

Kontakteinschränkung
psychische Belastungen
Kinderbetreuung Krise
Pflegebedarf Pandemie
E-Health Angstsymptom
Stresserleben Homeoffi

J. Pundt & V. Scherenberg (Hrsg.)

COVID-19: Gesundheitliche Folgen einer Pandemie

von Victoria Caler, Jennifer Dülger, Nadine Fehr,
Peggy Grabowski, Viktoria Jokisch, Janine Moser, Marlen Sämman

BEITRÄGE AUS DER HOCHSCHULE

 University of Applied Sciences
APOLLON
University Press

J. Pundt; V. Scherenberg (Hrsg.)

COVID-19: Gesundheitliche Folgen einer Pandemie

Victoria Caler, Jennifer Dülger, Nadine Fehr, Peggy Grabowski,
Viktoria Jokisch, Janine Moser, Marlen Sämman



University of Applied Sciences

APOLLON
University Press

J. Pundt; V. Scherenberg (Hrsg.)

COVID-19: Gesundheitliche Folgen einer Pandemie

Victoria Caler, Jennifer Dülger, Nadine Fehr, Peggy Grabowski,
Viktoria Jokisch, Janine Moser, Marlen Sämänn

BEITRÄGE AUS DER HOCHSCHULE



Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2022

Herausgegeben vom Dekanat der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft,
Fachbereich I & II, Prof. Dr. Johanne Pundt, Prof. Dr. Viviane Scherenberg

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Elisabeth Drimmel und Julia Geßelmann, Bremen

Lektorat: Elisabeth Drimmel und Julia Geßelmann, Bremen

Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven

Cover: Elisabeth Drimmel, Bremen

Coverfoto: © manit – stock.adobe.com

Korrektur: Ruven Karr, Saarbrücken

Printed in Germany: BoD – Books on Demand GmbH, Norderstedt

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen nationalbibliografie. Detaillierte Daten sind abrufbar unter:

<http://dnb.d-nb.de>

Die verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

ISBN: 978-3-94-3001-72-3

www.apollon-hochschulverlag.de

Inhalt

Vorwort (Dieter Cassel)	9
Vorwort (Hajo Zeeb)	11
Einleitung (Johanne Pundt & Viviane Scherenberg)	13
1 E-Health in Deutschland und den USA (Janine Moser)	17
1.1 Gesundheitssysteme im Vergleich	19
1.2 Fragestellung und Methodik	20
1.3 Ergebnisse und Interpretation	22
1.3.1 Robustheit der Gesundheitssysteme	22
1.3.2 Unterstützung durch Digitalisierung	25
1.4 Handlungsempfehlungen	31
1.5 Fazit und Ausblick	35
2 Schwangerschaft während der Coronakrise – Managementkonzept zur ambulanten Versorgung (Viktoria Jokisch)	40
2.1 Ambulante Versorgungsstruktur der an COVID-19 erkrankten Schwangeren	41
2.1.1 Krankheitsverlauf	42
2.1.2 Ambulante Versorgung	42
2.1.3 Umsetzung der Handlungsempfehlungen	44
2.2 Analyse der ambulanten Versorgung nach dem Throughput-Modell	47
2.3 Managementkonzept im Umgang mit Schwangeren für zukünftige Pandemiesituationen	52
2.4 Ausblick	60

3	Generation Angst? (Nadine Fehr)	63
3.1	Die Situation von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie	64
3.2	Charakteristika der relevanten Störungsbilder einer Angststörung	66
3.3	Forschungsstand	67
3.4	Methodik der Datenerhebung	68
3.5	Ergebnisse	70
3.6	Diskussion	73
3.7	Schlussbetrachtung	74
4	Herausforderung Homeoffice (Jennifer Dülger)	78
4.1	Definitionen	81
4.2	Gefährdungsbeurteilung im HO gemäß dem Arbeitsschutzgesetz	82
4.3	Methodisches Vorgehen	83
4.4	Ergebnisse der quantitativen Online-Befragung	86
4.4.1	Arbeitsaufgabe und -organisation	87
4.4.2	Führungskräfteverhalten	89
4.4.3	Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben	90
4.5	Schlussbetrachtung	92
4.5.1	Bedeutung für zukünftige Forschungen und die Praxis	92
4.5.2	Handlungsempfehlung für Führungskräfte	93
4.5.3	Handlungsempfehlung für Arbeitnehmer/-innen	95
5	Stresserleben von Eltern während der COVID-19-Pandemie (Peggy Grabowski)	99
5.1	Stress und Resilienz und deren Bedeutung für die Gesundheit	102
5.1.1	Stressmodell nach Kaluza	103
5.1.2	Körperliche Folgen von Stressbelastungen	104
5.1.3	Psychosoziale Folgen für die Familie durch Stressbelastungen	105
5.1.4	Stressbewältigungsstrategien durch Resilienz	106

5.2	Methodisches Vorgehen	107
5.3	Zentrale Befragungsergebnisse	110
5.4	Handlungsempfehlung zur Förderung der Nutzung von Online-Resilienz-Trainings	116
6	Besondere psychologische Belastungsfaktoren weiblicher Pflegekräfte in der stationären Altenpflege im Pandemiefall (Victoria Caler)	119
6.1	Theoretischer Hintergrund	121
6.1.1	Risikowahrnehmung bei gesundheitlichen Themen am Beispiel von COVID-19	122
6.1.2	Individuelle und psychologische Einflussfaktoren auf die Risikowahrnehmung	123
6.1.3	Risikoklassifikation	124
6.2	Forschungsstand psychologischer Belastungsfaktoren von Pflegekräften	125
6.2.1	Überblick über die Forschungslage der psychischen Belastungen von Pflegekräften während der COVID-19-Pandemie	128
6.2.2	Psychische Beanspruchung in Pflegeberufen	128
6.3	Methodik	129
6.3.1	Erhebungsinstrumente	130
6.3.2	Einhaltung der Gütekriterien	130
6.3.3	Aufbau des Fragebogens	131
6.4	Ergebnisse	132
6.4.1	Stresserleben am Arbeitsplatz	133
6.4.2	Arbeitsorganisation und Schutz am Arbeitsplatz	135
6.4.3	Persönliche Betroffenheit	136
6.4.4	Infektionen mit dem Coronavirus im beruflichen Umfeld	137
6.4.5	Eigene Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe	137
6.4.6	Persönliches Stresserleben während der COVID-19-Pandemie	138
6.5	Fazit und Ausblick	139

7 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Wohlbefinden von Pflegebedürftigen der Gemeinde Klingenberg in Abhängigkeit vom Kohärenzgefühl (Marlen Sämman)	144
7.1 Soziale Beziehungen im Alter und Einsamkeit	144
7.2 Die Wirkung der COVID-19-Pandemie auf ältere Menschen	147
7.3 Salutogenese im Alter	150
7.4 Methodisches Vorgehen	152
7.5 Ergebnisse	154
7.6 Diskussion	160
7.6.1 Diskussion und Limitation der Methode	160
7.6.2 Diskussion und Limitation der Ergebnisse	162
7.7 Fazit und Ausblick	165
Anhang	169
Autorinnen und Autoren	169
Abbildungsverzeichnis	172
Tabellenverzeichnis	173
Stichwortverzeichnis	174

Vorwort

DIETER CASSEL

Der vorliegende Thesisband ist bereits die vierte Publikation in einer ungewöhnlichen Schriftenreihe der APOLLON University Press, dem Eigenverlag der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen. Die Schriftenreihe lässt unter der Herausgeberschaft ihres Dekanats hervorragende Absolventinnen und Absolventen mit den Ergebnissen abgeschlossener Bachelor- und Masterarbeiten zu Wort kommen. Nach den ersten drei Bänden mit Schwerpunkten auf der aktiven Gestaltung der Patientenversorgung, dem psychischen Wohlbefinden am Arbeitsplatz und psychosozialen Herausforderungen in der Pflege enthält die neueste Publikation sieben Beiträge zu gesundheits- und versorgungsrelevanten Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf verschiedene Personengruppen und Settings.

Ungewöhnlich ist die Schriftenreihe in zweierlei Hinsicht: Zum einen bietet sie besonders begabten Studierenden einer Fernhochschule für Gesundheitswirtschaft eine Plattform, um sich frühestmöglich mit eigenständigen Analyseergebnissen in der berufspraktischen und akademischen Öffentlichkeit präsentieren zu können. Zum anderen publiziert die APOLLON University Press damit gesundheitswirtschaftliche Erfahrungen und Erkenntnisse, die sonst hochschulintern archiviert würden und weitgehend ungenutzt blieben.

Grundlegend dafür ist die akademische Ausbildung an einer multimedial, interdisziplinär und international aufgestellten Hochschule, die sich fachliche Exzellenz und soziale Verantwortung zum Ziel gesetzt hat. Seit ihrer Gründung im Jahr 2005 hat sich die APOLLON Hochschule mit ihrer praxisorientierten Lehre und angewandten Forschung zum „Goldstandard“ unter den gesundheitswirtschaftlichen Fernstudienanbietern entwickelt. Heute ist sie mit ihren innovativen Zertifikatskursen und Studiengängen auf Bachelor- und Masterniveau sowie der sozialen Betreuung ihrer Hochschulangehörigen der Zeit immer eine Nasenlänge voraus.

Wenn es dazu eines aktuellen Beweises bedürfte, bestünde er in der 2021 vergebenen Auszeichnung der APOLLON Hochschule für ein Kon-

zept zur „Psychosozialen Unterstützung und Begleitung in Pandemiezeiten“. Diese wurde durch den Bundesverband der Fernstudienanbieter verliehen, der das Konzept damit zum „Fernstudienprojekt des Jahres“ in der Subkategorie „Gesellschaftliche Verantwortung“ erhob. Jenes Best-Practice-Programm besteht in kostenfreien Angeboten zur Stärkung der mentalen Gesundheit und psychosozialen Beratung der Studierenden sowie des Personals während der Pandemiewellen.

APOLLON sorgte aber nicht nur für die Überwindung persönlicher COVID-19-Hürden, sondern weckte auch das Erkenntnisinteresse an gänzlich neuen Fragestellungen. Wie spontan die Fachbereiche thematisch in Lehre und Forschung reagierten und wie erfolgreich sich die Studierenden theoretisch und empirisch mit der aktuellen Pandemie befassten, belegt der vorliegende Band auf beeindruckende Weise. Dabei ist erwähnenswert, dass sämtliche Beiträge – wohl eher zufallsbedingt – von Absolventinnen mit berufspraktischen Erfahrungen verfasst wurden. Ihnen gilt mein besonderer Glückwunsch als frisch gebackene Gesundheitsexpertinnen.

Prof. em. Dr. Dieter Cassel

Vorsitzender des APOLLON Kuratoriums

Vorwort

HAJO ZEEB

Seit Ende des Jahres 2019 musste sich die Welt mit einem neuen Coronavirus und damit mit einer gesundheitlichen wie sozialen und wirtschaftlichen Herausforderung beschäftigen. Die zunächst noch zögerliche, in der Folge dann aber vielfach entschiedene Reaktion der internationalen Staatengemeinschaft – zumindest der allermeisten Staaten – führte uns zu einer sehr unterschiedlichen Ausbruchsdynamik, jedoch in allen Ländern zu erheblichen Veränderungen und Einschränkungen des Alltags. Auch heute (Ende 2021) sind die vielfältigen Auswirkungen der Pandemie noch gar nicht absehbar, und noch ist – trotz einiger Fortschritte beim Impfen – die COVID-19-Pandemie nicht beendet.

Schnell zeigte sich, dass die Infektion mit dem Coronavirus nicht das einzige Problem einer breiten Palette von gesundheitlichen und weiteren Störungen darstellt. Sehr bald wurde von einer Syndemie gesprochen. Die schweren Auswirkungen einer Coronainfektion betreffen vor allen Dingen jene Personen, die an chronischen Erkrankungen und Gesundheitsstörungen leiden. Darüber hinaus stellte sich sehr schnell heraus, dass die vielen einschneidenden Maßnahmen ihrerseits auch gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit, aber auch in Hinblick auf Risikofaktoren für chronische Erkrankungen, allen voran geringe körperliche Aktivität und Fehlernährung. Folglich wurde das Gesundheits- und Sozialsystem in erheblichem Maße nicht nur durch Infektionen, sondern auch durch weitere Anforderungen belastet. Viele Probleme mussten allerdings zunächst außerhalb des Gesundheitssystems, z. B. in der Familie, gelöst werden, denn auch der Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung war in erheblichem Maße beeinträchtigt.

Mit einigen dieser Herausforderungen befassen sich die Beiträge dieses Thesiband. Sie gehen u. a. auf die besonderen Belastungssituationen von Beschäftigten ein, z. B. in der Altenpflege, sowie auf das Wohlbefinden von Pflegebedürftigen. Auch die Herausforderungen der Homeoffice-Situation für Familien werden behandelt. Kinder und Jugendliche erleben eine umfassende Veränderung des Schulalltags durch Wechsel- und

Digital-Unterricht; auch sie werden mit einer pandemiebedingten Bedrohungslage konfrontiert, deren Auswirkungen in einem der vorliegenden Beiträge untersucht werden. Des Weiteren werden systembezogene Forschungsfragen analysiert, so etwa zum Thema E-Health in Pandemiezeiten sowie in Bezug auf die Versorgung Schwangerer.

Die COVID-19-Pandemie ist Generator von Forschungsfragen und thematischen Auseinandersetzungen: Neben allen negativen und zum Teil dramatischen Aspekten der Situation wird diese Betrachtungsweise auf lange Sicht ebenfalls zu einer Gesamtbewertung der Pandemie dazugehören. Die gewonnenen Erkenntnisse können im besten Fall zu einem gelingenden Management der aktuellen Krise und zu einer verbesserten Vorbereitung auf zukünftige Pandemien beitragen. Wie immer in der Forschung ist es aber wichtig, mit klaren Qualitätsanforderungen die Spreu vom Weizen zu trennen. Die vorliegenden Beiträge haben diese Barriere überwunden und werden daher in diesem Fachbuch gesammelt vorgestellt.

Prof. Dr. Hajo Zeeb

Bremen, im Herbst 2021

Einleitung

JOHANNE PUNDT; VIVIANE SCHERENBERG

Gesundheit spielt für alle Bereiche des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens eine entscheidende Rolle – dies demonstriert die COVID-19-Pandemie eindrücklich. Fachbegriffe wie Inzidenz, Herdenimmunität, Triage, AHA-Regeln, Ansteckungsrate, Hospitalisierungen und Krankenhausbelastungen sowie Hinweise zu Prognosen des Robert Koch-Instituts oder der Ständigen Impfkommission sind vielen Menschen in dieser Zeit präsent und begleiten sie fast täglich. Der Ausbruch der COVID-19-Pandemie hat sowohl auf individueller und gesellschaftlicher als auch auf politischer Ebene einschneidende Veränderungen mit sich gebracht. Erstmals haben die politisch Verantwortlichen konsequent die Expertise der Wissenschaft, nämlich der Epidemiologie, Virologie und Hygiene, in Anspruch genommen und direkt in die notwendigen Vorgehensweisen und Umsetzungsprozesse gegenüber der Bevölkerung einfließen lassen, um die Krisensituation zu erklären und Maßnahmen transparent zu gestalten.

Die Herausforderungen der Coronakrise erfordern zudem eine vielfältige Auseinandersetzung insbesondere mit versorgungsrelevanten und psychischen Aspekten unterschiedlicher Zielgruppen und Organisationen. Auch Studierende der APOLLON Hochschule haben sich in der Abschlussphase ihres Bachelor- oder Masterstudiums diesen Themen gewidmet. Im vorliegenden Fachbuch sind sieben Thesearbeiten in Form von informativen Beiträgen aufbereitet. Sie sind ein Spiegelbild der speziellen Rahmenbedingungen, die die Studierenden in dieser schwierigen gesellschaftlichen und persönlichen Lage entweder am Arbeitsplatz, in der Familie oder auch anhand der medialen Berichterstattung zum Thema SARS-CoV-2 näher untersucht haben. Neben den speziellen Zielgruppen, wie Eltern, Kinder und Jugendliche, Schwangere, Pflegekräfte und Pflegebedürftige, fokussieren die Beiträge auch einzelne Settings, wie Homeoffice, Familie, stationäre Altenpflege oder ambulante Versorgungseinrichtungen. Dabei konzentrieren sich insbesondere vier Texte auf die herausfordernden psychischen Belastungen während der Pandemie und zeigen damit mehr als deutlich auf, welche Folgen die Infektion einerseits für die Betroffenen hat und welche

Umsetzungsstrategien und Perspektiven andererseits in den Vordergrund gerückt werden sollten, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten.

Die Pandemie ist nicht nur auf Deutschland beschränkt, sondern stellt eine globale Herausforderung dar: Die Autorin *Janine Moser* beschäftigt sich in ihrem Beitrag mit der Verbindung von Pandemiegeschehen und Digitalisierungsprozessen zwischen den USA und ihrer Heimat Deutschland. Dabei fragt sie nach, wie robust beide Gesundheitssysteme in dieser Krisenlage sind und inwiefern E-Health hier Unterstützungswege bieten kann. Krisen können Widerstandskräfte von Systemen stärken, aber der Wille zum Handeln und zur Verstetigung muss vorhanden sein. Die Literaturanalyse stellt im Ergebnis dar, dass u. a. die Pandemiepläne beider Nationen einer Überarbeitung bedürfen und vor allem andere Krankheitserreger in den Umsetzungsmaßnahmen miteinzubeziehen sind. Des Weiteren folgert die Autorin, dass eine Stärkung und Vernetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unbedingt indiziert ist, damit bereits implementierte E-Health-Systeme schneller auf Bedrohungen reagieren können.

Dass die Pandemie für Schwangere, die an COVID-19 erkrankt sind, eine ganz spezielle Situation darstellt, zeigt *Viktoria Jokisch* in ihrem Beitrag. Die von ihr durchgeführten Interviews mit schwangeren Patientinnen, die sich mit dem Virus infiziert haben, verdeutlichen eine lückenhafte ambulante Versorgung – insbesondere zu Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020. Das aus ihren Ergebnissen abgeleitete Managementkonzept für Schwangere beinhaltet u. a. einen Leitfaden für Gesundheitsdienstleister mit der Aufforderung einer verbesserten ambulanten Versorgung durch ein einheitliches und strukturiertes Vorgehen.

Nadine Fehr widmet sich der Generation Z, indem sie nach den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie hinsichtlich der Entwicklung von Angstsymptomen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 16 Jahren fragt. Ihre empirische Untersuchung zeigt, dass das Angstempfinden für diese Zielgruppe eine große Bedeutung hat. Jedoch kann eine ursprünglich erwartete Verschlechterung von Angstsymptomen durch die Pandemie in der beschriebenen Querschnitterhebung nicht eindeutig bestätigt werden. Vielmehr plädiert die Autorin für Psychoedukation und präventive Maßnahmen, um generellen Ängsten in diesem Alter vorzubeugen.

Das Thema Homeoffice hat sich während der Pandemie schnell etabliert und viele Unternehmen, deren Mitarbeitende ihrer Beschäftigung nie oder selten im häuslichen Umfeld nachgingen, sahen sich gezwungen, die Arbeitsplatzsituation umzustellen. Welchen besonderen psychischen Belastungen berufstätige Eltern mit Kindern zwischen 0 und 16 Jahren unter diesen Bedingungen ausgesetzt sind und welche gravierenden Veränderungen die Homeoffice-Tätigkeit für Arbeitnehmer/-innen und Führungskräfte mit sich bringt, untersucht *Jennifer Dülger* in ihrem Beitrag. Sie nimmt dabei im Rahmen einer Online-Befragung einen Vergleich zwischen erwerbstätigen Eltern mit und ohne vorheriger Homeoffice-Praxiserfahrung vor. Beide untersuchten Gruppen geben hohe psychische Belastungen an, sodass die Autorin in ihren Handlungsempfehlungen dezidierte Hinweise zur Arbeitsgestaltung gibt.

Auf eine andere Gruppe von Betroffenen der Pandemie konzentriert sich der Beitrag von *Peggy Grabowski*. Sie untersucht mittels Befragung die beeinflussenden Faktoren zum Stresserleben von Eltern in Nordrhein-Westfalen. Die psychosozialen Folgen für die Familien durch Stressbelastungen in der Krisensituation sind evident und können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, weshalb passende Bewältigungsstrategien notwendig sind. Die dargelegten sieben Hypothesen zum Thema beantwortet die Autorin konsequent und bietet am Schluss eine Handlungsempfehlung zur Förderung der Nutzung von Online-Resilienz-Trainings an.

Da Pflegende dem Coronavirus gezwungenermaßen näher sind als viele andere Erwerbstätige, fokussiert sich *Victoria Caler* in ihrem Beitrag auf weibliche Pflegekräfte in der stationären Altenpflege und untersucht deren psychologische Belastungsfaktoren in der ersten Pandemiewelle. Für diese Zielgruppe liegen inzwischen zahlreiche Forschungsergebnisse vor, weshalb die Autorin diese ihren neu gewonnenen Erkenntnissen kritisch gegenüberstellt. In ihrer quantitativen Querschnittsstudie bewertet sie bestimmte Risikofaktoren und analysiert die Belastungsfaktoren im Detail. Für die Pflegenden sieht die Autorin für die Zukunft dringenden Handlungsbedarf, der vorrangig auf der Makroebene gelöst werden sollte.

Marlen Sämann beschreibt schließlich, welche Auswirkungen die Pandemie auf das Wohlbefinden von ambulant versorgten Pflegebedürftigen

in der Gemeinde Klingenberg (Sachsen) in Abhängigkeit vom Kohärenzgefühl hat. So bietet das Konzept der Salutogenese immer wieder gute Ansatzpunkte für Studien, wie auch hier: Die Autorin konnte insbesondere bestätigen, welcher Zusammenhang zwischen den pandemiebedingten Einschränkungen, dem individuellen Belastungsempfinden, der Infektionsangst und auch dem Einsamkeitsgefühl sowie zwischen Wohlbefinden und Kohärenzgefühl besteht. Es wundert nicht, dass der spezielle Faktor Einsamkeit hier eine zentrale Rolle spielt, sodass im Ergebnis der Querschnittsstudie passende niedrigschwellige Angebote – auch digitaler Art – gefordert werden, um Krisensituationen in diesem Ausmaß angemessen zu bewältigen.

Ohne Frage widmen sich alle Beiträge in diesem Fachbuch rund um die Anforderungen der COVID-19-Pandemie einer äußerst wichtigen gesellschaftlichen Thematik. Der große Verdienst der Autorinnen kann darin gesehen werden, dass sie gerade in dieser intensiven Belastungssituation nebenberuflich erfolgreich ihr Fernstudium absolviert haben. Sie tragen durch ihre Abschlussarbeiten ihren gesellschaftlichen Teil dazu bei, Lösungsansätze für diese globale Herausforderung zu entwickeln. In den Beiträgen werden nicht nur die mit der Pandemie einhergehenden psychischen Belastungen, Ängste, Sorgen und Missstände kritisch reflektiert, sondern konkrete Handlungsempfehlungen vorgestellt. Durch das Fachwissen der Autorinnen aus den Bereichen Prävention, Psychologie und Gesundheitsökonomie ist so ein interdisziplinäres Fachbuch entstanden, das den Puls der Zeit trifft.

Wir bedanken uns an dieser Stelle – mit Stolz – ganz herzlich bei den Autorinnen, die sich auf mehrfacher Ebene für unsere Gesundheit einsetzen. Sie sind u. a. im Bereich Altenpflege, Krankenhaus oder Krankenkasse tätig und stellen damit die wesentliche Säule unseres Gesundheitssystems dar.

Prof. Dr. Johanne Pundt (Präsidentin der APOLLON Hochschule)

Prof. Dr. Viviane Scherenberg (Vizepräsidentin für Strategische Kooperationen und Transfer an der APOLLON Hochschule)

Wie robust sind die Gesundheitssysteme im Falle einer Pandemie?

JANINE MOSER

Gesundheitssysteme müssen im Pandemiefall vor einem „Versorgungskollaps“ bewahrt werden. Ein multimethodischer Ansatz beantwortet in folgendem Beitrag die Frage, wie robust die Gesundheitssysteme in Deutschland und den USA im Falle einer Pandemie sind und wie Digitalisierungsprozesse im Gesundheitswesen die zukünftige Gesundheitsversorgung im Pandemiefall unterstützen können. Hierbei wurden die nationalen Pandemiepläne miteinander verglichen, bevor mit einer selektiven Literaturrecherche deren Umsetzung überprüft wurde. Für den Vergleich wurde der WHO-Leitfaden „Pandemic Influenza Risk Management“ zugrunde gelegt, der den Ländern bei der nationalen Vorbereitung einer Pandemie helfen soll. Eine systematische Literaturanalyse konnte identifizieren, welche innovativen E-Health-Maßnahmen während der COVID-19-Pandemie eingesetzt werden und wo noch Verbesserungspotenzial besteht. Abschließend werden Handlungsempfehlungen für die Politik und Einrichtungen des Gesundheitswesens gegeben. Im Ergebnis zeigt sich, dass u. a. die Pandemiepläne überarbeitet werden müssten und andere Krankheitserreger in den Planungs- und Umsetzungsmaßnahmen mit einzubeziehen sind. Insgesamt sind eine Stärkung und Vernetzung des öffentlichen Gesundheitsdienstes indiziert. Bereits implementierte E-Health-Maßnahmen können eine schnellere Reaktion auf Bedrohungen ermöglichen.

Der Ausbruch des neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) mit seinem Beginn zum Jahresende 2019 verursachte eine weltweite Pandemie. Eine Pandemie ist laut Definition eine Epidemie, die mehrere Länder und Kontinente sowie viele Menschen einbezieht (vgl. Wandeler et al., 2018, S. 440). Am 11. März 2020 verzeichnete die WHO bereits mehr als 118.000 Fälle in 114 Ländern der Welt und 4.291 Menschen waren am Coronavirus verstorben. Zu diesem Zeitpunkt wurde der SARS-CoV-2-Ausbruch von der

WHO zur Pandemie erklärt (vgl. WHO, 2020), die die Welt vor außerordentliche Herausforderungen stellte.

Die Erkrankung durch das Coronavirus gehört zu den Infektionskrankheiten und löst bei den meisten Infizierten milde bis mittelschwere respiratorische Symptome aus, die folgenlos wieder abklingen können und keiner speziellen Behandlung bedürfen. Bei einigen Infizierten bilden sich jedoch schwere Verläufe aus. Dies betrifft vor allem ältere Personen sowie Infizierte mit Vorerkrankungen, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronischen Atemwegserkrankungen und Krebs (vgl. WHO, 2021). Impfstoffe sind inzwischen vorhanden und werden in einem langwierigen Prozess eingesetzt. Dafür wurden zunächst Prioritätsgruppen gebildet, um die Kapazitäten gerecht zu verteilen (vgl. BMG, 2021a). Faktoren wie ein Abklingen der Impfwirkung nach einiger Zeit und die damit einhergehenden Booster-Impfungen, Virusvarianten, die den Impfschutz herabsetzen sowie eine nicht ausreichende Anzahl von Bürger/-innen, die sich immunisieren lassen, erschweren das Erreichen einer Herdenimmunität. Diese wäre etwa bei einer Impfquote von 85 % erreicht und könnte die Pandemie damit beenden (vgl. BMG, 2021b). Mit dem Stand vom 20.11.2021 liegt die Impfquote der vollständig Geimpften in Deutschland allerdings bei nur 67,9 % (vgl. BMG, 2021c). Solange die Herdenimmunität nicht erreicht ist, bleibt nur die Kontrolle des Virus, um die Krankenhäuser und das Gesundheitssystem allgemein vor einem Versorgungskollaps zu bewahren. Dafür müssen die Bürger/-innen Kontakte auf ein Minimum reduzieren, Abstand halten, richtig und häufig die Hände waschen sowie die Husten- und Niesetikette einhalten (vgl. BzGA, 2021). In Deutschland und in den USA wurden im Pandemieverlauf weitergehend massive Einschränkungen des öffentlichen Lebens erlassen und Reisebeschränkungen eingeführt (vgl. BMG, 2021d; Chowell/Mizumoto, 2020, S. 1093).

Um die Gesundheitssicherheit auf internationaler Ebene zu kontrollieren, wurde 2019 erstmals der Global Health Security-Index (GHSI) veröffentlicht. Hierbei handelt es sich um eine weltweite Untersuchung des Centers for Health Security der Johns-Hopkins-Universität, der Nuclear Threat Initiative und der Economist Intelligence Unit, die den weltweiten Vorbereitungsstand zum Umgang mit Epidemien und Pandemien in

195 Ländern darstellt. Die Länder können in diesem Index einen Wert von 100 Punkten erreichen, dann gelten sie für Epidemien und Pandemien als optimal vorbereitet. Dem GHSI zufolge war vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie kein Land für eine Epidemie oder Pandemie vollständig (mit 100 Punkten) gerüstet. Jedoch erreichten die USA 83,5 der 100 Punkte und landeten damit auf dem ersten Platz. Deutschland hingegen erreichte lediglich 66 Punkte und konnte damit nur Platz 14 belegen (vgl. GHSI, 2019). Dennoch konnte sich durch die COVID-19-Pandemie zeigen, dass das US-amerikanische Gesundheitssystem dem Infektionsgeschehen des Coronavirus nicht standhalten konnte. Deutschlands Gesundheitssystem scheint hingegen robuster als zuvor angenommen.

