfreichen Ratschlägen und Kontaktadressen für weitere Unterstützungsangebote.

Das Einschreiten im häuslichen Bereich ist für die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes stets eine Herausforderung. Die Exekutivbediensteten dringen ungewollt Kraft ihres Amtes in die Privatsphäre von Familien ein und werden oft Zeugen höchstpersönlicher und innerfamiliärer Vorgänge. Dieser Umstand wird durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie zusätzlich erschwert. Die Beamt*innen sind bei Amtshandlungen bemüht, möglichst einfühlsam und sensibel, aber dennoch durchsetzungsstark mit den beteiligten Personen umzugehen. Dies erfordert ein gewisses Maß an Feingefühl im Zuge der geführten Kommunikation. Durch das verordnete Tragen eines Mund-Na-

sen-Schutzes wird der Dialog mit dem Opfer und auch mit den gefährdenden Personen verkompliziert. Eine wesentliche Veränderung im Einschreiten ergab sich durch die umfassenden Vorerhebungen, welche zu tätigen sind, bevor sich Exekutivbedienstete zum Einsatzort begeben. Sofern es zeitlich möglich ist, und es zu keiner Verzögerung der Gefahrenabwehr kommt, muss vor Einsatzbeginn erhoben werden, ob ein Einschreiten ohne Ansteckungsgefahr möglich ist. Befindet sich an der Einsatzörtlichkeit eine erkrankte Person, so müssen die Exekutivbeamt*innen die erforderliche Schutzausrüstung verwenden. Wenn es nicht möglich ist, die Umstände vorab zu klären, so ist jedenfalls Vorsorge zu treffen und Schutzkleidung zu tragen (Anita W., persönl. Mitteilung, 16. Oktober 2020). Die Exekutive ist grundsätzlich verpflichtet, die Gefährder*innen über vorhandene Notschlafstellen in Kenntnis zu setzen. Die übliche Vorgehensweise unterscheidet sich während der Covid-19-Pandemie dadurch, dass die Gesundheitsbehörde bei einer tatsächlichen Infektion oder auch beim Verdacht einer Erkrankung über den Verbleib einer weggewiesenen Person entscheiden muss. Durch das Epidemiegesetz ist vorgeschrieben, dass, sollte eine entsprechende Absonderung der gefährdenden Person nicht wie üblich möglich sein, die Unterbringung der infizierten oder möglicherweise erkrankten Person in eine Krankenanstalt oder in andere geeignete Räumlichkeiten durchzuführen ist.

Aufgrund der Tatsache, dass die auf den Informationsblättern für Gefährder*innen gelisteten Notschlafstellen keine erkrankten Personen in ihren Unterkünften aufnehmen, sind durch die Gesundheitsbehörden Alternativen zu finden. Unter Rücksichtnahme auf die örtlichen Verhältnisse sind daher geeignete Räume sowie Transportmöglichkeiten bereitzustellen. Die Sicherheitsexekutive ist zur Unterstützung der Gesundheitsbehörde verpflichtet (Sabrina S., persönl. Mitteilung, 20. November 2020).

2.5 Expert*innen-Erfahrungen/ Meinungen

Marina Sorgo, Bundesverbandsvorsitzende der Gewaltschutzzentren und Interventionsstellen Österreichs sowie Geschäftsführerin des Gewaltschutzzentrums Steiermark, teilte mit, dass die Zahl an betreuten Personen als auch an polizeilich verhängten Annäherungs- und Betretungsverboten nach Gewaltvorfällen im häuslichen Bereich seit in Krafttreten der Covid-19-Beschränkungen keinen Anstieg aufweisen. Die Gewaltschutzexpertin meint, dass die derzeit geltenden Maßnahmen ein möglicher Hemmschuh für den Ausstieg aus einer Gewaltbeziehung sein könnten. Dieser benötigt oft eine Neuorientierung bezüglich Arbeits- und Wohnsituation, sozialer Kontakte und besondere Sicherheitsmaßnahmen. Manchen Menschen bieten die Ausgangsbeschränkungen auch die Chance, zur Ruhe zu kommen und sich ohne äußere Stressoren im eigenen zu Hause neu zu ordnen.

Wichtig sei zudem die Unterscheidung zwischen Konflikten und Gewalt-handlungen. Ein Anstieg an Konflikten sei während der Covid-19-Beschrän-

kungen durchaus möglich. Der Stress in den eigenen Wänden steigt an, wodurch Menschen, die üblicherweise zur Nörgelei neigen, eventuell noch mehr nörgeln als zuvor. Jedoch werden diese Personen dadurch nicht automatisch zu Gewalttäter*innen. Konfliktmodelle ändern sich nicht, wenn Konflikte steigen. Menschen behalten ihre Konfliktlösungsmodelle bei und ändern diese auch in Ausnahmesituationen nicht. Zusammenfassend können die Befürchtungen, betreffend eines massiven Anstieges an häuslicher Gewalt und polizeilichen Betretungs- und Annäherungsverboten, derzeit nicht bestätigt werden. In der Steiermark blieben die Zahlen der beratenen Gewaltopfer beispielsweise annähernd gleich. Dies zeigt eine Statistik des Gewaltschutzzentrums Steiermark in Abbildung 4 deutlich (Sorgo M., persönl. Mitteilung, 22. Dezember 2020).

bis 15.12.2020		Frauen	Männer	Mädchen	Buben	Summe
betreute Personen	nach Betretungsverbot	741	149	91	92	1073
	ohne Betretungsverbot	1484	310	99	33	1836
		2175	459	190	125	2909
2019		Frauen	Männer	Mädchen	Buben	Summe
betreute Personen	nach Betretungsverbot	744	142	89	66	1041
	ohne Betretungsverbot	1461	362	75	34	1952
		2205	524	164	100	2993

Abbildung 4: Statistik des Gewaltschutzzentrums Steiermark, Quelle: Gewaltschutzzentrum Steiermark, Marina Sorgo (2020).

Auch im subjektiven Empfinden, das polizeiliche Einschreiten betreffend, gaben Exekutivbedienstete aus dem gesamten Bundesgebiet Entwarnung und teilten mit, dass sich die Amtshandlungen im Bereich Gewalt in der Privatsphäre nicht geändert hätten. Gewalthandlungen seien im Allgemeinen seit Ausbruch der Covid-19-Pandemie sogar seltener geworden.

Zudem deckt sich die Einschätzung von Marina Sorgo mit den Aussagen der Exekutivbeam*Innen, dass viele Menschen durch die Ausgangsbeschränkungen die Möglichkeit hatten, zur Ruhe zu kommen, da viele Einflüsse von außen weggefallen sind. Durch Exekutivbedienstete gibt es positive Rückmeldungen in Bezug auf das 3. Gewaltschutzgesetz und die Änderung des Schutzbereiches respektive die Einführung eines Annäherungsverbot. Dies sei sowohl eine administrative und praktische Erleichterung als auch ein Ausbau der Schutzmaßnahmen für die Opfer. Auch die Möglichkeit zur kostenlosen Namensänderung sowie Änderung der Sozialversicherungsnummer sind zweckmäßige Maßnahmen, um Opfer ausreichend vor weiteren Gewalthandlungen durch die/den Gefährder*in zu schützen (Anita W, persönl. Mitteilung, 26. Oktober 2020).

3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wurde der Anstieg häuslicher Gewalt und dem daraus oftmals resultierenden polizeilichen Einschreiten während der Covid-19-Ausgangsbeschränkungen im ersten Lockdown ab März 2020 erforscht. Anhand persönlicher Mitteilungen von Exekutivbediensteten und sachkundigen Personen im Bereich des Gewaltschutzes konnte eine aktuelle Darstellung der momentanen Situation erörtert und verschriftlicht werden. Im Zuge der umfassenden Literaturrecherche wurde erhoben, dass die Zusammenarbeit von Sicherheitsexekutive sowie die funktionierende Kooperation von Exekutive, Gewaltschutzeinrichtungen und Justiz und das österreichische Gewaltschutzgesetz nicht nur eine Vorreiterrolle in Europa haben, sondern auch maßgeblich für einen erfolgreichen Opferschutz in Österreich sind. Aus der polizeilichen Erfahrung und den Aussagen von Opferschutzexpert*innen ist bekannt, dass auch die Opfer das Einschreiten der Sicherheitsexekutive sowie die interinstitutionelle Kooperation als positiv und zumeist zufriedenstellend bewerten. Durch die fortlaufende Dokumentation der bekannt gewordenen Fälle von häuslicher Gewalt aller Institutionen ist auch die Überwachung der Fallzahlen gesichert und es kann bei einem Anstieg reagiert werden.

Zusammenfassend führt die Forschung hinsichtlich des polizeilichen Einschreitens zu dem Ergebnis, dass die Arbeit der österreichischen Sicherheitsexekutive maßgeblich für den erfolgreichen Verlauf der Maßnahmenkette im Bereich des Opferschutzes ist. Das Herzstück der Aufarbeitung von Gewalttaten im sozialen Nahbereich ist die Gefährdungsprognose, welche aufgrund der Situation am Tatort durch die Exekutive getroffen wird. Auf Grundlage dieser Prognose erfolgt eine pro-aktive Kontaktaufnahme mit dem Opfer durch das zuständige Gewaltschutzzentrum. Auch die amts handelnden Gerichte und gegebenenfalls Staatsanwaltschaften bauen ihre Entscheidungen auf der dokumentierten Gefährdungsprognose der Exekutivbediensteten auf. Das polizeiliche Einschreiten erfuhr während der ersten Ausgangsbeschränkung aufgrund der Covid-19-Pandemie keine maßgeblichen Veränderungen. Aus dem polizeilichen Alltag ist bekannt, dass aus dem subjektiven Empfinden einzelner Exekutivbeamt*innen kein Anstieg häuslicher Gewalt während der Covid-19-Pandemie wahrnehmbar war.

Literatur

- Bauer, J. (2011). *Schmerzgrenze, Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt*. München: Karl Blessing Verlag.
- Loidl, (Hrsg.). (2013). *Gewalt in der Familie, Beiträge zur Sozialarbeitsforschung*, Wien Köln Weimar: Böhlau Verlag.
- Mokuru, A. (2013). Der Ohnmacht entfliehen. In: Loidl R. (Hrsg.), *Gewalt in der Familie* (S. 181 – 182). Wien: Böhlau Verlag.

- Bradbury-Jones, C. & Isham L. *Journal of Clinical Nursing*. (2020). The pandemic paradox: The consequences of Covid-19 on domestic violence. Birmingham.
Verfügbar unter: [file:///C:/Users/czitz/Downloads/The_pandemic_paradox_The_cons%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/czitz/Downloads/The_pandemic_paradox_The_cons%20(3).pdf) [24.11.2020].
- FRA-Agentur der Europäischen Union für Grundrechte. (2010). Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. Verfügbar unter: [Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick \(europa.eu\)](http://europa.eu) [19.12.2020].
- Roush, K. (2020). A Safety Paradox: Stay-at-Home Policies and Domestic Violence Risks. *American Journal of Nursing*. Verfügbar unter: <https://ajnonline.com/a-safety-paradox-stay-at-home-policies-and-domestic-violence-risks/> [18.12.2020].
- Steinert, J., & Ebert, C. (2020). Gewalt an Frauen und Kindern in Deutschland während Covid-19-bedingten Ausgangsbeschränkungen: Zusammenfassung der Ergebnisse. Verfügbar unter: https://toolbox-opferschutz.at/sites/toolbox-opferschutz.at/files/inline-files/Studie_Covid.pdf [18.12.2020].
- Bundesministerium für Inneres. (2020). Nehammer: Gewalt hat in unserer Gesellschaft keinen Platz. Verfügbar unter: <https://bmi.gv.at/news.aspx?id=304B45496844656B55306F3D> [18.12.2020].
- Bundeskanzleramt. (2020). Frauenministerin Raab: 400.000 Folder mit Infos zu Gewaltschutz für ganz Österreich. Verfügbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/nachrichten-der-bundesregierung/2020/frauenministerin-raab-400000-folder-mit-infos-zu-gewaltschutz-fuer-ganz-oesterreich.html> [21.12.2020].
- Der Standard. (2020). Lockdown brachte leichten Anstieg bei häuslicher Gewalt. Verfügbar unter: <https://www.derstandard.at/story/2000120148467/lockdown-brachte-leichten-anstieg-bei-haesuslicher-gewalt> [21.12.2020].
- Frauenring Österreich. (2020). Opferschutz wird während der Corona-Krise ausgebaut. Verfügbar unter: <https://www.frauenring.at/opferschutz-corona-krise-ausgebaut> [18.12.2020].
- Wiener Interventionsstelle. (2019). Tätigkeitsbericht 2019. Wien. Verfügbar unter: <https://www.interventionsstelle-wien.at/download/?id=statistik-oesterreich-2019.pdf> [20.12.2020].

Rechtsschutz in der Covid-19-Pandemie

„Iura novit curia“

(lat. Das Gericht kennt das Gesetz)

Autor*innen: Alexander KLECATSKY, Ines MOITZI

Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Mit dem Ausbruch des Coronavirus im Dezember 2019 und der damit verbundenen weltweiten Ausbreitung, wurden auch in Österreich eine Vielzahl an Maßnahmen ergriffen, sowie zahlreiche Gesetzespakete kodifiziert, um das Virus einzudämmen. Das generelle Herunterfahren des öffentlichen Lebens, bringt auch einige Eingriffe in die Grund- und Freiheitsrechte der Staatsbürger*innen mit sich. Ob und inwiefern man sich gegen Rechtseingriffe schützen kann wurde Gegenstand einer systematischen Literaturrecherche.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass allen Staatsbürger*innen in Österreich das Recht zusteht Normen überprüfen zu lassen, sowie jedem die Möglichkeit eines Individualantrages an ein Höchstgericht offensteht, sobald er in seiner höchstpersönlichen Rechtssphäre beeinträchtigt wird. In jedem Fall zeigt sich, dass der Rechtsschutz mit dem Fortschreiten der Pandemie in Österreich weitergehend gegeben ist.

1 Einleitung

Mit dem Ausbruch des Coronavirus im Dezember 2019 in der chinesischen Provinz Hubei, wurden auch in Österreich zahlreiche Maßnahmen ergriffen um die Ausbreitung der Pandemie so gering als möglich zu halten. Dem hergehend wurden Gesetzespakte und ausführende Verordnungen beschlossen und kundgemacht. Das Coronavirus und die weltweite Pandemie bringen viele Einschränkungen im täglichen Leben der Staatsbürger*innen mit sich. Durch die hohen Infektionszahlen befand sich Österreich nun bereits drei Mal, innerhalb eines Jahres, in einem sogenannten harten Lockdown.

Unbeschadet des weltweiten Ausnahmezustandes soll und wird in Österreich auf die Rechte der Zivilisten achtgegeben. Unter diesen Blickwinkel

kommt der Rechtsschutz der Bürger*innen zutragen, welcher Gegenstand der nachfolgenden Arbeit sein soll.

Durch das Coronavirus gab es einige neue gesetzliche Regelungen in Österreich. Das Zusperrern von Geschäften, der Gastronomie und von Unternehmern sowie das generelle Herunterfahren des öffentlichen und sozialen Lebens, die Ausgangsbeschränkungen und weitere Eingriffe des Staates in das Privatleben der Bürger*innen stehen für viele Maßnahmen, die nicht gerne gesehen werden. Einige Gesetze und Verordnungen wurden aufgrund von SARS-Cov 2 erlassen, welche auch Eingriffe in die Grund- und Freiheitsrechte der Staatsbürger mit sich bringen.

Viele Bürger*innen sind der Meinung, dass diese Eingriffe überprüft werden müssten. Ob und wer für die Überprüfung dieser Maßnahmen zuständig ist und was der Normadressat zu veranlassen hat, damit dies überprüft wird werden kann, wird nachfolgend geklärt.

Mit Hilfe der forschungsgleitenden Fragestellung „Ist der Rechtsschutz anhand ausgewählter Beispiele auch während der Covid-19-Krise effektiv?“, soll der Rechtsschutz in Österreich analysiert werden. Zielsetzung ist es zu prüfen, ob Österreich zu Recht als Grundrechtsschutz-Staat bezeichnet wird. Anhand ausgewählter Beispiele soll gezeigt werden, ob der Rechtsschutz in Österreich effektiv ist, welche Rechte jedermann gegen bestimmte Strafen zustehen und wie Gesetze und Verordnungen in Österreich geprüft werden können.

Im Weiteren soll ein Überblick über die Rechte und dem damit verbundenen Rechtsschutz, während der Covid-19-Pandemie geschaffen werden.

Als Methodik wurde eine systematische Literaturrecherche gewählt. Der Start erfolgte in der Datenbank der FH Burgenland.

Gesetzestexte, welche für das Thema maßgebend sind, wurden aus dem RIS entnommen. Für die systematische Recherche dieser, diente die Homepage des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Eingearbeitet wurde die Rechtslage, die zum 6. Jänner 2021, 2400 Uhr vorlag. Weiters wurde die Homepage des Verfassungsgerichtshofes herangezogen, um einen Einblick in neue Erkenntnisse und Ergebnisse zu erlangen.

2 Gesetzeslage in Österreich

Die Österreichische Bundesverfassung, genauer das B-VG wurde in seinem Kernbereich am 1. Oktober 1920 beschlossen. (Öhlinger & Eberhard, 2019, S 43) Jeder Verfassung liegen Grundprinzipien zu Grunde, welche auch als Baugesetze bezeichnet werden können. Ziel ist es, die gesamten Regelungen in eine systematische Einheit einzufügen.

Die österreichische Bundesverfassung beruht auf fünf Prinzipien, welche die oberste Stufe der Rechtsordnung bilden. (ebd., 2019, S. 53)

Grundrechte spiegeln sich im Demokratischen Prinzip aufgrund der Idee der Freiheit und Gleichheit wider. Für eine funktionierende Demokratie müs-

sen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, wie etwa ein Wechsel der Mehrheit der Regierung. Mit diesen Voraussetzungen gehen auch Wahlen einher. Um solche richtig ausführen zu können, müssen Meinungsfreiheit, Pressefreiheit, Vereinsfreiheit und Versammlungsfreiheit im Land herrschen. (ebd., 2019, S 159)

Grundrechte finden sich in Österreich in der Europäischen Menschenrechtskonvention, im Staatsgrundgesetz sowie in der Grundrechtecharta wieder.

Nachfolgend werden Gesetze mit Relevanz zur Covid-19-Pandemie in Österreich erläutert.

2.1 Gesetzeslage während der Pandemie in Österreich

Während der Ausbreitung des Coronavirus wurde das Epidemiegesetz 1950 (EpiG), BGBl. Nr. 186/1950 mehrmals abgeändert.

Folgend soll nun das Gesetz überblicksmäßig vorgestellt werden. In der Rechtsnorm enthalten sind Grundlagen für einige Vorgehensweisen während einer Pandemie, dementsprechend werden anzeigepflichtige Krankheiten im ersten Paragraph geregelt. Seit dem 4. April 2020 findet sich auch das Coronavirus hier wieder. Im Weiteren werden Personen verpflichtet, welche solch ansteckende Krankheit anzuzeigen haben.

Neu kodifiziert wurde im BGBl. I Nr. 23/2020 die Möglichkeit der Datenweitergabe an zuständige Bürgermeister von Personen, welche, aufgrund Covid-19, abgesondert wurden. Grund dafür ist die Versorgung der erkrankten Personen mit Waren und Gesundheitsdienstleistungen sicher zu stellen. Im Weiteren wird festgelegt, dass nach Ausbruch hochansteckender Krankheiten unverzüglich ein Statistik-Register vom zuständigen Bundesminister zu führen ist.

Es ist möglich, Personen vom Unterricht auszuschließen, welche in einem Ort leben, in dem anzeigepflichtige Krankheiten ausgebrochen sind.

Veranstaltungen mit großen Menschenmengen sind von der Bezirksverwaltungsbehörde zu untersagen, sobald meldepflichtige Erkrankungen auftreten und ein Zusammenströmen von Menschen die Weiterverbreitung fördern würde.

Eine Vergütung von Verdienstentgang ist zu leisten, wenn die Person abgesondert wurde, der Verkauf von Lebensmitteln verboten wurde, die Ausübung der Erwerbstätigkeit untersagt worden ist, der Betrieb gesperrt wurde oder der Betrieb in einem Ort ansässig ist, in dem eine Verkehrsbeschränkung angeordnet wurde.

Die Vergütung für Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, ist als Entgeltfortzahlung zu sehen, für Selbstständige bemisst sie sich an einem vergleichbaren wirtschaftlichen Einkommen.

Weitere Regelungen über die Meldepflicht von Krankheiten finden sich im Bundesgesetz vom 14. März 1968 zur Bekämpfung der Tuberkulose (Tuberkulosegesetz) BGBl. Nr. 127/1968, welches Krankheiten beschreibt, die durch den Erreger des Mykobakterium-tuberculosis-Komplex ausgelöst werden. Be-

handlung und Meldepflicht, sowie die Rechte und Pflichten der Bezirksverwaltungsbehörde werden im Gesetz kenntlich gemacht, welche auch für das neue Coronavirus maßgebend sind.

Darüber hinaus wird geregelt, dass Personen, die sich nicht behandeln lassen wollen, angehalten werden dürfen und zur Verwahrung und Behandlung in ein Krankenhaus gebracht werden können.

Neu, während der Pandemie kodifiziert wurde das Bundesgesetz betreffend vorläufiger Maßnahmen zur Verhinderung und Verbreitung von Covid-19 (Covid-19-Maßnahmengesetz), BGBl. I Nr. 12/2020, welches das Betreten von Betriebsstätten und von bestimmten Orten regelt. Festgelegt wird, dass zur Verhinderung der Ausbreitung des Virus, die Möglichkeit zur Sperrung bestimmter öffentlicher Orte besteht. Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes haben bei der Durchsetzung dieser Maßnahmen mitzuwirken.

Im Weiteren sollen sie auch Handlungen zur Vorbeugung von Verwaltungsübertretungen setzen, sowie Schritte zur Einleitung und Sicherung eines Verwaltungsstrafverfahrens treffen. Sie sind zur Ahndung von Verwaltungsübertretungen durch Organstrafverfügung ermächtigt. Bei einem untersagten Betreten von Betriebsstätten sind Geldstrafen bis zu € 3.600 möglich. Für Inhaber, welche eine untersagte Betriebsstätte trotzdem öffnen, gelten Strafen bis zu € 30.000.

Durch Verordnungen werden Gesetze näher ausgeführt, nachfolgend werden diese im Zusammenhang mit Covid-19-Gesetzen vorgestellt.

Die Verordnung des Bundesministers für Soziales Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 Covid-19-Maßnahmengesetzes (Verordnung gemäß § 2 Z 1 des Covid-19-Maßnahmengesetzes) BGBl. II Nr. 98/2020 trat mit 16. März 2020 in Kraft. Die Verordnung regelte unter anderem das Betreten von öffentlichen Orten, weiters werden in der Verordnungen Ausnahmen normiert, welche zum Betreten bestimmter Orte ermächtigen. Hierunter fällt die Betreuung von unterstützungsbedürftigen Personen, sowie die Deckung der lebensnotwendigen Bedürfnisse. Es wird geregelt, dass Einrichtungen zur Rehabilitation nur in dringenden Fällen betreten werden dürfen.

Zur Benützung von Massenbeförderungsmittel müssen triftige Gründe vorliegen, sowie das Betreten von Sportplätzen wird verboten. Mit 22. März 2020 trat die Verordnung außer Kraft. Ein solches Betretungsverbot gemäß dieser Verordnung wurde durch Erkenntnis des VfGH aufgehoben.

Mit 01. Mai 2020 trat die Covid-19-Maßnahmenverordnung in Kraft, im weiteren Verlauf der Pandemie wird die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend der Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Verbreitung von Covid-19 ergriffen wurden (Covid-19-Lockerungsverordnung – Covid-19-LV) BGBl. II Nr. 197/2020 zur Covid-19-Lockerungsverordnung umbenannt wird.

Es finden sich Regelungen über das Betreten von öffentlichen Orten, sowie des Kundenbereiches, darüber hinaus werden Regeln für den Ort der beruflichen

Tätigkeit, sowie für das Verhalten für Fahrgemeinschaften und Ausbildungseinrichtungen getroffen. Zusammenfassend ist zu sagen, dass immer ein Mindestabstand von einem Meter zu anderen Personen gegeben sein muss, ist dies nicht der Fall, ist das Tragen eines mechanischen Mund-Nasen-Schutzes Pflicht.

Das Betreten von Gastbetrieben, Beherbergungsbetrieben und Sporteinrichtungen wurde per Verordnung verboten.

Veranstaltungen mit mehr als zehn Personen sind nicht erlaubt. Des Weiteren ist das Betreten von Museen, Ausstellungen, Bibliotheken, Tierparks, Kinos und andere untersagt.

Ab dem 13. Mai 2020 wird diese Verordnung im BGBl. II Nr. 207/2020 abgeändert. Mit dieser Änderung ergeben sich Neuerungen im Gastgewerbe, es ist wieder zulässig, Gaststätten zu betreten. Personengruppen dürfen maximal aus vier Personen zuzüglich Kinder bestehen, weiters wird die Sperrstunde auf 23:00 Uhr festgelegt. Sobald man sich in den geschlossenen Räumlichkeiten der Gaststätte bewegt, ist ein mechanischer Mund-Nasenschutz zu tragen.

Mit 27. Mai 2020, wurde die Lockerungsverordnung durch das BGBl. II 231/2020 novelliert. Maßgebende Veränderungen sind die Öffnung der Bäder, Museen und Beherbergungsbetriebe. Veranstaltungen bis 100 Personen dürfen wieder durchgeführt werden.

Durch das BGBl. II Nr. 266/2020 wurde am 13. Juni 2020 weitere Lockerungen getroffen, nun ist ein mechanischer Mund-Nasenschutz lediglich beim Einkauf in Apotheken sowie bei Dienstleistungen, bei denen ein Mindestabstand von einem Meter nicht eingehalten werden kann, zu tragen.

Durch die steigende Neuinfektionen im September wurden Reisebeschränkungen, die allgemeine Maskenpflicht und Personenbeschränkungen bei privaten Treffen wieder ausgeweitet.

Neue und strengere Maßnahmen wurden mit der novellierten Covid-19-Lockerungsverordnung im BGBl. II Nr. 455/2020 kundgemacht, Einschränkungen in der Gastronomie und bei Veranstaltungen sind die Folge. Dementsprechend wurde auch die Maskenpflicht ausgedehnt. Mit dieser Änderung werden auch ab November 2020 sogenannte „Faceschilder“ nicht mehr als Mund-Nasenschutz akzeptiert.

Durch die immer weiter steigenden Zahlen wurde die Covid-19-Schutzmaßnahmenverordnung, welche mit 3. November 2020 in Kraft ist, durch die Bundesregierung erlassen. In Österreich gelten vom 3. November bis 12. November 2020 Ausgangsbeschränkungen von 20:00 Uhr am Abend bis 06:00 Uhr früh, weiters muss die Gastronomie, vorerst bis am 30. November 2020, schließen. Eine Abholung oder Auslieferung von Speisen bleibt aber möglich. Außerdem befinden Schulen ab der Oberstufe, sowie Universitäten bis 30. November im Distance-Learning. Darüber hinaus ruft die Bundesregierung auf, wenn möglich im Homeoffice zu arbeiten. Veranstaltungen, ausgenommen dem Profisport, werden in der Zeit des sanften Lockdowns untersagt. Freizeit- und

Kunstbetriebe, wie auch Fitnessstudios müssen geschlossen halten. Öffentliche Verkehrsmittel dürfen unter der Verwendung eines Mund- Nasenschutzes benützt werden. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020, www)

Durch die Schutzmaßnahmenverordnung befand sich Österreich in einem sanften Lockdown in der ersten Novemberhälfte, aufgrund der weiter steigenden Zahlen entschloss sich die Bundesregierung zu verschärfte Maßnahmen, wonach Österreich sich wieder in einem harten Lockdown befand. Kodifiziert wurde dies durch die Covid- 19-Notmaßnahmenverordnung, welche folgend näher beschrieben wird.

Durch die weiter steigenden Infektionszahlen trotz der getroffenen Maßnahmen trat am

17. November 2020 die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung einer Notsituation auf Grund von Covid-19 getroffen werden (Covid-19-Notmaßnahmenverordnung – Covid-19-NotMV), BGBl. II Nr. 479/2020 in Kraft.

Mit dieser Verordnung werden generelle Ausgangsbeschränkungen getroffen weiters wird geregelt, dass der Handel mit Ausnahme für Waren des täglichen Gebrauchs, schließen muss. Darüber hinaus werden Sportstätten, Beherbergungsbetriebe als auch das Gastgewerbe geschlossen. Massenbeförderungsmittel dürfen unter Verwendung eines Mund-Nasenschutzes benützt werden. Österreich befindet sich nun im zweiten harten Lockdown. Die Notmaßnahmenverordnung trat mit dem 6. Dezember 2020 außer Kraft.

Mit Ende des zweiten harten Lockdowns Anfang Dezember 2020, durften Handelsunternehmen und Dienstleistungsbetriebe wieder ihre Türen öffnen. Die Covid-19-Schutzmaßnahmenverordnung wurde durch das BGBl. II Nr. 566/2020 novelliert und ist Rechtsgrundlage für Ausgangsregelungen, Massenbeförderungsmittel und allgemeine Regelungen des wiederkehrenden sanften Lockdowns.

Mit der Befürchtung, dass sich viele Menschen über die Weihnachtsfeiertage anstecken werden und dass zu viele Neuinfektionen aufgrund von Silvesterpartys das Gesundheitssystem überlasten könnten, rief die Bundesregierung einen dritten Lockdown aus, welcher am 26. Dezember 2020 begann. Ein Ende des generellen Zusperrrens wird für den 24. Jänner 2021 geplant. (ORF, 2020, www)

Aufschluss über die Strafen bei einem Vergehen gemäß dem Epidemiegesetz 1950 und Covid-19-Maßnahmenverordnung gibt die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über die Einhebung von Geldstrafen mit Organstrafverfügung nach dem Epidemiegesetz 1950 und dem Covid-19-Maßnahmengesetz, BGBl. II Nr. 152/2020.

Bei Fehlen eines Mund-Nasen-Schutzes dürfen € 25,00 und bei Nichteinhaltung des Mindestabstandes € 50,00 vom Organ des öffentlichen Sicherheits-

dienstes eingehoben werden. Verwaltungsübertretungen können sich auf das Epidemiegesetz 1950 als auch auf das Covid-19-Maßnahmengesetz stützen, die Geldstrafen bleiben gleich.

3 Rechtsschutz in Österreich

Die Regierung und die Verwaltung sind an die beschlossenen Gesetze des Parlaments gebunden. Durch dieses Zusammenwirken erklärt sich das Legalitätsprinzip. Zum einen weist dieses Prinzip die parlamentarische Herrschaft in ihre rechtsstaatlichen Schranken, andererseits werden alle Organe der Herrschaftsgewalt des Parlaments und deren Gesetze untergeordnet. Man kann dadurch von Vorrang und Vorbehalt des Gesetzes ausgehen. Die Willensäußerung und die damit verbundene Gesetzgebung des Parlaments ist an ein strenges verfahrensrechtliches Gesetzgebungsverfahren und an die Bindung von höher gestelltem Recht gebunden. (Öhlinger & Eberhard, 2019, S. 158) Das Legalitätsprinzip soll weiters die Verwaltung an feste Regeln binden, als auch diese für Bürger*innen vorhersehbar und berechenbar machen. (ebd., 2019, S. 264) Mithilfe von unabhängigen Instanzen und förmliche Verfahren besteht die Möglichkeit der Rechtmäßigkeitskontrolle. (Adamovich, Funk, Holzinger, Frank, 2017, S. 135) Verwaltungsakte und ihre Regelungen der Anfechtbarkeit knüpfen an die Formen des Bescheides, der unmittelbaren behördlichen Befehls- und Zwangsgewalt als auch der Weisung an. Verwaltungsgerichte des Bundes als auch der Länder können zuständig gemacht werden über Beschwerden wegen Rechtswidrigkeit zu entscheiden. (ebd., 2017 S. 138)

Ein Bescheid spiegelt immer ein Verwaltungsakt wider, welche in unterschiedlichen Formen qualifizierbar ist. Mandatsbescheide oder Strafverfügungen können zu Bescheiden mit einer herabgesetzten formalen Bindung zugeordnet werden.

Durch ordentliche Rechtsmittel können auch Bescheide abgeändert werden. (ebd., 2017, S. 144) Gegenüber einem Bescheid steht das Rechtsmittel der Beschwerde bei einem Verwaltungsgericht offen. In einigen wenigen Fällen steht die Anfechtung vor dem Verfassungsgerichtshof zur Verfügung. (Adamovich et al., 2017, S. 156)

Eine Strafverfügung kann durch eine Anzeige durch eine dienstliche Wahrnehmung eines Organs der öffentlichen Aufsicht, einem militärischen Organ im Wachdienst oder wegen einem abgelegten Geständnis vor einem Organ oder aufgrund eines strafbaren Verhaltens im Straßenverkehr mittels bildverarbeitender technischer Einrichtung festgestellt werden. Die Geldstrafe bei einer Strafverfügung darf € 500 nicht übersteigen, im Weiteren dürfen auch keine Freiheitsstrafe verhängt werden. Gegen die Strafverfügung kann ein Einspruch erhoben werden, welcher rechtzeitig zu erfolgen hat und nicht binnen 14 Tagen zurückgezogen werden darf. Ist das Rechtsmittel rechtswirksam, wird ein

ordentliches Verfahren eingeleitet. Sollte dieses in einem Schuldspruch enden, ergibt sich die Zustellung eines Straferkenntnisses.

Dieses kann mithilfe einer Beschwerde ganz oder nur teilweise angefochten werden. Innerhalb von vier Wochen muss die Beschwerde bei der Verwaltungsstrafbehörde, welche das Straferkenntnis erlassen hat, eintreffen.

Die Strafbehörde kann bei einer Bescheid-Beschwerde auf zwei unterschiedliche Arten reagieren, entweder sie behandelt die Sache nochmals selbst mittels Beschwerdeentscheidung, oder die Bescheid-Beschwerde wird an das zuständige Verwaltungsgericht abgegeben.

Nach Zustellung einer Beschwerdeentscheidung ergibt sich die Möglichkeit eines Vorlageantrages, welcher bei der zuständigen Behörde einzureichen ist. Mit diesem Antrag wird die Vorlage der Beschwerde an das zuständige Verwaltungsgericht erbeten. Der angefochtene Bescheid kann durch das Verwaltungsgericht bestätigt oder abgeändert werden, dabei darf die Strafe aber nie höher werden. Die Bescheid-Beschwerde steht der Maßnahmen-Beschwerde gegenüber, welche Anwendung im Falle unmittelbare Befehls- und Zwangsgewalt findet. Die Maßnahmenbeschwerde ist direkt beim zuständigen Landesverwaltungsgericht einzubringen. (Häusl & Winter, 2019, S. 36-39)

Verfahrensfreie Verwaltungsakte, genauer „Ausübungen unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt“, stellen Vorgehen dar, welche ohne ein förmliches Erkenntnis- oder Vollstreckungsverfahren abgehandelt werden. In Fällen eines solchen Aktes, wird ein rasches Eingreifen der Polizei gefordert, um Gefahren abzuwehren, die Verwaltungsstrafrechtspflege sicherzustellen oder unter anderem zur Überwachung und Kontrolle. Gegen formfreie Verwaltungsakte steht die Beschwerde bei einem Verwaltungsgericht des Bundes oder des zuständigen Landes offen. (Adamovich et al., 2017, S. 162-166)

Ein sehr abgekürztes Verfahren stellt auch eine Organstrafverfügung dar, welche von einem Organ des öffentlichen Sicherheitsdienstes ausgestellt werden kann. Die festgesetzte Geldstrafe darf hier € 90 nicht überschreiten. Eine bezahlte Organstrafverfügung stellt ein abgeschlossenes Verfahren dar, daher ist hier kein ordentliches Rechtsmittel möglich. Dennoch ist eine Vorlage bei den Höchstgerichten allenfalls gangbar.

Wird die Organstrafverfügung verweigert, leidet der Beamte eine Anzeigerstattung des Vergehens ein und ein ordentliches Verfahren wird eröffnet. Beendet wird auch dieses durch einen Bescheid an die Partei. (Häusl & Winter, 2019, S 18 - 35)

Bescheide, welche aufgrund des Sicherheitspolizeigesetzes ausgestellt wurden, können beim zuständigen Landesgericht angefochten werden, darüber hinaus werden auch Beschwerden der Befehls- und Zwangsgewalt angenommen. (Adamovich et al., 2017, S. 229)

Alle Entscheidungen der Verwaltungsgerichte können mithilfe der Beschwerde beim VfGH angefochten werden.

Kommt der Lösung einer Rechtsfrage grundsätzliche Bedeutung zu, so steht den Parteien auch die Revision vor dem VfGH offen. (Adamovich et al., 2017, S. 205)

3.1 Beispiel aus der Praxis

In Tirol wollten sich drei Krampusse ihre Brauchtumspflege, trotz der Ausgangsbeschränkungen nicht nehmen lassen. Nach Einschreiten der Polizei ging einer der Drei auf die Beamten los. Als die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die Identität der Beschuldigten feststellen wollten, ergriffen sie die Flucht. Kurze Zeit später konnten sie aber, aufgrund der hinterlassenen Spuren im Schnee gestellt werden. Aufgrund dieser Verwaltungsübertretung und dem nicht kooperativen Verhaltens, erfolgte eine Anzeige wegen Widerstand gegen die Staatsgewalt, sowie nach der Covid-19-Notmaßnahmenverordnung. (Kleine Zeitung, 2020, www)

3.2 Höchstgerichte und ihre Verfahren

Der Verwaltungsgerichtshof stellt gemeinsam mit dem Verfassungsgerichtshof die Höchstgerichte in Österreich dar. Entscheidungen eines Verwaltungsgerichtes können nach Einbringung einer Revision neuerlich vom Verwaltungsgerichtshof entschieden werden. Sie ist zulässig, wenn die Lösung einer Rechtsfrage grundsätzliche Bedeutung hat und eine Rechtsprechung für die zu lösende Rechtsfrage fehlt. Die Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtshofes beschränkt sich auf verwaltungsgerichtliche Aufgaben.

Für den Fall, dass eines der beiden Höchstgerichte die Beschwerde abweist, gibt es die Möglichkeit der Parallelbeschwerde, welche es gangbar macht das Anliegen Beiden vorzulegen. (Öhlinger & Eberhard, 2019, S. 289 ff)

Die Kompetenzen des Verfassungsgerichtshof sind in der Bundesverfassung geregelt, jede Zuständigkeit wird mit einem unterschiedlichen Buchstaben indexiert.

Als Beispiel wird der Buchstabe V für Verordnungsprüfung und G im Falle einer Gesetzesprüfung in der Geschäftszahl angeführt. Der VfGH entscheidet auch über Kompetenzkonflikte zwischen Gerichten und Behörden, weiters stellt er auch Kompetenz zwischen Bund und Ländern fest. (Öhlinger & Eberhard, 2019, S. 476 ff) Der Verfassungsgerichtshof ist ermächtigt, über Gesetzeswidrigkeit von Verordnungen und über Verfassungswidrigkeit von Gesetzen zu entscheiden. Er besitzt als einziges Gericht in Österreich die Kompetenz, angenommenes verfassungswidriges nationales Recht zu überprüfen. Der VfGH kann die Aufhebung von Gesetzen beschließen, wonach ihm die Aufgabe als negativer Gesetzgeber zukommt. (Öhlinger & Eberhard, 2019, S. 482 ff)

Eine Verordnung ist im Sinne des Art 139 B-VG jede Rechtsnorm, die von einer Verwaltungsbehörde erlassen wurde und sich an einen generellen Personenkreis richtet. (ebd., 2019, S. 483) Auch Verordnungen von Gemeinden oder

anderen Selbstverwaltungskörpern können beim VfGH angefochten werden. Gerichte haben eine Verordnung zu beanstanden, wenn sie nicht rechtskonform kundgemacht wurde. Auch bereits außer Kraft getretene Verordnungen können vom VfGH überprüft werden. Der Verfassungsgerichtshof wendet den Prüfungsmaßstab von allen höherrangigen staatlichen Rechtsvorschriften an, dies können höherrangige Verordnungen oder Gesetze sein. (ebd., 2019, S. 484-485)

Art. 41 ff B-VG regelt das Verfahren nach dem ein Bundes – oder Landesgesetz beschlossen sein muss, um für das Normkontrollverfahren nach Art. 140 B-VG in Frage zu kommen. (ebd., 2019, S. 483) Gesetze können bereits vor ihrem In-Kraft-Treten vom VfGH in der abstrakten Normenkontrolle angefochten werden. Auch ein Individualantrag ist vor dem In-Kraft-Treten möglich, wenn dieses Gesetz bereits Vorwirkung auf den Betroffenen hat.

Wenn Gesetze im Anlassverfahren noch anzuwenden sind, können auch bereits außer Kraft getretene Normen überprüft werden. Fehlende gesetzliche Regelungen können aber nicht durch die Entscheidungen des VfGH ersetzt werden. (Öhlinger & Eberhard, 2019, S. 485-486)

Als Prüfungsmaßstab gilt das Bundesverfassungsrecht und in Fällen von Landesrecht auch das Landesverfassungsrecht. Bei der Prüfung wird grundsätzlich die Verfassungskonformität zum Zeitpunkt der Entscheidung des VfGH kontrolliert. Anders ist dies bei Verletzungen im Gesetzgebungsverfahren, hier kommt es auf den Zeitpunkt der Erlassung an.

Dem Gesetzgeber kommt die Möglichkeit zu, auch während eines Prüfverfahrens das Gesetz zu ändern oder aufzuheben. Unionsrecht ist grundsätzlich kein Prüfungsmaßstab des VfGH. (ebd., 2019, S. 486)

Zur Verständlichkeit der Verfassungsgerichtsbarkeit, soll nun ein Beispiel aus der Praxis erfolgen. Aufgrund des Covid-19-Maßnahmengesetzes konnte die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz BGBl. II 96/2020 erlassen werden. Wie bereits erläutert, sieht das Covid-19-Maßnahmengesetz vor, dass das Betreten von bestimmten Betriebsstätten untersagen kann. Dem einhergehend, mussten alle nicht systemrelevante Betriebe im Zeitraum des ersten Lockdowns schließen. Mit der schrittweisen Lockerung dieser Verordnung wurden Bau- und Gartenmärkte ermächtigt, wieder zu öffnen.

Es gab die Regelung, dass nur Betriebe öffnen durften, welche einen Kundenbereich von maximal 400 m² im Inneren ausweisen. Ausgenommen von dieser Regelung waren Bau- und Gartenmärkte. Mehrere Handelsunternehmen beantragten diese Beschränkung aufzuheben, der VfGH konnte durch Zulässigkeit von Individualanträgen feststellen, dass die Voraussetzung der maximal 400 m² im Inneren nicht zulässig und somit gesetzeswidrig ist.

Die Verordnungsprüfung wurde unter der Geschäftszahl V 411/2020-17 am 14. Juli 2020 in einer nicht öffentlichen Sitzung durchgeführt, wobei sich der Antrag auf Art. 139 B-VG, zur Kontrolle von Verordnungen stützte.

Der VfGH beurteilte den Antrag als zulässig, da die Verordnung unmittelbar in die Rechtsphäre des Antragstellers eingreift.

Die angefochtenen Bestimmungen traten mit 30. April 2020 außer Kraft, mit dem Hintergrund, dass sie auch nach Außerkrafttreten, Einfluss auf die Rechtsphäre des Antragstellers haben, begründet der VfGH die Wirksamkeit des Antrages und kam zu dem Ergebnis, dass der Satz aus der Covid-19-Maßnahmenverordnung-96 „wenn der Kundenbereich im Inneren maximal 400 m² beträgt“ sowie der Satz „Veränderungen der Größe des Kundenbereichs, die nach dem 7. April 2020 vorgenommen wurden, haben bei der Ermittlung der Größe des Kundenbereiches außer Betracht zu bleiben“ gesetzeswidrig ist.

Der zuständige Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz musste aufgrund dieses Erkenntnisses nichts kundmachen, da diese Fassung der Verordnung zum Zeitpunkt der Entscheidung durch den VfGH, bereits außer Kraft getreten ist.

4 Zusammenfassung

Das Coronavirus und die damit verbundene weltweite Pandemie bringen neue gesetzliche Regelungen in das Leben der österreichischen Bürger*innen.

Durch erste Lockerungen der verschärften Maßnahmen im Zeitraum Ostern 2020 bewegte sich Österreich wieder der Normalität zu. Der österreichischen Bevölkerung stand es ab Mai wieder frei, Handles- und Dienstleistungsbetriebe, Schwimmbäder und Bundesgärten zu betreten und zu besuchen.

Im Sommer 2020 konnte die Maskenpflicht weitgehend aufgehoben werden, lediglich in öffentlichen Verkehrsmitteln, im Gesundheitsbereich und in Betrieben, wo ein Mindestabstand von einem Meter nicht gegeben ist, musste weiterhin ein Mund-Nasenschutz getragen werden.

Nach vereinzelt Clusterbildungen in den Sommermonaten reagierten die Landesregierungen mit unterschiedlichen Verschärfungen. Daraufhin entschloss sich die Bundesregierung zu einer Maskenpflicht in allen Betrieben, welche ein Muss für das öffentliche Leben darstellen.

Im Juli 2020 erklärte der Verfassungsgerichtshof die allgemeinen Ausgangsbeschränkungen während des Lockdowns und die damit verbunden Geldstrafen als rechtswidrig. Weitere Erkenntnisse des VfGHs wurden in diesem Monat bekannt.

Auch wenn viele gewohnte Dinge des täglichen Lebens ruhend gestellt werden, zeigt sich anhand der Erkenntnisse des Verfassungsgerichtshof, dass es einen wirksamen Schutz gegen gesetzeswidrige Maßnahmen gibt.

Es zeigte sich, dass einige Staatsbürger*innen das Recht auf Prüfung einzelner Normen durch den Verfassungsgerichtshof wahrgenommen haben.

Mit den steigenden Infektionszahlen gehen auch die Maßnahmen der Bundesregierung einher. So befand sich Österreich mit Anfang November vorerst

in einem sanften Lockdown darauffolgt aber ein Wechsel zwischen einem generellen Zusperrern und einer teilweisen Öffnung des Handels und der Dienstleistungsbetriebe. Mithilfe von Massentestungen soll die Normalität wieder mit Ende Jänner 2021 hergestellt werden, dies verkündete die Bundesregierung noch vor Weihnachten 2020.

In der vorliegenden Arbeit wurde zum Thema „Ist der Rechtsschutz anhand ausgewählter Beispiele in Österreich effektiv“ recherchiert.

Es geht hervor, dass jedermann gegen Maßnahmen der öffentlichen Aufsicht vorgehen kann, wenn er sich in seinen Rechten beschnitten fühlt. Ein solches Vorgehen kann durch Beschwerden oder Einspruch bei der zuständigen Verwaltungsbehörde, oder durch Vorlageantrag bei einem zuständigen Landesverwaltungsgericht rechtmäßig werden. Durch Beanstandung der Maßnahmen, kann es zum Ergebnis kommen, dass sich der Instanzenzug bis zu einem Höchstgericht zieht.

Allen Staatsbürger*innen in Österreich steht das Recht zu, Normen überprüfen zu lassen. Die Höchstgerichte, sprich der Verfassungsgerichtshof und der Verwaltungsgerichtshof, sind nicht an Entscheidungen der Regierung gebunden. Sie haben die Pflicht, Gesetze und Jedermann in Österreich ist berechtigt einen Individualantrag an ein Höchstgericht zu stellen, sobald er in seiner höchstpersönlichen Rechtssphäre beeinträchtigt wird.

Verordnungen zu überprüfen.

Die Forschungsfrage, ob der Rechtsschutz anhand ausgewählter Beispiele auch in der Covid.19 Krise effektiv ist, ist somit mit einem Ja zu beantworten.

Unter dem Blickwinkel einer Regierung, die nur das Beste für ihre Bevölkerung möchte und alle Gesetze mit bestem Wissen und Gewissen beschließt, ist es dennoch wichtig, einen unabhängigen Machtbereich in einer Demokratie zu verankern.

Damit sind die Höchstgerichte gemeint, welchen die Aufgabe der negativen Gesetzgebung zuteilwird. Sie sind befähigt, Fehler und gesetzeswidrige Normen der Bundesregierung aufzuheben, und das Recht der Österreicher*innen zu schützen.

In den Fällen der einzelnen Verwaltungsübertretungen kann jedermann, der aktiv betroffen ist, Einsprüche und Beschwerden gegen das angezeigte Verhalten erheben, welches durch ein Organ der öffentlichen Sicherheit zutage trat.

Sollte ein Bürger, eine Bürgerin erkennen, dass eine Norm als gesetzes- oder verfassungswidrig anzusehen ist, muss derjenige persönlich von dieser Norm betroffen sein, um einen Antrag vor einem Höchstgericht auf Überprüfung stellen zu können.

In verschiedenen Fällen zeigt sich, dass der Rechtsschutz ausgeweitet werden könnte, dass jedermann eine solche Überprüfung, auch ohne Eingriff in die höchstpersönliche Rechtssphäre, veranlassen kann.

Eine derartige Überprüfung beim VfGH oder VwGH anzuzeigen, ist der-

zeit nur allen Organen der Gerichte und Verwaltungsbehörden sowie allen Bürger*innen mit maßgebendem persönlichem Bezug gestattet.

Eine Rechtsänderung würde aber maßgebende Veränderungen mit sich tragen und eine rasche und schnelle Abhandlung und Überprüfung der tatsächlich stark eingreifenden Normen in die Rechte der Staatsbürger*innen würde möglicherweise darunter leiden.

Es ist daher legitim, dass gewisse Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um einen Antrag an ein Höchstgericht stellen zu können.

Allenfalls würde sonst die Institution der Höchstgerichte mit den Aufgaben der österreichischen Straf-, Zivil- und Verwaltungsgericht verschwimmen.

Durch die Schritte der Regierung werden viele Österreicher*innen das Bedürfnis haben, sich gegen gewisse Verwaltungsübertretungen und auch gegen Eingriffe in ihre Grundrechte zu wehren.

Dafür kommt der in Österreich fest verankerte Rechtsschutz zum Tragen, er schützt die Rechte der Bürger*innen und gibt ihnen die Möglichkeit sich Gehör bei den zuständigen Behörden und Gerichten zu verschaffen.

Die Lage in Österreich hängt von den Zahlen der Infektionen des Coronavirus abhängt.

Ob und in welchem Ausmaß die Notwendigkeit für neue gesetzliche Regelungen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie besteht, geben die Zahlen der positiv Getesteten an. In jedem Fall zeigt sich, dass der Rechtsschutz mit jedem Fortschreiten der Ausbreitung des Coronavirus in Österreich gegeben ist. Für Bürgerinnen und Bürgern ist sichergestellt, dass sie ihre Rechte vor einem österreichischen Gericht geltend machen können.

Sollte es kurzfristig nicht möglich sein, Verhandlungen vor einer Institution aufgrund des Coronavirus zu führen, werden dafür Regelungen von der Regierung kundgemacht.

Man kann davon ausgehen, dass die Regierung die Rechte der Bürger*innen wahrt, dies zeigte sich auch im Lockdown im Frühjahr 2020, wo Verordnungen zu verlängerten Fristen und Möglichkeiten zum Einsatz von Hilfsmitteln der Bild- und Tonübertragung bei Verhandlung von der Regierung beschlossen wurden.

Literatur

- Adamovich, L.; Funk, B.; Holzinger, G. & Frank, S: (2017). Österreichisches Staatsrecht. 2. Auflage. Wien: Springer Verlag.
- Öhlinger, T. & Eberhard, H. (2019). Verfassungsrecht. 12. Überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Bundeskanzleramt. Grundrechte der Europäischen Union (2019).
Verfügbar unter <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/verfassung/grund-und-menschenrechte/grundrechte-europaeischen-union.html> [26.09.2020]
- Kleine Zeitung. Illegaler Krampuslauf (2020). Verfügbar unter: Illegaler Krampuslauf: Krampus attackierte Tiroler Polizisten mit Rute « kleinezeitung.at [20.12.2020]

- ORF. Die Regeln seit 26. Dezember (2020). Verfügbar unter <https://orf.at/corona/stories/3194730/> [05.01.2021]
- Bundesgesetz vom 14. März 1968 zur Bekämpfung der Tuberkulose (Tuberkulosegesetz) BGBl. Nr. 127/1968
- Bundesgesetz betreffend vorläufiger Maßnahmen zu Verhinderung und Verbreitung von Covid-19 (Covid-19-Maßnahmengesetz), BGBl. I Nr. 12/2020
- Epidemiegesetz 1950 (EpiG), in den Fassungen: BGBl. Nr. 186/1950, BGBl. I Nr. 23/2020
- Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend der Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Verbreitung von Covid-19 ergriffen wurden (Covid-19-Lockerungsverordnung – Covid-19-LV) in den Fassungen: BGBl. II Nr. 197/2020; BGBl. II Nr. 207/2020; BGBl. II Nr. 231/2020; BGBl. II Nr. 266/2020, BGBl. II Nr. 455/2020
- Verordnung des Bundesministers für Soziales Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 Covid-19-Maßnahmengesetzes (Verordnung gemäß § 2 Z 1 des Covid-19-Maßnahmengesetzes) BGBl. II Nr. 98/2020
- Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung einer Notsituation auf Grund von Covid-19 getroffen werden (Covid-19-Notmaßnahmenverordnung – Covid-19-NotMV), in den Fassungen: BGBl. II Nr. 479/2020, BGBl. II Nr. 566/2020
- Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über die Einhebung von Geldstrafen mit Organstrafverfügung nach dem Epidemiegesetz 1950 und dem Covid-19-Maßnahmengesetz, BGBl. II Nr. 152/2020
- Österreichischer Verfassungsgerichtshof: V 411/2020-17 vom 14. Juli 2020

E-Health und Covid-19: Was war möglich?

Autor*innen: Markus LANG¹, Johann STESZGAL, Sarah ALDRIAN, Nadine GRAF²

Institutionen: ¹FH-Joanneum, Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege, Graz, ²Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld

Kurzfassung

Die Auswirkungen der Covid-19-Krise auf die Nutzung von E-Health stand im Fokus der Studie „E-Health und Covid-19, Was war möglich?“, die interdisziplinär von der FH-Joanneum und der FH Burgenland durchgeführt wurde. Im Rahmen von vier Lehrveranstaltungen wurden 147 StudentInnen mittels Online-Fragebogen befragt.

Ein zentrales Ergebnis der Studie ist, dass E-Health sowohl für das Gesundheitspersonal als auch PatientInnen als hilfreich erachtet wird, um in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung Prozesse in der-Krise optimieren zu können. Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass viele E-Health Applikationen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen im Einsatz sind, wobei ein Ausbau und eine Weiterentwicklung von E-Health-Angeboten dringend notwendig erscheint. Einerseits gibt es Bedarf in der Weiterbildung der betroffenen ProfessionistInnen in Hinblick auf E-Health-Anwendungskompetenzen. Andererseits besteht auch Bedarf in der (Weiter-)Entwicklung und dem flächendeckenden Einsatz von E-Health-Technologien in der Gesundheitsversorgung, insbesondere der Vernetzung von E-Health-Anwendungen.

1 Einleitung

Die voranschreitende Digitalisierung beeinflusst alle Bereiche der Gesellschaft, auch die Gesundheitsversorgung (Egbert et al., 2019, S. 1; Reichel und Reichel, 2019, S. 1). Rasche technische Entwicklungen führen zu Veränderungen in der Versorgung von PatientInnen und Gemeinschaften (Brown et al., 2020, S.451). Mit der Covid-19-Krise ging im Gesundheitswesen in Österreich ein massiver Digitalisierungsschub einher. In vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung wurden E-Health-Anwendungen forciert und eingesetzt, um die Gesundheits- und Pflegeprozesse unter den herausfordernden Bedingungen so gut wie möglich zu unterstützen (Austrian Health Forum, 2020).

Beispiele zum Einsatz von Digitaltechnik zur Unterstützung des Gesundheitssystems sind die Meldung positiver Covid-19-Tests durch Laboratorien, Chatbots zur Information über Covid-19 oder auch Zuschüsse für Unternehmen (Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft, Österreich, 2020, S.5).

Im Rahmen der 58. World Health Assembly der World Health Organisation im Jahr 2005 wird E-Health als kostengünstiger und sicherer Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien, um die allgemeine Gesundheit zu fördern, beschrieben (WHO, 2005, S.109). Aktuell sind von IT-gestützten Vorsorgesystemen bis zu den CDS- Clinical Decision Support Systemen sehr viele Applikationen in Entwicklung, die das Gesundheitswesen in der Zukunft prägen werden.

Trotz voranschreitender Digitalisierung im Gesundheitswesen gibt es bezüglich E-Health Anwendungen in der Pflege noch Unterschiede in der Verfügbarkeit von tatsächlich Angewandtem und Wünschenswertem (Hüßers et al., 2017). Als Beispiel wird hierbei die fehlenden digitalen Verbindungen zwischen Versorgungssystemen, insbesondere für PatientInnen mit chronischen Erkrankungen angeführt.

Digitalisierung bietet auch wirksame Möglichkeiten im Kampf gegen Covid-19 durch beispielsweise den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI), Supercomputern durch deren Kapazitäten Ausbreitungsmuster zu erkennen oder im Zusammenhang mit Pflege menschliche Interaktion durch Pflegeroboter zu beschränken (Europäische Kommission, 2020).

Das Projekt E-Health und Covid-19 hat zum Ziel, herauszufinden, welche Erfahrungen die Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung im Rahmen von Covid-19 im Kontext von Gesundheitsversorgung und E-Health gemacht haben. Ein interdisziplinäres Team aus den Bereichen Gesundheit und Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), untersuchte im Rahmen dieses Projektes, welche Relevanz E-Health für die Studierenden in der Zeit von Covid-19 hat, sowie deren Einstellungen und Sichtweisen über die verschiedenen E-Health-Anwendungen. Zusätzlich soll herausgefunden werden, welche Anregungen und Anforderungen zukünftige AnwenderInnen, diese für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung maßgeblich beitragende Gruppen, an die Ausbildung bezüglich diverser E-Health-Anwendungen haben.

Im Rahmen der verpflichtenden Praktika im Studium ergeben sich für Studierende von Gesundheitsberufen, insbesondere der Gesundheits- und Krankenpflege und des Gesundheitsmanagements und der Gesundheitsförderung, in allen Settings des Gesundheitssystems Berührungspunkte mit E-Health Anwendungen. Die verpflichtenden Praktikumseinsätze der Studierenden ermöglichen auch konkrete Erfahrungen in der direkten Anwendung von E-Health-Anwendungen in verschiedensten Bereichen der Gesundheitsversorgung. Im Zentrum der Betrachtung liegen die Erfahrungen und Anregungen

der direkt betroffenen Studierenden im Zusammenhang mit E-Health und Covid-19.