1.1 Gesundheitssysteme im Vergleich

Die Gesundheitssysteme in Deutschland und den USA unterscheiden sich vor allem dadurch, dass in Deutschland vorrangig ein Sozialversicherungssystem mit einem geringen Privatanteil besteht (vgl. Schölkopf/Pressel, 2017, S. 56), während das US-amerikanische Gesundheitssystem generell auf freiwilliger Privatversicherung, oft angeboten über den Arbeitgeber, beruht. Hier ist ein geringerer Anteil an staatlicher Fürsorge zu finden (vgl. Schölkopf/Pressel, 2017, S. 86).

Die USA gelten hinsichtlich der Digitalisierung im Gesundheitswesen als fortschrittlich (vgl. Schmitt-Sausen, 2019), während Deutschland diesbezüglich noch als Nachzügler anzusehen ist (vgl. Haux et al., 2018; Thiel et al., 2018). Telemedizinische Angebote wie Doc-on-Demand-Plattformen und reguläre Video-Sprechstunden, elektronische Patientenakten sowie E-Rezepte, die direkt an die Apotheken versandt werden, sind nur einige der Angebote, die die US-Gesundheitsversorgung maßgeblich bestimmen (vgl. Schmitt-Sausen, 2019). Die Strategieberatungsfirma PwC kommt in der Studie „Effizienzpotenziale durch E-Health“ im Auftrag des Bundesverbands Gesundheits-IT und der CompuGroup Medical SE zu dem Ergebnis, dass das Potenzial von E-Health in Deutschland noch weitgehend ungenutzt ist (vgl. PwC, 2017, S. 12) und sich Spitzenleistung sowie insbesondere die Effizienz noch stark verbessern können (vgl. PwC, 2017, S. 138). Gerade in

einer Pandemie, die von Kontaktreduzierung und Abstandhalten geprägt ist, könnten E-Health-Angebote (z. B. in Form von Tele-(Intensiv)medizin, mHealth, Robotik und Künstliche Intelligenz sowie Chatbots) einen entscheidenden Beitrag für eine bessere Gesundheitsversorgung leisten.

1.2 Fragestellung und Methodik

Anhand eines multimethodischen Vorgehens soll in diesem Beitrag folgende Fragestellung beantwortet werden: **Wie robust sind die Gesundheitssysteme in Deutschland und den USA im Falle einer Pandemie und wie kann die Digitalisierung im Gesundheitswesen die zukünftige Gesundheitsversorgung im Pandemiefall unterstützen?**

Das Vorgehen zur Beantwortung der Frage soll in drei Schritten erfolgen: Zunächst werden die Pandemiepläne beider Länder verglichen, bevor im nächsten Schritt mithilfe einer selektiven Literaturrecherche aus Quellen wie u. a. des Robert Koch-Instituts (RKI), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), der WHO und der Johns-Hopkins-Universität die Umsetzung der Pandemiepläne überprüft wird. Abschließend wird eine systematische Literaturanalyse in den Datenbanken Pubmed, in der Sonderkollektion „Coronavirus (SARS-CoV-2)“ der „Cochrane Library“ und „The Lancet“ durchgeführt. Diese Recherche zeigt auf, welche innovativen Gesundheitstechnologie- und E-Health-Maßnahmen während der COVID-19-Pandemie bereits eingesetzt wurden und welche weiteren Technologien die Gesundheitssysteme im Pandemiefall unterstützen könnten. Damit hat die Analyse das Ziel, Lücken im System zu identifizieren und Handlungsempfehlungen für die Politik und Gesundheitseinrichtungen anzubieten, wie diese Auslassungen für zukünftige Pandemien geschlossen werden können.

Die Aktualität und Relevanz des Themas zeichnen sich insbesondere durch die weltweit kritische Lage durch die COVID-19-Pandemie aus sowie durch Faktoren wie die Globalisierung mit erhöhter Gefahr erneuter Pandemien.

Als Basis des Vergleichs der Pandemiepläne gilt der WHO-Leitfaden „Pandemic Influenza Risk Management“ aus dem Jahr 2017, der den Län-

dern bei der nationalen Vorbereitung einer Pandemie dienlich sein soll. 1999 wurde der Leitfaden erstmals veröffentlicht. 2005 sowie 2009, nach der H1N1-Influenza-Pandemie, wurde er überarbeitet. Bezüglich der Pandemie im Jahr 2009 kam der Prüfungsausschuss zu dem Ergebnis, dass die Welt kaum auf eine Influenzapandemie oder auch eine anders geartete Pandemie vorbereitet sei. Die Pandemieplanung der Länder galt als zu starr. Sie hatten sich nur auf Fälle mit einem hohen Schweregrad fokussiert und konnten die Ergebnisse folglich nicht an einen moderaten Verlauf anpassen. Mit dem aktuellen Leitfaden soll ein flexibles Vorgehen der Mitgliedstaaten im Pandemiefall erreicht werden (vgl. WHO, 2017, S. 8 ff.).

In der systematischen Literaturrecherche wurden Publikationen eingeschlossen, die Gesundheitstechnologien und E-Health-Maßnahmen in der COVID-19-Pandemie anwenden oder Potenzial für eine pandemische Anwendung haben. Um eine Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden Publikationen ab 2015 bis Juni bzw. Juli 2020 eingeschlossen. Englisch- und deutschsprachige Artikel wurden inkludiert, die sich auf den Einsatz bei Menschen beziehen. Publikationen aus aller Welt wurden dann eingeschlossen, wenn sie sich auf die Situationen in Deutschland und den USA anwenden lassen.

Die 65 abschließend eingeschlossenen Publikationen wurden in den Ergebnissen mithilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Dafür wurden Technologien identifiziert, die in dieser Pandemie bereits erfolgreich eingesetzt wurden wie auch solche, die Potenzial bieten, in der Zukunft im Pandemiefall angewandt zu werden. Die Kategorienbildung fand dabei induktiv statt und wurde demnach aus dem ausgewerteten Material abgeleitet (vgl. Mayring, 2015, S. 65). Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die Ergebnisse nicht auf vorab formulierten Theoriekonzepten basieren (vgl. Mayring, 2015, S. 67) und somit möglichst ergebnisoffen geforscht werden konnte. Es wurden folgende Kategorien gebildet: Telemedizin, Tele-Intensivmedizin, E-Health im Rettungsdienst und der Notfallversorgung, Künstliche Intelligenz und Robotik, Koordination und Vernetzung im Gesundheitswesen, epidemiologische Überwachung und Surveillance sowie mHealth (Mobile Health).

1.3 Ergebnisse und Interpretation

Die Ergebnisse setzen sich zusammen aus dem Vergleich der nationalen Pandemiepläne der USA und Deutschland und deren Umsetzung in der COVID-19-Pandemie sowie der systematischen Literaturrecherche zur Identifizierung von E-Health-Maßnahmen, die auf die beiden Gesundheitssysteme im Pandemiefall unterstützend einwirken können.

Die Forschungsfrage des vorliegenden Beitrags bezog sich einerseits auf die Robustheit des deutschen und des US-amerikanischen Gesundheitssystems im Falle einer Pandemie. Andererseits wurde untersucht, wie die Digitalisierung im Gesundheitswesen die zukünftige Gesundheitsversorgung im Pandemiefall unterstützen kann. In den nachfolgenden Unterkapiteln finden sich die Interpretationen der Ergebnisse zu den beiden genannten Aspekten wieder.

1.3.1 Robustheit der Gesundheitssysteme

Insbesondere das US-amerikanische Gesundheitssystem erwies sich aufgrund der hauptsächlich privaten Finanzierung der Gesundheitsleistungen, die nicht einheitlich geregelt ist (vgl. Schölkopf/Pressel, 2017, S. 86), im Pandemiefall als nicht robust gegen eine Verbreitung des Virus. Die US-Bevölkerung, die einen Krankenversicherungsschutz hat, muss bangen, bei einem Arbeitsplatzverlust ebendiesen Schutz zu verlieren. Die meisten US-Bürger/-innen sind privat versichert, wobei diese Versicherung häufig durch den Arbeitgeber angeboten wird (vgl. Berchick et al., S. 1 ff.). Das treibt die Menschen unter Umständen häufiger zur Arbeit, auch wenn sie Krankheitssymptome aufweisen, oder, im Falle der COVID-19-Pandemie, aufgrund von Kontakten zu (auch potenziell) Infizierten aus Infektionsschutzsicht zu Hause bleiben sollten. Eine Finanzierung ohne Versicherungsschutz scheint in den USA für den Großteil der Bevölkerung nicht möglich. Das US-amerikanische Gesundheitssystem ist eines der teuersten weltweit (vgl. World Bank Group, 2021; Schölkopf/Pressel, 2017, S. 86). Eine Eindämmung des Infektionsgeschehens ist unter diesen Aspekten der Mobilität auch bei Krankheitssymptomen und eigentlich indizierter Selbst-

isolation sowie dem Druck des Krankenversicherungsschutzverlustes nur schwer zu erreichen.

Das deutsche Gesundheitssystem weist zwar einen kleineren privaten Teil auf, ist aber im Allgemeinen einheitlich und solidarisch geregelt. Die Leistungen der Privaten Krankenversicherung (PKV) orientieren sich im Basistarif an den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt diese Leistungen fest (vgl. Schölkopf/Pressel, 2017, S. 60 f.). Die GKV arbeitet dabei nicht gewinnorientiert (vgl. Baas/Werthen, 2017, S. 182). Eine abschließende Finanzierung im Pandemiefall ist jedoch auch im deutschen Gesundheitssystem nicht im Vorfeld geklärt worden. Beide untersuchten Länder haben gemein, dass die Pandemiepläne hauptsächlich den Pandemiefall durch einen Influenza-Virus thematisieren. Der derzeitige COVID-19-Ausbruch zeigt, dass insbesondere auch andere Krankheitserreger Ursprung einer Pandemie sein können, weshalb diese in der zukünftigen Pandemieplanung unbedingt Berücksichtigung finden sollten.

Während die Gesundheitsausgaben in Deutschland 2018 bei rund 11,4 % vom BIP lagen, betragen sie in den USA schon rund 16,9 % (vgl. World Bank Group, 2021). Die neuesten in den USA verwendeten medizinischen Technologien und das hervorragend ausgebildete medizinische Personal haben demnach ihren Preis (vgl. Lammert, 2017, S. 69). In Deutschland werden die größtenteils einheitlichen Leistungen weitgehend von den Krankenkassen getragen (vgl. Schölkopf/Pressel, 2017, S. 56), während sich die angebotenen Leistungen für die US-Bevölkerung stark unterscheiden. Zudem ist ein großer Anteil der US-Amerikaner/-innen gar nicht versichert (8,5 % im Jahr 2018) (vgl. Berchick et al., 2019, S. 1 ff.). Die USA haben in der COVID-19-Pandemie zwar eingeführt, dass sich alle US-Bürger/-innen kostenlos auf das SARS-CoV-2-Virus testen lassen können (vgl. HHS, 2020), jedoch bedeutet das auch, dass aufgrund der Selbstbehalte und Zuzahlungen im Falle einer Behandlung enorme Kosten entstehen können. Neben dem Umstand, dass die Versicherungen in den USA häufig an die Arbeitsverhältnisse bzw. den Arbeitgeber gekoppelt sind, kommt dazu, dass im Krankheitsfall keine Fortzahlung des Lohns vorgeschrieben ist. Nur etwa die Hälfte der Arbeitnehmer/-innen erhält eine

solche Lohnfortzahlung (vgl. Schölkopf/Pressel, 2017, S. 88 f.). Unter Pandemiebedingungen kann das zur Folge haben, dass Arbeitnehmer/-innen im Falle eines positiven Testergebnisses nicht nur aus Angst vor einem Arbeitsplatzverlust weiterhin zur Arbeit gehen, sondern auch aus Sorge vor Gehaltseinbußen. Die Eindämmung eines Infektionsgeschehens wird somit weiter erschwert.

Zusätzlich besteht in den USA eine geringe Dichte von Krankenhausbetten mit 2,9 Betten pro 1.000 Einwohner. Deutschland liegt europaweit mit 8,0 Betten pro 1.000 Einwohner an der Spitze und weltweit auf Platz drei (vgl. OECD, 2019a). Die Intensivbettendichte in den USA beläuft sich auf 25,8 Betten pro 100.000 Einwohner, während sie in Deutschland sogar bei 33,9 liegt (vgl. OECD, 2019b). Somit kann das deutsche Gesundheitssystem stationär mehr Erkrankte versorgen, vorausgesetzt, diese Betten verfügen auch über das nötige Fachpersonal.

Die WHO untergliedert Pandemien in vier Phasen: (1) Die Interpandemie-Phase („Vorbereitung“) bezeichnet den Zeitraum zwischen Pandemien. (2) Die Alarm-Phase („Reaktion“) bezeichnet diejenige Phase, in der ein neuer Erreger beim Menschen identifiziert wird. Es folgen eine erhöhte Wachsamkeit und eine genaue Risikobewertung auf lokaler, nationaler und globaler Ebene. In der anschließenden (3) Pandemie-Phase breitet sich der Erreger global aus. Der Ausbruch muss folglich auch global überwacht werden. Nach Verringerung des globalen Risikos beginnt (4) die Übergangsphase („Erholung“). Maßnahmen können gelockert und die Wiederherstellung gestartet werden. Die jeweiligen einzuleitenden Maßnahmen werden vor allem national gesteuert, da die lokalen Ausbrüche stark voneinander abweichen können (vgl. WHO, 2017, S. 13 f.). Dafür kann der öffentliche Gesundheitsdienst eingesetzt werden.

Deutschland hat zwar einen öffentlichen Gesundheitsdienst, der für den öffentlichen Gesundheitsschutz und Prävention zuständig ist, dieser muss aber dringend modernisiert, besser vernetzt und wissenschaftlicher aufgestellt werden (vgl. Haserück, 2021, S. 1243). In den USA sollte diesbezüglich das CDC beleuchtet werden und inwiefern hier Aufgaben im Rahmen der öffentlichen Gesundheit, insbesondere in Hinblick auf ein Pandemie-Management, umgesetzt werden können.

In der Alarm-Phase („Reaktion“) sowie in der im Herbst 2021 immer noch akuten Pandemie-Phase sollte der öffentliche Gesundheitsdienst so vernetzt sein, dass eine schnelle Reaktion auf das Infektionsgeschehen möglich ist. Das ist nur erreichbar, wenn die Phase der Vorbereitung genutzt wird und sinnvolle Konzepte entwickelt und umgesetzt werden. Des Weiteren sollten in der Phase der Wiederherstellung nach der COVID-19-Pandemie die neu gewonnenen Erkenntnisse bestmöglich mit in die Pandemievorbereitung eingearbeitet werden.

1.3.2 Unterstützung durch Digitalisierung

Zur Analyse, wie Digitalisierung im Pandemiefall unterstützend sein kann, werden die Hauptziele der Pandemiepläne zugrunde gelegt. Dadurch soll zukünftig durch Maßnahmen die Ausbreitung der Infektionskrankheit verzögert, die Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung reduziert und die Versorgung erkrankter Personen sichergestellt werden (vgl. RKI, 2016).

In Bezug auf den SARS-CoV-2-Ausbruch sollten beispielsweise die E-Health-Maßnahmen zur Zielerreichung multidimensional gestaltet werden. Um die eben genannten Hauptziele zu erreichen, sollte ein besonderes Augenmerk auf der Kontaktminimierung sowie der effizienten Gesundheitsversorgung mit Fokus auf den Personalkapazitäten und einer Steuerung in die richtige Versorgungsform (ambulant, telemedizinisch, stationär, ggf. Intensivbehandlung) liegen.

Deutschland hat ein schwächer ausgebautes E-Health-System im Gegensatz zu den USA (vgl. Schmitt-Sausen, 2019; Haux et al., 2018; Thiel et al., 2018). Um auf zukünftige Pandemien reagieren und die Vorteile von E-Health nutzen zu können, sollte Deutschland beginnen, E-Health umfanglicher einzusetzen. Dafür müssen den Anbietern Anreize gesetzt werden. Dies könnte in Form von finanziellen Anreizen geschehen (z. B. Beteiligung der Krankenkassen/des Bunds an Implementierungsvorhaben von E-Health) oder durch Gesetze und Vorgaben. Die nationalen Pandemiepläne müssten dafür erweitert und aktualisiert werden.

Es hat sich außerdem gezeigt, dass bereits ausgebaute E-Health-Strukturen und -Module einfacher auf eine neue Pandemie-Situation angepasst werden können, wie das Beispiel Katalonien, Spanien, zeigt. Dort besteht ein gut ausgebautes E-Health-System, im Vergleich zum restlichen Europa. Am 15.03.2020 wurde in der Region der Notstand ausgerufen und bereits einen Tag später wurde mit der Implementation von E-Health-Strategien begonnen. Besonders hilfreich war dabei das Vorhandensein der Elektronischen Patientenakten in der Grundversorgung und Informations- und Kommunikationstechnologien, die bürokratische Prozesse erleichtern und Personal einsparen (und damit Kontakte minimieren und Infektionspotenzial senken) konnten. Wenige Tage später wurden mobile Lösungen vorgestellt, wodurch großflächig virtuelle Konsultationen ermöglicht werden konnten. Anfang April wurde ein KI-System implementiert, das alle Entlassungsberichte aus Notaufnahmen und Krankenhäusern automatisch auf prädisponierende Faktoren untersucht. Mit Beginn des Lockdowns in der Region am 16.03.2020 haben sich die vor Ort-Behandlungen bei Ärzten und Ärztinnen drastisch verringert und wurden systematisch durch Tele-Konsultationen ersetzt (vgl. Pérez Sust et al., 2020).

Triage und E-Health

Um für einen Pandemiefall gut vorbereitet zu sein, sollte zunächst die Triage mithilfe von E-Health-Möglichkeiten stattfinden, da hier potenziell infektiöse Kontakte minimiert und Patienten/Patientinnen direkt in die für sie richtigen Versorgungsangebote oder in die Quarantäne zu Hause gesteuert werden können. Für die Triage können sich im ersten Schritt besonders Chatbots eignen, die das Personal entlasten und bei der Diagnose unterstützen. Dabei handelt es sich um Computeranwendungen, die mit einem Nutzer/einer Nutzerin kommunizieren und das Gefühl übermitteln sollen, mit einem echten Menschen zu kommunizieren (vgl. Mornhinweg, 2018, S. 145 f.). Die Chatbot-Anwendung sollte dabei von zentraler Stelle angeboten werden, um die folgende Einsteuerung in das richtige Versorgungsangebot gewährleisten zu können. Hierfür könnte sich der öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland und in den USA die CDC eignen.

Notfallversorgung und E-Health

Die Notfallversorgung und der Rettungsdienst können beispielsweise durch E-Health-Maßnahmen gestärkt werden, da in diesen Settings ein potenzielles Ansteckungsrisiko im Pandemiefall besteht und auch die Ressourcen knapp sind. Die Notfallversorgung wird besonders bei schweren Fällen in Anspruch genommen. Ein Vorbildmodell aus Aachen, bei dem das Rettungsteam im Einsatz entscheiden kann, ob eine Konsultation mit einem/einer Tele-Notfallmediziner/-in ausreicht oder ob ein Notarzt/eine Notärztin an den Einsatzort zur Behandlung des Patienten/der Patientin gerufen wird, kann genutzt werden, die knappen Notarzt-Ressourcen zu schonen (vgl. Felzen et al., 2019). Die Schonung der Kapazitäten konzentriert sich dabei lediglich auf den ärztlichen Dienst, welcher per Tele-Modell zu einer Notfallversorgung dazugeschaltet wird. Rettungssanitäter-Personal sollte weiterhin ausreichend vorhanden sein. Dieses Vorzeige-Modell kann u. U. auch so eingesetzt werden, dass Notärzte und -ärztinnen in Quarantäne, die einen milden oder asymptomatischen Verlauf einer Infektionskrankheit aufweisen, aber arbeitsfähig sind, weiterhin eingesetzt werden können. Ein Einsatz am Ort des Geschehens wäre durch das Ansteckungsrisiko nicht möglich.

Notaufnahme und E-Health

Eine weitere Anlaufstelle bei symptomatischen Infektionen ist die Notaufnahme, deren Personal ohnehin häufig am Kapazitätslimit arbeitet. Daher ist eine effektive Triage besonders wichtig, die gleichzeitig das Ansteckungsrisiko senken kann. Telemedizin in der Notaufnahme wie in New York und Texas, USA, eingeführt, setzt dabei auf einen virtuellen Behandlungspfad, bei dem der Patient/die Patientin voruntersucht wird (durch Arzt-Assistenten/-Assistentinnen), die ärztliche Leistung aber, inkl. einer eventuellen Rezeptausstellung, über Telemedizin stattfindet (vgl. Chou et al., 2020, S. 335 ff.; McHugh et al., 2018, S. 472 ff.). Das E-Rezept hat darüber hinaus den Vorteil, dass Patienten und Patientinnen keine Apotheke aufsuchen müssen, wenn diese die verschriebenen Medikamente dem Patienten/der Patientin nach Hause liefert. Die minimierte Aufenthaltsdauer in der Notaufnahme senkt somit das Expositionsrisiko. Ebenso wie beim

Notarzt-Telemedizin-System liegt hier aber auch die Ressourcenschonung im Bereich der ärztlichen Tätigkeit, wenn Voruntersuchungen und Tests von Arzt-Assistenten/-Assistentinnen und vom Pflegepersonal geleistet werden. Die Funktion des Arzt-Assistenten/der Arzt-Assistentin ist in den USA bereits weit verbreitet, in Deutschland steckt sie jedoch erst durch spezielle Qualifizierungen in den Kinderschuhen.

Tele-Intensivmedizin

Aufgrund der möglicherweise langen Liegezeiten auf den Intensivstationen und des immensen Personalbedarfs auf ebendiesen (vgl. Striebel, 2017, S. 361) sollte ein Hauptaugenmerk auf entlastende E-Health-Maßnahmen auf den Intensivstationen gelegt werden. Hierzu eignet sich das Konzept der Tele-Intensivmedizin, welches zum einen das Personal entlastet (vgl. Deisz et al., 2016, S. 350 ff.) und zum anderen eine erweiterte Fachexpertise auf die Station bringen kann (vgl. Marx/Deisz, 2015, S. 120). Damit bekommen ebenso abgelegene und kleine Kliniken im Pandemiefall Unterstützung, vor allem in Hinblick auf nicht allzu kritische Patientenlagen. Dies kann insbesondere vor dem Hintergrund von Personalausfällen aufgrund des Infektionsgeschehens von Bedeutung sein, es kann aber auch die Intensivkapazitäten erhöhen, da Kompetenzen gebündelt und ortsunabhängig abgegeben werden können. Unter Umständen können auf diese Weise auch die Kapazitäten erhöht werden, wenn Personal eingesetzt wird, welches keine oder wenig Intensivfahrung besitzt, jedoch durch gute Anleitung eines Tele-Mediziners/einer Tele-Medizinerin oder einer erfahrenen Tele-Pflegekraft unterstützt werden kann. Basis dafür ist zum einen die E-Health-Ausstattung, z. B. durch Videokameras oder E-Health-Fallwagen, zum anderen aber auch durch die intensivmedizinische apparative Ausstattung, die in ausreichender Menge vorhanden sein muss.

Das Konzept der Tele-Intensivmedizin kann unter Umständen auch auf allen weiteren Stationen oder in der ambulanten Versorgung angewandt werden, um das Personal effizienter einzusetzen. Einen großen Vorteil bietet das Konzept zudem vor dem Hintergrund, dass asymptomatisches Personal (oder ggf. Personal mit milden Symptomen) aus der Quarantäne von zu Hause arbeiten kann. Gleiches gilt für das Personal, welches auf-

grund von Kindergarten- und Schulschließungen in der Pandemie nicht den Arbeitsplatz aufsuchen kann.

Robotik

Roboter, die sich in den Behandlungszimmern bewegen und als Face-to-face-Kommunikator mit einem/einer Tele-Mediziner/-in fungieren (vgl. Becevic et al., 2015, S. 1 ff.), können die Telemedizin verbessern. Im Allgemeinen konnten Projekte zur Robotik in den Ergebnissen dieser ThESIS kaum identifiziert werden, wenngleich Roboter in Japan bereits eingesetzt werden und Pflege Tätigkeiten unterstützen. Sie können z. B. beim Umbetten von Patienten/Patientinnen helfen (vgl. Huss, 2019, S. 73) und so ein nosokomiales Ansteckungsrisiko durch infektiöse Patienten/Patientinnen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen reduzieren. Auch Roboter, die Vitalparameter messen, wie von Dol et al. (2017) beschrieben, könnten Ansteckungsrisiken minimieren und sich für die Diagnostik in Pandemien eignen. Hospitalisierte Patienten und Patientinnen leben während ihres Aufenthalts aufgrund der Infektiosität weitgehend in Isolation. Hier könnte über einen Einsatz von Robotern als emotionaler Ersatz nachgedacht werden, um ohnehin schon belastete Patienten/Patientinnen die Zeit im Krankenhaus zu erleichtern und zu einem verbesserten Genesungsprozess beizutragen (vgl. Logan et al., 2019, S. 9).

mHealth (Mobile Health)

mHealth-Systeme können besonders in der Versorgung chronischer Erkrankungen Unterstützung bieten. Die Systeme müssen dabei bereits implementiert sein und in den Patientengruppen Anwendung finden, um im Pandemiefall eine Stütze darstellen zu können. Wenn sie bereits umgesetzt sind, können sie – wie bei Ranscombe (2020) beschrieben – ganze Patientengruppen nahezu komplett online betreuen. Dies ist besonders vor dem Hintergrund relevant, dass bei Infektionskrankheiten u. a. chronisch Erkrankte häufig das größte Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf aufweisen. Ebenso können diese Patientengruppen über mHealth-Systeme erreicht werden, um ihnen mitzuteilen, ob sie ggf. zu einer Risikogruppe gehören. Auch Aufklärungsarbeit, wie vom NHS bei rheumatischen Pa-

tienten/Patientinnen aufgeführt (vgl. Bateman et al., 2020, S. e315), kann dann über solche Techniksysteme stattfinden. Das trägt dazu bei, dass Ängste in der Bevölkerung durch ebendiese Aufklärung gesenkt werden, was wiederum die Kapazitäten durch unnötige Kontakte und Nachfragen in Gesundheitseinrichtungen schont.

IT-Ausstattung und Künstliche Intelligenz

Auch die IT-Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen kann bei einer Pandemie hilfreich sein. Je mehr Daten vorhanden sind, desto besser können diese mittels Künstlicher Intelligenz ausgewertet werden (vgl. Drew et al., 2020; Krausz et al., 2020). So kann eine Krankheit mit ihren Symptomen und Auswirkungen verstanden und Behandlungen angepasst werden. Die Erkenntnisse können dann zentral (z. B. in Deutschland durch das RKI oder in den USA durch das CDC) aufgearbeitet und Ärzten/Ärztinnen, Pflegepersonal und anderen Beteiligten per mHealth auf ihre Smartphones zur Verfügung gestellt werden. Ein solches System konnte in der Kinderklinik der Universität Genf in der COVID-19-Pandemie bereits realisiert werden (vgl. Zamberg et al., 2020). Auf diese Weise sind alle Einrichtungen und das Personal bezüglich der pandemischen Lage und der daraus resultierenden Erkrankungen auf dem gleichen Kenntnisstand und können so ihre Behandlungsstrategien optimieren. Ein weiterer Vorteil besteht zudem darin, dass jegliche Einrichtungen, egal welcher Größe, über dasselbe Wissen verfügen, Versorgungsunterschiede minimiert werden und die evidenzbasierte Medizin gestärkt wird.

Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen

Um mehr Daten zu sammeln, ist es wichtig, möglichst viele Einrichtungen miteinander zu vernetzen. Dies sollte nicht nur innerhalb von z. B. Klinikketten möglich sein, sondern im optimalen Fall landesweit geschehen. Im Pandemiefall könnte sogar eine Vernetzung über die Landesgrenzen hinweg sinnvoll sein. Eine Umsetzung solch einer globalen Idee stößt sicher unter datenschutzrechtlichen und politischen Gründen an ihre Grenzen. Eine umfassende Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen erleichtert jedoch Weiterbehandlern, wie z. B. Hausärzten und -ärztinnen, die Arbeit,

da alle Daten zur vorherigen Behandlung einsehbar sind, eine Weiterbehandlung per Videokonsultation erleichtert wird und Kontakte in den Arztpraxen reduziert werden können.

Die Einordnung der Ergebnisse im wissenschaftlichen Kontext ergibt, dass die eingeschlossenen Publikationen aktuell sind, ihr Evidenzlevel aber von hoch (z. B. die Systematic Reviews der Cochrane Library) bis niedrig (z. B. kleine Fallserien) schwankt. Es konnte jedoch ein Konsens in den meisten Studien festgestellt werden, dass E-Health-Maßnahmen erfolgversprechend sind. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass sie die Gesundheitssysteme im Pandemiefall unterstützen und dabei die Ausbreitung der Infektionskrankheit verzögern, die Morbidität und Mortalität reduzieren und die Versorgung erkrankter Personen sicherstellen können.

Zusammenfassend kann aufgezeigt werden, dass mit den beiden Eckpfeilern Krankenversicherung und öffentlicher Gesundheitsdienst die untersuchten Gesundheitssysteme von Deutschland und den USA für den Pandemiefall gestärkt werden könnten. Was bis hierhin jedoch noch nicht abgebildet wurde, ist das große Problem der Ressourcenknappheit und notwendigen Kontaktminimierung in einer Pandemie, wofür die Digitalisierung im Gesundheitswesen einen entscheidenden Beitrag leisten kann. Im nachfolgenden Kapitel werden diesbezügliche Handlungsempfehlungen gegeben.

1.4 Handlungsempfehlungen

Die Herausforderungen, denen Gesundheitssysteme und -einrichtungen im Pandemiefall ausgesetzt sind, bedürfen einer multidimensionalen Herangehensweise. Zunächst sollten die Gesundheitssysteme auf eine robuste Basis gestellt werden, um die Gesundheitsversorgung während einer Pandemie gewährleisten zu können. Eine solche Basis fehlt beispielsweise in Teilen der USA. Generell gibt es dort eine hervorragende medizinische Versorgung, dennoch besteht insbesondere das Problem der vielen Nicht-versicherten, wodurch jene Versorgung nicht gänzlich für die gesamte Bevölkerung zugänglich gemacht wird.

Die Pandemiepläne sollten überarbeitet und die Möglichkeit von Pandemien mit Erregern abseits des Influenzavirus miteinbezogen werden. Ebenso sollten die neu gewonnenen Kenntnisse aus der COVID-19-Pandemie mit aufgenommen werden. In Deutschland sind eine Stärkung und Vernetzung des öffentlichen Gesundheitsdienstes indiziert. Eine entsprechende Umsetzung in den USA seitens der CDC oder ggf. einer anderen Institution wäre zu prüfen.

Weiterhin können vielfältige E-Health-Maßnahmen geeignet sein, im Pandemiefall die Versorgung zu unterstützen, Personalkapazitäten zu schonen und umzuschichten sowie Kontakte zu minimieren. Aus dieser Minimierung der Kontakte ergeben sich weiterhin Einsparungen an persönlicher Schutzkleidung und Desinfektionsmitteln, die in einer Pandemie, besonders zu Beginn, knapp sein können. Die systematische Literaturrecherche hat zudem ergeben, dass Länder und Einrichtungen in der COVID-19-Pandemie häufig schnell reagieren konnten, wenn sie erstens zu Pandemiebeginn bereits ein gut ausgebautes E-Health-System hatten (wie z. B. in Katalonien, Spanien) (vgl. Pérez Sust et al., 2020), oder zweitens bereits implementierte E-Health-Module in der Pandemie anpassen konnten. Deswegen wird als dringender Handlungsbedarf angesehen, die E-Health-Systeme Deutschlands und der USA weiter auszubauen, um im Pandemiefall auf diese Basis zurückgreifen zu können. Bei allen folgenden Konzeptionen von E-Health-Maßnahmen in der Regelversorgung sollte gleichzeitig auch eine Modellierung in Hinblick auf Pandemien mit bedacht werden. So können die Systeme direkt und ohne Vorbereitungszeit in einer Art „Pandemiemodus“ im Bedarfsfall genutzt werden.

Eine strukturelle Veränderung der Gesundheitssysteme ist schwer umzusetzen und hat vom Planungs- und Umsetzungsaufwand einen enormen zeitlichen Rahmen. Als kurzfristige Lösung sollte dementsprechend mit einer Umsetzung von E-Health-Maßnahmen in Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Kliniken, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen und im Rettungsdienst begonnen werden. Im Pandemiefall sollte die generelle Gesundheitsversorgung schnell weitestgehend auf digitale Angebote umgestellt werden können. Hierfür ist eine Etablierung in der Routineversorgung sinnvoll. Diese ist, im Gegensatz zu einer Neuimplementierung,

während einer Pandemie schnell ausbaufähig und veränderbar. Folgende Kapazitäten werden als sinnvoll erachtet und sollten in Gesundheitseinrichtungen auf eine Möglichkeit der Umsetzung überprüft werden:

- 1. Versorgung chronisch Kranker mithilfe von Telemedizin und mHealth**
 - Tracking der Krankheitsaktivität mit evtl. Messung relevanter Vitalparameter
 - Edukation der Patienten und Patientinnen durch gezielte Informationen zum Infektionserreger und die Auswirkungen auf die Grunderkrankung
 - Kommunikationsmöglichkeiten mit dem Arzt/der Ärztin und dem Praxispersonal
- 2. Stärkung der Personalkapazitäten und Fachexpertise**
 - Einsatz von Robotik für personalentlastende Tätigkeiten (z. B. Umbetten)
 - Telemedizin zum effektiven Einsatz von Personal (auch aus deren Zuhause)
 - Implementation von Tele-Intensivmedizin zur Stärkung der Personalkapazitäten und Fachexpertise
 - Anwendung des Tele-Intensivmedizin-Konzepts auf anderen Stationen
- 3. Versorgung besonders vulnerabler Gruppen auf Intensivstationen**
 - Stärkung auch kleinerer Kliniken durch ärztliche und pflegerische Tele-Intensivmediziner/-innen (damit einhergehende Reduzierung von Krankentransporten und somit Senkung von Infektionsrisiken)
 - Einsatz von Robotern und Videotelefonie zum psychosozialen Kontakt
- 4. Steuerung von Patienten und Patientinnen in die richtigen Versorgungsangebote (z. B. Intensivstationen)**
 - Triage in der Notaufnahme

- Triage in der Notfallversorgung und im Rettungsdienst
- Triage in Arztpraxen, Krankenhäusern, Arzttruf etc.
- Nutzung von Chatbots zur Ersteinschätzung
- Entwicklung eines darauf aufbauenden Behandlungssystems (möglichst online, z. B. im ambulanten Bereich, Rückruf per Videotelefonie, Einsatz von E-Rezepten; oder im stationären Bereich eine Erstdiagnostik bei unkritischen, infektiösen Patienten/Patientinnen im Tele-Behandlungszimmer mit möglichst wenig Personalkontakt)

5. Schulung des medizinischen Personals und Austausch untereinander

- Aufbereitung wissenschaftlicher Erkenntnisse (die sich im Pandemiefall schnell erneuern), evidenzbasierte Medizin für alle
- Vernetzung der verschiedenen Fachgruppen

6. Koordination und Vernetzung von Abteilungen und Einrichtungen des Gesundheitswesens

- fachübergreifende Vernetzung in einer Einrichtung
- Vernetzung verschiedener Standorte
- Vernetzung verschiedener Einrichtungen
- Vernetzung aller Einrichtungen des Gesundheitssystems

7. Partizipation von Angehörigen

- Teilnahme an Visiten
- Arztgespräche
- E-Tagebücher

Bei allen aufgeführten Maßnahmen sind immer die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der Datenschutz, insbesondere der Schutz sensibler Patientendaten, zu beachten. Bei den Handlungsempfehlungen sollte zudem der Zeitrahmen berücksichtigt werden. Ein kurzfristiges Ziel (Umsetzung innerhalb eines Jahres) kann eine Umsetzung der Maßnahmen innerhalb einer Einrichtung sein. Ein mittelfristiges Ziel (1–3 Jahre) ist eine Umsetzung von Maßnahmen an verschiedenen Standorten eines Klinikkonzerns.

Langfristig (> 3 Jahre) sollte eine bundesweite, von den Regierungen organisierte Umsetzung einer Komplettlösung, mit dem Ziel der Vernetzung aller Einrichtungen im Gesundheitswesen, angestrebt werden. Hierfür sollten vor allem die politischen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Zudem kann ein ganzheitliches, staatlich organisiertes Gesundheitssystem dafür hilfreich sein.

1.5 Fazit und Ausblick

E-Health scheint geeignete Konzepte zu beinhalten, die Gesundheitssysteme im Pandemiefall unterstützen können. Dies vor allem, da die Versorgung von Patienten/Patientinnen ohne Ansteckungsrisiko von zu Hause stattfinden kann, besonders vulnerable Patientengruppen geschützt und Personalkapazitäten geschont und effektiver eingesetzt werden können. Digitale Triage kann die Patienten und Patientinnen direkt in die für sie richtigen (digitalen) Versorgungsformen steuern. Auch können Angehörige auf Wunsch in den Behandlungsprozess integriert werden, ohne dafür vor Ort sein zu müssen. Zudem kann die evidenzbasierte Medizin gestärkt und für alle an der Versorgung Beteiligten zugänglich gemacht werden.

Aufgrund der nötigen Mehrdimensionalität von E-Health sollte ein ganzheitliches Konzept angestrebt werden, welches sich bereits in der Routineversorgung etabliert und im Pandemiefall schneller ausgebaut werden kann. Dafür sollte die kommende Interpandemie-Phase umfassend genutzt werden. Alle digitalen Routineversorgungskonzepte sollten so konzipiert werden, dass eine Erweiterung im Pandemiefall bereits mit bedacht wird. Die nationalen Pandemiepläne sollten überarbeitet werden und digitale Lösungen aufnehmen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen, die limitierend auf die Ausgestaltung wirken können, sind dabei zu beachten.

In den USA scheint eine Komplettlösung aufgrund der vielen verschiedenen und vornehmlich privaten Anbieter von Gesundheitsleistungen schwieriger umzusetzen zu sein. Zudem sind die USA zwar im Hinblick auf die Ausstattung mit E-Health-Maßnahmen bereits heute besser aufgestellt (vgl. Schmitt-Sausen, 2019), die strukturellen Probleme im Gesundheitssystem, wie etwa die hohe Anzahl der Nichtversicherten, die Kopplung

der Krankenversicherungen an die Arbeitsverhältnisse der Versicherten und daneben die teuren Gesundheitsleistungen, wirken sich insbesondere im Pandemiefall negativ auf die Anstrengungen zur Eindämmung einer Pandemie aus. Die Lösung jener Probleme benötigt aufgrund ihrer Schwierigkeit einen längeren Zeithorizont.

Deutschland hat bezüglich E-Health-Maßnahmen zwar einen großen Nachholbedarf (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2018), besitzt jedoch durch die ungenutzten Ressourcen auch eine Chance, in einer nachfolgenden Pandemie sich auf diese besser vorzubereiten. Zweifellos stellt sich die Implementation einer Komplettlösung auch hier als schwieriges Unterfangen dar, welches primär auf Bundesebene gestartet werden sollte. Die Chancen einer Reorganisation bzw. Weiterentwicklung in der Interpandemie-Phase sollte in Deutschland von den zuständigen Akteuren aus Politik, dem G-BA, der GKV und PKV sowie den an der Gesundheitsversorgung maßgeblich beteiligten Institutionen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst ergriffen und umgesetzt werden. Deutschland hat dafür – wie die Analyse zeigen konnte – die besseren Voraussetzungen als die USA, da die Gesundheitsversorgung zentral organisiert wird.

Da eine Pandemie weltweit auftritt, sollte in einem nächsten Forschungsschritt der Frage nachgegangen werden, inwiefern sogar internationale digitalisierte Lösungen sinnvoll sind und wie diese ggf. in den beiden untersuchten Gesundheitssystemen umgesetzt werden könnten.

Literatur

- Baas, J./Werthen, B. (2017). *Ziel und aktuelle Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung: Was treibt Krankenkassen an?* In: Thielscher, C.: Medizinökonomie 2. Unternehmerische Praxis und Methodik. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 177–208.
- Bateman, J./Mulherin, D./Hirsch, G./Venkatachalam, S. et al. (2020). *Rapid distribution of information by SMS-embedded video link to patients during a pandemic*. The Lancet Rheumatology, 2 (6), S. e315–e316.
- Becevic, M./Clarke, M. A./Mohammed, M. A./Sohal, H. S. et al. (2015). *Robotic Telepresence in a Medical Intensive Care Unit – Clinicians' Perceptions*. Perspectives in Health Information Management, (12), S. 1–8.

- Berchick, E. R./Barnett, J. C./Upton, R. D. (2019). *Health Insurance Coverage in the United States: 2018. Current Population Reports*. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2019/demo/p60-267.pdf> (18.10.2021).
- Bertelsmann Stiftung (2018). *Digital Health Index*. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektthemen/smarthealthsystems/digital-health-index> (18.10.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021a). *Impfstoffverteilung*. <https://www.zusammengegegenocorona.de/impfen/logistik-und-recht/impfstoffverteilung/> (21.11.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021b). *Impfquote*. <https://www.zusammengegegenocorona.de/impfen/logistik-und-recht/impfquote/> (21.11.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021c). *Aktueller Impfstatus*. <https://impfdashboard.de> (21.11.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021d). *Coronavirus SARS-CoV-2: Chronik der bisherigen Maßnahmen*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html> (18.10.2021).
- BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2021). *Alltag in Zeiten von Corona: Schutz durch AHA+L+A*. <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/alltag-in-zeiten-von-corona/> (03.11.2021).
- Chou, E./Hsieh, Y.-L./Wolfshohl, J./Green, F. et al. (2020). *Onsite telemedicine strategy for coronavirus (COVID-19) screening to limit exposure in ED*. *Emergency Medical Journal*, 37 (6), S. 335–337.
- Chowell, G./Mizumoto, K. (2020). *The COVID-19 pandemic in the USA: what might we expect?* *The Lancet*, 395 (10230), S. 1093–1094.
- Deisz, R./Dahms, D./Marx, G. (2016). *Tele-Intensivmedizin*. In: Fischer, F./Krämer, A. (Hrsg.): *eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 347–362.
- Dol, J./Delahunty-Pike, A./Siani, S. A./Campbell-Yeo, M. (2017). *eHealth interventions for parents in neonatal intensive care units: a systematic review*. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15 (12), S. 2981–3005.
- Drew, D. A./Nguyen, L. H./Steves, C. J./Menni, C. et al. (2020). *Rapid implementation of mobile technology for real-time epidemiology of COVID-19*. *Science*, 368 (6497), S. 1362–1367.
- Felzen, M./Beckers, S. K./Kork, F./Hirsch, F. et al. (2019). *Utilization, Safety, and Technical Performance of a Telemedicine System for Prehospital Emergency Care: Observational Study*. *Journal of Medical Internet Research*, 21 (10), S. e14907.
- GHSI – Global Health Security Index (2019). *2019 Global Health Security Index*. <https://www.ghsindex.org> (18.10.2021).
- Haserück, A. (2021). *Öffentlicher Gesundheitsdienst: Stärkung dringend erforderlich*. *Deutsches Ärzteblatt*, 118 (25), S. A1243.
- Haux, R./Ammerwerth, E./Koch, S./Lehmann, C. U. et al. (2018). *A Brief Survey on Six Basic and Reduced eHealth Indicators in Seven Countries in 2017*. *Applied Clinical Information*, 09 (03), S. 704–713.

- HHS – US Department of Health & Human Services (24. August 2020). *Community-Based Testing Sites for COVID-19*. <https://www.hhs.gov/coronavirus/community-based-testing-sites/index.html> (18.10.2021).
- Huss, R. (2019). *Künstliche Intelligenz, Robotik und Big Data in der Medizin*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Krausz, M./Westenberg, J. N./Vigo, D./Spence, R. T. et al. (2020). *Emergency Response to COVID-19 in Canada: Platform Development and Implementation for eHealth in Crisis Management*. JMIR Public Health Surveillance, 6 (2), S. e18995.
- Lammert, C. (2017). *Ein historischer Erfolg: Obama und die Reform des Gesundheitssystems*. Zeitschrift für Außen- und Sicherheitspolitik, (10), S. 65–80.
- Logan, D. E./Breazeal, C./Goodwin, M. S./Jeong, S. et al. (2019). *Social Robots for Hospitalized Children*. Pediatrics, 144 (1), S. e20181511.
- Marx, G./Deisz, R. (2015). *Telemedizin*. In: Marx, G./Muhl, E./Zacharowski, K./Zeuzem, S. (Hrsg.): Die Intensivmedizin. 12., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 119–125.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- McHugh, C./Krinsky, R./Sharma, R. (2018). *Innovations in Emergency Nursing: Transforming Emergency Care through a Novel Nurse-Driven ED Telehealth Express Care Service*. Journal of Emergency Nursing, 44 (5), S. 472–477.
- Mornhinweg, N. (2018). *Intelligente Chatbots im Gesundheitswesen – Prozessoptimierung im Gesundheitsbereich, von der Dienstleistung bis hin zum Controlling*. In: Pfanstiel, M. A./Straub, S. (Hrsg.): Dienstleistungscontrolling in Gesundheitseinrichtungen. Aktuelle Beiträge aus Wissenschaft und Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 143–160.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2019a). *Hospital beds*. <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm> (18.10.2021).
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2019b). *Intensive care beds capacity*. <https://www.oecd.org/coronavirus/en/data-insights/intensive-care-beds-capacity> (18.10.2021).
- Pérez Sust, P./Solans, O./Fajardo, J./Medina Peralta, M. et al. (2020). *Turning the Crisis Into an Opportunity: Digital Health Strategies Deployed During the COVID-19 Outbreak*. JMIR Public Health Surveillance, 6 (2), S. e19106.
- PwC – PricewaterhouseCooper (2017). *Effizienzpotentiale durch eHealth. Studie im Auftrag des Bundesverbands Gesundheits-IT – bvitg e.V. und der CompuGroup Medical SE*. <https://www.strategyand.pwc.com/de/de/industrie-teams/gesundheitswesen/potentiale-ehealth/effizienzpotentiale-durch-ehealth.pdf> (18.10.2021).
- Ranscombe, P. (2020). *How diabetes management is adapting amid the COVID-19 pandemic*. The Lancet Diabetes & Endocrinology, (20), S. 1.
- RKI – Robert Koch-Institut (2016). *Epidemiologisches Bulletin*. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2296/29IKHaQA1Jx72.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (18.10.2021).

- Schmitt-Sausen, N. (2019). *USA: Gesundheitswesen im Fokus*. Deutsches Ärzteblatt, 116 (4). <https://www.aerzteblatt.de/archiv/204771/USA-Gesundheitswesen-im-Fokus> (18.10.2021).
- Schölkopf, M./Pressel, H. (2017). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik*. Berlin: MWV – Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Striebel, H. W. (2017). *Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin. Für Studium und Ausbildung*. 9., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Thiel, R./Deimel, L./Schmidtman, D./Piesche, K. et al. (2018). *#SmartHealthSystems Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Wandeler, G./Marschall, J./Gastmeier, P./Lagler, H. (2018). *Infektionskrankheiten*. In: Egger, M./Razum, O./Rieder, A. (Hrsg.): *Public Health kompakt*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin/Boston: De Gruyter, S. 437–481.
- WHO – World Health Organization (2021). *Coronavirus disease (COVID-19)*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 (03.11.2021).
- WHO – World Health Organization (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020> (18.10.2021).
- WHO – World Health Organization (2017). *Pandemic Influenza Risk Management. A WHO guide to inform & harmonize national & international pandemic preparedness and response*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-IHM-GIP-017-1> (18.10.2021).
- World Bank Group (2021). *Current health expenditure (% of GDP)*. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?most_recent_value_desc=true (17.11.2021).
- Zamberg, I./Manzano, S./Posfay-Barbe, K./Windisch, O. et al. (2020). *A Mobile Health Platform to Disseminate Validated Institutional Measurements During the COVID-19 Outbreak: Utilization-Focused Evaluation Study*. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6 (2), S. e18668.

2

Schwangerschaft während der Coronakrise – Managementkonzept zur ambulanten Versorgung

VIKTORIA JOKISCH

Die COVID-19-Pandemie hat zahlreiche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem; so kam es bisher auch zu Einschränkungen in der stationären und ambulanten Patientenversorgung. Der vorliegende Beitrag widmet sich der besonderen Patientinnengruppe der Schwangeren, die während ihrer Schwangerschaft an COVID-19 erkrankt waren. Interviews von betroffenen Patientinnen zeigen eine unzureichende ambulante Versorgung zu Beginn der COVID-19-Pandemie im März/April 2020. Ergänzend wird untersucht, inwiefern die damals aktuellen Handlungsempfehlungen des *German Board and College of Obstetrics and Gynecology* für Schwangere umgesetzt wurden. Durch Integration der gewonnenen Ergebnisse in das Throughput-Modell wird die ambulante Versorgung dargestellt und Versorgungslücken werden aufgedeckt. Das aus diesen Ergebnissen abgeleitete Managementkonzept für Schwangere beinhaltet einen Leitfaden für Gesundheitsdienstleister mit dem Ziel einer verbesserten ambulanten Versorgung durch ein einheitliches und strukturiertes Vorgehen.

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie lagen kaum Informationen zu dem Umgang mit und der Therapie des hochinfektösen neuartigen Virus vor. Dies führte zu Unsicherheiten in der gesamten Bevölkerung (vgl. Seitz, 2020, S. 31 ff.), was auch besonders im ambulanten Bereich des Gesundheitssystems spürbar war. Patienten und Patientinnen sagten u. a. ihre Termine ab. Je nach Fachrichtung gab es im Vergleich zum Vorjahreszeitraum Ende März 2020 einen Rückgang der ambulanten Fallzahlen zwischen 37–64 % (vgl. Mangiapane et al., 2020, S. 7 f.). Um diesem Versorgungsproblem nachzugehen, widmet sich der vorliegende Beitrag der Patientinnengruppe der Schwangeren in dieser belastenden Zeit. Diese müssen sich bereits ohne eine Pandemie mit verschiedenen Ängsten wie z. B. Schwangerschaftsproblemen, Frühgeburten oder dem Geburtsvorgang auseinandersetzen (vgl. Schuster, 2015, S. 238). Ausgerechnet bei dieser be-

sonderen Patientinnengruppe konnten nur nach und nach Empfehlungen ausgesprochen werden, da es weltweit zunächst wenig Fälle von Schwangeren gab, die an COVID-19 erkrankt waren. Mithilfe erster retrospektiver Studien an bereits an COVID-19 erkrankten Schwangeren konnten neue wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich des Krankheitsverlaufs und des Outcomes gewonnen werden (vgl. Kleinwechter/Laubner, 2020, S. 242 ff.). In Deutschland wurden die bekannten Informationen und daraus resultierende Empfehlungen zum Verhalten in der Schwangerschaft schrittweise u. a. durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) gemeinsam mit weiteren Fachgesellschaften als *German Board and College of Obstetrics and Gynecology* (GBCOG) ab März 2020 veröffentlicht (vgl. GBCOG, 2020a; Hagenbeck et al., 2020a; Hagenbeck et al., 2020b).

Aufgrund der bisher genannten Schwierigkeiten soll die ambulante Versorgungssituation der an COVID-19 erkrankten Schwangeren im März/April 2020 im Folgenden genauer betrachtet werden. Erkenntnisse zur tatsächlich vorliegenden ambulanten Versorgungssituation sowie die Anwendung der Handlungsempfehlungen des GBCOG sind in Kapitel 2.1 dargestellt. In Kapitel 2.2 wird anschließend die ambulante Versorgungssituation der Schwangeren mithilfe des systemtheoretischen Throughput-Modells auf Basis der bisherigen Erkenntnisse aufgearbeitet und dargestellt. Das Ziel hierbei ist es, neue Erkenntnisse auf Basis der bisher gemachten Erfahrungen und Empfehlungen zu Beginn der COVID-19-Pandemie für ein optimales Management der ambulanten Versorgung schwangerer Frauen abzuleiten (vgl. Kapitel 2.3). Diese Erkenntnisse erscheinen für potenzielle zukünftige Pandemiesituationen mit ähnlichen Virenerkrankungen besonders relevant.

2.1 Ambulante Versorgungsstruktur der an COVID-19 erkrankten Schwangeren

Zur Erhebung der tatsächlich vorliegenden ambulanten Versorgungsstruktur an COVID-19 erkrankter Schwangerer im März/April 2020 wurden exemplarisch vier Interviews mit betroffenen Frauen dieser Patien-

tinnengruppe im September/Oktober 2020 durchgeführt. Darin wurden detaillierte Fragen zum Krankheitsverlauf, der ambulanten Versorgungssituation sowie deren Wahrnehmung und der Umsetzung der Handlungsempfehlungen des GBCOG gestellt.

Das Alter der vier interviewten Schwangeren lag zum Zeitpunkt der Durchführung zwischen 25 und 32 Jahren. Die Erkrankung trat zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Schwangerschaft auf: jeweils einmal im ersten und im zweiten Trimester sowie zweimal im dritten Trimester. Drei Schwangere infizierten sich über das familiäre Umfeld und eine über die Arbeitsumgebung.

2.1.1 Krankheitsverlauf

Insgesamt zeigten sich bei den vier Interviewteilnehmerinnen leicht unterschiedliche Krankheitsverläufe. Alle interviewten Schwangeren berichteten über Husten, Müdigkeit bzw. Abgeschlagenheit oder Erkältungssymptome. Zusätzlich beklagten alle einen Geruchs- und Geschmacksverlust im Verlauf der Erkrankung. Eine stationäre Aufnahme aufgrund von COVID-19 war nicht notwendig.

2.1.2 Ambulante Versorgung

Die interviewten Schwangeren hatten während der Infektion mit SARS-CoV-2 Kontakt zu den Gesundheitsdienstleistern Haus- oder Betriebsarzt/-ärztin, Gynäkologe/Gynäkologin oder Hebamme. Diese wurden unterschiedlich stark in die Versorgung eingebunden bzw. nahmen aktiv daran teil. Insgesamt waren die Schwangeren mit ihrer ambulanten Versorgung nicht zufrieden. Bei der Bewertung der Versorgung vergaben zwei interviewte Schwangere die schlechteste Note „5“, die weiteren die Note „4“ und „2“. Die mangelhafte ambulante Versorgung erklärten sie sich teilweise durch die aus der neuartigen Situation entstehende Unwissenheit zu Beginn der Pandemie. Alle interviewten Schwangeren infizierten sich im März und April 2020. Zu diesem Zeitpunkt waren noch nicht viele Erkenntnisse über SARS-CoV-2 vorhanden. In den Interviews berichteten die Schwangeren darüber, dass sie teilweise selbst die Termine abgesagt haben

oder die Schutzkleidung (z. B. FFP2-Masken, Einmalkittel) für die Gesundheitsdienstleister nicht verfügbar war, sodass bereits vereinbarte Termine nicht wahrgenommen werden konnten. Der Mangel an Schutzausrüstung war zu Beginn der Pandemie (im März 2020) nicht nur im ambulanten Sektor, sondern weltweit ein vorherrschendes Problem (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2020a).

Die damals vorliegende Unsicherheit zeigt sich nicht nur in der individuellen Behandlung, sondern auch bei dem Vergleich der Versorgung der Schwangeren untereinander. Die Versorgung war nicht einheitlich geregelt, z. B. bestanden Unterschiede darin, zu welchem Gesundheitsdienstleister die Schwangeren als Erstes Kontakt aufnehmen sollten oder welche Kriterien erfüllt werden mussten, damit die Schwangere aus der Quarantäne entlassen werden durfte. Auch die Organisation und die Durchführung des PCR-Tests unterschieden sich zwischen den interviewten Schwangeren. Diese wurden entweder persönlich bei dem/der Haus- oder Betriebsarzt/-ärztin, selbstständig auf dem Parkplatz oder in öffentlichen Testzentren durchgeführt.

Obwohl die Schwangeren sich teilweise der geringen Verfügbarkeit von Informationen zu SARS-CoV-2 bewusst waren, kritisierten sie die Gesundheitsdienstleister und das Gesundheitsamt. Sie hätten sich eine Vorbereitung auf diese Situation und besonders zu Beginn die Herausgabe von mehr Informationen gewünscht. Die Gesundheitsdienstleister vermieden größtenteils den persönlichen Kontakt zu den Patientinnen. Denkbare Gründe für dieses Verhalten sind Unsicherheiten im Umgang mit den Patientinnen oder die Angst vor einer Ansteckung bzw. weiteren Verbreitung dieser infektiösen Krankheit (vgl. Hattenbach et al., 2020, S. 898). Als Richtlinie hätten in diesen Fällen die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) dienen können, die Optionen zum Management von Verdachtspatienten/-patientinnen und Möglichkeiten für eine Testung aufzeigen (vgl. RKI, 2020). Eine räumliche und zeitliche Überschneidung der Versorgung von SARS-CoV-2-Infizierten und Nichtinfizierten in den Arztpraxen sollte demnach vermieden werden (vgl. RKI, 2020), sodass eine Ausbreitung der Infektion verhindert, ein persönlicher Kontakt zu den infizierten Schwangeren aber dennoch möglich ist.