Übergeordnetes Ziel hierbei ist es, E-Health für PatientInnen, GesundheitsdienstleisterInnen und die Gesellschaft besser nutzbar zu machen. Die folgenden Forschungsfragen waren für dieses Forschungsprojekt zentral:

- Welche Erfahrungen machen Studierende in der Zeit von Covid-19 bzgl. E-Health und deren Anwendungsmöglichkeiten im Praktikum?
- Welche Anforderungen haben Studierende als zukünftige AnwenderInnen an E-Health und deren Anwendungsmöglichkeiten?
- Welche Anregungen bzgl. E-Health und deren Anwendungsmöglichkeiten haben Studierende als (zukünftige) AnwenderInnen?
- Welche digitalen Kompetenzen bekommen Studierende in der Ausbildung vermittelt bzw. welche Kompetenzen werden aus deren Sicht benötigt?

In diesem Artikel werden die Ergebnisse der quantitativen Studie hinsichtlich der ersten Forschungsfrage dargestellt und die Bedeutung von E-Health-Anwendungen während der Pandemiesituation wie jene der letzten Monate diskutiert.

2 Methodik

Im Rahmen einer quantitativen Studie mittels Online-Fragebogen wurden die gestellten Forschungsfragen untersucht. Befragt wurden Bachelorstudierende der Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) im dritten und fünften Semester der FH Burgenland und der FH Joanneum und Bachelorstudierende des Studiengangs Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung (GMF) im dritten Semester der FH Burgenland. Der Fragebogen wurde via E-Mail an die Studierenden ausgesandt. Es handelt sich um eine Vollerhebung. Der Zeitraum der Befragung betrug insgesamt drei Monate (September 2020 bis November 2020). Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und anonym. Insgesamt nahmen 174 Studierende an der Umfrage teil. Die erhobenen Daten wurden in die statische Software SPSS transferiert. Zur Analyse der Daten wurden deskriptive statistische Verfahren angewendet. Die Daten aus offenen Fragen wurden anhand eines generellen induktiven Ansatzes analysiert (Thomas, 2006). Die Kommentare aus den offenen Fragen wurden von den Forschern Lang und Steszgal mehrmals gelesen und auf gemeinsame Themen untersucht und gruppiert.

2.1 Fragebogenentwicklung

Um die Forschungsfragen zu den Erfahrungen und Anregungen der Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) sowie von Gesundheits-

management und Gesundheitsförderung (GMF) zu beantworten, wurden zwei Online-Fragebogen mittels LimeSurvey© Version 3.23.3 entwickelt. Ein Fragebogen für die Befragung von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege und ein weiterer für die Befragung von Studierenden des Studiengangs Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung.

Zur Fragebogenkonstruktion wurde eine umfassende Literaturrecherche zu den Themen Covid-19, E-Health, Digitalisierung und Gesundheitsberufen (insbesondere der Pflege) durchgeführt. Zudem wurden KollegInnen im akademischen Umfeld zu Rate gezogen. Die Erstversion des Fragebogens durchlief einen Reviewprozess durch FachexpertInnen in den Gebieten E-Health, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Qualitätsmanagement. Diese FachexpertInnen inkludierten Studiengangsleitungen, LektorInnen und ExpertInnen aus dem Bereich der quantitativen Fragebogenentwicklung. Basierend auf diesen Rückmeldungen wurde der Fragebogen überarbeitet. Des Weiteren wurde den Studierenden in den Lehrveranstaltungen beider Bildungsinstitutionen die Ziele des Forschungsvorhabens erklärt und Zeit zur Bearbeitung des Surveys zur Verfügung gestellt.

Der Survey für die Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltete Fragen zu Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen im Zusammenhang mit den verpflichtenden Berufspraktika. Der Survey für die Studierenden von Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung beinhaltete hingegen keine Fragen zu E-Health Anwendungen in den Berufspraktika, da die Studierenden zu diesem Zeitpunkt noch keine einschlägigen Berufspraktika absolviert hatten.

Beide Surveys enthielten sowohl geschlossene als auch offene Fragen. Letztere sollten den Teilnehmenden zusätzliche Möglichkeiten bieten ihre Meinungen und Anregungen zu E-Health Anwendungen mitzuteilen. Der Fragebogen enthielt drei Themenblöcke: sozio-demographische Daten (1), Erfahrungen der Studierenden zu E-Health Anwendungen während Covid-19 im Zusammenhang mit Berufspraktika (Gesundheits- und Krankenpflege) bzw. Erfahrungen zur Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung und Prävention im Zusammenhang mit Covid-19 (Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung) (2), und Anregungen der Studierenden zu E-Health und Digitalisierung und Covid-19 bedingten Veränderungen (3).

2.2 Beschreibung der Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit dieser Studie bilden 200 Studierende der FH-Joanneum und der FH Burgenland. Diese setzt sich aus 160 Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege im dritten und fünften Semester beider Institutionen und 40 Studierende der Studienrichtung Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung der FH Burgenland zusammen. Von den 160 Studierenden entfallen 139 Personen auf die FH-Joanneum (72 Studierende des dritten Semes-

ters, 67 Studierende des fünften Semesters) und 21 Studierende aus dem dritten Semester, auf die FH Burgenland.

Von diesen 200 Personen haben 147 Studierende an der Befragung teilgenommen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 73,5%. Die Rücklaufquote bei den Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege betrug 71%. Die der Studierenden aus Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung 83%.

Hinsichtlich der Bildungseinrichtung entfielen 92 befragte Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege auf die FH-Joanneum und 22 Studierende auf die FH Burgenland. Davon befinden sich 66 Studierende im dritten und 48 Studierende im fünften Semester. Zudem nahmen 33 Studierende des dritten Semesters aus dem Studiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung der FH Burgenland teil.

In den Abbildungen 1 und 2 sind die Geschlechter- und Altersstruktur der Studienteilnehmenden dargestellt. Rund 81 Prozent (91 Personen) der GuK-Studierenden 70 Prozent der GMF-Studierenden sind weiblich. Die meisten befragten Studierenden (81,6 Prozent) können der Altersgruppe der 18-24-Jährigen zugeordnet werden.

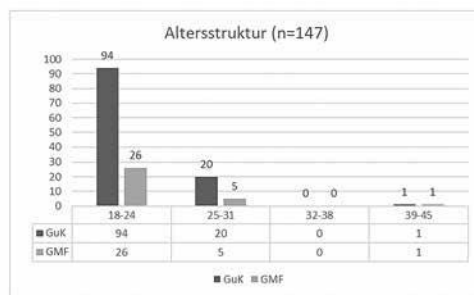
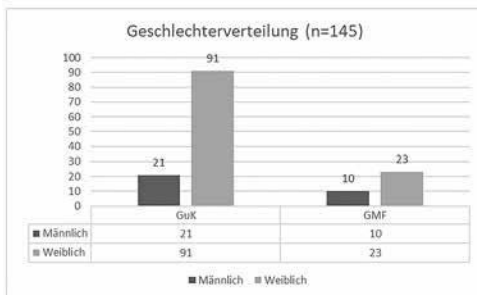


Abbildung 1: Geschlechterstruktur (n=145) Abbildung 2: Altersstruktur (n=147)

3 Ergebnisse / Praxisbezug

Die Settings in denen die Studierenden Erfahrungen mit E-Health Anwendungen sammeln konnten, sind in Abbildung 3 dargestellt. Bis auf neun Personen haben alle Befragten angegeben, bereits Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen in einem Bereich gemacht zu haben. Von den befragten Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege gaben 71,9 Prozent an, Erfahrungen im Akutspital gesammelt zu haben, 28,1 Prozent konnten bisher keine Erfahrungen in diesem Setting machen. Weiters haben 21,1 Prozent der befragten GuK-Studierenden Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen in Pflegeheimen gemacht. Viele GuK-Studierenden konnten des Weiteren in Rehabilitationseinrichtungen (14,9 Prozent), in der Hauskrankenpflege (10,5 Prozent) und in Ambulanzen (9,6 Prozent) Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen sammeln.

Bei den GMF-Studierenden haben mehr als die Hälfte angegeben (57,6 Prozent), dass sie als Privatpersonen Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen machen konnten. Weitere Settings, in denen dies möglich war, sind Ambulanzen (24,2 Prozent), im Akutspital (12,1 Prozent) und in der Gesundheitsförderung (12,1 Prozent). Neun der befragten GMF-Studierenden haben angegeben keine Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen gemacht zu haben.

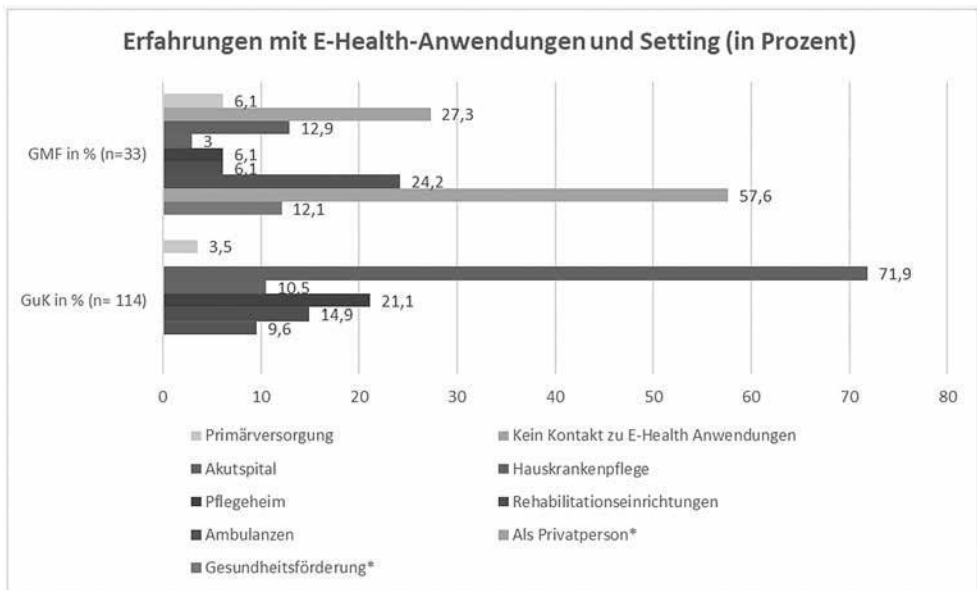


Abbildung 3: Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen und Setting (in Prozent); *nur Befragte der Studienrichtung GMF

Die befragten GMF-Studierenden konnten mit folgenden E-Health-Anwendungen Erfahrungen sammeln (Abbildung 4): Kommunikationsmedien (16 Personen), Gesundheits-Apps (14 Personen), Dokumentationsmedien (5 Personen), Assistenzsysteme und Telemedizin (je 1 Person). Mit den anderen erfragten E-Health-Anwendungen (Einsatzplanung und Mobilitätslösungen) konnten die befragten GMF-Studierenden keine Erfahrungen sammeln.

Der Großteil der befragten GuK-Studierenden konnten in den Praktika Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen machen (Abbildung 5). Nur eine Person gab an, dass sie keinen Zugang zu E-Health-Anwendung hatte. Mehr als die Hälfte konnte vor allem Erfahrungen mit Dokumentationsmedien machen. Wie aus der untenstehenden Grafik hervorgeht, standen auch E-Health Anwendungen im Bereich der Kommunikationsmedien, der Mobilitätslösungen, der Einsatzplanung und der Assistenzsysteme zur Verfügung. Einige GuK-Studierende konnten auch in den Bereichen Telemedizin, Elektronische Krankmeldung und mit Gesundheits-Apps Erfahrungen sammeln.

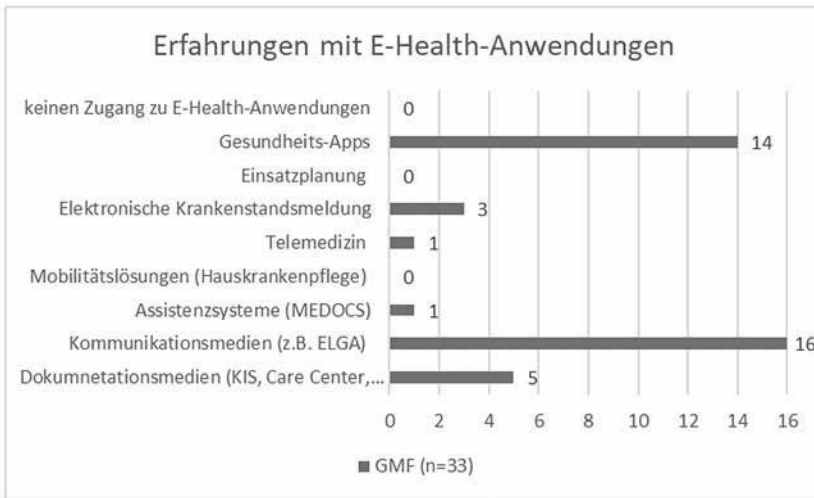


Abbildung 4: Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen (GMF-Studierende; n=33)

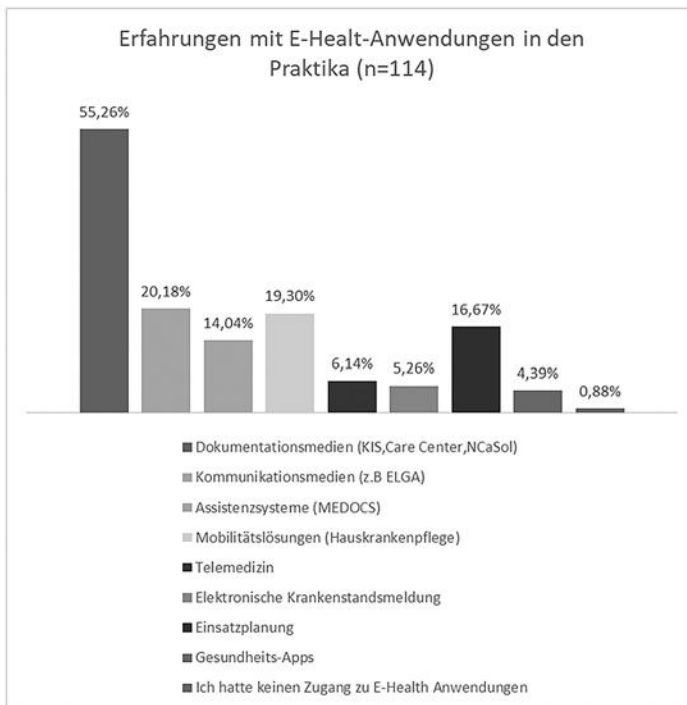


Abbildung 5: Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen (GuK-Studierende; N=114)

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden die Studierenden auch danach gefragt, wie sie die digitalen Kompetenzen des Personals in Gesundheitsberufen

einschätzen. Wie den Abbildungen 6 und 7 zu entnehmen ist, werden die digitalen Kompetenzen der ApothekerInnen, des administrativen und ärztlichen Personals und der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege von mehr als 50% der befragten GMF-Studierenden als gut und sehr gut eingeschätzt. Die digitalen Kompetenzen des Personals der Physiotherapie und der PraktikantInnen wird von den meisten befragten GMF-Studierenden als mittelmäßig oder weniger gut eingeschätzt.



Abbildung 6: Einschätzung der GMF-Studierenden (n=33): Digitale Kompetenzen des Personals in Gesundheitsberufen

Zu einer ähnlichen Einschätzung kamen auch die befragten GuK-Studierenden. Auch sie sprachen dem administrativen und ärztlichen Personal und der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege Großteils gute und sehr gute digitale Kompetenzen zu.

Die Studierenden wurden zur ihrer Einschätzung zur Digitalisierung in der Medizinischen und Pflegerischen Versorgung befragt (Abbildung 8, Abbildung 9). Die befragten GMF-Studierenden stimmen zu, dass die Digitalisierung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung hilfreich ist, um dem Personal Zeit zu sparen (28 Personen), um Arbeitsprozesse zu optimieren (30 Personen) und zur beruflichen Vernetzung (26 Personen). („Stimme ich voll und ganz zu“, „stimme ich größtenteils zu“, „stimme ich teilweise zu“ werden zu „stimme zu“ zusammengefasst.) Sie sind des Weiteren der Meinung, dass diese dazu beitragen das Ansteckungsrisiko in der PatientInnenversorgung zu reduzieren (25 Personen), pflegende Angehörige zu entlasten (14 Personen), die Lebensqualität von PatientInnen zu erhöhen (24 Personen), die Qualität von Therapie (18 Personen) und Diagnosen (24 Personen) zu erhöhen und die Selbstständigkeit von PatientInnen zu verbessern (19 Personen).

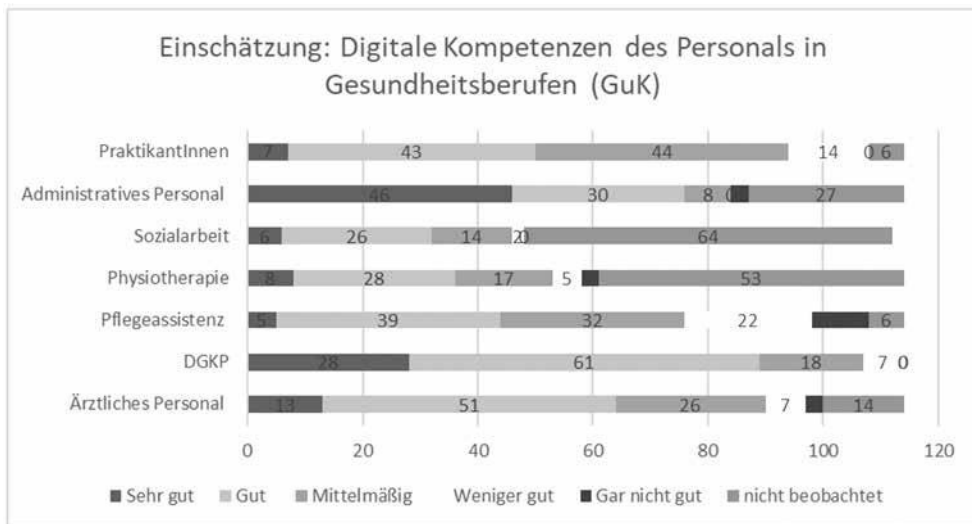


Abbildung 7: Einschätzung der GuK-Studierenden (n=114): Digitale Kompetenzen des Personals in Gesundheitsberufen

GuK-Studierende schätzen die Aussagen etwas anders ein. Die meisten befragten Studierenden scheinen der Digitalisierung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung skeptischer gegenüberzustehen als GMF-Studierende. Am meisten Zustimmung erfahren die Punkte, dass Digitalisierung dazu beitragen kann das Ansteckungsrisiko zu reduzieren (42 Personen), pflegende Angehörige zu entlasten (40 Personen), die Partizipation von PatientInnen / BewohnerInnen zu ermöglichen (40 Personen) und deren Selbstständigkeit zu verbessern (41 Personen).

Als Beispiele bezüglich der Zeitersparnis wurden in den offenen Fragen dabei die elektronische Fieberkurve (e-FK), lesbare Medikamentenverordnungen und digitale Blutzuckermessgeräte, welche die Messdaten automatisch in die Pflegedokumentation übertragen, nachdem das PatientInnenarmband gescannt wurde, genannt.

Zudem sei die Digitalisierung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung hilfreich, um Arbeitsprozesse durch eine einfachere und schnellere Auswertung bzw. Überprüfung von Arbeitsabläufen und klare, übersichtliche Aufgabenverteilung zu optimieren. Auch in diesem Zusammenhang wurde das Beispiel e-FK genannt: Fehler können durch lesbare Aufzeichnungen vermieden werden. Zudem ist ein effizienteres Arbeiten für das Pflegepersonal möglich, da diese bei Leseschwierigkeiten von Handschriften nicht mehr nachfragen müssen. Arbeitsprozesse seien des Weiteren durch die digitalisierte Dokumentation transparenter, da diese dadurch besser nachvollziehbar sind, durch Zweitmeinungen optimiert und vom System automatisch überprüft werden können.

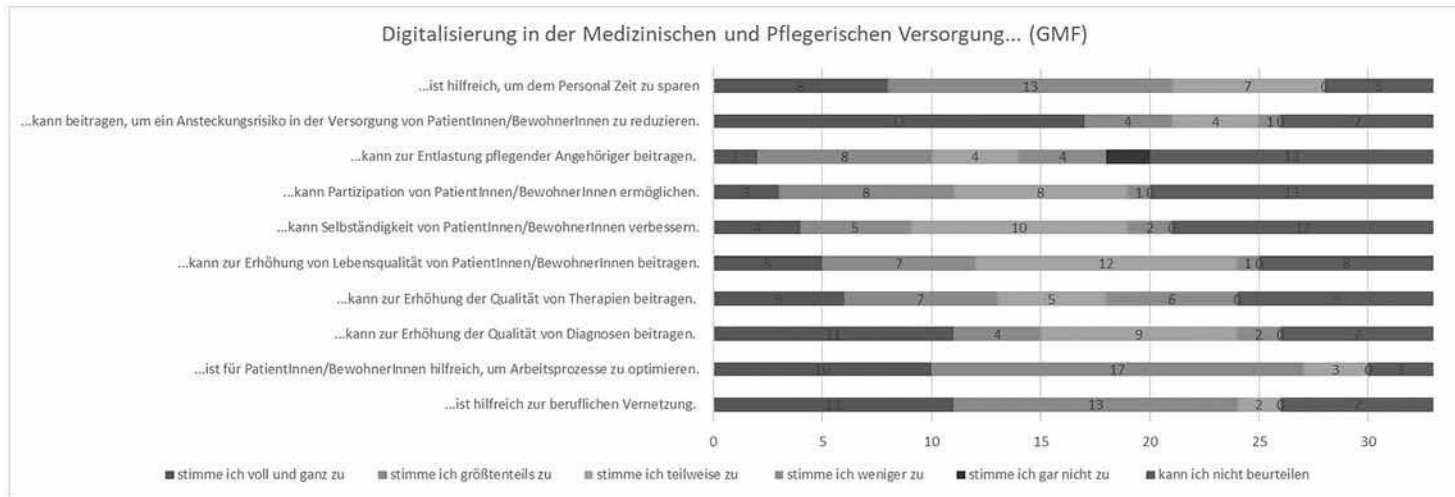


Abbildung 8: Einschätzung: Digitalisierung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung (GMF; n=33)

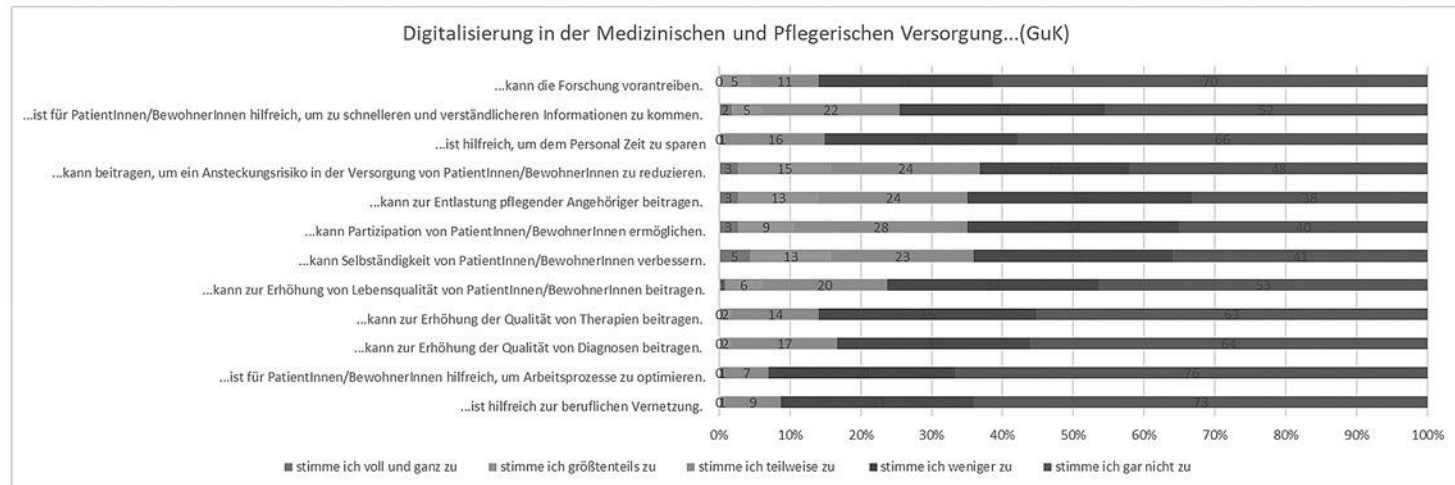


Abbildung 9: Einschätzung: Digitalisierung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung (GuK; n=114)

Für die befragten Studierenden bringen die Entwicklungen des Digitalisierungsbereichs in der medizinischen und pflegerischen Versorgung vor allem Verbesserungen in der Kommunikation mit den PatientInnen und pflegebedürftigen Personen. PatientInnen können besser informiert und durch digitalisierte Assessments würden wichtige Aspekte der PatientInnenversorgung nicht übersehen werden. Zudem kann die Kommunikation mit Angehörigen auch in Zeiten von BesucherInneneinschränkungen bzw. –verboten aufrechterhalten werden.

Des Öfteren wird von den befragten Studierenden auch die Fehlervermeidung durch digitalisierte Dokumentation und Prozesse genannt.

Die Digitalisierung unterstütze auch das Personal in der beruflichen Vernetzung, beispielsweise dadurch, dass unterschiedliche Berufsgruppen und interdisziplinäre Teams auf die gleichen Informationen zugreifen und sich dadurch besser auf PatientInnen vorbereiten können. Tagesabläufe seien durch digitalisierte Planung besser strukturiert und sowohl für das Personal als auch für die PatientInnen nachvollziehbarer. Das würde vor allem bei PatientInnen weniger Stress verursachen, aber auch das Personal bei der Terminplanung unterstützen und damit Zeit und Ressourcen sparen.

Die Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege wurden auch danach gefragt, inwieweit in den Praktikumsstellen im jeweiligen Arbeitsbereich ausreichend Hardware, Software-Lizenzen und Arbeitsplätze für E-Health-Anwendungen vorhanden waren (Abbildung 10). Wie in dieser Abbildung ersichtlich wurden die Arbeitsplätze für E-Health-Anwendungen diesbezüglich am besten bewertet.

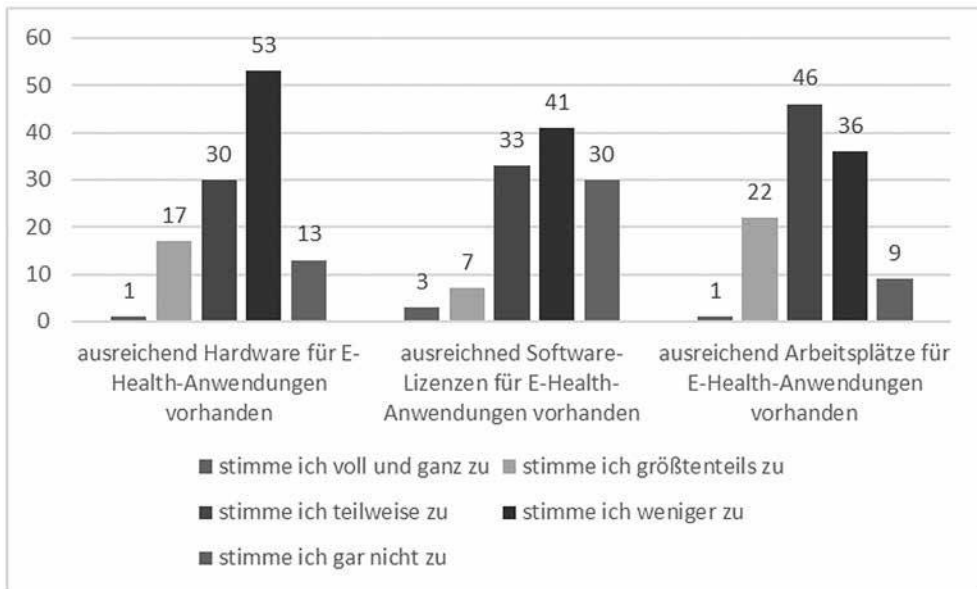


Abbildung 10: In den Praktikumsstellen in meinem Arbeitsbereich waren aus meiner Sicht ... (GuK; n=114)

4 Zusammenfassung, Fazit, Ausblick

Der Gesundheitssektor ist im Bereich der Digitalisierung nicht führend – weder vor noch nach der Covid-19-Pandemie. Trotz vieler verfügbaren E-Health Applikationen hat dieser Bereich sein Potenzial noch lange nicht ausgeschöpft und beginnt erst bruchstückhaft damit, sich in allen Anwendungsbereichen zu entwickeln.

Das belegt auch diese Studie, die auf einer interdisziplinären Zusammenarbeit (Gesundheit/IKT) zweier Fachhochschulen basiert. Die Auswertungen der 147 Fragebögen (von insgesamt 200 StudentInnen) zeigen, dass verschiedene Aspekte der Digitalisierung in der Covid-19-Krise als hilfreich wahrgenommen wurden. Von der Kommunikation der Angehörigen via Tablets über die medizinische Dokumentation bis hin zur Unterstützung von Diagnosen kann E-Health die Prozesse im Gesundheitsbereich in dieser Krise unterstützen. Allerdings ist der Einsatz von E-Health in der Gesundheitsversorgung bei weitem noch nicht ausgereizt. Beispielsweise könnte die Kommunikation mit Angehörigen wie auch zwischen den Berufsgruppen noch wesentlich mehr mit E-Health Anwendungen optimiert werden.

Wie auch in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen durch die Krise deutlich wurde, fehlt es auch im Gesundheits- und Pflegebereich teilweise an der notwendigen technischen Infrastruktur, um E-Health-Anwendungen besser und vermehrt einsetzen und nutzen zu können. Zudem verhindern Medienbrüche zwischen Aufzeichnungen auf Papier (teilweise schlecht leserlich) und IT-Daten sowie fehlende Schnittstellen, dass relevante Informationen zur richtigen Zeit in hoher Qualität zur Verfügung stehen. Hier wäre eine flächendeckende Einführung der elektronischen Fieberkurve wünschenswert.

Weitere Defizite sind bei Digitalisierungskompetenzen der AnwenderInnen im Bereich der tatsächlichen Verwendung von E-Health Anwendungen im Gesundheitsbereich erkennbar. Dadurch entsteht ein weiterer klarer Auftrag für den Weiterbildungssektor in diesem Bereich.

Die Darstellung weiterer Ergebnisse werden in weiteren Studien erwartet.

Zusammenfassend können die Ergebnisse der Studie als Arbeitsauftrag für betroffene Professionisten in der Weiterbildung, der flächendeckenden Implementierung von E-Health Anwendungen und der Entwicklung von neuen Applikationen gesehen werden. Wünschenswert wäre eine vollständige Vernetzung von E-Health Anwendungen, um eine hohe Versorgungsqualität im Gesundheitsbereich sicherstellen zu können

Literatur

Austrian Health Forum (2020) Neue Umfrage: Gesundheit in Zeiten von Covid-19, verfügbar unter: https://www.austrianhealthforum.at/aktuelle_diskussionen/neue-umfrage-gesundheit-in-zeiten-von-covid-19/

- Brown, J., Morgan, A., Mason, J., Pope, N., Bosco, AM. (2020). Student Nurses' Digital Literacy Levels: Lessons for Curricula, *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 38(9), pp. 451–458. Doi: 10.1097/CIN.0000000000000615.
- Europäische Kommission (2020). Digital gegen Corona, verfügbar unter: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/digital_de
- Egbert, N., Thye, J., Hackl, W.O., Müller-Staub, M., Ammenwerth, E., Hübner, U. (2019). Competencies for nursing in a digital world. Methodology, results, and use of the DACH-recommendations for nursing informatics core competency areas in Austria, Germany, and Switzerland. *Informatics for Health and Social Care*, 44(4), pp. 351–375. Doi: 10.1080/17538157.2018.149763
- Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft (DESI) Österreich (2020). Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/scoreboard/austria>
- Hüsers, J., Hübner, U., Esdar, M., Ammenwerth, E., Hackl, W.O., Naumann, L., & Liebe, J D. (2017). Innovative Power of Health Care Organisations Affects IT Adoption: A bi-National Health IT Benchmark Comparing Austria and Germany. *Journal of Medical Systems*, 41(2), 33.
- Reichel, D. K. and Reichel, R. (2019) Digitale Kompetenzen für die Pflege 4.0, p. 21.
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), pp.237–246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- World Health Organization (2005). Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, May 16 –25, 2005. Resolutions and decisions, annex. Geneva: 108–110
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf

E-Health und Covid-19: Was soll bleiben? Was fehlt?

Autoren: Markus LANG¹, Johann STESZGAL²

Institutionen: ¹FH-Joanneum, Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege, Graz, ²Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld

Kurzfassung

Die Covid-19-Pandemie konnte durch den Einsatz von E-Health im Gesundheitsbereich etwas abgefedert werden. Allerdings wurden auch viele Einsatzmöglichkeiten und Optionen offensichtlich, wo E-Health nutzbringend eingesetzt werden könnte. Das steht im Fokus dieser Studie „E-Health und Covid-19, Was soll bleiben? Was fehlt?“, die interdisziplinär von der FH-Joanneum und der FH Burgenland durchgeführt wurde. Im Rahmen von vier Lehrveranstaltungen wurden dazu 200 StudentInnen erreicht, von denen 147 den Fragebogen ausgefüllt haben. Die folgenden Anforderungen an zukünftige Anwendungen wurden dabei besonders hervorgehoben: Benutzerfreundlichkeit, Kommunikationsunterstützung (intern wie extern), Integration in die Arbeitsprozesse und Standardisierung. Verstärkt wurden diese Ausführungen durch Experten, die getrennt davon interviewt wurden und Stellung zu den Wünschen nehmen konnten – mit den gleichen Forderungen als Ergebnis: Ausbau und tiefgreifende Vernetzung von bestehenden und zukünftigen E-Health-Anwendungen sowie E-Health Bewusstseinsbildung bei den Entscheidungsträgern.

1 Einleitung

E-Health Anwendungen können einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung von Gesundheitssystemen beitragen.(Al-Shorbaji, 2013, S. 464) Die aktuelle Covid-19-Pandemie hebt den enormen Stellenwert von digitalen Anlagen und Einrichtungen zur Bewältigung der Krise hervor (Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft, Österreich, 2020, S.2). Speziell für das österreichische Gesundheitssystem hat die Covid-19-Krise gezeigt, dass Digitalisierung essentiell für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung ist (Klemen, 2020). Österreich liegt beim Digital Economy and Society Index (DESI), ein von der Europäischen Kommission entwickeltem Index zur Bewertung der Entwicklung der digitalen Wirtschaft und Gesellschaft mit Platz 13 leicht über dem EU- Durchschnitt. (Abbildung1). Speziell in den Bereichen E-Government und

Humankapital welcher unter anderem digitale Fähigkeiten und Informations- und Kommunikationstechnologiespezialisten beinhaltet, liegt Österreich über dem EU-Schnitt (Bundesministerium Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2020).

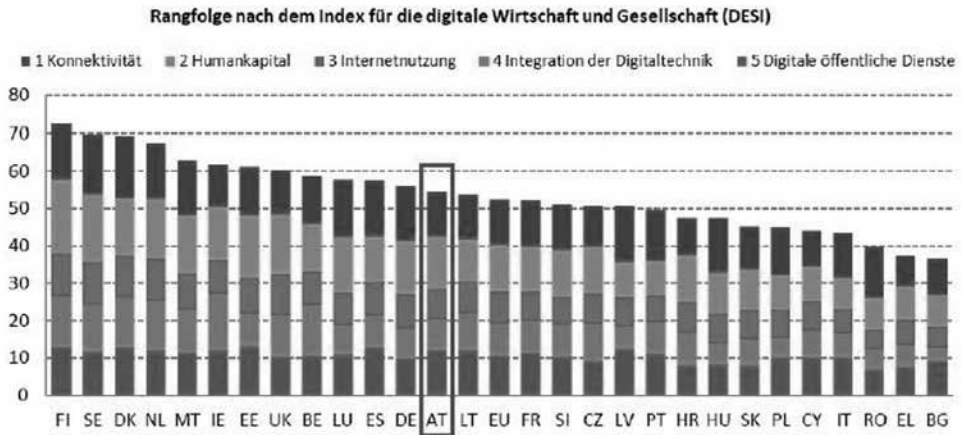


Abbildung 1: Rangfolge nach dem Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft (DESI)

Gemessen am Digital- Health Index welcher den Grad der Digitalisierung im Gesundheitssystem bewertet ist der österreichische Gesundheitssektor im Bereich der Digitalisierung nicht führend (Thiel et al., 2018, S. 232). Jedoch hat der Gesundheitssektor aufgeholt, wurden doch rasch digitale Maßnahmen wie beispielweise digitale Beratung und Information sowie Krankschreibung rasch umgesetzt (Larnhof, 2020). Der Gesundheitssektor ist im Begriff langsam das Potenzial der Digitalisierung auszuschöpfen, wobei in allen Anwendungsbereichen noch genug ‚Luft nach oben‘ gegeben ist. Siehe dazu den aktuellen Digitalisierungsindex aus Deutschland (Abbildung 2), der sich mit der Situation in Österreich vergleichen lässt. (Telekom, 2020).

Das Projekt E-Health und Covid-19 hat zum Ziel, herauszufinden welche Erfahrungen die Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung im Rahmen von Covid-19 im Kontext von Gesundheitsversorgung und E-Health gemacht haben. Ein interdisziplinäres Team aus den Bereichen Gesundheit und Informations und Kommunikationstechnologie (IKT), untersuchte im Rahmen dieses Projektes, welche Relevanz E-Health für die Studierenden in der Zeit von Covid-19 hat, sowie deren Einstellungen und Sichtweisen über die verschiedenen E-Health-Anwendungen. Zusätzlich sollte herausgefunden werden, welche Anregungen

und Anforderungen zukünftige AnwenderInnen, dieser für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung maßgeblich beitragende Gruppen, an die Ausbildung und E-Health-Anwendungen haben.

Der Digitalisierungsindex im Branchenvergleich
Angaben in Indexpunkten

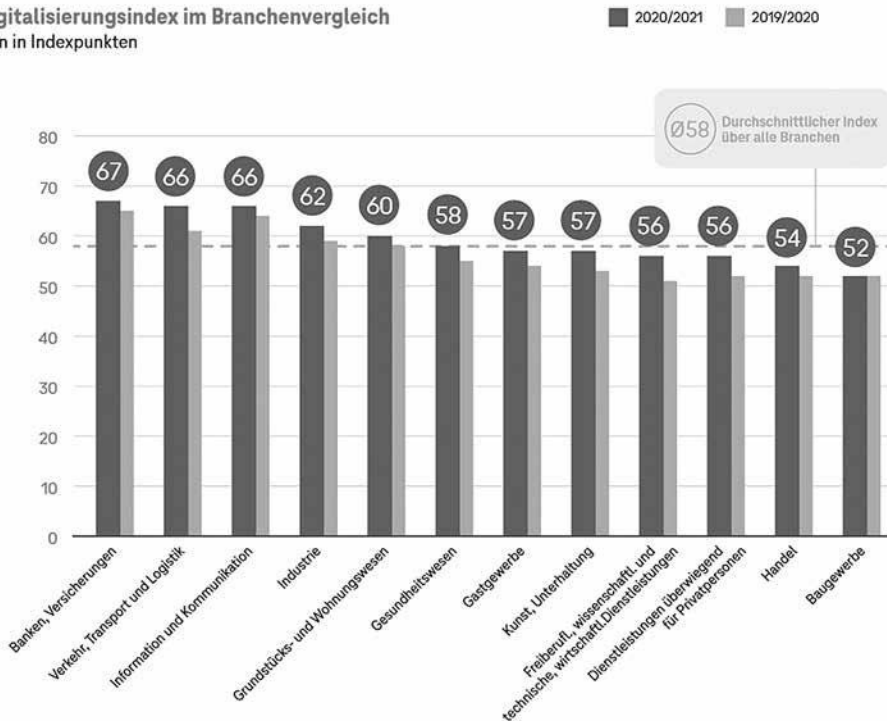


Abbildung 2: Digitalisierungsindex im Branchenvergleich

Im Rahmen der verpflichtenden Praktika im Studium haben die Studierenden von Gesundheitsberufen, insbesondere der Gesundheits- und Krankenpflege und des Gesundheitsmanagements und Gesundheitsförderung die Möglichkeit, in allen Settings des Gesundheitssystems Berührungspunkte mit E-Health Anwendungen zu erfahren. Die verpflichtenden Praktikumseinsätze der Studierenden ermöglichen auch konkrete Erfahrungen in der direkten Anwendung von E-Health Anwendungen in verschiedensten Bereichen der Gesundheitsversorgung. Im Zentrum der Betrachtung liegen die Erfahrungen und Anregungen der direkt betroffenen Studierenden im Zusammenhang mit E-Health und Covid-19.

In weiterer Folge sollen Anforderungen an die Digitalisierungswirtschaft und die Regularien- ErstellerInnen formuliert und mit Expertinnen besprochen werden. Übergeordnetes Ziel hierbei ist es, E-Health für PatientInnen, GesundheitsdienstleisterInnen und die Gesellschaft besser nutzbar zu ma-

chen. Die folgenden Forschungsfragen waren für dieses Forschungsprojekt zentral:

- Welche Erfahrungen machen Studierende in der Zeit von Covid-19 bzgl. E-Health und deren Anwendungsmöglichkeiten im Praktikum?
- Welche Anforderungen haben Studierende als zukünftige AnwenderInnen an E-Health und deren Anwendungsmöglichkeiten?
- Welche Anregungen bzgl. E-Health und deren Anwendungsmöglichkeiten haben Studierende als (zukünftige) AnwenderInnen?
- Welche digitalen Kompetenzen bekommen Studierende in der Ausbildung vermittelt bzw. welche Kompetenzen werden aus deren Sicht benötigt?

In diesem Artikel werden die Ergebnisse der quantitativen Studie hinsichtlich der zweiten und dritten Forschungsfrage dargestellt und die Bedeutung von bestehenden und zukünftigen E-Health-Anwendungen diskutiert.

2 Methodik

Im Rahmen einer quantitativen Studie mittels Online-Fragebogen wurden die gestellten Forschungsfragen untersucht. Befragt wurden Bachelorstudierende der Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) im dritten und fünften Semester der FH Burgenland und der FH-Joanneum und Bachelorstudierende des Studiengangs Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung (GMF) im dritten Semester der FH Burgenland. Der Fragebogen wurde via E-Mail an die Studierenden ausgesandt. Es handelt sich um eine Vollerhebung. Der Zeitraum der Befragung betrug insgesamt drei Monate (September 2020 bis November 2020). Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und anonym. Insgesamt nahmen 174 Studierende an der Umfrage teil. Die erhobenen Daten wurden in die statische Software SPSS transferiert. Zur Analyse der Daten wurden deskriptive statistische Verfahren angewendet. Die Daten aus offenen Fragen wurden anhand eines generellen induktiven Ansatzes analysiert (Thomas, 2006).

Die Kommentare aus den offenen Fragen wurden von beiden Forschern mehrmals gelesen und auf gemeinsame Themen untersucht und als Grundlage für die Experten-Interviews herangezogen. Diese Experten-Interviews wurden mit einem Gesprächsleitfaden von Herrn Steszgal im Dezember 2020 durchgeführt. Als Interviewpartner konnten dazu in der Branche einschlägig bekannte Persönlichkeiten gewonnen werden, die eine umfassende Expertise auf dem Gebiet von E-Health vorweisen können: FH-Prof. DI Dr. Stefan Sauer mann und Mag. Herwig Loidl MBA, MSc.

2.1 Fragebogenentwicklung

Um die Forschungsfragen zu den Erfahrungen und Anregungen der Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) sowie von Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung (GMF) zu beantworten, wurden zwei Online-Fragebogen mittels LimeSurvey© Version 3.23.3 entwickelt. Ein Fragebogen für die Befragung von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege, ein weiterer für die Befragung von Studierenden des Studiengangs Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung.

Zur Fragebogenkonstruktion wurde eine umfassende Literaturrecherche zu den Themen Covid-19, E-Health, Digitalisierung und Gesundheitsberufen (insbesondere der Pflege) durchgeführt. Zudem wurden KollegInnen im akademischen Umfeld zu Rate gezogen. Die Erstversion des Fragebogens durchlief einen Reviewprozess durch FachexpertInnen in den Gebieten E-Health, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Qualitätsmanagement. Diese FachexpertInnen inkludierten Studiengangsleitungen, LektorInnen und ExpertInnen aus dem Bereich der quantitativen Fragebogenentwicklung. Basierend auf diesen Rückmeldungen wurde der Fragebogen überarbeitet. Des Weiteren wurde den Studierenden in den Lehrveranstaltungen beider Bildungsinstitutionen die Ziele des Forschungsvorhabens erklärt und Zeit zur Bearbeitung des Surveys zur Verfügung gestellt. Der Survey für die Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltete Fragen zu Erfahrungen mit E-Health-Anwendungen im Zusammenhang mit den verpflichtenden Berufspraktika. Der Survey für die Studierenden von Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung beinhaltete hingegen keine Fragen zu E-Health Anwendungen in den Berufspraktika, da die Studierenden zu diesem Zeitpunkt noch keine einschlägigen Berufspraktika absolviert hatten.

Beide Surveys enthielten sowohl geschlossene als auch offene Fragen. Letztere sollten den Teilnehmenden zusätzliche Möglichkeit bieten ihre Meinungen und Anregungen zu E-Health Anwendungen mitzuteilen. Der Fragebogen enthielt drei Themenblöcke: sozio-demographische Daten (1), Erfahrungen der Studierenden zu E-Health Anwendungen während Covid-19 im Zusammenhang mit Berufspraktika (Gesundheits- und Krankenpflege) bzw. Erfahrungen zur Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung und Prävention im Zusammenhang mit Covid-19 (Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung) (2), und Anregungen der Studierenden zu E-Health und Digitalisierung und Covid-19 bedingten Veränderungen (3).

2.2 Beschreibung der Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit dieser Studie bilden 200 Studierende der FH-Joanneum und der FH-Burgenland. Diese setzt sich aus 160 Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege im dritten und fünften Semester beider Institutionen und 40 Studierende der Studienrichtung Gesundheitsmanagement und Gesund-

heitsförderung der FH Burgenland zusammen. Von den 160 Studierenden entfallen 139 Personen auf die FH-Joanneum (72 Studierende des dritten Semesters, 67 Studierende des fünften Semesters) und 21 Studierende aus dem dritten Semester, auf die FH Burgenland.

Von diesen 200 Personen haben 147 Studierende an der Befragung teilgenommen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 73,5%. Die Rücklaufquote bei den Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege betrug 71%. Die der Studierenden aus Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung 83%.

Hinsichtlich der Bildungseinrichtung entfielen 92 befragte Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege auf die FH-Joanneum und 22 Studierende auf die FH Burgenland. Davon befinden sich 66 Studierende im dritten und 48 Studierende im fünften Semester. Zudem nahmen 33 Studierende des dritten Semesters aus dem Studiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung der FH Burgenland teil.

In den Abbildungen 3 und 4 sind die Geschlechter- und Altersstruktur der Studienteilnehmenden dargestellt. Rund 81 Prozent (91 Personen) der GuK-Studierenden 70 Prozent der GMF-Studierenden sind weiblich. Die meisten befragten Studierenden (81,6 Prozent) können der Altersgruppe der 18-24-Jährigen zugeordnet werden.

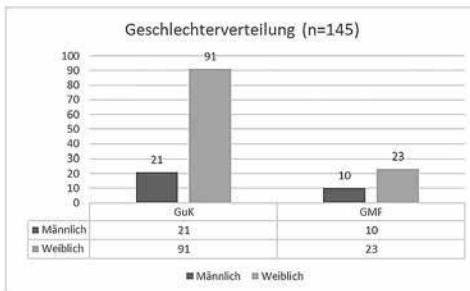


Abbildung 3: Geschlechterstruktur (n=145)
Altersstruktur (n=147)

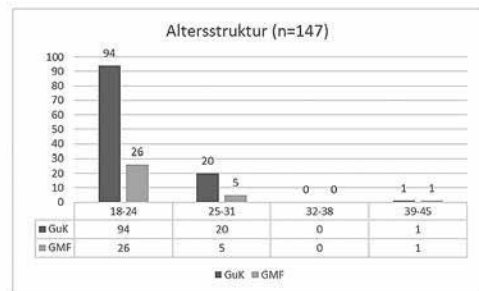


Abbildung 4:

3 Ergebnisse

3.1 Was soll bleiben?

Dazu wurden den StudentInnen eine Vielzahl von offenen Fragen gestellt, die diese auch sehr engagiert beantwortet haben und damit zum Erfolg dieser Studie beigetragen haben. Die folgenden Ausschnitte sind aus der Sicht der Autoren besonders erwähnenswert:

Welche eingesetzten E-Health Anwendungen halten Sie im intramuralen/extramuralen Bereich für sehr geeignet und würden Sie weiterhin einsetzen?

Intramural

Digitale Pflegedokumentation

„dadurch, dass alles nun digital eingetragen wird, erspart man sich die Zeit mit dem ganzen Papierkram und man kann sich ein bisschen mehr den Patienten widmen“

„Die digitale Dokumentation der angewendeten Pflegemaßnahmen oder einen Pflegebericht zu verfassen. Dies machte alles sehr einfach und man konnte sofort erkennen, ob der Patient schon länger über gewisse Verhaltensmuster verfügt oder ob er sich gesundheitlich verschlechtert / verbessert hat.“

„Das Pflegedokumentationssystem war sehr hilfreich, da es übersichtlich war und sehr schnell gegangen ist (Zeitersparnis).“

„Es war immer sehr praktisch, wenn man in der Pflegedokumentation auch die Einträge der anderen Berufsgruppen gesehen hat. Dies hat für jede Person aus dem Pflegepersonal die Arbeit mit den PatientInnen vereinfacht und man wusste sofort, ob sich etwas verändert oder verschlechtert hat.“

„Die Pflegedokumentation kann viel schneller erledigt werden.“

„Daten können durch vorgefertigte Formulierungen schneller eingetragen werden zum Beispiel bei der Pflegeplanung, Transparenz der Pflegeplanung steigt“

Medikamente

„Weiters ist die digitale Medikamentenliste sehr gut, da handschriftliche Verordnungen oft nicht gut leserlich sind und zu (schwerwiegenden) Folgen führen könnte.“

„Medikamentenlisten sind gleich Vorhanden und es können keine Missverständnisse durch unleserliche Schriften entstehen.“

„Medikamente und Erkrankungen sind leserlich abrufbar (Handschrift mancher Mitarbeiter ist oft nicht leserlich in der Fieberkurve)“

„schnellerer Austausch Arzt und Pfleger bei der Verordnung neuer Medikamente“

Extramural:

Virtuelle Besuche

„Pflegeheimbewohner konnten Besuch wenigstens online in Empfang nehmen - jedoch natürlich nicht dieselbe Wirkung“

Welche Covid-19-bedingten Veränderungen in Bezug auf E-Health Anwendungen sollten beibehalten werden?

Kommunikationsmöglichkeiten

- „Videotelefonie für PatientInnen die nicht von ihren Angehörigen besucht werden können.“
- „virtuelle Besuchsmöglichkeiten.“
- „Kontakt zu Angehörigen über Videochats.“
- „mehr virtuelle Kommunikationsmöglichkeiten für Patienten“
- „Mehr Kommunikationsmöglichkeiten“
- „Videochatmöglichkeit mit Angehörigen.“

Medikamente

- „Rezepte werden gleich an die Apotheken geschickt“
- „Medikamentenausgabe in Apotheke wurde verbessert.“
- „E-Rezept und E-Medikation“
- „Ich finde das E-Rezept sehr gut, da man dadurch nicht extra zum Arzt muss und dies für viele Patienten von Vorteil ist.“
- „Medikamentenausgabe in der Apotheke für Angehörige kontaktlos“
- „digitale Rezeptverschreibung“
- „Beim Hausarzt anrufen und Rezepte weiterverordnen lassen und gleich in der Apotheke zum Abholen bereit.“

3.2 Was fehlt?

Hier war die Erwartungshaltung gering, weil die Befragten kaum technischen Hintergrund hatten. Umso bemerkenswerter waren die aus der Sicht der Autoren besonders klaren Aussagen zu den folgenden Fragen:

Die Studierenden wurden eingeladen, zur Frage welche E-Health Anwendungen aus Ihrer Perspektive in der Gesundheitsversorgung in der Covid-19-Krise im intramuralen und extramuralen Bereich gefehlt haben, Anregungen zu teilen. Zentrale Themen hierbei waren Kommunikation, Besuche, Termine und die digitale Fieberkurve. Besonders hervorzuheben sind die Anregungen der Studierenden zu Covid-19 im intramuralen Bereich.

Die folgenden Kommentare aus dem Survey beziehen sich auf den intramuralen Bereich.

Kommunikation und Besuche

- „Kommunikationsmöglichkeiten Zwischen Pat. Und Pflegenden“
- „Virtuelle Kommunikationsmöglichkeiten für Patienten“
- „Bessere Kommunikation im interprofessionellen Bereich.“
- „Möglichkeit der Verbindung mit Angehörigen in der akuten Phase. War nur über „Buschfunk“ meiner Meinung nach möglich.“

- „Die Besuche der Patienten hätten virtuell stattfinden können.“
 „virtuelle Besuchsmöglichkeiten“
 „Mehr virtuelle Kommunikationsmöglichkeiten mit Angehörigen für die Pat.“
 „Möglichkeiten für die Patienten mit ihren Angehörigen zu kommunizieren“
 „im Pflegeheim sollte die Möglichkeit der Digitalen Besuchsmöglichkeiten ausgebaut werden“
 „Die Möglichkeit, dass Patientin mit Beispielsweise Skype, ihre Angehörigen selbstständig jederzeit kontaktieren konnten. Vor allem die ältere Generation ist meist noch nicht im Besitz eines Smartphones – deshalb würde ich es für sinnvoll, vor allem im Langzeitbereich, finden, wenn mehr Möglichkeiten geschaffen werden.“
 „Die Online Terminvereinbarung bei Ärzten.“

Covid-19

- „Covid-19-Programme mit deutlicher Übersicht ob positiv oder negativer Abstrich“
 „bessere evidenzbasierte Information zur Pflege bei Coronapatienten“
 „Evtl. bei Isolierungen von Patienten: direktes Aufleuchten eines Warnhinweises in der EFK bzw. im Dokumentationssystem.“
 „Digitale Anleitungen zum Umgang mit Covid-19.“
 „dass man auf digitalem Weg das Ergebnis eines Corona-Tests erfährt und somit der Patient auch nicht zum Beispiel bei der Aufnahme ewig warten muss, bis er aufgenommen werden darf.“
 „Website mit positiv Corona-getesteten der jeweiligen Station/Einrichtung um dies genau überwachen zu können“ und schnellere Vorschläge zum eingliedern des Schweregrades von Covid.“
 „Um Abstand zu halten, wäre es gut, wenn man einen elektronischen Blutdruckmesser bzw. Puls und Temperaturmesser hätte, den die Pat. selbst benutzen oder der für Pflegepersonal schneller anzuwenden wäre, um die Ansteckungsgefahr zu minimieren – so wie auf einer Smartwatch“
 „Ein Programm, das genauere Informationen über den Patienten in die Covid-19-positiv auf die Station kommt, schneller und übersichtlicher darstellt. Beispielsweise die Informationen und Dokumentationen die im Pflegeheim, aus dem der/die PatientIn kommt.“
 „Bei verdächtig hoher Temperatur, die in den Ambulanzen oder bei der Aufnahme gemessen wurde, wäre eine Anwendung praktisch gewesen, die ein rotes Warnsignal im System angezeigt hätte, um weitere Maßnahmen gut planen zu können.“

Elektronische Fieberkurve

- „elektronische Fieberkurve gibt es nur sehr selten“
 „Die digitale Fieberkurve wäre sehr oft praktisch gewesen.“
 „Elektronische Fieberkurve“

Die Perspektive der Studierenden zum Ausbau von E-Health Anwendungen in Bezug auf die Settings der Gesundheitsversorgung ist in Abbildung 5 dargestellt. Das Setting Pflegeheim wird von den Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege mit 52,6 Prozent als Setting mit dem höchsten Bedarf an Ausbau gesehen. Die Primärversorgung mit 42,1 Prozent und Ambulanzen mit 41,2 werden in weiterer Folge genannt. Die Bereiche von Rehabilitationseinrichtungen mit 37,7 Prozent, Akutspital 36,8 Prozent und die Hauskrankenpflege 31,6 Prozent werden als Settings mit weniger Ausbaubedarf genannt.

Bei den GMF-Studierenden werden Ambulanzen und Pflegeheime mit jeweils 30,3 Prozent und Akutspital mit 27,3 Prozent als Topprioritäten gesehen. In weiterer Folge werden die Bereiche von Rehabilitationseinrichtungen, Primärversorgung, Apotheken und Gesundheitsvorsorge mit jeweils 24,2 Prozent genannt.

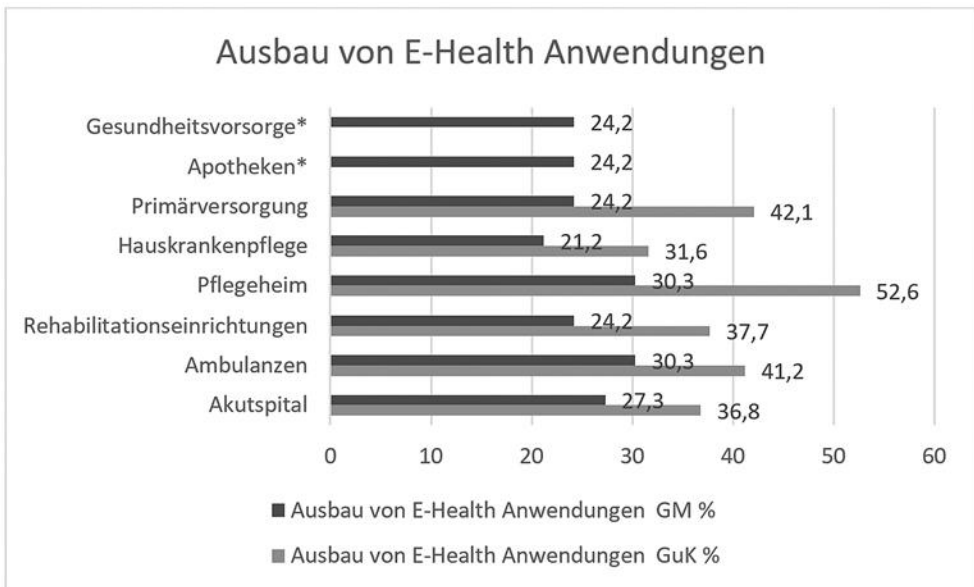


Abbildung 5: Ausbau von E-Health-Anwendungen; *nur Befragte der Studienrichtung GMF

Welche Anforderungen die Studierenden an E-Health Anwendungen in der Gesundheitsversorgung haben, ist in den Abbildungen 6a und 6b dargestellt. Von den Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege werden Benutzerfreundlichkeit (85,1 Prozent), Kollaborationsmöglichkeiten mit anderen Berufsgruppen (81,6 Prozent) und die Integration in Arbeitsprozesse (76,3 Prozent) als höchste Prioritäten gesehen. Einheitliche Standards und Begriffe (70,2 Prozent), Zeitersparnis für Personal (68,4 Prozent) und Kompatibilität mit anderen Systemen (60,5 Prozent) werden in weiterer Folge genannt.