2.1.3 Umsetzung der Handlungsempfehlungen

Neben Empfehlungen des RKI waren die Handlungsempfehlungen des GBCOG, die ab März 2020 mit regelmäßigen Aktualisierungen herausgegeben wurden, für die Gesundheitsdienstleister richtungsweisend (vgl. GBCOG, 2020b). Die darin enthaltenen Fragen und Antworten beschäftigen sich insbesondere mit den Verhaltensregeln für die Schwangeren selbst zur Vermeidung einer Infektion oder während der Infektion. Direkte Hinweise zum Umgang mit den Schwangeren werden für Gesundheitsdienstleister jedoch nicht gegeben. Tabelle 2.1 gibt einen Überblick über die Umsetzung der Handlungsempfehlungen des GBCOG von März bis Juni 2020 in Bezug auf die ambulante Versorgung. Die einzelnen Interviewteilnehmerinnen wurden hier mit I1 bis I4 abgekürzt.

Tab. 2.1: Übersicht über die Umsetzung der Handlungsempfehlungen des GBCOG und weiterer Fachgesellschaften in Bezug auf die ambulante Versorgung

Handlungsempfehlung	Umsetzung		
	vollständig	teilweise	nicht erfolgt
<p>Hinweis auf das Einhalten von Verhaltensregeln</p> <p>Auf das Einhalten bestimmter Verhaltensregeln zur Minimierung des Risikos an Corona zu erkranken (regelmäßiges gründliches Händewaschen, Verzicht auf Körperkontakt und Begrüßung mit Handschlag) oder zu übertragen (Hust-Nies-Etikette) wurde hingewiesen (vgl. GBCOG, 2020a, S. 1; GBCOG, 2020b, S. 2).</p>	I1, I3, I4		I2
<p>Impfung gegen Pertussis und Influenza (unabhängig von COVID-19)</p> <p>Schwangere sollten gegen Influenza (Grippe) und in der Spätschwangerschaft gegen Pertussis geimpft werden, sofern kein Impfschutz vorhanden, damit sie nicht zeitgleich an einer dieser Krankheiten und an COVID-19 erkranken (vgl. GBCOG, 2020a, S. 1).</p>	I2	I1, I4	I3

Handlungsempfehlung	Umsetzung		
	vollständig	teilweise	nicht erfolgt
<p>Besonderheiten im Umgang mit dem Säugling</p> <p>Bei einer COVID-19-Erkrankung sollen Mutter und Kind nicht getrennt werden, jedoch Hygieneregeln und Maßnahmen zur Vermeidung einer Virusübertragung eingehalten werden, d. h., ein Haut-zu-Haut-Kontakt darf nur unter Einhaltung entsprechender Hygienemaßnahmen stattfinden (Händedesinfektion, Mund-Nasen-Schutz, kein Schleimhautkontakt etc.) (vgl. Hagenbeck et al., 2020a, S. 9).</p>			11, 12, 13, 14
<p>Empfehlungen bezüglich des Stillens/Fütterns mit Fläschchen</p> <p>Das Stillen wird befürwortet. Infizierte Mütter oder Verdachtsfälle sollten beim Stillen oder Füttern mit der Flasche durch die Einhaltung von Hygienemaßnahmen (gründliches Händewaschen, Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, intensive Milchpumpenreinigung und Sterilisation der Pumpe/Fläschchen) eine Virusübertragung vermeiden (vgl. GBCOG, 2020b, S. 6; Hagenbeck et al., 2020a, S. 10).</p>	12		11, 13, 14
<p>Untersuchung der Muttermilch</p> <p>Eine Testung der Muttermilch wird bei auf SARS-CoV-2 positiv getesteten Müttern ermöglicht und unterstützt (vgl. Hagenbeck et al., 2020a, S. 10).</p>	12		11, 13, 14
<p>Einholen zusätzlicher Informationen</p> <p>Für ergänzende Informationen wurde insbesondere auf die Internetseiten des Bundesgesundheitsministeriums, des RKI oder des Auswärtigen Amtes (z. B. Infektionsrisiko, Verhalten, Reisen) verwiesen (vgl. GBCOG, 2020b, S. 2).</p>	11, 14		12, 13
<p>Erfüllung bestimmter Kriterien bei Entisolation oder Entlassung aus dem Krankenhaus</p> <p>Eine Entisolation zu Hause bzw. eine Entlassung aus der Klinik ist frühestens zehn Tage nach Symptombeginn und bei Erfüllung folgender Kriterien möglich: Fieberfreiheit seit mindestens 48 Stunden, Symptombefreiheit seit mindestens 24 Stunden, zwei negative PCR-Tests im Abstand von 24 Stunden (vgl. GBCOG, 2020b, S. 4).</p>		11, 12, 13, 14	

Handlungsempfehlung	Umsetzung		
	vollständig	teilweise	nicht erfolgt
<p>Durchführung aller vorgeburtlichen Termine</p> <p>Eine häusliche Quarantäne soll nicht zu einer Versorgung unterhalb des Standards führen. Bei aktiver Infektion sollte der Termin ggf. außerhalb der Regelsprechstunde verschoben werden (z. B. abends) (vgl. Hagenbeck et al., 2020a, S. 5).</p> <p>Routinemäßige vorgeburtliche Termine können ggf. hinausgezögert werden, wenn kein Schaden für Mutter oder Kind entsteht (vgl. GBCOG, 2020b, S. 4).</p>			11, 12, 13, 14
<p>Vorliegen eines Notfallplans</p> <p>Im Vorhinein soll das Vorgehen bei einer notfallmäßigen bzw. außerhalb der üblichen Erreichbarkeiten eintretenden Zustandsverschlechterung durch den ambulant betreuenden Arzt/die betreuende Ärztin und das zuständige Gesundheitsamt festgelegt werden (vgl. GBCOG, 2020b, S. 5).</p>	12		11, 13, 14
<p>Empfehlungen zum Geburtsmodus</p> <p>Die vaginale Entbindung wird empfohlen, jedoch ohne Kontakt zu Stuhl und Kontraindikation einer Wassergeburt (vgl. Hagenbeck et al., 2020a, S. 7).</p> <p>Ein Kaiserschnitt wird nur in Notfallsituationen bei dringender Entbindung empfohlen. Von Lachgas wird abgeraten (vgl. GBCOG, 2020b, S. 5).</p> <p>Es wird die Entbindung in einer Klinik mit der Möglichkeit der kontinuierlichen elektronischen Überwachung (z. B. des Sauerstoffgehalts des Babys) empfohlen und nicht zu Hause oder in einem Geburtshaus (vgl. GBCOG, 2020b, S. 5).</p>			11, 12, 13, 14
<p>Ultrasonografische Verlaufskontrollen (Biometrie, Doppler, Fruchtwassermenge) in zwei- bis vierwöchigem Abstand</p> <p>Bei SARS-CoV-2 positiv getesteten Schwangeren werden serielle Wachstums- und Dopplerkontrollen in maximal 4-wöchentlichen Abständen empfohlen (vgl. Hagenbeck et al., 2020a, S. 5).</p>		14	11, 13

Handlungsempfehlung	Umsetzung		
	vollständig	teilweise	nicht erfolgt
Verschreibung einer Thromboseprophylaxe Alle Schwangeren sollen bei vermuteter oder bestätigter COVID-19-Erkrankung bei Hospitalisierung eine Thromboembolieprophylaxe erhalten. Bei Nachweis während der Schwangerschaft muss eine individuelle Bewertung des Risikos für eine Thrombose erfolgen unter Berücksichtigung quarantänebedingter Mobilitäts-einschränkung (vgl. Hagenbeck et al., 2020a, S. 6).			11, 12, 13, 14

Tabelle 2.1 verdeutlicht, dass die Handlungsempfehlungen größtenteils nicht oder nur teilweise umgesetzt wurden. Berücksichtigt werden sollte, dass der Nutzen und die Relevanz einzelner Handlungsempfehlungen abhängig vom Schwangerschaftsfortschritt sind. So sind z. B. Empfehlungen, die den Umgang mit dem Säugling betreffen, erst gegen Ende der Schwangerschaft kurz vor Geburt und somit für Interviewteilnehmerin 2 und 3 sinnvoll. Bei Schwangeren im ersten Schwangerschaftsdrittel (Interviewteilnehmerin 4) sind diese Informationen zunächst nicht so relevant. Jedoch wird erkenntlich, dass auch bei Empfehlungen, die für alle infizierten Schwangeren wichtig wären, wie z. B. regelmäßige ultrasonografische Verlaufskontrollen oder das Vorliegen eines Notfallplans, ein Umsetzungsdefizit herrscht.

2.2 Analyse der ambulanten Versorgung nach dem Throughput-Modell

Beim Throughput-Modell handelt es sich um ein Modell der Versorgungsforschung (vgl. Schütte/Walter, 2008, S. 963). Im Rahmen der Versorgungsforschung werden Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung ausgehend von der Patienten- und Populationsperspektive vor dem Hintergrund komplexer Kontextbedingungen untersucht (vgl. Schrappe/Pfaff, 2016, S. 691). In diesem Beitrag zeigt das Throughput-Modell die ambulante Versorgungssituation der Schwangeren während

der Pandemiesituation. Das entwickelte Throughput-Modell (vgl. Abb. 2.1) ergibt sich durch die Integration der aktuellen Erkenntnisse aus den geführten Interviews sowie den Handlungsempfehlungen des GBCOG und wurde durch mehrfachen Durchgang optimiert. Integriert wurden zusätzlich die aktualisierten Handlungsempfehlungen vom Oktober 2020 (vgl. Hagenbeck et al., 2020b, S. 1).

Veranschaulichung anhand des Beispiels Praxisausstattung

Zum besseren Verständnis wird das Throughput-Modell im Folgenden anhand eines konkreten Beispiels dargestellt. Eine detaillierte Beschreibung aller einzelnen Aspekte, die in dem entwickelten Modell berücksichtigt wurden, würde in diesem Beitrag den Rahmen sprengen, weshalb Einzelaspekte beschrieben werden.

Input

Der Input beschreibt die gegenwärtige Lage. Dabei wird zwischen Inputfaktoren erster und zweiter Ordnung unterschieden. Bei dem Beispiel Praxisausstattung gehören die Schwangeren, die an COVID-19 erkrankt sind, zu den Inputfaktoren erster Ordnung. Auch die Professionals – in dem Fall der Gynäkologe/die Gynäkologin – werden dazugezählt. Die Praxisausstattung selbst zählt zum komplexen Kontext, d. h. den Inputfaktoren zweiter Ordnung, die nicht nur einen Input von Ressourcen darstellen, sondern zu einer Veränderung der Regeln, Strukturen und/oder Prozesse führen (vgl. Pfaff/Schrappe, 2017, S. 20 f.). Zu den komplexen Interventionen, die auch als Inputfaktoren zweiter Ordnung gelten, gehören die allgemeinen Verhaltensregeln, wie z. B. das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes oder das Einhalten von Abstandsregeln.

Throughput

Im Rahmen des Throughputs werden diese Inputfaktoren anschließend transformiert und die Versorgungsleistung wird verwirklicht (vgl. Schrappe et al., 2018, S. 96; Pfaff/Schrappe, 2017, S. 15). Hierbei werden der Transformationsprozess als Routine, die Gesundheitsleistung als Veränderung und die aktive Kontextleistung unterschieden. Will sich eine Schwan-

gere, die an COVID-19 erkrankt ist, in einer gynäkologischen Praxis vorstellen, so muss garantiert werden, dass sie keinen Kontakt zu gesunden Patientinnen hat und dass das Personal über ausreichend Schutzkleidung verfügt. Dementsprechend müssen die Räumlichkeiten so gestaltet sein, dass ein Zimmer zur Verfügung steht, das anschließend gereinigt werden kann. Zusätzlich muss die Schwangere zuvor entsprechend angewiesen worden sein, wie sie sich in der Praxis zu verhalten hat.

Output

Der Output beschreibt anschließend das Ergebnis der Transformationsprozesse und die Wirkung der erbrachten Versorgungsleistung (vgl. Schrappe et al., 2018, S. 96; Pfaff/Schrappe, 2017, S. 15). Im Rahmen des Outputs werden die Versorgungsleistung selbst, das Verhalten der Professionals und der organisatorische Wandel unterschieden. In dem konkreten Beispiel der Praxisausstattung kann durch diese bestimmten Vorkehrungen die Versorgungsleistung persönlich erbracht werden. So können bei Bedarf Medikamente verschrieben und die Schwangere mit ausreichend Informationen versorgt werden. Auch kann bei möglicher Zustandsverschlechterung ein Notfallplan gemeinsam mit der Schwangeren entwickelt werden. Der Gynäkologe/die Gynäkologin kann den Termin auch außerhalb der regulären Sprechzeiten stattfinden lassen, sodass die allgemeinen Verhaltensregeln mit der Abstandsregelung (dem Input) eingehalten werden können.

Outcome

Im nächsten Schritt werden die Wirksamkeit und der Nutzen der erbrachten Leistung im Rahmen des Outcomes beschrieben (vgl. Pfaff/Schrappe, 2017, S. 26). Hierbei wird die Patienten- und die Populationsebene unterschieden. In dem gewählten Beispiel führt eine gute Praxisausstattung, die eine persönliche Vorstellung der Schwangeren ermöglicht, zu einem Sicherheitsgefühl und zur Stressvermeidung. Kann z. B. kein Kardiotokogramm (CTG) während der Erkrankung geschrieben werden, da die Schwangere zu Hause in Quarantäne ist, macht sich die Schwangere womöglich Sorgen um den Gesundheitszustand des Kindes. Durch Vorstellung in der Praxis können diese Sorgen vermieden und frühzeitig mögliche

Pathologien erkannt werden. Auf Populationsebene zeigt sich der Nutzen einer ausreichenden Praxisausstattung darin, dass durch die Koordination der infizierten Schwangeren eine verminderte Ansteckungsgefahr vorliegt und die anderen schwangeren Patientinnen der Praxis geschützt sind.

Rückkopplungszyklus

Die Prozesse laufen nicht immer gleich ab; neue Erkenntnisse werden bei einem Durchspielen des Modells gewonnen. Deshalb kann durch zwei Rückkopplungsschleifen der Input und Throughput im Sinne eines lernenden Systems durch den Output und den Outcome verändert werden, sodass erneut das Modell beschrieben wird (vgl. Schrappe et al., 2018, S. 97 ff.). Auf diese Weise können weitere Versorgungslücken aufgedeckt werden. Würde für das konkrete Beispiel der Praxisausstattung im Output und im Outcome festgestellt werden, dass der persönliche Kontakt für die infizierten Schwangeren in dem Ausmaß nicht notwendig ist, sondern z. B. auch über Hausbesuche abgedeckt werden kann, so könnten die Hebammen als weitere Professionals den Gynäkologen/die Gynäkologin unterstützen und bei der Schwangeren zu Hause Untersuchungen durchführen, um anschließend im telefonischen Austausch mit dem Gynäkologen/der Gynäkologin die weiteren Schritte zu klären. Dementsprechend kämen die Hebammen zu den Inputfaktoren erster Ordnung hinzu und im Throughput steht neben dem persönlichen Kontakt auch der telefonische Kontakt. Dieses Beispiel soll verdeutlichen, wie der Output und der Outcome den Input und den Throughput beeinflussen können.

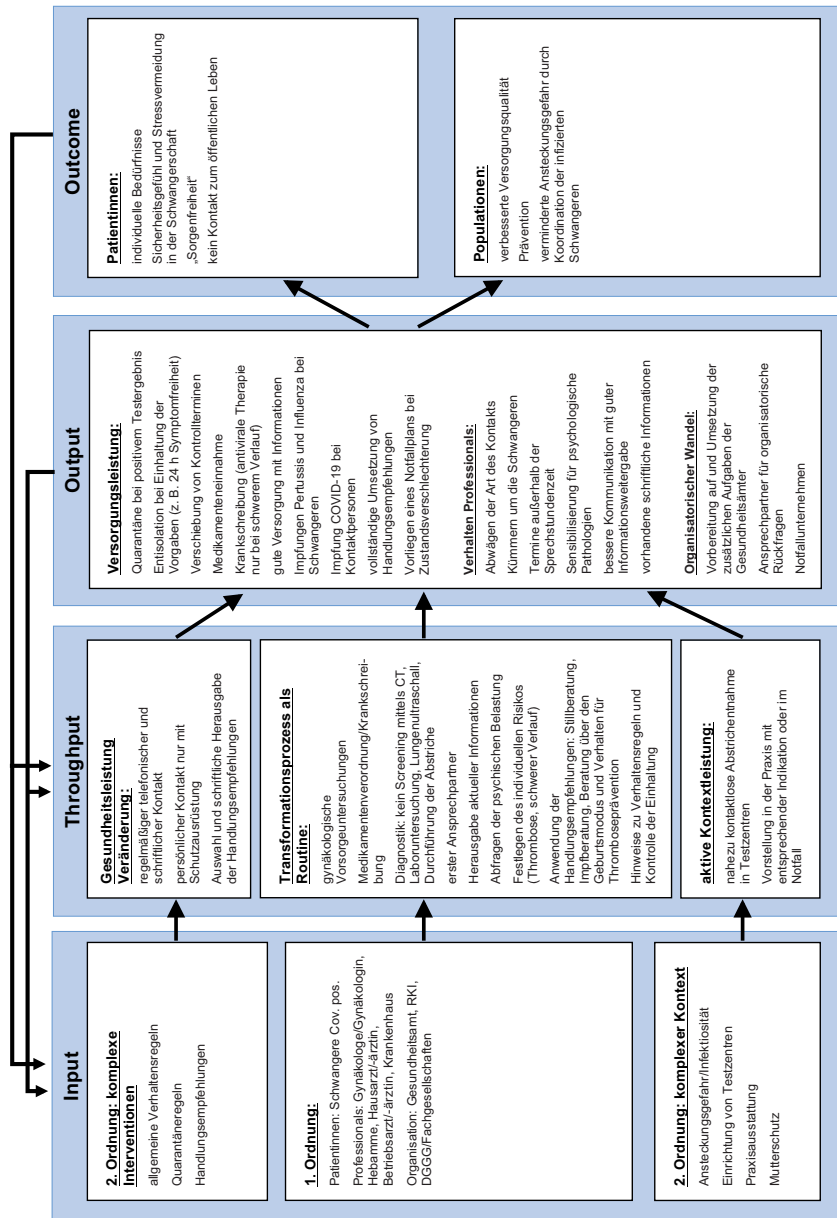


Abb. 2.1: Entwickeltes Throughput-Modell zur ambulanten Versorgung Schwangerer

Insgesamt wird deutlich, dass das Throughput-Modell ein dynamisches Modell ist, das sich über einen Rückkopplungszyklus stetig selbst erweitert und verändert (vgl. Schrappe et al., 2018, S. 97). Das hier entwickelte Throughput-Modell kann deutschlandweit angewendet werden, sollte aber an regionale Unterschiede und ggf. an die Situation der Schwangeren selbst angepasst werden. Auch vor dem Hintergrund, dass aufgrund des neuartigen Coronavirus ständig neue Erkenntnisse gewonnen und regelmäßig aktualisierte Studien und Handlungsempfehlungen herausgegeben werden, ist die Möglichkeit einer Anpassung sinnvoll und notwendig.

2.3 Managementkonzept im Umgang mit Schwangeren für zukünftige Pandemiesituationen

Das auf Basis der Interviewergebnisse und des Throughput-Modells erarbeitete Managementkonzept umfasst die Beratung, Koordination und Unterstützung von infizierten schwangeren Frauen. Zusätzlich sollten präventive Maßnahmen, die im Folgenden detailliert beschrieben werden, ergriffen werden. Das gesamte Management sollte auf die individuellen Bedürfnisse und den Krankheitsverlauf abgestimmt werden. Um dies zu erreichen, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt, dem/der Gynäkologen/Gynäkologin und dem/der Hausarzt/Hausärztin notwendig.

Kleinwechter und Scherbaum (2020, S: 595 ff.) haben für die besondere Gruppe der Schwangeren mit einer Diabeteserkrankung, die ein Risiko für einen schweren Verlauf der COVID-19-Erkrankung darstellt, eine temporäre Änderung zu deren Diagnostik und Betreuung veröffentlicht. Darin spielt die Prävention ebenfalls eine entscheidende Rolle und die Schwangeren sollten auf entsprechende Verhaltensweisen wie z. B. Abstandhalten zu Mitmenschen, das Meiden von Menschenansammlungen oder konsequentes Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes in der Öffentlichkeit hingewiesen werden (vgl. Kleinwechter/Scherbaum, 2020, S. 596). Dazu veröffentlichten die Autoren eine entsprechende Infografik mit Vorsichtsmaßnahmen für Schwangere, die an die Schwangeren und ihre Betreuer/-innen in der

Pandemiesituation ausgeteilt werden sollte (vgl. Kleinwechter/Scherbaum, 2020, S. 596). Beispiele für entsprechende Vorsichtsmaßnahmen sind die Einhaltung des Mindestabstandes von 1,5 m zu haushaltsfremden Personen oder das Meiden von erkrankten Personen oder Kontaktpersonen (vgl. Kleinwechter/Scherbaum, 2020, S. 596). Auch in zukünftigen Pandemiesituationen kann mit diesem einfach verständlichen Informationsblatt mit entsprechenden Informationsgrafiken die mündliche Aufklärung über Verhaltensregeln unterstützt werden.

Im Rahmen der Prävention gilt es, die weitere Ausbreitung des Virus zu verhindern. Daher sollten die schwangeren Frauen nicht nur über die Vorsichtsmaßnahmen, sondern auch über die Quarantäneregeln und die Verhaltensweisen bei Verdacht auf eine Infektion aufgeklärt werden. Auch hier wäre die Herausgabe eines in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung stehenden Informationsblatts „Verhaltensregeln“ mit laienverständlichen Grafiken sinnvoll. Ein solches Informationsblatt wurde im Rahmen der Thesis erarbeitet (vgl. Abb. 2.2). Da die Schwangeren durch ihre Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Kontakt mit dem Gynäkologen/der Gynäkologin stehen (vgl. G-BA, 2020), sollten bereits bei Erstkontakt im Rahmen der Schwangerschaft eine kurze Aufklärung zu dem präventiven Verhalten und die Herausgabe der Informationsblätter erfolgen. Durch die hier beispielhaft genannten Informationsblätter wird eine einheitliche Regelung für das weitere Vorgehen während einer Pandemiesituation im Sinne eines Leitfadens festgelegt, an dem sich die Gesundheitsdienstleister und die Schwangeren orientieren können. Dem Informationsbedürfnis, das die interviewten Schwangeren geäußert haben, wird damit nachgekommen. Die ausgehändigten Informationsblätter sollten den Schwangeren dann auch online zur Verfügung gestellt werden, damit diese z. B. über ihr Mobiltelefon darauf zugreifen können.

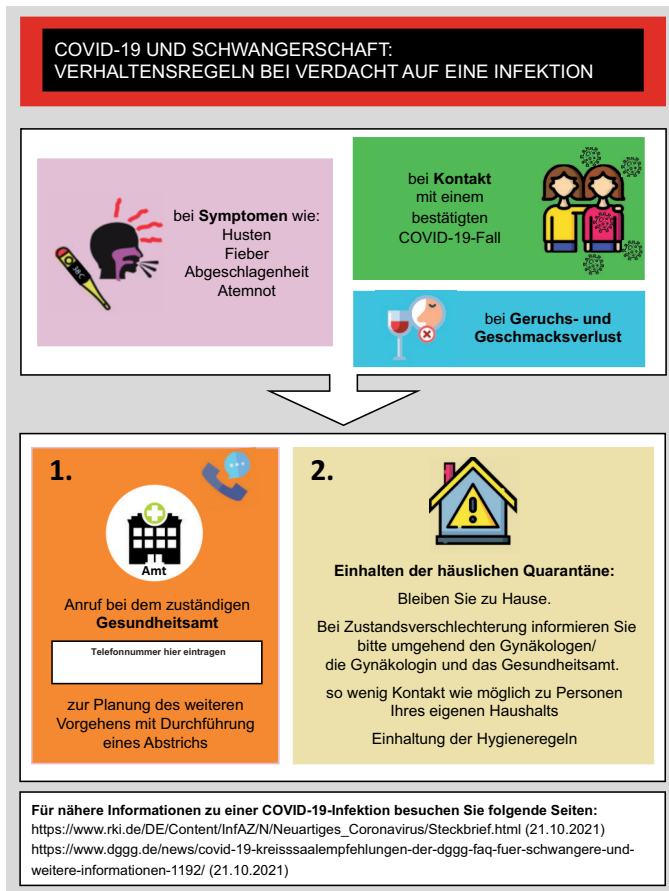


Abb. 2.2: COVID-19 und Schwangerschaft: Verhaltensregeln bei Verdacht auf eine Infektion

Das RKI empfiehlt allgemein die getrennte Versorgung im Praxisbetrieb von COVID-19-Infizierten und anderen Patienten/Patientinnen. So sollten hausärztliche Praxen oder pulmologische Praxen ausschließlich positiv auf COVID-19 getestete Patienten/Patientinnen behandeln oder eine zeitliche Trennung der Behandlung von nicht infektiösen und infektiösen Patienten/Patientinnen vornehmen (vgl. RKI, 2020). Es erscheint nicht sinnvoll, eine gynäkologische Schwerpunktpraxis einzurichten, da die tatsächliche Prävalenz von COVID-19 bei Schwangeren im Vergleich zur Gesamtbevöl-

kerung vermutlich gering ist. Bisher ist sie noch nicht bekannt und kann auch nicht aus dem CRONOS Register (COVID-19 Related Obstetric and Neonatal Outcome Study) abgeleitet werden (vgl. Pecks et al., 2020). Alternativ könnten daher abwechselnd unterschiedliche gynäkologische Praxen eines Versorgungsgebiets, z. B. einen Tag in der Woche, eine Sprechstunde nur für infizierte Schwangere anbieten, womit die Versorgung infizierter Schwangerer sichergestellt wäre. Durch Austausch mit dem/der bisher behandelnden Gynäkologen/Gynäkologin kann ein Informationsverlust vermieden werden. Die infizierten Schwangeren können notfallbezogene oder dringende Termine wahrnehmen, ohne ein erhöhtes Infektionsrisiko für nicht infizierte Schwangere darzustellen, die ebenfalls die Praxis aufsuchen. Die Gynäkologen und Gynäkologinnen, die auf diese Weise vermehrt Schwangere mit COVID-19 betreuen, können ihre aktuellen Erkenntnisse und Erfahrungen über den Krankheitsverlauf von COVID-19 an die Patientinnen weitergeben. Über eine zentrale Telefonnummer (regional unterschiedlich), die auf dem entsprechenden Informationsblatt abgedruckt bzw. eingetragen werden könnte, können die Schwangeren erfahren, welche gynäkologische Praxis an dem jeweiligen Tag der Ansprechpartner ist. Die notwendige Aufgabe der Koordination kann das Gesundheitsamt des Landkreises oder der kreisfreien Stadt als zentrale Schnittstelle übernehmen. Nicht nur die gynäkologischen Untersuchungen könnten hier koordiniert werden, sondern auch die notwendigen Abstriche bei Verdacht auf eine Infektion. Des Weiteren können organisatorische Fragen wie z. B. die häusliche Versorgung geklärt und bei Bedarf Maßnahmen zur Unterstützung eingeleitet werden. Die Gesundheitsämter als erste Anlaufstelle ermöglichen eine zeitnahe Reaktion, wie es sich die Schwangeren in den geführten Interviews gewünscht haben. Außerhalb der Geschäftszeiten sollte der Anruf dafür automatisch an den ärztlichen Bereitschaftsdienst weitergeleitet werden. Natürlich muss die Umsetzung dieses Modells auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte geprüft werden. Da bereits Berichte von Überforderung der Gesundheitsämter laut wurden (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2020b), müssten bestimmte Mitarbeitende ggf. nur für die Betreuung der Schwangeren und weiterer besonderer Patientengruppen zuständig sein.

Es besteht zudem die Möglichkeit, eine Videosprechstunde für infizierte Schwangere anzubieten. War zuvor die Videosprechstunde nur für wenige Krankheitsbilder zulässig, so ist sie seit dem 01.04.2019 für alle Krankheitsbilder bzw. Indikationen freigegeben (vgl. Jorzig/Sarangi, 2020, S. 186). Diese kann den persönlichen Kontakt nicht ersetzen, jedoch besonders bei der Beratung unterstützen (vgl. § 7 Abs. 4 MBO-Ä). Die Videosprechstunde wurde nur circa von knapp der Hälfte der ambulant tätigen Ärzte/Ärztinnen im Mai 2020 angeboten und bietet daher Ausbaupotenzial (vgl. Schnack, 2020, S. 54).

Eine weitere Möglichkeit, Informationen an Schwangere weiterzugeben, wäre die ergänzende Einführung einer Gesundheitsapp. In dieser könnten aktuelle Informationen und Empfehlungen sowie Studien zum Thema Schwangerschaft und COVID-19 zur Verfügung gestellt werden. Die Schwangeren können sich darüber informieren und ihre Fragen z. B. an eine Gynäkologin/einen Gynäkologen oder eine Virologin/einen Virologen stellen. Dies alles dient der Beratung und der Informationsweitergabe an infizierte sowie nicht infizierte Schwangere. Zusätzlich könnten sich Schwangere in der App untereinander über ihre Erfahrungen austauschen. Jedoch sollte insgesamt darauf geachtet werden, dass die Informationen evidenzbasiert sind und die Schwangeren durch gute Aufklärung ein Sicherheitsgefühl bekommen – und nicht aufgrund von Halbwahrheiten oder subjektiven Berichten das Gegenteil der Fall ist. Die App könnte ein Hilfsmittel bei der Versorgung darstellen, ersetzt jedoch nicht den Kontakt mit den zuständigen Gesundheitsdienstleistern. Damit eine solche App auf Kosten der Krankenkassen genutzt werden kann, müssten bestimmte Kriterien, wie z. B. der Nachweis eines positiven Versorgungseffekts einer herstellerunabhängigen Einrichtung und der Datenschutz, erfüllt sein. Auf Probe können diese sogenannten digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen und von u. a. Gynäkologen/Gynäkologinnen verschrieben werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet dann anschließend, ob die Anwendung auf den Markt kommt (vgl. Weckerling, 2019, S. 55).

Eine weitere Managementaufgabe der Gesundheitsdienstleister, abgeleitet aus den durchgeführten Interviews, ist die Kontrollfunktion. Er-

leichtert wird diese, indem regelmäßig Kontakt mit den Schwangeren aufgenommen wird, was durch die interviewten Schwangeren gewünscht wurde. Am sinnvollsten erscheint die Kontaktaufnahme durch den Gynäkologen/die Gynäkologin, die mindestens alle zwei Tage erfolgen sollte. Der Gesundheitszustand der infizierten Schwangeren wird abgefragt, wobei zudem medizinische Fragen in Bezug auf das ungeborene Kind beantwortet werden können. Dieses Managementkonzept ist ähnlich dem des sogenannten Corona-Taxis in Heidelberg angelegt, bei dem zunächst über täglichen telefonischen Kontakt mit den Erkrankten in häuslicher Quarantäne der Gesundheitszustand abgefragt wird. Je nach Befund wird entschieden, ob das Corona-Taxi die Erkrankten anfährt, um weitere medizinische Parameter zu erfassen und eine Beratung durchzuführen (vgl. Bizer et al., 2020, S. 60). Hausbesuche wären zusätzlich für die Schwangeren in häuslicher Quarantäne bei Zustandsverschlechterung oder zur Durchführung eines CTG sinnvoll. Existiert das Konzept des Corona-Taxis in der Region, könnten Schwangerenbesuche von diesen übernommen werden. Ansonsten kann der Gynäkologe/die Gynäkologin oder die Hebamme Hausbesuche mit entsprechender Schutzkleidung durchführen.

Fasst man die aus den Interviewergebnissen abgeleiteten Handlungsempfehlungen sowie die in diesem Abschnitt erarbeiteten weiteren Empfehlungen zusammen, lässt sich ein vereinfachter Leitfaden in Form eines Flussdiagramms erstellen, der als Managementempfehlung im Umgang mit den Schwangeren für weitere Pandemien genutzt werden kann (vgl. Abb. 2.3 und 2.4). Dabei werden der Umgang und das Vorgehen allgemein in der Schwangerschaft, bei Verdacht auf eine Infektion, bei nachgewiesener Infektion und nach überstandener Infektion unterschieden. Die Hebammen werden in dem Flussdiagramm nicht explizit genannt. Sie können jedoch unterstützend tätig werden und den Gynäkologen/die Gynäkologin entlasten, indem sie Hausbesuche durchführen oder telefonischen Kontakt zu den Schwangeren halten, sodass sie neben dem Gesundheitszustand auch die psychische Belastung der Schwangeren z. B. durch ein Screening abfragen können. Dafür ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig.

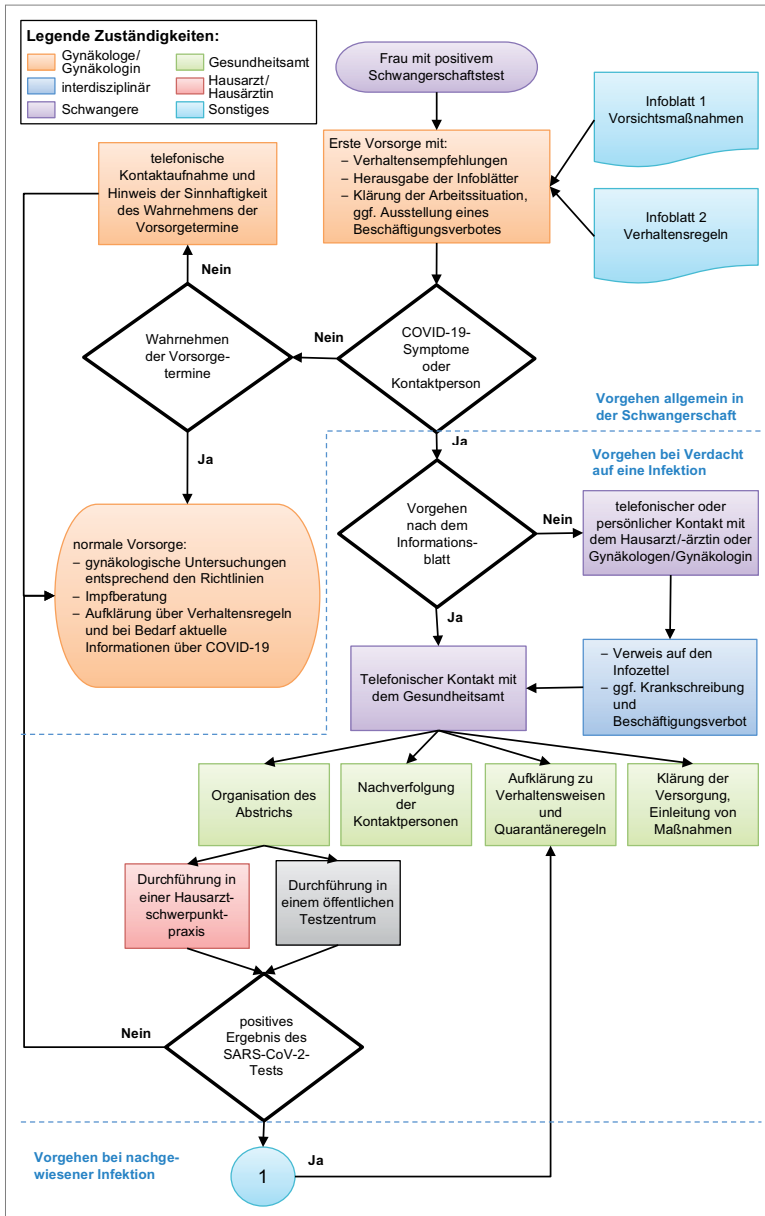


Abb. 2.3: Flussdiagramm zum ambulanten Management Schwangerer während der COVID-19-Pandemie – Teil 1: Vorgehen in der Schwangerschaft bis zum Verdacht auf eine Infektion

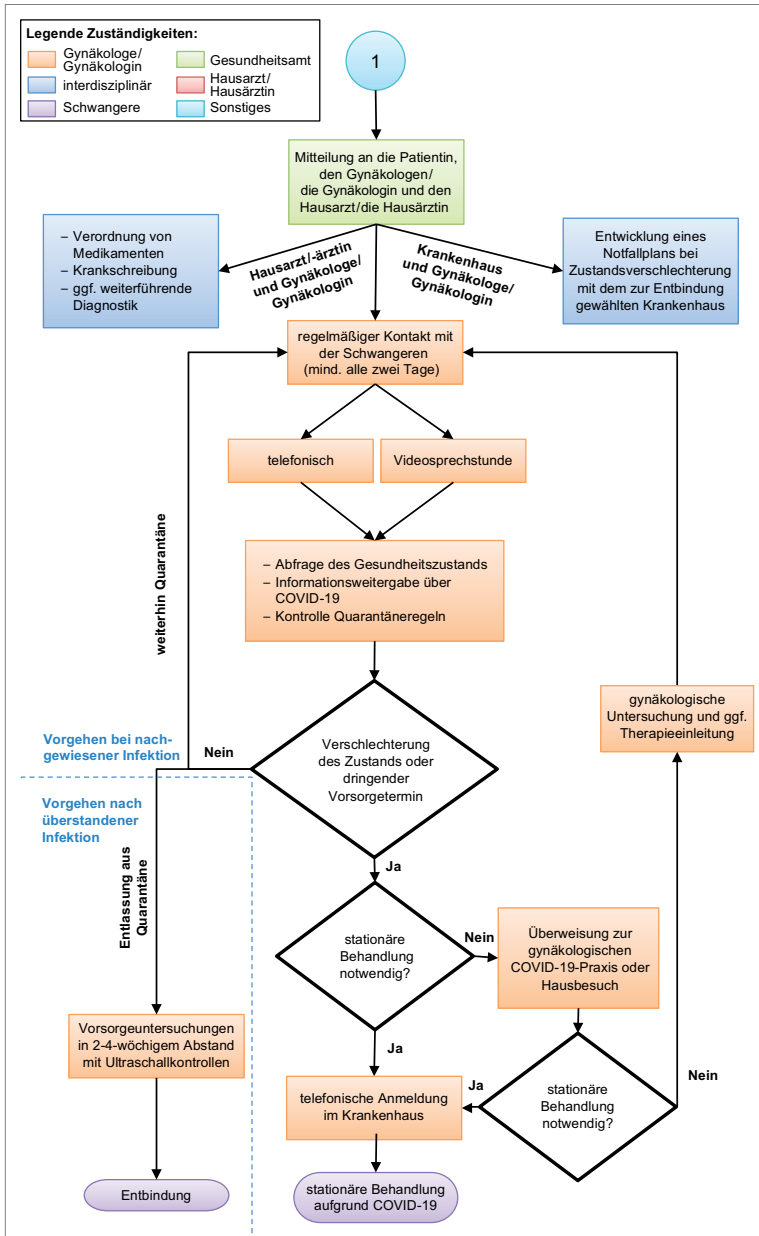


Abb. 2.4: Flussdiagramm zum ambulanten Management Schwangerer während der COVID-19-Pandemie - Teil 2: Vorgehen bei nachgewiesener Infektion bis Entbindung oder stationärer Behandlung

Das Flussdiagramm (vgl. Abb. 2.3 und 2.4) sollte mit ergänzenden Informationen als Leitfaden allen Gesundheitsdienstleistern ausgegeben werden, sodass ein einheitliches Vorgehen ermöglicht wird. Bei dem Flussdiagramm handelt es sich um eine Richtlinie, an der sich das Management orientieren kann, die jedoch individuell auf die Schwangeren und Gesundheitsdienstleister abgestimmt werden sollte. Des Weiteren sollten die Gesundheitsdienstleister regelmäßig aktuelle Informationen erhalten, z. B. im Rahmen von Schulungen, mit detaillierten Vorgaben, wie das Management gestaltet werden soll. Darin können z. B. Angaben gemacht werden, welche Vorgaben eine Praxis erfüllen sollte, damit infizierte Schwangere behandelt werden können, oder welche Informationen konkret an die Schwangeren weitergegeben werden sollten. Wichtig ist, dass die Gesundheitsdienstleister entsprechende Informationen auch an ihre Mitarbeitenden weitergeben, damit z. B. die medizinische Fachkraft, die Telefonate annimmt, ebenfalls über das weitere Prozedere informiert ist und dieses einleiten kann. Durch das einheitliche, strukturierte Vorgehen sollte eine gute Versorgung der infizierten Schwangeren gewährleistet sein.

2.4 Ausblick

Anhand des entwickelten Managementkonzepts kann eine einheitliche, verbesserte Versorgung von infizierten Schwangeren erfolgen, bei der die Patientinnen im engen Kontakt und Austausch mit den Gesundheitsdienstleistern stehen. Der nächste Schritt wäre ein Test des Konzepts unter Alltagsbedingungen, um es weiter zu optimieren. Ergänzend sollten die Gesundheitsdienstleister selbst befragt werden, um weitere Verbesserungen der ambulanten Versorgungssituation vornehmen zu können. Auf diese Weise können das Throughput-Modell, das Flussdiagramm und die Informationsblätter regelmäßig aktualisiert und aktuelle Erkenntnisse und Empfehlungen eingearbeitet werden. Entsprechend kann das Konzept nicht nur während der aktuellen COVID-19-Pandemie, sondern auch in möglichen zukünftigen Pandemiesituationen genutzt werden.

Literatur

- Bizer, M./Unger, I./König, A. (2020). *Internationale Aufmerksamkeit für das Corona-Taxi*. Heilberufe, 72 (7), S. 60–62.
- Deutsches Ärzteblatt (2020a). *Mangel an Schutzmasken behindert Kampf gegen SARS-CoV-2*. Artikel vom 04.03.2020. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/110812/Mangel-an-Schutzmasken-behindert-Kampf-gegen-SARS-CoV-2> (01.10.2021).
- Deutsches Ärzteblatt (2020b). *Gesundheitsämter: 5.900 zusätzliche Mitarbeiter in der Coronakrise*. Artikel vom 05.08.2020. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/115332/Gesundheitsaemter-5-900-zusaetzliche-Mitarbeiter-in-der-Coronakrise> (01.10.2021).
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2020). *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) – in der Fassung vom 10. Dezember 1985, zuletzt geändert am 20. August 2020*. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2301/Mu-RL_2020-08-20_iK-2020-11-24.pdf (10.02.2021).
- GBCOG – German Board and College of Obstetrics and Gynecology (2020a). *Hinweise und FAQ vom Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) vereint im German Board and College of Obstetrics and Gynecology (GBCOG) zu den Risiken des Coronavirus (SARS-CoV-2) für schwangere Frauen und Säuglinge*. https://www.frauenarztpraxis-dr-hoppe.de/images/Aktuell/20200303_FAQ_s_Corona_final.pdf (05.10.2021).
- GBCOG – German Board and College of Obstetrics and Gynecology (2020b). *Hinweise und FAQ vom Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) vereint im German Board and College of Obstetrics and Gynecology (GBCOG) zu spezifischen Risiken der COVID-19-Virusinfektion. FAQ für schwangere Frauen und ihre Familien*. https://www.agy-vers.de/fileadmin/doc/covid19/AR_2020_13_Anhang_B_Schwangere_GBCOG_FAQ_Corona.pdf (05.10.2021).
- Hagenbeck, C./Hecher, K./Pecks, U./Schembach, D. et al. (2020a). *Aktualisierte Empfehlungen zu SARS-CoV2/COVID-19 und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. https://www.dgpm-online.org/fileadmin/media/publikation/2020-06-30_Aktualisierte_Empfehlungen_SARS-CoV-2_COVID-19.pdf (04.10.2021).
- Hagenbeck, C./Hecher, K./Pecks, U./Schembach, D. et al. (2020b). *Update 10/2020 – Empfehlungen zu SARS-CoV-2/COVID-19 in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. https://www.dggg.de/fileadmin/data/Presse/Pressemitteilungen/2021/COVID-19_Kreisssaalempfehlungen_der_DGGG_FAQ_fuer_Schwangere_und_weitere_Informationen/Update_COVID_Empfehlungen-2.pdf (05.10.2021).
- Hattenbach, L./Heinz, P./Feltgen, N./Hoerauf, H. et al. (2020). *Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die ophthalmologische Versorgung in Deutschland*. *Der Ophthalmologe*, 117 (9), S. 892–904.

- Jorzig, A./Sarangi, F. (2020). *Videosprechstunde*. In: Jorzig, A./Sarangi, F. (Hrsg.): Digitalisierung im Gesundheitswesen: Ein kompakter Streifzug durch Recht, Technik und Ethik. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 185–191.
- Kleinwechter, H./Laubner, K. (2020). *Coronaviruserkrankung 2019 (COVID-19) und Schwangerschaft: Übersicht und Bericht des ersten deutschen Falls mit COVID-19 bei Gestationsdiabetes*. *Der Diabetologe*, 16 (3), S. 242–246.
- Kleinwechter, H./Scherbaum, W. A. (2020). *Addendum zu: Diabetes und Schwangerschaft – Update 2020*. *Der Diabetologe*, 16 (6), S. 595–600.
- Mangiapane, D. S./Zhu, L./Czihal, T./von Stillfried, D. (2020). *Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das 1. Quartal 2020*. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Zi-Trendreport_Leistungsanspruchnahme_COVID_2020-07-27.pdf (22.09.2020).
- Pecks, U./Kuschel, B./Mense, L./Oppelt, P. et al. (2020). *Schwangerschaften und SARS-CoV-2-Infektionen in Deutschland – das CRONOS-Register*. *Deutsches Ärzteblatt*, (49), S. 841–842. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216698/Schwangerschaften-und-SARS-CoV-2-Infektionen-in-Deutschland-das-CRONOS-Register> (05.01.2021).
- Pfaff, H./Schrappe, M. (2017). *Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung*. In: Pfaff, H./Neugebauer, E./Glaeske, G./Schrappe, M. et al. (Hrsg.): *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung*. 2., vollst. überarb. Auflage, Stuttgart: Schattauer, S. 1–68.
- RKI – Robert Koch-Institut (2020). *Organisatorische und personale Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Getrennte_Patientenversorgung.html (21.10.2021).
- Schnack, D. (2020). *Die Videosprechstunde kommt an*. *Uro-News*, 24 (7), S. 54–54.
- Schrappe, M./Pfaff, H. (2016). *Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept*. *Das Gesundheitswesen*, 78 (11), S. 689–694.
- Schrappe, M./Spahn, J./Berwick, D. M./Durkin, P. (2018). *APS-Weißbuch Patientensicherheit: Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schütte, U./Walter, M. (2008). *Dental Public Health und Versorgungsforschung*. In: Kirch, W./Badura, B./Pfaff, H. (Hrsg.): *Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, Dresden 24. bis 27. Oktober 2007*. Heidelberg: Springer, S. 955–972.
- Schuster, D. (2015). *Ängste in der Schwangerschaft*. *Die Hebamme*, 28 (4), S. 238–243.
- Seitz, A. (2020). *Halt geben in der Unsicherheit*. In: Seitz, A. (Hrsg.): *Durch die Krise führen: Die transformative Kraft einer Pandemie*. essentials. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 31–36.
- Weckerling, S. (2019). *Gesundheits-Apps jetzt auf der Überholspur?* *Gynäkologie + Geburtshilfe*, 24 (1), S. 55–55.

3

Generation Angst?

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Entwicklung von Angstsymptomen bei Kindern und Jugendlichen

NADINE FEHR

Kinder und Jugendliche haben Ängste und je nach Altersgruppe sind diese Ängste entwicklungsbedingt normgerecht sowie nicht pathologisch. Insbesondere ab einem Alter von etwa 10 Jahren tritt eine Neigung zur Krankheitsangst auf, die über die gesamte Jugend bestehen bleibt. Dies legt die Vermutung nahe, dass Kinder und Jugendliche besonders gefährdet sind, was die Bildung pathologischer Angstsymptome betrifft.

Wie wirkt sich also eine Situation wie die COVID-19-Pandemie, die eine abstrakte Bedrohungslage, in vielen Fällen auch eine unmittelbare, tatsächliche Bedrohung durch Betroffene im Umfeld darstellt, auf die Entwicklung klinisch relevanter Angstsymptome aus? Um diese Frage zu beantworten, wurden Kinder und Jugendliche im Alter von 11–16 Jahren zu ihrem aktuellen Angstempfinden im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie befragt. Die Ergebnisse der Befragung stellt dieser Beitrag vor.

Ängste sind Bestandteil einer normalen kindlichen Entwicklung. Je nach Entwicklungsphase treten bestimmte Ängste in den Vordergrund. So sind im Alter von ca. 4–6 Jahren vermehrt Ängste vor Fantasiegestalten, Monstern sowie vor Naturereignissen als entwicklungsbedingt zu werten. Im Alter von ca. 7–10 Jahren nehmen Ängste vor negativer Bewertung durch Dritte oder die Angst vor Krankheiten an Bedeutung zu (vgl. Schneider, 2004a, S. 10). Eine gewisse Neigung zur Krankheitsangst bleibt über die gesamte Jugend bestehen (vgl. Blanz/Schneider, 2008, S. 745).

Diese zur kindlichen Entwicklung gehörenden Ängste treten im Normalfall altersspezifisch und vorübergehend auf, verlaufen in ihrer Intensität eher mild und bedürfen keiner speziellen Behandlung. Klinisch relevant werden die Ängste gemäß ICD-10 erst dann, wenn sie ungewöhnlich lange über die typische Altersspanne hinweg andauern, übermäßig stark ausgeprägt sind und erhebliche Einschränkungen darstellen (vgl. DIMDI,

2020). Werden Angststörungen dieser Art nicht behandelt, bilden sie sich nur selten spontan zurück (vgl. Morschitzky, 2009, S. 187).

Grundsätzlich unterschieden werden die Angst als Zustand (*state anxiety*) und die Angst als Eigenschaft (*trait anxiety*) (vgl. Walitzka/Melissen, 2019, S. 216). Während die Angst als Zustand eine vorübergehende Reaktion darstellt, ist die Angst als Eigenschaft eher eine Disposition zur Ängstlichkeit im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft.

Vom Konstrukt Angst, das eine komplexe Mischung aus Kognitionen und Emotionen darstellt und eher unspezifisch ist, ist die Furcht, die sich als Reaktion auf eine aktuell als bedrohlich wahrgenommene konkrete Situation einstellt, abzugrenzen (vgl. Butcher et al., 2009, S. 24).

Da Kinder ab einem Alter von ca. 10 Jahren entwicklungsbedingt vermehrt Ängste vor Krankheiten entwickeln, liegt die Vermutung nahe, dass sich Kinder in dieser Altersgruppe in einer vulnerablen Phase hinsichtlich der Entwicklung klinisch relevanter Angstsymptome befinden, aus denen eine Angsterkrankung entstehen könnte. Es stellt sich die Frage, ob Kinder und Jugendliche im Laufe des Pandemiegeschehens tatsächlich vermehrt klinisch relevante Angstsymptome entwickelt haben und welcher Art von Angststörung diese zuzuordnen wären. Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse einer zu dieser Fragestellung durchgeführten Datenerhebung vorgestellt und analysiert.

3.1 Die Situation von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie

Die COVID-19-Pandemie, die zu ihrer Eindämmung angeordneten Maßnahmen sowie die damit verbundenen Einschränkungen betrafen und betreffen nach wie vor Kinder und Jugendliche unmittelbar. So galt beispielsweise während der Hochphase der Pandemie an Schulen in Baden-Württemberg generell die Pflicht zum Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes oder einer FFP2-Maske, Sportunterricht fand nicht statt und die Präsenzplicht für Schüler/-innen war bis zum Ende des Schuljahres 2020/2021 generell aufgehoben (vgl. Land Baden-Württemberg, 2021). Ab März 2020 wurde zu einer Reduzierung von sozialen Kontakten

aufgerufen. Aufgrund von Verordnungen und Regelungen, die ständig dem aktuellen Infektionsgeschehen angepasst werden, ist eine spontane Teilnahme an Sport- und Freizeitangeboten, soweit sie überhaupt zur Verfügung stehen, bislang (Stand August 2021) kaum mehr möglich.

Auch von übergeordneten Maßnahmen sind Kinder und Jugendliche betroffen. „Öffnungsschritte“ oder „Verschärfungen“ und „Notbremsen“ sind an 7-Tages-Inzidenzen oder R-Werte gekoppelt, die u. a. auch bedingt durch Veränderungen der Testkapazitäten ständig variieren (vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2021; RKI, 2021a). Entscheidungen, z. B. zu Öffnungen bestimmter Betriebe oder zur Verhängung von Ausgangsbeschränkungen, scheinen zum Teil intransparent und schwer nachvollziehbar. Die Definition von Patienten/Patientinnen mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf umfasst sowohl die Altersgruppe ab 55 Jahren als auch Jüngere, die immunsuppressiv wirkende Medikamente verordnet bekommen (vgl. RKI, 2021b). Diese Definition schließt auch Kinder und Jugendliche ein, die z. B. wegen allergischer Erkrankungen cortisonhaltige Medikamente verwenden. Diese Patienten/Patientinnen wurden insbesondere zu Beginn der Pandemie Gegenstand kontroverser Diskussionen hinsichtlich des Umgangs mit ihrer Dauertherapie (vgl. DGP, 2020, S. 62).

Die sich daraus entwickelnde Unsicherheit sowie der Eindruck, keinen Einfluss auf die Ereignisse nehmen zu können, können anhaltende Angst auslösen oder sogar verstärken (vgl. Seligman, 1999, S. 93).

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen werden im ICD-10 im Abschnitt F 93 – „Emotionale Störungen des Kindesalters“ aufgeführt. Bei diesen Störungen spielen vor dem Hintergrund der Pandemie insbesondere die Symptome der generalisierten Angststörung, der phobischen Störung, der Trennungsangst sowie der sozialen Angststörung eine zentrale Rolle (vgl. DIMDI, 2020), wie nachfolgend erläutert wird.

3.2 Charakteristika der relevanten Störungsbilder einer Angststörung

Die **generalisierte Angststörung** ist bei Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet durch die Überzeugung, künftige Anforderungen und Situationen nicht bewältigen zu können, sowie durch die Beschäftigung mit den eigenen Sorgen und Befürchtungen darüber, was künftig passieren kann (vgl. Lyneham/Rapee, 2004, S. 198). Insbesondere durch die seit mehr als einem Jahr omnipräsente Diskussion um die Gefährlichkeit und leichte Übertragbarkeit von COVID-19 könnten Symptome dieser Störung hervorgerufen und/oder verschlimmert werden.

Phobische Störungen äußern sich in Form von unangemessener, ausgeprägter Furcht vor spezifischen Gegenständen, Situationen, Personen oder Tieren (vgl. Walitzka/Melissen, 2019, S. 271). Die Bereitschaft zur Furcht vor Situationen, die das Leben gefährden können, ist nach der von Seligman entwickelten Preparedness-Theorie evolutionsbiologisch angeboren, wobei eine derartig entwickelte Phobie schwer zu therapieren sei (vgl. Seligman, 1971). Folgt man dieser Theorie, wäre eine Phobie vor einer möglicherweise lebensbedrohlichen Erkrankung wie COVID-19 nicht nur leicht zu aktivieren, sondern auch schwer zu therapieren.

Als charakteristisch für **Trennungsangst** wird die Furcht vor einer Trennung von Bezugspersonen bezeichnet (vgl. Walitzka/Melissen, 2019, S. 273). Bei Kindern und Jugendlichen, die unter Trennungsangst leiden, kann auch eine gesteigerte Furcht vor Krankheiten, dem Sterben und dem Tod beobachtet werden (vgl. Schneider/In-Albon, 2004, S. 110). Furcht oder Angst vor dem Verlust von Bezugspersonen, wie Eltern oder Großeltern, könnte in der aktuellen Pandemiesituation z. B. durch Medienberichte, die die Gefährdung insbesondere von älteren Menschen durch COVID-19 wiederholt betonen, ausgelöst werden.

Soziale Angststörungen sind der Oberbegriff für verschiedene Beeinträchtigungen des Wohlbefindens in sozialen Situationen (vgl. Melfsen/Warnke, 2004, S. 166). Der vorliegende Beitrag bezieht sich auf die soziale Angststörung im Sinne einer sozialen Phobie. Diese zeigt sich in einer dauerhaften, unangemessenen Furcht vor sozialen oder Leistungssituationen

mit den entsprechenden physischen Reaktionen wie Tachykardie, Zittern, Schwitzen oder Übelkeit (vgl. Melfsen/Warnke, 2004, S. 166). Ein Social Distancing, wie es seit Beginn der Pandemie gefordert wird, ist nicht explizit als Auslöser oder Verstärker von Symptomen einer sozialen Phobie genannt. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass die angeordneten Kontaktbeschränkungen und die immer wiederkehrenden Hinweise auf deren Wichtigkeit Symptome der sozialen Phobie hervorrufen können.

Als Risikofaktoren für die Entwicklung von pathologischen Angstsymptomen werden genetische Dispositionen und spezifische Umweltfaktoren sowie das Geschlecht angesehen, sodass Mädchen ein um den Faktor 2–4 erhöhtes Risiko haben, eine Angststörung zu entwickeln (vgl. Schneider, 2004b, S. 61 ff.).

Angststörungen weisen insgesamt eine hohe Komorbidität auf (vgl. Essau et al., 2004, S. 97 f.). Es ist demzufolge wahrscheinlich, dass, sofern Symptome in einem Störungsbereich auftreten, ebenso Symptome anderer Angststörungen vorliegen. Wesentlich verursacht werden Angststörungen durch dysfunktionale Kognitionen und unangemessene Verhaltensweisen (vgl. Junge/Bittner, 2004, S. 394).