Auch die GMF-Studierenden sehen Benutzerfreundlichkeit als höchste Priorität der Anforderungen an E-Health Anwendungen (75,8 Prozent). Kompatibilität mit anderen Systemen (57,6 Prozent), Zeitersparnis für Personal (54,5 Prozent) und

Einheitliche Standards und Begriffe (45,5 Prozent) folgen als weitere wichtige Anforderungen. Die von den Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege als hoch eingeschätzte Anforderung der Kollaborationsmöglichkeit mit anderen Berufsgruppen wird von den GMF- Studierenden mit 24,2 Prozent angegeben.

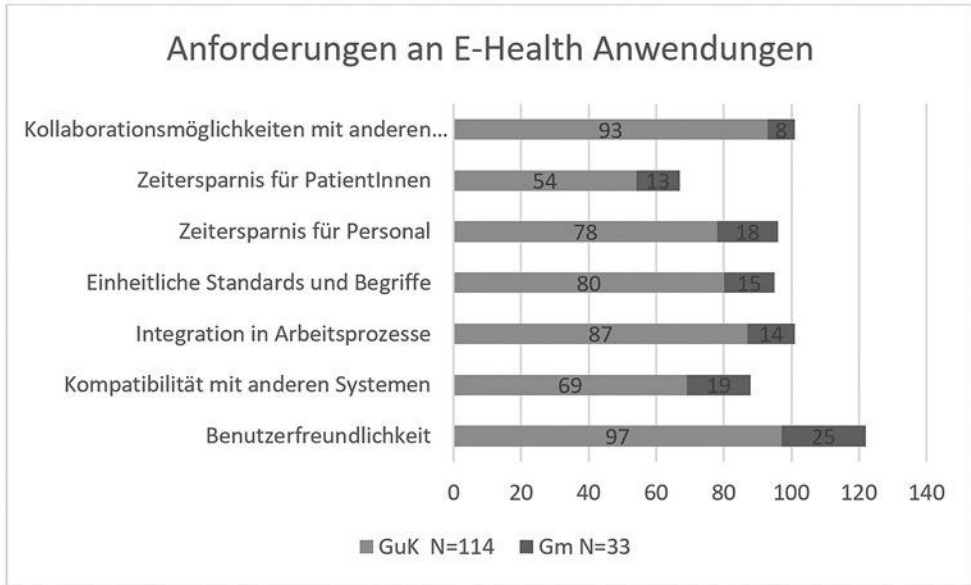


Abbildung 6a: Anforderungen an E-Health-Anwendungen

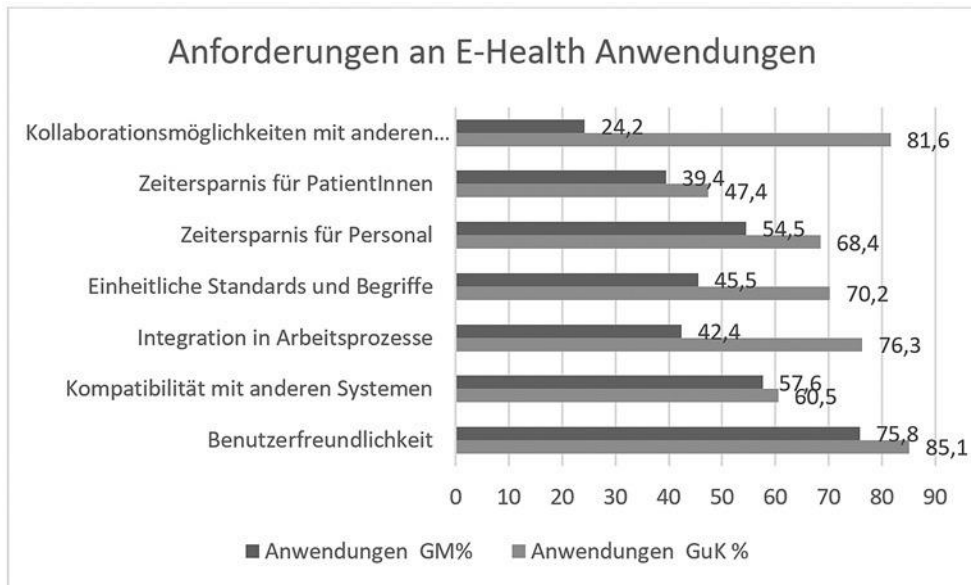


Abbildung 6b: Anforderungen an E-Health-Anwendungen (in Prozent)

Offene Fragen zu den Anforderungen: Thema Technische Probleme

Hierbei auftretende zentrale Themen waren technische Probleme, aber auch als umständlich aufgebaut empfundene Anwendungen sowie eingeschränkte Verfügbarkeit von Computern. Die folgenden Kommentare aus dem Survey heben diese Punkte hervor.

„Im Praktikum im KH wurden mehrfach Daten nicht abgespeichert, weil die Server abgestürzt sind.“

„Auf einer internen Station - Server waren überlastet, kein Zugriff mehr auf Patientendaten, genervtes Personal, große Überforderung.“

„teilweise funktionieren die Anwendungen nicht wie gewünscht und es dauert dann lange, um die benötigten Funktionen zu haben“

„Leider sind auch viele Systeme sehr kompliziert und umständlich aufgebaut, was eine schnelle Handhabung oft erschwert, viele Funktionen müssen gesucht werden“

„Meistens sind nur 2 Computer vorhanden, wovon einer der Stationsleitung zugeweiht ist. Mit einem Computer für das restliche Personal ist es schwer immer sofort alles einzutragen, dadurch ist oftmals die schriftliche Variante die schnellere.“

3.3 Was sagen die Experten?

Folgende Persönlichkeiten konnten für das Interview gewonnen werden:

FH-Prof. DI Dr. Stefan Sauermaun

Studiengangsleiter des Master - Studienganges Medical Engineering & eHealth der FH Technikum.

Key Researcher im Forschungsschwerpunkt „Data-Driven, Smart & Secure Systems“. Tätig in der internationalen Normung, in CEN, ISO und IEEE. Gründungsmitglied der IHE Austria.

Mag. Herwig Loidl MBA, MSc

geschäftsführender Gesellschafter, carecenter Software

Mag. Herwig Loidl, MBA, MSc, Geschäftsführer der carecenter Software GmbH ist seit 30 Jahren marktbestimmend für Innovationen im Sozial-, Pflege- und Gesundheitsbereich. Sprecher der eHealth Experts Gruppe der WKÖ. Vorstandsmitglied der IHE Austria. Mitglied des Austrian Standards Komitee 258

Der Interview-Leitfaden fokussierte auf die folgenden Fragestellungen:

- **Covid-19-Pandemie und E-Health: Was war möglich und soll bleiben?**
- **Covid-19-Pandemie und E-Health: Was fehlt?**
- **Welche Handlungsempfehlungen sind abzuleiten?**

Sauermann: „Als Forscher in der systembezogenen Technik (ELGA, HL7 usw.) sind diese praxisnahen Rückmeldungen der StudentInnen sehr interessant und hilfreich. Sehr schmerzhaft ist es für mich zu sehen, wie hilfreich der aktuelle, über E-Health-Anwendungen verfügbare Covid-19-Teststatus in der täglichen Praxis im Gesundheitswesen gewesen wäre. Das umso mehr, weil technisch alles zur Verfügung gestanden wäre bzw. das sehr einfach möglich ist. Hier fehlt es einfach am Bewusstsein bei den Entscheidungsträgern, was mit E-Health alles möglich ist. So wäre wohl sinnvoll gewesen, bei der Beschaffung der Tests auch eine verpflichtende Eintragung der Testergebnisse in ELGA vorzuschreiben, so wie bei jedem anderen Laborbefund auch. Damit wären diese Ergebnisse entsprechend verfügbar, vor allem bei den behandelnden Ärzt*innen und für die Pflegepersonen.

Genau bei dieser Beschaffung ist aus meiner Sicht auch anzusetzen, um zum Beispiel alle Messgeräte, die medizinische Daten liefern wie z.B.: Blutdruckmessgeräte, Waagen u.ä., verpflichtend mit Schnittstellen auszustatten, damit eine flächendeckende Implementierung der elektronischen Fieberkurve in Österreich schnell umgesetzt werden kann – das ist ja ein zentraler Punkt bei den Rückmeldungen der StudentInnen. Auch hier ist das ‚Mindset‘ bei den Entscheidungsträgern noch nicht genug E-Health-fit.

Abschließend finde ich es sehr interessant, dass die evidenzbasierte Medizin mit massiver E-Health-Unterstützung bei den zukünftigen Kräften im Gesundheitswesen schon so präsent ist und als Chance wahrgenommen wird, das Gesundheitswesen wirklich voranzutreiben. Das ist auch ein Arbeitsauftrag an uns, die auf diesem Gebiet forschen, ELGA und alle anderen E-Health-Netze national und international dorthin zu entwickeln.“

Loidl: „Als Softwarehersteller im Gesundheitswesen freut es mich, dass die StudentInnen die große Bedeutung einer elektronisch verfügbaren Dokumentation sehr schätzen und deren Ausbau forciert sehen möchten! Die Zeit von handschriftlichen, manchmal unleserlichen Aufzeichnungen dürfte nun endlich zu Ende gehen. Gerade die unterschiedlichsten medizinischen Assessments bieten sich hier ebenfalls an, elektronisch dokumentiert zu werden. In Verbindung mit dem Ausbau der interdisziplinären Dokumentation könnte hier aus meiner Sicht eine wirkliche Optimierung im Gesundheitsbereich zur Verbesserung der Volksgesundheit geschaffen werden.

Von den Anforderungen, die seitens der StudentInnen an E-Health-Anwendungen gestellt werden, überrascht die Benutzerfreundlichkeit am wenigstens – ja, da ist in unserer Branche noch einiges umzusetzen, was die intuitive Benutzbarkeit der E-Health-Anwendungen betrifft. Erfreut bin ich, dass bereits diese zukünftige Nutzergruppe die Bedeutung der Kollaboration und Kompatibilität/Standards von E-Health-Anwendungen erkennt und fordert. Hier müssen wir in der E-Health-Gemeinschaft konsequent an der Interoperabilität

arbeiten. Und bei den Entscheidungsträgern muss sich noch festsetzen, dass die IKT-Branche sehr viel Unterstützung bei der Bewältigung von Gesundheitsfragen leisten kann. Dann sollte eine ‚Zettel-basierte‘ Leerstandsmeldung von freien Bettenkapazitäten in Spitälern einfach nicht mehr passieren.

Abschließend kann ich nur unterstreichen, was die StudentInnen in ihren Erfahrungen in der Covid-19-Pandemie erlebt und geteilt haben: dass elektronische Visiten, IKT-gestützte Medikation und elektronische Kommunikation (im Dreieck: Patient – Angehörige – Professionisten) zweckmäßig und sehr hilfreich sind. Die Änderungen der diesbezüglichen Regularien sollten jedenfalls nach der Pandemie aufrechterhalten werden bzw. konkrete Projekte wie das E-Rezept darauf abgestimmt werden.“

4 Zusammenfassung, Fazit, Ausblick

E-Health hat das Potenzial die Gesundheitswirtschaft und den medizinischen Fortschritt nachhaltig zu verbessern. Das belegt auch diese Studie, die auf einer interdisziplinären Zusammenarbeit (Gesundheit/IKT) zweier FHs und Experteninterviews basiert. Die Auswertung der 147 Fragebögen brachte zutage, dass in der Covid-19-Pandemie E-Health als hilfreich aber auch sehr ausbaufähig in verschiedensten Anwendungen gesehen wurde. Von der Kommunikation der Angehörigen via Tablets über die medizinische Dokumentation bis hin zur Unterstützung von Diagnosen kann E-Health die Prozesse im Gesundheitsbereich bedeutend optimieren. Das kam klar zum Ausdruck.

Allerdings sind auch Defizite wie zum Beispiel IKT-Infrastruktur-Probleme (zu wenig Geräte, zu leistungsschwache Infrastruktur) über fehlende, aber existierende E-Health-Anwendungen wie die elektronische Fieberkurve bis hin zu Medienbrüchen zwischen Aufzeichnungen auf Papier (teilweise schlecht leslich) und IT-Daten sowie fehlende Schnittstellen aufgezeigt worden, die verhindern, dass die benötigten Informationen zur benötigten Zeit in hoher Qualität zur Verfügung stehen. Weitere Defizite sind bei Digitalisierungskompetenzen der AnwenderInnen im Bereich der tatsächlichen Verwendung von E-Health Anwendungen im Gesundheitsbereich erkennbar.

Insgesamt ist das Ergebnis der Studie also ein Arbeitsauftrag in viele Richtungen: Einerseits in die Aus- und Weiterbildung der im Gesundheitsbereich tätigen Professionisten und andererseits der Implementierung bestehender und Entwicklung neuer E-Health-Anwendungen mit besonderem Fokus auf die Vernetzung von E-Health-Anwendungen unter Berücksichtigung aller Regularien. Und auch diese Regularien, die die Speicherung und Weiterleitung von medizinischen Daten oder die Abrechnung von medizinischen Leistungen betreffen, müssen sich unter Wahrung der Grundrechte den neuen Möglichkeiten stellen und angepasst werden. Nur so können die riesigen Potenziale zur Optimierung des Gesundheitswesens und zur Förderung des medizinischen Fort-

schritts (z.B. Evidenzbasierte Medizin) gehoben werden.

Voraussetzung dafür ist auch die entsprechende Awareness und ein entsprechender Kenntnisstand bei den Entscheidungsträgern im österreichischen Gesundheitswesen. Das ist ein wesentlicher Kommunikationsauftrag für die gesamte E-Health-Gemeinschaft.

Erfreulicherweise wird in der Forschungsgemeinschaft in Österreich die Bedeutung von E-Health erkannt und so wurde seitens der FFG im Rahmen des benefit-Programms die Pflege-Challenge 2020 in Richtung Leuchtturmprojekt zugeschnitten. Gewonnen hat dieses 4-jährige Projekt LICA (LInked Care) ein Konsortium, das sich dem Ausbau und Vernetzung von E-Health-Anwendungen verschrieben hat. Diese Studie und weitere Studien, die auf dieser Erhebung aufbauen, werden qualitativen Input beisteuern und alle Proponenten dieser Studie werden aktiv bei diesem Projekt mitarbeiten und die wissenschaftlichen Arbeiten dort fortführen.

Literatur

- Al-Shorbaji, N. (2013). The World Health Assembly Resolutions on eHealth: eHealth in Support of Universal Health Coverage. *Methods of Information in Medicine*, 52(06), pp. 463–466. doi: 10.1055/s-0038-1627062.
- Bundesministerium Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (2020). Digital Economy and Society Index (DESI). Verfügbar unter: <https://www.bmdw.gv.at/Services/Zahlen-Daten-Fakten/DigitalesInZahlen/Digital-Economy-and-Society-Index.html>
- Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft (DESI) Österreich (2020). Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/scoreboard/austria>
- Klemen, S. (2020). E-Health nach Covid-19: Endlich nachhaltige Lösungen statt zurück in die Vergangenheit. *IHE Austria*, 24 August. Verfügbar unter: <https://www.ihe-austria.at/mitgliederversammlung-2020/>
- Larnhof, K. (2020). *Beschleunigt das Coronavirus die Digitalisierung? Plaut aktuell*. Verfügbar unter: <https://www.msg-plaut.com/at/news/beschleunigt-coronavirus-digitalisierung>
- Telekom Digitalisierung Gesamtbericht Digitalisierungsindex (2020). Gesamtbericht 2020/2021 Digitalisierungsindex Verfügbar unter: <https://www.digitalisierungsindex.de/studie/gesamtbericht-2021/>
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), pp. 237–246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Thiel, R., Deimel, L., Schmidtman, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J., Stroetmann, V., Stroetman, K. (2018). *Smart Health Systems Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich*. Bertelsmann Stiftung

Covid-19 – Die Chance für salutogene Schulentwicklung

Was Schulen aus dem Lockdown lernen können/müssen/sollen

Autorin: Eva MITTERBAUER

Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Die Covid 19 Pandemie stellte und stellt Schulleitungen, Lehrende, Lernende (und deren Eltern) vor große Herausforderungen. Schulschließungen im Lockdown erforderten und förderten neue Formen des Lehrens und Lernens. Die durch die Pandemie verursachten Veränderungen können, müssen und sollen in begleiteten Schulentwicklungsprozessen analysiert und weiterentwickelt werden. Somit könnte Covid 19 zu einem zukunftsweisenden, nachhaltigen Wandel der Institution Schule beitragen.

1 Einleitung

März 2020 – das SARS Cov2 Virus zwingt Österreich in den ersten harten Lockdown!

Aufgrund erster Erkenntnisse – Übertragung der Viren über Tröpfchen und Aerosole – werden zahlreiche Maßnahmen verordnet, die die Übertragung des Virus von Mensch zu Mensch eindämmen bzw. verhindern sollen. Das Alltagsleben, vor allem die sozialen Kontakte werden durch die rigorose Schließung von Geschäften (Ausnahme: Lebensmittel, Apotheken), Hotels, Kulturbetrieben und Schulen auf ein absolutes Minimum reduziert.

Die Corona-Pandemie führt vor Augen, was der vielzitierte, oft missverstandene Begriff „systemisch“ bedeutet! Die komplexen Wechselwirkungen, Interdependenzen, Vernetzungen, Verflechtungen, Kooperationen und Zusammenhänge von und in Systemen werden deutlich sicht- und spürbar wie selten zuvor.

Die Schulen werden geschlossen – quasi von einem Tag auf den anderen. Die Lehrenden waren gezwungen, innerhalb kürzester Zeit den herkömmlichen Unterricht auf distance learning und homeschooling umzustellen. Massive Veränderungen für den Lebensalltag von Schulleitungen, Lehrenden, Lernenden und Eltern sind die Folge. Die Bandbreite der Reaktionen von Schulleitungen und Lehrpersonen reichte von Schockstarre bis zu blindem Aktionismus.

1.1 Hintergrund, Problemstellung

Die Coronapandemie wirkt wie ein Brennglas – sowohl die Stärken als auch die Schwachstellen in und an Schulen werden besonders deutlich, die unterschiedlichen Ausgangssituationen und -positionen der Schulen sichtbar: innovative Führungskraft vs. paralyisierte Schulleiter*innen; experimentierfreudige, IT-affine Lehrpersonen vs. „Einen Computer greif ich nicht an“; professionelle Arbeitsweisen vs. übereifriges Engagement; strukturierte Kommunikation vs. Gerüchteküche und Freunderlwirtschaft; Laptopeinsatz vs. Tafelkreide usw.

Entsprechend der oben erwähnten Unterschiede haben und konnten Schulen auch sehr spezifisch und standortbezogen auf den Lockdown reagieren und in weiterer Folge agieren.

Die Ursachen der jetzt sichtbar gewordenen Schwachstellen und Defizite liegen einerseits an systemrelevanten Faktoren wie Strategien und Strukturen an Schulen, andererseits an der gelebten Kultur, der Kommunikation und an den handelnden Personen.

Abhängig vom Schultyp (Volks-, Mittelschule, allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schulen, Polytechnische Schulen etc.) und der bisherigen Arbeitsweise gelang es den Schulen unterschiedlich gut und rasch auf die neuen Herausforderungen zu reagieren.

Um Lehren und Lernen in Krisenzeiten und auch danach erfolgreich, effizient und effektiv zu gestalten, müssen die am Schulgeschehen beteiligten Personen (Lehrende, Lernende, Eltern bzw. Erziehungsberechtigte, Führungskräfte) befähigt werden, Verantwortung für den eigenen Wirkungsbereich zu übernehmen, Handlungsspielräume bestmöglich zu nutzen, zeitliche und räumliche Strukturen zu schaffen, neue Medien sinnvoll einzusetzen und vieles mehr.

1.2 Zielsetzung

Im folgenden Artikel wird dargestellt, welche Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem ersten Lockdown (Frühjahr 2020) für die weitere Unterrichts-, Personal- und Schulentwicklung gewonnen werden können, was davon übernommen, adaptiert und/oder verbessert werden kann, muss und soll. Weiters wird aufgezeigt, wie die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung – Empowerment, Partizipation und Vernetzung – den Entwicklungsprozess unterstützen und fördern können, zukunftsweisende Empfehlungen für Lehrende sowie Anknüpfungspunkte für Schulentwicklung werden vorgestellt. Der Fokus ist dabei auf die Institution Schule, den Unterricht sowie die Führungs- und Lehrkräfte gerichtet.

2 Methodik

Literaturrecherche im Internet, weiters werden Informationen aus Beratungsgesprächen, Tagungen, und Meetings sowie Feedbackgesprächen mit Lehrenden,

Lernenden (Schüler*innen, Studierende), Schulleiter*innen und Schulaufsicht verwendet. Die Empfehlungen basieren auf mehr als 20 Jahren Beraterinnentätigkeit der Autorin im Bereich Schulentwicklung und Gesundheitsförderung.

3 Erkenntnisse

3.1 Was Schule täglich leistet

„Die Art und Weise, wie Schule durch das persönliche Zusammentreffen von Lehrenden und Lernenden organisiert ist, haben wir in Zeiten der Schulschließungen noch einmal neu und ganz anders zu schätzen gelernt.“ (Eickelmann, B.)

Was Schule, was Lehrer*innen im Schulalltag leisten, wurde durch den Lockdown offenbar: Schule strukturiert das Leben all jener, die entweder selbst in die Schule gehen – als Schüler*innen, Lehrer*innen, Schulleiter*innen und nicht-unterrichtende Personen, oder Eltern/Erziehungsberechtigte von schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen. Tagsüber gibt der Schulbetrieb Struktur durch den Unterricht, Ferien und andere freie Tage gliedern das Jahr.

An Schultagen sind Schüler*innen mindestens vier, meist aber wesentlich mehr Stunden in der Obhut von Lehrpersonen und/oder Freizeitpädagog*innen, die Erziehungsberechtigten somit „freigespielt“ von Aufsicht und Verantwortung.

Weiters ist die Schule ein Ort der Begegnungen, der Beziehungen, des Miteinanders, für viele Kinder und Erwachsene auch ein Ort der Sicherheit und des Wohlbefindens, für manche leider auch ein angst- und stresserzeugender.

3.2 Grundelemente einer guten, gesunden Schule

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen Elemente einer „guten gesunden Schule“ kurz beschrieben. Eine „gute gesunde Schule“ verbindet Schul- und Unterrichtsqualität mit den Erkenntnissen der Gesundheitsförderung. Unterricht, Schule und Gesundheit beeinflussen einander wechselseitig. Aus dem Argumentarium der Schweizer „... wird ersichtlich, dass die Gesundheit, das Wohlbefinden, die Leistungsmotivation und der Bildungserfolg der Schülerinnen und Schüler mit Merkmalen des Unterrichts, des Schulklimas sowie der Gesundheit und des Wohlbefindens der Lehrpersonen und Schulleitungen zusammenhängen.“ (Achermann, 2018)

Der Fokus der guten, gesunden Schule richtet sich auf die Qualität des gesamten Settings und nicht nur auf Teilbereiche. Dabei ist Gesundheit als Voraussetzung der Schulqualität zu sehen (Posse & Brägger, 2007). Nach Burow basiert die gesunde Schule auf salutogener Führung, die Verstehbarkeit, Bedeutsamkeit und Handhabbarkeit vermittelt und ermöglicht, auf Selbstbestimmung, Kompetenzerleben, Sinn und Zugehörigkeit sowie auf wertschätzender Schulentwicklung. (Burow 2020)

3.3 Qualitätsentwicklung im Setting Schule

Die Qualität einer Schule, und damit auch die Qualität des Unterrichts, entsteht durch Personal-, Unterrichts- und Organisationsentwicklung aufbauend auf Empowerment, Partizipation und Vernetzung, grundlegenden Elementen der Gesundheitsförderung.

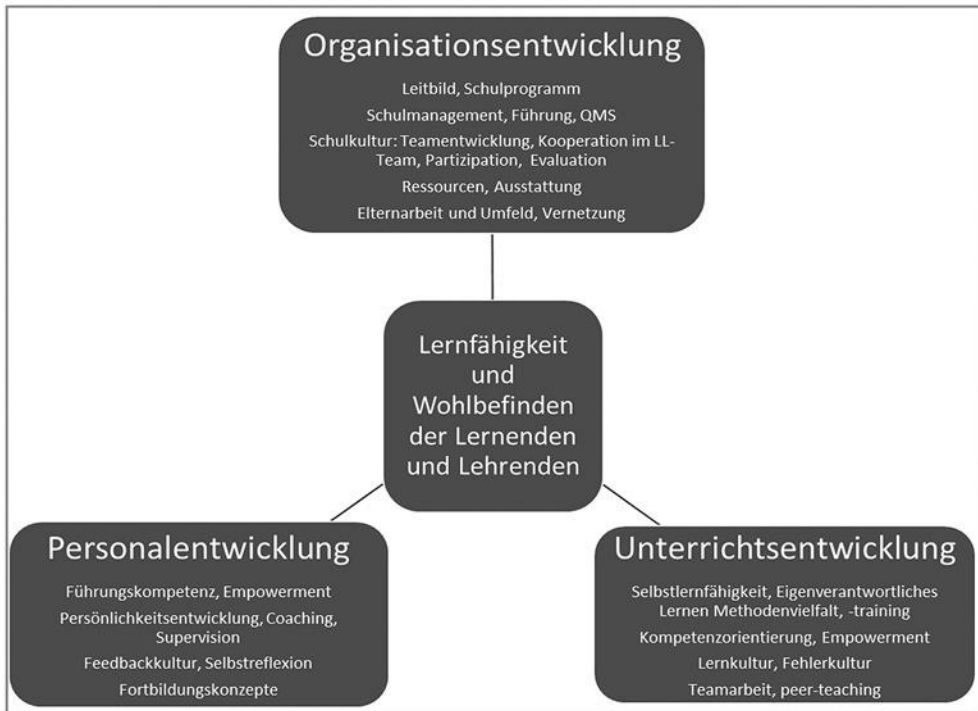


Abbildung 1 „Qualitätsdreieck“, Erweiterte Darstellung nach Rolff (2010)

Die von H.-G. Rolff entwickelte Grafik wurde in der vorliegenden Darstellung um einige Elemente der Gesundheitsförderung – Empowerment, Partizipation, Vernetzung – erweitert. Schulentwicklung setzt im Wesentlichen an den drei „Eckpunkten“ an: am Unterricht, bei den agierenden Personen und an der Organisation. Egal, wo, warum und wie begonnen wird, es werden die jeweils anderen Bereiche des Systems beeinflusst.

Durch den Lockdown sind nun alle drei Eckpunkte massiv betroffen. Wie genau und welche Veränderungen sinnvoll, notwendig und möglich sind, wird im Kapitel 4 dargestellt.

Damit Schulentwicklung nicht dem Zufall überlassen ist, sind Schulen zur Qualitätsentwicklung verpflichtet. Seitens des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF; früher BM für Unterricht, Kunst und Kultur bm:ukk) gilt für alle Schulen seit 2020/21 das Konzept Qualitätsmanagement Schule (QMS), Nachfolge von qibb (Qualitätsinitiative Berufsbildung)

und SQA (Schulqualität Allgemeinbildung). Schulentwicklungsvorhaben orientieren sich an dem PDCA-Zyklus (plan, do, check, act) zur kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen.



Abbildung 2 Quelle: <https://www.qms.at/ueber-qms/qualitaetskreislauf#erklaraervideooqualitaetskreislauf>

Die ständige Verbesserung gelingt nur dann, wenn Schulen sich als lernende Organisationen verstehen, evaluationsbasierte Veränderungsschritte planen und umsetzen.

3.4 Schule – eine lernende Organisation

„Lernende Organisationen sind in der Lage, sich laufend an notwendige Veränderungen anzupassen, sie gestalten ihre laufenden Prozesse und Beziehungen selbst als Lernsituation.“ (Piber, Vogelauer 2014) Das Wissen und Können, aber auch die Werthaltungen und Einstellungen der Führungskräfte und Lehrpersonen fließen in die notwendigen Veränderungsprozesse unter Berücksichtigung der relevanten internen und externen Rahmenbedingungen (Ressourcen, Evaluationsergebnisse, gesellschaftliche Entwicklungen etc.) ein.

Eine besonders wichtige Funktion nimmt dabei die Schulleitung ein. Die Aufgabe der Führungskraft ist vor allem das Erarbeiten einer gemeinsamen Vision, die der Lehrer*innenarbeit zugrunde liegenden mentalen Modelle sichtbar zu machen und daraus eine zukunftsfähige Schule mit innovativem Unterricht zu entwickeln bzw. weiter zu entwickeln. Ein wesentlicher Veränderungsprozess liegt im Wandel des Selbstverständnisses der Lehrenden! Im Denken vieler Lehrpersonen ist das „Ich und meine Klas-

se“ (grt. bei Volksschullehrer*innen) bzw. „Ich und mein/e Fach/Fächer (Sekundarlehrer*innen) stark verankert. Eine lernende Schule entwickelt sich vom „Ich“ zum „Wir und unsere Schule“.

Gemeinsam arbeiten Führungskraft, Lehrpersonen, nichtunterrichtende Personen, eventuell auch Eltern/Erziehungsberechtigte und Schülerinnen und Schüler an den Strukturen, der Strategie und der Kultur der Schule.

Edgar Schein beschreibt drei Ebenen (Schichten) der Unternehmenskultur: Artefakte (Ebene 1), bekundete Werte (Ebene 2) und Grundprämissen (Ebene 3). Für Entwicklungsprozesse ist es ausschlaggebend, in welcher Schichte Veränderungen angestrebt werden.

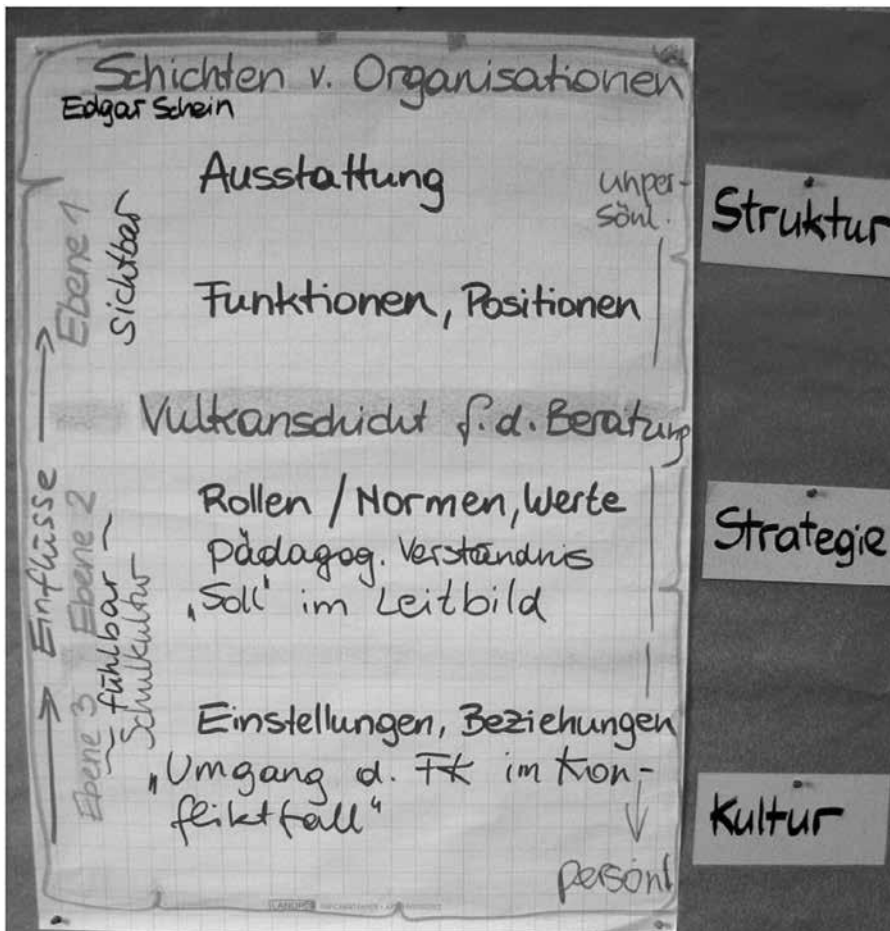


Abbildung 3 Ebenen der Unternehmenskultur nach Edgar Schein, eigene Darstellung

Die Elemente der Ebene 1, Ed Schein bezeichnet sie als Artefakte, sind zu meist gut erkennbar. Sichtbar ist üblicherweise die Ausstattung (Räume, Gerätschaften, Materialien etc.) eines Unternehmens, Funktionen und Positionen

sind im Organigramm der Organisation niedergeschrieben, wie diese allerdings ausgefüllt und gelebt werden (z.B. Führungsstil) ist oft schwer zu entschlüsseln. Veränderungen auf dieser Ebene gelingen meist friktionsarm.

Viel aufwändiger und emotionaler verlaufen Änderungen, die Ebene 2 und/oder 3 betreffen. Christian Scharinger benennt den Übergang von Ebene 1 zu Ebene 2 folglich auch die „Vulkanschicht“ für die Beratung von Unternehmen – dringt man als Berater*in dort ein, brechen oft verdeckte Konflikte auf, die Emotionen der Mitarbeiter*innen und Führungskräfte gehen hoch, da hier die persönlichen Werthaltungen, Normen und Einstellungen, Gedanken und Gefühle ins Spiel kommen, oftmals auch in Frage gestellt werden.

Soweit die theoretischen Grundlagen zur Schulentwicklung, die Realität hat sich im Lockdown anders präsentiert. Die im folgenden Abschnitt beschriebenen Probleme wurden in Beratungsgesprächen und bei der EOS-Konferenz „... und dann kam Corona“ (24.06.2020) genannt und decken sich mit den Ergebnissen der Studie „lernencovid19.univie.ac.at“

3.5 Lockdown – und alles ist anders

Am Freitag, dem 13. März 2020 erfahren die Schulleiter*innen, dass ab Montag, 16. März 2020 die Schulen gesperrt sind. Fragen über Fragen tun sich auf: wie sollen wir weiter unterrichten, wie erreichen wir die Schülerinnen und Schüler, wie die Eltern/Erziehungsberechtigten, wie kommen die Schülerinnen und Schüler zu den Unterlagen etc. etc.

3.5.1 Organisationsebene

Schulen, die bereits über Messenger-Gruppen (z.B. Whatsapp) verfügten, nutzten diese Form der Kommunikation intensiv und konnten daher sehr rasch Informationen an die Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. die Schülerinnen und Schüler weiterleiten, vor allem aber klappte die interne Kommunikation zwischen Führungskraft und Lehrer*innen bzw. innerhalb der Lehrer*innen-Teams bestens. > Vernetzung, Teamarbeit, Kooperation („>“ verweist auf Empfehlungen im Kapitel 4).

Die Diskrepanz zwischen sehr engagierten Lehrpersonen und solchen, die nur das Notwendigste erledigen und sich in der Krise sehr zurückgezogen haben wurde noch deutlicher als im analogen Schulalltag. An manchen Schulen gab es aufgrund unklarer Rollenverteilung Verwirrung bei allen Beteiligten. > Arbeitsverteilung, Rollenklärung

Ein weiteres Handicap war die fehlende Infrastruktur – stabiles Internet, Computer, Laptops – an etlichen Schulen. Die Ausstattung mit Computern, Laptops, WLAN an den einzelnen Schulen war und ist sehr unterschiedlich, ebenso der Einsatz neuer Medien (inkl. Smartphone) im Unterricht. Für Kinder und Jugendliche, die bereits mit Lernmanagement-Systemen gearbeitet haben, war der Umstieg vom analogen in den digitalen Unterricht relativ unproblematisch (Eickelmann 2020) > digitale Aus- und Aufrüstung

Die Problematik der sg. „Bildungsschere“ liegt folglich nicht nur im Elternhaus sondern auch in und an den Schulen, deren Ressourcen, Ausstattungen und der Art des Unterrichts.

Die Kommunikation zwischen den Systemebenen (Bildungsdirektion – Schulqualitätsmanager*innen – Schulleitung) wurde als besonders herausfordernd wahrgenommen, da Anweisungen, Verordnungen und Vorgaben entweder zu spät, unzureichend oder nicht zum Standort passend erfolgten. > Schulautonomie, Führungskraft

Besonders herausfordernd wurde die Kooperation mit den Eltern (vor allem im Pflichtschulbereich) aufgrund mangelnder digitaler Kompetenz und/oder mangelnder Sprachkenntnisse der Eltern/Erziehungsberechtigten erlebt > Elternarbeit, tragfähige Partnerschaften

3.5.2 Führungsebene

In Krisenzeiten muss die Führungskraft die zentrale Ansprechperson sein, koordinieren, informieren, unterstützen und vor allem: Ruhe bewahren! Speziell hier hat die Krise Defizite sicht- und spürbar gemacht. Schwächere Schulleiter*innen waren überfordert, tw. fast paralytiert und handlungsunfähig, die Lehrpersonen fühlten sich im Stich gelassen. > Führungskraft, Schulleitung

3.5.3 Unterrichtsebene

Bei den Auswirkungen der Krise auf die Unterrichtsgestaltung gab es die größten Unterschiede zwischen den Schultypen – die Grundschüler*innen brauchten wesentlich mehr Anleitung und Unterstützung durch die Lehrpersonen als ältere Schülerinnen und Schüler. Ohne konkrete Angaben und Strukturen (Unterrichtsstunden) taten sich die Schülerinnen und Schüler schwer, die geforderten Lehrinhalte und Aufgaben zeitgerecht zu erledigen. Fehlendes Zeitmanagement und fehlende Arbeitsstrukturen waren für Lehrer*innen und Schülerinnen und Schüler herausfordernd > Eigenständiges Arbeiten

Den Lehrstoff, die Arbeitsaufträge und Aufgaben erhielten die Volksschüler vorwiegend als kodierte Arbeitsblätter oder abzuarbeitende Buchseiten, die älteren Schülerinnen und Schüler bekamen die Arbeitspakete eher per mail, für Oberstufen-Schüler*innen fand Unterricht auch per Videomeeting statt – manche Schülerinnen und Schüler mussten sich mit mehreren Plattformen vertraut machen, da es keine Absprache im Lehrer*innenteam gab. Viele Schülerinnen und Schüler wurden überhäuft mit Arbeitsaufträgen, viele Lehrpersonen dachten oft nur an ihr Fach, ihren „Stoff“, an den Lehrplan und Stoff für Prüfungen, Tests und Schularbeiten. Dass in einer analogen Unterrichtsstunde von 50' außer Vermittlung von Lehrstoff noch viele andere Aktionen stattfinden und die echte Lernzeit ca. 15'-20' beträgt wurde wenig berücksichtigt. > Vernetzung im Lehrer*innen-Kollegium

3.5.4 Die Erreichbarkeit der Kinder (der Eltern)

Die Umstellung von Präsenzunterricht auf Homeschooling war vor allem für Volksschulen mit Kindern aus sg. bildungsfernen Familien ein Problem. Nicht alle Eltern hatten e-mails, nicht von allen Eltern waren die letztgültigen Telefonnummern bekannt. Es dauerte ca. eine Woche, bis die meisten Kinder erreicht werden konnten – per Telefon, per e-mail, durch persönlichen Kontakt (teilweise brachten Lehrpersonen die Lernmaterialien direkt in die Familien). Die Eltern von Volksschüler*innen waren in dieser ersten Phase des Lockdowns die wichtigsten Ansprechpersonen für die Lehrer*innen.

An den weiterführenden Schulen (Schülerinnen und Schüler ab 10 Jahren) war die Umstellung etwas einfacher, da die Kinder aufgrund ihres Alters und vier Jahren Schulerfahrung bereits selbständiger arbeiten können.

In den Oberstufen zeigte sich ein anderes Phänomen: instabiles Internet, kein Empfang, keine Kamera und ähnliches waren beliebte Ausreden, um dem Unterricht per Videokonferenz nicht folgen zu können/müssen (eigentlich nicht wollen!) > Motivation der Lernenden

3.5.5 Individuelle Ebene

- Die familiären Gegebenheiten

Räumlichkeiten, Anzahl der Familienmitglieder im Homeoffice, im Homeschooling, die technische Ausstattung (PC, Laptop, Tablet, Smartphone, stabiles Internet), die (mangelnde) Medienkompetenz und vieles mehr war für die zu Hause lernenden Kinder und Jugendlichen eine enorme Herausforderung, für viele auch Belastung.

- Fehlende soziale Kontakte

In den Volksschulen beklagten die Kinder vor allem den fehlenden Kontakt zu „ihrer“ Frau Lehrerin, zu „ihrem“ Herrn Lehrer, die älteren Schülerinnen und Schüler vermissten eher ihre Schulkolleg*innen und Freund*innen als die Lehrpersonen. Die Kinder haben sich einsam gefühlt, hatten Angst, kamen mit dem Alleine-Lernen schwer zurecht.

Auch Lehrpersonen litten unter der sozialen Isolation, haben aber nach anfänglicher Schockstarre oder ineffektiver Hektik relativ rasch Buddy-Systeme aufgebaut, Lerngruppen gebildet, gemeinsam Materialien erstellt und im Selbststudium ihre digitale Kompetenz erweitert. > Teamarbeit

- Belastete Lehrpersonen

Lehrpersonen waren durch die neue Art des Unterrichts und die fehlenden Kontakte zu den Kolleg*innen besonders belastet. Die Abgrenzung zwischen Berufs- und Privatleben wurde für viele noch weniger klar als zu normalen Zeiten, das Gefühl, ständig erreichbar sein zu müssen, sofort auf Anfragen der Schülerinnen und Schüler reagieren zu müssen/wollen führte zu Stress und Überlastung. > Rolle der Lehrperson

4 Covid-Konsequenzen für die Schulentwicklung

Beziehungsarbeit trotz Isolation?

Soziales Miteinander trotz Distanz?

Partizipation trotz lonely homeschooling?

Nach nun fast einem Jahr Ausnahmezustand im Bildungsbereich sind Stärken und Schwächen des Systems Schule, der Art des Lehrens und Lernens noch deutlicher als im Normalzustand zu Tage getreten.

Unter der Annahme, dass Schulen lernende Organisationen sind, könnte die Coronapandemie mit den damit verbundenen wiederkehrenden Schulschließungen wesentliche, nachhaltige Veränderungen für den Schulalltag mit sich bringen, wenn Schulen möglichst rasch auf Basis des Qualitätskreislaufs (s. Abbildung 2) nach einem ausführlichen Analyseprozess die Planung von Veränderungen in Angriff nehmen. Das Unterrichtsministerium stellt für die Prozessbegleitung auch externe Berater*innen zur Verfügung (EBIS – Entwicklungsberatung in Schulen, www.sqa.at)

Wie beim „Qualitätsdreieck“ von Rolff beschrieben wird, bewirkt eine Veränderung auf einer Ebene, an einem Eckpunkt im systemischen Verständnis unwillkürlich auch Bewegung und Veränderung auf jeder anderen Ebene.

Die Organisationsentwicklung wird hier dennoch als erstes genannt, denn eine gute Führung, eine gemeinsame Struktur, ein Leitbild, ähnliches pädagogisches Grundverständnis erleichtern und unterstützen die Unterrichtsarbeit und führen vom „Ich und meine Klasse, meine Schülerinnen und Schüler, mein Fach“ zum „Wir und unsere Schule, unsere Schülerinnen und Schüler“, weg vom Einzelkämpfertum hin zur Vernetzung und zur Teamarbeit.

Im folgenden Kapitel werden aus Sicht der Schulentwicklungsberatung (Beratungen während des Lockdowns, danach und zwischendurch) Veränderungsmöglichkeiten für die in Kapitel 3 beschriebenen Probleme vorgestellt. (Ausführliche Anregungen zur Weiterentwicklung von Schule und Unterricht findet man in „Weltklasse. Schule für das 21. Jahrhundert gestalten“ von Andreas Schleicher.)

4.1 Organisationsebene

4.1.1 Die zentrale Funktion der Führungskräfte, Schulleiter*innen

Wie bereits im Kapitel Führungsebene erläutert, übernehmen Führungskräfte vor allem in Krisen eine besonders wichtige Rolle und große Verantwortung.

Die Funktionen einer Führungskraft sind vielfältig, sie soll die Mitarbeiter*innen motivieren (Motivator*in), deren Entwicklung fördern (Mentor*in), im Konfliktfall moderieren (Moderator*in), Verantwortung übernehmen, die kontinuierliche Weiterentwicklung des Unterrichts fördern, Aufträge der Behörde an die Lehrpersonen vermitteln, Abgabetermine einhalten

(Koordinator*in) und letztlich kontrollieren, ob alle Vereinbarungen, Aufträge, Aufgaben etc. erfüllt werden (Inspektor*in).

Zur Erfüllung all dieser Aufgaben ist der transformationale Führungsstil am besten geeignet. Die Führungskraft baut gute Beziehungen zu den Lehrer*innen auf, die Lehrpersonen werden in die Entwicklungsprozesse eingebunden (Partizipation), es wird an einem gemeinsamen Leitbild und entsprechenden Entwicklungsplänen gearbeitet, ebenso am gemeinsamen pädagogischen Verständnis. Die Lehrpersonen erhalten klare Informationen und Anweisungen von der Schulleitung, haben aber ausreichend Freiräume zur individuellen Gestaltung des Unterrichts, es werden verschiedene Kommunikationskanäle genutzt und Rahmenbedingungen für Teamarbeit geschaffen. Dieser Führungsstil fördert die Motivation der Lehrer*innen und wirkt somit gesundheitsfördernd. (Gregersen et. al., 2011). Zur Unterstützung der Führungskraft wird Coaching und Supervision empfohlen.

4.1.2 Vernetzung, Kooperation, Kommunikation

- Teamarbeit

Schulen, an denen bereits eingespielte Teams (z.B. Jahrgangsteams, Fachgruppen, Schulentwicklungs-Teams etc.) etabliert waren, konnten sehr gut mit den lockdownbedingten Veränderungen umgehen. Gute Teamarbeit wirkt sich auf allen Ebenen der Qualitätsentwicklung aus – vor allem aber in der Unterrichtsarbeit (Details s. dort).

- interne und externe Kommunikation

Die interne Kommunikation braucht klare Strukturen und Regeln. Es gibt eine gemeinsame Plattform, die von allen Lehrpersonen genutzt wird. Alle schulbezogenen Informationen (Termine, Materialien, Erreichbarkeitsdaten der Eltern/Erziehungsberechtigte etc.) sind über diese Plattform abrufbar. Messenger-Dienste werden ebenfalls nach strikten Vereinbarungen (keine privaten Infos, keine Comix etc.) eingesetzt.

Die externe Kommunikation mit den Eltern erfolgt an vielen Schulen über Apps wie z.B. Web Untis oder SchoolFox. Damit können Lehrpersonen, Eltern/Erziehungsberechtigte, Schülerinnen und Schüler, Führungskraft und Schulbehörde miteinander kommunizieren, Texte, Bilder und Dateien teilen, gemeinsam Projekte koordinieren u.v.m. Sprachbarrieren werden überwunden, indem der Empfänger/die Empfängerin die Nachricht in die eigene Sprache übersetzt bekommt. Um Eltern damit vertraut zu machen, wird die jeweilige App beim ersten Elternabend im Schuljahr vorgestellt

4.2 Personalebene

- Lehrpersonen

Die Studie lernencovid19 der Universität Wien zeigt, dass der Arbeitsaufwand der Lehrpersonen aufgrund des homeschoolings deutlich höher ist als im ana-

logen Alltag – es erfordert viel Arbeit, erklärende, gut verständliche Texte zu formulieren und Aufgaben zu erstellen, schriftliche Rückmeldungen an die Schülerinnen und Schüler erfordern wesentlich mehr Zeit als mündliche, das Zusammenstellen digitaler Lehrsequenzen ist für viele Lehrperson neu, anstrengend und zeitintensiv. Entlastung bietet die bessere Vernetzung der Lehrpersonen untereinander, die Arbeit in Teams, die Abstimmung der Lehrinhalte und Aufgaben, gegenseitige Unterstützung durch gemeinsames Entwickeln von Unterrichtsmaterial etc.

Im analogen wie im digitalen Unterrichtsalltag sollten Lehrpersonen die Zeiten ihrer Erreichbarkeit kommunizieren und auch einhalten. Das Einrichten einer Sprechstunde für Schülerinnen und Schüler schafft Klarheit und Struktur für alle Beteiligten und wirkt dem ständig „Erreichbarsein-Müssen“ entgegen. .

- Fortbildung

Etliche Schulen haben sich bereits im Sommer oder gleich am Beginn des Schuljahres 2020/21 zur Erweiterung der digitalen Kompetenzen der Lehrpersonen fortgebildet und Arbeitspläne für weitere Schulschließungen erstellt, durch schulinterne Lerngemeinschaften werden die erworbenen Fähigkeiten gefestigt und erweitert.

- Elternarbeit

In der Krise wurde sehr deutlich, wie wichtig eine tragfähige Partnerschaft mit den Eltern ist. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt allerdings, dass es immer schwieriger wird, diese Partnerschaft aufzubauen. Auf der einen Seite gibt es Eltern, die sich zu massiv in die Arbeit der Pädagog*innen einmischen, auf der anderen sind jene, die ihr Kind in der Schule „abgeben“ und sich um nichts kümmern.

Lehrpersonen müssen mit Eltern/Erziehungsberechtigten besprechen, in welcher Weise sie ihre Kinder unterstützen können und sollen. Aus Sicht der Autorin ist es Aufgabe der Eltern/Erziehungsberechtigten, dass die Kinder ausgeschlafen, pünktlich und mit den benötigten Materialien in die Schule kommen (dies gilt vor allem für Eltern mit Kindern der Primarstufe), dass es zu Hause Rahmenbedingungen gibt, die Lernen und Aufgabeschreiben möglich machen (z.B. TV-Geräte ausschalten, Phasen der relativen Ruhe etc.), dass es ein Mindestmaß an Interesse am eigenen Kind gibt! Lernen und Hausübungsverbesserung fällt nicht in den elterlichen Aufgabenbereich!

Werden Eltern in regelmäßigen Abständen über die Lernfortschritte der Kinder informiert, trägt dies mehr zur Kooperation bei als punktuelle Information über Defizite, Mängel oder Fehlverhalten des Kindes.

4.3 Unterrichtsebene

„Wir haben Schüler im 21. Jahrhundert, Unterricht aus dem 20. Jahrhundert und ein Schulsystem aus dem 19. Jahrhundert.“ (A. Schleicher)

In Zeiten der Individualisierung und Differenzierung mutet es etwas befremdlich an, wenn in Schulen noch immer gleichaltrige Kinder gemeinsam zur gleichen Zeit in einem Raum sitzen und alle den gleichen Stoff und im gleichen Tempo lernen (sollen!). „In der Digitalisierung liegt enormes Potenzial für das Bildungswesen. Es braucht aber strategische und planerische Vorgaben für das gesamte Schulsystem um aus den Möglichkeiten, die sich ergeben, den größten Nutzen zu ziehen.“ (BMBWF, 2020)

4.3.1 Digitalisierung

Wie in der Darstellung zu den Ebenen/Schichten von Organisationen ersichtlich ist, ist eine Veränderung der Ausstattung relativ einfach, zwar mit Kosten verbunden, aber machbar.

Viele Schulen, Lehrer*innen, Schülerinnen und Schüler sind nun zwar mit Computern, Laptops und WLAN aus- und „aufgerüstet“, das heißt aber noch nicht, dass der Unterricht schlagartig verändert wird. Die Veränderung des Unterrichts hängt stark mit der persönlichen Wertvorstellung und dem pädagogischen Verständnis der Lehrperson zusammen und ist daher nicht so einfach umzusetzen wie die Beschaffung von Laptops.

Erklärvideos

Für wiederkehrende Lehrinhalte können kleine Videosequenzen verwendet werden (selbst herstellen oder geeignetes Material – Achtung Urheberrecht! Datenschutz – aus dem Internet zusammenstellen). Die Schülerinnen und Schüler können das Video individuell nutzen – solange oder sooft, bis der Lehrstoff verstanden wird. Diese Videos stehen über die gemeinsame Schulplattform auch allen Lehrpersonen zur Verfügung.

Damit und anderen digitalen Medien wird die Unterrichtsform „flipped Classroom“ (auch inverted classroom management) ermöglicht. Lehrinhalte werden nicht im Präsenzunterricht erarbeitet, sondern von den Schülerinnen und Schüler selbständig und im eigenen Tempo mit Hilfe digitaler Medien. Im Unterricht in der Klasse werden die Inhalte vertieft, Fragen beantwortet, Inhalte diskutiert etc.

Motivation der Schülerinnen und Schüler

Herausfordernde (aber nicht überfordernde) Aufgaben, am besten „dynamische“ Aufgaben erhöhen die Lernmotivation der Schülerinnen und Schüler. Am Beginn einer Lernsequenz ist eine mittelschwere Aufgabe zu lösen, wird sie

geschafft, bekommt der/die Lernende eine etwas schwierigere Aufgabe. Kommt der/die Lernende zu keiner Lösung, wird eine einfachere Aufgabe gestellt. Auf diese Weise können Kinder entsprechend ihrem Können und ihrem Tempo arbeiten und erleben schrittweise kleine Erfolge. Ähnlich wie bei Computerspielen bekommt man sofort Feedback auf die erbrachte Leistung und kann in einen nächsten Level aufsteigen. Und das ganz ohne Hilfe der Lehrperson.

4.3.2 Rolle der Lehrperson

Entsprechend der gravierenden Veränderungen im alltäglichen Leben, muss sich auch die Aufgabe der Lehrperson verändern: „Vom Pauker zum Coach“ schrieb Struck bereits 1999! Lehrer*innen müssen sich als Lernbegleiter*innen, als Coach verstehen, die Schülerinnen und Schüler in ihrem Lernprozess begleiten, individuell und differenziert fördern und fordern (s.o. durch dynamische Aufgabenstellungen)

Der moderne Unterricht verknüpft die Erkenntnisse der Hirn-, Bildungs- und Qualitätsforschung mit der Gesundheitsförderung. Qualitativer, salutogener Unterricht fördert das Empowerment der Schülerinnen und Schüler, führt zum Selbstlernen, in dem die Verantwortung für den eigenen Lernprozess Schritt für Schritt übergeben wird. Die Arbeit mit Wochenplänen verlangt die Entwicklung eigener Lernstrategien, Zeiteinteilung und Herangehensweisen an Aufgaben. Durch regelmäßiges Feedback wissen die Lernenden, wo sie im Lernprozess stehen und woran sie weiterarbeiten müssen.

Dies alles verlangt von Lehrpersonen eine völlig andere Form des Unterrichts als bisher meist praktiziert: einerseits stark individualisiertes und differenziertes Arbeiten, zur Stärkung der Teamfähigkeit und der Klassengemeinschaft braucht es aber auch gemeinsames Arbeiten an Projekten oder anderen Aufgaben.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Die coronabedingten Ausnahmesituationen sollten möglichst zeitnah an jeder Schule analysiert werden, solange die Erfahrungen noch frisch sind! Was hat gut geklappt? Was sollen wir unbedingt beibehalten? Wo gab es Defizite? Wo können wir als Lehrende Veränderungen herbeiführen? Welche Strukturen an der Schule müssen verändert werden? Die Krise bietet die große Chance, jene Errungenschaften und Veränderungen, die im Lockdown notwendig waren in einen neuen „normalen“ Schulalltag zu übernehmen. Aussagen wie „Ich bin froh, wenn wieder alles normal läuft“ sollte man fast als Drohung verstehen, weil nichts aus der Krise gelernt wird.

Der vorliegende Artikel beschreibt die Ausgangspositionen und -situationen von Schulen, deren Betroffenheit durch die Corona-Maßnahmen wie Schulschließungen, Fernunterricht, Schichtbetrieb und Digitalisierung und stellt basierend auf theoretischen Konzepten einige, wenige Ansatzpunkte für

Schulentwicklung und Gesundheitsförderung für die praktische Umsetzung vor.

Es geht nicht nur um die Digitalisierung – Unterricht muss und soll mit Hilfe neuer Medien so verändert werden, dass die persönlichen Stärken der Lernenden mehr Berücksichtigung finden. Die Lehrpersonen werden weiterhin eine entscheidende Rolle spielen – als Lernbegleiter*innen, als Unterrichtsgestalter*innen, vor allem in Volksschulen als wichtige Bezugsperson!

Literatur

- Dem, Doris (2020) *Gesundheitsförderung und Schulleitung. Die Rolle der Schulleitung bei der Implementierung und Umsetzung der „Gesunden Schule“*. FH Burgenland, Departement für Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung
- Kössler, Bianca (2020). *Covid-19. Veränderte Arbeitsanforderungen an Lehrpersonen an Volksschulen durch den Covid-19 Shutdown*. FH Burgenland, Departement für Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung
- Pretterhofer, Petra (2020). *Gesundheitsförderung und Schulentwicklung – Integration der Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Corona-Krise in den „normalen“ Schulalltag*. FH Burgenland, Departement für Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung
- Sedlatschek, Anabel (2020). *Chancen und Herausforderungen von E-Learning für Lehrende und Lernende. Eine wissenschaftliche Analyse der gesundheitlichen Auswirkungen von E-Learning*. FH Burgenland, Departement für Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung
- Brägger G., Posse N. (2007): *Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen (IQES)*, Band 1. Bern: hep verlag.
- Gregersen, S., Kuhnert, S., Zimmer, A & Nienhaus, A. (2011). *Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung*. Das Gesundheitswesen, 73, 3-12.
- Piber H., Vogelauer W. (2014). Lern-Prozesse im engeren Sinn. In: Glasl F, Kalcher T, Piber H. (Hrsg.). *Professionelle Prozessberatung. Das Trigon-Modell der sieben OE-Basisprozesse*. Bern: Verlag Haupt.
- Rolff H.-G. (2010). *Schulentwicklung als Trias von Organisations-, Unterrichts- und Personalentwicklung*. In: Bohl T., Helsper W., Holtappels H. G., Schelle C. (Hrsg): *Handbuch Schulentwicklung. Theorie – Forschungsbefunde – Entwicklungsprozesse – Methodenrepertoire*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag.
- Scharinger, C. (2020). *Gesundheitsförderung in Krisenzeiten. Ein Praxisleitfaden*. Gajar, P./ Lang, G. (Hg.). Band Nr. 18 aus der Reihe Wissen Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich, Wien
- Schleicher, A. (2019). *Weltklasse. Schule für das 21. Jahrhundert gestalten*. Bielefeld wbv Publikation
- Struck, P; Würtl, I. (1999) *Vom Pauker zum Coach. Die Lehrer der Zukunft*. München, Wien: Hanser Verlag
- GEO Ausgabe 01 2021: Fünfzehn Ideen für eine bessere Welt nach Corona. Die digitale Bildung kommt endlich in der Schule an (Interview mit Nele Hirsch), S. 64
- Schwerpunkt Schulentwicklung. Pädagogische Hochschule Salzburg. Beiträge aus Wissenschaft und Lehre. Ausgabe 11 2017. ISSN 2411-4405
- <https://www.phsalzburg.at/files/PHScript/phscript11.pdf>

Qualitätsmanagement: <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/bef/qum.html>

Digitalisierung: <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/zrp/dibi/mp.html>

Holzer J: *Distance Education und Covid 19*:

https://www.jungoesterreich.at/fileadmin/user_upload/Fachinformation/PDF/webinar-lesen-und-lernen-im-lockdown-jungoesterreich.pdf

https://lernencovid19.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_lernencovid19/Zwischenbericht_Befragung_2_SchuelerInnen.pdf

Schleicher A. Interview:

<https://www.news4teachers.de/2019/02/schleicher-im-interview/> download 11.01.2021

Eickelmann, B.: Schul- und Unterrichtsentwicklung unter digitalen Bedingungen – empirische Befunde und notwendige Schwerpunktsetzungen

<https://unterrichten.digital/2020/04/07/eickelmann-schulentwicklung-digitalisierung/>
12.01.2021

Achermann E., Keller R. & Gabola P: *Argumentarium: Gesundheit stärkt Bildung* (2018 Luzern)
https://www.radix.ch/media/tbxbyixh/argumentarium_2018_allianz_bgf.pdf

Die Herausforderung. Bildung wird vererbt. <https://www.teachforaustria.at/unsere-vision/die-herausforderung/>

EOS-Meeting, 24.06.2020, ZOOM-Meeting: „... und dann kam Corona“; Teilnehmer*innen: Schulentwicklungsberater*innen, Schulleiter*innen, Beratungslehrer*innen, Schulqualitätsmanager*innen

22. FGÖ Gesundheitskonferenz, 16.11.2020, ZOOM-Meeting: „Sozialer Zusammenhalt stärkt Gesundheit“, Keynote: Christian Scharinger

ARGE SEB-Tagung, 19.11.2020, ZOOM-Meeting: Organisationsberatung im Blick

Tagung der „Kritischen Freund*innen gesundheitsfördernder Schulen“, 30.11.2020, ZOOM: „Gesundheitsförderung an Schulen in der Corona-Pandemie“

WieNGS-Jahrestagung, 01.12.2020, ZOOM-Meeting: „Gesundheitsförderung und neue Normalität in der Schule. Resilienz als Chance“, Keynote: Axel Burow

JUNGOÖsterreich, SchiLf-Akademie, 02.12.2020, Webinar: Was macht eine gute Schule aus. Keynote: Kurt Nekula; <https://www.jungoesterreich.at/fachinformation/webinar>

Gesundheitsversorgung älterer Menschen durch Freiwilligenarbeit in der Covid-19-Krise am Beispiel NachbarschaftsHILFE PLUS

Autorinnen: Ute SEPER, Pamela CSAR, Natalie BRUNNER, Nina FEHRINGER, Petra SCHUH

Institution: Fachhochschule Burgenland GmbH, Department Gesundheit

Kurzfassung

Die Covid-19-Pandemie hat nicht nur die Versorgungssituation von älteren Menschen schlagartig verändert, sondern in Verbindung damit auch die Freiwilligenarbeit auf den Prüfstand gestellt.

Der vorliegende Bericht hebt die Notwendigkeit des zivilgesellschaftlichen Engagements zur Versorgung von älteren Personen hervor und beleuchtet diverse Einflussfaktoren. Im Weiteren werden Datenauszüge des Projektes NachbarschaftsHILFE PLUS hinsichtlich Merkmale von Freiwilligen vor und während der Corona-Krise analysiert.

Aufgrund der Corona-bedingten Einschränkungen hat die Freiwilligenorganisation Angebote angepasst und versucht neue, junge Mitglieder für die Freiwilligenarbeit zu rekrutieren.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die demografische Alterung stellt in Österreich eine komplexe und strukturelle Herausforderung in der Versorgung von älteren Menschen dar. Laut Prognosen wird der Anteil der Bevölkerung der über 65-Jährigen bis 2080 von 19% auf 29% steigen (Statistik Austria, 2020, [www](http://www.statistik.at)). Weiter ist vermerkt, dass bereits heute beinahe jeder dritte Mensch über 65 Jahren allein in einem Haushalt lebt. Diese Zahl wächst stetig und stellt die Gesundheits- und Sozialsysteme vor vielschichtige Herausforderungen.

Legt man den Fokus auf das Burgenland, so hat es im österreichweiten Vergleich den höchsten Anteil der über 65-Jährigen. Bereits im Jahr 2012 waren rund 20% der Bevölkerung 65 Jahre alt oder älter. Anmerkend ist festzuhalten, dass jene Altersgruppe insbesondere im Mittel- und Südburgenland einen großen Teil der Population einnimmt. Unter dem prognostischen Blickwinkel betrachtet, wird sich dieser Anteil der Bevölkerung bis zum

Jahr 2060 mehr als verdoppeln (Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2012, S. 23-29).

Ein steigender Versorgungsbedarf älterer Menschen ist evident. Engpässe in der Versorgung von hilfsbedürftigen Menschen sowie eine mögliche Unterversorgung von älteren Menschen werden künftige Probleme darstellen (Weigl, 2012, S. 37).

Ferner braucht es ein Umdenken und Umlenken hinsichtlich der Versorgung älterer Menschen, denn Versorgungsleistungen können nicht zur Gänze vom Staat getragen werden. Es gilt den privaten Sektor zu mobilisieren und mehr Menschen in die Freiwilligenarbeit einzubinden. Die Covid-19-Pandemie hat viele Veränderungsprozesse sowohl in der Gesellschaft als auch in Organisationen eingeläutet. Insofern birgt die Corona-Krise auch eine Chance auf eine Neuausrichtung der Freiwilligenarbeit zur Gesundheitsversorgung von hilfsbedürftigen Menschen.

1.2 Problemstellung

Ein zentrales Problem liegt in der zukünftigen Bereitstellung von alternativen Versorgungsangeboten für ältere Menschen (65 plus), damit ein Leben zu Hause möglichst lange gewährleistet werden kann. Früher war die Großfamilie die Regel, heute hingegen gibt es mehr Einzelhaushalte denn je. Der Anspruch nach möglichst langer Versorgung oder Betreuung in den eigenen vier Wänden ist längst zu einem brisanten gesellschaftspolitischen Thema geworden (Heusinger, Hämel & Kümpers, 2017, S. 439-440).

In Österreich übernehmen der Staat, der Markt und die Zivilgesellschaft gewisse Aufgaben für die Gesellschaft. Gesellschaftspolitisch braucht es die Umsetzung von Handlungskonzepten, die sich an Werten wie Gerechtigkeit und Chancengleichheit der Menschen orientieren. Der Staat misst dem sozialen Ausgleich besondere Bedeutung zu und gestaltet die Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Freiwilligenengagements (Hörting & Spreitzer, 2019, S. 3). Der Gedanke des freiwilligen Engagements leistet dabei einen unverzichtbaren Beitrag im Ausgleich bzw. in der Verbesserung benachteiligter Bevölkerungsgruppen und stärkt gleichzeitig den sozialen Zusammenhalt einer Gesellschaft (Wurster & Prinzessin von Sachsen-Altenburg, 2019, S. 183-191). Insofern bilden außerfamiliäre informelle Helfer*innen eine wichtige Ressource neben den pflegenden Angehörigen für einen häuslichen Verbleib von älteren Menschen (Pleschberger & Wosko, 2015, S. 463).

Um möglichst lange selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden leben zu können, nehmen viele ältere Menschen im Burgenland die kostenlosen sozialen Dienstleistungen der NachbarschaftsHILFE PLUS in Anspruch. Das Angebot reicht von täglichen Besorgungen bis hin zu sozialen Beziehungen zu den Klient*innen, mit dem Ziel die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt im Burgenland zu stärken (Nachbarschaftshilfe Plus, 2020, [www](http://www.nachbarschaftshilfeplus.at)).

Die Covid-19-Krise hat das zivilgesellschaftliche Engagement allerdings

blitzartig verändert. Die von der Regierung ausgesprochenen Schutzmaßnahmen ab Mitte März 2020 und die folgenden Lockdown-Phasen erforderten ein rasches Umdenken und Handeln in der Versorgung. Zeitnah galt es neue Wege für das Engagement zu kreieren. Die Covid-19-Pandemie wird daher auch als „Beschleunigerin“ gesehen, so auch für veränderte Rahmenbedingungen in der Versorgung (Karmasin, Gangl, Walter, Spitzer, & Kocher, 2020, S. 4). Die Covid-19-Krise machte „Distant Socializing“ notwendig, einige Angebote fielen aus. Manche Tätigkeitsbereiche fanden anders statt als geplant, so die Projektleitung von NachbarschaftsHILFE PLUS (Rainer, A., persönl. Mitteilung, 13.10.2020).

Fakt ist, die Covid-19-Krise führte die Freiwilligenarbeit bezogen auf die Versorgung von älteren Menschen auf den Prüfstand. Nun gilt es zu klären, welche Veränderungen im Freiwilligensektor unumgänglich wurden, um dem Versorgungsauftrag in jener herausfordernden Zeit nachzukommen. Weiters gilt es den Impact der Krise für künftige Gestaltungsformen des freiwilligen Engagements als Chance zur Umgestaltung zu nutzen.

1.3 Fragestellung

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Relevanz von Freiwilligenarbeit in der Versorgung von älteren Menschen am Beispiel NachbarschaftsHILFE PLUS (NHP). Konkret werden die Altersstruktur der freiwilligen Helfer*innen vor und während der Covid-19-Pandemie analysiert (Sonderauswertung) sowie beeinflussende Faktoren in der Freiwilligenarbeit identifiziert.

Der Beitrag soll folgende Fragen klären:

- Warum bedarf es bei der Versorgung von älteren Menschen einer zivilgesellschaftlichen Partizipation im Ehrenamt und welche Chancen zur Veränderung in der Freiwilligenarbeit birgt die Krise?
- Welche Altersdifferenzen zeigen sich bedingt durch die Covid-19-Pandemie bei den freiwilligen Helfern*innen im Projekt NHP und was sind beeinflussende Faktoren in der Erbringung von Nachbarschaftshilfe?

2 Methodik

Zur Beantwortung der definierten Forschungsfragen wurde eine vorangehende **Literaturanalyse** durchgeführt. Hierzu wurden Datenbanken wie PubMed, Google Scholar und Springer Link genutzt. Fachbücher und Fachzeitschriften wurden über die Hauptbibliothek der Universität Wien und der Bibliothek der Fachhochschule Burgenland herangezogen. Durch das breite Spektrum der Ressourcen wurde gewährleistet eine möglichst große Bandbreite an Literatur zu generieren. Ergänzend wurden Internetquellen von einschlägigen Organisationen, wie beispielsweise der Statistik Austria und dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz verwendet. Vor der

Literaturrecherche wurden Keywords definiert, um die Suche zu präzisieren, siehe Tabelle 1. Gesucht wurde mit Schlagwörtern sowie mit Schlagwortketten, zur Recherche in den Datenbanken wurden Bool'sche Operatoren angewendet. Während der Suche in den Datenbanken wurde ein Suchprotokoll verfasst und das Schneeballprinzip angewendet. Als Einschlusskriterien wurden Publikationen in deutscher und englischer Sprache definiert. Als Ausschlusskriterien wurde beispielsweise Literatur festgelegt, die vor dem Jahr 2000 und außerhalb von Europa erschienen ist. Bei Fachzeitschriften wurde darauf Wert gelegt, nur Peer Reviewed Journals heranzuziehen.

Tab. 1: Schlagwortsuche, Eigene Erstellung

Deutsch	Englisch
Partizipation im Ehrenamt	participation in voluntary work
Freiwilligenengagement	voluntary commitment
Zivilgesellschaftliches Engagement	human volunteers
Nachbarschaftshilfe	community work

Im Weiteren erfolgte eine empirische Erhebung. Die hier vorgestellte **Sonderauswertung** bezieht sich auf ein Datenmaterial von NHP aus den Jahren 2019 und 2020. Seit Projektbeginn wurden bei NHP Aufzeichnungen zur Organisation und Umsetzung geführt, ein Auszug davon wurde dem Autorinnenteam für eine wissenschaftliche Sekundäranalyse zur Verfügung gestellt. Innerhalb dieser Aufzeichnungen wurden nähere Informationen zu den ehrenamtlichen Helfern*innen und deren Aktivitäten und Nachbarschaftshilfen erfasst. Die Datenaufbereitung und -analyse wurde mit dem Excel Programm durchgeführt, vorwiegend erfolgte eine deskriptive Analyse.

3 Erkenntnisse

3.1 Künftige Versorgungsstrukturen und zivilgesellschaftliches Engagement
Demografische Aspekte sowie auch **politische Entscheidungen** der Regierung nehmen maßgeblichen Einfluss auf künftige Versorgungsstrukturen älterer Menschen (Mayr & Lehner, 2009, S. 11). Auf Bundesebene wurden bislang wenige Maßnahmen gesetzt, um dieser Entwicklung entgegen zu steuern (Reif, Birgmann, Palk & Peböck, 2007, S. 1-3). Strategien wie „ambulant vor stationär“ oder die Legalisierung der „24-Stunden Betreuung“ sind erste Schritte dahingehend, aber noch entfernt von gezielten Maßnahmen zur Förderung der Selbstständigkeit und Gesundheit älterer Menschen (Mayr & Lehner, 2009, S. 11).

Die **aktuelle Versorgungsstruktur** in Österreich ist gekennzeichnet durch einen geringen Ausbau des ambulanten Sektors, insbesondere bei der Pflege und Betreuung von schwerkranken Menschen dominieren stationäre Versorgungssysteme. Es besteht ein Mangel an strukturellen Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung (Mayr & Lehner, 2009, S. 28-31). Hinzu kommt, dass an der (ambulanten) Versorgung von älteren Menschen viele Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Organisationen beteiligt sind. Laut Mühlbacher sind Problematiken der Gesundheitsversorgung primär auf die Existenz von Schnittstellen zurückzuführen (Mühlbacher, 2002, S. 215), da diese zu intransparenten Vorgängen und Informationsverlusten führen (Mayr & Lehner, 2009, S. 31). Außerdem können Abstimmungsprobleme und Versorgungslücken entstehen. Problematiken beim Schnittstellenmanagement kosten Zeit und verlangsamen Entscheidungs- und Kommunikationsprozesse (Mühlbacher, 2002, S. 215). Trotz dieser Hindernisse gilt es für ältere Menschen in Österreich eine nahtlose und effiziente Versorgung sicherzustellen und die Schnittstellen zu optimieren.

Seit vielen Jahren steigen die **Gesundheitskosten** an, dies hat multifaktorielle Gründe. Belegt ist, dass mit zunehmendem Alter (ab dem 75. Lebensjahr) nicht nur die Krankheitslast, sondern auch die Behandlungskosten stark ansteigen. Die Anzahl der Pflegegeldbezieher*innen wird sich bis zum Jahr 2030 fast verdoppeln (Reif, Birgmann, Palk & Peböck, 2007, S. IX-XI). Würde hingegen die Mehrheit der pflegebedürftigen Österreicher*innen in Zukunft in Pflegeheimen stationär versorgt werden, würde das Gesundheitssystem kollabieren. Deshalb gilt es künftig ambulante Formen der Versorgung, die darauf abzielen, dass pflegebedürftige Personen möglichst lange zu Hause bleiben, zu forcieren. Zudem hat eine Verlagerung vom stationären zum ambulanten Versorgungsbereich zu erfolgen (Fluder, Hahn, Bennet, Riedel & Schwarze, 2012, S. 11-15). Neben der Alterung der Bevölkerung ist der Staat auch mit gesellschaftlichen Herausforderungen konfrontiert, wie der **sozialen Differenzierung** unter dem Gesichtspunkt der **steigenden Ungleichheit**. Das Gesundheits- und Sozialsystem kann durch die speziellen Bedürfnisse und Probleme älterer Menschen nicht immer adäquat darauf eingehen. Weiters gibt es viele unterschiedliche und somit schwer vergleichbare Betreuungs- und Pflegeangebote in den Bundesländern, die durch den demografischen Wandel zunehmend an ihre Grenzen stoßen werden. Durch die steigende Zahl der Betreuungs- und Pflegebedürftigen und die fallbezogene Komplexität werden die traditionellen Formen der stationären und mobilen Versorgung nicht mehr ausreichen, um die Bedarfe zu decken. Mit der steigenden Anzahl der alleinwohnenden Menschen steigt auch die Wahrscheinlichkeit sich nicht mehr ohne Hilfe selbstversorgen zu können. Mit zunehmendem Alter benötigen immer mehr ältere Menschen die Unterstützung von ambulanten Diensten. Angehörige können sich oftmals aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr

um die ältere Generation kümmern (Reif et al., 2007, S. 1-3). Eine immer größer werdende gesellschaftliche Mobilität, Jobangebote aus dem Ausland und die zunehmende Kinderlosigkeit sind hier als wesentliche Faktoren zu nennen (Weigl, 2012, S. 36).

Ein weiteres Problem liegt in der Diskrepanz zwischen Technikentwicklung, Technikangebot und **Techniknutzung** durch ältere Menschen. Auch bei **Wohnräumen** werden Probleme sichtbar, denn ohne altersgerechte Adaptierung fällt die unmittelbare Wohnumgebung als Drehscheibe der Mobilität weg.

Im Allgemeinen ist das **Altersbild** gesellschaftlich häufig negativ und durch eine an Defiziten orientierte Sichtweise geprägt. Insbesondere durch die Covid-19-Pandemie erleben viele ältere Menschen Ausgrenzungen. Jene Bevölkerungsgruppe hat somit ein größeres Risiko zu vereinsamen und gesellschaftlich ausgegrenzt zu werden als andere Teile der Bevölkerung. Folgen können Beeinträchtigungen des körperlichen als auch psychischen Wohlbefindens sein. Anstatt dieses (meist durch Vorurteile bedingte) Altersbild aufrecht zu erhalten, sollte die Teilhabe der älteren Bevölkerung erhöht und somit sozialer Isolation, Einsamkeit und vorzeitiger Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt werden (Bauer & Wesp, 2020, S. 5-6).

Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung von künftig vermehrt intermediären Formen der Betreuung. Alternative Versorgungsangebote für ältere und hilfsbedürftige Menschen machen freiwillige und unbezahlte Tätigkeiten in Organisationen und Vereinen unabdingbar (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019, S. 35). Außerfamiliäre Netzwerke werden immer wichtiger. Nachbarschaftsangebote stärken die Zufriedenheit, die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Personen. Die Schulung digitaler Kompetenzen aller Altersgruppen ist wichtig, um sich in den digitalen Sphären zurechtzufinden und Inklusion zu fördern. Alternative Wohnformen im Generationenverband gewinnen an Zuspruch, da hier Zusammenhalt und gegenseitige Unterstützung im Vordergrund stehen (Bauer & Wesp, 2020, S. 6-27).

3.2 Corona-bedingte Veränderungen im Projekt NachbarschaftsHILFE PLUS

Im Corona-Jahr 2020 wurden unter veränderten Rahmenbedingungen insgesamt 7.366 ehrenamtliche Tätigkeiten in 21 Partnergemeinden des Projekts NHP geleistet. Zu Krisenbeginn führte der Virus zu drastischen **Reduzierungen von Alltagsunterstützungen**. Dies betraf den Fahr- und Begleitdienst, Einkaufs- und Medikamentenservice, Besuchsdienst, Spaziergehdienst sowie Informationsveranstaltungen. Der besondere Schutz von Menschen im höheren Lebensalter (Risikogruppe) und die damit verbundenen Kontaktbeschränkungen erforderten **Anpassungen der Angebote**. So erfolgen nun die Fahrdienste mit FFP2-Masken und mit Klient*in in der zweiten Sitzreihe des Autos, wei-

ters wurden Telefon-Besuchsdienst und Spaziergehdiens mit 2 Meter Abstand initiiert. Die **Erreichbarkeit** der Standort-Koordinatorinnen in den Gemeinden ist bis auf Weiteres **telefonisch** gegeben, persönliche Sprechstunden sind während der Lockdown-Phasen nicht möglich. Eine gewichtige Veränderung bei NHP bestand in der **Rekrutierung von jungen Freiwilligen**, da zivilgesellschaftliches Engagement meist selbst von älteren Menschen erfolgt. Insofern begann man mitten in der Krise, aktiv um neue und zugleich jüngere Freiwillige zu werben. Ein **Aufruf** zum freiwilligen Engagement erfolgte im März 2020 per Presseaussendung in den teilnehmenden Gemeinden (Nachbarschaftshilfe Plus, 2020, www).

Aus der **Sekundäranalyse** (Sonderauswertung) des zur Verfügung gestellten Datenmaterials von NHP aus den Jahren 2019 und 2020 erfolgte eine Auswertung hinsichtlich der Anzahl der Freiwilligen und deren Durchschnittsalter vor und während der Covid-19-Pandemie. Insgesamt waren im Jahr 2019 (vor der Covid-19-Pandemie) 490 Freiwillige im Alter von 37 bis 91 Jahren ehrenamtlich im Projekt NHP aktiv. Das Durchschnittsalter der Helfer*innen lag bei 57,48 ± 15,06 Jahren (MW ± SD). Während der Covid-19-Krise konnte die NHP-Projektleitung auf insgesamt 111 Helfer*innen zurückgreifen, jene Freiwillige waren im Durchschnitt 51,06 ± 12,14 Jahre alt. Die **Zusammenfassung der Daten** ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tab. 2: Zusammenfassung der Merkmale der Freiwilligen im Projekt Nachbarschaftshilfe PLUS (Stand 2019/2020), Eigene Erstellung

	vor Corona-Pandemie			seit Corona-Pandemie		
Gesamtergebnisse Bezirke	Alter (Jahre)			Alter (Jahre)		
Freiwillige in Bezirken	n	MW	(±) SD	n	MW	(±) SD
Eisenstadt	53	61,64	15,78	iA	iA	iA
Neusiedl	30	53,10	19,66	15	60,30	12,10
Mattersburg	52	56,15	13,75	18	57,89	12,31
Oberpullendorf	221	61,81	12,41	78	35,00	12,03
Oberwart	134	54,70	13,70	iA	iA	iA
Bezirke (gesamt)	490	57,48	15,06	111	51,06	12,14
* iA für „in Arbeit“						

Der **Bezirk Oberpullendorf** zählt zu jenen mit den meisten im NHP-Projekt teilnehmenden Gemeinden, hier ist ein starker **Rückgang der Anzahl der Freiwilligen** in der Krise im Vergleich zu vor der Krise (vor, n=221 vs. seit, n=78) zu vermerken. Das **Durchschnittsalter** der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen lag vor Beginn der Covid-19-Pandemie bei 61,81 ± 12,14

Jahren (MW \pm SD) und seit Beginn der Krise bei $35,00 \pm 12,03$ Jahren (MW \pm SD). Deutliche Altersdifferenzen in der Freiwilligen-Gruppe vor im Vergleich zu seit der Covid-19-Pandemie gehen aus dieser Analyse hervor. Es fand eine „Verjüngung“ der Helfer*innen im Bezirk Oberpullendorf statt, siehe Tabelle 3.

Tab. 3: Merkmale der Freiwilligen im Projekt NachbarschaftsHILFE PLUS aus dem Bezirk OP (Stand 2019/2020), Eigene Erstellung

Bezirk Oberpullendorf (OP)	vor Corona-Pandemie			seit Corona-Pandemie		
	Alter (Jahre)			Alter (Jahre)		
Freiwillige in Gemeinden	n	MW	(\pm) SD	n	MW	(\pm) SD
Draßmark (iA)	17	54,88	9,43	iA	iA	iA
Horitschon/Unterpetersdorf	13	54,15	18,56	11	27,55	9,41
Lackendorf	8	68,63	9,05	4	41,50	20,17
Kobersdorf	30	63,50	10,80	14	37,29	14,12
Lackenbach	33	64,85	15,37	13	34,31	11,39
Unterfrauenhaid	22	60,95	11,24	6	37,67	10,75
Neutal (iA)	21	57,67	12,43	iA	iA	iA
Steinberg-Dörfl	32	63,88	13,94	20	28,10	8,87
Piringsdorf	28	67,32	9,05	10	38,60	9,47
Stoob (iA)	17	62,29	14,19	iA	iA	iA
OP (gesamt)	221	61,81	12,41	78	35,00	12,03
* iA für „in Arbeit“						

Die Auswertungen der Daten aus den Bezirken Neusiedl, Mattersburg und Oberwart zeigen ebenso wie in Oberpullendorf einen Rückgang der Freiwilligenzahlen an, siehe Tabelle 4. Der Trend zur „Verjüngung“ ist hier anhand des Altersdurchschnitts im Vergleich zu dem soeben beschriebenen Bezirk Oberpullendorf nicht abzulesen. Gründe hierfür können sein: viele ältere Freiwillige, selbst zugehörig zur Risikogruppe sowie eine nicht erfolgreiche Rekrutierung jüngerer Helfer*innen. Zudem ist anzumerken, dass im Zuge dieser Sonderauswertung noch kein vollständiger Datensatz herangezogen werden konnte. Daten seit Beginn der Covid-19-Pandemie aus dem Bezirk Eisenstadt sowie aus einzelnen Gemeinden in den Bezirken Mattersburg und Oberwart befinden sich zum Erscheinen des vorliegenden Beitrags noch in Ausarbeitung (iA), siehe Tabelle 4.

Tab. 4: Merkmale der Freiwilligen im Projekt NachbarschaftsHILFE PLUS aus den Bezirken E, NS, MA und OW (Stand 2019/2020), Eigene Erstellung

	vor Corona-Pandemie			seit Corona-Pandemie		
	Alter (Jahre)			Alter (Jahre)		
Freiwillige in Gemeinden	n	MW	(±) SD	n	MW	(±) SD
Bezirk Eisenstadt (E)						
Eisenstadt (iA)	26	59,73	12,49	iA	iA	iA
Hornstein (iA)	17	58,29	14,14	iA	iA	iA
Müllendorf (iA)	10	66,90	20,70	iA	iA	iA
E (gesamt)	53	61,64	15,78	0	0,00	0,00
	vor Corona-Pandemie			seit Corona-Pandemie		
	Alter (Jahre)			Alter (Jahre)		
Bezirk Neusiedl (NS)						
Freiwillige in Gemeinden	n	MW	(±) SD	n	MW	(±) SD
Nickelsdorf	30	53,10	19,66	15	60,30	12,10
ND (gesamt)	30	53,10	19,66	15	60,30	12,10
	vor Corona-Pandemie			seit Corona-Pandemie		
	Alter (Jahre)			Alter (Jahre)		
Bezirk Mattersburg (MA)						
Freiwillige in Gemeinden	n	MW	(±) SD	n	MW	(±) SD
Hirm	27	52,26	15,76	9	55,78	14,81
Mattersburg (iA)	11	58,27	13,03	iA	iA	iA
Zillingtal	14	57,93	12,46	9	60,00	9,80
MA (gesamt)						
	vor Corona-Pandemie			seit Corona-Pandemie		
	Alter (Jahre)			Alter (Jahre)		
Freiwillige in Gemeinden	n	MW	(±) SD	n	MW	(±) SD
Loipersdorf/Kitzladen (iA)	23	54,39	11,48	iA	iA	iA
Markt Allhau/Buchschachen (iA)	48	56,17	14,81	iA	iA	iA
Mischendorf (iA)	29	50,03	16,90	iA	iA	iA
Wolfau (iA)	34	58,21	11,62	iA	iA	iA
OW (gesamt)	134	54,70	13,70	0	0,00	0,00
* iA für „in Arbeit“						

Festzuhalten ist, dass sich im Projekt NHP die durchschnittliche Anzahl der freiwilligen Helfer*innen in der Corona-Krise um beinahe 80% verringert hat. Ebenso hat auch das Durchschnittsalter der in der Krise tätigen Freiwilligen abgenommen. In vielen Gemeinden wurde versucht für den Freiwilligen-Pool jüngere Personen zu rekrutieren, denn ein Großteil der bislang Ehrenamtlichen gehört altersbedingt selbst zur vulnerablen Risikogruppe (Rainer, A., persönl. Mitteilung, 13.10.2020).

3.3 Beeinflussende Faktoren in der Erbringung von Nachbarschaftshilfe

Aus dem Freiwilligenbericht geht hervor, dass die höchste Beteiligungsquote unter den informell Freiwilligen in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen liegt. Diese sind durchschnittlich sechs Stunden pro Woche ehrenamtlich tätig. Gründe liegen meist in der **intrinsischen Motivation**. Sie wollen in erster Linie selbst aktiv bleiben und anderen helfen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019, S. 31-35).

Als **Bedingungen für die Bereitschaft** der Nachbarschaftshilfe nannten Freiwillige oder potenzielle Freiwillige im Rahmen einer Befragung folgendes (Fromm & Rosenkranz, 2019, S. 104-111): **Überschaubarkeit des zeitlichen Aufwandes, gute Beziehung zu Nachbarn, keine dauerhaften Verpflichtungen, kein Aufkommen für Schäden sowie Vorhandensein eine Ansprechperson bei Fragen.**

In einer Schweizer Studie (Seifert, 2016, S. 156-160) wurde das freiwillige Engagement unter Berücksichtigung von **soziodemografischen Merkmalen** untersucht. Daraus ging hervor, dass Personen zwischen 30 und 59 Jahren am häufigsten Nachbarschaftshilfe leisten. Ab 70 Jahren nimmt allerdings die Bereitschaft zur Nachbarschaftshilfe ab. Aber auch der **strukturelle Kontext** hat einen Einfluss auf die ehrenamtliche Beteiligung. Das Engagement von Freiwilligen ist ein gesellschaftspolitisches Thema, welches beispielsweise durch die Koordination der Nachbarschaftshilfe oder auch das Bereitstellen von Gemeinschaftsräumlichkeiten zur Nutzung für nachbarschaftliche Treffen gefördert werden kann.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Entwicklung des Ehrenamtes hin zum Freiwilligen Engagement 4.0. Hier gilt es alle Altersgruppen anzusprechen, insbesondere die junge Generation. Zudem hat die Gesellschaft an Vielfalt gewonnen, diese Vielfalt ist auch in der Partizipation des zivilgesellschaftlichen Engagements zu finden. Insofern birgt die Covid-19-Krise auch eine Chance für die Neuausrichtung und Neugestaltung der Freiwilligenarbeit, bei welcher der Mensch im Mittelpunkt steht.

4 Schluss

4.1 Zusammenfassung

Die Covid-19-Pandemie hat die Freiwilligenarbeit in der Gesundheitsversorgung von älteren Menschen, einer besonders schutzbedürftigen Personengruppe, auf den Prüfstand gestellt. Die Versorgung von älteren und hilfsbedürftigen Menschen ist längst ein brisantes gesundheitspolitisches Thema geworden. Der Versorgungsauftrag kann nicht zur Gänze vom Staat getragen werden. Aktuelle Studien unterstreichen die künftige Bedeutung von intermediären Betreuungs- und Versorgungsformen. Alternative Versorgungsangebote für ältere Menschen machen freiwilliges Engagement in Organisationen und Vereinen unverzichtbar.

Insofern gilt es nicht nur Einflussfaktoren für Freiwilligenarbeit näher zu betrachten, sondern auch zukunftsfähige Rahmenbedingungen dafür zu kreieren. Die Covid-19-Krise hat diesen Versorgungsdruck erhöht, zumal es die

älteren Menschen in unserer Gesellschaft im besonderen Maße trifft. Die über 65-Jährigen gelten als besonders schutzbedürftige Personengruppe, im Fachjargon werden sie als vulnerable Gruppe oder Risikogruppe bezeichnet. Dieser Umstand führt auch in Anbetracht der Corona-bezogenen Maßnahmen zu Veränderungen in der Freiwilligenarbeit.

Im vorliegenden Bericht erfolgte eine Sonderauswertung, eine Analyse aus einem Datensatz aus den Jahren 2019 und 2020 aus dem Projekt NachbarschaftsHILFE PLUS. Covid-19-bedingte Veränderungen in der Freiwilligenarbeit wurden untersucht und Merkmale von Freiwilligen analysiert. Festzuhalten ist, dass sich die Anzahl der freiwilligen Helfer*innen drastisch reduziert hat. Eine Begründung liegt darin, dass häufig Menschen zwischen 60 und 69 Jahren in Freiwilligenorganisationen tätig sind. Die Zuordnung zur Risikogruppe auf Basis des kalendarischen Alters limitiert ihr Engagement und ihre soziale Teilnahme. Insofern hat das Coronavirus auch zu beschleunigten Veränderungen in der Organisation und der Umsetzung der Tätigkeiten geführt. Es wurden Angebote angepasst und neue, junge Mitarbeiter*innen wurden rekrutiert sowie digitale Lösungen in der Kommunikation eingesetzt.

Die Covid-19-Krise birgt folglich eine Chance zur Neuausrichtung und Gestaltung der Freiwilligenarbeit in der Versorgung von älteren Menschen. Vieles ist im Wandel, so auch das Ehrenamt hin zum Freiwilligen Engagement 4.0.

4.2 Fazit und Ausblick

In jeder Krise liegt eine Chance, so auch in der Covid-19-Krise. Einige Organisationen machen sich nun dieses Veränderungspotenzial zu Nutze. Im Folgenden werden Corona-bedingte Veränderungen in der Freiwilligenarbeit am Beispiel NachbarschaftsHILFE PLUS zusammengeführt und in Abbildung 1 dargestellt.



Abb. 1: Corona-bedingte Veränderungen in der Freiwilligenarbeit am Beispiel von NachbarschaftsHILFE PLUS, Eigene Erstellung

Literatur

- Amt der burgenländischen Landesregierung. (2012). *Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012 Langfassung: Berichtszeitraum 2007 - 2012*. (Amt der burgenländischen Landesregierung, Hrsg.) Hornstein: DANEK Grafik Repro Druck.
- Bauer, M. & Wesp, B. (2020). *Dialog gesund & aktiv Altern: Handlungsfelder und Empfehlungen zur Stärkung der Gesundheit älterer Menschen durch soziale Teilhabe*. (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Hrsg.). Wien. Konsenspapier.
- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2019). *3. Bericht zum freiwilligen Engagement in Österreich: Freiwilligenbericht 2019* (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg.). Wien. Bericht.
- Fluder, R., Hahn, S., Bennett, J., Riedel, M. & Schwarze, T. (2012). *Ambulante Alterspflege und -betreuung: Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause*. Zürich: Seismo Verlag.
- Fromm, S., Rosenkranz, D., Rosner, D., & Schmitz, K. (2019). *Unterstützung in der Nachbarschaft: Struktur und Potenzial Für Gesellschaftliche Kohäsion*. Wiesbaden: Springer Vieweg, in Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Heusinger, J., Hämel, K. & Kümpers, (2017). *Hilfe, Pflege und Partizipation im Alter* (Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie). Darmstadt. Steinkopff. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1253-z> [15.10.2020].
- Hörting, A. & Spreitzer, H. (2019). *3. Bericht zum freiwilligen Engagement in Österreich: Freiwilligenbericht 2019*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: <https://www.freiwilligenweb.at/freiwilliges-engagement/freiwilligenbericht/> [16.10.2020].
- Karmasin, S., Gangl, K., Walter, A., Spitzer, F., & Kocher, M. G. (2020). *Das neue Retro? Österreich nach der Corona-Krise - wie sich unser Land verändern wird*. (). Wien: Insight Austria.
- Mayr, M., & Lehner, M. (2009). *Herausforderungen der integrierten Versorgung im Alter: Probleme und Perspektiven*. Linz: Wagner Verlag.
- Mühlbacher, A. (2002). *Integrierte Versorgung: Management und Organisation*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Nachbarschaftshilfe Plus. (2020). *Startseite*. Verfügbar unter: <https://www.nachbarschaftshilfe-plus.at/> [19.11.2020].
- Pleschberger, S., & Wosko, P. (2015). Informelle außerfamiliäre Hilfe für alleinlebende Menschen im Alter und Versorgung am Lebensende: Literaturübersicht. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(5), 457-464. doi:10.1007/s00391-014-0817-4
- Reif, M., Birgmann, R., Palk, D. & Peböck, M. (2007). *Detailbericht Seniorengesundheit in Oberösterreich*. Linz: Birner Druck.
- Seifert, A. (2016). *Freiwilliges Engagement im Alter. Großstadtbewohner ab 60 Jahren und ihre Beteiligung am Vereinsleben, an persönlichen Hilfeleistungen und an der Nachbarschaftshilfe*. HBSscience, 7, S. 151-160
- Statistik Austria. (2020). *Bevölkerungsprognosen*. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html [26.10.2020].
- Weigl, B. (2012). *Freiwilligenarbeit in ambulanten Sorge- und Pflegearrangements: Ein Vergleich von Betreuungs- und Teilhabekonzepten für ältere Menschen in England und Deutschland*. Hamburg: Dr. Kovač.
- Wurster, M. T., Prinzessin von Sachsen-Altenburg, M., (2019). *Helden gesucht: Projektmanagement im Ehrenamt*. (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Gemeinschaft gesund ernähren

Herausforderungen und Gelingensbedingungen der Gemeinschaftsverpflegung in pandemischen Zeiten im Setting Kindergarten

Autor*innen: Karina WAPP¹, Florian SCHNABEL²

Institution: ¹Land Burgenland, Abteilung 6 – Soziales und Gesundheit, Sanitätsdirektion und Gesundheitsmanagement, Eisenstadt, Österreich

²Fachhochschule Burgenland GmbH, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen spielen eine wesentliche Rolle, wenn es um die Gesundheit von Kindern geht. Nicht nur ihr Bildungsauftrag wirkt sich unmittelbar auf das kindliche Wohlbefinden aus, sondern auch die Rahmenbedingungen im Setting. Insbesondere die Gemeinschaftsverpflegung hat neben ihrer Hauptaufgabe, der Versorgung der Kinder mit Nahrung während des Aufenthalts im Kindergarten, weitere zentrale Funktionen, die eine gesunde Entwicklung beeinflussen. Diese können mit den Schlagworten Gesundheit, Sicherheit und Gemeinschaft zusammengefasst werden. In Zeiten der SARS Covid-19-Pandemie sind diese grundlegenden Aspekte durch die Lockdowns und die damit verbundenen Schließungen von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen aus dem Fokus geraten. Für die Zukunft gilt es daher, das Setting Kindergarten als essentielle Gesundheitsressource für Kinder anzuerkennen, dementsprechend weiterzuentwickeln und dessen Bedeutung in der und für die Gesellschaft zu unterstreichen.

1 Einleitung

Jedes Kind verdient es, in einer Umwelt aufzuwachsen, die eine bestmögliche Entwicklung ermöglicht. Insbesondere der Zugang zu und das Angebot von gesunder Ernährung ist eine wesentliche Rahmenbedingung für ein gesundes Aufwachsen. Die Sicherstellung dieser Rahmenbedingung gelingt schon außerhalb von pandemischen Zeiten nicht immer und ist aufgrund von Covid-19 zu einer besonderen Herausforderung geworden. Der Kindergarten als Institution ist nicht nur eine soziale Begegnungszone für Kinder unterschiedlicher Herkunft

und sozioökonomischer Verhältnisse, sondern trägt wesentlich zur Sozialisati-
on lebensstilassoziierter Verhaltensweisen bei. In pandemischen Zeiten jedoch,
in der die Selbstverständlichkeit einer institutionellen Aufsicht und Betreuung
von heute auf morgen durch nicht vorhersehbare Schließungen verloren geht,
wird klar, welche hohe gesellschaftliche Bedeutung eine Institution wie der
Kindergarten für Kinder aber auch deren Umfeld hat.

1.1 Hintergrund

Übergewicht und Adipositas sind Lebensstilerkrankungen der heutigen Zeit
und in Österreich bereits unter Kindern weit verbreitet. In einer Untersuchung
im Jahr 2015 wurde festgestellt, dass 15% der österreichischen Mädchen und
11,5% der österreichischen Buben im Alter von vier bis sechs Jahren überge-
wichtig oder adipös sind (Mayer et al., 2015, S. 53). Schlechte Ernährungsge-
wohnheiten werden bereits im frühen Kindesalter entwickelt und oft ein Leben
lang beibehalten. Dies führt zu einer Zunahme an ernährungsbedingten, zum
Teil chronischen Krankheiten, steigenden Prävalenzraten von Übergewicht
und Adipositas sowie hohen Kosten für das Gesundheitssystem. Daher sind
Maßnahmen im Zusammenhang mit Ernährung und Gesundheit, die möglichst
frühzeitig beginnen, von besonderer Bedeutung (Heseker & Beer, 2004, S. 240).

Die Verantwortung für Ernährung hat sich in den vergangenen Jahren vom
Elternhaus in die Institution Kindergarten verlagert. Waren es im Jahr 1990
noch 24% der burgenländischen Kinder, die in der Kinderbildungs- und -be-
treuungseinrichtung verpflegt wurden, sind es im Jahr 2020 bereits 70% der
Kinder (Statistik Austria, 2020, www). Das Setting Kindergarten als Ganzes und
insbesondere die Gemeinschaftsverpflegung spielen demnach eine entschei-
dende Rolle. Ansätze zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebensverhält-
nisse müssen forciert werden, um die materiellen, sozialen und ökologischen
Rahmenbedingungen für eine gesunde Lebensweise bereits in der frühen Kind-
heit zu verbessern. In diesem Zusammenhang ist auch der Setting-Ansatz von
besonderer Bedeutung, der auf die Lebenswelt von Menschen und damit auf
Rahmenbedingungen, in denen sie leben, spielen und arbeiten, fokussiert. Die
Kombination aus verhältnisorientierter Gesundheitsförderung und Setting-An-
satz ergibt Interventionen zur Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings,
in deren Mittelpunkt die Partizipation der im Setting befindlichen Personen so-
wie der Prozess der systemischen Organisationsentwicklung steht (Rosenbrock
& Hartung, 2015). Diese sollten unbedingt auch in der Lebenswelt Kindergar-
ten Anwendung finden und die Verhältnisse und Rahmenbedingungen, zu de-
nen auch die Gemeinschaftsverpflegung zählt, miteinbeziehen. Das wesentliche
Ziel einer gesundheitsförderlichen Gemeinschaftsverpflegung soll es sein, die
„Konsument*innen“, in diesem Fall die Kindergartenkinder, so früh wie mög-
lich vollwertig und ausgewogen zu ernähren, aber auch zur Nachahmung zu
motivieren und gesunde Essgewohnheiten nachhaltig zu prägen. So wird früh-

zeitig ein wichtiger Beitrag zur Prävention von ernährungsassoziierten Erkrankungen geleistet.

Allerdings ist die Ernährung nur einer von vielen Aspekten, die durch eine gesundheitsförderlich gestaltete Gemeinschaftsverpflegung positiv beeinflusst werden können. Auch zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit wird beigetragen, zumal Kinder aus unterschiedlicher sozioökonomischer Herkunft und verschiedenen Altersgruppen, unabhängig von ihrem familiären Hintergrund erreicht werden können. Besonders Kinder aus sozioökonomisch schlechter gestellten Verhältnissen sind oft gesundheitlich benachteiligt und weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Kinder aus einkommensstarken und bildungsnahen Familien (Klein et al., 2015, S. 5ff). Durch eine ausgewogene Ernährung im Kindergarten können Defizite, die beispielsweise zu Hause aufgrund beschränkter Ressourcen oder fehlender Kompetenzen entstehen, zumindest teilweise kompensiert werden. Auch die soziale Komponente der Gemeinschaftsverpflegung darf nicht außer Acht gelassen werden, da sie eine wesentliche Rolle im Setting Kindergarten einnimmt und in Wechselwirkung zu eben dieser steht. Wie der Name schon verrät, steht das gemeinsame Essen im Vordergrund, das enormes Potential für eine gesunde Entwicklung von Kindern bietet.

1.2 Problemstellung

Seit Beginn der Covid-19-Pandemie in Österreich im März 2020 wird über Kindergarten- und Schulschließungen kontrovers diskutiert. Über die Infektiosität von Kindern, insbesondere Kindergartenkindern, liegt bis dato wenig Evidenz vor. Laut dem Robert Koch Institut ist die auf PCR-Testungen basierende Prävalenz bei Kindern in den meisten Studien niedriger als jene bei Erwachsenen. In Bezug auf die Empfänglichkeit zeigen Studien, die Kontaktpersonen von infektiösen Personen untersucht haben, eine zumeist geringere Empfänglichkeit von Kindern im Vergleich zu Erwachsenen. Insbesondere Kinder im Kindergartenalter waren weniger empfänglich für eine Infektion mit SARS Covid-19 als Schulkinder (2020, [www](#)). Wie infektiös Kinder tatsächlich sind und welche Rolle sie bei der Verbreitung von Covid-19 spielen, ist sowohl unter Epidemiolog*innen, als auch Virolog*innen umstritten, die vorliegende Evidenz ist für eine abschließende Bewertung nicht ausreichend.

Fakt ist allerdings, dass mit der Schließung von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen immense Kosten auf psychischer, sozialer und ökonomischer Ebene für die betroffenen Kinder entstehen. Reduzierte soziale Kontakte, verlorene Tagesstrukturen und fehlende Infrastruktur zur entsprechenden Förderung der Kinder münden in hohen sozialen Kosten, die sich langfristig auswirken und rasch zu volkswirtschaftlich bedeutsamen Dimensionen führen können. Besonders Kinder, die aus benachteiligten Verhältnissen stammen, sind von der Situation in stärkerem Ausmaß betroffen, es ist davon auszugehen, dass die soziale Ungleichheit im österreichischen Bildungssystem durch die Pande-

mie ansteigen wird. Kocher & Steiner kamen in ihrer Kosten-Nutzen-Analyse von Schulschließungen zur Pandemiebekämpfung zur Schlussfolgerung, dass die Schließung von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen aufgrund der hohen Kosten, die daraus resultieren, das letzte mögliche Mittel sein muss, um SARS Covid-19 entgegenzuwirken. Die Umstellung auf Distance Learning geht mit massiv negativen Effekten auf den Kompetenz- und Wissenserwerb der Kinder einher, jüngere Kinder und Kinder aus benachteiligten Familien sind stärker negativ betroffen (2020, S. 3).

1.3 Zielsetzung

Ziel dieses Beitrags ist es, das Setting Kindergarten als wichtige Ressource für die Gesundheit von Kindern zu betrachten und auf die Besonderheiten der Gemeinschaftsverpflegung in außerpandemischen Zeiten einzugehen. Im Anschluss wird auf die durch Covid-19 veränderten Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf die Zielgruppe des Settings Bezug genommen, bevor abschließend die Entwicklung der Gemeinschaftsverpflegung vor dem Hintergrund der aktuellen Situation diskutiert wird. Mit Hilfe einer systematischen Literaturübersicht und anschließender Evidenzsynthese werden folgende Fragestellungen beantwortet:

- Welche gesundheitliche Relevanz hat die Gemeinschaftsverpflegung in Kinderbetreuungseinrichtungen und wie muss diese gestaltet sein, um sich positiv auf die Gesundheit von Kindern auszuwirken?
- Wie hat sich die Gemeinschaftsverpflegung durch Covid-19 verändert?

2 Methodik

Zur Darstellung der vorhandenen Evidenz und Erarbeitung einer Evidenzsynthese wurde eine systematische Literatursuche nach publizierten Studien in Fachzeitschriften durchgeführt, die den Zusammenhang zwischen der Gemeinschaftsverpflegung und dem Ernährungs- bzw. Gesundheitsverhalten von Kindern untersucht haben. Das methodische Vorgehen dabei erfolgte anhand eines dreistufigen Prozesses: anhand expliziter Kriterien wurde relevante Literatur identifiziert, danach selektiert und abschließend bewertet.

Prozessschritt 1: Identifikation

Zur Identifikation relevanter Publikationen wurde eine Literaturrecherche in Datenbanken PubMed, Springer Link, Embase, Cochrane Library, google scholar und der Datenbank der Fachhochschule Burgenland durchgeführt. Da die Thematik Gemeinschaftsverpflegung je nach Land und Setting unter verschiedenen Synonymen bearbeitet wird, wurden bei der systematischen Suche unterschiedliche Schlüsselwörter verwendet. Folgende Keywords kamen in

verschiedensten Kombinationen und unter Verwendung Bool'scher Operatoren zur Anwendung: Gemeinschaftsverpflegung, public catering, school meals, school menus, Mittagessen, Schulesen; Kindergarten, Kindergartenkinder, Kinder, preschool-aged children, children; Gesundheitsförderung Kindergarten; Ernährungsverhalten, Gesundheitsverhalten und health behaviour.

Da die Suche nach Literatur mit Bezug auf die Zielgruppe „Kindergartenkinder“ kaum Ergebnisse hervorbrachte, erfolgte eine Ausweitung auf die Zielgruppe Kinder von 0 bis 18 Jahren. Diese Ausweitung ist durchaus vertretbar, da die Gemeinschaftsverpflegung oftmals durch ortsansässige Gasthäuser erfolgt und diese zumeist neben den Kinderbetreuungseinrichtungen auch Volks- und Pflichtschulen beliefern.

Prozessschritt 2: Selektion

Ziel der systematischen Suche war es, in elektronischen Datenbanken veröffentlichte Artikel in deutscher und englischer Sprache zu finden. Es wurden vorab keine bestimmten Studientypen definiert. Wenn die Suche mehr als 150 Treffer erzielte, erfolgte die Auswahl der Literatur anhand der in Tabelle definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Das Publikationsjahr wurde für Evidenz der Gemeinschaftsverpflegung in Kinderbetreuungseinrichtungen auf die letzten fünf Jahre beschränkt, da der Fokus auf die Darstellung aktueller Evidenz gelegt wurde aufgrund der verstärkten Bestrebungen in den vergangenen Jahren.

Tab. 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche. Eigene Erstellung.

Kriterien	Einschluss	Ausschluss
Population	Kinder von 0 bis 18 Jahren	Erwachsene, Senioren
Intervention	Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten und Pflichtschulen	BGF-Projekte Gemeinschaftsverpflegung am Arbeitsplatz Gemeinschaftsverpflegung in Krankenhäusern Gemeinschaftsverpflegung in Universitäten
Studiendesign	Reviews, Primärstudien	Projektberichte
Publikationsjahr	Veröffentlichungen von 2014-2020 für Literatur zu GV Veröffentlichungen von 2009-2020 für Literatur zur Bio-Thematik	Veröffentlichungen vor 2014 Veröffentlichungen vor 2009
Sprache	Deutsch- und englischsprachige Studien	Alle anderen Sprachen

Nach Sichtung des Titels und dem Ausschluss von Duplikaten wurden 39 potentiell relevante Artikel identifiziert. Im Zuge der Abstractanalyse erfolgte

der Ausschluss von 17 Artikeln u.a. aufgrund nicht relevanter Zielgruppen, fehlenden Settingbezugs, zu geringem Evidenzlevel oder weil andere Handlungsfelder im Vordergrund der Publikation standen. Nach einem Volltextscreening der 22 verbleibenden Artikel wurden weitere elf ausgeschlossen.

Die wichtigsten Ergebnisse der elf eingeschlossenen Artikel wurden in einem nächsten Schritt einer qualitativen Bewertung unterzogen. Abbildung 1 stellt den Such- und Auswahlprozess der systematischen Literaturrecherche dar.

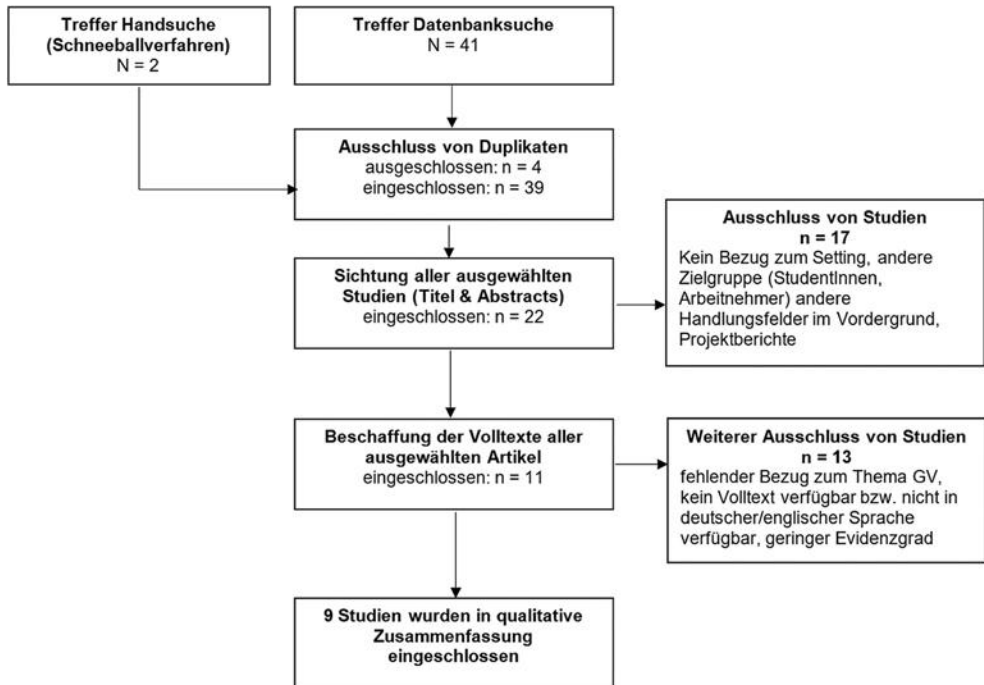


Abb. 1: Flussdiagramm zur Studienauswahl, Quelle: Eigene Erstellung

Prozessschritt 3: Bewertung der Qualität der ausgewählten Literatur

In der Literaturrecherche wurden aufgrund der begrenzten Evidenz zum Thema zunächst keine Limitationen hinsichtlich des Studiendesigns vorgenommen, erst ab einer Trefferquote von 150 wurden lediglich Reviews berücksichtigt. Somit wurden in die qualitative Bewertung Studien verschiedenster Evidenzklassen nach Antes et al. (2003) miteinbezogen, darunter Systematische Reviews, randomisierte, kontrollierte Studien, Querschnitts-, Vergleichs- und Beobachtungsstudien sowie qualitative Inhaltsanalysen von Expertenmeinungen. Um zu gewährleisten, dass die beste verfügbare Evidenz für die gegenständliche Fragestellung identifiziert wurde, wurden die vorliegenden Studien nach qualitativen

Aspekten bewertet und kritisch betrachtet (Kahan & Goodstadt, 2005, S. 24). Zur Bewertung der methodischen Qualität epidemiologischer Studien stehen diverse Checklisten zur Verfügung. Die eingeschlossenen systematischen Reviews und randomisierte, kontrollierten Studien wurden anhand der Checklisten von SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) einer kritischen Inhalts- und Methodenanalyse unterzogen. Die SIGN-Checklisten erschienen zweckmäßig, zumal durch diese eine Bewertung des Gleichgewichts zwischen methodischer Genauigkeit und praktischer Anwendung ermöglicht wird (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2019). Für die verbleibenden selektierten Studien wurde die Checkliste des Fonds Gesundes Österreich (Haas, Breyer, Knaller & Weigl, 2013, S. 61) herangezogen. Da bei Anwendung der klassischen Evidenzhierarchie ersichtlich wird, dass ein Großteil der selektierten Studien im unteren Bereich angesiedelt sind, wird hierzu angemerkt, dass dieses Bewertungsschema vornehmlich für medizinische Studien verwendet wird und für den Bereich der Gesundheitsförderung nicht immer praktikabel ist (Haas et al., 2013, S. 61). Daher wurde bei der Qualitätsbewertung von Studien mit Fragestellungen der Gesundheitsförderung insbesondere auf die Evidenz guter Praxis, auf eine reflektierende Auseinandersetzung mit den integrierten Forschungsarbeiten sowie auf die interne Stimmigkeit geachtet. Die Bewertung erfolgte ebenfalls anhand der dreistufigen Skala nach SIGN, um die Einheitlichkeit sicherzustellen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden in einer Evidenzsynthese zusammengefasst und aufbereitet.

3 Erkenntnisse und Praxisbezug

Im folgenden Abschnitt wird zunächst erläutert, warum das Setting Kindergarten als Gesundheitsressource angesehen werden kann und welche Anknüpfungspunkte sich speziell für die Gesundheitsförderung in diesem Setting ergeben. Danach erfolgt die Evidenzsynthese aus den im Zuge der systematischen Literatursuche identifizierten Quellen, bevor auf die veränderten Rahmenbedingungen durch die Covid-19-Pandemie eingegangen wird.

3.1 Der Kindergarten als Gesundheitsressource

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (Weltgesundheitsorganisation WHO, 1986, www) Diese Definition von Gesundheit aus der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation zeigt deutlich, wie bedeutsam das Setting Kindergarten für die Gesundheit von Kindern ist. Gleich nach dem Elternhaus ist der Kindergarten eine der wichtigsten Institutionen zur Sozialisation von Kindern, da diese durch darin erlebte Erfahrungen und das erworbene Wissen geprägt werden (BZgA, 2001, S.5). Durch seine zentrale familienergänzende Rolle und die vorhandenen Anknüpfungspunkte in Form der pädagogi-

schen Arbeit eignet sich dieses Setting besonders für die praktische Umsetzung von Gesundheitsförderung. Nicht nur die pädagogische Aufgabe, das Kind in seiner Entwicklung zu einem selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Menschen zu fördern decken sich mit den Prinzipien der Gesundheitsförderung, auch die in Österreich hohe Erreichbarkeit von Kindern unterschiedlichster sozialer Herkunft leistet einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. Zumal der Kindergarten eine zentrale Schnittstelle zwischen der professionellen Arbeit der pädagogischen Fachkräfte und der Erziehung zu Hause darstellt, ergibt sich neben dem Empowerment der Kinder auch eine wichtige Möglichkeit der Einflussnahme auf die Eltern und deren (Gesundheits-)Kompetenzen (Pott, 2020, S. 25). Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass Kinder einen nicht unwesentlichen Anteil einer bedeutsamen Alters- und Entwicklungsphase im Kindergarten verbringen, erscheint diese Lebenswelt eine relevante Gesundheitsressource zu sein, sofern sie denn auch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen aufweist. Neben adäquater Raumausstattung, der entsprechenden Ausbildung des Fachpersonals oder der Vernetzung mit relevanten Institutionen zählt die Gemeinschaftsverpflegung zu einer wesentlichen Rahmenbedingung, die sich auf die Gesundheit der im Setting befindlichen Personen förderlich auswirken kann. Im nächsten Abschnitt erfolgt eine Evidenzsynthese aus den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche, die zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen soll.