3.3 Forschungsstand

Die Wirkung der im Rahmen der Pandemie festgelegten Maßnahmen auf Kinder und Jugendliche wurde bisher aufgrund des relativ geringen Zeitraums seit Ausbruch nur in wenigen Studien erfasst. So wurden Ende des Jahres 2020 die Ergebnisse der COPSY-Studie (Corona und Psyche), in deren Rahmen 1.040 Kinder und Jugendliche im Alter von 11–17 Jahren in Deutschland zu psychosomatischen Beschwerden, gesundheitsbezogener Lebensqualität, psychischen Auffälligkeiten, generalisierter Ängstlichkeit und zu depressiven Symptomen befragt wurden, veröffentlicht (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2020). Bezogen auf die generalisierte Ängstlichkeit wurden die Symptome während der Pandemie mit 24 % (im Vergleich zu 15 % vor der Pandemie) als etwas stärker angegeben, wobei die Effektstärke mit Cohens = 0,01 äußerst gering ausfiel. Langmeyer et al. führten vom 22.04.2020 bis zum 21.05.2020 sowohl eine

quantitative als auch eine qualitative Datenerhebung zu den Folgen des ersten Lockdowns in Deutschland durch. In der qualitativen Teilstudie wurden 21 Familien interviewt. Dabei wurde festgestellt, dass es zwar durch die Pandemie bedingte Ängste gibt, diese aber für die Kinder nicht vorherrschend, sondern innerhalb der Familien gut aufzufangen seien (vgl. Langmeyer et al., 2020).

In China wurde bereits vom 28.02.2020 bis zum 05.03.2020 in der Provinz Hubei, in der COVID-19 weltweit zuerst nachgewiesen worden war, eine Studie durchgeführt. Hier wurden Schüler/-innen der Klassenstufen 2-6 zu depressiven Symptomen und Angstsymptomen befragt. Von 1.784 Teilnehmenden gaben 18,9 % (337) Angstsymptome an, während 81,1 % (1.447) von keinerlei Symptomen dieser Art berichteten (vgl. Xie et al., 2020).

3.4 Methodik der Datenerhebung

Die dem vorliegenden Beitrag zugrunde liegende Datenerhebung konzentriert sich auf Angstsymptome bei Kindern und Jugendlichen. Um zu verifizieren, ob Kinder und Jugendliche seit Beginn der COVID-19-Pandemie vermehrt Angstsymptome zeigen, und, wenn ja, welchem Störungsbild diese zuzuordnen wären, wurden vom 10.08.2020 bis 21.08.2020 Kinder und Jugendliche im Alter von 11-16 Jahren befragt. Durchgeführt wurde die Befragung in einer Kinder- und Jugendarztpraxis mit allergologisch-pneumologischem Schwerpunkt mithilfe eines standardisierten Fragebogens. Voraussetzung für den Einschluss in die Befragung war, dass die Eltern ihr Einverständnis erklärten und die jungen Patienten/Patientinnen die Praxis nicht wegen akuter Beschwerden aufsuchten, da insbesondere akute Atemwegserkrankungen in der aktuellen Situation vermehrt Angstsymptome auslösen und damit das Ergebnis hätten verfälschen können. Definiert wurde das Vorliegen einer chronischen Atemwegserkrankung mit der Erforderlichkeit einer Dauertherapie.

Im Rahmen der Erhebung konnten 120 Fragebogen an Patienten/Patientinnen der Praxis ausgegeben werden. Die Patienten/Patientinnen

wurden gebeten, den ausgefüllten Fragebogen bei Verlassen der Praxis in eine Box zu werfen.

Der eingesetzte Fragebogen basiert auf dem „Fragebogen für Angststörungen – Kinderversion“ (FAS-K) (vgl. Steinhausen, 2005). Einbezogen werden in je fünf Items Symptome der generalisierten Angststörung (F 93.8), der sozialen Ängstlichkeit (F 93.3), der Trennungsangst (F 93.0) sowie der phobischen Störung (F 93.1) nach ICD-10 (vgl. DIMDI, 2020). Diese Items wurden retrospektiv umformuliert, um zu verdeutlichen, dass es sich explizit um einen Vergleich zwischen den Symptomen vor und nach dem Beginn der Pandemie handelt (z. B. „Im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie habe ich mehr Angst davor, dass meiner Familie oder meinen Freunden etwas Schlimmes passiert.“). Die Antwortskala ist fünfstufig mit den Antwortoptionen von 1 = stimmt nicht, 2 = stimmt eher nicht, 3 = teils, teils, 4 = stimmt eher und 5 = stimmt genau. Zu beachten ist, dass die Items nicht zu diagnostischen Zwecken herangezogen werden dürfen. Sie dienen lediglich im Sinne eines Screenings als möglicher Hinweis auf ein klinisches Problem.

Werden einzelne Items nicht beantwortet, werden sie ebenso aus der Analyse ausgeschlossen wie Items, deren Beantwortung nicht eindeutig zuzuordnen ist, z. B. aufgrund einer Markierung zwischen zwei Antwortkategorien oder durch zusätzliche schriftliche Anmerkungen. Aus den einzelnen Items werden den Störungsbildern entsprechend vier Subskalen gebildet, die wiederum aus ihren Mittelwerten zu einem Gesamtwert (Angst insgesamt) zusammengefasst werden. Zusätzlich werden Daten zum persönlichen Umfeld erhoben, um moderierende Faktoren ermitteln zu können, wie das Geschlecht, die Altersgruppe oder die Art und Anzahl der weiteren Haushaltsmitglieder. Das Vorliegen einer chronischen Atemwegserkrankung wurde ebenfalls erfragt.

Als Rücklauf wurden insgesamt 106 Fragebögen erfasst. Davon wurden zwei unausgefüllt und zwei von Jugendlichen, die bereits das 17. Lebensjahr vollendet hatten, abgegeben. Ausgewertet werden konnten somit 102 Fragebögen. Die Stichprobe stellte sich wie folgt dar:

Tab. 3.1: Stichprobenbeschreibung (N = 102)

Stichprobenbeschreibung					
Alter	11–13 Jahre: 51 (50 %)		14–16 Jahre: 50 (49 %)		keine Angabe: 1 (1 %)
Geschlecht	männlich: 59 (57,8 %)	weiblich: 41 (40,2 %)	divers: 1 (1 %)	keine Angabe: 1 (1 %)	
chronische Atemwegserkrankung	ja: 22 (21,6 %)		nein: 77 (75,5 %)		keine Angabe: 3 (2,9 %)
Schulform	Gymnasium: 49 (48 %)		Realschule: 23 (22,5 %)		
	Gemeinschaftsschule: 6 (5,9 %)		Werkrealschule: 9 (8,8 %)		
	sonstige Schulformen: 11 (10,8 %)		keine Angabe: 4 (3,9 %)		
Haushaltsmitglieder (Mehrfachnennungen möglich)	Vater: 87 (85,3 %)		Mutter: 99 (97,1 %)		
	Geschwister: 79 (77,5 %)		Großmutter: 5 (4,9 %)		
	Großvater: 5 (4,9 %)		sonstige: 3 (2,9 %)		

3.5 Ergebnisse

Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgt mit der Software IBM SPSS 24. Zur Prüfung der Testgüte wird zunächst die interne Konsistenz für jede Subskala mit Cronbachs Alpha berechnet (vgl. Tab. 3.2).

Tab. 3.2: Reliabilität und Trennschärfe

	generalisierte Angststörung	soziale Ängstlichkeit	Trennungsangst	spezifische Krankheitsphobie
N gesamt	102	102	102	102
N gültig	97	98	98	94
Cronbachs α	.717	.822	.693	.779
Trennschärfe (korrigierte Item-Skala-Korrelation), niedrigster Wert	.340	.454	.392	.473

Für die Skalen der generalisierten Angststörung, der sozialen Ängstlichkeit sowie der spezifischen Krankheitsphobie liegt die interne Konsistenz im guten bis akzeptablen Bereich. Lediglich für die Subskala der Tren-

nungsangst ist der Wert mit $\alpha = .693$ fragwürdig. Aufgrund der geringen Itemanzahl dürften die Werte vor dem Hintergrund der Abhängigkeit von Cronbachs α von der Itemanzahl als ausreichend bewertet werden (vgl. Rey, 2017, S. 71). Die Trennschärfe liegt bei allen Items $> .3$ und ist demzufolge gut.

Durch die Verwendung eines standardisierten Fragebogens in Verbindung mit der in allen Fällen unter gleichen Bedingungen vonstattengehenden Ausgabe der Fragebögen, dem eigenständigen, anonymen Ausfüllen und der anonymen Rückgabe über eine Box dürften sowohl die Durchführungs- als auch die Auswertungsobjektivität gegeben sein.

In Tabelle 3.3 werden als Nächstes die Mittelwerte, der Median sowie die Prozentwerte der Item-Antworten zusammengefasst und nach Störungsbildern dargestellt.

Tab. 3.3: Mittelwerte, Median und Prozentwerte nach Störungsbildern (SD = Standardabweichung)

Mittelwerte, Median und Prozentwerte nach Störungsbildern						
	N	Mittelwert	SD	Median	Prozent	
generalisierte Angststörung	102	1,29	0,849	1,20	„stimmt nicht“:	16,7 %
					„stimmt eher nicht“:	44,1 %
					„teils, teils“:	27,4 %
					„stimmt eher“:	11,8 %
					„stimmt genau“:	0 %
soziale Ängstlichkeit	102	0,99	0,954	0,80	„stimmt nicht“:	40,2 %
					„stimmt eher nicht“:	31,4 %
					„teils, teils“:	20,6 %
					„stimmt eher“:	5,8 %
					„stimmt genau“:	2,0 %
Trennungsangst	101	0,93	0,782	0,80	„stimmt nicht“:	33,7 %
					„stimmt eher nicht“:	42,5 %
					„teils, teils“:	20,8 %
					„stimmt eher“:	1,0 %
					„stimmt genau“:	4,0 %

Mittelwerte, Median und Prozentwerte nach Störungsbildern					
	N	Mittelwert	SD	Median	Prozent
Krankheitsphobie	101	1,24	0,928	1,20	„stimmt nicht“: 25,7 % „stimmt eher nicht“: 38,7 % „teils, teils“: 25,7 % „stimmt eher“: 8,9 % „stimmt genau“: 1,0 %
Angst insgesamt	102	1,12	0,689	1,03	zwischen „stimmt nicht“ und „stimmt eher nicht“: 50 % zwischen „stimmt eher nicht“ und „teils, teils“: 40,2 % zwischen „teils, teils“ und „stimmt eher“: 8,8 % zwischen „stimmt eher“ und „stimmt genau“: 1,0 %

Insgesamt zeigt sich bei den befragten Kindern und Jugendlichen nur eine diskrete Zunahme von Angstsymptomen. Es stimmen über 90 % der befragten Kinder und Jugendlichen den Itemaussagen über alle Störungsbilder hinweg nicht, eher nicht bzw. nur zum Teil zu. Die höchste Zustimmung liegt bei den Items zu Symptomen der generalisierten Angststörung mit $M = 1.29$, $SD = .849$ (11,8 % stimmten eher oder genau zu) vor; bei der Krankheitsphobie liegen die Werte mit $M = 1.24$, $SD = .928$ (9,9 % stimmen eher oder genau zu) etwas niedriger.

Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen ohne und mit chronischen Atemwegserkrankungen können nicht festgestellt werden, ebenso wenig zwischen männlichen und weiblichen Befragten. Die Geschlechterangabe „divers“ wurde aufgrund der Fallzahl von $N = 1$ hier nicht berücksichtigt.

Auch gibt es keinen signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Großeltern im Haushalt. Allerdings liegt die Fallzahl „Haushalte mit Großeltern“ nur bei $N = 5$.

Ein starker, statistisch signifikanter positiver Effekt kann zwischen einer Zunahme der Symptome der sozialen Ängstlichkeit und der generalisierten Angststörung ($\rho(99) = .543$, $p = .000$), der sozialen Ängstlichkeit

und der Trennungsangst ($\rho(99) = .550, p = .000$) sowie der sozialen Ängstlichkeit und der Krankheitsphobie ($\rho(99) = .566, p = .000$) nachgewiesen werden. Zwischen der Zunahme der Symptome der generalisierten Angststörung und der Trennungsangst kann mit $\rho(99) = .526, p = .000$ ebenfalls ein statistisch signifikanter, starker positiver Effekt festgestellt werden.

3.6 Diskussion

Insgesamt scheinen die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie im Hinblick auf die Bildung von Angstsymptomen bei Kindern und Jugendlichen sehr unterschiedlich zu sein. Die Werte stellen sich deutlich inhomogen dar, was sich auch in der hohen Standardabweichung widerspiegelt. Zu den Gründen können folgende Annahmen bzw. Mutmaßungen aufgeführt werden:

- Kinder und Jugendliche, die unter Schulangst leiden, könnten aufgrund der Schulschließungen weniger von Ängsten betroffen sein als vor Beginn der Pandemie. Das könnte auch erklären, warum die Symptome der sozialen Ängstlichkeit ($M = .98; SD = .953$) und der Trennungsangst ($M = .93; SD = .782$) kaum zugenommen haben. Beide Ängste treten gehäuft im schulischen Umfeld auf (vgl. Walitzka/Melissen, 2019, S. 275; Schneider/In-Albon, 2004, S. 109).
- Darüber hinaus spielt insbesondere bei jüngeren Kindern und Jugendlichen das direkte Umfeld eine wichtige Rolle. Je jünger sie sind, desto stärker werden sie hinsichtlich der Bewertung der Situation durch die Einschätzung ihrer Bezugspersonen beeinflusst (vgl. Muris et al., 2010).
- Der fehlende Mittelwertsunterschied zwischen Kindern und Jugendlichen ohne und mit chronischen Atemwegserkrankungen sollte mit Vorsicht betrachtet werden, denn diese Gruppe fällt mit $N = 22$ recht klein aus.
- Darüber hinaus wurden Kinder und Jugendliche mit z. B. saisonalem Asthma nicht erfasst, da sie keine Dauertherapie benötigen. Die Befragung wurde zudem im Sommer durchgeführt, sodass nicht

ausgeschlossen werden kann, dass Allergiker zu diesem Zeitpunkt vermehrt unter Angstsymptomen litten, diese aber in der Gruppe der Gesunden erfasst wurden und damit das Ergebnis verfälscht haben könnten.

- Dass kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen männlichen und weiblichen Befragten nachgewiesen werden kann, könnte dadurch begründet sein, dass bei Mädchen eine im Fragebogen nicht erfasste Verbesserung der Situation stattgefunden hat. Möglicherweise lag bei den Mädchen aber auch bereits vor der Pandemie ein höheres Angstniveau vor, das sich im Verlauf nicht verschlechtert hat.
- Die Gruppe der Befragten, die mit ihren Großeltern in einem Haushalt leben, ist mit $N = 5$ so gering, dass hier keine verlässliche Aussage möglich ist.
- Die festgestellte Korrelation zwischen den Symptomen der einzelnen Störungsbilder deckt sich mit den Erwartungen aufgrund der hohen Komorbidität von Angststörungen untereinander.

3.7 Schlussbetrachtung

Die Frage, wie sich die COVID-19-Pandemie und die zur Eindämmung ergriffenen Maßnahmen auf die Entwicklung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen auswirken, kann durch die Erhebung nur sehr eingeschränkt beantwortet werden. Zwar lässt sich neben der Korrelation zwischen den Symptomen der verschiedenen Störungsbilder ein diskreter Anstieg von Symptomen, insbesondere der generalisierten Angststörung sowie der Krankheitsphobie, verzeichnen, allerdings ist das Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren.

Es liegt keine repräsentative Zufallsstichprobe vor. Die Befragung erfolgte in einer Kinder- und Jugendarztpraxis mit allergologisch-pneumologischem Schwerpunkt, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist. Darüber hinaus fällt die Stichprobe mit $N = 102$ relativ klein aus. Die Patientenstruktur der Praxis weist insgesamt einen eher ho-

hen sozioökonomischen Status auf, sodass die Wahrscheinlichkeit relativ hoch ist, dass kaum Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien an der Befragung teilgenommen haben.

Bei der Befragung lag der Fokus auf einer möglichen Verschlechterung von Angstsymptomen. Eine Verbesserung wurde nicht abgefragt, sodass als einzige Antwortmöglichkeit bei Symptomverbesserung die Verneinung (0 = stimmt überhaupt nicht) gegeben war. Da die Befragung als Querschnittserhebung durchgeführt wurde, spiegelt sie nur die Situation der Befragten zum damaligen Zeitpunkt wider. Im Weiteren interessant wäre, den Verlauf der Symptomentwicklung im Sinne einer Längsschnittstudie zu erfassen. Ergänzend und für weiterführende Studienideen wäre zu dieser Fragestellung eine Datenerhebung mit einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden folgerichtig, um zusätzliche, für die Probanden/Probandinnen wichtige Aspekte erfassen zu können. Auch wäre die Einbeziehung der engsten Bezugspersonen sinnvoll, da, wie oben beschrieben, das persönliche Umfeld einen erheblichen Einfluss auf die Kinder und Jugendlichen hat.

In dem Beitrag wird deutlich, dass neben den Vulnerabilitätsfaktoren wie genetische Disposition, Umfeld und Geschlecht auch das Verhalten der direkten Bezugspersonen erheblichen Einfluss auf die Entstehung von Angstsymptomen hat (vgl. Muris et al., 2010). Darüber hinaus sind dysfunktionale Kognitionen und inadäquate Verhaltensweisen ursächlich für die Entwicklung klinisch relevanter Angstsymptome (vgl. Junge/Bittner, 2004, S. 394). Demzufolge könnte mit verhältnismäßig einfachen Mitteln situativ präventiv gearbeitet werden. Es könnten z. B. Lehrkräfte Techniken aus der Verhaltenstherapie nutzen, um ihre Schüler/Schülerinnen im Klassenverband bei der objektiven Einordnung von subjektiv akut angstauslösenden Faktoren zu unterstützen. Darüber hinaus könnten Entspannungstechniken vermittelt und Sportangebote unterbreitet werden, um Stressempfinden zu verringern.

Auch wenn in der vorliegenden Studie derzeit keine verstärkte Zunahme an Angstsymptomen durch die Pandemiesituation festzustellen ist, erscheint es dennoch sinnvoll, gezielt präventiv tätig zu werden – und zwar unabhängig von den Ergebnissen der hier durchgeführten Datenerhebung.

Literaturverzeichnis

- Blanz, B./Schneider, S. (2008). *Angststörungen*. In: Herpertz-Dahlmann, B./Resch, F./Schulte-Markwort, M./Warnke, A. (Hrsg.): *Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. 2., vollst. überarb. und erw. Auflage, Stuttgart: Schattauer.
- Butcher, J. N./Mineka, S./Hooley, J. M. (2009). *Klinische Psychologie*. 13., aktual. Auflage, München: Pearson.
- DIMDI – Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2020). *ICD-10-GM Version 2020 – Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f90-f98.htm#F93> (24.03.2021).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (2020). *Asthma und COVID-19 – Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP) und der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA)*. *Allegro Journal*, 29 (3), S. 62.
- Essau, C. A./Conrad, J./Reiss, B. (2004). *Klassifikation, Epidemiologie und diagnostisches Vorgehen*. In: Schneider, S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer, S. 79–102.
- Junge, J./Bitner, A. (2004). *Prävention von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter*. In: Schneider, S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer, S. 390–415.
- Land Baden-Württemberg (2021). *Coronavirus: Häufige Fragen und Antworten zum Schul- und Kitabetrieb*. <https://km-bw.de/FAQ+Corona> (22.03.2021).
- Langmeyer, A./Guglhör-Rudan, A./Naab, T./Urlen, M. et al. (2020). *Kind sein in Zeiten von Corona. Ergebnisbericht zur Situation von Kindern während des Lockdowns im Frühjahr 2020*. Deutsches Jugendinstitut: München. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2020/Ergebnisbericht_Kindsein_Corona_2020.pdf (31.03.2021).
- Lyneham, H. J./Rappe, R. M. (2004). *Generalisierte Angststörung*. In: Schneider, S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer, S. 197–236.
- Melfsen, S./Warnke, A. (2004). *Soziale Phobie*. In: Schneider, S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer, S. 165–195.
- Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. 4. Auflage, Wien: Springer.
- Muris, P./Zwol, L. van/Huijding, J./Mayer, B. (2010). *Mom told me scary things about this animal: parents installing fear beliefs in their children via the verbal information pathway*. *Behaviour research and therapy*, 48 (4), S. 341–346.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2021). *Öffnungsperspektive in fünf Schritten*. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1873694/d7e320384322efd681fcaf1e15258930/2021-03-09-grafik-oeffnungsschritte-data.pdf?download=1> (22.03.2021).

- Ravens-Sieberer, U./Kaman, A./Otto, C./Adedeji, A. et al. (2020). *Impact of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life and Mental Health in Children and Adolescents*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5> (28.03.2021).
- Rey, G. D. (2017). *Methoden der Entwicklungspsychologie*. 2., überarb. Auflage, Norderstedt: BoD Books on Demand.
- RKI – Robert Koch-Institut (2021a). *COVID19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html (22.03.2021).
- RKI – Robert Koch-Institut (2021b). *Informationen und Hilfestellungen für Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html (01.04.2021).
- Schneider, S. (2004a). *Entwicklungspsychopathologische Grundlagen*. In: Schneider, S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer, S. 3–16.
- Schneider, S. (2004b). *Risikofaktoren für die Entwicklung von Angststörungen*. In: Schneider, S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer, S. 55–78.
- Schneider, S./In-Albon, T. (2004). *Störungen mit Trennungsangst*. In: Schneider, S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer, S. 105–131.
- Seligman, M. E. P. (1999). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.
- Seligman, M. E. P. (1971). *Phobias and preparedness*. *Behavior therapy*, 2 (3), S. 307–320.
- Steinhausen, H.-C. (2005). *Fragenbogen für Angststörungen – Kinderversion FAS-K*. https://www.pukzh.ch/default/assets/File/Downloads/FAS_K.pdf (28.03.2021).
- Walitzka, S./Melissen, S. (2019). *Angststörungen*. In: Remschmidt, H./Becker, K. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 7. vollst. überarb. und erw. Auflage, Stuttgart: Thieme, S. 266–285.
- Xie, X./Xue, Q./Zhou, Y./Zhu, K. et al. (2020). *Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China*. *JAMA Pediatrics*, 174 (9), S. 898–900.

4

Herausforderung Homeoffice

Psychische Belastungen berufstätiger Eltern in der Zeit der COVID-19-Pandemie

JENNIFER DÜLGER

Die COVID-19-Pandemie hält seit Ende 2019 die gesamte Welt in Atem. Diese Ausnahmesituation schlägt sich auch in der Arbeitswelt nieder. Ein wichtiger Beitrag, um Infektionsketten in Unternehmen und auf den Arbeitswegen einzudämmen, war die landesweite Ausweitung der Homeoffice-Möglichkeiten für Beschäftigte. Dies wiederum stellte, insbesondere in der Zeit, als Kindertagesstätten und Schulen aufgrund der Pandemie geschlossen hatten, sowohl die Arbeitgeber/-innen als auch die Arbeitnehmer/-innen vor weitreichende Herausforderungen. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die Folgen von psychischen Belastungen und Beanspruchungen in der Arbeitswelt. Des Weiteren wird die Gefährdungsbeurteilung laut Arbeitsschutzgesetz definiert. Im Verlauf des Beitrages werden die Ergebnisse einer quantitativen Online-Befragung dargestellt, die die psychischen Belastungen von berufstätigen Eltern im Homeoffice während der COVID-19-Pandemie vergleichend gegenüberstellt. Abschließend werden aus diesen Ergebnissen Handlungsempfehlungen für Arbeitgeber/-innen und Arbeitnehmer/-innen im Homeoffice erarbeitet.

„Diese Vorstellung, das kriege ich ja auch mit – Homeoffice und nebenbei die Kinder –, wo jeder denkt, ‚klappt schon irgendwie‘, ist natürlich Kokolores. Klappt nicht.“
(Spahn, 2020, 52:07-52:18)

Mit diesen Worten beschrieb der deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn am 12.05.2020 in einem Interview die Situation von berufstätigen Eltern im Homeoffice während der COVID-19-Pandemie in Deutschland. Dass die Arbeitswelt einem ständigen Wandel unterliegt (vgl. Pirker-Binder, 2016), ist schon länger bekannt. Doch durch die neue globale Anforderung durch das Coronavirus, welches ursprünglich im Dezember 2019 in China ausgebrochen ist und sich innerhalb kürzester Zeit weltweit verbreitet hat (vgl. RKI, 2020b), hat es auch für die Arbeitswelt gravierende Umbrüche gegeben. Um die Verbreitung des Virus in Deutschland einzudämmen, ha-

ben viele Unternehmen ihre Mitarbeiter/-innen, sofern möglich, ab dem 16.03.2020 ins Homeoffice (HO) versetzt. Gleichzeitig wurden Schulen und Kindertagesstätten zeitweise geschlossen. Dies führte dazu, dass sich berufstätige Eltern und deren Kinder während dieser Zeit primär im häuslichen Umfeld aufhielten (vgl. Bundesgesundheitsblatt, 2020; Bundesregierung, 2020; RKI, 2020a).

Bereits vor Ausbruch der Pandemie hat in Deutschland etwa jedes dritte Unternehmen HO zugelassen (vgl. Brenke, 2019). Im Jahr 2019 haben 12,8 % der Erwerbstätigen täglich oder mindestens die Hälfte ihrer Arbeitszeit von zu Hause gearbeitet (vgl. Destatis, 2021). Gemäß einer aktuellen Langzeitbefragung des sozioökonomischen Panels arbeiten aufgrund der Pandemie etwa 35 % aller Erwerbstätigen ganz oder teilweise im heimischen Umfeld (vgl. Schröder et al., 2020), was einer Steigung von 23,1 % im Vergleich zum Jahr 2018 gleichkommt. Unter Berücksichtigung der Anzahl der inländischen Erwerbstätigen (Stand 02/2020: ca. 45.000.000 Erwerbstätige) entspricht dies einem absoluten Wert von 10.395.000 zusätzlichen Erwerbstätigen im HO (vgl. Destatis, 2020). Gemäß einer weiteren Studie der Universität Konstanz haben 35 % der Befragten, die durch die COVID-19-Pandemie in das HO versetzt worden sind, keine und weitere 50 % der Befragten nur wenige Erfahrungen mit dieser Arbeitsform (vgl. Universität Konstanz, 2020).

Die veränderten Arbeitsbedingungen im HO stellen die Arbeitnehmer/-innen vor neue Herausforderungen, wie etwa eine zunehmende Mehrfachbeanspruchung und -belastung zwischen Familienkoordination, Kinderbetreuung, Berufstätigkeit und Haushaltsführung. Aus diesen kann eine Vielzahl von langfristigen individuellen physischen und/oder psychischen Folgen resultieren (vgl. Joiko et al., 2010). Insbesondere für diese Folgen wurden im Jahr 2015 für die Behandlung von psychischen Erkrankungen Kosten in Höhe von nahezu 44,4 Milliarden Euro vom deutschen Gesundheitssystem getragen (vgl. GBE-Bund, 2021). Dies entspricht einem Kostenanteil von 13,1 % der gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland (vgl. Destatis, 2017) und unterstreicht die Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie den dringenden Handlungsbedarf, diesen Beeinträchtigungen präventiv entgegenzuwirken.

Im vorliegenden Beitrag wird die psychische Belastung berufstätiger Eltern im HO untersucht. Hierzu wurde die Zielgruppe hinsichtlich des Alters der Eltern sowie des Alters der Kinder segmentiert. Zusätzlich wurde die Zielgruppe in Bezug auf ihre HO-Praxiserfahrungen vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie differenziert. So konnten die individuellen psychischen Belastungen von „HO-Erfahrenen“ und „HO-Neulingen“ während der COVID-19-Pandemie in Deutschland im Jahr 2020 analysiert und verglichen werden. Die genannte Analyse erfolgte im Sinne einer Gefährdungsbeurteilung in Anlehnung an die Gefährdungsbeurteilung-Psychologie der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA-Psychologie). Der Schwerpunkt der Analyse liegt, in Anlehnung an die Merkmalsbereiche der GDA-Psychologie, auf der Arbeitsaufgabe/-organisation, dem Verhalten der direkten Führungskraft sowie auf der Abgrenzung zwischen Familien- und Berufsleben (vgl. GDA-Psychologie, 2017, S. 17 ff.). Die Erhebung der individuellen psychischen Belastung erfolgte anhand einer quantitativen Online-Befragung. Ziel der Ausarbeitung war es, die Ableitung von Handlungsempfehlungen für Führungskräfte sowie für Mitarbeiter/-innen im HO zu erstellen. Diese Empfehlungen sollen eine bestmögliche Unterstützung zulassen und Verhaltensweisen aufzeigen, um die psychischen Belastungen im HO zu reduzieren.

Abgeleitet von dem vorgestellten Thema sowie der Zielsetzung des vorliegenden Beitrages stehen folgende Fragestellungen im Fokus: **Welche Einflussfaktoren belasten die Psyche berufstätiger Eltern mit beaufsichtigungspflichtigen Kindern im Alter von 0 bis 16 Jahren im Homeoffice mit vorheriger Telearbeitserfahrung im Vergleich zu berufstätigen Eltern ohne vorheriger Telearbeitserfahrung in der Zeit der COVID-19-Pandemie in Deutschland im Jahr 2020? Welche Merkmalsbereiche werden von HO-Neulingen anders wahrgenommen als von HO-Erfahrenen?**

Um diese Fragen im Verlauf dieses Beitrags beantworten zu können, wird im Folgenden zunächst der konzeptionelle Hintergrund dargelegt.