3.2 Die soziale Bedeutung der Gemeinschaftsverpflegung

Die im Zuge der systematischen Literaturrecherche identifizierten Studien beleuchten unterschiedliche Aspekte der Verpflegung in Kinderbetreuungs-einrichtungen und Schulen. Vier der Studien, darunter eine Querschnittstudie (Raulio et al., 2010), eine Elternbefragung (Korkalo et al., 2019), eine länderübergreifende Vergleichsanalyse (Oosstindjer et al., 2017) und ein systematisches Review (Niebylski et al., 2014), untersuchen den Zusammenhang zwischen der Mittagsverpflegung und dem Ernährungsverhalten von Kindern. Alle vier Studien kommen zu dem Ergebnis, dass eine gesundheitsförderlich gestaltete Verpflegung in Kindergärten und Schulen zu positiven Effekten für das Ernährungsverhalten von Kindern führt. Raulio et al. (2010) beispielsweise kommen zum Schluss, dass das finnische Schulessen, das nach festgelegten Richtlinien gestaltet sein muss, einen wichtigen Beitrag zur Förderung eines gesunden Essverhaltens leistet, zum einen durch die Bereitstellung gesunder Speisen und zum anderen durch die damit einhergehende Vorbildwirkung. Ähnliches Ergebnis zeigt auch die Befragung von Korkalo et al. (2019) in finnischen Kindergärten: die Auswertung von Essensprotokollen, die von Eltern über ihre Kinder geführt wurden, ergab, dass Kinder in Vollzeitbetreuung (inkl. Verpflegung) günstigere Lebensmittelgruppen konsumierten als Kinder, die zu Hause verpflegt wurden. Somit hat die Speiseplangestaltung, welche gesetzlich festgelegten Er-

nährungsrichtlinien unterliegt, einen wesentlichen Einfluss auf die Bildung von Ernährungsgewohnheiten von Kindern und deren Gesundheit. Oosstindjer et al. (2017) unterstreichen ebenfalls das vorhandene Potential der Schulverpflegung für die Entwicklung eines gesunden und nachhaltigen Ernährungsverhaltens, sie weisen aber auch auf weiteren Forschungsbedarf hin, um das Lernen gesunder Verhaltensweisen durch die Schulverpflegung als Organisationsprinzip zu verankern. Auch Niebylski et al. (2014) finden in ihrem systematischen Review eindeutige Belege für die positive Wirkung gesunder Schulverpflegung, besonders effektiv erscheint diese dabei in Kombination mit Maßnahmen der Ernährungsbildung zu sein.

Die Umsetzung vorgegebener Ernährungsrichtlinien für die Gemeinschaftsverpflegung haben sowohl die Studie von Vieux et al. (2018) als auch jene von Kiss et al. (2019) im Fokus. Vieux et al. erheben die Einhaltung der gesetzlich vorgegebenen Ernährungsrichtlinien für französische Volksschulen sowie deren Einfluss auf die Nährstoffbeschaffenheit des Essens und bestätigen in ihrer Analyse die Relevanz dieser Vorgaben. Eine gute Nährstoffqualität in der Schulverpflegung wird festgestellt, allerdings wird in Zusammenhang mit den Richtlinien mehr Flexibilität gefordert, da deren Umsetzung in die Praxis für viele Gemeinschaftsverpfleger*innen eine Herausforderung darstellt. Hier knüpft auch die Befragungsstudie von Kiss et al. an, in der erhoben wurde, warum die gesetzlich erlassenen Vorgaben für ungarische Schulverpflegungsbetriebe aufgrund nicht vorhandener Akzeptanz nicht erfolgreich umgesetzt werden konnte. Neben unterschiedlicher Zuständigkeiten, verabsäumter Vermittlung von Kompetenzen für Lehrer*innen sowie Schüler*innen werden insbesondere die fehlende Einbindung von und die Kooperation mit relevanten Stakeholdern im Entwicklungsprozess als Hauptbarriere für eine funktionierende Ernährungsstrategie in der Schulverpflegung identifiziert.

Welche Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung von implementierten Ernährungsrichtlinien für die Kindergarten- und Schulverpflegung ausschlaggebend sind, wird in zwei australischen randomisierten, kontrollierten Studien (Yoong et al., 2016; Seward et al., 2017) und in einer australischen nicht kontrollierten Vorher-Nachher-Studie erhoben. Alle drei Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Ernährungsrichtlinien für die Gemeinschaftsverpflegung verstärkt in der Praxis umgesetzt werden, wenn umfassende Unterstützungsmaßnahmen wie z.B. Informationsmaterial, Workshops zur Wissensvermittlung, Beratungsleistungen, Rezeptvorschläge, etc. angeboten werden. Wie bereits in einer vorhergehenden Studie beschrieben, wird auch in diesen festgestellt, dass eine komplette Umsetzung der vorgegebenen Richtlinien eine große Herausforderung für die Anwenderinnen und Anwender darstellt und dies künftig berücksichtigt werden sollte.

Alle analysierten Studien mit dem Fokus auf Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten bzw. Schulen kommen zu dem Schluss, dass die ausgewogene Ge-

staltung des Verpflegungsangebots bei der Förderung eines gesunden Essverhaltens eine maßgebliche Rolle spielt und dafür entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen. Dieses Ergebnis kann sowohl durch das Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren & Whitehead (1991, S. 11) als auch durch das Kindergesundheitsmodell von Mayer (2012, S. 105) untermauert werden. Beide Modelle identifizieren „Lebens- und Arbeitsbedingungen“ als wesentliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit, diese sind beeinflussbar und können optimiert werden. Somit wirkt sich eine gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Rahmenbedingungen positiv auf die gesunde Entwicklung und den Gesundheitszustand, insbesondere von Kindern, aus. Zu diesen Rahmenbedingungen zählt auch das Essensangebot in Bildungseinrichtungen, das mit Hilfe von Ernährungsrichtlinien bzw. Standards optimiert wird bzw. werden soll. Ernährungsrichtlinien definieren auf Basis aktueller ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse und abgestimmt auf die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe die Mindestanforderung an das Mittagessen und geben vor, welche Lebensmittelgruppen in welchem Ausmaß und in welcher Häufigkeit im Speiseplan zu finden sein sollten (Bundesministerium für Frauen und Gesundheit, 2017, S. 1). Da der Zugang zu Bildungseinrichtungen für alle Kinder unterschiedlichster Bevölkerungsgruppen gegeben sein muss und der Besuch dieser Einrichtungen verpflichtend gesetzlich verankert ist, trägt die Gemeinschaftsverpflegung, sofern sie den Richtlinien entspricht, im Sinne der Chancengerechtigkeit zu einem gesunden Essverhalten unabhängig von der sozioökonomischen Herkunft bei. Zudem kann sie kompensatorisch wirken, wenn Kinder zu Hause keine ausgewogenen Mahlzeiten erhalten.

Definierte Ernährungsrichtlinien können demnach als wesentlicher Faktor für die positiven Effekte der Gemeinschaftsverpflegung auf die Gesundheit identifiziert werden. Wie die vorliegende Evidenz zeigt, reichen aber bestehende Richtlinien oder Vorgaben allein nicht aus, um zu wirken. Vielmehr muss auf eine adäquate und bedürfnisorientierte Umsetzung besonderer Wert gelegt werden. Bereits in der Entwicklung von Ernährungsrichtlinien muss auf eine partizipatorische Ausrichtung geachtet werden, zumal es andernfalls zu fehlender Akzeptanz und in weiterer Folge zur Nichtimplementierung kommen kann, wie die Studie aus Ungarn zeigt. Ein Großteil der analysierten Studien kam zu dem Ergebnis, dass die Umsetzung von Ernährungsrichtlinien in die Praxis mit großen Herausforderungen für die Verpflegungsanbieter*innen einhergehen. Als Erfolgsfaktoren für die erfolgreiche Umsetzung von ernährungsspezifischen Vorgaben in der Gemeinschaftsverpflegung haben sich insbesondere umfassende Informations- und Unterstützungsangebote für das Küchenpersonal sowie Maßnahmen zur Kompetenzsteigerung in Bezug auf Ernährung und Gesundheit für die sich in den Settings Kindergarten und Schule befindlichen Personen erwiesen.

Die vorhandene Evidenz zum Thema Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten ist limitiert, alle analysierten Studien fordern verstärkte Forschung

in diesen Bereichen. Insbesondere Studien auf hohem Evidenzlevel über die Auswirkungen von Interventionen in der Gemeinschaftsverpflegung auf das kindliche Ernährungsverhalten sind vermutlich aufgrund der komplexen Machbarkeit kaum bis gar nicht vorhanden. Existierende Studien, darunter wenige randomisierte kontrollierte Studien, beleuchten vor allem den Umsetzungsstand von Ernährungsrichtlinien und damit im Zusammenhang stehende Maßnahmen. Dies lässt aber nicht automatisch den Schluss zu, dass ein nach den Richtlinien zubereitetes Speisenangebot gleichzusetzen ist mit der Aufnahme dieser Speisen durch die Kinder. Positiv hervorzuheben ist, dass die vorliegende Evidenz in unterschiedlichen Ländern (Australien, Finnland, Ungarn, etc.) mit unterschiedlichen Bildungssystemen und Vorschriften erforscht wurden. Somit ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse gegeben.

3.3 Veränderte Rahmenbedingungen durch die Pandemie

Die vorherrschende Covid-19-Pandemie stellt uns alle vor enorme Herausforderungen. Auch die Lebenswelt Kindergarten ist massiv davon betroffen, zumal der Alltag in den Einrichtungen mit vielen Einschränkungen einhergeht, sofern diese überhaupt geöffnet sind. Mit Blick auf die Gemeinschaftsverpflegung ergeben sich in mehrerlei Hinsicht bedingt durch die pandemische Situation einige Nachteile. Die größten Defizite entfallen dabei insbesondere auf die vulnerable Zielgruppe der Kinder: durch die fehlende Anzahl der Kinder, die aufgrund des Lockdowns nicht im Kindergarten sondern zu Hause betreut wird, verändert sich die soziale Dimension der Gemeinschaftsverpflegung enorm. Das gemeinsame Essen im Kindergarten trägt unter normalen Umständen zur Entwicklung soziokultureller und affektiver Lernaspekte bei, die mit dem Ausprobieren neuer Gerichte und den in der Gemeinschaft gesammelten Erfahrungen verbunden sind. Durch die Reduktion der sozialen Kontakte und der Schließung bzw. nur bedingten Öffnung von Kinderbetreuungseinrichtungen geht die „Essens-Gemeinschaft“ verloren und mit ihr die wichtige Möglichkeit, voneinander zu lernen und Wissen und Fertigkeiten in Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme in der Gruppe zu generieren. Neben dem Gemeinschaftsaspekt gerät auch der Gesundheitsaspekt aus dem Fokus: wie im vorherigen Abschnitt ausgeführt, leistet eine gesundheitsförderlich gestaltete Gemeinschaftsverpflegung einen wesentlichen Beitrag zum Ernährungsverhalten von Kindern, zumal die ernährungsphysiologische Qualität der Verpflegung in Kinderbetreuungseinrichtungen oftmals besser ist als zuhause und sich dies positiv auf Gesundheitsoutcomes auswirkt. Fällt die Betreuung in den Einrichtungen aufgrund der Pandemie aus, muss die Verpflegung der Kinder im Elternhaus gewährleistet werden. Dass diese den allgemeinen Ernährungsempfehlungen für Kinder entspricht und somit bedürfnisorientiert und ausgewogen gestaltet ist, kann leider nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Immerhin verzehren die Österreicher*innen nur ein Drittel der empfohlenen Gemüsemenge pro Tag,

während die empfohlene Fleischmenge deutlich übertroffen wird (Rust et al., 2017, S. 43; 45). Da insbesondere Angehörige niedriger sozialer Schichten ein schlechtes Gesundheitsverhalten aufweisen, wird die gesundheitliche Ungleichheit unter Kindern dieser Familien verstärkt. In diesem Kontext soll auch der Aspekt der Sicherheit nicht unerwähnt bleiben, der ebenfalls durch die veränderten Rahmenbedingungen der Pandemie beeinträchtigt wird. Die Sicherheit, jeden Tag ein warmes, ausgewogenes Mittagessen zu bekommen, die Sicherheit, altersadäquat gefördert zu werden, um sich weiterentwickeln zu können und die Sicherheit, eine konstante Bezugsperson zu haben, ist für Kinder in pandemischen Zeiten nicht immer gewährleistet.

Auch die Perspektive weiterer, von den veränderten Rahmenbedingungen Zielgruppen soll beleuchtet werden: da die Gemeinschaftsverpflegung zumeist von Wirt*innen angeboten wird und diese von der Pandemie, den Lockdowns und den entsprechenden Verordnungen besonders betroffen sind, besteht die Gefahr, dass die Versorgung der Kindergärten nicht gewährleistet werden kann. Gasthäuser müssen erfinderisch und innovativ sein, um in pandemischen Zeiten zu überleben. Die Gemeinschaftsverpflegung würde sich dafür gut anbieten, allerdings ist dafür eine entsprechende konstante Anzahl an zu verpflegenden Kindern erforderlich, die nicht in jeder Ortschaft bzw. zu jeder Zeit gegeben ist. Das pädagogische Personal vor Ort sei ebenfalls erwähnt, zumal es in der aktuellen Situation oft auf sich allein gestellt ist: Gesundheitsförderungsangebote von außen durch Expert*innen sind aufgrund der Ampelschaltung und des damit einhergehenden Verbots von externen Besuchern im Kindergarten nicht durchführbar, Zahngesundheitserziehung, Bewegungsangebote und Ernährungsworkshops fallen aus oder müssen durch die Pädagog*innen zusätzlich abgedeckt werden. Empowerment erscheint plötzlich noch wichtiger zu sein, weshalb Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe weiterhin unbedingt erforderlich sind, wenn auch nur online.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Gemeinschaftsverpflegung in einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive wirkt sich zum einen auf das Ernährungsverhalten von Kindern und zum anderen auf das Sozialverhalten („Gemeinsinn“), insbesondere im Sinne der Chancengerechtigkeit bzw. Reduktion sozioökonomischer Ungleichheiten aus. Die Evidenzsynthese der in diesem Beitrag eingeschlossenen einschlägigen Literatur ergibt zudem, dass sich eine leitlinien-konforme Gemeinschaftsverpflegung trotz der Herausforderungen bei der Implementierung als Treiber für institutionelle Akzeptanz und Bewusstseinsbildung eignet. Die Evidenzlage über den Zusammenhang von leitlinienkonformer Gemeinschaftsverpflegung auf das Ernährungsverhalten von Kindern kann mit den vorliegenden Studien nicht eindeutig beantwortet werden. Sie unterstreicht

aber das vorhandene Potential der Kindergartenverpflegung für die Entwicklung eines gesunden, nachhaltigen Ernährungsverhaltens. Wesentlich dabei ist die Erfüllung aktueller Ernährungsrichtlinien, die besonders dann gegeben ist, wenn umfassende Unterstützungsmaßnahmen wie z.B. Informationsmaterial, Workshops zur Wissensvermittlung, Beratungsleistungen, Rezeptvorschläge, etc. angeboten werden. Eine komplette Umsetzung vorgegebener Richtlinien stellt eine Herausforderung für die Umsetzer*innen dar, weshalb es besonders relevant erscheint, den Entwicklungsprozess partizipativ anzulegen, Flexibilität in der Ausgestaltung und eine adäquate und bedürfnisorientierte Umsetzung zu gewährleisten. Besonders effektiv erscheinen diese Maßnahmen in Kombination mit Interventionen zur Kompetenzsteigerung für alle im Setting Kindergarten befindlichen Zielgruppen. Bewusstseinsbildung bei diesen Zielgruppen trägt wesentlich zur Akzeptanz der optimierten Verpflegungssituation bei. Bei der konkreten Ausgestaltung der Interventionen empfiehlt es sich, auf regionale Gegebenheiten, Bedürfnisse und bestehende Bedingungen unbedingt Rücksicht zu nehmen.

Vor dem Hintergrund von pandemischen Rahmenbedingungen durch SARS-COV 2 liegt der Fokus der Ergebnisse auf der sozialen Dimension der Gemeinschaftsverpflegung. Nicht nur das „Was“ sondern auch das „Wie“ gegessen wird, rückt in den Fokus der gesundheitsförderlichen Betrachtung der Gemeinschaftsverpflegung. Durch die Schließungen von Kinderbetreuungseinrichtungen während der Lockdowns sind drei wesentliche Aspekte aus dem Fokus geraten: Gesundheit, Gemeinschaft und Sicherheit. Gerade diese drei Aspekte, die alle mit der Gemeinschaftsverpflegung in Verbindung stehen, sind für ein gesundes Aufwachsen von Kindern essentiell. Ihre Existenz wird in außerpandemischen Zeiten in der Institution Kindergarten gewährleistet und als Selbstverständlichkeit angenommen. Die Verantwortung, die der Kindergarten als erste Bildungseinrichtung für die Entwicklung von Kindern trägt, ist in Zeiten der Pandemie besonders deutlich geworden. Umso wichtiger ist es künftig, das Setting Kindergarten als essentielle Gesundheitsressource zu sehen und als solche weiterzuentwickeln. Dies betrifft nicht nur das Ansehen dieser Lebenswelt in der Gesellschaft, sondern auch die darin vorherrschenden Rahmenbedingungen, zu denen die Gemeinschaftsverpflegung ebenso zählt wie ein gut ausgebildetes Personal.

Literatur

- Antes, G., Bassler, D. & Forster, J. (2003). Evidenz-basierte Medizin. Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EbM (1. Auflage). Stuttgart: THIEME.
- Bundesministerium für Frauen und Gesundheit (2017). Empfehlung der Nationalen Ernährungs-kommission für das Mittagessen im Kindergarten. Arbeitsgruppe Gemeinschaftsverpflegung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2001). Gesundheitsförderung im Kindergarten. Köln: BZgA.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.) (2002). „Früh übt sich ...“ – Gesundheitsförderung im Kindergarten: Impulse, Aspekte und Praxismodelle; Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Köln: BZgA.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm.
- Haas, S., Breyer, E., Knaller, C. & Weigl, M. (2013). Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung. Band Nr. 10 aus der Reihe WISSEN (Teil 1 Handbuch) (Band Nr. 10 aus der Reihe WISSEN (Teil 1 Handbuch)). Wien: Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH). Verfügbar unter: https://jasmin.goeg.at/306/7/Evidenz_in_der_Gesundheitsförderung_Handbuch%20-%20Kopie.pdf [02.01.2021].
- Heseker, H. & Beer, S. (2004): Ernährung und ernährungsbezogener Unterricht in der Schule. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz [school nutrition and nutrition lessons], 47(3), 240-245. <https://doi.org/10.1007/s00103-003-0789-9>
- Kahan, B. & Goodstadt, M. (2005). Research & Evaluation Practices Approach to Better Health. The IDM Manual A guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health, (3. Auflage). Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto.
- Kiss, A., Popp, J. & Oláh, J. (2019). The Reform of School Catering in Hungary: Anatomy of a Health-Education Attempt. *Nutrients*, 11(4), 716. <https://doi.org/10.3390/nu11040716>
- Klein, C., Fröschl, B., Kichler, R., Pertl, D., Tanios, A. & Weigl, M. (2015). Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gemeinschaftsverpflegung – ein Praxisleitfaden. Wien: Bundesgesundheitsagentur.
- Kocher, M. & Steiner, M. (2020). Kosten von Schulschließungen zur Pandemiebekämpfung. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Korkalo, L., Nissinen, K., Skaffari, E., Vepsäläinen, H., Lehto, R., Kaukonen, R. et al. (2019). The Contribution of Preschool Meals to the Diet of Finnish Preschoolers. *Nutrients*, 11(7), 1531. <https://doi.org/10.3390/nu11071531>
- Mayer, M., Gleiss, A., Häusler, G., Borkenstein, M., Kapelari, K., Köstl, G. et al. (2015). Weight and body mass index (BMI): current data für Austrian boys and girls aged 4 to under 19 years. *Annals of Human Biology*, 42(1), 45-55. <https://doi.org/10.3109/03014460.2014.907444>
- Mayer, K. (2012). Messung von Kindergesundheit und ihre Bedeutung in der Gesundheitsberichterstattung. Eine europäische Vergleichsanalyse und der Versuch einer modellartigen Entwicklung zur Vergleichbarkeit von Kindergesundheit. Masterarbeit. Fachhochschulstudiengänge Burgenland, Pinkafeld.
- Niebylski, M. L., Lu, T., Campbell, N. R. C., Arcand, J., Schermel, A., Hua, D. et al. (2014). Healthy food procurement policies and their impact. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 2608–2627. <https://doi.org/10.3390/ijerph110302608>
- Oostindjer, M., Aschemann-Witzel, J., Wang, Q., Skuland, S. E., Egelandsdal, B., Amdam, G. V. et al. (2017). Are school meals a viable and sustainable tool to improve the healthiness and sustainability of children's diet and food consumption? A cross-national comparative perspective. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 57(18), 3942–3958. <https://doi.org/10.1080/10408398.2016.1197180>
- Pott, E. (2002). Zentrale Gesundheitsprobleme im Kindesalter und Entwicklung von Interventionsstrategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.) „Früh übt sich ...“ – Gesundheitsförderung im Kindergarten: Impulse, Aspekte und Praxismodelle; Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Köln: BZgA.
- Robert Koch Institut (2020). Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und Covid-19- Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=3E288E4CB313976355BD97B1250FB349.internet051#doc13776792bodyText16 [29.12.2020].

- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2015). Settingansatz/Lebensweltansatz. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strukturen-settings-und-zielgruppen/settingansatz-lebensweltansatz/> [28.12.2020].
- Raulio, S., Roos, E. & Prättälä, R. (2010). School and workplace meals promote healthy food habits. *Public health nutrition*, 13(6A), 987–992. <https://doi.org/10.1017/S1368980010001199>
- Rust, P., Hasenegger, V. & König, J. (2017). Österreichischer Ernährungsbericht 2017. Verfügbar unter: https://ernaehrungsbericht.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/dep_ernaehrung/forschung/ernaehrungsberichte/erna_hrungsbericht2017_web_20171018.pdf [02.01.2021].
- Reilly, K. L., Nathan, N., Wiggers, J., Yoong, S. L. & Wolfenden, L. (2018). Scale up of a multi-strategic intervention to increase implementation of a school healthy canteen policy: findings of an intervention trial. *BMC public health*, 18(1), 860. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5786-x>
- Seward, K., Wolfenden, L., Finch, M., Wiggers, J., Wyse, R., Jones, J. et al. (2018). Improving the implementation of nutrition guidelines in childcare centres improves child dietary intake: findings of a randomised trial of an implementation intervention. *Public health nutrition*, 21(3), 607–617. <https://doi.org/10.1017/S1368980017003366>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2019). Critical appraisal notes and checklists. Verfügbar unter: <https://www.sign.ac.uk/checklists-and-notes> [29.12.2020].
- Statistik Austria (2020). Kindertagesheime. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung/kindertagesheime_kinderbetreuung/index.html [28.12.2020].
- Weltgesundheitsorganisation WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?wa=IPEMBI18 [01.01.2021].
- Vieux, F., Dubois, C., Duchêne, C. & Darmon, N. (2018). Nutritional Quality of School Meals in France: Impact of Guidelines and the Role of Protein Dishes. *Nutrients*, 10(2), 205. <https://doi.org/10.3390/nu10020205>
- Yoong, S. L., Jones, J., Marshall, J., Wiggers, J., Seward, K., Finch, M. et al. (2016). A theory-based evaluation of a dissemination intervention to improve childcare cooks' intentions to implement nutritional guidelines on their menus. *Implementation science : IS*, 11(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0474-7>

Bewegung in der Natur und erhöhte Lebensqualität – Eine systematische Übersichtsarbeit.

Autor*innen: Stephanie Theresia STROBL-HALPER, Florian SCHNABEL
Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Die Pandemie zwingt uns in Lockdowns und zu „Social Distancing“, dadurch steigt das Risiko für Bewegungsarmut, Depression und Angstzustände über alle Bevölkerungsgruppen hinweg. Mit Hilfe einer systematischen Evidenzgenerierung über den Zusammenhang von körperlichen Aktivitäten (kA) im Freien und Wohlbefinden bzw. Lebensqualität soll der gesundheitsförderliche Nutzen von kA im Freien gerade in pandemischen Zeiten aufgezeigt werden. Anhand einer systematischen Literatursuchstrategie wurden 5.416 Publikationen gefunden, 14 davon erfüllten die Einschlusskriterien. Evidenzbasiert wurde herausgefunden, dass kA im Freien positive Auswirkungen auf Wohlbefinden und Lebensqualität haben, hervorzuheben sind Angst- und Depressionsreduktion. Weiters begünstigt soziale Interaktion die mentale Gesundheit, jedoch lediglich Aufenthalt im Freien ohne kA bedingt keinen Mehrwert. Es gilt noch herauszufinden, ob eine länger ausgeführte kA die mentale Gesundheit mehr begünstigt.

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Die Pandemie mit ihren einhergehenden Lockdowns hält die Bevölkerung dazu an, zu Hause zu bleiben und sozial Abstand zu halten. Diese Botschaft könnte missverständlich interpretiert werden und Passivität suggerieren. Dabei bewegt sich die erwachsene Bevölkerung in Österreich ohnedies zu wenig, sogar deutlich weniger im Vergleich zur europäischen Bevölkerung (Titze et al., 2012). Fakt ist, dass das Risiko an Depression zu erkranken mit zunehmendem Alter steigt (Nowotny et al., 2019) und parallel zu dieser Erkrankung die Lebensqualität signifikant sinkt (ebd). Aufgrund des mangelnden Bewegungsverhaltens sowie einer beeinträchtigten, psychischen Gesundheit oder dauerhafter, sozialer Abstinenz, liegt es nahe, einen Zusammenhang zwischen Bewegung im Freien und einem positiven Health Impact zu generieren. Einigen Studien zufolge (Peacock et al., 2007; Bowler et al., 2010; Johansson et al., 2011; Hyde et

al., 2011; Ardahan 2012; Weng et al., 2017; Pasanen et al., 2014; Hanson et al., 2015; Rogerson et al., 2016; Niedermeier et al., 2017; Grunseit et al., 2017; Fraser et al., 2019) gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen Green Exercise und gesteigertem Wohlbefinden ..

1.2 Hintergrund

Green Exercise vereint jede Form von körperlicher Aktivität (kA) bis hin zu sportlichen Übungen, die „draußen“ ausgeübt werden. Gemeint ist die Bewegung, die bewusst im Freien, einschließlich aller Grünräume, Parks, Wälder oder Forstwege durchgeführt wird. Der Aufenthalt in der „grünen Umgebung“ wirke entstressend und hätte einen stärkeren Health Impact, so der Experte Univ. – Doz. Dr. Anulf Hartl (Hartl, 2016, S. 57).

Laut WHO (o.J., [www](http://www.who.int)) ist physical activity „any bodily movement“. Die WHO definiert körperliche Aktivität als jede Art von körperlicher Bewegung, die von der Skelettmuskulatur ausgeführt wird und Energieverbrauch erfordert. Diese Definition inkludiert alle körperlichen Bewegungen, die bei der Arbeit, beim Spielen, bei Erledigungen des Haushaltes, beim Reisen und während der Freizeit anfallen. Regelmäßige und angemessene körperliche Aktivität mäßiger oder starker Intensität verbessert, laut WHO, sowohl muskuläre und kardiorespiratorische Fitness als auch Knochen- und funktionale Gesundheit, unter anderem können Depressionen reduziert werden (WHO, o.J., [www](http://www.who.int)).

Spricht man von Mental Health, also psychischer Gesundheit, so wird laut WHO damit ein Zusammenspiel von subjektivem Wohlbefinden, empfundener Selbstwirksamkeit, Autonomie, sozialer Kompetenz, intellektueller Selbstverwirklichung sowie emotionalem Potenzial verstanden. (WHO, [www](http://www.who.int), o. J.). Die Lebensqualität steht in Wechselbeziehung mit der Gesundheit und beeinflusst die physische sowie psychische Gesundheit (WHOQOL-BREF, 1997, S. 8). Buckworth et al. beschreiben, dass die psychische Befindlichkeit in direktem Zusammenhang mit der Bewertung von Gedanken und Gefühlen, den psychischen Zuständen Stress, Befindlichkeit, Angst und Depression und damit langfristig der Lebensqualität stehen (Buckworth et al., 2013). Zudem kann die psychische Befindlichkeit von körperlicher Aktivität beeinflusst werden. Einige Metaanalysen konnten bereits den Zusammenhang generieren, dass sich körperliche Aktivität protektiv, dh schützend, auf die Entwicklung von verschiedenen physischen und psychischen Erkrankungen auswirkt (North et al., 1990; Petruzzello et al., 1991; Kyu et al., 2013; Ekelund et al., 2016). Zwischen körperlicher Aktivität und Lebensqualität besteht ebenso ein positiver Zusammenhang (Acree et al., 2006). Weiters wird vermutet, dass die psychische Befindlichkeit während der körperlichen Aktivität einen wichtigen Einfluss ausübt. Als psychische Befindlichkeit im wissenschaftlichen Sinn wird ein elementares, dem Bewusstsein zugängliches Gefühl verstanden, das nicht auf eine bestimmte Sache gerichtet sein muss wie zB Freude oder posi-

tive Anspannung (Ekkekakis, 2013). Vereinfacht ausgedrückt bedeutet das, dass während der Sportausübung unterschiedliche Grade von psychischem Wohlbefinden erlebt werden können.

1.3 Zielsetzung

Ziel des vorliegenden Beitrag ist es, eine Evidenzsynthese über den Zusammenhang zwischen körperlichen Aktivitäten und einem gesteigerten Wohlbefinden sowie in weiterer Folge eine Verbesserung der Lebensqualität zu generieren. Fokus der körperlichen Aktivitäten liegt dabei auf Green Exercise, dh Bewegung, die ausschließlich im Freien stattfindet. Weiters ist bedeutend, welche konkreten Aktivitätsformen von Green Exercises die höchste Form erhöhten Wohlbefindens sowie gesteigerter Lebensqualität laut Literatur erzielen

1.4 Forschungsfragen

Von einem individuell erstellten PICO-Schema leiten sich eine Hauptforschungsfrage und zwei Subforschungsfragen ab:

- Wirkt sich körperliche Aktivität im Freien, im Sinne von Green Exercise, evidenzbasiert positiv auf das psychische Wohlbefinden und auf die Lebensqualität aus?
- Gibt es Evidenz, dass soziale Interaktion die mentalen Benefits, dh begünstigende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, von Green Exercise zusätzlich positiv beeinflussen können?
- Welche konkreten Aktivitätsformen von Green Exercises erzielen die höchste Form erhöhten Wohlbefindens sowie gesteigerter Lebensqualität laut Literatur?

2 Methodik und Forschungsdesign

Mittels einer systematischen Übersichtsarbeit soll Evidenz der Effekte von körperlichen Aktivitäten im Freien auf die psychische Gesundheit generiert werden. Schlüsselbegriffe sind notwendig für eine einwandfreie Literaturrecherche, um relevante Publikationen zu treffen.

2.1 Generierung der Schlüsselbegriffe

Die Verwendung von Schlüsselbegriffen ist essentiell für die Qualität der Literatursuchstrategie. Die einzelnen Schlüsselbegriffe ergeben sich aus der Ableitung der Forschungsfrage. Die Tab. 1 beinhaltet alle relevanten Schlüsselbegriffe inklusiver Übersetzungen in Deutsch und Englisch.

Tab. 1: Schlüsselbegriffe in Deutsch und Englisch, Quelle: Eigene Erstellung

Schlüsselbegriffe	Deutsch	Englisch
Körperliche Aktivitäten	Körperliche Aktivitäten, motorische Aktivität/Bewegung	motor activity, physical activities, mobility
Übungen/Sport	sportliche Aktivitäten, Übungen, Fitness, Sport, Sportpräferenzen, bevorzugte Sportarten, physikalische Aktivitäten	Exercise, physical fitness, sports, sport preferences
Green Exercise	Körperliche Aktivität in der Natur, Bewegung im Freien, naturnahe Bewegung	Green exercise, physical outdoor activity, outside activity
In der Natur, im Freien, draußen	Natur, Park, naturnaher Raum, Umwelt, natürliche Umwelt, im Freien, draußen, in der Natur, naturnah, am Berg, im Wald	natur, parks, green spaces, greenspace, environment, natural environment, outdoor, mountain, forest/woodlands
Psychische Gesundheit	Psychische Gesundheit, mentale Gesundheit, Gesundheit, psychische Belastung, selbst-berichtete Gesundheit	mental health, health, mental distress, self-reported health
Lebensqualität	Lebensqualität, psychisches Wohlbefinden, mentales Wohlbefinden, persönliche Zufriedenheit, subjektives Wohlbefinden	Quality of Life, well-being, mental well-being, personal satisfaction, subjective well-being

Aufgrund der festgelegten Forschungsfragen und der Erstellung der Schlüsselbegriffe konnte daraufhin die Suchstrategie mit Schlüsselwörtern, welche als Hauptkomponente und Wechselkomponente in variierenden Kombinationen fungieren, generiert werden. Die Hauptkomponenten sind unterschiedliche Ableitungen von Bewegungsformen wie Sport, exercise, physical activities und Outcome-Parameter wie zum Beispiel mental health, wellbeing, QoL – „Quality of Life“. Als Wechselkomponente fungieren aufgrund der Vielzahl von Synonymen Ableitungen von „Green“ im Sinne von „im Freien“, also „outdoor“, „outside“, „nature“, „park“, „environment“ sowie „forest, wood, mountain“. Ausgeschlossen werden alle Studien, die inhaltlich nicht mit dem definierten PICO übereinstimmen. Es werden keine Studien miteinbezogen, die sich auf bestimmte Personengruppen in ihrer Forschung spezialisieren. Dies bedeutet, dass Studien mit Zielgruppen, die ausschließlich aus Kindern oder Jugendlichen, älteren Erwachsenen, schwangeren Frauen, Personen einer bestimmten Berufsgruppe sowie Studierenden bestehen oder die sich mit einer anderen Spezies beschäftigen, ausgeschlossen werden. Ein weiteres Ausschlusskriterium ist das Vorhandensein einer bereits diagnostizierten Erkrankung der Zielgruppe, wie beispielsweise jegliche Form von Krebs, chronischen Erkrankungen, Herz-

Kreislauf-Erkrankungen, Autoimmunkrankheiten oder eine spezielle Intervention darstellen (zB Bewegungsmaßnahmen für Übergewichtige). Es werden keine Studien berücksichtigt, die sich mit den Auswirkungen eines strengen Trainingsplans im Leistungs- oder Mannschaftssport beschäftigen. Interventionen müssen im Freien erfolgen. Vergleichbare indoor Interventionen werden nicht berücksichtigt. Interventionen, die Green Exercise als emissionsfreie oder umweltfreundliche körperliche Aktivitäten interpretieren, erfüllen nicht die Einschlusskriterien.

Als Outcome-Parameter sind die subjektive Einschätzung der Lebensqualität und Stärkung der mentalen Gesundheit anzuerkennen. Laborbefunde und gemessene Laborwerte oder bildgebende Verfahren werden zur Bewertung der Outcome-Parameter nicht berücksichtigt. Eingeschlossen werden alle Studien, deren Zielgruppe Erwachsene ohne vorherrschende Krankheit sind. Die Interventionen sind körperliche Aktivitäten sowie Sport im Freien. Zur Beantwortung der Hauptforschungsfrage liegt der Fokus der Studien auf folgenden Outcome-Parametern: psychischer Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. Publikationen, die sich mit den sekundären Ergebnissen der Subforschungsfragen beschäftigen, werden ebenso berücksichtigt. Das sind soziale Interaktion und die effektivsten Sportarten im Freien mit positiver Wechselwirkung auf die psychische Gesundheit.

2.2 Literatursuchstrategie

Die Vorgehensweise der Literaturrecherche erfolgt in drei wesentlichen Schritten wie Abb. 1 darstellt. Im Zuge der Vorbereitung wurde zuerst eine einfache Suche gewählt, die so genannte Handsuche. Mithilfe dieses Pfades wurden relevante Referenzen, entnommen von Referenz- und Literaturverzeichnissen essentieller systematischer Übersichtsarbeiten, identifiziert. Weiters wurde auch in allgemeinen elektronischen Literatur-Datenbanken recherchiert.

Der zweite Schritt ist die systematische Literaturrecherche zum Stand der derzeitigen Forschung sowie zur Evidenzgenerierung nach Primärliteratur anhand der definierten Suchbegriffe in facheinschlägigen, elektronischen Literatur-Datenbanken sowie Zeitschriftenbibliotheken. Es wurden keine Forschungsdesigns ausgeschlossen. Der Fokus liegt auf relevanten Studien und ihren passenden Schlüsselbegriffen. Darüber hinaus wird eine kombinierte Suchabfrage gestartet. Neben komplexen Stichwortkombinationen mithilfe Boolescher Operatoren wird in diesem Schritt spezifisch nach Einfluss von körperlichen Aktivitäten im Freien auf die mentale Gesundheit und das psychische Wohlbefinden sowie nach Einfluss auf die Lebensqualität abgefragt.

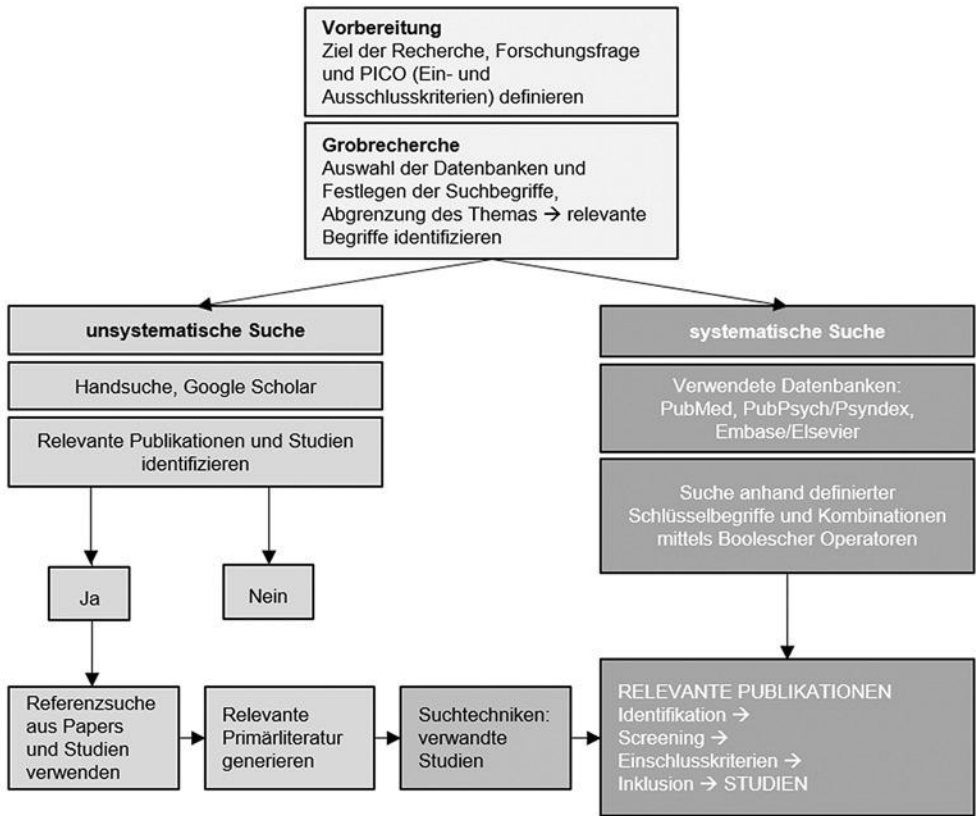


Abb. 1: Vorgehensweise bei der LSS, schematische Darstellung, Quelle: Eigene Erstellung

Suchstrings	
#1	green exercis*
#2	green exercis* AND mental health*
#3	#2 AND wellbeing
#4	outside* OR outdoor*
#5	#4 AND exercis* OR physical activit* OR walk* OR physical fit*
#6	#5 AND mental health* OR wellb* AND quality of life
#7	natur* AND park*
#8	#7 AND physical activit* AND mental health* AND wellb*
#9	greenspace* OR environment*
#10	#9 AND exercis* OR physical activit* OR walk* AND mental health* AND wellb*
#11	forest* OR wood* OR mountain* AND mental health*
#12	green exercis* OR outdoor activit* OR outside activit*
#13	outdoor* OR outside* AND sport* AND mental health*

Tab. 2: Protokoll der kombinierten Suchbegriffe im Zuge der LSS, Quelle: Eigene Erstellung.

Der dritte Teil der Literaturrecherche besteht darin, alle Ergebnisse aus der systematischen Literaturrecherche und aus der unsystematischen Handsuche zu ordnen. Zuerst wurden gefundene Studien im Screeningverfahren, das sich auf Titel und Abstract bezieht, anhand der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien bewertet. Dadurch wurden relevante Studien identifiziert und Duplikate ausgeschlossen. Anschließend wurden Studien entfernt, die nicht frei zugänglich waren. Bei den nun übrig gebliebenen, relevanten Studien wurde der Volltext gescreent und wieder anhand vorab definierter Ein- und Ausschlusskriterien beurteilt. Daraufhin folgte die kritische Beurteilung der Qualität dieser Studien.

Primäre Ergebnisse	Sekundäre Ergebnisse
psychische/mentale Gesundheit, Wohlbefinden, Lebensqualität	Vergleiche zwischen unterschiedlicher kA/ unterschiedliche Sportarten im Vergleich
affektive Wertigkeit, affektive Valenz	Soziale Komponente
positives Empfinden, positive Gefühle, Gefühle	Aktivität mit Partner, Lebensgefährte, Freund oder randomisiert paarweise
(Selbst-, oder Lebens-) Zufriedenheit	Aktivität in Gruppen
Freude, Glück, Hochstimmung, Aktivierung, Vergnügen	Intention zukünftig aktiv zu sein
Emotionale Stabilität/-Intelligenz	
Genuss, Ruhe, Verbesserung der Schlafqualität	
angenehm-aktivierte Gefühlszustände wie Aufregung oder Begeisterung	
Reduktion von Angst, Depression oder Müdigkeit	

Tab. 3: Primäre und sekundäre Ergebnisse, Quelle: Eigene Erstellung

2.3 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche ergab ein Ergebnis von insgesamt 5.416 Studien, wobei 5.406 Studien über die systematische Literatursuche identifiziert worden sind und die restlichen zehn Studien über die Handsuche. Das erste Screening von Titel und Abstract unter Berücksichtigung der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien ergab insgesamt 101 relevante Studien. Diese wurden auf Duplikate überprüft und somit wurden 47 Publikationen entfernt. Von den übrig gebliebenen 54 Studien hatten 23 keinen freien Zugang und wurden deshalb ausgeschlossen. 31 Studien wurden einem Volltext-Screening, wieder unter der Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien unterzogen. Berechtigterweise wurden in diesem Zuge 17 Studien ausgeschlossen, entweder aufgrund ungeeigneter Zielgruppe, Vergleichsgruppe, Intervention, fehlendem Methodenteils oder wegen abweichendem Outcome, wodurch die Einschlusskriterien nicht erfüllt wurden. 14 Studien wurden jedoch als geeignet zur Beantwortung der Forschungsfragen identifiziert.

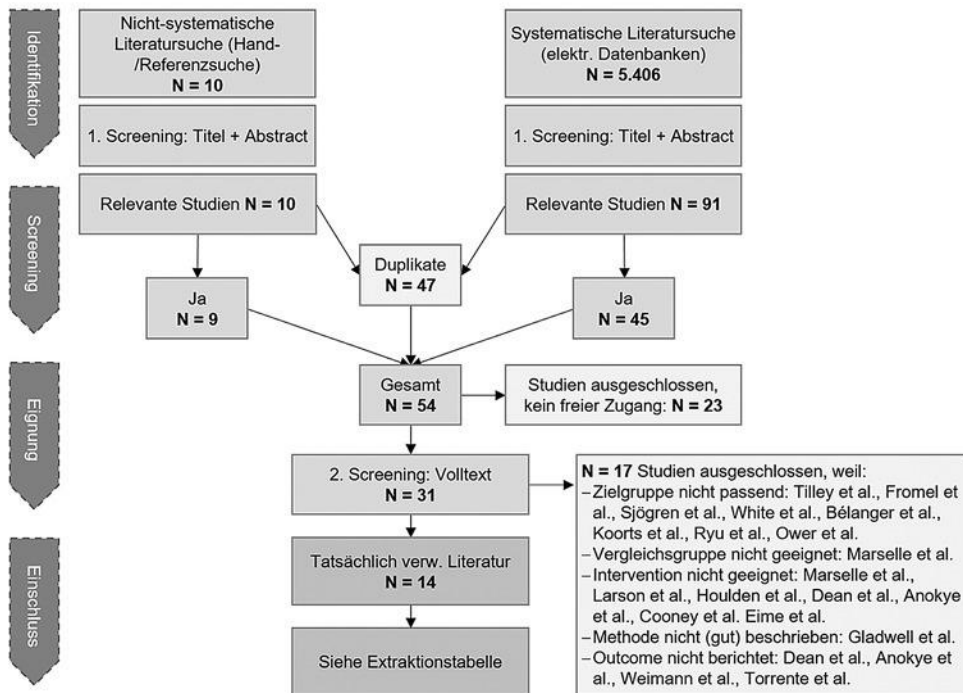


Abb. 2: Flowchart Literaturrecherche, Quelle: Eigene Erstellung

2.4 Hauptergebnisse

Nach Abschluss der kritischen Bewertung der Studien anhand ihres Studiendesigns wurden die Ergebnisse aus den verbleibenden zwölf Studien extrahiert. Die Ergebnisse jeder Studie werden von den Autoren gründlich geprüft. Die Ergebnisextraktion resultiert in eine Gegenüberstellung der Ergebnisse aus allen Studien. Es wurden schließlich Kategorien gebildet, die sich zur Beantwortung der Haupt- und Subforschungsfragen ergeben. In diesem Kapitel werden nun zuerst die Ergebnisse der systematischen Literatursuche dargestellt und schließlich die Ergebnisse der relevanten Studien.

Autorinnen und Autoren	Titel	Setting (Land, Stadt, Verein)	Studiendesign, Methode
Rogerson, M., Gladwell, V. F., Gallagher, D. J. & Barton, J. L. 2016.	Influences of Green Outdoors versus Indoors Environmental Settings on Psychological and Social Outcomes of Controlled Exercise	UK, England, Essex; Universität von Essex	Interventionsstudie, within-participants design
Weng P.-Y. & Chiang Y.-C. 2017.	Psychological Restoration through Indoor and Outdoor Leisure Activities	Taiwan, Students	Interventionsstudie
Johansson M., Hartig T. & Staats H. 2011.	Psychological Benefits of Walking: Moderation by Company and Outdoor Environment	Schweden, Universität	Interventionsstudie, within-subjects design
Niedermeier M., Einwanger J., Hartl A. & Kopp M. 2017.	Affective responses in mountain hiking – A randomized crossover trial focusing on differences between indoor and outdoor activity	Österreich, Innsbruck; Univ. von Innsbruck und ÖAV	Interventionsstudie, RXT, within-participants design
Hyde A. L., Conroy D. E., Pincus A. L. & Ram N. 2011.	Unpacking the feel-good effect of free-time physical activity: between- and within-person associations with pleasant-activated feeling states.	USA, Pennsylvania State University, Psychologiestudenten	Mixed Methods, daily diary design mit between- and within-Person associations
Fraser M., Munoz S. A. & MacRury S. 2019	Does the Mode of Exercise influence the Benefits obtained by Green Exercise?	UK, Schottland, Golfclub	Methodenmix, „between-groups design“
Pasanen T. P., Tyrväinen L. & Korpela K. M. 2014	The Relationship between perceived health and physical activity indoors, outdoors in built environments, and outdoors in nature	Finnland	Querschnittsstudie
Grunseit A., Richards J. & Merom D. 2017	Running on a high: parkrun and personal well-being	Australien, Parkrunners	Querschnittsstudie
Ardahan F. 2012.	Life Satisfaction and Emotional Intelligence of Participants/Non-participants in Outdoor Sports: Turkey Case	Türkei	Querschnittsstudie

Anzahl = N	Ergebnisse
N = 24	Die Interventionen pAo (10 min Rad fahren), pAi (10 min Ergometer) und 1xKontrolle durchliefen alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer jeweils allein und in einer Paar-Gruppe. Es wurde kein signifikantes Ergebnis auf das Wohlbefinden nach pAo im Vergleich zu pAi erzielt. Soziale Interaktion während der Paar-Interventionen werden als positive Auswirkung genannt.
N = 203	Wahl zwischen pAi und pAo. Freizeitaktivitäten/Walking, beeinflussen mentale Ges. am besten. Chatting, obwohl indoor, reduzieren Angstzustände; Gartenarbeit nur pos. bei Aufmerksamkeit; bei Walking/Gartenarb. pos. Effekte aufgrund Exposition in der Natur.
N = 20	Intervention bezog sich auf einen Vergleich Walking im Park zu Walking entlang der Straße unter Berücksichtigung des sozialen Kontexts. Die Studie hat ergeben, Walking per se wirkt sich positiv auf Empfinden aus und reduziert negative Effekte wie Depression/Angst. Walking allein im Park hat mehr Power, allerdings Walking auf der Straße ist mit einem Freund besser für das Wohlbefinden.
N = 42	Jede Gruppe zu fünf Personen durchlief jede Intervention zu je 3 h: sitzen, wandern, Laufband. Wohlbefinden wie zB Aktivierung, Hochstimmung, Freude, Vergnügen, Angst, Ruhe und Müdigkeit. Nach der pAo waren die positiven Parameter erhöht und die negativen sanken, auch im Vgl zur Kontrolle.
N = 190	Die Freizeitaktivität war nach Intensität frei wählbar, Tagebucheinträge über mentaler Zustand+Intensität der pA. Je mehr pA in der Freizeit, desto höhere Levels von „angenehm-aktivierten Gefühlszuständen“(Aufregung, Begeisterung) hatten die Partizipanten. Angenehme Gefühlszustände durch tgl. pA dauern so lange an, dass sie alle Tagesereignisse pos. beeinflussen.
N = 20	Golfen zu Walking wurde untersucht. Walking hat den besten Einfluss auf die mentale Gesundheit lt. Fragebogen. Dh „nur“ im Freien zu sein bedingt die pos. Auswirkungen auf psych. Gesundh. nicht. Weiters wurde herausgefunden, dass die Wahrnehmung der Natur beim Golfen eher als Störung/Hindernis gesehen wird und beim Walking als natürliche Reize, die pos Gefühle hervorrufen.
N = 2070	Fokus liegt auf den Benefits von „Green exercise“ durch viel Kontakt in der Natur. Wohlbefinden ist am beständigsten in Verbindung mit pAo, die regelmäßig wiederholt wird, bessere Schlafqualität ist verbunden mit regelmäßiger pAo.
N = 865	Subjektives Wohlbefinden von „Parkrun“ wird eruiert. Ergebnis: höhere Zufriedenheit mit dem Leben war positiv assoziiert mit wahrgenommenem, mentalem Health Bene-fit; Laufen beeinflusst mentale Gesundheit pos. bei Sportlern sowie Amateuren.
1181 + 538 (Ko)	Ziel dieser Studie ist die Beziehung von Zufriedenheit/LS und emotionaler Intelligenz/EI von pAo zu pAi. Fragebogenausw. bestätigt positiven Health impact von pAo im Bezug auf Zufriedenheit. Weiters, wenn EI steigt, ist LS auch erhöht.

Lahart I., Darcy P., Gidlow C. & Caloqiuri G.	The Effects of Green Exercise on Physical and Mental Wellbeing: A Systematic Review	Nordamerika, Kanada, Iran, Norwegen, UK	SR und Meta-Analyse von 3 Longitudinalst.
Hanson S. & Jones A. 2015.	Is there evidence that walking groups have health benefits? A Systematic Review and Meta-Analysis	14 div. Länder, USA am häufigsten vertreten.	Systematic Review und Meta-Analyse
Bowler D. E., Buyung-Ali L. M., Knight T. M. & Pullin A. S. 2010.	A Systematic Review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments	Keine Angabe	Systematic Review und Meta-Analyse (nur von ähnlichen Outcomes)

Tab. 4: Extraktion der Studien und ihre Charakteristika, Quelle: Eigene Erstellung

2.4.1 Kritische Beurteilung der Studien – Ergebnis des Ratings

Nach dem Volltext-Screening werden die Studien anschließend kritisch bewertet. Ziel dieses Prozesses ist, die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien und in Summe die methodische Qualität der gesamten Übersichtsarbeit sicherzustellen. Dies passierte mittels geeigneter Bewertungsinstrumente. Ein Rating dient zur einheitlichen Darstellung der jeweiligen Studienqualität. Neun Studien wurden mit sehr gut bewertet (Bowler et al., 2010, Hyde et al., 2011, Weng et al., 2014, Pasanen et al., 2014, Niedermeier et al., 2017, Grunseit et al., 2018, Fraser et al., 2019; Hanson et al., 2019, Lahart et al., 2019), zwei weitere mit gut (Johansson et al., 2011, Rogerson et al., 2016) und eine wurde als angemessen (Ardahan, 2012) eingestuft. Zwei Reviews wurden aufgrund mangelnder methodischer Qualität ausgeschlossen (Murray et al., 2017, Eigenschenk et al., 2019).

3 Erkenntnisse/Praxisbezug

Die Zusammenschließung der Ergebnisse, die Ergebnissynthese, ist der Schlüssel zur Beantwortung der Forschungsfragen dieser Übersichtsarbeit. Dies passiert in Hinblick auf die Fragestellungen bezüglich primärer und sekundärer Outcomes und den definierten Grundannahmen. Damit werden die eingangs definierten Hypothesen belegt. Primäre Ergebnisse sind jene, die zur Beantwortung der Hauptforschungsfrage führen und somit aufzeigen, dass körperliche Aktivitäten im Freien, im Sinne von Green Exercise, einen positiven Health Impact haben. Es handelt sich dabei um Outcome-Parameter, die Wohlbefinden und Lebensqualität beschreiben. Als sekundäre Ergebnisse zählen jene Studien, die einen Vergleich innerhalb der körperlichen Aktivitäten im Freien anstreben.

28 trials	„Anstrengung“ nach pAo wird geringer empfunden als nach pAi. PAo kann affektive Wertigkeit und Genuss begünstigen, jedoch nicht Gefühle. Limitierte Evidenz, dass pAo zu pAi überlegen wäre.
42 Studien, N=1843 TN	Ziel, die Benefits von Walking outdoor-Gruppen zu untersuchen. Es wurde evidenzbasiert herausgefunden, dass Walking-Groups outdoor mehr Gesundheits-Benefits haben. Eine Meta-Analyse weist statistisch signifikante Unterschiede auf.
25 Studien (RXTs, RCTs)	Ziel ist die Evidenzgenerierung von pAo auf spezifische und direkte Vorteile für Gesundheit oder Wohlbefinden im Vgl zu pAi. Untersucht wurden dabei kurzzeit-Interventionen (Walking oder Laufen), jeweils indoor und outdoor. Outcomes: Gefühle selbstberichtet, daraus resultiert die Meta-Analyse und bestätigt die Vorteile von pAo im Vergleich zu pAi.

Interessant dabei ist, welche Aktivität oder Sportart die psychische Gesundheit am günstigsten beeinflusst. Soziale Komponenten wie Gruppendynamik oder Durchführung der Interventionen paarweise werden ebenso berücksichtigt. Dabei ist von Interesse, ob soziale Kontakte positiven Einfluss auf Green Exercise haben. Die evidenzbasierten Ergebnisse werden in den Kategorien Wohlbefinden und Lebensqualität, soziale Interaktion sowie Aktivitätsformen dargestellt und synthetisiert.

3.1 Wohlbefinden und Lebensqualität

Die Ergebnisse dieser systematischen Übersichtsarbeit generieren Evidenz, dass körperliche Aktivitäten im Freien, im Sinne von Green Exercises, es ermöglichen, Wohlbefinden und Lebensqualität positiv zu beeinflussen. Dieses Ergebnis geht aus zehn von zwölf inkludierten Publikationen eindeutig hervor.

Die Interventionsstudien mit den Aktivitäten Wandern (Niedermeier et al., 2017) und Walking (Johansson et al., 2011) ergeben eine Steigerung des Wohlbefindens, abgeleitet von Outcome-Parametern wie Aktivierung, Hochstimmung, Freude, Vergnügen, Ruhe und Reduktion der Angst im Vergleich zur sitzenden Aktivität (Niedermeier et al., 2017). Es wird herausgefunden, dass sich 30 Minuten Walking in der Natur per se positiv auf das Wohlbefinden auswirken und negative Effekte wie Zeitdruck, Wut, Depression oder Angst reduziert werden (Johansson et al., 2011), Weng et al. (2017) eruiert zusätzlich, dass sich Walking positiv auf die Wiederherstellung der Aufmerksamkeit auswirkt. Hyde et al. (2011) weisen in ihrer Studie mit dem Methoden-Mix-Design nach, dass Freizeitaktivitäten Einfluss auf den Gefühlszustand haben. Das Ergebnis berichtet generell viele angenehme und relativ wenig negative Gefühlszustände bei über-

durchschnittlicher Freizeitaktivität (dh, über die Empfehlungen der nationalen Bewegungsempfehlung hinaus). Auch Fraser et al. (2019) kommen zum Ergebnis, dass kA outdoor, dh Walking, das Wohlbefinden begünstigt. Es wird von einer schnelleren Regeneration, positivem Engagement sowie mehr Ruhe nach der outdoor Aktivität Walking im Vergleich zu Golfen berichtet. Die Beobachtungsstudien erkennen den Mehrwert für die bekannten Vorteile körperlicher Aktivität und insbesondere sind regelmäßig wiederholte Aktivitäten im Freien mit einem besseren Wohlbefinden verbunden (Pasanen et al. 2014) und Grunseit et al. (2018) schlussfolgern, dass die Zufriedenheit mit dem „Leben als Ganzes“ positiv assoziiert ist mit der kA. Ebenso einen positiven Zusammenhang von Green Exercise auf die Lebenszufriedenheit hat Ardahan (2012) in seiner Studie bestätigt. Hanson et al. (2015) haben im Review Interventionsstudien mit Walking zusammengefasst und generieren Evidenz, dass Walking-Gruppen weitreichende, gesundheitliche Vorteile haben. Green Exercise steigern die Lebensqualität durch verbesserte, körperliche Funktionsweisen und reduzieren eindeutig Depressionszustände. Ebenso heben Bowler et al. (2010) im Review evidenzbasiert die Vorteile von kA outdoor auf Gesundheit und Wohlbefinden im Vergleich zu synthetischen Umgebungen wie Innenräume oder gebaute Natur im Freien (Spiel- Sportplätze) hervor.

Der Outcome Wohlbefinden bzw. Lebensqualität wird in allen Studien über standardisierte Fragebögen und/oder über valide Ansätze der qualitativen Forschung definiert und somit sind die Begrifflichkeiten innerhalb der Studien divers. Es wurde herausgefunden, dass regelmäßige, körperliche Aktivitäten im Freien und eine Verbesserung des Wohlbefindens sowie in weiterer Folge der gesamten Lebensqualität einhergehen. Dieser mentale Health Benefit von Green Exercise bewirkt die Reduktion von negativen Gefühlen wie zB Angst, Depression, Zeitdruck, Wut oder Traurigkeit und steigert somit die psychische Gesundheit. Mentales Wohlbefinden wird bei körperlichen Aktivitäten im Freien nachweislich positiv beeinflusst, indem positives Empfinden, verbesserte Schlafqualität und Regeneration schneller einsetzen. Weiters wird in den Studien erwähnt, dass positive Gefühle wie Aktivierung, Hochstimmung, Freude, Vergnügen, Ruhe und Ausgeglichenheit sowie Genussempfinden oder angenehm-aktivierte Gefühle wie Begeisterung und Aufregung das Wohlbefinden wesentlich begünstigen. Diese angenehmen Gefühlszustände können lange andauern und sie bestehen über den Durchführungszeitraum der Intervention hinaus. Somit ist es möglich, dass Tagesereignisse mit körperlicher Aktivität im Freien positiv beeinflusst werden können. Die Lebenszufriedenheit und verbesserte Lebensqualität stehen ebenso in Zusammenhang mit körperlichen Aktivitäten, denn durch regelmäßige Ausübung von Green Exercise wird eine körperliche Grund-Fitness erreicht, die vor allem im höheren Alter Sicherheit und Prävention gewährt.

3.2 Soziale Interaktion

Sechs der zwölf eingeschlossenen Studien beschäftigen sich mit sozialer Interaktion oder haben dessen Effekt in einer Interventionsstudie selbst untersucht bzw. ihre Auswirkung auf die Ergebnisse berücksichtigt. Johansson et al. (2011) kommen zum Schluss, dass soziale Komponenten ebenso auf körperlich aktive Personen wirken wie die Umgebung. Auch Weng et al. (2017) beschreiben einen wesentlichen Effekt durch soziale Interaktion und finden heraus, dass durch die Freizeitaktivität Chatten, Angstzustände reduziert und die Aufmerksamkeit erhöht werden kann. Die Zeit, die während einer Aktivität für soziale Interaktion aufgewendet wird, ist während einer outdoor Aktivität größer als während einer indoor Aktivität. Weiters wird die Absicht, auch zukünftig körperlich aktiv zu sein, positiv mit sozialer Interaktion in Verbindung gebracht, so Rogerson et al. (2016).

Die jeweiligen körperlichen Aktivitäten wurden entweder paarweise oder in Gruppen durchgeführt, um den Einfluss der sozialen Interaktion bewerten zu können. Green Exercise in Kombination mit einer Begleitung, die im besten Fall gut bekannt ist (zB Freundin/Freund, Partnerin/Partner, etc.), wirken sich evidenzbasiert positiv auf die psychische Gesundheit aus oder können das Wohlbefinden dadurch sogar steigern. Das Vertrauen regt Austausch über Sorgen oder Belastungen an und wirkt sich schließlich erleichternd und positiv auf das psychische Befinden aus. Soziale Komponenten wirken ebenso auf körperlich aktive Personen ein wie die Natur und Umgebung. Die Ausführung einer Aktivität in Kombination einer Begleitung begünstigt die Durchführungsdauer und fördert das Durchhaltevermögen einer Aktivität im Freien. Die Aktivität wird folgedessen länger ausgeführt, weil die Anstrengung weniger stark empfunden wird – im Vergleich zur Durchführung ohne Begleitung. Weiters begünstigt soziale Interaktion die Intention, also die Absicht, auch in Zukunft wieder körperlich aktiv zu werden.

3.3 Aktivitätsformen

Da nur zwei (Weng et al., 2014, Fraser et al., 2019) aller eingeschlossenen Studien einen direkten Vergleich, zumindest einer oder mehrerer Green Exercises anstellen, ist die Evidenz der besten Aktivitätsform eher vage. Dennoch kommt diese systematische Übersichtsarbeit zum Schluss, dass erstens nicht alle körperlichen Aktivitäten im Freien vom positiven Mental Health Benefit profitieren und zweitens die Exposition in der Natur, ohne dabei körperlich aktiv zu sein, das Wohlbefinden nicht begünstigen. Es wird herausgefunden, dass es einen Unterschied zwischen tatsächlicher Natur und synthetischer Natur wie gebauten Spiel- oder Sportplätzen (zB Basketball-, Volleyball- oder Tennisplätze) gibt und diese die psychische Gesundheit unterschiedlich beeinflussen. Zweitgenannte erlangen die positiven Effekte von Green Exercises nicht. Lediglich die Exposition in der Natur reicht folgedessen nicht aus, um das Wohlbefinden zu steigern. Die Natur und ihre natürlichen, positiven Reize werden bei der Ak-

tivität Walking angenehm empfunden, während dies beim Golfen beispielsweise nicht der Fall ist und gegenteilig als störend wahrgenommen wird. Aufgrund der beiden Studien wird schlussgefolgert, dass Walking als beste Green Exercise Wohlbefinden und Lebensqualität am positivsten beeinflusst.

4 Zusammenfassung/Fazit/Ausblick

Aufgrund der Tendenzen in Österreich, dass körperliche Aktivitäten in der erwachsenen Bevölkerung eher sinken und gleichzeitig psychische Erkrankungen zunehmen, könnte kA im Freien neue Rahmenbedingungen für betroffene, psychisch erkrankte Personen schaffen. Die Ergebnisse, positive Auswirkungen auf Wohlbefinden und Lebensqualität aufgrund von Green Exercise, stellen einen neuen, möglichen Behandlungsansatz dar und können eine bestehende, medikamentöse Therapie zukünftig unterstützen.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Diese systematisch Übersichtsarbeit schafft Evidenz, dass Green Exercise positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden und auf die Lebensqualität hat. Ein Blick auf die Bewegungsempfehlung der WHO zeigt, dass ein Aufholbedarf an Integration kA im Alltag bei Erwachsenen notwendig ist. Ein Bewegungsmangel geht mit gesundheitlichen Konsequenzen einher. Körperliche Inaktivität wirkt sich negativ auf chronische und onkologische Erkrankungen sowie auf die mentale Gesundheit aus. Regelmäßig ausgeführte kA in der Natur führen eindeutig zur Reduktion von Depressionszuständen (Johansson et al., 2011, Hanson et al., 2015) und Angstgefühlen (Bowler et al., 2010, Johansson et al., 2011, Weng et al., 2017, Niedermeier et al., 2017). Körperliche Aktivitäten im Freien stärken die psychosoziale Gesundheit und verstärken dabei positive Emotionen (Johansson et al., 2011, Niedermeier et al., 2017, Hyde et al., 2011, Fraser et al., 2019, Ardahan 2012) sowie reduzieren negative. hat einen wesentlichen Effekt auf die psychische Gesundheit (Weng et al., 2017). Chatting in Kombination mit kA im Freien ist ein zusätzlicher Benefit auf mentales Wohlbefinden. Weiters ist die Intention auch zukünftig körperlich aktiv zu sein, im Zusammenhang mit sozialer Interaktion positiv assoziiert (Rogerson et al., 2016). Nicht jede körperliche Aktivitätsform im Freien hat denselben günstigen Effekt auf Wohlbefinden und Lebensqualität. Walking, eine kA mit mäßiger Intensität, fördert positive Emotionen.

Die kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien ist als Stärke dieser systematischen Übersichtsarbeit und die damit verbundene Sicherstellung der Qualität anzuerkennen. Die Aktualität der Studien ist nennenswert. Als Limitation ist das Evidenzniveau zu erwähnen, denn es wurden Studien aus mehreren Evidenzstufen vereint. Weiters wurde die Literaturrecherche ausschließlich in Englisch und Deutsch durchgeführt.

Literatur

- Acree, L. S., Longfors, J., Fjeldstad, A. S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., et al. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health Qual. Life Outcomes*, 2006,4:1-6.
- Ardahan, F. (2012). Life satisfaction and emotional intelligence of participants/nonparticipants in outdoor sports: Turkey case. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2012 (62), 411. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.09.003.
- Bowler, D. E., Buyung-Ali, L. M., Knight, T. M. & Pullin, A. S. (2010). A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments. *BMC Public Health*, 2010 (10), 456 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/456>
- Buckworth, J., Dishman, R. K., O'Connor, P. J., Tomporowski, P. D. (2013). *Exercise psychology*. 2 ed. Champaign, IL: Human Kinetics; 2013.
- Eigenschenk, B., Thomann, A., McClure, M., Davies, L., Gregory, M., Dettweiler, U. & Inglés, E. (2019). Benefits of Outdoor Sports for Society. A Systematic Literature Review and Reflections on Evidence. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2019 (16), 937. doi:10.3390/ijerph16060937
- Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., et al. (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016, 388:1302-10.
- Ekkekakis, P. (2013). *The Measurement of Affect, Mood, and Emotion: A Guide for Health-Behavioral Research*. New York: Cambridge University Press; 2013.
- Fraser, M., Munoz, S. A. & MacRury, S. (2019). Does the Mode of Exercise Influence the Benefits Obtained by Green Exercise. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2019 (16), 3004. doi:10.3390/ijerph16163004
- Grunseit, A., Richards, J. & Merom, D. (2018). Running on a high: parkrun and personal. *BMC Public Health*, 2018 (18), 59. DOI 10.1186/s12889-017-4620-1.
- Hanson, S. & Jones, A. (2015). Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 2015 (49), 710–715. doi:10.1136/bjsports-2014-094157
- Hartl, A. (2016). Bergwandern: Häufiger, weiter, schneller. *Bergauf*, 2016 (2), 57.
- Hyde, A. L., Conroy, D. E., Pincus, A. L. & Ram, N. (2011). Unpacking the feel-good effect of free-time physical activity: between- and within-person associations with pleasant-activated feeling states. *J Sport Exerc Psychol*, 2011, 33 (6), 884–902.
- Johansson, M., Hartig, T. & Staats, H. (2011). Psychological Benefits of Walking: Moderation by Company and Outdoor Environment. *Applied Psychology: Health and well-being*, 2011, 3 (3), 261–280. doi:10.1111/j.1758-0854.2011.01051.x
- Krause, B.J., Khan, C. & Antoch, G. (2014). Wie schreibe ich eine gute Übersichtsarbeit? *Nuklearmedizin*. 2015 (54), S. 69–74.
- Kyu, H. H., Bachman, V. F., Alexander, L. T., Mumford, J. E., Afshin, A., Estep, K., et al. (2016). Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ*. 2016, 354:i3857.
- Lahart, I., Darcy, P., Gidlow, C. & Caloqiuri, G. (2019). The Effects of Green Exercise on Physical and Mental Wellbeing: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2019 (16), 1352. doi:10.3390/ijerph16081352
- Murray, A. D., Daines, L., Archibald, D., Hawkes, R. A., Schiphorst, C., Kelly, P. & Mutrie, N. (2017). The relationships between golf and health: a scoping review. *Br J Sports Med*, 2017 (51), 12–19. doi:10.1136/bjsports-2016-096625

- Niedermeier, M., Einwanger, J., Hartl, A., Kopp, M. (2017). Affective responses in mountain hiking – A randomized crossover trial focusing on differences between indoor and outdoor activity. *PLoS ONE*, 2017 (12), 5.e0177719
- North, T. C., McCullagh, P., Tran, Z. V. (1990). Effect of Exercise on Depression. *Exerc. Sport Sci. Rev.* 1990,18:379-416.
- Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T., Griebler, R. (2019). Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.
- Pasanen, T. P., Tyrväinen, L. & Korpela, K. M. (2014). The Relationship between Perceived Health and Physical Activity Indoors, Outdoors in Built Environments, and Outdoors in Nature. *APPLIED PSYCHOLOGY: HEALTH AND WELL-BEING*, 2014, 6 (3), 324–346. doi:10.1111/aphw.12031.
- Peacock, J., Hine, R. & Pretty, J. (2007). The mental health benefits of green exercise activities and green care. Mind week report. Essex.
- Petruzzello, S., Landers, D., Hatfield, B., Kubitz, K., Salazar, W. A. (1991). Meta-Analysis on the Anxiety-Reducing Effects of Acute and Chronic Exercise. *Sports Med.* 1991,11:143-82.
- Rogerson, M., Gladwell, V. F., Gallagher, D. J. & Barton, J. L. (2016). Influences of Green Outdoors versus Indoors Environmental Settings on Psychological and Social Outcomes of Controlled Exercise. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2016 (13), 363. doi:10.3390/ijerph13040363
- Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P. H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H.C., Lercher, P., Stein, K. V., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T. E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. (2012). Wissen 8. In *GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich* (Hrsg.), Wien
- Weng, P.-Y. & Chiang, Y.-C. (2014). Psychological Restoration through Indoor and Outdoor Leisure Activities. *Journal of Leisure Research*, 2014 (Vol. 46, No. 2), 203–217.
- WHOQOL Measuring Quality of Life. (PDF) World Health Organization - Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1997

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern

Autorinnen: Julia BAUMGARTNER, Barbara SZABO

Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Der Ausbruch der Covid-19-Pandemie ist mit zahlreichen psychischen Belastungen innerhalb der österreichischen Bevölkerung verbunden. Kinder können davon besonders stark betroffen sein, da Schulschließungen, Kontakteinschränkungen und weitere Maßnahmen ihren Alltag drastisch verändern. Die dadurch entstehende soziale Isolation im Zusammenspiel mit übermäßigem Stress kann schwerwiegende und langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern haben. Im Zuge einer umfassenden Literaturrecherche und Studienanalyse konnte aufgezeigt werden, dass zu diesen Folgen vor allem depressive Verstimmungen, Angststörungen, Schlafstörungen sowie Verhaltensauffälligkeiten zählen. Weitere Belastungen wie häusliche Gewalt führen zu einer noch stärkeren Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit von Kindern.

1 Einleitung

Bereits der englische Anthropologe Charles Darwin erkannte vor über 100 Jahren die Wichtigkeit sozialer Kontakte für das Wohlbefinden und die Gesundheit des Menschen. Trotz eines verstärkt vorherrschenden Individualismus in der heutigen Gesellschaft spielen die Gemeinschaft und soziale Beziehungen eine wichtige Rolle im Leben einer jeden Person.

Seit dem Ausbruch von Covid-19 sind Menschen jedoch weltweit mit starken Einschränkungen ihrer Sozialkontakte konfrontiert. Die Corona-Krise, in der sich Österreich nach wie vor befindet, führt somit zu einem Verlust bzw. einer geringeren Verfügbarkeit dieser wichtigen Gesundheitsressource. Eine Personengruppe, die von diesem Umstand besonders betroffen ist, sind Kinder. Sie gelten als stärker gefährdet, langfristige psychische Folgen davonzutragen als Erwachsene. Außerdem befindet sich ihre Kompetenz bei der Bewältigung von Krisen noch in der Entwicklung, weshalb sie in dieser Zeit besonders auf soziale Unterstützung angewiesen sind.

Die theoretische Grundlage für diese Forschungsarbeit stellt einerseits das Modell der Gesundheitsdeterminanten von Dahlgren und Whitehead (1991)

dar. Dieses besagt, dass soziale Beziehungen einen starken Einfluss auf die Gesundheit von Menschen haben (Fonds Gesundes Österreich, o.J.). Andererseits bildet das Biopsychosoziale Modell von George Engel (1977) eine weitere zentrale theoretische Basis. In diesem Modell wird angenommen, dass biologische sowie psychologische Faktoren und soziale Bedingungen auf die Gesundheit eines Menschen einwirken und zueinander in Wechselbeziehung stehen (Jungnitsch, 2009, S. 33). Die gesundheitliche Relevanz des Soziallebens wird ergänzend dazu im Sozialkapitalansatz und der Theorie der sozialen Unterstützung thematisiert.

In diesem Beitrag wird erläutert, in welcher Form sich die Covid-19-Pandemie und die damit einhergehenden Einschränkungen der sozialen Kontakte auf die psychische Gesundheit von Kindern auswirken.

1.1 Problemstellung

Österreich erlebt derzeit eine Krise, die jede einzelne Person unmittelbar betrifft. Der Ausbruch des neuartigen Virus Covid-19 wurde im März 2020 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgrund der weltweit rapid ansteigenden Fallzahlen zur Pandemie erklärt (WHO, 2020). Kurz darauf entschied sich die österreichische Bundesregierung für die Verhängung eines Lock-Downs. Dieser bedeutete die Schließung von Restaurants, Geschäften, Kindergärten und Schulen. Die Bevölkerung wurde dazu aufgefordert, ihr Zuhause nur in bestimmten notwendigen Fällen zu verlassen sowie soziale Kontakte zu minimieren (Bundes Psychotherapeuten Kammer, 2020, S. 3). Im November 2020 kam es nach einem erneuten Anstieg der Fallzahlen zu einem weiteren Lock-Down. Nun ist anzunehmen, dass eine derartige gesellschaftliche Krise Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Österreicher*innen hat. Insbesondere aber stellt sich die Frage, was die Corona-Krise für Kinder als besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe bedeutet.

Oftmals können Kinder schwer mit solchen Belastungen umgehen, da sie die Gründe für die notwendigen Maßnahmen nicht immer gänzlich nachvollziehen können. Im Rahmen des Lock-Downs wurden die sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen von einem Tag auf den anderen gestrichen. Sie waren plötzlich sozial isoliert von Freund*innen und auch von Familienmitgliedern wie beispielsweise den Großeltern. Unter diesen Umständen leidet insbesondere die psychische Gesundheit der Kinder stark. Aktuelle Studien, darunter auch eine Befragung von mehr als 1.000 Kindern aus Deutschland, bestätigen, dass Kinder während der Covid-19-Pandemie mit Einschränkungen der psychischen Gesundheit zu kämpfen haben. Nahezu drei Viertel der befragten Kinder berichteten von Symptomen oder Gefühlszuständen, die auf eine „seelische Krise“ hinweisen. Zusätzlich kam es zu einer Verdoppelung von psychischen Auffälligkeiten seit dem Ausbruch der Pandemie. Dabei spielt die soziale Isolation als eine Form der Belastung eine zentrale Rolle. Jedoch wirken auch weitere

belastende Faktoren wie Existenzängste der Eltern oder häusliche Gewalt auf die Psyche ein (Schnack, 2020, S. 52; Heindl, 2020).

1.2 Zielsetzung

Ziel dieses Beitrages ist es aufzuzeigen, welche Auswirkungen die in der Problemstellung genannten Umstände auf die psychische Gesundheit von Kindern haben können. Dabei stehen die Einflussfaktoren der „sozialen Isolation“ bzw. des Verlustes von Sozialkontakten im Fokus. Ergänzend werden allerdings auch andere potenzielle Belastungen, wie etwa häusliche Gewalt, und deren Effekt auf die psychische Gesundheit von Kindern, betrachtet.

Diese Forschungsarbeit soll dazu anregen, der psychischen Gesundheit von Kindern während und auch nach dieser Krisenzeit mehr Beachtung zu schenken. Zudem braucht es Maßnahmen, um Kinder in dieser Zeit professionell zu begleiten. Am Ende dieses Beitrages werden Überlegungen diesbezüglich angestellt.

2 Methodik

Die folgenden Ausführungen basieren auf einer umfassenden systematischen Literaturrecherche, die um eine Handsuche ergänzt wurde. Dabei wurde in den Datenbanken der FH Burgenland, PubMed sowie SpringerLink nach relevanter Literatur gesucht. Folgende Schlüsselwörter wurden definiert und unter Verwendung Bool'scher Operatoren im Zuge konkreter Suchanfragen verwendet:

- soziale Isolation, soziale Kontakte, Sozialkapital, soziale Unterstützung, social isolation, social support, social contact
- Covid-19
- Kinder, children
- Gesundheit, mental health

Englische Keywords waren bei den Recherchen von großer Bedeutung, da im deutschsprachigen Raum noch eher wenige Publikationen zum Themenfeld „Psychische Gesundheit von Kindern in Zeiten von Covid-19“ veröffentlicht wurden. Daher wurden für die vorliegende Forschungsarbeit auch vorwiegend internationale Studien herangezogen. Zusätzlich wurde aufgrund der Aktualität der Thematik eine umfangreiche Handsuche durchgeführt. Insbesondere das Schneeballsystem erwies sich als hilfreiche Methode beim Auffinden passender Studien. Die Literaturlauswahl erfolgte schließlich auf Basis eines umfassenden Screeningprozesses.

3 Soziale Isolation und psychische Gesundheit von Kindern

Während der Covid-19-Krise konnten in Studien drei Störungen auf mentaler Ebene als die häufigsten Folgen sozialer Isolation identifiziert werden: Schlafstörungen, Ängste, Depressionen. Oftmals treten sie in Kombination auf und beeinflussen sich dabei gegenseitig. Treten beispielsweise depressive Verstimmungen auf, so kann dies eine negative Wirkung auf den Schlaf haben und umgekehrt. Soziale Isolation an sich und die damit verbundene subjektiv wahrgenommene Einsamkeit kann insbesondere Depressionen und Angstzustände bei Kindern hervorrufen. Umso länger diese Isolation andauert, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, diese Störungen zu entwickeln (Loades et al., 2020, S. 2).

Auch das Risiko an Schlafstörungen zu leiden steigt bei Kindern während der Pandemie an (Becker & Gregory, 2020, S. 757). Zusätzlich konnten Verhaltensstörungen sowie eine deutliche Belastung durch Stress und vermehrte häusliche Gewalt festgestellt werden. Auch das Gesundheitsverhalten von Kindern veränderte sich in Zeiten der Pandemie, wobei es sich dabei vorwiegend um gesundheitsgefährdende Verhaltensänderungen handelt.

Soziale Isolation kann also gravierende gesundheitsschädliche Auswirkungen auf einen Menschen haben. Der Nachweis zu dieser Aussage konnte schon vor längerer Zeit in einigen Forschungsarbeiten und Studien erbracht werden.

House, Landis und Umberson definierten die soziale Isolation in ihrer Arbeit als wichtigen Risikofaktor sowohl für Morbidität als auch für Mortalität. Dabei kamen sie zu dem Schluss, dass die Isolation gleichermaßen die Gesundheit negativ beeinflussen kann wie das Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel oder Bluthochdruck (Cacioppo, Hawkey, Norman & Berntson, 2011, S. 1-2). Besonders die psychische Gesundheit leidet unter sozialer Isolation maßgeblich, denn Studien konnten Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und psychischen Störungen, wie z.B. Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen, identifizieren. Erhielten betroffene Personen in weiterer Folge aber mehr soziale Unterstützung, wuchs die Wahrscheinlichkeit auf Genesung (Wang et al., 2017, S. 1).

Gerade bei Kindern kann die Isolation aufgrund der Covid-19-Pandemie schwerwiegende Folgen für die psychische Gesundheit haben, hauptsächlich, weil das Nervensystem sowie die endokrinen Systeme noch nicht vollständig entwickelt sind. Dies führt zu dem Umstand, dass Kinder mit Krisen und Stress schlechter umgehen können als Erwachsene. Sie sind somit anfälliger für belastungsbedingte psychische Krankheiten und kommen bei einer Krisenbewältigung schnell an ihre Beanspruchungsgrenze (Ye, 2020, S. 1). Bei einer von UNICEF in Australien durchgeführten Befragung über die Situation von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie gab annähernd die Hälfte der befragten Kinder an, unter Stress oder Angst zu leiden. Nahezu ein Viertel fühlt sich sozial isoliert (Smith & Lim, 2020, S. 2).

In diesem Zusammenhang konnte außerdem festgestellt werden, dass es auch innerhalb der vulnerablen Gruppe der Kinder zu einer ungleichen Risikoverteilung kommt. Kinder, die vor der Pandemie bereits psychische Beschwerden hatten, in einem sozial schwachen Umfeld leben oder spezielle Bedürfnisse haben, sind stärker gefährdet, während einer sozialen Isolation durch einen Lock-Down psychisch krank zu werden. Diese Risikofaktoren sind jedoch nicht Bedingung für das Auftreten psychischer Symptome, denn auch völlig gesunde Kinder aus einer Familie mit hohem sozio-ökonomischen Status können psychisch unter dem Ausbleiben von Sozialkontakten leiden (Singh et al., 2020, S. 1-2; Imran, Zeshan & Pervaiz, 2020, S. 67).

Einige der Lock-Down-bedingten psychischen Auswirkungen sind direkt mit dem Verlust der Gesundheitsressource „soziale Kontakte“ bzw. „soziale Unterstützung“ in Verbindung zu bringen. Andere psychische Effekte hängen dagegen nur indirekt mit der sozialen Isolation zusammen. Die Kausalitäten und Wirkungsweisen gestalten sich somit sehr komplex.

Im Folgenden wird ein Überblick über Studien gegeben, in denen der Zusammenhang zwischen sozialer Isolation bei Kindern, speziell in Zeiten der Covid-19-Pandemie, und dem Auftreten psychischer Erkrankungen untersucht wurde.

3.1 Soziale Isolation und Depressionen

Depressionen gehören heutzutage zu den häufigsten Erkrankungen weltweit. Eine Depression ist eine Störung, die hauptsächlich im Erwachsenenalter auftritt bzw. diagnostiziert wird. Jedoch liegen Gründe dafür oft in der Kindheit oder Jugend. Depressive Verstimmungen in der Kindheit können daher schwerwiegende Auswirkungen auf das Krankheitsbild einer erwachsenen Person haben (Ihle, 2016, S. 536). Symptome für Depression können bei Kindern stark variieren und individuell verschieden sein. Prinzipiell wird unter einer Depression das Gefühl von Niedergeschlagenheit, Traurigkeit oder Lustlosigkeit verstanden. Ein vermindertes Selbstwertgefühl, eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, Schuldgefühle oder unruhiges Verhalten können weitere Merkmale sein (Groen & Petermann, 2011, S. 11-16). Oftmals sprechen Betroffene aber wiederum auch von Gefühlslosigkeit oder keiner Wahrnehmung von positiven Gefühlen. In manchen Fällen kann eine Erkrankung auch zu Suizidgedanken führen. Diese Selbstmordgedanken treten bei Kindern selten auf, bei Jugendlichen hingegen sehr häufig (Ihle, 2016, S. 536).

Bei Kindern und Jugendlichen mit dieser Symptomatik ist es oft schwer festzustellen, ob es sich um depressive Störungen oder um Anzeichen einer nicht „krankhaften“ psychopathologischen Entwicklung handelt. Unbeachtet sollten diese Symptome aber in keinem Fall bleiben (Groen & Petermann, 2011, S. 17).

In Forschungsarbeiten rund um Covid-19 und die psychische Gesundheit von Kindern konnten mehrmals Zusammenhänge zwischen Isolation bzw.

Quarantänezuständen und Depressionen oder depressiven Verstimmungen festgestellt werden.

In einem aktuellen systematischen Review von Loades et al. (2020) wurde dieser Zusammenhang durch die Analyse von über 80 Artikeln und Studien bestätigt. Der Vergleich der Artikel zum Thema seelische Auswirkungen von sozialer Isolation oder Einsamkeit auf Kinder zeigte, dass Depressionen eine sehr häufige Folge sein können (S. 1). Insgesamt konnte in 45 der untersuchten Studien eine Korrelation zwischen sozialer Isolation bzw. Einsamkeit und depressiven Symptomen nachgewiesen werden. Eine weitere Erkenntnis war, dass die Isolation von Gleichaltrigen mit einer Erkrankung an einer Depression Jahre später zusammenhängt. Dabei ist die Dauer der Isolation relevanter als die Intensität. Außerdem waren in den Studien mehr Mädchen als Jungen von Depressionen betroffen. Die Beziehung zwischen Isolation oder Einsamkeit und Depressionen war jedoch die stärkste verglichen mit anderen möglichen psychischen Folgen.

In einem Review aus Brasilien, ein ebenfalls stark von der Pandemie betroffener Staat, wurden ähnliche Ergebnisse erzielt. Die betrachteten Studien erbrachten den Nachweis, dass das zurzeit praktizierte „Social Distancing“ zu Depressionen bei Kindern führen kann. Dabei waren die Ergebnisse je nach Alter unterschiedlich. Jugendliche sind laut einigen Untersuchungen stärker gefährdet als Kinder. Ein speziell betrachteter Aspekt in diesem Review waren unter anderem die Beziehungen und Kontakte zu Familie und Freund*innen. Fühlen sich Kinder und Jugendliche in der Zeit des Lock-Downs allein gelassen, so steigt das Risiko depressiv zu werden. Das Risiko sinkt dagegen, wenn sie sich sozial unterstützt fühlen (Marques de Miranda, da Silva Athanasio, Oliveira & Simoes-e-Silva, 2020, S. 3). Kinder, die bereits vor der Pandemie an depressiven Störungen litten, haben ebenfalls ein signifikant höheres Risiko zu erkranken. Die Präsenz der Themen „Tod und Krankheit“ kann sie schnell überfordern. Kommt dann auch noch soziale Isolation als verstärkender Faktor hinzu, steigt das Risiko zusätzlich an (Imran et al., 2020, S. 69-70).

Aus den Erkenntnissen der Forschungsarbeiten lässt sich eindeutig schließen, dass Kinder während der Corona-Krise aus verschiedenen Gründen gefährdet sind, eine Depression zu entwickeln. Insbesondere der Verlust der sozialen Kontakte spielt dabei eine relevante Rolle. Oftmals bleiben erste depressive Symptome in der Kindheit unbemerkt, was einige Zeit später jedoch schwerwiegende Folgen haben kann. Aus diesem Grund sollte vor allem bei Kindern auf anfängliche Symptome einer Depression geachtet werden, gerade während und nach einer Krise wie der Covid-19-Pandemie.

3.2 Soziale Isolation und Angstzustände

Ängste sind in einem gewissen Maß alltäglich und an sich auch nicht automatisch gesundheitsschädlich. Eine gesunde Angstaussprägung und eine effektive

Bewältigung dieser Ängste kann sogar gesundheitsförderlich wirken und hilfreich dabei sein, den Alltag erfolgreich zu meistern. Liegt jedoch eine situationsunangemessene und ungewöhnlich starke Angstentwicklung vor, so wird dies als Angststörung bezeichnet. Ausgelöst wird diese Störung häufig durch eine langanhaltende, unbehandelte und auf eine bestimmte Situation bedingte Angst (Remschmidt, 2011 S. 234).

Solche Ängste können gerade durch den Verlust der sozialen Gesundheitsressourcen während des Covid-19-bedingten Lock-Downs vorkommen und in weiterer Folge können diese dann auch zu krankhaften Angststörungen führen. Kinder verstehen die Gründe und Ursachen für das Ausbleiben der Sozialkontakte noch nicht so gut wie Erwachsene, weshalb sie hiervon besonders stark betroffen sein können.

Fegert et al. (2020) konnten in einem Review zu den psychischen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen feststellen, dass Angst eine der häufigsten Folgen darstellt. 54% der Teilnehmer*innen einer untersuchten chinesischen Online-Studie etwa gaben demnach an, neben depressiven Symptomen auch unter Angst zu leiden. Diese Ängste traten am häufigsten in der Ausbruchphase und in der Phase der Quarantäne bzw. Isolation der Pandemie auf. Dies hängt eindeutig mit den fehlenden sozialen Interaktionen zusammen. Hinzu kommt auch noch die Angst, dass Familienmitglieder an Covid-19 erkranken oder versterben.

In einem weiteren aktuellen Review wird speziell die soziale Isolation und Einsamkeit als Angstauslöser während der Pandemie betrachtet. Die Ergebnisse zeigen Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und Ängsten. Forschungsarbeiten, in denen jene Zusammenhänge bereits unabhängig von Covid-19 ermittelt wurden, konnten sogar Jahre später schwere Angststörungen durch vorangegangene Einsamkeit feststellen. Auch damit verbundene Panik und Selbstverletzung konnten teilweise als Folgen identifiziert werden. Anders als bei Depressionen konnte bei Ängsten ein höheres Risiko für Jungen erkannt werden. Symptome dieser Ängste können beispielsweise extreme Anhänglichkeit, Verwirrung oder erhöhte Reizbarkeit sein. Eine Online-Befragung aus Großbritannien mit 1.500 Eltern zeigte, dass diese Symptome bei Kindern zwischen vier und zehn Jahren häufiger zu beobachten waren als bei Jugendlichen (Loades et al., 2020, S. 6-10).

Ängste stellen somit eine unmittelbare mentale Folge des Lock-Downs für Volksschulkinder dar. Diese werden allerdings häufig von Eltern verharmlost, da Ängste teilweise gerade bei Kindern als „normal“ angesehen werden. Diese Annahme gilt es in Zeiten einer Krise zu vermeiden. Dauerhafte Angst kann bei Kindern zu einem späteren Zeitpunkt zu Panikattacken und Angststörungen führen. Eine intensive Beobachtung des Verhaltens und die Leistung sozialer Unterstützung sind hier dringend zu empfehlen.

3.3 Soziale Isolation und Schlafstörungen

Verschiedene Untersuchungen an Mensch und Tier konnten zeigen, dass sich Isolation negativ auf die Schlafqualität auswirkt (Cacioppo et al., 2011, S. 3). Während der Corona-Pandemie können die fehlenden sozialen Interaktionen zusammen mit dem entstehenden Stress und Sorgen zu Schlafproblemen führen.

In einer deutschen Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurden die gesundheitlichen Folgen des Lock-Downs für Kinder analysiert. Generell konnte festgestellt werden, dass psychische Auffälligkeiten stark anstiegen. Bei einer Befragung gab fast die Hälfte (44%) der Testpersonen an, situationsbedingt unter Einschlafproblemen zu leiden (Schnack, 2020, S. 52). Die Distanz zu Gleichaltrigen und anderen wichtigen Bezugspersonen tragen wesentlich zum erhöhten Risiko, Schlafstörungen zu entwickeln, bei. Weitere Faktoren wie veränderte Schlafgewohnheiten, Veränderungen innerhalb der Familie, Ängste um die Gesundheit oder Unsicherheiten verstärken das Auftreten von Schlafproblemen. Außerdem verbringen Kinder während des Lock-Downs viel Zeit vor dem Computer, um am Schulunterricht teilzunehmen, aber auch um mit Bezugspersonen in Kontakt bleiben zu können. Sind Kinder jedoch zu viel „blauem Licht“ ausgesetzt, hemmt dies nachweislich die Produktion des „Schlafhormons“ Melatonin. Das führt wiederum zu einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus und das Kind weiß nicht mehr, wann die „normale“ Schlafenszeit beginnt. Das Gefährliche an einer Schlafstörung sind weitere psychische Störungen, die dadurch ausgelöst werden können. So kann es z.B. zu Aufmerksamkeitsdefiziten, Depressionen, Ängsten oder Verhaltensstörungen kommen. Erholsamer Schlaf ist für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern unverzichtbar. Daher sollten Eltern, besonders in Zeiten der Corona-Krise, auf eine gute Schlafqualität ihrer Kinder achten (Becker & Gregory, 2020, S. 757-758).

Im Folgenden werden ergänzend zu den häufigsten psychischen Beeinträchtigungen, die während der Covid-19-Pandemie bei Kindern auftreten, in Studien identifizierte Verhaltensstörungen näher betrachtet.

3.4 Soziale Isolation und Verhaltensstörungen

Psychische Probleme sind eine häufige Ursache für Veränderungen im Verhalten von Kindern. In vielen Fällen sind solche Veränderungen Reaktionen auf ungewohnte und neuartige Situationen, welche mit Angst und Stress in Verbindung stehen. Wie bereits ausführlich erklärt, leidet die Psyche von Kindern während der Corona-Krise verstärkt unter den veränderten Umständen. Genau diese Tatsache kann sich in unterschiedlicher Weise im Verhalten widerspiegeln.

Verhaltensveränderungen resultieren oftmals aus einer posttraumatischen Stressreaktion, welche aufgrund von Covid-19 mit hoher Wahrscheinlichkeit bei Kindern vorkommt. Sind Kinder diesem Stress über längere Zeit ausgesetzt, so reagiert der Körper mit einer Art „Pufferreaktion“. Damit soll die mentale

und körperliche Anspannung gelöst werden, wobei negative Veränderungen im Verhalten beobachtet werden können. Die Unwilligkeit, mit anderen zu kommunizieren oder sich körperlich zu bewegen und generelle Trägheit sind häufig zu beobachtende Folgen. Aber auch Ungehorsamkeit, Wutausbrüche, erhöhte Anspannung, Ungeduld sowie Feindseligkeit gegenüber Familienmitgliedern können während eines Lock-Downs wahrgenommen werden (Ye, 2020, S. 2).

Einige wenige Studien konnten bereits belegen, dass derartige Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, ausgelöst durch die Covid-19-Pandemie, wahrscheinlich sind. Dabei konnten auch Zwangsverhalten, Passivität, Anpassungsstörungen und sozialer Rückzug als Veränderungen identifiziert werden (Marques de Miranda et al., 2020, S. 3).

Manchmal kann aber auch impulsiv aggressives Verhalten eine Folge der psychischen Belastung durch Covid-19 sein (Ye, 2020, S. 2). Aggressivität stellte bereits vor der Pandemie ein Problemfeld bei Kindern und Jugendlichen dar. Dieses Verhalten zeigt sich meist durch Treten, Schlagen, Beschimpfungen oder das willkürliche Zerstören von Gegenständen. Entscheidende Risikofaktoren sind häufig kindbezogen oder auch familiärbezogen. Das bedeutet, dass beispielsweise biologische Faktoren, geringe emotionale Kompetenz des Kindes oder psychische Störungen der Eltern Ursachen für Aggressionsverhalten sein können. Mitbestimmend sind jedoch auch umfeldbezogene Faktoren, wie geringe soziale Integration, Ablehnung durch Gleichaltrige oder geringe Anbindung an die Schule (Petermann & Koglin, 2006, S. 113-117). Der in Österreich verhängte Lock-Down bringt nun jedoch Schulschließungen und Kontaktverbote mit sich. Fehlender oder minimierter Kontakt zu Gleichaltrigen und der veränderte Schulalltag können so in weiterer Folge die genannten Risikofaktoren für aggressives Verhalten verstärken.

Kindliche Aggressivität kann gefährliche Auswirkungen im Jugend- und Erwachsenenalter haben. Es wurde bereits wissenschaftlich erwiesen, dass aggressive Kinder später als Jugendliche dazu neigen, Probleme mit Drogen und Alkohol zu entwickeln. Außerdem tendieren sie in weiterer Folge vermehrt zu kriminellen Verhalten und Selbstverletzung (Petermann & Koglin, 2006, S. 113).

Zusammengefasst besteht ein erhöhtes Risiko, dass die durch einen Lock-Down entstehende soziale Isolation zusammen mit Stress und Ängsten, negative Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern auslösen kann. Einige davon können langfristige gesundheitliche Folgen haben. Darum sollte das Verhalten von Kindern während und nach der Corona-Krise genauer beobachtet werden. Vor allem Eltern sollten in dieser Zeit viel Verständnis zeigen und ihre Kinder bei auftretenden Ängsten unterstützen.

3.5 Zusammenspiel von sozialer Isolation, weiteren Belastungen im Rahmen des Lock-Downs und der psychischen Gesundheit von Kindern

Sehr häufig führt die soziale Isolation während des Lock-Downs in Kombination mit anderen psychischen Belastungen zu negativen psychischen Beanspruchungen. So verändert ein Lock-Down neben dem Sozialleben beispielsweise auch das Familienleben, den Schulalltag oder die Zeiteinteilung. Außerdem ist die Angst um die eigene Gesundheit und jene von Bezugspersonen allgegenwärtig während dieser Krisenzeit. Der dadurch ausgelöste Stress bei Kindern, die erhöhte Gefahr häuslicher Gewalt sowie Veränderungen des Gesundheitsverhaltens von Kindern gehören zu den bedeutendsten zusätzlichen Belastungen während des Lock-Downs.

Konkret konnten in bisherigen Untersuchungen folgende mit sozialer Isolation assoziierte gesundheitliche Belastungen identifiziert werden:

- Stressoren

Während der Covid-19-Pandemie wurden Kinder mit unterschiedlichen stressauslösenden Faktoren, sogenannte Stressoren, konfrontiert. Die Angst, an dem Virus zu erkranken, Frustration, Langeweile, wenig persönlicher Raum zuhause, Ängste innerhalb der Familie, Ratlosigkeit, mangelhafte Information und vor allem der fehlende Kontakt zu Schulkamerad*innen, Lehrer*innen und anderen Bezugspersonen sind die häufigsten Stressoren, mit welchen Kinder konfrontiert werden. All diese Risikofaktoren können negativen Stress bei Kindern und Jugendlichen auslösen. Wird ein Kind bei der Stressbewältigung nicht ausreichend unterstützt, so ist es durch ein Zusammenspiel dieser Stressoren stark gefährdet, unter post-traumatischem Stress zu leiden. Dies gilt vor allem dann, wenn Kinder aufgrund des Virus unter Quarantäne gestellt werden müssen, denn diese verstärkt den Faktor der sozialen Isolation noch mehr. In einer Studie aus den USA konnte ermittelt werden, dass die Messwerte für post-traumatischen Stress bei in Quarantäne lebenden Kindern viermal höher ausfielen als bei Kindern, welche nicht in Quarantäne mussten (Wang, Zhang, Zhao, Zhang & Jiang, 2020, S. 946).

In einer weiteren Studie war dieser Wert sogar um ein Fünffaches erhöht. Diese Ergebnisse stammen aus Untersuchungen während einer Zeit, in welcher Infektionskrankheiten wie die Vogelgrippe oder SARS eine Bedrohung waren (Loades et al., 2020, S. 9).

Auch das Stresserleben der Eltern ist ein relevanter Faktor in diesem Zusammenhang. In einer amerikanischen Umfrage konnte eine sehr hohe Rate an Distress bei Personen, welche durch Covid-19 unter einer finanziellen Krise leiden, festgestellt werden. Fast 40% dieser Gruppe waren Eltern von Kindern unter 12 Jahren. Mehr als die Hälfte der befragten Eltern gab zusätzlich an, dass ihre Erziehungskompetenz unter den finanziellen Problemen leidet. Kinder spüren den Stress, unter dem ihre Eltern stehen. Dies wiederum kann zu

unterschiedlichen Verhaltensauffälligkeiten (s. Kapitel 3.4) führen (Imran et al., 2020, S. 68-69).

- Häusliche Gewalt

Lock-Down-bedingt verbrachten Familien mehr Zeit miteinander, was nicht nur positive Effekte mit sich bringt. Auf beengtem Raum zusammenlebend fehlen oft entsprechende Rückzugsmöglichkeiten für die Mitglieder der Familie. Hinzu kommen sehr häufig die finanziellen Sorgen der Eltern und eine erhöhte krisenbedingte Reizbarkeit.

In einer Befragung der Medizinischen Hochschule Hannover gab knapp die Hälfte der Erwachsenen an, während der Krise wütender und aggressiver zu sein. Diese Wut und Aggressivität werden in einigen Fällen gegen andere Personen, meistens Familienmitglieder, gerichtet. Zusätzlich berichtete jede 20. Person, bereits Opfer häuslicher Gewalt gewesen zu sein (Bundes Psychotherapeuten Kammer, 2020, S. 9).

Weitere internationale Untersuchungen konnten während der Covid-19-Pandemie einen Anstieg an häuslicher Gewalt gegen Kinder feststellen. Während vor Corona fünf Todesopfer durch Gewalt in der Familie in Großbritannien zu beklagen waren, waren es innerhalb der verhängten Ausgangssperren 16 Frauen und Kinder, welche zuhause getötet wurden. In Deutschland wurde eine starke Zunahme der Inanspruchnahme von Beratung über das Elterntelefon und über einen Chat für Kinder und Jugendliche beobachtet. Bei den Mitteilungen von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung konnte allerdings einen Rückgang verzeichnet werden. Diesbezüglich ist jedoch zu beachten, dass Mitteilungen größtenteils von Schulen oder anderen Bildungseinrichtungen kommen. Da diese aufgrund von Covid-19 geschlossen wurden, fallen diese Stellen bei der Verdachtsmitteilung weg. Hierbei beseht wiederum das Problem, dass Kinder durch den Wegfall des direkten Zugangs zu diesen Institutionen nicht mehr wissen, an wen sie sich bei Problemen wenden sollen (Jentsch & Schnock, 2020, S. 304-305).

In Österreich gab es im internationalen Vergleich einen etwas geringeren Anstieg an Fällen von häuslicher Gewalt während der Covid-19-Pandemie. Mit Beginn des Lock-Downs im März 2020 war die Befürchtung in den zuständigen Ministerien sehr groß, einen signifikanten Anstieg an häuslicher Gewalt in Österreich zu erleben. Einige Monate später konnte mit vorhandenen Daten und durch eine Befragung des Meinungsforschungsinstituts OGM belegt werden, dass es zwar zu einer Erhöhung der Fallzahlen kam, dieser Anstieg jedoch nicht so drastisch ausfiel, wie anfangs erwartet. Es dürfte in diesem Falle aber auch eine entsprechend hohe Dunkelziffer geben, welche es zu berücksichtigen gilt. In der Befragung durch das OGM gaben vier Prozent an, in ihrem privaten Umfeld mehr familiäre Gewalttaten wahrgenommen zu haben als vor dem Lock-Down. Ein deutlicherer Anstieg ist hingegen bei der Anzahl der verhängten Betretungs- und Annäherungsverbote zu sehen. Solche Verbote werden von

einschreitenden Polizist*innen ausgesprochen, um Opfer häuslicher Gewalt zu schützen, indem Gewalttäter*innen von ihrem privaten Umfeld ferngehalten werden (Brickner, 2020). Diese Verbote stellen somit einen weiteren relevanten Indikator für die Häufigkeit von häuslicher Gewalt dar.

- Gesundheitsverhalten

Es liegen bereits wissenschaftliche Erkenntnisse zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Kindern während des Lock-Downs vor.

Dazu zählen eine veränderte, meist ungesunde Ernährungsweise, ein unregelmäßiger Schlafrhythmus sowie ein eingeschränktes Bewegungsverhalten.

Bezüglich letztgenannter Verhaltensänderung zeigt die aktuelle Studienlage, dass sich Kinder während der Lock-Downs weniger bewegten als davor. Dies dürfte vor allem an den Schließungen von Schulen und Freizeiteinrichtungen liegen. Zusätzlich durften Kinder in der Zeit des Lock-Downs nicht mit anderen Kindern gemeinsam spielen und auch Spielplätze wurden gesperrt. Diese Umstände fördern in weiterer Folge auch eine übermäßige Nutzung von elektronischen Geräten, allen voran eine erhöhte Nutzung des Smartphones (Ye, 2020, S. 2; Wang et al., 2020, S. 946).

Ausreichend Bewegung ist jedoch gerade in Zeiten einer Krise besonders wichtig für die psychische Gesundheit. Studien zeigen nämlich, dass körperliche Aktivität das allgemeine Wohlbefinden stärken und unterstützend bei der Stressbewältigung wirken kann. In einer Studie konnte außerdem ein Zusammenhang zwischen Bewegung und psychosomatischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen festgestellt werden. Diesen Forschungsergebnissen zufolge können Symptome von Ängstlichkeit oder Depressionen durch körperliche Aktivität reduziert werden (Hoffmann, Brand & Schlicht, 2006, S. 201-206). Darüber hinaus beugt körperliche Aktivität Schlafstörungen vor und stärkt die psychische Widerstandskraft maßgeblich (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017, S. 2).

Ebenso einflussreich auf die Gesundheit ist die Mediennutzung bei Kindern. Kinder und Jugendliche sind in der heutigen Zeit so stark von Medien geprägt, wie noch keine Generation zuvor. Für sie gehören Computer, Tablets, Fernseher und Internetzugang zum Alltag. Viele Kinder besitzen auch schon sehr früh ein eigenes Smartphone, welches für sie nicht mehr wegzudenken ist (Meixner & Jerusalem, 2006, S. 301). Hält sich diese Nutzung in Balance zu anderen Aktivitäten abseits des Monitors, so muss dieser Trend nicht unbedingt gesundheitsschädlich für Kinder sein. Kommt es jedoch zu einer überhöhten Mediennutzung, wie dies zum Teil während des Lock-Downs der Fall war, so können ernsthafte psychische Schäden die Folge sein.

Die besondere Gefahr bei exzessiver Medien- und vor allem Internetnutzung ist der erhöhte Suchtcharakter. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass hierbei schnell eine substanzunabhängige Sucht entstehen kann. Teilwei-

se konnten sogar mit einer Drogen- oder Alkoholabhängigkeit vergleichbare Symptome festgestellt werden (Meixner & Jerusalem, 2006, S. 301-304).

4 Zusammenfassung / Fazit

Ein Ausbleiben sozialer Interaktionen und vor allem sozialer Unterstützung kann das Wohlbefinden und in weiterer Folge die psychische Gesundheit von Kindern sehr stark negativ beeinflussen. Die Corona-Pandemie führt zu einem teilweisen Ausbleiben dieser Ressourcen. Dieses Ausbleiben sozialer Kontakte wiederum stellt in der Forschung einen wesentlichen Erklärungsansatz für das verstärkte Auftreten psychischer Erkrankungen dar.

Obwohl die Studienlage zu den psychischen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder besonders im deutschsprachigen Raum derzeit noch überschaubar ist, konnten in einigen internationalen Untersuchungen bereits verschiedene psychische Folgen identifiziert werden. Zusätzlich gibt es eine Reihe von bereits vor der Corona-Pandemie durchgeführten Studien, die belegen, dass ein starker Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und psychischer Gesundheit besteht. Da durch einen verhängten Lock-Down die sozialen Beziehungen minimiert werden, ist anzunehmen, dass die Ergebnisse dieser Studien auch auf die derzeitige Situation übertragbar sind. Dabei ist unklar, ob soziale Isolation nun den direkten Auslöser einer psychischen Beeinträchtigung darstellt, oder ob sie erst im Zusammenspiel mit weiteren Belastungen während der Pandemie die Psyche von Kindern beeinträchtigt.

Depressionen bzw. depressive Symptome zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, die durch den Lock-Down bei Kindern verstärkt auftreten. Sie sind eng verknüpft mit auftretenden Angstzuständen und Schlafstörungen. Auch der erhöhte Stress, häusliche Gewalt und negative Veränderungen des Gesundheitsverhaltens während des Lock-Downs fördern das Risiko, an den genannten psychischen Störungen zu erkranken.

Die Covid-19-Pandemie und der dadurch verhängte Lock-Down haben somit einen stark negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern. Psychische Langzeitfolgen sind dabei nicht auszuschließen. Speziell die soziale Isolation und die subjektiv empfundene Einsamkeit belasten die Psyche der Kinder enorm und können ernsthafte gesundheitliche Probleme hervorrufen.

Aufgrund dieser Erkenntnisse sollten Eltern gerade in dieser Zeit für ihre Kinder da sein und sie seelisch unterstützen. Da aber auch Erwachsene in Zeiten von Covid-19 vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind, ist dies nicht ganz einfach zu realisieren. Einige Forscher*innen aus dem Fachgebiet der Psychologie stellen Tipps für Eltern zum Umgang mit diesen Belastungen zur Verfügung. Nachfolgend werden einige dieser Empfehlungen kurz erläutert.

Kinder nehmen alle durch die Pandemie entstandenen Veränderungen ganz bewusst wahr. Eltern glauben jedoch manchmal, dass ihre Kinder noch zu jung

sind, um die neuen Umstände zu bemerken oder um die Gründe dafür zu verstehen. Diesen Fehler sollten Eltern aus Sicht von Psycholog*innen auf jeden Fall vermeiden, denn um die psychische Gesundheit von Kindern während der Krise zu unterstützen, sollte der Fokus auf offene Kommunikation gelegt werden. Dabei ist es wichtig, nicht nur sachliche Informationen über die Situation zu vermitteln, sondern auch über Gefühle und Ängste zu sprechen. Die Gespräche müssen natürlich an die Altersgruppe angepasst werden, da ein sechsjähriges Kind eine andere Form der Wissensvermittlung braucht als beispielsweise ein zehnjähriges. Unabhängig vom Alter sollte jedenfalls soziale Unterstützung von den Eltern geleistet werden, damit sich die Kinder nicht mit ihren Sorgen alleingelassen fühlen (Dalton, Rapa & Stein, 2020, S. 347).

Dabei spielt auch die Vorbildfunktion der Eltern eine zentrale Rolle. Achten Eltern auf ihre eigene psychische Gesundheit, z.B. indem sie ihren Medienkonsum reduzieren oder Entspannungstechniken anwenden, so hat dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Einfluss auf das Verhalten der Kinder. Ein strukturierter Alltag mit geplanten Auszeiten und Routinen hilft den Kindern ebenfalls die veränderte Lebenssituation zu verarbeiten. Auch die Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten sowie die Integration von körperlicher Bewegung in den Alltag sind sehr wichtig für die psychische Gesundheit von Kindern in Zeiten von Covid-19. Es ist schwer, das Toben auf dem Spielplatz oder Sport in Vereinen gänzlich zu ersetzen, jedoch werden mittlerweile zahlreiche Alternativen angeboten, wie z.B. Online-Yogastunden für Kinder. Dadurch kann noch zusätzlich Stress abgebaut werden, da so auch der Langeweile vorgebeugt werden kann.

Ganz speziell sollten Eltern in Krisenzeiten auf den Umgang mit Konflikten achten. In einer derartigen Ausnahmesituation sind Anspannungen und Aggressionen wahrscheinlicher. Eine kurze Auszeit oder die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe über Hotlines können hierbei helfen (Panagl, Seferagic, Haas & Langthaller, 2020, S. 4-17; Jacobi, 2020, S. 179). Auf Strafen und strenge Erziehungsmaßnahmen sollte in Zeiten des Lock-Downs eher verzichtet werden. Stattdessen gilt es, Kinder mit Lob zu stärken und ihnen durch eine positive Grundhaltung Zuversicht und Sicherheit zu vermitteln. Außerdem sollte die in Krisensituationen erhöhte Anhänglichkeit der Kinder akzeptiert werden. Die Geborgenheit, die sie brauchen, sollte ihnen nach Möglichkeit auch gegeben werden (Jacobi, 2020, S. 179).

Neben der elterlichen Unterstützung bedarf es allerdings unbedingt auch staatlicher Maßnahmen. So besteht hier aus Sicht der Expert*innen vor allem beim Thema der häuslichen Gewalt großer Unterstützungsbedarf. Darüber hinaus sollte der Staat die Konsequenzen der gesetzten Covid-19-Maßnahmen für die psychische, aber auch körperliche Gesundheit von Volksschulkindern genauer untersuchen und sich diesen stellen. Es braucht Konzepte, die sich mit dem Schutz dieser vulnerablen Gruppe während und auch nach Krisenzeiten beschäftigen. Vonseiten des Bundesverbandes Österreichischer Psycholog*innen

wird zudem dringend der Ausbau der Versorgung von Kindern mit psychischen Erkrankungen gefordert.

Literatur

- Becker, P.S. & Gregory, M.A. (2020). Editorial Perspective: Perils and promise for child and adolescent sleep and associated psychopathology during the Covid-19 pandemic. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2020 (61), 757-759. DOI: 10.1111/jcpp.13278
- Brickner. (2020). Lockdown brachte leichten Anstieg bei häuslicher Gewalt. Verfügbar unter: Lockdown brachte leichten Anstieg bei häuslicher Gewalt - Gesellschaft - derStandard.at > Panorama [26.11.2020]
- Bundes Psychotherapeuten Kammer. (2020). *Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen*. Berlin. Verfügbar unter: 2020-08-17_BPtK-Hintergrund_Corona-Pandemie-und-psychische-Erkrankungen.pdf [1.10.2020]
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2017). *HBSC Factsheet 01: Das Bewegungsverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler*. Wien. Verfügbar unter: HBSC_2014_-_Factsheet_Bewegung_.pdf [24.11.2020]
- Cacioppo, J.T., Hawkey, L.C., Norman, G.J. & Berntson, G.G. (2011). Social isolation. *Ann N Y Acad Sci*, 2011 (1231), 17-22. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x.
- Fegert, M.J., Vitiello, B., Plener, L.P. & Clemens, V. (2020). Challenges and burdens of the Coronavirus 2019 (Covid-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2020 (14), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- FGÖ. (o.J.). Grafik der Gesundheitsdeterminanten Farbe. Verfügbar unter: https://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_farbe.jpg [11.10.2020]
- Groen, G. & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH
- Heindl, N. (2020). *Aktuelle Studie verdeutlicht Auswirkungen von Corona auf die Psyche von Kindern*. Verfügbar unter Aktuelle Studie verdeutlicht Auswirkungen von Corona auf die Psyche von Kindern (tips.at) [22.11.2020]
- Hoffmann, A., Brand, R. & Schlicht, W. (2006). Körperliche Bewegung. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 201-220). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH
- Ihle, W. (2016). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychotherapeut*, 2016 (61), 535-553. DOI: 10.1007/s00278-016-0136-x
- Imran, N., Zeshan, M. & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in Covid-19 Pandemic. *Pak J Med Sci*, 2020 (36), 67-72. DOI: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.Covid19-S4.2759>
- Jentsch, B. & Schnock, B. (2020). Kinder im Blick?: Kindeswohl in Zeiten von Corona. *Sozial Extra*, 2020 (5), 304-309. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12054-020-00315-1>
- Jungnitsch, G. (2009). *Klinische Psychologie* (2. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Loades, M.E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M.N., Borwick, C. & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of Covid-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2020, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Lohaus, A., Jerusalem, M. & Klein-Heßling J. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH

- Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Oliveira, A.C.S. & Simoes-e-Silva, A.C. (2020). How is Covid-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents?. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 2020 (51), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ij-drr.2020.101845>
- Meixner, S. & Jerusalem, M. (2006). Exzessive Internetnutzung: Internetsurfen und Fernsehen. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 201-220). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH
- Petermann, F. & Koglin, U. (2006). Aggressivität und Gewalt. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 113-132). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH
- Remschmidt, H. (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie* (6. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Schnack, D. (2020). Kinder tragen die Krise mit. *Medizin aktuell*, 2020 (32), 52
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Scharma, G. & Joshi, G. (2020). Impact of Covid-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 2020 (293), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
- Smith, B.J. & Lim, M.H. (2020). How the Covid-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health research & practice*, 2020 (30), 1-4. DOI: <https://doi.org/10.17061/phrp3022008>
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J. & Jiang, F. (2020). Mitigate of home confinement in children during the Covid-19 outbreak. *Correspondence*, 2020 (395), 945-947. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
- Wang, J., Lloyd-Evans, B., Giacoo, D., Forsyth, R., Nebo, C., Mann, F. & Johnson, S. (2017). Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2017 (52), 1451-1461. DOI: 10.1007/s00127-017-1446-1
- WHO. (2020). WHO erklärt Covid-19-Ausbruch zur Pandemie. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> [24.9.2020]
- Ye, J. (2020). Pediatric Mental and Behavioral Health in the Period of Quarantine and Social Distancing with Covid-19. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 2020 (3), 1-8. DOI: 10.2196/19867

Betriebliche Gesundheitsförderung im Homeoffice – ein Projektbeispiel der FH Burgenland

Autor*innen: Carmen BRAUN, Erwin GOLLNER

In Zusammenarbeit mit Studierenden des 5.Semesters Bachelorstudiengang Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement, Jahrgang 2018

Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Die Digitalisierung der Arbeitswelt erfährt durch die Corona-Pandemie einen deutlichen Schub. Dieser Wandel wirkt sich nicht nur auf Unternehmen aus, sondern verändert auch den Arbeitsalltag von Mitarbeiter*innen maßgeblich. Home-Office, digitale Kommunikationsmittel und zunehmende Flexibilität können sich zunehmend auf die psychische Gesundheit von Beschäftigten auswirken.

Die Fachhochschule Burgenland hat sich diesen Veränderungen angenommen und ihr bestehendes Angebot der Betrieblichen Gesundheitsförderung erweitert und adaptiert. Dabei ist eine innerbetriebliche Initiative entstanden, die es sich als Ziel gesetzt hat, die psychosoziale Gesundheit von Mitarbeiter*innen und den Zusammenhalt im Unternehmen in Zeiten von Covid-19, unter Berücksichtigung der veränderten Rahmenbedingungen, zu stärken.