4.1 Definitionen

Psychische Belastungen, psychische Beanspruchungen und Stress müssen voneinander differenziert werden, da diese unterschiedlich auf Individuen wirken und vielfältig wahrgenommen werden können. Ferner erzeugen diese Einflüsse heterogene gesundheitliche, teils langfristige, Folgen (vgl. Beck et al., 2017, S. 4; Joiko et al., 2010, S. 9):

Psychische Belastungen gemäß DIN EN ISO 10075-1 (1a) stellen einen wertneutralen Begriff dar, der objektiv messbar ist. Sie wirken von außen auf ein Individuum ein und lösen dabei Reaktionen aus (vgl. Beck et al., 2017, S. 4; Joiko et al., 2010, S. 9).

Psychische Beanspruchungen werden als temporäre, unmittelbare Reaktionen auf eine Belastung definiert. Dabei handelt es sich um eine individuelle Reaktion, abhängig von menschlichen Ressourcen, die positiv (anregend/motivierend) oder negativ (stressend) in ihrer Wirkung sein kann (vgl. Joiko et al., 2010, S. 11).

Der wichtigste gesundheitsgefährdende Risikofaktor ist **Stress**. Dabei handelt es sich um einen Zustand, der als unangenehm und bedrohlich empfunden wird. Stress löst beim Individuum das Gefühl aus, gestellte Anforderungen nicht bewältigen zu können und entsteht bei Ungleichgewicht zwischen selbst eingeschätzten Kompetenzen und gestellten Anforderungen (Stressoren) (vgl. Joiko et al., 2010, S. 25 ff.; Kaluza, 2018, S. 4 ff.).

Unmittelbare Reaktionen auf Stress oder eine Fehl- bzw. Überbelastung oder -beanspruchung sind vielfältig und abhängig von den individuellen persönlichen Ressourcen. Zu unmittelbaren Reaktionen von Individuen zählen z. B. ein erhöhter Blutdruck, geistige Ermüdung, ein verringertes Leistungsniveau sowie reduziertes (psychisches und/oder physisches) Wohlbefinden (vgl. Joiko et al., 2010, S. 13 f.). Zu den langfristigen Folgen einer Fehlbeanspruchung und -belastung gehören u. a. depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Burnout, Herz-Kreislauf-Probleme sowie Störungen des Immunsystems (vgl. Riechert, 2015, S. 24 ff.). Kann ein Individuum alle Belastungen und Beanspruchungen mit den eigenen Ressourcen und Fähigkeiten bewältigen, wird dieser Zustand des Wohlbefindens als **psychische Gesundheit** definiert (vgl. WHO, 2019). Inwiefern

psychische Belastungen und Beanspruchungen auf Arbeitnehmer/-innen wirken, wird folgend innerhalb einer Gefährdungsbeurteilung dargelegt.

4.2 Gefährdungsbeurteilung im HO gemäß dem Arbeitsschutzgesetz

Eine Gefährdungsbeurteilung (GFB) gemäß dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) kennzeichnet sich durch folgende Merkmale:

- Gemäß § 5 Abs. 1 ArbSchG sind Arbeitgeber zur GFB verpflichtet.
- Gesonderte GFB zu psychischen Belastungen sind nicht verpflichtend.
- Ziel ist es, Belastungen zu analysieren, um einen adäquaten Arbeitsschutz gewährleisten zu können.
- Stellt ein Arbeitgeber/eine Arbeitgeberin eine Gefährdung fest, sind entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten.
- Gemäß § 5 Abs. 3 Nr. 1 bis 5 ArbSchG können Gefährdungen durch vielfältige Einflüsse am Arbeitsplatz entstehen. Daher ist eine Beurteilung von folgenden Merkmalsbereichen innerhalb der GFB sinnvoll:
 - 1) Arbeitsaufgabe/Arbeitsinhalt
 - 2) Aufgabenorganisation
 - 3) soziale Beziehungen
 - 4) Arbeitsumgebung
 - 5) neue Arbeitsformen
- Eine GFB ist durch den/die Arbeitgeber/-in und Betriebs-/Personalrat mitbestimmungspflichtig (vgl. Beck et al., 2017, S. 3 ff.; GDA-Psyche, 2017, S. 127 ff.).

Zum fünften Merkmalsbereich (neue Arbeitsformen) kann u. a. das HO dazugezählt werden. Eine besondere Personengruppe dieser Arbeitsform sind berufstätige Eltern beaufsichtigungspflichtiger Kinder. Gemäß einer Studie des Fraunhofer-Instituts für Angewandte Informationstechnik (FIT) gaben 25 % der bisher befragten Personen mit Kindern unter 12 Jahren an, unzufrieden mit der Arbeitssituation zu sein. Dies bestätigten im Gegen-

zug nur 15 % der kinderlosen Beschäftigten. 37 % der Beschäftigten mit Kindern unter 12 Jahren schätzen ihre eigene Produktivität im HO im Vergleich zum ursprünglichen Tätigkeitsort als geringer ein (vgl. FIT, 2020). Dieser Aspekt hat direkten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten und kann zudem gesundheitliche Folgeschäden auslösen (vgl. Joiko et al., 2010, S. 25 ff.; Kaluza, 2018, S. 8 ff.). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Ad-hoc-Studie der Technischen Hochschule Köln. In dieser gaben Eltern mit beaufsichtigungspflichtigen Kindern eine geringere Zufriedenheit (70 %) in Bezug auf das HO an, im Gegensatz zu kinderlosen Beschäftigten (74 %). Ferner waren diejenigen Eltern, die bereits vor der Pandemie Erfahrungen im HO gesammelt haben, zufriedener (84 %) als ihre Kollegen/Kolleginnen (71 %) ohne vorherige HO-Erfahrung (vgl. Ernst, 2020, S. 4 ff.).

In den nachfolgenden Ausführungen wird das methodische Vorgehen zusammengefasst beschrieben.

4.3 Methodisches Vorgehen

Um den konzeptionellen Hintergrund darzustellen, ist zunächst eine einfache Literaturrecherche vorhandener Sekundärliteratur durchgeführt worden. Aufgrund der hohen Aktualität des Themengebietes, ist das Literaturangebot sehr vielfältig. Um die im Fokus stehenden Fragestellungen zu den psychischen Belastungen berufstätiger Eltern im HO beantworten zu können, wurde ferner eine Primärforschung in Form einer dreiwöchigen quantitativen Online-Befragung durchgeführt. Dabei handelte es sich bei der Zielpopulation um berufstätige Eltern im HO im Alter von 20–55 Jahren mit beaufsichtigungspflichtigen Kindern im Alter von 0–16 Jahren.

Innerhalb der Befragung wurden die Teilnehmer/-innen durch fünf Themenblöcke mit insgesamt 14 Fragestellungen geleitet. Diese beinhalteten Fragen zu epidemiologischen Daten, zur HO-Nutzung, zur Kinderbetreuung sowie Fragestellungen zu persönlichen Wahrnehmungen in Bezug auf die Arbeitsaufgabe und -organisation, zur Unterstützung durch die direkte Führungskraft sowie zu dem Zusammenspiel von Arbeits- und Privatleben. Jede geschlossene, eindeutig formulierte Fragestellung enthält

maximal vier Items. Diese Items haben im Verlauf der Befragung stets dieselbe Reihenfolge. Die Datenauswertung und -analyse erfolgt anhand der Berechnung von prozentualen Anteilen sowie anhand eines Ampelschemas. Hierzu wurden im Vorfeld die Aussagen einer Punktzahl sowie den Forschungshypothesen zugeordnet (Codebuch). Die Punktzahl ist abhängig von der Formulierung der Aussage. Je mehr eine positive Aussage bestätigt wird, desto höher ist die zu berücksichtigende Punktzahl („trifft voll zu“: 3 Punkte; „trifft teilweise zu“: 2 Punkte; „trifft teilweise nicht zu“: 1 Punkt; „trifft nicht zu“: 0 Punkte). Gegenteiliges gilt für negative Aussagen. Die Antworten der Stichprobe wurden ausgewertet und die durchschnittliche Punktzahl je Aussage sowie je Themenblock berechnet. Die Berechnungen erfolgten für die Personengruppen der HO-Erfahrenen und der HO-Neulinge der Stichprobe. Je höher der durchschnittliche Wert ist, desto geringer ist die psychische Belastung. Dies bedeutet im Umkehrschluss: Je geringer das arithmetische Mittel, desto höher ist die psychische Belastung. Die erreichten arithmetischen Mittel wurden anschließend mittels Ampelschemata gedeutet. Die Zuordnung zu diesen erfolgte mittels prozentualer Berechnung in Anlehnung an das Notenschema der Humboldt Universität (vgl. Tab. 4.1). Hierzu wird das maximale arithmetische Mittel mit dem Wert 3 als Basiszielwert (100 %) berücksichtigt. Von diesem Wert werden die prozentualen Anteile berechnet und auf die erreichbaren Punktzahlen übertragen. Die nachfolgende Tabelle 4.1 stellt die Zuordnung der Noten bzw. Prozentwerte zu den Punktwerten der Online-Befragung sowie zum Ampelschema dar:

Tab. 4.1: Zuordnung des arithmetischen Mittels zum Notenschlüssel (vgl. Ernsting, o. J.)

Note	Prozentsatz	Punkte	Ampelschemata
sehr gut	86–100 %	2,56–3	grün
gut	75–85 %	2,25–2,55	hellgrün
befriedigend	60–74 %	1,8–2,24	gelb
ausreichend	51–59 %	1,51–1,79	orange
mangelhaft/ungenügend	≤ 50 %	0–1,5	rot

Für die Auswertung lässt sich ableiten: Je geringer das erreichte arithmetische Mittel, desto höher ist das Optimierungspotenzial seitens der Verhältnisse im HO. Für die dargestellten durchschnittlichen Punktwerte gilt folgender Ansatz:

- **Arithmetisches Mittel: 2,56–3 Punkte (grün):**
 - Note „sehr gut“: optimaler Zustand
 - Zustand der psychischen Gesundheit (keine psychische Belastung)
 - Befragten empfinden das HO als positiv
 - keine Maßnahmen notwendig
- **Arithmetisches Mittel: 2,25–2,55 Punkte (hellgrün):**
 - Note „gut“: Arbeitnehmer/-in ist zufrieden
 - nur vereinzelte Verbesserungspotenziale
 - wird noch nicht als psychische Belastung wahrgenommen
 - Der/die Arbeitgeber/-in kann durch vereinzelte Maßnahmen die zukünftige Wahrnehmung der Mitarbeiter/-innen positiv beeinflussen.
 - Maßnahmen sind noch nicht zwingend notwendig
- **Arithmetisches Mittel: 1,8–2,24 Punkte (gelb):**
 - Note „befriedigend“: Arbeitnehmer/-in ist noch zufrieden
 - an mehreren Stellen Verbesserungspotenziale
 - Zustand geringer psychischer Belastung
 - Verbesserungspotenziale sind herauszuarbeiten, zu analysieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, um einen Abwärtstrend der erreichten durchschnittlichen Punkte zu verhindern.
 - Ziel der Maßnahmen ist das Erreichen von $\geq 2,25$ Punkten
- **Arithmetisches Mittel: 1,51–1,79 Punkte (orange):**
 - Note „ausreichend“: Arbeitnehmer/-in ist nicht zufrieden
 - deutliches Verbesserungspotenzial
 - Zustand psychischer Belastung liegt vor

- Der/die Arbeitgeber/-in hat Gegenmaßnahmen einzuleiten, um die Zufriedenheit und die Gesundheit der Arbeitnehmer/-innen zu steigern.
- **Arithmetisches Mittel: 0-1,5 Punkte (rot):**
 - Note „mangelhaft“ bzw. „ungenügend“: Arbeitnehmer/-in ist stark unzufrieden
 - Zustand hoher psychischer Belastung
 - Maßnahmen durch den/die Arbeitgeber/-in sind umgehend einzuleiten

Abschließend werden die arithmetischen Mittel je Aussagenblock berechnet, um die Forschungsfragen zu beantworten. Mithilfe dieses Vorgehens konnten die im Folgenden dargestellten Daten gewonnen werden.

4.4 Ergebnisse der quantitativen Online-Befragung

Die gewonnene Stichprobe der Befragung setzt sich aus 150 Aufrufen zusammen. Von diesen beantworteten 93 Personen den Fragebogen vollständig. Die Abschlussquote beträgt somit 62 %. Der weibliche Anteil der Teilnehmenden innerhalb der Stichprobe beträgt 58,1 % und der der männlichen 41,9 %. Kein/-e Teilnehmer/-in gab das Geschlecht divers an (0 %). Von den Teilnehmenden gaben 51,6 % (48 von 93) an, keine Erfahrungen im HO bis zum Beginn der Pandemie gesammelt zu haben (HO-Neulinge). 48,4 % (45 von 93) gaben hingegen an, bereits vor der Pandemie im HO gearbeitet zu haben (HO-Erfahrene). Daten zum Berufsfeld der Teilnehmenden wurden nicht erhoben.

Die körperlichen Ressourcen zur Bewältigung von psychischen Belastungen sind u. a. abhängig vom Geschlecht und Alter der Personen (vgl. Beck et al., 2017, S. 4). Daher werden in der nachfolgenden Abbildung 4.1 relevante Charakteristika der beiden Personengruppen der Stichprobe grafisch dargestellt:

Homeoffice-Erfarene

- **HO-Nutzung vor der Pandemie:**
 - 2,2 % an jedem Tag
 - 17,8 % an drei bis vier Tagen
 - 55,6 % an ein bis zwei Tagen
 - 24,4 % nur bei Bedarf
- } 20 % mit Erfahrungswerten
} 80 % mit wenig Erfahrung
- **Geschlechterverteilung:** 64,4 % weiblich; 35,6 % männlich; 0 % divers
 - **Altersverteilung:** 37,8 % im Alter von 20-35 Jahren; 62,2 % im Alter von 36-55 Jahren
 - **Kinder im Haushalt:**
 - 35,6 % ein Kind
 - 48,9 % zwei Kinder
 - 15,6 % drei Kinder
 - 0 % vier oder mehr Kinder
 - **Kinderbetreuung:**
 - 73,3 % mit ihrer/ihrem Partner/-in geteilt
 - 20 % allein übernommen
 - 2,2 % externe Betreuung
 - 4,4 % der/die Partner/-in hat die Betreuung übernommen

Homeoffice-Neulinge

- **Geschlechterverteilung:** 52 % weiblich; 48 % männlich; 0 % divers
- **Altersverteilung:** 60,4 % im Alter von 20-35 Jahren; 39,6 % im Alter von 36-55 Jahren
- **Kinder im Haushalt:**
 - 45,8 % ein Kind
 - 47,9 % zwei Kinder
 - 6,3 % drei Kinder
 - 0 % vier- oder mehr Kinder
- **Kinderbetreuung:**
 - 35,4 % mit ihrer/ihrem Partner/-in geteilt
 - 56,3 % allein übernommen
 - 4,2 % externe Betreuung
 - 4,2 % der/die Partner/-in hat die Betreuung übernommen

Abb. 4.1: Charakteristika der Personengruppen

Die Befragungsteilnehmer/-innen wurden zu drei Themenblöcken (Arbeitsaufgabe und -organisation, Führungskräfteverhalten und Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben) befragt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Personengruppen gegenübergestellt.

4.4.1 Arbeitsaufgabe und -organisation

Um die psychische Belastung beider Personengruppen durch die Arbeitsaufgabe und -organisation anhand der Ergebnisse der Online-Befragung

bewerten zu können, ist das arithmetische Mittel aus den Punktzahlen berechnet worden. Die nachfolgende Tabelle 4.2. stellt diese Werte der beiden Personengruppen vergleichend gegenüber. Die Werte werden gemäß der Zuordnung zum Ampelschema (siehe Tab. 4.1.) farblich markiert:

Tab. 4.2: Vergleich der arithmetischen Mittel – Arbeitsaufgabe und -organisation

Aussage	HO-Erfahrene	HO-Neulinge	Differenz
8.1: „Ich habe Einfluss auf die Reihenfolge meiner Aufgaben.“	2,27	1,27	1,0
8.2: „Ich empfinde die Arbeitsbelastung als zu hoch.“	2,04	0,96	1,08
8.3: „Meine Arbeit ist abwechslungsreich.“	2,02	1,29	0,73
8.4: „Meine Tätigkeit entspricht meiner Qualifikation.“	2,47	1,69	0,78
8.5: „Ich kann störungsfrei mindestens drei Stunden am Tag arbeiten.“	1,78	0,88	0,9
8.6: „Ich mache Überstunden, um meine Arbeit bewältigen zu können.“	1,98	0,71	1,27
9.1: „Ich habe das Gefühl, kontinuierlich erreichbar sein zu müssen.“	2,11	0,75	1,36
9.2: „Ich erledige meine beruflichen Aufgaben auch außerhalb meiner Arbeitszeit.“	2,13	1,02	1,11
9.3: „Ich kann meinen Arbeitstag selbst strukturieren.“	2,62	1,71	0,91
9.4: „Meine Arbeit ist monoton.“	2,13	1,54	0,59
Ø arithmetisches Mittel	2,16	1,18	0,98

Die Tabelle 4.2 legt dar, dass die arithmetischen Mittel der HO-Erfahrenen zu jeder Aussage höher sind als die der HO-Neulinge. Die psychische Belastung der HO-Neulinge ist ergo ausgeprägter als die der HO-Erfahrenen hinsichtlich ihrer Arbeitsaufgabe und -organisation.

Vier von zehn bestätigten Aussagen der HO-Neulinge haben ein arithmetisches Mittel von unter 1 (rote Ampel), was auf eine hohe psychische Belastung hindeutet. Kein Durchschnittswert erreicht in dieser Personen-

gruppe einen höheren Wert als 1,71. Dies entspricht nahezu dem niedrigsten Wert der HO-Erfahrenen. Der höchste Wert dieser Personengruppe beträgt 2,62 (Aussage 9.3; grüne Ampel). Die größte psychische Belastung der HO-Neulinge errechnet sich aus den Antworten zur Aussage 8.6 („Ich mache Überstunden, um meine Arbeit bewältigen zu können.“). Das arithmetische Mittel zu dieser Aussage beträgt für die HO-Neulinge 0,71 (rote Ampel). Die HO-Erfahrenen bewerten diese Aussage positiver. Es errechnet sich ein arithmetisches Mittel von 1,98 (gelbe Ampel).

Das durchschnittliche arithmetische Mittel der HO-Erfahrenen beträgt 2,16 Punkte (gelbe Ampel); das bedeutet, der/die Arbeitnehmer/-in ist noch zufrieden, sieht aber an mehreren Stellen Verbesserungspotenzial. Es liegt somit ein Zustand geringer psychischer Belastung vor. Das durchschnittliche arithmetische Mittel der HO-Neulinge beträgt 1,18 Punkte (rote Ampel). Es liegt somit ein Zustand hoher psychischer Belastung vor, weswegen Gegenmaßnahmen einzuleiten sind, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen zu stärken, mögliche psychische Folgen abzuwenden und Kosten zu sparen. Aus den durchschnittlichen Werten der Personengruppen ergibt sich eine Differenz von 0,98 Punkten.

4.4.2 Führungskräfteverhalten

Die nachfolgende Tabelle 4.3 stellt die berechneten arithmetischen Mittel beider Personengruppen in Bezug auf die psychische Belastung durch das Verhalten der direkten Führungskraft dar:

Tab. 4.3: Vergleich der arithmetischen Mittel – Führungskräfteverhalten

Aussage	HO-Erfahrene	HO-Neulinge	Differenz
10.1: „Ich stehe im regelmäßigen Kontakt mit meiner Führungskraft.“	2,69	2,0	0,69
10.2: „Meine Führungskraft nimmt sich Zeit für meine persönlichen Belange.“	1,87	0,93	0,94
10.3: „Ich fühle mich von meiner Führungskraft auch im Homeoffice optimal unterstützt und informiert.“	2,02	1,08	0,94

Aussage	HO-Erfahrene	HO-Neulinge	Differenz
10.4: „Meine Führungskraft bezieht mich in Entscheidungen mit ein.“	1,38	0,85	0,53
10.5: „Meine Führungskraft spiegelt mir die Qualität meiner Arbeit wider.“	1,53	0,85	0,68
Ø arithmetisches Mittel	1,9	1,14	0,76

Die arithmetischen Mittel der HO-Neulinge sind in jeder Aussage niedriger als die der HO-Erfahrenen. Somit ist die psychische Belastung der HO-Neulinge durch das Verhalten ihrer direkten Führungskräfte höher. Das niedrigste arithmetische Mittel von 0,85 und somit die größten psychischen Belastungen (rote Ampel) wurden von den HO-Neulingen bei den Aussagen 10.4 („Meine Führungskraft bezieht mich in Entscheidungen mit ein.“) sowie 10.5 („Meine Führungskraft spiegelt mir die Qualität meiner Arbeit wider.“) getroffen. Auch die HO-Erfahrenen erreichen in Bezug auf die Aussage 10.4 nur ein arithmetisches Mittel von 1,38 (rote Ampel). Dies entspricht einer sehr hohen psychischen Belastung. Das größte arithmetische Mittel und somit die geringste psychische Belastung beider Personengruppen konnte in der Aussage 10.1 („Ich stehe im regelmäßigen Kontakt mit meiner Führungskraft.“) berechnet werden. Die HO-Erfahrenen erreichen hier ein arithmetisches Mittel von 2,69 (grüne Ampel). Die HO-Neulinge sind bei einem Wert von 2,0 der gelben Ampel zuzuordnen.

Das durchschnittliche arithmetische Mittel der HO-Erfahrenen (1,9, gelbe Ampel; Zustand geringer psychischer Belastung) und der HO-Neulinge (1,14; rote Ampel; hohe psychische Belastung) unterscheidet sich um 0,76 Punkte. Aufgrund dieser Berechnungen wird eine höhere psychische Belastung der HO-Neulinge durch das Verhalten der direkten Führungskräfte deutlich.

4.4.3 Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben

Die nachfolgende Tabelle 4.4 stellt die Ergebnisse der Befragung zum Zusammenspiel von Arbeits- und Privatleben gegenüber:

Tab. 4.4: Vergleich der arithmetischen Mittel – Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben

Aussage	HO-Erfahrene	HO-Neulinge	Differenz
11.1: „Die Grenzen zwischen Arbeits- und Privatleben verschwimmen.“	1,29	0,56	0,73
11.2: „Durch das Homeoffice fällt es mir leichter, Arbeit und Familie zu koordinieren.“	2,44	1,58	0,86
11.3: „Der Zusammenhalt in der Zeit des konstanten Homeoffice innerhalb der Familie ist gestiegen.“	2,38	1,54	0,84
11.4: „Meine Kinder akzeptieren meine Arbeitszeiten.“	1,69	0,83	0,86
11.5: „Die Unterstützung meiner Kinder im Online-Unterricht belastet mich zusätzlich.“	2,0	0,52	1,48
Ø arithmetisches Mittel	1,96	1,0	0,96

Die arithmetischen Mittel der HO-Neulinge liegen auch in diesem Themenblock stets unter denen der HO-Erfahrenen. Während die arithmetischen Mittel der HO-Neulinge sich der orangenen und der roten Ampel zuordnen lassen, lassen sich die der HO-Erfahrenen der hellgrünen, gelben, orangenen und roten Ampel zuordnen. Die Auffassung der HO-Neulinge ist somit weitaus negativer und weniger differenziert als die der HO-Erfahrenen. Den niedrigsten Wert erreichen die HO-Neulinge in der Aussage 11.5 („Die Unterstützung meiner Kinder im Online-Unterricht belastet mich zusätzlich.“) mit einem arithmetischen Mittel von 0,52 (rote Ampel). Dies ist gleichzeitig die geringste Bewertung in der gesamten Online-Befragung. Die HO-Erfahrenen erreichen in Bezug auf diese Aussage einen Wert von 2,0 (gelbe Ampel). Den höchsten Wert erreichen beide Personengruppen in Bezug auf die Aussage 11.2 („Durch das Homeoffice fällt es mir leichter, Arbeit und Familie zu koordinieren.“). Die HO-Erfahrenen erreichen einen Wert von 2,44 (hellgrüne Ampel), während sich anhand der Ergebnisse der HO-Neulinge ein Wert von 1,58 (orangene Ampel) berechnen lässt.

Das durchschnittliche arithmetische Mittel der HO-Erfahrenen ist der gelben Ampel zugehörig. Dies entspricht einem Zustand psychischer Belastung mit deutlichem Verbesserungspotenzial. Das arithmetische Mittel der HO-Neulinge ist der roten Ampel zuzuordnen. Es liegt eine hohe psychische Belastung vor. Es sind Gegenmaßnahmen einzuleiten, um psychische Folgen und somit Kosten für das Gesundheitssystem abwenden zu können. Das durchschnittliche arithmetische Mittel der beiden Personengruppen differenziert sich nahezu um einen ganzen Punktwert.

Die Ergebnisse legen dar, dass die psychische Belastung der HO-Neulinge in Bezug auf das Zusammenspiel von Arbeits- und Privatleben größer ist als die der HO-Erfahrenen.

4.5 Schlussbetrachtung

Die Resultate der Befragung verdeutlichen, dass die psychische Belastung von HO-Neulingen höher ist als die der HO-Erfahrenen. Dass sich die Ergebnisse der beiden Personengruppen in den einzelnen Teilbereichen so deutlich unterscheiden, kann nicht nur dazu genutzt werden, die Forschungsfragen sowie die Hypothesen zielgerichtet zu beantworten, sondern auch um zielgruppenspezifische Handlungsempfehlungen zur Prävention abzuleiten.

Die neuen Erkenntnisse lassen sich in die bereits vorhandenen Studien sowie in den Forschungsstand einordnen, um den Gesundheitszustand der Arbeitnehmer/-innen im HO zu verbessern. Die Qualität der Ergebnisse wird aus Sicht der Autorin als hoch eingeschätzt, da die Erhebung neue, zuvor unberücksichtigte Resultate hervorbringt. Die Erhebung stellt einen Fortschritt dar, da differente Personengruppen berücksichtigt werden. Des Weiteren hat die Erhebung einen praktischen Nutzen für die Zukunft, welcher im Folgenden dargelegt wird.

4.5.1 Bedeutung für zukünftige Forschungen und die Praxis

In Bezug auf die vorliegende Erarbeitung stellt sich im Nachhinein die Frage, ob die (nicht vorhandene) HO-Erfahrung und/oder die zusätzliche Kinderbetreuung den/die entscheidenden Faktor/en darstellen. Dies er-

gibt sich daraus, dass die Ergebnisse der HO-Neulinge deutlich negativer ausfallen als die der HO-Erfahrenen. Auch die Art der Kinderbetreuung kann aus Sicht der Autorin ein psychisch belastender Faktor sein. Im Vergleich zu den HO-Erfahrenen haben die Neulinge überwiegend die Kinderbetreuung allein organisiert. Dieser Aspekt kann zu den negativeren Ergebnissen der HO-Neulinge geführt haben, da diese auf das „plötzliche“ Versetzen in die Telearbeit sowie die anderweitige Organisation der Kinderbetreuung nicht im gleichen Maße vorbereitet waren. In einer zukünftigen Forschung könnte analysiert werden, welcher Faktor sich als psychisch belastender erweist, die Frage nach der Kinderbetreuung oder das HO an sich. Zudem könnte die Studie nach der COVID-19-Pandemie erneut mit der gleichen Personengruppe durchgeführt werden, um einen Vergleich zu ziehen, welchen Einfluss das Pandemiegeschehen (inkl. Lockdown) auf die Eltern hatte.

Die erhobenen Forschungsergebnisse haben neben dem theoretischen Nutzen für zukünftige Studien auch eine praktische Relevanz. Die Empfehlungen zur Umsetzung, mit dem Ziel der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/-innen, werden in den nachfolgenden Ausführungen sowohl für die direkten Führungskräfte als auch für die Arbeitnehmer/-innen benannt.

4.5.2 Handlungsempfehlung für Führungskräfte

Die höhere psychische Belastung der HO-Neulinge, im Vergleich zu den HO-Erfahrenen, ist anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse belegt worden. Um negative und teils langfristige gesundheitliche Folgen für die Arbeitnehmer/-innen zu unterbinden, ist ein aktives, gesundheitsförderndes und verständnisvolles Verhalten der Führungskräfte von Bedeutung. Dieses kann einen Ausgleich zwischen Arbeits- und Privatleben sowie zwischen Produktivität und Erholung bewirken. Zielsetzung dessen ist, dass die Arbeitnehmer/-innen ein Gefühl der Zufriedenheit und Wertschätzung erfahren und nicht gestresst sind.