1 Einleitung

Sowohl die Arbeitswelt als auch die gesamte Nation befinden sich durch das neuartige Coronavirus in einem Veränderungsprozess. Nicht nur für Betriebe hat sich die Arbeitswelt verändert, sondern auch Mitarbeiter*innen und Führungskräfte unterliegen neuen Herausforderungen. Zudem ist die Arbeit in Form von Remote-Work aktuell von besonderer Bedeutung und bedingt mitunter gesundheitliche und arbeitsplatzbezogene Veränderungen. In diesem Kontext muss sich auch die Betriebliche Gesundheitsförderung in Unternehmen zukünftig unter Beweis stellen. Auch an der Fachhochschule Burgenland haben sich die Arbeitsbedingungen verändert und das Arbeiten von zu Hause wurde zum Arbeitsalltag. Vor diesem Hintergrund musste sich auch die Betriebliche Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Burgenland anpassen und hat sich an den durch Covid-19 hervorgerufenen neuen arbeitsplatzbezogenen Herausforderungen orientiert.

2 Veränderungen der Arbeitswelt im Zuge der Covid-19 Pandemie

Die weltweite Pandemie beeinflusst und beschränkt nicht nur das Privatleben aller Menschen, sondern führt auch zu massiven Veränderungen in der Arbeitswelt. Durch den Lockdown und den damit verbundenen Ausgangsbeschränkungen rückte das Homeoffice in den Mittelpunkt von ArbeitnehmerInnen und führte dementsprechend zu einem enormen Schub der Digitalisierung im Arbeitskontext. Durch Dienstanweisungen geregelt gilt es, betriebsinterne Räume zu meiden und jegliche Besprechungen und Meetings via Online-Plattformen abzuhalten. Somit bekommt auch die Digitalisierung im Bereich der Arbeit eine neue und nochmals wichtigere Bedeutung als sie bis dato einnahm. Sämtliche Arbeitsbedingungen müssen angepasst sowie Notfallpläne entwickelt und umgesetzt werden. Priorität hat hier das Finden von Kommunikationswegen und Methoden, welche eine gewisse Transparenz im Unternehmen während der Krise schaffen sollen. Dies stellt vor allem auch Führungskräfte, bezüglich der Anleitung und Koordinierung von Abläufen und Vorgängen, vor große Herausforderungen (Krzywdzinski & Christen, 2020).

Um der rasanten Ausbreitung des Virus entgegenzuwirken, war und ist immer noch ein schnelles Um- und Überdenken der Arbeitsprozesse seitens ArbeitgeberInnen und Arbeitnehmer*innen notwendig. Die gewohnten Arbeitstätigkeiten erfordern nun vermehrt technologische Kompetenzen und technische Ausstattungen jeder und jedes Einzelnen (Müller et al., 2020). Des Weiteren mussten die vor der Coronakrise festbestehenden, oftmals starren Strukturen eines Betriebes gelockert werden, welche zu flexiblen Arbeitsmodellen führten (Holl, 2020). Jene Betriebe, die sich durch folgende Wertestruktur repräsentieren, haben dabei einen Vorteil: guter Zusammenhalt, Wertschätzung aller Mitarbeiter*innen und die Verkörperung einer starken Unternehmenskultur. Die Wichtigkeit dieser Ansatzpunkte wurde durch die Epidemie hervorgehoben und brachte viele Betriebe sowie dessen Führungskräfte zum Umdenken (Hofmann et al., 2020).

3 Veränderte Arbeitsbedingungen und Gesundheit

Gute Arbeitsbedingungen angesichts der Covid-19-Pandemie zu schaffen, stellt viele Unternehmen derzeit vor eine große Herausforderung. Bisherige Forschungsergebnisse zeigen zwar, dass orts- und zeitflexible Arbeit Vorteile für Berufstätige bieten kann, zum Beispiel eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Gestaltung der Arbeitszeit entsprechend der eigenen Wünsche, der Wegfall von Pendelzeiten oder konzentrierteres Arbeiten ohne Unterbrechungen. Auch kann dadurch in weiterer Folge die Mitarbeiter*innenzufriedenheit und Produktivität steigen. Orts- und zeitflexible Arbeit kann jedoch auch Risiken für Beschäftigte mit sich bringen. Studien zeigen beispielsweise, dass Menschen im Homeoffice kon-

zentrierter arbeiten als Menschen, die nicht von zuhause aus tätig sind. Verlängerte Arbeitszeiten, Zeit- und Leistungsdruck sind nur wenige der weiteren Faktoren, die sich auf die psychische Gesundheit von Beschäftigten auswirken. (baua, 2020)

Daraus ableitend, lassen sich diverse Auswirkungen vor allem auf die psychische Gesundheit von Arbeitnehmer*innen verzeichnen. Im Auftrag von Oracle wurde vom 16. Juli bis 4. August 2020 die Studie „Al@Work“ durchgeführt, bei der 12.347 Menschen im Alter von 22 bis 74 Jahren aus insgesamt elf Ländern befragt wurden. Es handelt sich dabei um Mitarbeiter*innen, Vorgesetzte, Human Resources Expert*innen und Vorstandsmitglieder. 78% der befragten Personen fühlen sich in ihrem psychischen Wohlbefinden beeinträchtigt. Eine Trennung von Beruf und Privatleben ist für 41% der teilnehmenden Personen nicht möglich. Ein Drittel der von Zuhause arbeitenden Befragten leistet pro Woche mindestens zehn Überstunden. Etwa ein Viertel ist aufgrund dieser Mehrarbeit psychisch erkrankt. Ein Großteil der Befragten (85 Prozent) gibt an, dass die psychischen Belastungen, die im Rahmen der Arbeit entstehen, auch einen Einfluss auf das Privatleben haben. Dieser Einfluss zeigt sich in Form von Schlafproblemen, mangelnder körperlicher Gesundheit und Schwierigkeiten in familiären und freundschaftlichen Beziehungen. (Wolter, 2020)

Besondere Bedeutung kommen an dieser Stelle den sozialen Kontakten zu. Arbeiten im Home-Office bringt neben gesundheitsförderlichen Aspekten, wie höhere Handlungsspielräume und höhere Arbeitszufriedenheit, auch nachteilige Faktoren, wie das Risiko der fehlenden sozialen Interaktion mit sich. So zeigen Studien, dass durch soziale Isolation zwischen Arbeitskolleg*innen ein signifikanter Anstieg des Stresserlebens sowie ein Abfall von Leistungsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit erkennbar sind. (Bentley et al., 2016)

Im Zuge der Coronakrise zeigen sich bei Mitarbeiter*innen insgesamt diverse psychische und physisch Belastungen, welchen konkret entgegengewirkt werden muss. Die Arbeit im Homeoffice stellt dabei sowohl Chancen als auch Risiken dar. Wenn jedoch die Arbeitstätigkeit von zu Hause aus überhandnimmt, zeigt sich die Trennung von Arbeit und Freizeit als zunehmend herausfordernd für viele Personen und wichtige Erholungsphasen können zu wenig wahrgenommen werden. Speziell für die Betriebliche Gesundheitsförderung ergeben sich daraus neue Handlungsfelder, die sich mit dem Einsatz neuer digitaler Strategien und Strukturen auseinandersetzen müssen.

4 Betriebliche Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Burgenland in Zeiten von Homeoffice

Bereits im Jahr 2016 hat die Fachhochschule Burgenland und ihre Tochtergesellschaften ein Projekt zur Förderung der betrieblichen Gesundheit ins Leben gerufen. Vor dem Hintergrund des Wandels der Arbeitswelt und der damit einhergehenden psychischen Anforderungen für Hochschulpersonal, war es Ziel

des Projektes, die psychische Gesundheit von Mitarbeiter*innen zu fördern. Im Rahmen des Projektes wurde ein Bündel an personenorientierten und strukturorientierten Maßnahmen gesetzt, die auf den drei Ebenen Personal, Führungskräfte und Organisation wirken. Nach Abschluss des dreijährigen Projektes wurden die Maßnahmen in den Regelbetrieb integriert und im Sinne der Nachhaltigkeit das Gütesiegel für Betriebliche Gesundheitsförderung beantragt. Seit dem Jahr 2020 ist die Fachhochschule zertifizierter Betrieb gemäß dem BGF Gütesiegel und hat sich die Fortführung und Intensivierung von Angeboten zur Förderung von gesundheitlichen Rahmenbedingungen als Ziel gesetzt.

4.1 Struktur und Aufbau

Der Leitgedanke der Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Burgenland besteht darin, nachhaltige Strukturen zur Förderung der Gesundheit zu etablieren und das Thema Gesundheit in die Managementprozesse der Organisation zu integrieren. So ist ein übergeordnetes Ziel, die Betriebliche Gesundheitsförderung Schritt für Schritt in ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu überführen, um damit eine Systematik und Nachhaltigkeit von Betrieblichen Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit zu gewährleisten.

Bei der Konzeption von Gesundheitsförderungsmaßnahmen orientiert sich die Fachhochschule Burgenland an einem zweiseitigen Prozess zwischen Wissenschaft und Praxis. So werden Maßnahmen zum einen evidenzbasiert abgeleitet und durch neue Erkenntnisse aus der Wissenschaft überprüft, welche unter anderem aus den Forschungsaktivitäten des Departments Gesundheit der Fachhochschule resultieren. Zum anderen werden die abgeleiteten Konzepte und Maßnahmen in der Praxis überprüft und evaluiert, was wiederum zur Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagen beiträgt. Dadurch kann eine Qualitätssicherung der Maßnahmen sichergestellt und ein „akzeptables“ Entscheiden und Handeln ermöglicht werden.



Abbildung 1: Konzeption von BGF an der FH Burgenland, Eigene Erstellung

Die Ableitung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und das Monitoring derer erfolgt an der Fachhochschule Burgenland in einem übergeordneten Gremium, dem Arbeitnehmer*innenschutz- und Gesundheitsförderungsausschuss (ASGFA). Der ASGFA ist ein Zusammenschluss aus Geschäftsführungen, Betriebsräten, Sicherheitsvertrauensperson, Arbeitsmediziner und BGF-Expert*innen und verfolgt folgende Ziele:

- Gegenseitige Information, Erfahrungsaustausch und Koordination der betrieblichen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungsagenden
- Beratung sämtlicher Anliegen in den Bereichen Sicherheit und Gesundheitsschutz
- Erörterung von Berichten und Vorschlägen der Sicherheitsvertrauenspersonen, Sicherheitsfachkräften, Arbeitsmediziner und der BGF-Expert*innen.

4.2 Initiative „Wir bringen Team und Geist zusammen“

Aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen durch Covid-19 haben sich auch die Arbeitsbedingungen an der Fachhochschule Burgenland stark verändert. Fand vor der Corona Pandemie der kollegiale Austausch primär vor Ort statt, wurde dieser in der Corona-Pandemie in den virtuellen Raum verlagert. Während sich durch diese flexiblen Strukturen auch Vorteile, wie höheres Autonomieempfinden und dadurch höhere Arbeitszufriedenheit, ergeben, kann das zeit- und ortsunabhängige Arbeiten auch zu psychischen Mehrbelastungen führen.

Laut einer Studie von Bentley et al. (2016) ist das Auftreten von sozialer Isolation vor allem dann gegeben, wenn unzureichende kollegiale Unterstützung vorliegt. So zeigt sich auch, dass fehlende soziale Interaktion im Arbeitskontext einen negativen Effekt auf das Stressempfinden und das Wohlbefinden ausüben können. Bei zunehmenden Remote-Work Anteil kann die Beziehungsqualität und somit auch die Arbeitsatmosphäre negativ beeinflusst werden. Vor dem Hintergrund dieser Studienlage war es Ziel, die Pflege der arbeitsbezogenen sozialen Kontakte zu intensivieren, um in weiterer Folge gesundheitsförderliche Potentiale innerhalb der Organisation zu entfalten.

Somit wurde im November 2021 die Initiative „FH Burgenland bringt Team & Geist zusammen!“ an der Fachhochschule Burgenland ins Leben gerufen, die folgende Ziele verfolgte:

- Stärkung des Gemeinsinns unter Mitarbeiter*innen unter Berücksichtigung der veränderten Rahmenbedingungen durch Remote-Work und Lockdown Maßnahmen
- Stärkung der sozialen Teilhabe in der Belegschaft
- Förderung der Gemeinschaft durch Intensivierung virtueller Kommunikationskanäle
- Erhöhung der Motivation und Mitarbeiter*innenzufriedenheit
- Stärkung des Immunsystems, der psychosozialen Gesundheit und der allgemeinen Fitness

Der Slogan der Initiative orientierte sich am Leitbild und dem Leitgedanken der Fachhochschule Burgenland, der wie folgt lautet: „Fachhochschule Burgenland bringt Besonderes zusammen“. Damit sollte verdeutlicht werden, dass durch die Initiative auch der Leitgedanke der Fachhochschule Burgenland gestärkt wird.

Aktivitäten / Maßnahmen

Die Initiative „FH Burgenland bringt Team & Geist zusammen!“ umfasste ein Bündel an Maßnahmen, welche auf mehreren Ebenen zur Förderung und Stärkung des Zusammenhalts sowie der psychosozialen Gesundheit beitragen. Das Maßnahmenpaket bestand aus insgesamt 50 Veranstaltungen bzw. Beiträgen und stand allen Mitarbeiter*innen der Fachhochschule Burgenland kostenlos zur Verfügung. Darüber hinaus wurde ermöglicht, einen Teil der Veranstaltung in der regulären Dienstzeit zu besuchen. Somit konnte sichergestellt werden, dass nicht nur die Akzeptanz für Maßnahmen, sondern auch die Reichweite derer erhöht werden konnte. Nachfolgend werden die einzelnen Aktivitäten und Maßnahmen vorgestellt.

FH Burgenland Walk: Das Arbeiten von zu Hause führt bei vielen Mitarbeiter*innen zu einem verringerten Bewegungsverhalten, was nicht nur die Konzentration beeinflusst, sondern auch negative Folgen auf die physische und psychische Gesundheit haben kann. Vor diesem Hintergrund wurde als übergeordnete Maßnahme der virtuelle FH Burgenland Walk umgesetzt. In Teams zu je vier bis sechs Personen sollte eine Strecke von insgesamt 3.051,9 km auf einer virtuellen Landkarte zurückgelegt werden. Ziel war es, pro Tag und pro Person mindestens 10.000 Schritte zu gehen um so mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren. Darüber hinaus konnte durch einen virtuellen Austausch innerhalb und zwischen den Teams die Motivation und der soziale Zusammenhalt gestärkt werden. Die gesammelten Schritte wurden tagesaktuell auf einer virtuellen Plattform eingetragen. Jene drei Teams, die als erste das Ziel erreicht hatten, wurden im Rahmen einer Abschlussveranstaltung ausgezeichnet.

„15 Uhr 15“ – *Talente vor den Vorhang:* Eine weitere Maßnahme setzte sich als Ziel, kollegiale Wertschätzung und die soziale Teilhabe in der Organisation zu stärken. Demzufolge wurden im Rahmen der Maßnahme „15 Uhr 15“ zweimal wöchentlich besondere Talente von Mitarbeiter*innen vorgestellt. Die Vorstellung erfolgte von den jeweiligen Mitarbeiter*innen selbst und im Rahmen von Online-Meetings, an denen alle Mitarbeiter*innen teilnehmen konnten. Der Titel der Maßnahme wurde insofern gewählt, da diese immer zur selben Uhrzeit – um 15:15 Uhr – angeboten wurde. Insgesamt wurden im Maßnahmenzeitraum 16 FH-Burgenland Talente vorgestellt.

„*Fit im Home-Office*“: Um eine gesundheitsförderliche Gestaltung im Home-Office zu ermöglichen bzw. zu individuellem gesunden Verhalten anzuregen wurde begleitend ein Angebot mit Anleitungen und Videos für mehr

Bewegung im Arbeitsalltag zusammengestellt. Das Angebot umfasste Themen, wie Wirbelsäulentraining, Dehnungsübungen und Augentraining sowie online Bewegungseinheiten (Pilates & Yoga) und wurde den Mitarbeiter*innen wöchentlich über eine virtuelle Kommunikationsplattform zur Verfügung gestellt. Bei der Aufbereitung der Angebote wurde auf die internen Kompetenzen des Studiengangs Physiotherapie zurückgegriffen.

„*Wissenswertes, Tipps und Tricks*“: Um das Gesundheitswissen und in weiterer Folge die Gesundheitskompetenz von Mitarbeiter*innen zu stärken, wurde evidenzbasiertes Wissen niederschwellig aufbereitet und in Form von Informationsblättern, Videos und Podcasts wöchentlich zur Verfügung gestellt. Inhaltlich orientierte man sich an den Themen „Psychische Gesundheit stärken“, „Motivation für Bewegung“, „Gesundheitsförderliche Pausengestaltung“ und viele weitere. Der Zugang zu den Informationen wurde über die interne virtuelle Kommunikationsplattform ermöglicht. Bei der Aufbereitung der Angebote wurde auf die internen Kompetenzen des Studiengangs Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung zurückgegriffen.

„*Walk & Talk*“: Einmal wöchentlich wurde die Möglichkeit geboten, sich in einem virtuellen Live-Talk über Gesundheit, Bewegung und allgemeine Themen und Anliegen auszutauschen. Darüber hinaus wurde ein Rückblick über den FH Burgenland Walk sowie eine Vorausschau weiterer Maßnahmen der Initiative „FH Burgenland bringt Team & Geist zusammen!“ geboten. Ziel dieses Austausches war es, den Zusammenhalt und die Kommunikation über virtuelle Kommunikationskanäle zu stärken bzw. zu intensivieren.

„*Stress-Relax*“: Einmal wöchentlich wurde nach Dienstende eine geführte Online-Entspannung angeboten, um die Erholung und Regeneration zu fördern bzw. Handlungsanleitungen für Regeneration im Arbeitsalltag zu geben. Dabei wurde auf die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson zurückgegriffen. Die Durchführung erfolgte online in Live-Sessions und wurde im Anschluss in Form von Videos den Mitarbeiter*innen zur Verfügung gestellt. So konnten die Einheiten orts- und zeitungebunden zusätzlich geübt werden.

Evaluierung

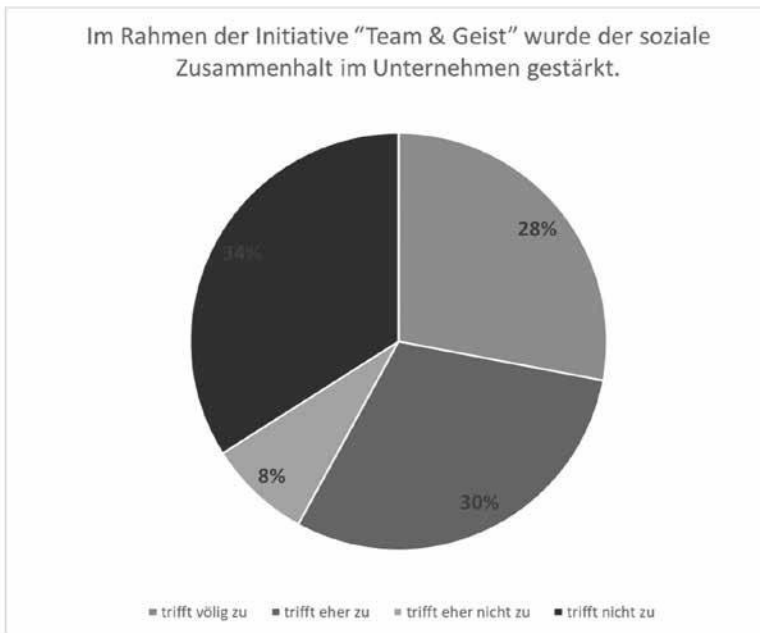
Um die Wirkung der gesetzten Maßnahmen zu überprüfen, wurde eine Befragung am Ende der Initiative „FH Burgenland bringt Team & Geist zusammen!“ durchgeführt. Die Befragung erfolgte online und wurde an alle 257 Mitarbeiter*innen der Fachhochschule Burgenland versandt. An der Befragung haben 129 Personen teilgenommen. Somit konnte eine Rücklaufquote von 50% erzielt werden.



Mehr als die Hälfte (58%) der befragten Mitarbeiter*innen geben an, dass sie durch die Initiative „FH Burgenland bringt Team & Geist zusammen!“ mehr Bewegung in ihren Alltag integrieren konnten. 9% sind der Ansicht, dass dies „eher nicht zutrifft“ und 34% geben an, dass dies nicht zutrifft.



Auf die Frage hin, ob man sich durch die Initiative „FH Burgenland bringt Team & Geist zusammen!“ stärker mit der eigenen Gesundheit und dem Wohlbefinden auseinandergesetzt hat, kreuzten 21% „trifft völlig zu“ und 35% „trifft eher zu“ an. Nur 11% sind der Ansicht, dass dies eher nicht der Fall sei und 33% geben an, dass sie sich dadurch nicht stärker mit der eigenen Gesundheit auseinandergesetzt haben.



Darüber hinaus wurde erfragt, ob durch die Maßnahmen der Initiative der Zusammenhalt im Unternehmen gestärkt werden konnte. Mehr als die Hälfte (58%) sind der Meinung, dass dies erreicht wurde. 42% sind der Meinung, dass dies eher nicht bis nicht zutrifft.

Abschließend wurden die Befragten gebeten, den Gesamteindruck der Initiative „FH Burgenland bringt Team & Geist zusammen!“ zu bewerten. Von fünf möglichen Punkten hat die Initiative 4,22 erreicht.

5 Fazit

Die Covid-19-Pandemie nimmt maßgeblichen Einfluss auf die gesamte Arbeitswelt und speziell auf die Gesundheit der Mitarbeiter*innen. Insbesondere die Arbeit im Homeoffice gewinnt zunehmend an Bedeutung und bedarf vielerorts einer Adaption diverser Arbeitsprozesse und -bedingungen. Dabei ist eine Veränderung der Kommunikation mitunter stark erkennbar, ebenso

wie ein Aufschwung der ohnehin stetig wachsenden Digitalisierung und Technisierung.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung kann in Zeiten der Covid-19-Pandemie und des Homeoffice eine wichtige neue Rolle einnehmen. Dies bedarf neuer adaptierter Angebote an die neuen Arbeitsbedingungen und den sich daraus ändernden Bedürfnissen von Mitarbeiter*innen und Führungskräften. Trotz verstärkter sozialer Isolation ist es aber möglich, wie das Beispiel der FH Burgenland zeigt, ein Gefühl der kollegialen Unterstützung unter Einsatz digitaler Medien aufzubauen.



Abbildung 2: Abschlussbild der Initiative „FH Burgenland bringt Team & Geist zusammen!“

Literatur

- baua (2020). Corona-Pandemie kann psychisch belasten. Verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Aktuelles/Meldungen/2020/2020-05-14-Psychische-Belastung-Covid19.html> [25.11.2020]
- Bentley, T., Teo, S., McLeod, L., Tan, F., Bosua, R. & Gloet, M. (2016). The role of organisational support in teleworker wellbeing: A sociotechnical systems approach. *Applied Ergonomics*, 52 (207-2015).
- Hofmann, J., Piele, A. & Piele, C. (2020). In: W. Bauer, O. Riedel & S. Rief (Hrsg.), *Arbeiten in der Corona-Pandemie – Auf dem Weg zum new normal: Studie des Frauenhofer IAO in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Personalführung DGFP e.V.*(S. 1-23). Stuttgart: Frauenhofer IAO.

- Holl, C. (2020). Arbeit nach Corona: Was künftig im Job wichtig wird. Verfügbar unter: <https://www.roberthalf.de/blog/arbeiten-nach-corona> [2.11.2020].
- Krzywdzinski, M. Svenja, C. (2020). Im Tandem durch die Krise: Arbeit im Jobsharing während der Covid-19-Pandemie. (WZB, Hrsg.). Leibniz. Verfügbar unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/223207/1/1727454839.pdf> [2.11.2020].
- Müller, B., Lalive, R. & Lavanchy, M. (2020). Corona beschleunigt Digitalisierung der Arbeit. (Die Volkswirtschaft, Hrsg.). Schweiz: Verfügbar unter: https://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2020/05/07_Mueller_Lalive_Lavanchy_DE.pdf [1.11.2020]
- Wolter, U. (2020). Corona-Krise schwächt psychische Gesundheit der Mitarbeiter. Verfügbar unter: <https://www.personalwirtschaft.de/der-job-hr/arbeitswelt/artikel/corona-krise-schwaecht-psychische-gesundheit-der-mitarbeiter.html> [24.11.2020]

Gesundheitsförderung in den Zeiten von Corona

*„Eine Krise ist ein Lebenszustand ohne Notausgang;
vorübergehend zumindest“*
Lehofer, 2020, S.8

Autor: Christian SCHARINGER

*Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld,
Österreich*

Kurzfassung

Für die Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung wirft die Corona-Krise eine Fülle von Fragen und Herausforderungen auf. Einerseits durch den Umstand, dass angesichts der rasanten Entwicklung der Pandemie viele Gesundheitsförderungsprojekte in Betrieben, Schulen und Gemeinden unterbrochen werden mussten, andererseits stehen zentrale Paradigmen selbst plötzlich zu Disposition: statt sozialer Vernetzung wird Abstandhalten zur Verpflichtung; statt Empowerment wird Einschränkungen zur Normalität.

Der Beitrag versucht ausgehend von den historischen Wurzeln sowohl zentrale konzeptionelle Herausforderungen zu benennen, als auch jene bislang sichtbar werdenden Dynamiken zu beschreiben, welche ein langfristiges Veränderungspotential für die Praxisarbeit in der Gesundheitsförderung in sich tragen.

Ausgehend von den diesen beschriebenen – und keineswegs vollständigen – Aspekten, schließt ein Ausblick auf die Landschaft der 3 Hauptsettings der Gesundheitsförderung den Beitrag ab.

1 Einleitung

Vielen Krisen und Krankheiten wohnt auch eine gesellschaftliche Dimension inne und sie besitzen daher gleichsam eine „soziale Gestalt“.¹

Dies gilt auch für die im Frühjahr 2020 akut gewordene Corona-Pandemie (Covid-19-Krise). Neben der Konzentration auf die Eindämmung dieser Pandemie und die Erforschung medizinischer Wirk- und Impfstoffe ist die soziale Gestalt von Corona geprägt von Metaphern des „Abstandhaltens“, der „Masken“ und des „Viralen“ als allgegenwärtigen Phänomens einer digitalen Welt. Eine durch Digitalisierung und virtuelle Technologien beschleunigte Vereinze-

lung und soziale Isolation erreicht dadurch eine Steigerung, bis zu jenem Punkt, an dem wir schmerzlich erkennen, wie sehr wir andere Menschen eigentlich brauchen: physisch, sozial und emotional.

Ein Zugang von „Krise als Chance“ erscheint vor diesem Hintergrund als zynisch, aber die Metapher des „blue marble“ Effekts als angebrachte Denkfigur: Als die Nasa 1972 erstmals ein Bild aus dem All der Erde als blauen Planeten veröffentlichte, war dies der Auslöser für einen wichtigen Reflexionsprozess: *„Die Menschen haben das gesehen und gesagt: Wow, das sind wir! Alle zusammen auf dieser blauen Kugel. Da haben viele zum ersten Mal gefühlt und begriffen, dass wir alle in einem Boot sitzen. Das hatte einen weitreichenden und komplexen kulturellen Effekt.“* (Sommer, 2020, S. 56)

In Anlehnung an dieses Phänomen geht der vorliegende Beitrag daher der Frage nach, welche Herausforderungen die Corona-Pandemie an die theoretischen Grundlagen und die Praxis der Gesundheitsförderung stellt und welchen Beitrag Gesundheitsförderung zur Bewältigung der aktuellen Situation leisten kann.

2 Von Wurzeln und Flügeln

*„(...)der positive Wert ist Krankheit, der negative Gesundheit(...)
Die Gesundheit gibt scheinbar nichts zu tun, sie reflektiert das,
was fehlt, wenn jemand krank ist.“*

Luhmann, 1990, S. 186

Wie jeder innovative Ansatz ist auch die Gesundheitsförderung in den gesellschaftlichen Kontext ihrer Zeit verwurzelt. Als die Ottawa-Charta im Jahr 1986 die Grundparadigmen der Gesundheitsförderung in den gesellschafts- und gesundheitspolitischen Diskurs einbrachte, war dies auch durch eine optimistische Aufbruchsstimmung geprägt, welche die Pionierin der Gesundheitsförderung - Ilona Kickbusch – folgendermaßen beschreibt:

„Wir hatten das Gefühl ein neues Gesundheits-Paradigma bauen zu können und damit die Gesundheitsdefinition der WHO auch wirklich umzusetzen. In dieser Aufbruchsstimmung hatten wir nicht erwartet, dass die soziale Ungleichheit so stark zunimmt. Im Bereich Ökologie und Nachhaltigkeit war die Ottawa Charta aber überhaupt das erste WHO-Dokument, das direkt darauf Bezug nahm. Wir waren optimistisch, aber viele Bereiche haben sich nicht so positiv wie erhofft entwickelt,...“ (Scharinger, 2020, S.11)

Es spricht für die Innovationskraft der Gesundheitsförderung, dass sie bereits in ihren Wurzeln zentrale Themen frühzeitig aufgreift und in einen gesundheitsrelevanten Kontext stellt. Globalisierung, Ökologisierung und soziale Chancengerechtigkeit finden dadurch ihren Niederschlag in einem umfassenden Ansatz zur Gestaltung gesundheitsfördernder Verhältnisse und der Befähigung zu gesundheitsförderlichem Verhalten.

Ein zentraler Aspekt der Corona-Pandemie ist die Auflösung der Trennung zwischen Infektionskrankheiten und nicht übertragbaren Krankheiten.

Schien Ende der 1980er- Jahre das Zeitalter der Pandemien – zumindest für große Teile Europas und Nordamerikas – vorüber und die nicht-übertragbaren Krankheiten die gesundheitspolitische Herausforderung der Zukunft, so erleben wir aktuell einen Rückschlag dieser Annahme.

Auch wenn die Grundwerte der Vernetzung und der Partizipation weiterhin Bestand haben, so rückt die Corona-Pandemie den Focus stärker in Richtung gesundheitsrelevanter persönlicher Skills. Unmittelbar zeigt sich die Sinnhaftigkeit das Konzept der „Gesundheitskompetenz“ auch theoretisch noch viel enger mit dem der Gesundheitsförderung zu verbinden und dabei die völlig veränderten Informationslandschaften virtueller sozialer Netzwerke zu berücksichtigen. Gleichzeitig wird aber in den letzten Monaten auch deutlich, wo die Grenzen der virtuellen Räume liegen und welche eigenen Kräfte der persönliche Begegnung und Berührung innewohnen. Gesundheitsförderung wird vor diesem Hintergrund eine neue Balance von „hightech und hightouch“ finden müssen.²

Eine weitere - aktuell besonders relevante - Wurzel der Gesundheitsförderung liegt in der Frage nach den Möglichkeiten zur Bewältigung von Krisen. Die Metapher des Medizinhistorikers Heinrich Schipperges von „Gesundheit als einem Weg, der sich erst bildet, indem man ihn geht“, gehört zu einem der häufigsten Zitate im Kontext der Gesundheitsförderung. Weitaus weniger verwiesen wird auf den Vorspann, der diese Metapher einleitet: *„Der gesunde Mensch wäre zu definieren als jener durch und durch kreative Mensch, ... der die Kraft hat und den Mut gewinnt, etwas ins Leben zu investieren, sich einzusetzen und daranzugehen; der Spannungen aushält, Konflikte löst, der den Stress meistert, der jeden geschenkten Tag Lebens als Chance nimmt und sich zeitlebens aufgehoben weiß im Prozess eines Geborenwerdens, von dem man wohl nie ganz entbunden wird.“* (Schipperges, 2013, S. 121)

Zentrale theoretische Grundlagen der Gesundheitsförderung – wie u.a. die Arbeiten Aaron Antonovsky - basieren auf der Fragestellung, wie Menschen schwere Krisenereignisse langfristig gesund bewältigen können.

Aufbauend darauf hat sich eine langjährige Tradition an unterschiedlichen Erklärungsmodellen und Konzepten entwickelt, welche für das Verstehen und die Bearbeitung von Krisensituationen von Relevanz sein können.³

In der Umsetzungspraxis haben diese Ansätze in der Gesundheitsförderung bislang eine eher untergeordnete Rolle eingenommen. Eine mögliche Erklärung ist in dem Umstand zu suchen, dass diese Konzepte wenig in Richtung einer lebensweltorientierten Umsetzungspraxis weiter gedacht wurden und damit häufig auf einer rein individuell-psychologischen Betrachtungs- und Interventionsebene blieben. Hier wäre für die zukünftige Praxis eine Weiterentwicklung in Richtung „settingbezogene Krisenkompetenz“ angebracht.

Bereits in ihren Wurzeln hat die Gesundheitsförderung eine gewisse Distanz zu rein personenbezogenen Konzepten aufgebaut, galt es doch den Menschen unter der Perspektive seiner Lebenswelten zu betrachten. Auch der enge Bezug zur Systemtheorie – u.a. zentralen Paradigmen von Niklas Luhmann – dürfte hier eine Rolle spielen, rückt darin das Individuum auf den ersten Blick darin an den Rand der Aufmerksamkeit.⁴

Gerade in Krisenzeiten zeigen sich aber das Verstehen von personenbezogenen, emotionale Zuständen und deren Dynamik als ein wichtiger Bezugsrahmen zur Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Zu diesem Kontext zeigt sich allerdings die Systemtheorie „als ein eher einsilbiger Gesprächspartner“ (Schmidt, 2012, S.27)

Ohne die zentrale Perspektive der Settingorientierung in Frage zu stellen, sollte sich die Gesundheitsförderung der Herausforderung stellen, passende psychologische Konzepte in Bezug auf ihre Anschlussfähigkeit zu prüfen und gegebenenfalls stärker zu berücksichtigen. Ansätze der positiven Psychologie und Konzepte der resilienten Organisation könnten dabei erste Ausgangspunkte liefern.⁵

Dadurch wird der Blickwinkel um die gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebenswelten in Krisenzeiten erweitert und das Methodenrepertoire in der Umsetzungspraxis bereichert.

Als eine der größten Leistungen der Gesundheitsförderung ist nach wie vor die Konzeption und Implementierung eines positiven Gesundheitsbegriffes anzuführen. Die Corona-Pandemie birgt die Gefahr in sich, das „Mysterium Gesundheit“ wieder zu entzaubern: aktuell bedeutet Gesundheit vor allem wieder, nicht krank oder infiziert zu sein.

Krankheit bzw. Infektion wird durch positive Ergebnisse angezeigt, wer negativ ist, braucht vorerst scheinbar nicht zu handeln. Es wird wohl längere Zeit dauern, bis sich wieder ein Diskurs durchsetzt, der davon ausgeht, dass Gesundheit mehr ist, „als die Summe aller Krankheiten, die man nicht hat.“ (Uhlenbruck, 1994)

Die skizzierten Entwicklungen haben auch Auswirkungen auf die Frage, welchen Herausforderungen sich eine settingorientierte Gesundheitsförderung in der Umsetzungspraxis stellen müssen und welche Weiterentwicklungen hier in den letzten Monaten angestoßen wurden.

3 Learnings in den Settings – eine Zwischenbilanz

Auch wenn zum aktuellen Zeitpunkt eine abschließende Bewertung noch zu früh erscheint, können einige Aspekte benannt werden, welches ein langfristiges Veränderungspotential für die Praxisarbeit in der Gesundheitsförderung in sich tragen:

3.1. Digitalisierung und Virtualisierung versus social Belonging

Die ersten Monate der Corona-Pandemie zeigten in allen Settings einen ungeahnten Digitalisierungsschub, der mit den Schlagworten „Videokonferenzen“ und „Homeoffice“ nur sehr rudimentär beschrieben ist. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass wir gesellschaftlich die kurzfristigen Folgen von neuen Technologien eher überbewerten, die langfristigen eher unterschätzen.⁶

Für die Praxis der Gesundheitsförderung ist daher weniger der Umgang mit diesen scheinbar neuen Technologien von zentralem Interesse, sondern dass diese die Art und Weise wie wir lernen, arbeiten und lieben nachhaltig verändern werden. Lern- Arbeits- und Familien-Beziehungen wurden durch die Corona-Pandemie erstmals in großem Ausmaß virtualisiert und selbstverständlich muss sich auch die Gesundheitsförderung mit diesen Technologien konstruktiv beschäftigen und deren Möglichkeiten in der Praxis nutzen.

Gleichzeitig wurden aber auch die Grenzen dieser Arbeits- und Lebensweise sichtbar und die zentrale Bedeutung sozialer Orte und Settings erleb- und erfühlbar. Eine der zentralen Grundannahmen der Gesundheitsförderung ist vor diesem Hintergrund aktueller denn je, da sich gezeigt hat: *„... , dass echte Zusammenarbeit an Voraussetzungen geknüpft ist: physische Begegnung und Beobachtung. Die Wechselwirksamkeit fehlt auch auf der psycho-sozialen Ebene. Nur die soziale Qualität eines Ortes kann verlässlich Zugehörigkeit stiften. Der Wunsch, dazuzugehören, das Gefühl, ein Beitragender zu sein, ein gemeinsames Werk zu schaffen: All das verdankt sich dem – Belonging - zu einer physisch erlebbaren Gemeinschaft“ (Sprenger 2020, S.30).*

In der Stärkung dieses „Belongings“ in den jeweiligen Lebenswelten liegt auch zukünftig - wenn es um die Arbeit in konkreten Settings geht - die Kraft der Gesundheitsförderung.

3.2 Health in all Policies und Vernetzung von Lebenswelten

Bereits die Ottawa Chart hat auf die engen Verknüpfungen von gesellschaftlichen und politischen Teilsystemen hingewiesen und folgerichtig die Forderung von „Health in all Policies“ aufgestellt. Die Corona-Pandemie zeigt schonungslos auf, wie zentral dieser Zugang ist und welche starke Verknüpfung zwischen den oft segmentiert betrachteten Lebenswelten bestehen. Wie stark die zentralen Settings der Gesundheitsförderung – Schulen, Betriebe, Gemeinden – verknüpft sind, wurde in den letzten Monaten mehr als deutlich sicht- und erlebbar. Die Praxis der Gesundheitsförderung sollte diese Verknüpfungen auch bereits in der Konzeption von Umsetzungsprojekten berücksichtigen und damit mehr Brücken zwischen den einzelnen Settings bauen.

3.3 Neue Zielgruppen – alte Probleme

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist eines der zentralen Qualitätskriterium der Gesundheitsförderung und mittlerweile für die Umsetzungspraxis gut aufbereitet.⁷

Die Corona-Pandemie verdeutlicht einerseits den Impact von klassischen Ungleichheitsparametern (u.a. Bildung, berufliche Position, Geschlecht), rückt aber auch neue Parameter in den Blickpunkt. So hat die Schließung von Schulen und Kindergärten die unterschiedlichen Belastungs- und Ressourcensituationen von Männern und Frauen nochmals verdeutlicht, Weiters wurden die bereits im Rahmen der zunehmenden Digitalisierung sich sehr unterschiedlich abzeichnenden Chancen von „digital natives“ und „digital immigrants“ gleichsam in einem Crashtest belegt. Andererseits rücken bislang eher wenig beachtete Zielgruppen in den Mittelpunkt. Als ein Beispiel seien Studierende angeführt, die aktuell zu den Verlierern der Corona Krise zählen. Unmittelbar durch die lange Abwesenheit an den Universitäten und der damit verbundenen sozialen Isolation; mittelfristig durch deutlich gesunkene Aussichten auf dem Arbeitsmarkt.⁸

Die Frage, welche Unterschiede in Bezug auf die gesundheitlichen Chancen im jeweiligen Setting wirklich einen markanten Unterschied machen, wird daher auch in Zukunft immer wieder neu betrachtet werden müssen.

3.4 Agilität – die neue Resilienz

Die Rasananz mit der die Corona-Pandemie die Lebenswelten veränderte und die rasante Beschleunigung digitaler Arbeitswelten rückte ein Konzept in den Mittelpunkt, dass ausgehend von der Praxis der Softwareprogrammierung, Einzug in viele andere Bereich hält: Agilität.

Folgt man dem Definitionsvorschlag unter „Agilität“ in einem Organisationskontext „...die Fähigkeit eines Unternehmens, sich kontinuierlich an seine komplexe, turbulente und unsichere Umwelt anzupassen“ (Goldman u.a., 1996) zu verstehen, so wird die Attraktivität dieses Konzeptes in der aktuellen Situation verstehbar. Um agil zu agieren, müssen Organisationen und Personen die Fähigkeit entwickeln, Veränderungen zu antizipieren, ständig lernbereit zu sein und Wissen und Erfahrung breit zu teilen. Damit schreibt die Agilitätserzählung eine ganze Reihe von modernen – und auch in der Gesundheitsförderung aufgegriffenen Konzepten – wie der „lernenden“ und der „resilienten“ Organisationserzählungen fort. Ohne in eine naive Euphorie zu verfallen, wäre es doch sehr verkürzt, Agilität nur als neue Methode des Projektmanagements zu interpretieren. Es geht dabei vor allem um neue Strukturen, Kulturen und Kommunikationsmodelle in Organisationen. Im Kern beschreibt „Agilität“ damit soziale und kommunikative Aspekte und eine besondere Art der Kooperation.

Wie bei jedes Konzept sollte auch das der Agilität nicht als neue Zauberformel betrachtet werden. Zudem gilt es bewährte Techniken – wie z.B. agiles Projektmanagement – von damit konnotierten Werten und Ideologien zu

unterscheiden. Nicht von ungefähr wird „Agilität“ auch kritisiert als „...wunderschöne Sozial- und Humanprosa: selbstorganisiert, spontan, radikal einfach, freiwillig, sinnhaft, frei,... selbstgestaltet, vollkommen dezentralisiert, holokratisch, lebendig, und so weiter und so weiter.“ (Wilhelm 2018)

Eine kritische Auseinandersetzung mit den Werten, Methoden und Techniken von Agilität scheint dennoch gerade für die Gesundheitsförderung relevant. Einerseits weil durch agile Arbeits- und Lernweisen neue Ressourcen- und Belastungs-Aspekte entstehen, welche auch Auswirkungen auf Gesundheit haben. Andererseits weil zumindest im betrieblichen – wahrscheinlich auch im schulischen – Setting Konzepte und Methoden der Agilität immer stärker Einzug halten und so eine Anschlussfähigkeit hergestellt werden kann. Nicht zuletzt können Methoden des agilen Projektmanagements, das bestehende Repertoire der Gesundheitsförderung in der Umsetzungspraxis konstruktiv erweitern.

Ausgehend von den 4 beschriebenen – und keineswegs vollständigen – Aspekten, soll abschließend noch ein Ausblick auf die Landschaft in den 3 Hauptsettings der Gesundheitsförderung diesen Beitrag abschließen.

4 Setting Betrieb – ein neues Gesicht der Arbeit

Vor rund 100 Jahren hat Kurt Lewin die Bedeutung von „Arbeit“ für die Gesundheit des Menschen in ein Bild gegossen, das auch für die aktuelle Situation sehr passend erscheint. Arbeit tritt demnach mit 2 scheinbar verschiedenen Gesichtern gleichzeitig auf: Das eine zeigt den Ausdruck der Belastungen und negativer Gefühlszustände; das andere steht für Entwicklung, Freude und Sinn.

Nicht zuletzt mehrere industrielle Revolutionen haben diese Gesichter in den letzten Jahrzehnten verändert; auch die Corona-Pandemie wird ein eigenes Profil hinterlassen.

Bleiben wird eine grundsätzliche Diskussion um das Konzept von „Arbeit“ selbst. Fragen nach Arbeitsorten, Arbeitszeiten und Arbeitsformen werden langfristig bleiben, unabhängig vom Agilitätsdiskurs.

Unter dem Slogan „BGF 4.0“ hat die Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich bereits vor Corona auf viele dieser Entwicklungen (z.B. Homeoffice, virtuelle Kommunikationsplattformen,...) versucht zu reagieren und dabei wertvolle Praxiserfahrungen gesammelt.⁹

Die Corona-Krise hat einerseits die Dynamiken einer digitalen Arbeitswelt noch rasant verstärkt und gleichzeitig einem radikalen Praxistest unterworfen. Gleichzeitig wird aber auch die Notwendigkeit einer differenzierten Herangehensweise deutlich: nicht alle Erwerbstätigen waren im Homeoffice; nicht alle waren in Kurzarbeit, nicht wenige haben in Krisenzeiten mehr Präsenz zu leisten.

Neben einer entsprechenden Ausdifferenzierung und Zielgruppenorientierung wird die Betriebliche Gesundheitsförderung selbst stärker die Möglichkeiten digitaler Techniken, Tools und Denkweisen nutzen müssen. Gleichzeitig

rücken scheinbar neue Themen, wie gesundes Selbstmanagement und virtuelles Führen in den Mittelpunkt.

Mit theoretischen Konzepten und Praxiserfahrungen gut ausgestattet liegt es an den Stakeholdern der Betrieblichen Gesundheitsförderung selbst, welches Gesicht und welches Profil „New Work“ haben wird.

5 Setting Schule – einen Reflexionsraum schaffen

Nicht zuletzt vor allem die coronabedingten Schulschließungen, verdeutlichten die enge Verknüpfung verschiedenster Settings, da sich viele Eltern in pädagogischen Rollen wieder fanden. Betrachtet man die rein technologischen Aspekte, so erlebte das Setting Schule in den letzten Monaten eine „Disruption“, welche eine OECD Studie wie folgt zusammenfasst: *„Diese Krise hat, was soziale und technologische Innovation betrifft, wahrscheinlich mehr gebracht als zehn, 15 Jahre, seitdem wir Schulsysteme beobachten“* (Schleicher, 2020).

Weiters weist diese Studie auch auf zukünftigen Herausforderungen hin: Zwar kann Distanz-Learning dem Zweck von Unterricht gut dienen, die sozialen Funktionen des Setting Schule kann dies aber nicht ersetzen. Schule ist eben nicht „nur“ ein Ort des Lernens, sondern auch ein Platz der Begegnung. Virtueller Unterricht kann die Kraft sozialer Beziehungen daher nicht ersetzen. Auch hier wirkte Corona gleichsam wie ein Verstärker, der die Stärken und Schwächen offenlegt: wo eine starke Gemeinschaft am Schulstandort bestand, konnten die Herausforderungen gut bewältigt werden. Wo Schule eher fragmentiert gelebt wurde, hat Corona dazu geführt, dass Kontakte brüchig werden und zerfallen. Auch der Spalt zwischen digital kompetenten und gut betreuten Gruppen und „bildungs- und schulferneren Zielgruppen“ hat sich noch weiter aufgetan.

Möglicherweise wäre die schulische Gesundheitsförderung gut beraten, nicht vorwiegend neue Handlungsfelder aufzuzeigen, sondern eher einen wertschätzenden und stärkenden Reflexionsraum anzubieten. Ausgangspunkt wäre die Fragestellung, was aus Sicht aller am Setting Schule Beteiligten positiv in den letzten Monaten bewältigen konnte und in welchen Punkten am Schulstandort noch Nachholbedarf besteht. Ein weiterer Schwerpunkt wird in der Perspektive der Gesundheit des Lehrpersonals in Zeiten von Corona liegen. Für deren Gesundheit stellt dabei nachweislich die soziale Verbundenheit einen zentralen Schutzfaktor dar. (Universität Wien, 2020b).

Ein Handlungsfeld für die schulische Gesundheitsförderung wäre folglich die partizipative Entwicklung konkreter Schritte zur Förderung des sozialen Zusammenhalts in realen und virtuellen Kontexten am Schulstandort.

6 Setting Gemeinde – regionale Gesundheitskompetenz

Das kommunale Setting kann in der österreichischen Gesundheitsförderungslandschaft auf eine breite jahrzehntelange Tradition verweisen. Als Ort gesundheitsförderlicher Interventionen zeigt sich “die Gemeinde/Stadt” durchaus komplex und stellt in der Umsetzungspraxis einige methodische Herausforderungen.¹⁰

In der Corona-Krise zeigten viele Gemeinden, welche Lösungskompetenz in regionalen Settings vorhanden ist. Viele relevante Lebensbereiche wurden sehr rasch umorganisiert. Fast alle sozialen Treffpunkte - Kultur- und Sportstätten, Spielplätze und Parkanlagen - mussten für einige Zeit gesperrt werden. Gleichzeitig erlebte auch die kommunale Verwaltung selbst einen Digitalisierungsschub. Auch wirft die zentrale Bedeutung einer entsprechenden digitalen Infrastruktur, Fragen der regionalen Chancengerechtigkeit neu auf. Ein großes Zukunftspotenzial im regionalen Setting liegt im Handlungsfeld der Gesundheitsinformation und der Stärkung der Gesundheitskompetenz. Hier werden Gemeinden aufgrund ihrer unmittelbaren Nähe zu den Lebenswelten zukünftig eine verstärkte Funktion wahrnehmen. Die Verknüpfung von regionaler Gesundheitsförderung mit den Konzepten und Werkzeugen von Gesundheitskompetenz kann hier einen wesentlichen Beitrag liefern. Durch die langandauernde Corona-Krise und den damit verbundenen Gefahren und Einschränkungen hat sich das Verständnis von Gesundheit auch in diesem Setting stark in Richtung sozialer Zusammenhalt und psychische Gesundheit entwickelt. Hier stellt sich die Herausforderung, inwieweit virtuelle Angebote und Vernetzungen diese Faktoren gesundheitsfördernd stärken können.

Die Bewältigung der Corona-Krisen verdeutlicht auch die Sinnhaftigkeit der Professionalisierung der direkt vor Ort tätigen Berufsgruppen. Hier könnte ein neues Tätigkeitsprofil von „kommunalen Gesundheitsmanagement“ entstehen, das Kompetenzen im Bereich Gesundheitsinformation, Gesundheitsförderung und sozialer Aktivierung schlüssig bündelt und dadurch einen wertvollen Beitrag leistet um Gemeinden und Städte noch stärker als bisher zu regionalen Gesundheitsinformations- und Gesundheitsförderungs-Drehscheiben werden zu lassen.

7 Resümee

„Bei der Corona-Krise geht es vor allem um Menschen und erst in zweiter Linie um das Virus.“

Spitzer (2020), S.11

Durch die Corona-Krise ergeben sich auch für die settingorientierte Gesundheitsförderung neue Fragestellungen und Herausforderungen.

Auf der konzeptionellen Ebene ist dabei der scheinbare Bedeutungsverlust eines positiven und dynamischen Verständnisses von Gesundheit gegenüber einer saklierenden Krankheitsdynamik zu nennen. Für die Umsetzungspraxis, lassen sich - ein anschauliches Modell von Simon Sinek aufgreifend - folgende Kreise als Zwischenresümee festhalten: ¹¹

Die Vision oder das „Why“ – modern auch „Purpose“ – der settingorientierten Gesundheitsförderung hat sich auch in der Corona-Krise als sinnvoll erwiesen. Auch wenn der ausschließliche Focus auf nichtübertragbare Krankheiten neu überdacht werden muss, so haben sich die zentralen Paradigmen der Gesundheitsförderung, der Einfluss gesundheitsfördernder Verhältnisse und die Kraft sozialer Netzwerke gerade in Pandemiezeiten als gültig und wirksam erwiesen. Gleichzeitig erfuhr die Forderung nach „health in all policies“ angesichts einer dramatischen Alltagssituation ihre Bestätigung.

Im „Wie“ wird auch die Gesundheitsförderung einen Digitalisierungsschub positiv zu bewältigen haben. Dies betrifft sowohl die sensible Nutzung von digitalen Kommunikations- und Kooperationsplattformen, als auch die Entwicklung von neuen Projekt- und Vernetzungssettings, welche die Kraft von physischer Begegnung und des sozialen Belongings berücksichtigen.

Im operativen „Was“ lassen sich je nach Setting zukünftige Handlungsfelder skizzieren, in welchen die bisherige Praxis der Gesundheitsförderung in Österreich bereits auf Erfahrungen und Referenzprojekte verweisen kann.

Beschreibt man Gesundheitsförderung als Weg, so ist aktuell sicherlich eine gewisse Ernüchterung und Erschöpfung auf dieser Wanderung spürbar; das Ziel ist trotzdem erstrebens- und lohnenswert.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgct-Verlag
- Fonds Gesundes Österreich (2014). *Gesundheitsförderung in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung*. Band Nr. 11 aus der Reihe Wissen, Wien
- Fonds Gesundes Österreich (2016). *FGÖ-Strategie „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit 2021“*. Wien 2016
- Fredrickson, B. L. 2011: *Die Macht der guten Gefühle. Wie eine positive Haltung ihr Leben dauerhaft verändert*. Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.). (2019). *Selbstwirksamkeit. Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen*. Bern
- Goldman, S. N., u.a. (1996). *Agil im Wettbewerb: Die Strategie der virtuellen Organisation zum Nutzen des Kunden*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Hornung R., Gutzwiller F. (1989). *Zur sozialen Gestalt von Krankheiten. Sozial- und Präventivmedizin*, 34(5):205.
- Heller, J. (2018). *Resilienz für Unternehmen*, Offenbach: Gabal Verlag
- Lang, G. (Hrsg.) (2020). *Betriebliche Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt 4.0- Digitalisierung und faire Gesundheitschancen*, Ein Praxisbuch. Fonds Gesundes Österreich, Wien

- Lehofer, M. (2020). Die unheimliche Erleichterung. In: *Kleine Zeitung*, 18. April 2020, S. 8-9
- Lewin, K. (1920). *Die Sozialisierung des Taylorsystems. Eine grundsätzliche Untersuchung zur Arbeits- und Berufspsychologie*. Berlin: Verlag Gesellschaft & Erziehung
- Lobo, S. (2020). Was die »Duschspitze« über die Zukunft der Arbeit verrät, Spiegel-Kolumne unter: <https://www.spiegel.de/netzwelt/homeoffice-was-die-duschspitze-ueber-die-zukunft-der-arbeit-verraet-kolumne-a-bb94b729-736e-4f26-a4e4-a636934cc335>. (28.12.2020)
- Luhmann, N. (1990). Der medizinische Code. IN: *Luhmann, N. Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*, Opladen: Westdeutscher Verlag
- Luhmann, N. (1995). Die Tücke des Subjekts und die Frage nach dem Menschen; IN: *Luhmann, N. Soziologische Aufklärung 6*, Opladen: Westdeutscher Verlag
- Scharinger, C. (2020). *Gesundheitsförderung in Krisenzeiten. Ein Praxisleitfaden*. Gajar, P./ Lang, G. (Hg.). Band Nr. 18 aus der Reihe Wissen Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich, Wien
- Schleicher A. (2020). *Corona-Krisenmacht hybrides Lernen zur neuen Norm*, APA Meldung, 2.7.2020, unter: https://science.apa.at/site/kultur_und_gesellschaft/detail?key=SCI_20200702_SCI44991703855329530 (12.8.2020)
- Schipperges, H. (2013). *Gesundheit und Gesellschaft. Ein Historisch-Kritisches Panorama*. Heidelberg: Springer Verlag
- Sinek, S. (2014) *Frag immer erst: warum: Wie Top-Firmen und Führungskräfte zum Erfolg inspirieren*, München: Redline Verlag
- Sommer, S. (2020). *Wenn ein komplexes System zu groß wird, zerfällt es*, Brand Eins 06/2020, S. 56
- Schmidt, J. (2012): Krisen und Katastrophen. Kein Thema für Niklas Luhmann ?. IN: *Sozusagen-Bielefelder Studierendenmagazin der Fakultät für Soziologie 2012*. S. 27
- Spitzer, M. (2020). *Pandemie. Was die Krise mit uns macht und was wir aus ihr machen*. München: mvvverlag
- Sprenger, R. (2020). Drei Wiederentdeckungen. IN: *ManagerSeminare, Heft 267, Juni 2020*, S. 30-31
- Uhlenbruck, G. (1994): *Medizinische Aphorismen*. 2. Auflage. Neckarsulm Universität Wien. (2020a). Factsheet. Unterrichten unter Covid-19-Bedingungen. Erste Ergebnisse einer Studie mit Studierenden. unter: https://lernencovid19.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_lernencovid19/Studierende_Erste_Ergebnisse_Befragung_2_FINAL.pdf (28.12.2020)
- Universität Wien. (2020b). Factsheet. Unterrichten unter Covid-19-Bedingungen. Erste Ergebnisse einer Studie mit Lehrer*innen. Online unter: https://lernencovid19.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_lernencovid19/Erstergebnisse_Lehrpersonen.pdf (28.12.2020)
- Wilhelm, E. (2018). *Die Hochschule als offene Plattform ? Eine Kritik der Agilität*. Referat im Rahmen der Berinfor-Tagung vom 14. November 2018 in Zürich, 2018

Endnoten

- 1 Zum Konzept der „sozialen Gestalt von Krankheit“ siehe: Hornung Rainer, Gutzwiller Felix, 1989
- 2 Das Konzept von „Hightech & Hightouch“ geht auf den Zukunftsforscher John Naisbitt zurück, der diesen Balanceakt bereits Ende des 20 Jahrhunderts in seinem gleichnamigen Buch als einen der zentralen Zukunftstrend beschreibt.
- 3 Exemplarisch seien an dieser Stelle die Konzepte des Kohärenzgefühls, der Resilienz und der Selbstwirksamkeit angeführt. Als praxisnahen Einstieg siehe: Gesundheitsförderung Schweiz, 2019

- 4 Luhmann hält in diesem Zusammenhang in seiner pointierten Art fest: „Im übrigen ist nicht einzusehen, weshalb der Platz [des Menschen] in der Umwelt des Gesellschaftssystem ein so schlechter Platz sein soll. Mit Orientierungen an `Menschenbildern` hat man so schlechte Erfahrungen gemacht, daß davor eher zu warnen wäre.“ Luhmann 1995, S.167
- 5 Siehe u.a. Fredrickson, 2003 und Heller, 2018
- 6 Siehe dazu: Lobo, 2020
- 7 Siehe: Fonds Gesundes Österreich, 2016
- 8 Diese Zielgruppe beleuchtet u.a. die Studie „Lernen unter Covid 19“ der Universität Wien. Universität Wien, 2020
- 9 Siehe u.a. Projektcall und Förderschwerpunkt des Fonds Gesundes Österreich „BGF in der Arbeitswelt 4.0: Digitalisierung und Praxisleitfaden mit Erfahrungsberichten aus 20 Pilotbetrieben: Lang , 2020
- 10 Als guten Überblick siehe: Fonds Gesundes Österreich, 2014
- 11 Mit drei scheinbar einfachen Fragekreisen – Why, How, What – entwickelt Sinek ein anschauliches Entwicklungsmodell, dass auf der Praxis erfolgreicher Unternehmensentwicklung basiert. (Sinek, 2014)

Covid-19-Homeoffice: Mind-Management Tools als Gesundheitsschlüssel aus der Krise

Autorinnen: Ute SEPER, Laura HAMEDL

Institution: Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit, Pinkafeld, Österreich

Kurzfassung

Die Covid-19-Pandemie sorgt für maßgebliche Veränderungen im Alltags- und Berufsleben. Verordnete Maßnahmen führen zur Isolation und stehen in Verbindung mit Ängsten und Stress. Die Arbeitswelt ist im digitalen Wandel, Arbeit findet im Homeoffice statt. Die psychische und physische Gesundheit des Einzelnen steht nun auf dem Prüfstand.

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Mind-Management Tools beleuchtet. Es sind Strategien zur Gesundheitsförderung und zur Stress-Resilienz. Diese geben Fokus und Gelassenheit und können zu mehr Leistungsfähigkeit und Produktivität im Beruf führen.

Die Verankerung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in den Alltag liegt in der Eigenverantwortung. Die Implementierung von Mind-Management Tools in die betriebliche Gesundheitsförderung wäre zudem ein weiterer wertvoller Schritt aus der (Corona-)Krise.

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Die weltweite Covid-19-Pandemie hat das alltägliche Leben der gesamten Bevölkerung maßgeblich verändert. Die drastischen Maßnahmen und die damit verursachten Isolationen beeinflussen gewohnte Lebens- und Arbeitsbedingungen. Der Erhalt der psychischen und physischen Gesundheit wird für viele zur Herausforderung.

Die Präventionsmaßnahmen der österreichischen Regierung zur Eindämmung der Pandemie fordert den verstärkten Einsatz von Homeoffice (BMAFJ, 2020, www), wodurch die Home-Office Rate im April 2020 von 10 auf 40 Prozent gestiegen ist (BMAFJ, 2020, www). Die Digitalisierung von Arbeitsprozessen und der vermehrte Einsatz neuer Medien lassen in Verbindung mit Heimarbeit die Grenzen von Arbeits- und Privatleben verschmelzen. Die veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen bedingt durch die Covid-19-Pandemie ber-

gen verschiedene Chancen und Herausforderungen, welche sich sowohl positiv als auch negativ auf die Gesundheit auswirken können. Das strikte Arbeiten im Homeoffice dient dem Schutz der eigenen Gesundheit sowie der gesamten Bevölkerung, es soll die Virus-Verbreitung verhindern. Die Arbeitszeitflexibilisierung bietet zudem die Möglichkeit, die persönliche Zufriedenheit mittels individuellem Zeitmanagement zu steigern (Lengen, Kordsmeyer, Rohwer, Harth & Mache, 2020, S. 1). Die ständige Erreichbarkeit, die erhöhte Arbeitsgeschwindigkeit sowie zunehmend komplexere Leistungsanforderungen stellen hingegen psychische Belastungsfaktoren dar (Härtwig & Saprionova, 2020, S. 2). Kontaktbeschränkungen, Isolation und Arbeiten im Homeoffice sind weitere Belastungsfaktoren in der Corona-Krise (Lengen et al., 2020, S. 1).

Die Covid-19-Pandemie stellt eine weltweite Ausnahmesituation dar und kann Ängste entstehen lassen. Sorgen um die Gesundheit, berufliche und finanzielle Unsicherheiten und die Vereinsamung durch Isolation tragen zu einem erhöhten Angstempfinden bei. Grundsätzlich sind sie eine natürliche Reaktion unseres Körpers, sie dienen als Schutz vor Gefahren und Bedrohungen. Bei einer Manifestation der Ängste kann es allerdings nachhaltige Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Depressionen, Angstzustände und posttraumatische Belastungsstörungen sind mögliche Folgen (Pieh, Budimir & Probst, 2020, S. 1-5).

Die Gesundheit in Zeiten von Corona nimmt einen hohen Stellenwert ein. Die neuen Lebens- und Arbeitsbedingungen bedürfen einer hohen Stressresistenz und psychischen Widerstandskraft. Insofern gilt es den Fokus auf jene Faktoren zu lenken, die unsere Gesundheit fördern und für Balance zwischen Körper und Geist sorgen. Zur Förderung der emotionalen und mentalen Gesundheit können verschiedene Mind-Management Tools zum Einsatz kommen. Diese dienen als Methode zur Förderung von Gesundheit und Prävention. Im vorliegenden Beitrag werden herausfordernde Aspekte im Homeoffice thematisiert und ausgewählte Mind-Management Tools als Strategien Ressourcenstärkung und Stressmanagement beleuchtet.

1.2 Ziel und Fragestellung

Der Beitrag setzt sich mit dem gesundheitlichen Nutzen und Mehrwert von Mind-Management Tools insbesondere in Verbindung mit Homeoffice zu Covid-19-Pandemie auseinander. Folgende Fragestellungen werden dabei aufgegriffen:

1. „Welche gesundheitlichen Herausforderungen ergeben sich in Verbindung mit Corona-Heimarbeit?“
2. „Welche Mind-Management Tools eignen sich als gesundheitsförderliche Methoden insbesondere in Krisenzeiten?“

2 Methodik

Der vorliegende Beitrag ist eine rein literaturgestützte Arbeit. Schlagwörter und Schlagwortketten wurden im Vorfeld gebildet. Mittels gezielter Literaturrecherche nach Artikeln, Fachbüchern und Fachzeitschriften wurde versucht den aktuellen Forschungsstand zu erfassen. Dabei erwiesen sich vor allem die Online-Datenbanken „Pub Med“ und „Springer Link“ sowie die Online-Bibliothek der Fachhochschule Burgenland als aufschlussreich. Aufgrund der Aktualität der Fragestellungen wurde zusätzlich eine Handsuche zu relevanten Studien mittels Google Suchmaschine durchgeführt. Während der Suche in den Datenbanken wurde ein Suchprotokoll verfasst und das Schneeballprinzip angewendet. Als Einschlusskriterien wurden Publikationen in deutscher und englischer Sprache definiert. Als Ausschlusskriterien wurde beispielsweise Literatur festgelegt, die vor dem Jahr 2000 und außerhalb von Europa erschienen ist. Bei Fachzeitschriften wurde darauf Wert gelegt, nur Peer Reviewed Journals heranzuziehen.

3 Erkenntnisse

3.1 Begriffs-Erläuterungen

Nachfolgend werden die Begriffe *psychische Gesundheit*, *Stress* sowie *Mind-Management* erklärt und in Zusammenschau mit der zugrundeliegenden Thematik gebracht.

Psychische Gesundheit

Die *psychische Gesundheit* ist ein wertvolles Gut und eine entscheidende Ressource für das Wohlbefinden. Das psychische Wohlbefinden ist laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein wesentlicher Faktor für die Lebensqualität der Bevölkerung (2006, S. 2). Sie ermöglicht ein sinnvolles, erfahrenes und selbstbestimmtes Leben zu führen (WHO, 2006, S. 2). Konkret definiert die WHO die psychische Gesundheit als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ (WHO, 2019, S. 1).

Die psychosoziale Gesundheit wird von verschiedenen Faktoren aus den unterschiedlichen Lebensbereichen beeinflusst. In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO) werden diese „Lebenswelten“ als „Lebensbereich, in dem die Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen“ bezeichnet (BSGPK, 2020, www). Zu diesen zählen unter anderem das soziale Wohnumfeld, der Arbeitsplatz und die Schule. Hier haben besonders Einflussfaktoren wie Ausgrenzung und Isolation, Armut, geringe Bildung, schlechte Wohnbedingungen, Gewalt, Diskriminierung, Arbeitsstress oder Arbeitslosigkeit eine negative Auswirkung auf die Gesundheit (ebd.).

Stress

Der Begriff *Stress* hat seinen Ursprung aus dem Englischen und bedeutet „*Druck, Belastung und Beanspruchung*“ (Redtenbacher & Strauss-Blasche, 1996, S. 9). Das Wort *Stress* wird im Alltag in den unterschiedlichsten Lebensbereichen verwendet. Ein gemeinsamer Zusammenhang besteht darin, dass dabei ein Zustand der Anspannung entsteht. Dies ist eine natürliche Reaktion des Organismus, welche den Körper kurzfristig zu einer erhöhten Leistungsbereitschaft führt (Glaser, Molnar & Knopp, 2018, S. 5-6). Der Autor Hans Selye erwähnte den Begriff „*Stress*“ erstmalig im Jahre 1936 und definierte dabei zwei Arten von *Stress* (BSGPK, 2020, www).

- „*Eustress*“: Diesen „positiven *Stress*“ verspüren wir bei einer positiven Herausforderung, die zu bewältigen ist. Sie steigert die Leistungsfähigkeit sowie die Kreativität und kann daraufhin ein Wohlbefinden auslösen.
- „*Distress*“: Überschreiten die Anforderungen die eigenen Bewältigungsressourcen folgt ein Erschöpfungszustand oder Überforderung. Dabei spricht man auch von „negativem *Stress*“, welcher dauerhaft zu negativen gesundheitlichen Folgen führen kann.

Bei Belastungen über einen längeren Zeitraum hinweg sind Kurz- und Langzeitstrategien gefragt, um einem *Dauerstress* und dem konstanten Zustand der Alarmbereitschaft entgegenzuwirken. Bleibt dieser Zustand lange aufrecht, können schwerwiegende depressive Zustände die Folge sein (Kabat-Zinn, 2003, S. 218).

Mind-Management

Die Begriffe *Mind-Management* und *Mentales Training* werden häufig als Synonym verwendet, weswegen im Folgenden beide Begriffe erläutert werden.

Der englische Terminus „*mind*“ steht für „*Geist*“ beziehungsweise „*die Fähigkeit des rationalen Denkens*“ (Wortbedeutung.info, 2020, www). Als „*Management*“ wird im betriebswirtschaftlichen Sinn einerseits die „*Tätigkeit der Unternehmensführung*“ als auch „*das geschäftsführende Organ*“ verstanden (Gabler Wirtschaftslexikon, 2020, www).

Das Wort „*mental*“ stammt vom lateinischen Wort „*mens*“ ab und bedeutet „*Geist*“ beziehungsweise „*Vernunft*“ (DWDS, 2020, www). Als „*Training*“ wird ein „*ständiges, planmäßiges Üben*“ mit dem Ziel der Leistungssteigerung verstanden (DWDS, 2020, www). Reinhard Sepac definiert das Mentale Training als

„*eine umfassende Methode der positiven Lebensgestaltung - die bewusste Beeinflussung des eigenen Denkens, Wollens und Tuns -, eine systematisch gegliederte Methode, die befähigt, das Schicksal in die eigene Hand zu nehmen - die gezielte Nutzung unserer geistigen Fähigkeiten, um bestehende Probleme und Konflikte zu lösen und Wünsche zu verwirklichen.*“ (Sepac, 1991, S. 12)

3.2 Gesundheitsansätze und Modelle

Der Salutogenetische Ansatz

Der Salutogenetische Ansatz wurde vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky im Jahre 1979 entwickelt. Der Begriff „Salutogenese“ ist ein Neologismus und leitet sich von dem lateinischen Wort „salus“ (Unverletztheit, Heil, Glück) sowie dem griechischen Wort „Genese“ (Entstehung) ab (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 24).

Das Konzept der Salutogenese stellt mit der Fragestellung „Warum bleiben Menschen – trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund?“ den Erhalt der Gesundheit in den Mittelpunkt. Damit legt sein Begründer, Aaron Antonovsky, einen neuen Blickwinkel fest - vom bisher dominierenden Begriff der „Pathogenese“ und der Entstehung und Entwicklung einer Krankheit, hin zu den Schutzfaktoren und Bedingungen der Gesundheit. Zu diesen Überlegungen konzipiert Antonovsky das „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, wobei Gesundheit und Krankheit als Pole in einem dynamischen Zusammenspiel zu sehen sind (siehe Abb. 1). Die Determinanten der Gesundheit bilden dabei Stressoren, die Art der Bewältigung sowie verfügbare Widerstandsressourcen (BZgA, 2020, www).

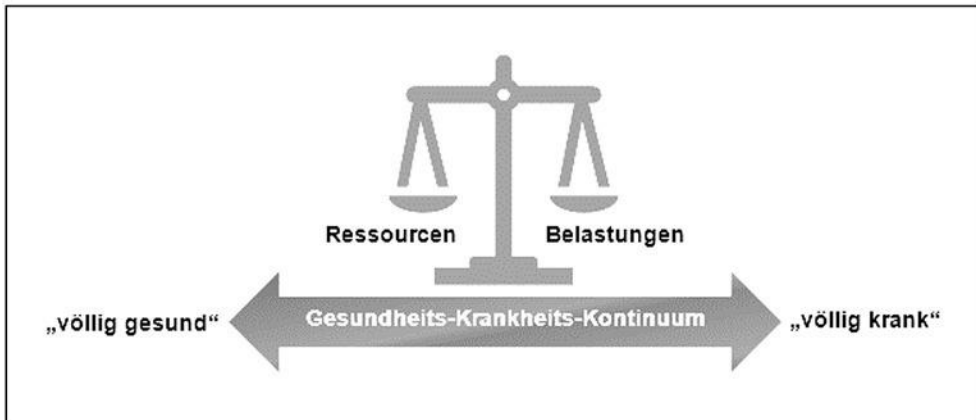


Abb. 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Quelle: Eigene Erstellung

Resilienz und Widerstandskraft

Die Bezeichnung Resilienz bedeutet „Widerstandskraft, Belastungsfähigkeit und Flexibilität“ und umschreibt die Fähigkeit, herausfordernde Lebenssituationen angemessen zu begegnen und sich von Belastungen wieder schnell erholen zu können (McAllister, Lowe, Offermanns, Georg & Weller, 2013, S. 31). Es ist ein Zusammenspiel von psychologischen Faktoren und persönlichen Verhaltens-

weisen, die unsere Gesundheit unter kritischen Bedingungen schützt. Durch die erfolgreiche und resiliente Bewältigung hoher Anforderungen gewinnt eine Person an neuen Ressourcen hinzu (Pauls, Schlett, Soucek, Ziegler & Frank, 2016, S. 2-4). Die Entwicklung der Resilienz ist dabei als ein Prozess zu sehen, welcher von Dynamik und Wechselwirkung geprägt ist. Das Resilienz-Training hat vor allem im Gesundheitsbereich Bedeutung. Schließlich bieten Bewältigungsstrategien einen Schutz vor den negativen Folgen von Stress und leisten so einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung (McAllister, Lowe, Offermanns, Georg & Weller, 2013, S. 45).

3.3 Psychische Gesundheit in der Corona-Pandemie

Die psychische Gesundheit hat einen entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden jedes Einzelnen (WHO, 2019, S.1) und bedarf in Krisenzeiten besonderer Beachtung. Die Covid-19-Pandemie stellt eine Belastung dar. Die Quarantänemaßnahmen, Isolation und neuen Lebens- sowie Arbeitsbedingungen sind weitere Faktoren, welche die psychische Gesundheit beeinflussen. Das Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale an der Donau Universität Krems führte in diesem Zusammenhang drei Studien zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Pandemie durch und belegten den negativen Einfluss der Covid-19-Krise auf die psychische Gesundheit (Pieh, Budimir & Probst, 2020, S.1-6).

Die erste Studie (Pieh, Budimir, Hummer & Probst, 2020, S. 1-6) wurde im April 2020 mit insgesamt 1.005 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt. Die negative Auswirkung der Pandemie auf die psychische Gesundheit spiegelt sich vor allem in der Depressions-Rate wider. Bei rund 20 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde während des Lockdowns eine depressive Symptomatik vermerkt. Die beiden weiteren Studien wurden im Juni und September 2020 durchgeführt und zeigten keine Verbesserung der psychischen Belastungserscheinungen. Der prozentuelle Wert von depressiven Symptomen lag bei den befragten Personen nahezu unverändert bei 20 Prozent. Seit Beginn der Covid-19-Pandemie haben acht Prozent der Befragten eine neue Depression entwickelt, im Vergleich dazu lag im Jahr 2014 die Zahl der neu entwickelten Depressionen bei lediglich einem Prozent. Diese Ergebnisse verdeutlichen den notwendigen Handlungsbedarf die Gesundheit der Bevölkerung im Zuge der Covid-19-Pandemie auch auf mentaler Ebene zu unterstützen.

3.4 Arbeitswelt im Wandel

Die Arbeitswelt unterliegt einem ständigen Wandel. Der Begriff „Arbeit 4.0“ beschreibt diesen aktuellen Wandlungsprozess, welcher durch die rasche Digitalisierung gekennzeichnet ist (Comecon Health, 2020, www). Diese Transformation hat Effekte auf die gesamte Erwerbsarbeit und deren Arbeitsprozesse. Das Internet, Social Media, Mobiltelefone, Smartphones, Laptops und Tablets

verändern die Kommunikation und Informationsverbreitung maßgeblich und ermöglichen neue Arbeitsweisen in Unternehmen (Carstensen, 2015, S. 1). Die Covid-19-Pandemie hat die Digitalisierung zudem stark beschleunigt - das Arbeiten im Homeoffice erlangt dadurch einen neuen Stellenwert. Die neuen Rahmenbedingungen und das Verschmelzen von Arbeits- und Privatleben stehen dabei in Verbindung mit neuen Chancen und Herausforderungen (Härtwig & Saponova, 2020, S. 2).

Die Digitalisierung und das Nutzen von neuen Medien ermöglichten die Neugestaltung der Arbeit. Das Arbeiten im Homeoffice ermöglicht mittels gutem Zeitmanagements eine höhere Flexibilität, wodurch sich das Berufs- und Privatleben besser vereinbaren lässt (Härtwig & Saponova, 2020, S. 2-13). Im Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie (Lengen et al., 2020, S. 1) wird der gesundheitsförderliche Nutzen und die Chancen von Homeoffice betont. Ein erhöhtes Maß an Handlungsspielraum und die flexibel gestaltbaren Arbeitszeiten steigern die Motivation, die Leistungsfähigkeit und die Zufriedenheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Im Zuge der Covid-19-Pandemie dient die moderne Arbeitsweise dem Schutz der Bevölkerung und ermöglicht den Betrieben eine hohe Ausfallzahl durch Krankenstände zu verhindern (ebd., S. 1). Die neuen Medien leisten zudem einen wertvollen Beitrag auf sozialer Ebene. Virtuelle Konferenzen erlauben die Förderung der arbeitsbezogenen und sozialen Beziehungen, wodurch der Wissensaustausch unter den Beschäftigten und das Vertrauen zueinander gestärkt werden können (ebd., S. 2-4).

Die Digitalisierung am Arbeitsplatz zieht neben den vielseitigen Chancen neue Herausforderungen mit sich. Die neuen Rahmenbedingungen der modernen Arbeitswelt stehen mit einer zunehmenden Arbeitsintensivierung, ständiger Erreichbarkeit und erhöhten Leistungsanforderung in Verbindung (Härtwig & Saponova, 2020, S. 2). Der fehlende Kontakt im Homeoffice verstärkt die soziale Isolation, welche vor allem zu Krisenzeiten eine potenzielle Belastung für die psychische Gesundheit darstellt (Lengen et al., 2020, S. 1.). Durch die fehlende Unterstützung und der verminderten Leistungswahrnehmung durch den Vorgesetzten steigt die berufliche Unsicherheit auf Seiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Härtwig & Saponova, 2020, S. 2-13). Die Studienergebnisse der Donau Universität Krems bekräftigten diese Aussagen und bestätigen die negative Auswirkung der Covid-19-Pandemie. Durch den vermehrten Stress und die Einsamkeit ist in Österreich eine deutliche Zunahme von Depressionen zu verzeichnen (Probst, 2020, S.1).

3.5 Mind-Management Tools zur Gesundheitsförderung

Die für diesen Beitrag ausgewählten Mind-Management Tools dienen der Gesundheitsförderung und verfolgen die Strategie der Ressourcenstärkung, siehe Abb. 2.

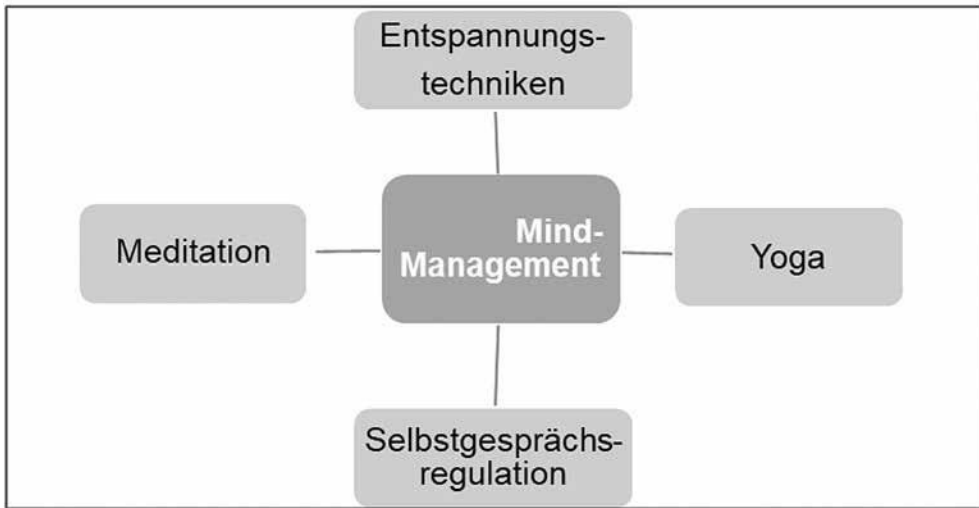


Abb. 2: Ausgewählte Mind-Management Tools zur Ressourcenstärkung, Eigene Erstellung

Entspannungstechniken

Zum Einstieg in das Mind-Management sind laut Weineck (2000, S. 626) Entspannungstechniken wie Progressive Muskelentspannung und Autogenes Training besonders geeignet. Diese Methoden basieren auf dem natürlichen Wechselspiel von Spannung und Entspannung. Durch die bewusste Konzentration und Wahrnehmung dieses Vorganges können Angstpatientinnen und Angstpatienten ein Gefühl von tiefer Entspannung erlangen (Eberspächer, 2012, S. 65). Durch die regelmäßige Ausführung kann die Selbststeuerung gesteigert und ein harmonisches Gleichgewicht erreicht werden (Derra, 1998, S. 15-17).

Yoga

Yoga stammt ursprünglich aus Indien und bedeutet „*Vereinigung bzw. Verbindung*“. Das Ziel liegt darin, einen Zustand des völligen Gleichgewichts zu erreichen. Die Methode verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, wobei die Balance von Körper und Geist erreicht werden soll. Die Gesundheit profitiert im Zuge der Ausübung auf physischer, psychischer und spiritueller Ebene (Sivananda Radha, 1998, S. 17-27). In Hinblick der Covid-19-Pandemie und den damit verbundenen Lockdown-Phasen findet Yoga besondere Relevanz. Es eignet sich zum Abbau von Stress am Arbeitsplatz im Homeoffice und stärkt das Immunsystem. Darüber hinaus können geführte Yoga-Einheiten auf Online Portalen als gesundheitsförderndes Tool zur Quarantänezeit zum Einsatz kommen (Sharma et al., 2020, S. 734-735).

Mediation

Die Meditation ist eine Versenkungsmethode, um sich von der Überflut an Reizen aus der Umwelt und dem Selbst auf einige wenige relevante Reize zu konzentrieren (Wagner-Link, 2005, S. 146-147). Die Meditation hat eine beruhigende Wirkung auf das psychische Gleichgewicht. Aufgrund der bewussten Wahrnehmung und der Konzentration auf alltägliche Aktivitäten schützen sie vor Ängsten und negativen Gedanken in Krisenzeiten (McAllister et al., 2013, S. 158).

Selbstgesprächsregulation

Das Ziel von positiven Selbstgesprächen ist laut Wagner-Link, sich positiv zu beeinflussen und negative Selbstgespräche im inneren Dialog zu erkennen und umzuwandeln. Das bewusste Umstrukturieren, Selbstinstruieren und Selbstermuntern der alltäglichen Gedanken sind wichtige Bausteine dieser Methode (Wagner-Link, 2005, S. 80-81). Die Selbstgesprächsregulation ist dank der orts- und zeitunabhängigen Einsatzmöglichkeit sowohl in Krisenzeiten als auch im Homeoffice zur regelmäßigen Anwendung geeignet (Wagner-Link, 2005, S.80-81).

4 Schluss

4.1 Zusammenfassung

Die Covid-19-Pandemie hat Auswirkungen auf das Alltags- sowie das Berufsleben der gesamten Bevölkerung. Die getroffenen Quarantänemaßnahmen dienen einerseits dem Wohl und Schutz der Bevölkerung, andererseits stehen sie in Zusammenhang mit physischen und psychischen Belastungen (Härtwig & Saponova, 2020, S. 2). Der Corona-Virus beschleunigt viele Prozesse, zudem ist der Impact der Digitalisierung auf die Arbeitswelt zu nennen. Bedingt durch die Lockdown-Phasen wurde das Homeoffice-Arbeiten forciert (BMAFJ, 2020, www). Die veränderten Rahmenbedingungen schaffen Chancen und beinhalten zugleich gesundheitliche Herausforderungen (Härtwig & Saponova, 2020, S. 2-13). Durch die Kontaktvermeidung kann die Verbreitung des Virus eingedämmt und die eigene Gesundheit geschützt werden. Neue Medien ermöglichen virtuelle, soziale und beruflichen Kontakte trotz Distanz. Die veränderten Rahmenbedingungen im Homeoffice stehen allerdings auch mit einer zunehmenden Arbeitsintensivierung, ständiger Erreichbarkeit und erhöhten Leistungsanforderung in Verbindung (Härtwig & Saponova, 2020, S. 2). Auf der psychosozialen Ebene stellen Ängste, Sorgen, Isolation und Einsamkeit potenzielle Risikofaktoren für die Gesundheit dar (Pieh, Budimir & Probst, 2020, S. 1).

Zur Stärkung und Förderung der Gesundheit können Mind-Management Tools eingesetzt werden. Insbesondere in Krisenzeiten sind Maßnahmen zur

Gesundheitsförderung und Prävention von besonderer Bedeutung. Achtsamkeitsmeditation, Entspannungstechniken, Selbstgesprächsregulation und Yoga sind Strategien zur Gesundheitsförderung und Ressourcenstärkung. Die Stärkung der persönlichen Resilienz und die Förderung der seelischen und körperlichen Gesundheit tragen langfristig zu einem positiven Wohlbefinden bei. (Brinsley et al., 2020, S. 1; Härtwig & Saponova, 2020, S. 2-13; Simon et al., 2020, S. 1; Wellensiek & Galuska, 2014, S. 23)

4.2 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der globalen Covid-19-Pandemie die Gesundheit der Bevölkerung einen noch nie dagewesenen Stellenwert einnimmt. Der Corona-Virus stellt die Gesundheit auf den Prüfstand. Die Arbeitswelt ist im Wandel, die Digitalisierung schreitet rasch voran und Arbeitsplätze sind in Veränderung begriffen. Diese Faktoren können zu physischen und psychischen Herausforderungen führen. Zur Bewältigung dieser stellen Mind-Management Tools eine geeignete Strategie dar. Mit Ausblick auf die zunehmenden Herausforderungen der modernen Arbeitswelt, der steigenden Homeoffice-Rate (BMAFJ, 2020, www) und dem Verschmelzen von Berufs- und Privatleben ist zunehmend Eigeninitiative und die Verankerung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Alltag gefragt. Um den Zugang und die Durchführungsmöglichkeit von Mind-Management Tools im Berufsalltag zu gewährleisten, ist auf Seiten der Führungskräfte Initiative gefragt. Die Implementierung von Mentalen Trainingsformen (Präsenz oder Online-Angebote) in die betriebliche Gesundheitsförderung wäre ein wertvoller Schritt in Richtung gesunde Arbeitswelt. Schließlich sind Mind-Management Tools als Gesundheitsschlüssel aus der (Corona-)Krise zu erachten.

Literatur

- abas Software GmbH. (2020). *Digitalisierung der Arbeitswelt – Chance und Risiko zugleich*. Verfügbar unter: <https://abas-erp.com/de/erp-guide/digitalisierung-der-arbeitswelt> [30.10.2020].
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (Band 6, erweiterte Neuauflage). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Brinsley, J., Schuch, F., Lederman, O., Girard, D., Smout, M., Immink, M., Stubbs, B., Firth, J., Davison, K. & Rosenbaum, S. (2020). Effects of yoga on depressive symptoms in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, (0), 1-10. DOI: 0.1136/bjsports-2019-101242
- Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend. (2020). *Coronavirus - Covid-19: Aktuelle Hinweise*. Verfügbar unter: https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Gesundheit_im_Betrieb/Gesundheit_im_Betrieb_1/Allgemeine_Hinweise.html [10.12.2020].
- Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend. (2020). Kick-off Homeoffice: „Wir brauchen ein modernes Arbeitsrecht, das auf die Erfordernisse des Homeoffice eingeht.“ Verfügbar unter: <https://www.bmafj.gv.at/Services/News/Kick-off-Homeoffice-.html> [30.10.2020].

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2020). *Gesundheitsziele Österreich: Psychosoziale Gesundheit fördern*. Verfügbar unter: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/psychosoziale-gesundheit/> [22.10.2020].
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2020). *Was ist Stress?* Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/stress/was-ist-das> [25.10.2020].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2020). *Salutogenese*. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/salutogenese/> [18.10.2020].
- Carstensen, T. (2015). Neue Anforderungen und Belastungen durch digitale und mobile Technologien in. *WSI-Mitteilungen*, 68 (3), 187-193. DOI: 10.5771/0342-300X-2015-3-187
- Comecon Health. (2020). *Arbeit 4.0 – Der Wandel der Arbeitswelt und digitales BGM*. Verfügbar unter: <https://comecon-health.com/arbeit-4-0-der-wandel-der-arbeitswelt-und-digitales-betriebliches-gesundheitsmanagement-bgm/> [15.11.2020].
- Derra, C. (1998). *Autogenes Training für zwischendurch: Wie Sie Pausen und Wartezeiten für Entspannung und Stressabbau nutzen; So verbessern Sie Ihre Gesundheitsbilanz; Mit unmittelbar anwendbaren Formeln für die 30 häufigsten Beschwerden*. Stuttgart: TRIAS.
- DWDS. (2020). *Mental*. Verfügbar unter: <https://www.dwds.de/wb/etymwb/mental> [13.10.2020].
- DWDS. (2020). *Training*. Verfügbar unter: <https://www.dwds.de/wb/Training> [13.10.2020].
- Eberspächer, H. (2012): *Mentales Training: Das Handbuch für Trainer und Sportler* (8.Auflage). München: Copress Verlag in der Stiebner Verlag GmbH.
- Glaser, J., Molnar, M. & Knopp, F. (2018). *Psychische Belastung und Stress in der Arbeit Ursachen, Folgen, Lösungen* (Arbeiterkammer Wien, Hrsg.). (5. unveränderte Druckauflage). Wien/Melk: Gugler GmbH. Verfügbar unter: https://wien.arbeiterkammer.at/service/broschueren/Arbeitnehmerschutz/broschueren/Psychische_Belastung_und_Stress_in_der_Arbeit_2018.pdf [12.10.2020].
- Härtwig, C. & Saponova, A. (2020). Keine Angst vor der Digitalisierung! Zum Stand digitalisierter Arbeitsanforderungen in verschiedenen Industriebranchen und Tätigkeitsfeldern sowie Zusammenhänge zwischen Belastung, Ressourcen und Beanspruchungsfolgen in Deutschland. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s41449-020-00205-y>
- Kasper, S., Sachs, G., Kapfhammer, H.P., Bach, M., Baldinger-Melich, P., Conca, A., Erfurth, A., Frey, R., Gößler, R., Haller, R., Hausmann, A., Lanzenberger, R., Lehofer, M., Marksteiner, J., Naderi-Heiden, A., Plener, P., Praschak-Rieder, N., Rados, C., Rainer, M., Schosser, A., Sperner-Unterweger, B., Spies, M., Willeit, M., Windhager, E. & Winkler, D. (2018). Angststörungen. Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement – State of the art, 2018. *Clinicum neuropsy*, Sonderausgabe 2018, 20. Verfügbar unter: https://oegpb.at/wp-content/uploads/2018/12/Konsensus_Angststoerungen_29_10_2018.pdf [28.1.2020].
- Lengen, J. C., Kordsmeyer, A.-C., Rohwer, E., Harth, V. & Mache, S. (2020). Soziale Isolation im Homeoffice im Kontext der Covid-19-Pandemie. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40664-020-00410-w>
- McAllister, M., Lowe J., Offermanns, P., Georg, J. & Weller, R. (2013). *Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden* (1.Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Pauls, N., Schlett, C., Soucek, R., Ziegler, M. & Frank, N. (2016). Resilienz durch Training personaler Ressourcen stärken: Evaluation einer web-basierten Achtsamkeitsintervention. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie*, (47). 105-117. DOI: 10.1007/s11612-016-0315-9
- 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. *Journal of Psychosomatic Research* (136), 110186. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186> [27.10.2020].

- Pieh, C., Budimir, S., Hummer, E. & Probst, T. (2020). Comparing Mental Health during Covid-19 Lockdown and Six Months Later in Austria: A Longitudinal Study. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3707580> [27.10.2020].
- Probst, T., Budimir, S. & Pieh, C. (2020). Depression in and after Covid-19 lockdown in Austria and the role of stress and loneliness in lockdown: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 277, Verfügbar unter: <https://www.donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2020/psyche-seit-covid-19-unter-dauerbelastung0.html> [27.10.2020].
- Redtenbacher, H. & Strauss-Blasche, G. (1996). Stress: Ursachen, Auswirkungen, Lösungen (1. Auflage). Leoben: Verlag des Österreichischen Kneippbundes Ges.m.b.H.
- Sepac, R. (1991). Erfolgreich durch Mentaltraining. München: Daphin-Verlag.
- Sharma K, Anand A, Kumar R. (2020). The role of Yoga in working from home during the Covid-19 global lockdown. *work*, 2020 (66), 731-737. DOI: 10.3233/WOR-203219
- Simon, N. M., Hofmann, S. G., Rosenfield, D., Hoenner, S. S., Hoge, E. A., Bui, E. & Khalsa, S. B. (2020). Efficacy of Yoga vs Cognitive Behavioral Therapy vs Stress Education for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 2020. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2496
- Sivananda Radha, S. (1998). *Geheimnis Hatha-Yoga: Symbolik – Deutung – Praxis* (2. Auflage). Freiburg im Breisgau: Hermann Bauer KG.
- Wagner-Link, A. (2005). *Verhaltenstraining zur Streßbewältigung: Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer* (4. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wancata J. (2013). Gesund werden. Gesund bleiben. In Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), *Von der Depression zur Lebensfreude* (S. 16-252). (1). Wien: MedMedia Verlag und Mediaservice Ges.m.b.H. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715373&version=1558013597> [26.10.2020].
- Wellensiek, S. K., & Galuska, J. (2014). *Resilienz - Kompetenz der Zukunft: Balance halten zwischen Leistung und Gesundheit*. Weinheim und Basel: Beltz Verlagsgruppe.
- Weltgesundheitsorganisation. (2005). *WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics*. (World Health Organization, Hrsg.) Schweiz. Verfügbar unter: https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf [15.10.2020].
- Weltgesundheitsorganisation. (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO*. (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, Hrsg.). Kopenhagen. Verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf [22.10.2020].
- Weltgesundheitsorganisation. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. (World Health Organization Europe, Hrsg.). Kopenhagen. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-mental-health-2019> [22.10.2020].
- Weltgesundheitsorganisation. (2020). *Pandemie der Coronavirus-Krankheit (Covid-19)*. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> [15.10.2020].
- Wortbedeutung.info. (2020). *Mind*. Verfügbar unter: <https://www.wortbedeutung.info/mind/> [17.10.2020].

Autorinnen & Autoren



Sarah Aldrian, MA MA

Studium der Soziologie an der KF-Universität Graz, anschließend Universitätsassistentin am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft der KF-Universität Graz, seit 2019 Hochschullehrende an der FH Burgenland.



Prof.in (FH) Heike Bauer-Horvath, MA

Heike Bauer-Horvath leitet seit 2014 den Bachelorstudiengang Physiotherapie und absolvierte das Masterstudium „Management im Gesundheitswesen“ an der FH Burgenland, die Sonderausbildung „Management im gehobenen medizinisch-technischen Bereich“ an der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen am AKH Wien, den Universitätslehrgang „Neurorehabilitation für Therapeuten“ an der Donauuniversität Krems und ihre Ausbildung zur Physiotherapeutin am AKH Wien. Ihre Schwerpunkte in Lehre und Forschung sind Neurorehabilitation, Regeneration und Prävention (Osteoporoseprophylaxe) sowie Evidenzbasierung in der Physiotherapie.



Julia Baumgartner

Julia Baumgartner studiert seit 2018 im Bachelorstudiengang „Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung“. In ihren Bachelorarbeiten beschäftigt sie sich mit dem Einfluss der Corona-Pandemie auf die psychosoziale Gesundheit der österreichischen Bevölkerung.



Katrin Bodi, OMT

Katrin Bodi ist seit Mai 2019 als Hochschullehrerin an der Fachhochschule Burgenland im Bachelorstudiengang Physiotherapie tätig. Sie absolviert derzeit das Masterstudium Muskuloskelettale Physiotherapie an der Donau – Universität Krems und hat im Zuge dessen auch das OMT – Zertifikat erlangt. Zudem arbeitet sie als selbstständige Physiotherapeutin in eigener Praxis und ist externe Lehrende am Studiengang Physiotherapie der FH Joanneum Graz.

**Nicole Brandstötter, MSc**

Nicole Brandstötter absolvierte 2018 den Masterlehrgang „Advanced Physiotherapy and Management“ an der Fachhochschule Burgenland. Seit Anfang 2019 ist sie Hochschullehrerin an der Fachhochschule Burgenland im Bachelorstudiengang Physiotherapie und als selbständige Physiotherapeutin tätig. Ihr Spezialgebiet umfasst die Orthopädie und Traumatologie.

**Carmen Braun, BA MA**

Braun Carmen ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin sowie in der Hochschullehre am Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland tätig. Neben der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten in unterschiedlichen Settings liegen Ihre Forschungsschwerpunkte in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie in der gesundheitsförderlichen Führungsforschung.

**Natalie Brunner, BA**

Studierende im Masterstudiengang Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung an der Fachhochschule Burgenland; Ausbildung: Bachelor in Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Burgenland.

**Pamela Csar, BA**

Studierende im Masterstudiengang Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung an der Fachhochschule Burgenland; Ausbildung: Bachelor in Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Burgenland; Berufserfahrung: Assistentin der Geschäftsführung in mittelständischen Betrieben mit Schwerpunkt Personal; Schwerpunkte: Health Care Management und Personalentwicklung/-management.

**Nina Fehringer, BA**

Studierende im Masterstudiengang Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung an der Fachhochschule Burgenland; Ausbildung: Bachelor an der Fachhochschule Campus Wien in Sozialer Arbeit; Schwerpunkte: Gesundheit & Soziales.



Christine Gassler, MSc

Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin (GKPS Oberwart), Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin unter anderem bei den Barmherzigen Brüder Eisenstadt (Abteilung für Innere Medizin), A.ö.KH Oberwart (Abteilung für Neurologie). Masterlehrgang Gesundheits- und Pflegepädagogik (Donau Universität Krems), Pflegepädagogin an der GKPS Oberwart, seit 2019 Hochschullehrende im Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland, Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege. Laufendes Studium Pflegewissenschaft (Paracelsus Medizinische Privatuniversität).



Alexander Glaser, MBA

Seit mehr als 25 Jahren als Unternehmensberater im Bereich Integrierte Managementsysteme tätig, Vortragender zu Qualitäts-, Projekt-, Prozess- und Risikomanagement an hochschulischen Bildungsinstitutionen, Geschäftsführer und Inhaber der mc&tManagement Consulting & Training e. U., Lektor an der Fachhochschule Burgenland.



Prof.(FH) Mag. Dr. Erwin Gollner, MPH MBA

Trainingstherapeut, Gesundheits- und Arbeitspsychologe, systemischer Organisationsberater mit Public Health Ausbildung, Prof. (FH), Fachhochschule Burgenland; Lektor Medizinische Universität Wien; Arbeitsgebiet: Settingentwicklung in der Gesundheitsförderung, gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung in Betrieben. Leitung des Bachelor-Studienganges Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement sowie Departmentleiter Gesundheit an der Fachhochschule Burgenland. Leitung des Covid-19 Krisenstabes der FH Burgenland.



Nadine Graf, BSc MSc

Studium der Gesundheits- und Krankenpflege an der FH Campus Wien, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin unter anderem im SMZ Süd (Gynäkologie und Geburtshilfe) sowie im AKH Wien (Allgemeinanästhesiologische Intensivstation), Masterlehrgang Advanced Nursing Education an der FH Campus Wien, externe Lektorin an der FH Campus Wien und an der GKPS Oberwart, seit 2017 Hochschullehrende an der FH Burgenland und seit 2018 Studiengangsleiterin an der FH Burgenland, Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege.



Laura Hamedl

Studierende im Bachelorstudiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Burgenland; Schulausbildung: HLW Güssing - Tourismus, Eventmanagement und Sport.



Prof. (FH) Dipl.-Ing Dr.techn. Gernot Hanreich

Elektrotechniker, Rektor der Fachhochschule Burgenland und Mitglied der Hochschulleitung. Departmentleiter des Departments Energie & Umwelt und Studiengangsleiter Bachelorstudiengang Energie- und Umweltmanagement. Mitglied des Vorstandes in der Österreichischen Fachhochschul-Konferenz, Mitglied des Senats der Christian Doppler Forschungsgesellschaft, stellvertretender Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH und Vorstand im Burgenländischen Ökoenergiefond.



Hon. Prof.(FH) Dipl.-HTL-Ing. Mag. Dr. Hartinger Gerd, MPH

Gerd Hartinger ist promovierter Wirtschafts- und Gesundheitswissenschaftler, Bauingenieur und Professor für Gesundheitsökonomie. Er verfügt über langjährige Managementenerfahrung in internationalen Industriekonzernen, war langjährig in leitenden Funktionen in mittleren und großen Krankenanstalten tätig und seit 2000 ist er Geschäftsführer der Geriatriischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ). Unter seiner Führung wurden die GGZ u.a. zum Staatspreisträger für Unternehmensqualität nach EFQM 2014, zum EFQM Excellence Award-Finalisten 2015 und 2017 zum zweifachen EFQM Preisträger. Im Zuge des Klinik Awards 2015 wurde Gerd Hartinger in Berlin zum Manager des Jahres gekürt. Die Quality Austria ehrte ihn 2016 als österreichischen Qualitätschampion und 2017 verlieh ihm die European Organization for Quality in Bled/Slowenien den European Quality Leader Award. Sein Forschungs- und Lehrschwerpunkt liegt in der Gesundheitsökonomie. Er ist FH-Professor an der Fachhochschule Burgenland sowie Autor einschlägiger Fachbücher und Publikationen.



Katharina Hauer, BA MA

Katharina Hauer absolvierte den Bachelor-Studiengang „Gesundheitsmanagement & Gesundheitsförderung“ und den Master-Studiengang „Management im Gesundheitswesen“ an der Fachhochschule Burgenland. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Forschung Burgenland im Pilot-Center „Health Promotion Research“ verfügt sie über mehrjährige Projekterfahrung und ist als externe Lektorin an der Fachhochschule Burgenland tätig. Ihre Forschungstätigkeiten umfassen die modell- und prozessorientierte Umsetzung von Gesundheitsförderung in unterschiedlichen

Settings (Betrieb, Kindergarten), die Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten und die Gesundheitsberichterstattung.



Mag. Martina Höhn

Martina Höhn ist Sozialmanagerin und Sozialarbeiterin. Sie ist seit 2006 in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ) beschäftigt und war an der Konzeption der neuen Pflegewohnheime der 4. Generation beteiligt. Ihr Aufgabengebiet umfasst die Geschäftsbereichsleitung der Pflegewohnheime sowie die Leitung eines Pflegewohnheimes. Zusätzlich liegt ihr die Fort- und Weiterbildung sehr am Herzen, wobei sie auf der einen Seite in der Lehre tätig ist und an der Fachhochschule Burgenland im Rahmen der EDE-Heimleiterausbildung unterrichtet. Auf der anderen Seite absolviert sie zurzeit den Universitätslehrgang Master of Public Health an der Medizinischen Universität Graz.



Brigadier Mag. iur. Alexander J. Klecatsky

Alexander Klecatsky ist seit 1981 Angehöriger des Österreichischen Bundesheeres. Als Berufsoffizier durchlief er zahlreiche Positionen im nachgeordneten Bereich, unter anderem als Kompaniekommandant einer Fernmeldeeinheit und leitender Personalreferent eines Fernmeldebataillons. Bereits vor dem nebenberuflichen Abschluss des rechtswissenschaftlichen Studiums wurde er als Referent für Luftfahrtrecht im Kommando der Fliegerdivision eingeteilt und in der Dienstbehörde eingesetzt. Nach seiner Versetzung in das BMLV im Jahr 1999 war er im Kernbereich des Disziplinar- und Strafrechts, zuletzt als Vorsitzender der Disziplinarkommission für Soldaten, tätig.

Seit 1998 ist er an der Verwaltungsakademie des Bundes, der Theresianischen Militärakademie und der Landesverteidigungsakademie als Vortragender, Betreuer für Diplom-, Bachelor-, und Masterarbeiten, Prüfer und Senatsvorsitzender für alle Grundausbildungen (militärisch und zivil), sowie seit 2008 an der FH Burgenland, nebenamtlich tätig.



Viktoria Klug

Viktoria Elena Klug begann 2018 das Bachelorstudium „Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung“ an der FH Burgenland in Pinkafeld. Durch Eltern im medizinischen Bereich und dem persönlichen Interesse wurde als Schwerpunkt der Forschung das medizinische Personal herangezogen. Seit 2020 ist sie Therapiehundeführerin und kann so bereits Erlerntes im Bereich Gesundheitsförderung in die Praxis umsetzen.



Markus Lang MNurs(Hons)BSc

Ausbildung zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger in Graz. Stationen als Krankenpfleger beinhalten Dialyse (Österreich und England). Langjährige internationale Berufserfahrung in Senior Nursing Positionen im Intensivbereich in England (General Intensive Care, Royal Sussex County Hospital) und New Zealand (Nurse Educator, Department of Critical Care Medicine, Auckland City Hospital). BSc in Professional Clinical Practice an der University of Brighton und Master of Nursing, MNurs (First Class Honours) an der University of Auckland. Pflegerische Interessensgebiete: nursing in acute care, simulation training, human factors, quality management in health care, health promotion.



Prof.(FH) Ing. Mag. Peter J. Mayer, MAS MSc MBA

Professor für Gesundheitsmanagement und Krankenhausmanagement sowie Leiter des berufs begleitenden, interprofessionellen Masterstudiengangs „Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung“ an der Fachhochschule Burgenland. Sein Forschungsschwerpunkt liegt in der interdisziplinären und multiprofessionellen Gesundheitsversorgung, mit ständigem Hinweis insbesondere darauf, dass es letztlich immer um die Person, den einzelnen Menschen, die Patientin, den Patienten geht. Vor seiner Tätigkeit in Lehre und Forschung war Prof. Mayer Geschäftsführer und Wirtschaftsdirektor mehrerer Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Sein Appell, der sich an alle im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen, insbesondere in Bezug auf die „längst notwendige“ Integration der Versorgung richtet, lautet: „Es braucht ein Zurück zum Natürlichen, zum grundlegenden menschlichen Empfinden.“



Mag. Dr. Eva Mitterbauer

Konzeptionierung und Projektleitung (1997-2007) des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen (WieNGS). Professorin an der pädagogischen Hochschule, Wien (bis 2019), Lektorin an der FH Burgenland (seit 2020). Freiberufliche Referentin, EBIS-Beraterin für Gesundheitsförderung, Schul-, Organisationsentwicklung, Trainerin für Teambildung, Zeitmanagement/Selbstorganisation und Persönlichkeitsbildung.

Studium der Naturwissenschaften (Lehramt für AHS), Studium der Erziehungswissenschaften an der Universität Wien, Universitäts-Lehrgang für Projektmanagement und Organisationsentwicklung, EFQM-Ausbildung, div. Ausbildungen für Schulentwicklungsberatung und Qualitätsmanagement, systemischer Coach.



Ines Moitzi

Ines Moitzi ist Studentin an der FH Burgenland und begann 2018 das Bachelorstudium „Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung“. Bevor sie in Pinkafeld begann, studierte sie vier Semester Rechtswissenschaften an der Karl-Franzens-Universität in Graz. Das Interesse zum österreichischen Recht, ging auch nach dem Wechsel in die Gesundheitsbranche nicht verloren, wonach eine Kombination dieser beiden Interessensgebiete als Forschungsschwerpunkt herangezogen wurde.



DI (FH) Martin Mühl

Leitung der Abteilung Infrastruktur, Beschaffung und Sicherheit, Handlungsbevollmächtigter, Sicherheitsbeauftragter, Sicherheitsvertrauensperson, Lehrlingsausbilder, Vortragender, Mitglied des Krisenstabes sowie Covid-19-Beauftragter an der Fachhochschule Burgenland.



Selina Osztovcics

Studiert seit September 2018 an der Fachhochschule Burgenland am Standort Pinkafeld den Studiengang „Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung“. Sie ist leidenschaftliche Hobbyfotografin und Sportfanatikerin.



Mag. Georg Pehm

Studium der Volkswirtschaftslehre sowie Politikwissenschaft und Sozialrecht an der Universität Wien. Geschäftsführer der Fachhochschule Burgenland. Mitglied des Vorstandes in der Österreichischen Fachhochschul-Konferenz und der Plattform „hochschulen burgenland“. Eigentümerversorger gegenüber der Forschung Burgenland, des Austrian Institutes of Management und der Akademie Burgenland. Aufsichtsratsvorsitzender der Joseph Haydn Konservatorium GmbH, Vorstand der Burgenland Stiftung Theodor Kery sowie bei pro mente Burgenland.



Stefan Pototschnig, BA MA

Stefan Pototschnig wurde am 01.05.1996 in Wien geboren und ist in Neusiedl am See aufgewachsen. Nach seinem Zivildienst beim österreichischen Roten Kreuz, absolviert er 2018 den Bachelorstudiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung und anschließend 2020 den Masterstudiengang Gesundheitsmanagement und integrierte Versorgung an der Fachhochschule Burgenland. Seit 2018 ist er mit seinem Team für die Bereiche Controlling und Business IT-Applikations im renommierten Rudolfinerhaus in Wien verantwortlich. Seine Schwerpunkte liegen in den Bereichen Steuerung und Planung sowie strategische Ausrich-

tung von Krankenhäusern. Als Kommandomitglied der Rotkreuz-Bezirksstelle Neusiedl am See, verbringt er seine Freizeit mit ehrenamtlicher Arbeit im Rettungsdienst sowie in der Katastrophenhilfe.



Kevin Probst

Ausbildung zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger (GKPS Oberwart), Ausbildung zum Rettungs- und Notfallsanitäter (Rotes Kreuz), Universitätslehrgang zum Akademischen geprüften Experten in der Intensivpflege (Sonderausbildungszentrum Medizinische Universität Graz), Ausbildungslehrgang zum Flugretter (Air Rescue College Wr. Neustadt), Akademischer Lehrgang zum Akademischen Experten in der Gesundheits- und Krankenpflege (Austrian Institute of Management), dzt. Student an der FH Burgenland, Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege. Hauptberuflich DGKP an der Univ. Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, zusätzliche Tätigkeitsfelder: Intensivtransport (Notfallsanitäter/Intensivpfleger) bei Air Alliance- Med Crew Wien und Flugretter/Technical Crew Member bei der Christophorus Flugrettung – C16 in Oberwart.



Dr. Manfred Ritthammer

Promovierter Publizist und Historiker, Zusatzausbildungen in Personalwirtschaft und Arbeitsrecht, Personalleiter der Raffeisen-Versicherung, Leiter der Personalentwicklung des UNIQA-Konzerns, Personaldirektor der KRAGES - Burgenländische Krankenanstalten, Bereichsleiter des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser („Häuser zum Leben“), Verwaltungsdirektor des Anton-Proksch-Instituts (Österreichs größte Suchtklinik), langjähriger Lektor der FH Burgenland, freiberufliche Tätigkeit als Trainer.



Dr. Christian Scharinger, MSc, CAS

Gesundheitssoziologe und Historiker, Masterstudium Coaching und Supervision an der Universität Wien, Studiengang der Positiven Psychologie an der Universität Zürich, langjährige Praxis- und Leitungserfahrung in nationalen und internationalen Gesundheitsförderungsprojekten. Seit über 25 Jahren als Berater in den Bereichen Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung und Leadership tätig. Lebt in Sarleinsbach/Mühlviertel. www.christian.scharinger.at

**Prof. (FH) Mag. Florian Schnabel, MPH**

Fachhochschule Burgenland, Gesundheitssoziologie mit Public Health Ausbildung. Arbeitsgebiet: Soziale Determinanten von Gesundheit speziell im Setting Betrieb, Forschungs- und Beratungsprojekte zum Thema „Betriebe Gesund Managen“ und gesundheitsförderliche Organisationskultur. Leitung des Master-Studiengangs Gesundheitsförderung und Personalmanagement an der Fachhochschule Burgenland.

**Christina Schneider**

Kontrollinspektorin Christina Schneider ist seit 2007 Exekutivbeamtin und sammelte im Zuge ihrer Berufsausübung zahlreiche Erfahrungen im polizeilichen Einschreiten bei Einsätzen mit Gewalt in der Privatsphäre. Des Weiteren ermittelte die Beamtin über sieben Jahre im Bereich Sexualdelikte und eignete sich dadurch ihr Wissen im Bereich des Gewaltschutzes sowohl theoretisch vor allem aber auch praktisch an. Seit 2016 versieht Christina Schneider ihren Dienst in der Personalentwicklung des Bundesministeriums für Inneres. Aufgrund der bundesweiten Zuständigkeit für das Gesundheitsmanagement begann sie im Jahr 2018 an der FH Burgenland mit dem Studium Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. Das erworbene theoretische Wissen kann nach Abschluss des Studiums in die berufliche Praxis umgesetzt werden.

**Petra Schuh, BA**

Studierende im Masterstudiengang Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung an der Fachhochschule Burgenland; Ausbildung: Bachelor in Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Burgenland; Schwerpunkte: Krankenhausmanagement und Healthcare-Marketing.

**Manuela Schweiger, MA**

Manuela Schweiger, geboren 1978, ist als Biomedizinische Analytikerin für ein burgenländisches Landeskrankenhaus tätig. Nach ihrem Abschluss an der Fachhochschule Campus Wien absolvierte sie 2020 den Masterstudiengang Gesundheitsmanagement und Integrierte Versorgung an der Fachhochschule Burgenland. Durch das Studium erkannte sie die Relevanz der Digitalisierung für das österreichische Gesundheitswesen und verfasste auch ihre Masterarbeit zu diesem Thema. Aufgrund ihrer Berufserfahrung kennt sie die Herausforderungen in der nationalen Versorgungslandschaft und sieht die digitale Transformation als zentrale Komponente für eine optimale und effiziente Gesundheitsversorgung, bei der jede einzelne Patientin und jeder einzelne Patient im Mittelpunkt steht.



MMag.^a Dr.ⁱⁿ scient. med. Ute Seper

Hochschullehrende im Department Gesundheit an der FH Burgenland; Promotion an der Medizinischen Universität Wien im Bereich Public Health; ausgebildete Trainingstherapeutin und Biomedizinische Analytikerin; Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Public Health & Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung & Prävention, Leistungsdiagnostik & Biomedizinische Statistik.



Dr. med. Martin Sprenger, MPH

Allgemeinmediziner und Master of Public Health. 1994 Promotion an der Medizinischen Universität Graz. 2001-2002 Ausbildung zum Master of Public Health am Department of Community Health in Auckland, Neuseeland. Seit 2002 wissenschaftlicher Koordinator und seit 2010 Leiter des Universitätslehrganges Public Health der Medizinischen Universität Graz. Lehrtätigkeit an diversen Fachhochschul- und Universitätslehrgängen und an der FH Burgenland, Standort Pinkafeld.



DI Johann Steszgal, CMC

Ausbildung zum Informatiker an der TU Wien mit einem gleitenden Übergang zum Universitätsassistenten an der WU mit Schwerpunkt Künstliche Intelligenz. Seit damals als Lektor an Unis und FHs tätig. Selbständig als Unternehmer und geschäftsführender Gesellschafter mehrerer Unternehmensberatungs- und IT-Firmen sowie StartUps, zuständig für die Bereiche Forschung und Entwicklung (Leitung von zahlreichen Forschungsprojekten insbesondere mit AI-Bezug), Standards (insbesondere IT-Security und E-Health (Mitglied von HL7 Austria)) sowie Qualitäts- und Risk-Managementsysteme.



Dr. med., DrPH. Florian Stigler, MPH

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK). Allgemeinmediziner und Public Health Wissenschaftler. Schwerpunkte im Bereich Primärversorgung, Tabakpolitik und Health Policy Making.



Stephanie Theresia Strobl-Halper, MSc

Absolventin des Master-Studiengangs Gesundheitsförderung und Gesundheitsforschung der Fachhochschule Burgenland, derzeit tätig als Biomedizinische Analytikerin im Krankenhaus Oberwart.



Dr. Barbara Szabo, BA MA

Barbara Szabo ist Hochschullehrende im Department Gesundheit der FH Burgenland. 2013 absolvierte sie den Masterstudiengang „Management im Gesundheitswesen“ an der FH Burgenland. 2018 schloss sie ihr Doktoratsstudium im Bereich der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Karl Franzens Universität Graz am Institut für Soziologie ab. Seit 2011 forscht sie an der FH Burgenland im Bereich der Gesundheitsförderung. Ihre Forschungsschwerpunkte sind u.a. die „Psychosoziale Gesundheit am Arbeitsplatz“ sowie die Bewegungsförderung.



Marlene Szupper, MSc

Marlene Szupper absolvierte 2011 nach Ihrer Ausbildung zur Physiotherapeutin den Masterlehrgang „Physiotherapie“ an der Fachhochschule FH Campus Wien. Nach einem Angestelltenverhältnis im psychiatrischen und pädiatrischen Bereich ist sie seit Februar 2018 als Hochschullehrerin an der Fachhochschule Burgenland im Bachelorstudiengang Physiotherapie und als selbständige Physiotherapeutin tätig. Ihre Aufgabengebiete sind hier unter anderem Basistechniken in der Physiotherapie und die Praxiskoordination.



Karina Wapp, BA MA

Bachelor of Arts in Business in Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung, Master of Arts in Business Management im Gesundheitswesen, derzeit Masterstudiengang Gesundheitsförderung und Personalmanagement. Arbeitsgebiet: Projektmanagement im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention mit Schwerpunkt Kindergesundheit in der öffentlichen Verwaltung.



Alexandra Weghofer, BA MSc

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung und digitale Gesundheitskompetenzen, im Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland. Bachelor of Arts in Business in Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung, Master of Science in Health Studies in Gesundheitsförderung und Gesundheitsforschung.



FH Burgenland
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

BRINGT BESONDERES ZUSAMMEN

Die Hochschule vor Corona wird nicht die Hochschule nach Corona sein. Dieses Virus hat zu einem Re-Set der Hochschulen geführt wie kein Ereignis der letzten Jahrzehnte. Der disruptive Change, der die Hochschulen erfasst hat, ermöglicht aus der Krise eine Chance auf eine neue vielfältige Perspektive. Im vorliegenden Sammelband haben Studierende, Lektor*innen und Hochschullehrende im Wintersemester 2020/21 im Rahmen von Bachelorarbeiten, der Lehre oder Forschungsaktivitäten Beiträge zur Covid-19 Pandemie aus unterschiedlichen gesundheitswissenschaftlichen Blickwinkeln verfasst.

ISBN: 978-3-7011-0466-6



9 783701 104666