Die vorliegenden Forschungsergebnisse zeigen, dass die Arbeitnehmer/-innen beider fokussierter Personengruppen im HO eher Schwie-

rigkeiten bezüglich des Verhaltens der Führungskräfte sowie des Zusammenspiels von Arbeits- und Privatleben sehen, im Vergleich zu der Arbeitsaufgabe und -organisation der untersuchten Personengruppen. In Bezug auf die erhobenen Daten kann empfohlen werden, den direkten Führungskräften folgende Verhaltensweisen an die Hand zu geben, um positiven Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter/-innen zu nehmen:

Die relative Mehrheit der befragten Teilnehmer/-innen beider Personengruppen gibt an, nicht oder nur teilweise in Entscheidungen der Führungskraft miteinbezogen zu werden. Um die psychische Belastung der HO-Nutzer/-innen diesbezüglich zu reduzieren, könnte die direkte Führungskraft durch aktive und wertschätzende Kommunikation, z. B. durch regelmäßige Videokonferenzen, tätig werden. In diesen könnte die Führungskraft die Mitarbeiter/-innen über Neuigkeiten informieren und Entscheidungswege transparent darlegen. Eine weitere Option der direkten Führungskraft wäre die Erweiterung der Entscheidungsspielräume der Arbeitnehmer/-innen. Dies kann die Führungskraft einerseits entlasten, andererseits aber auch das autonome Arbeiten der Mitarbeiter/-innen fördern. Zudem regt diese Maßnahme aus Sicht der Autorin im gleichen Zuge das Verantwortungsgefühl der Mitarbeiter/-innen an. Wichtig ist diesbezüglich, die Zuständigkeiten klar zu definieren, um kein weiteres Konfliktpotenzial zu schaffen, sondern das Vertrauen untereinander zu stärken.

Des Weiteren bewertet die relative Mehrheit der Teilnehmer/-innen negativ, dass die Führungskräfte den Beschäftigten die Qualität ihrer Arbeit nicht widerspiegeln. Dieser Zustand kann durch regelmäßige Mitarbeitergespräche, z. B. über Video-/Telefonkonferenzen im HO, oder durch wertschätzende Feedbackgespräche nach dem Abschluss einer Aufgabe positiv beeinflusst werden. Ferner können regelmäßige Gespräche das Wohlbefinden von Arbeitgeber/-in und Arbeitnehmer/-innen positiv beeinflussen. Das Widerspiegeln der Arbeitsqualität könnte gleichermaßen die Beziehung zwischen Arbeitnehmer/-in und Arbeitgeber/-in stärken.

Ein weiterer Aspekt, der von den Teilnehmern/Teilnehmerinnen negativ bewertet wird, bezieht sich auf die Führungskraft, die sich zu wenig Zeit für persönliche Belange nimmt. Führungskräfte können sich beispielsweise mehr Zeit für ihre Mitarbeiter/-innen nehmen, indem regelmäßige

Feedbackgespräche per Telefon erfolgen, in denen nicht über die Arbeit gesprochen wird. Mittels empathischer Verhaltensweisen können Führungskräfte so einen Einblick in Gedanken und Gefühle der Mitarbeiter/-innen erlangen. Durch diese privaten Gespräche können Problemstellungen deutlich werden, die im üblichen Arbeitsalltag untergehen. Um die Kommunikation zwischen Arbeitnehmer/-in und Führungskraft zu erleichtern, können festgelegte Erreichbarkeitszeiten von Vorteil sein. Gezielte Fortbildungen für die Führungskräfte könnten deren Kommunikationsfähigkeiten optimieren und das Verständnis für die nur im HO arbeitenden Mitarbeiter/-innen stärken.

Auf die HO-Neulinge sollte besondere Rücksicht genommen werden, da sie noch keine Erfahrungen mit der HO-Tätigkeit gemacht haben und das erste Mal vor dieser speziellen Herausforderung stehen. Mittels aktiver und regelmäßiger Kommunikation und direktem Austausch mit transparenten Entscheidungswegen kann den HO-Neulingen der Start in die Telearbeit erleichtert werden. Ein respektvoller Umgang kann, während der gesamten Zusammenarbeit personengruppenunabhängig, die Grundlage für eine erfolgreiche, gesundheitsfördernde Zusammenarbeit schaffen. Zudem kann es von Bedeutung sein, den Mitarbeiter/-innen im HO Flexibilität in Bezug auf die Arbeitszeit, die Reihenfolge der Arbeit und der Kinderbetreuung zu ermöglichen, um die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben zu optimieren.

Neben dem Verhalten der Führungskräfte können auch die Arbeitnehmer/-innen einen Beitrag zum optimalen Verlauf der Telearbeit beisteuern. Exemplarische Möglichkeiten dieser Personengruppe werden im Folgenden benannt.

4.5.3 Handlungsempfehlung für Arbeitnehmer/-innen

In der Befragung geben beide Personengruppen eine hohe psychische Belastung an. Anhand der erhobenen Daten ergeben sich Handlungsoptionen für Arbeitnehmer/-innen, um deren psychische Belastung im HO zu reduzieren.

Hierzu zählt es z. B., selbst festgelegte Strukturen im Arbeitsalltag beizubehalten und an den regelmäßigen Teamsitzungen teilzunehmen. Dies hat die Vorteile, aktuelle Informationen zu erhalten sowie aktiv Fragen stellen zu können. Ferner stärkt dieser kollegiale Austausch den Zusammenhalt und die Offenheit im Team. Gleichzeitig können vorhandene Problemstellungen aktiv besprochen werden bzw. gemeinsam eine Lösung erarbeitet werden.

Innerhalb der Online-Umfrage gaben beide Personengruppen an, im HO Überstunden zu machen, womit wiederum psychische Belastungen einhergehen können. Die Arbeitnehmer/-innen sollten sich diesbezüglich bewusster an die vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten halten. Dies kann z. B. mithilfe eines individuell strukturierten Arbeitsalltages erfolgen, in dem Anwesenheitszeiten, Pausen sowie Zeiten für die Kinderbetreuung berücksichtigt werden. Überstunden und Mehrarbeitszeiten gilt es zu vermeiden. Die Arbeit, die in der vereinbarten Arbeitszeit nicht erledigt werden kann, könnte an die direkte Führungskraft weitergegeben werden, damit diese eine aktive Umverteilung vornehmen kann. Des Weiteren ist den beaufsichtigungspflichtigen Kindern, sofern möglich, die Arbeitszeit zu erklären, um nicht notwendige Störungen zu minimieren. Ein vorteilhaftes Zeitmanagement für die Koordination von Arbeits- und Privatleben könnte aus Sicht der Autorin auch durch Fortbildungsmaßnahmen durch den/die Arbeitgeber/-in vermittelt werden.

Um die psychische Belastung im HO zu reduzieren, könnten sich die Arbeitnehmer/-innen zur Bewältigung der Arbeitswoche für jeden Tag ein Ziel setzen und einen strukturierten Arbeitskalender führen. Ziel könnte z. B. die Vollendung einer Aufgabe, das Erreichen eines Zahlungszieles oder der Abschluss einer Kampagne sein. Solche Maßnahmen könnten den Arbeitsalltag strukturieren, den Arbeitnehmer/-innen ein Erfolgsgefühl durch das Erreichen eines anvisierten Teilziels verschaffen und letztendlich auch die psychische Belastung durch Glückgefühle reduzieren.

Literaturverzeichnis

- Beck, D./Berger, S./Breutmann, N./Fergen, A. et al. (2017). *Arbeitsschutz in der Praxis. Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. Leitung des GDA-Arbeitsprogramms Psyche – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Berlin. https://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Downloads/DE/empfehlungen-zur-umsetzung-der-gefaehrungsbeurteilung-psychischer-belastung.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (08.09.2021).
- Brenke, K. (2019). *Home-Office: Nicht in Bequemlichkeit verharren*. In: DIW-Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin (Hrsg.): DIW Wochenbericht, Berlin, 86 (11), S. 192. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/195135/1/1662516525.pdf> (08.09.2021).
- Bundesgesundheitsblatt (2020). *SARS-Coronavirus 2. Mitteilung des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit*. Springer.
- Bundesregierung (2020). *Coronavirus in Deutschland. Kontaktbeschränkung und erste Lockerungen*. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-massnahmen-1734724> (26.04.2020).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2021). *Qualität der Arbeit – Erwerbstätige, die von zu Hause arbeiten*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-3/Interaktiv/3-11-home-office.html> (14.09.2021).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2020). *Pressemitteilung: Februar 2020: 0,5% mehr Erwerbstätige als im Vorjahresmonat*. Pressemitteilung Nr. 115 vom 31. März 2020. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/03/PD20_115_132.html?sessionId=FC7C40AF9627C086971AC51C94F64ECC.internet8711 (28.04.2020).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2017). *Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen die höchsten Kosten*. Pressemitteilung Nr. 347 vom 29. September 2017. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/09/PD17_347_236.html (20.05.2020).
- Ernst, C. (2020). *Homeoffice im Kontext der Corona-Pandemie. Eine Ad-hoc-Studie der Technischen Hochschule Köln – 18.04.2020*. Technology Arts Sciences TH Köln (Hrsg.). https://www.th-koeln.de/mam/downloads/deutsch/hochschule/aktuell/pm/2020/ad-hoc-studie_corona-homeoffice_2020-04-18.pdf (08.09.2021).
- Ernsting, N. P. (o. J.). *Notenschlüssel PC – Vorlegung, N.P. Ernsting. Gültig ab Wintersemester 2006/2007*. HU Berlin (Hrsg.). <https://www2.hu-berlin.de/chemie/ernsting/lectures/Notenschluessel.html> (22.06.2020).
- FIT – Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik (2020). *Fraunhofer-Umfrage „Homeoffice“: Erste Ergebnisse*. Presseinformation von 07. Mai 2020. https://www.fit.fraunhofer.de/de/presse/20-05-07_fraunhofer-umfrage-homeoffice-erste-ergebnisse.html (14.09.2021).
- GBE-Bund (2021). *Krankheitskosten in Millionen Euro für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, ICD10*. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=84120588&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=61&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid= (14.09.2021).

- GDA-Psyche – Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. Arbeitsprogramm Psyche (2017). *Arbeitsschutz in der Praxis. Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. 3. überarbeitete Auflage. Berlin. https://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Downloads/DE/empfehlungen-zur-umsetzung-der-gefaehrungsbeurteilung-psychischer-belastung.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (14.09.2021).
- Joiko, K./Schmauder, M./Wolff, G. (2010). *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Erkennen – Gestalten*. BauA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A45.pdf?__blob=publicationFile (14.09.2021).
- Kaluza, G. (2018). *Gelassen und sicher im Stress. Das Stresskompetenz-Buch: Stress erkennen, verstehen, bewältigen*. 7. korrigierte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Pirker-Binder, I. (2016). *Der Mensch und sein Arbeitsplatz*. In: Pirker-Binder, I. (Hrsg.): *Prävention von Erschöpfung in der Arbeitswelt*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 147-155.
- Riechert, I. (2015). *Psychische Belastungen*. In: Riechert, I. (Hrsg.): *Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche – von der Prävention bis zur Wiedereingliederung*. 2. überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer.
- RKI – Robert Koch-Institut (2020a). *SARS-COV-2. Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)*. Stand 26.04.2020. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html (26.04.2020).
- RKI – Robert Koch-Institut (2020b). *COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit*. Stand: 19.07.2020. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html (19.07.2020).
- Schröder, C./Entringer, T./Göbel, J./Grabka, M. et al. (2020). *Vor dem COVID-19-Virus sind nicht alle Erwerbstätigen gleich*. Sozio-ökonomisches Panel (SOEP); DIW Berlin (Hrsg.). SOEP papers on Multidisciplinary Panel Data Research. German Socio-Economic Panel (SOEP). Berlin.
- Spahn, J. (2020). *Bundesminister Jens Spahn im Live-Talk „Eine Stunde ZEIT“*. Interview vom 12.05.2020. Hochgeladen vom Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interviews/zeit-online-120520.html> [52:07–52:18] (27.05.2020/09.03.2021).
- Universität Konstanz (2020). *Was das Arbeiten im Home Office mit uns macht*. Presseinformation vom 07.04.2020. <https://www.uni-konstanz.de/universitaet/ueber-die-universitaet-konstanz/exzellenzinitiative-und-strategie/in-den-medien/presseinformationen/presseinformationen-detail/was-das-arbeiten-im-home-office-mit-uns-macht/> (14.09.2021).
- WHO – World Health Organization (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf?ua=1 (14.09.2021).

5

Stresserleben von Eltern während der COVID-19-Pandemie

PEGGY GRABOWSKI

Die COVID-19-Pandemie bringt weltweit einschneidende Einschränkungen für die Menschen mit sich. Diese Einschränkungen können mit hohen Stressbelastungen einhergehen. Bei der Stressbewältigung greifen manche Menschen zu Strategien, die ungesunde Verhaltensweisen beinhalten und somit den Gesundheitszustand negativ beeinflussen können. Damit sich Personen bei der Bewältigung von Stressbelastungen, nicht diese ungünstigen Verhaltensweisen aneignen, werden neue Lösungswege zur Stressbewältigung benötigt. Die Förderung der Resilienz kann hierbei hilfreich sein. Der vorliegende Beitrag befasst sich mit dem elterlichen Stresserleben während der COVID-19-Pandemie. Zunächst werden die Begriffe Stress und Resilienz und deren Bedeutung für die Gesundheit erläutert. Das Stresserleben wurde durch eine Onlinebefragung untersucht. Diese zeigte auf, dass die pandemiebedingten Einschränkungen für den Großteil der befragten Eltern zu mehr Stress geführt haben. Der Beitrag schließt mit einer Interpretation der Befragungsergebnisse sowie mit Handlungsempfehlungen für Eltern zur zukünftigen Stressbewältigung.

Seit Dezember 2019 verbreitete sich das neue Coronavirus (COVID-19) weltweit. Zur Eindämmung der daraus resultierenden COVID-19-Pandemie musste die Bundesregierung in Deutschland seit Mitte März 2020 einschneidende sowie gesellschaftseinschränkende Maßnahmen anordnen. Durch diese Einschränkungen und deren Folgen können Familien Stressbelastungen erfahren haben (vgl. Lazarus/Folkman, 1984, S. 223 ff.). Zu nennen sind z. B. Stressbelastungen durch Sorgen über die kindliche Bildung und Doppelbelastungen durch eine fehlende Kinderbetreuung bei gleichzeitigem Fortführen der Arbeitstätigkeit, da sich Einschränkungen und temporäre Schließungen auch auf den Kita- und Schulbetrieb ausgewirkt haben. Ebenfalls gibt es seit Anbeginn der Pandemie Kontakteinschränkungen im privaten Bereich und Schließungen von Freizeitmöglichkeiten, wie z. B. Schließungen von Schwimmbädern oder Tierparks (vgl.

z. B. CoronaschVO, 2020). Eltern sind folglich beruflich und in ihrer Freizeitgestaltung mit ihren Kindern stark eingeschränkt. Dieser Zuwachs von Belastungen bei der Alltagsbewältigung kann das Stresspotenzial für Familien erhöhen.

Des Weiteren weisen Menschen, die eine geringe soziale Unterstützung erfahren, höhere chronische Stressbelastungen auf als Menschen, die sich von ihrem sozialen Netzwerk unterstützt fühlen (vgl. Hapke et al., 2013, S. 751). Die coronabedingten Kontakteinschränkungen können somit Hilfestellungen aus dem sozialen Netzwerk für viele Menschen erschwert haben, wodurch weitere Stressbelastungen eine Folge sein können.

Stressbelastungen wiederum können zu ungesunden Verhaltensweisen führen, da das Erleben von Selbstwirksamkeit eingeschränkt wird, sodass ein Gefühl der Machtlosigkeit entsteht. Um dieses Gefühl zu minimieren, greifen Menschen z. B. zu Alkohol oder Zigaretten, achten nicht auf eine gesunde Ernährung oder auf ausreichend Bewegung. Diese Verhaltensweisen erhöhen das Risiko für chronische Erkrankungen. Auf der körperlichen Ebene führen andauernde Stressbelastungen zur Aktivierung des autonomen Nervensystems, wodurch verschiedene Hormone überproduziert und Depressionen, Stoffwechselerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigt werden (vgl. Siegrist/Knesebeck, 2017, S. 238).

Ungesunde Verhaltensweisen, bzw. ein daraus resultierender schlechter Gesundheitszustand, können in einen Abwärtskreislauf münden. Dieser besteht aus vier zusammenhängenden Bereichen: Stress, Gesundheit, Armut und Bildung. Wie bereits erwähnt, kann Stress zu Einschränkungen in der Gesundheit führen. Die Gesundheit ist wiederum bedeutend für die Entwicklung und somit für das Erlernen von neuem Wissen. Ein adäquater Wissenserwerb erhöht die Chancen, einen höheren Bildungsabschluss zu erlangen, wodurch die Lebensunterhaltssicherung durch einen Beruf mit höherem Einkommen eher erreicht werden kann. Kinder aus Familien mit einem geringeren sozioökonomischen Status besitzen in der Regel einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand als Kinder aus Familien mit höherem Sozialstatus (vgl. Siegrist/Knesebeck, 2017, S. 236 f.; Kuntz et al., 2018, S. 19). Durch coronabedingte Einschränkungen im Bereich der Ge-

sundheit und Bildung kann die Chancenungleichheit in der Bevölkerung somit begünstigt werden (vgl. Richter/Hurrelmann, 2006, S. 11).

Die genannten Aspekte können vielfältige Probleme für die Gesellschaft bedeuten. Die wissenschaftliche Datenlage zum Stresserleben von Eltern während der COVID-19-Pandemie ist aufgrund der Aktualität und dynamischen Entwicklung des Themas gering. Der vorliegende Beitrag untersucht deshalb die folgende Fragestellung: **Welche Faktoren beeinflussen das Stresserleben von Eltern während der COVID-19-Pandemie?**

Die Untersuchung dieser Fragestellung fand in Form einer Elternbefragung mit 105 Teilnehmenden statt. Durch diese Umfrage sollten mögliche Stressbelastungen für Eltern mit Kindern von null bis zehn Jahren aus NRW identifiziert werden. Die Eingrenzung auf Eltern aus NRW erfolgte, da die Einschränkungen in den unterschiedlichen Bundesländern variierten. Das Kindesalter wurde bis zum Ende der vierten Klasse bzw. bis zum zehnten Lebensjahr gewählt, da davon auszugehen ist, dass Kinder in diesem Alter besonders auf die Unterstützung (z. B. beim Homeschooling) der Eltern angewiesen sind.

Ebenfalls sollte die Befragung untersuchen, ob Eltern an kassenfinanzierten Online-Stressseminaren teilnehmen würden. Die Ergebnisse hierzu können den Bedarf an Online-Stressseminaren aufdecken. Werbemaßnahmen zu solchen Angeboten können somit zukünftig zielgerichteter aufbereitet werden. Dadurch können Eltern diese Angebote besser wahrnehmen und Bewältigungsstrategien gegen Alltagsstress erlernen (vgl. Meffert et al., 2018, S. 44 f.).

Kapitel 5.1 erläutert zunächst kurz die Begriffe Stress und Resilienz und deren Bedeutung für die Gesundheit. Anschließend wird in Kapitel 5.2 die Elternbefragung methodisch erläutert. In Kapitel 5.3 werden die zentralsten Befragungsergebnisse mit ihren Limitationen präsentiert. Kapitel 5.4 gibt abschließend eine Handlungsempfehlung zur zukünftigen möglichen Stressbewältigung für Eltern wieder.

5.1 Stress und Resilienz und deren Bedeutung für die Gesundheit

Stress kann durch unterschiedliche seelische und körperliche Reize ausgelöst werden, die auch Stressoren genannt werden. Sie werden z. B. durch Probleme mit dem Partner/der Partnerin, zu hohen Arbeitsanforderungen, Lärm, Kälte, Trennungs- und Verlusterlebnisse, Isolation oder Schmerzen ausgelöst. Dennoch führt nicht jede der genannten Anforderung zu Stressreaktionen. Die subjektive Bewertung einer Person auf die jeweiligen Auslöser ist dafür entscheidend. Hat eine Person den Eindruck, nicht die nötige Kompetenz zu besitzen, um die Anforderung bewältigen zu können, kann diese Person Stress erleben. Je größer das Verhältnis zwischen eigener Leistungsfähigkeit und Anforderung eingeschätzt wird, desto stärker wirkt sich das Stresserleben aus. Ebenfalls hat die Bedeutung der erfolgreichen Bewältigung einer Anforderung Einfluss auf die Intensität der Stressreaktion. Ist diese für die Person sehr wichtig, wird die Stresserfahrung höher ausfallen (vgl. Lazarus/Folkman, 1984, S. 19; Kaluza, 2018, S. 9 ff.).

Eine Stressreaktion wird im Gehirn ausgelöst und wirkt infolgedessen auf den gesamten Organismus, indem sie alle wichtigen Organsysteme und -funktionen beeinflusst.

In Abbildung 5.1 werden die wichtigsten körperlichen Auswirkungen dargestellt, die durch einen akuten Stressprozess aktiviert werden.

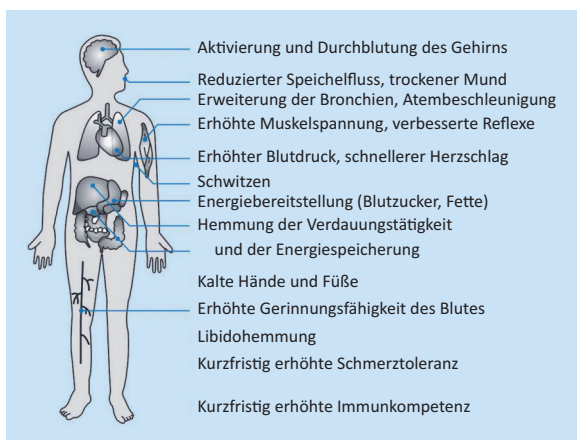


Abb. 5.1: Körperliche Reaktionen unter Stress (Kaluza, 2018, S. 19)

Diese Reaktionen verhelfen dem Körper dazu, in völliger Leistungsbereitschaft zu sein, um eine bedrohliche Situation schnell bewältigen zu können. Kann die belastende Situation nicht bewältigt werden, bzw. ist diese anhaltend, folgt ein weiteres Stressprogramm im Körper. Dieses dient dazu, dem Körper langanhaltend Energie zur Bewältigung des Stressors bereitzustellen und wird durch das Hormon Kortisol ausgelöst. Dieses Hormon kann auf Dauer zu diversen körperlichen Schäden führen, wie z. B. zu Diabetes oder zu einer chronischen Schwächung des Immunsystems (vgl. Kaluza, 2018, S. 19 ff.).

5.1.1 Stressmodell nach Kaluza

Kaluza unterteilt das Stressgeschehen in folgende drei Bestandteile (vgl. Kaluza, 2018, S. 5 ff.):

- Der **Stressor** wirkt als äußere belastende Anforderung auf den Körper.
- Die **Stressreaktion** stellt die physische und psychische Antwort auf den Stressor dar.
- Die **persönlichen Stressverstärker** ergeben sich aus den Motiven, Einstellungen und Haltungen einer Person. Diese sind entscheidend dafür, wie der Stress verarbeitet wird und wie intensiv die Stressreaktion ausfällt. Persönliche Stressverstärker sind das Bindeglied zwischen äußerer Belastung und körperlichen sowie seelischen Antworten darauf.

Stressreaktionen verlaufen nach Kaluza auf den drei folgenden Körperebenen (vgl. Kaluza, 2018, S. 11 f.):

- **Die körperliche Ebene**
Wie in Abbildung 5.1 dargestellt, kann Stress viele körperliche Veränderungen bewirken, die den Körper insgesamt in eine rasche Handlungsbereitschaft bringen. Bei Dauerstress und immer wiederkehrenden Stressoren führen diese körperlichen Reaktionen zu Erschöpfungszuständen und können langfristig negative Folgen für die Gesundheit nach sich ziehen.

- **Das offene Verhalten**

Diese Körperebene beschreibt das Verhalten, welches eine Person unter Stress zeigt, und von Außenstehenden wahrgenommen werden kann. So sind z. B. typische Stressverhaltensweisen ein eiliges und ungeduldiges Auftreten, eine unsortierte Arbeitsweise, motorische Unruhe, Konflikte mit anderen Personen oder ein Betäubungsverhalten wie z. B. das Trinken von Alkohol.

- **Die kognitiv-emotionale Ebene**

Diese Ebene beschreibt das versteckte Verhalten einer Person, das von außen nicht erkennbar für andere ist, da sich Stress ebenfalls auf das Denken und Fühlen einer Person auswirkt. Häufige emotional-kognitive Verhaltensweisen unter Stress sind z. B. grübelnde Gedanken, Denkblockaden, Angst, Schuldgefühle, ein Gefühl von Hilflosigkeit, von Gehetztsein oder von Unzufriedenheit.

5.1.2 Körperliche Folgen von Stressbelastungen

Bei Stress wird Energie in Form von Zucker und Fetten bereitgestellt. Des Weiteren erhöht der Körper die Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Beide Vorgänge sollen zur Bewältigung der Belastung beitragen und somit das Überleben sichern. Bei Dauerstress, wie z. B. durch psychosoziale Belastungen, kann der Körper die genannten Reaktionsmuster nicht mehr durchführen. Gerinnungsfaktoren, Fette und Zucker verbleiben somit im Blutgefäßsystem und führen dazu, dass die Blutgefäße verstopfen (Arteriosklerose). Die verstopften Gefäße können darauffolgend einen kompletten Verschluss erleiden, wodurch es z. B. zum Herzinfarkt oder Schlaganfall kommen kann (vgl. Kaluza, 2018, S. 35).

Bei andauernder Aktivierung des Organismus verliert der Körper ebenfalls seinen natürlichen Rückkopplungsmechanismus, welcher dazu dient, dem Gehirn eine überschießende hormonelle Stressreaktion zu melden und die Reaktion zu bremsen. Bei chronischem Stress verlernt der Körper, dieses Stressprogramm zu bremsen, wodurch Gefäße dauerbelastet werden. Dies geschieht durch einen erhöhten Blutdruck, der bei akuter Belastung der Leistungsfunktion des Körpers dient. Zudem bleiben Muskeln in

ständiger Anspannung, wodurch diese verspannen und schmerzhaft werden. Ebenfalls bewirkt die ständige Aktivierung, dass der Kortisolspiegel im Blut erhöht ist und das Diabetesrisiko steigt. Kortisol ist ein Hormon, welches bei der akuten Stressreaktion Zucker als Energiestoffe für das Gehirn im Blut bereitstellt, indem es die Wirkung von Insulin abschwächt. Insulin ist ein Hormon, welches die Zuckeraufnahme aus dem Blut in die Körperzelle bewirkt. Durch die abgeschwächte Wirkung produziert die Bauchspeicheldrüse mehr Insulin. Bei einer dauerhaften Stressbelastung kommt es somit zur Erschöpfung der Bauchspeicheldrüse und es folgt ein Insulinmangel. Zudem verbraucht das Gehirn den bereitgestellten Zucker nicht, wodurch der Blutzucker erhöht bleibt (vgl. Kaluza, 2018, S. 36 f.).

5.1.3 Psychosoziale Folgen für die Familie durch Stressbelastungen

Eltern können aufgrund von starken Stressbelastungen ein eingeschränktes Zuwendungsverhalten zu ihren Kindern aufweisen. Dieses Verhalten hat negative Auswirkungen auf die hormonelle Stressreaktion des Kindes, da die Ausprägung der Sensitivität der Stressprogramme durch das Zuwendungsverhalten in der frühen Kindheit bedingt ist. Eine liebevolle und verlässliche Zuwendung der Bezugsperson(en) zum Kind in der frühen Lebensphase führt zu einem sicheren Bindungsverhalten. Kinder mit diesem sicheren Bindungsverhalten weisen nach einer Stressbelastung eine geringere Kortisolkonzentration im Blut auf als unsicher gebundene Kinder. Die elterliche Stressreaktion hat somit auf zweifache Weise Folgen auf das spätere Leben des Kindes: Zum einen wirken sich die erfahrenen Stressbelastungen der frühen Kindheit negativ auf die zukünftige hormonelle Stressreaktion aus, da in der Amygdala (liegt im limbischen System, welches an der Gefühlswahrnehmung beteiligt ist) negative Emotionen abgespeichert werden. Zum anderen führt ein unsicheres Bindungsverhalten zu einer negativen Stressbewältigungskompetenz des Kindes (vgl. Kaluza, 2018, S. 34 f.). Ein sicheres Bindungsverhalten hat hingegen zur Folge, dass Kinder sich kognitiv und emotional positiv entwickeln können. Sie erlangen zusätzlich eine psychische Sicherheit, welche für das Bewältigen

von Stressoren eine wichtige Rolle spielt. Diese psychische Sicherheit wird durch die Begleitung bei der Entdeckung der Welt und dem Geben von Sicherheit durch Nähe erreicht. Dabei ist festzuhalten, dass die psychische Sicherheit sich über alle Altersstufen des Kindes hinweg entwickelt. Sie hilft dem Kind bei der Erkenntnis über die eigenen Grenzen und Fähigkeiten und ist somit entscheidend bei der Bildung von positiven Selbstwirksamkeitserfahrungen (vgl. Grossmann/Grossmann, 2008, S. 603 ff.).

5.1.4 Stressbewältigungsstrategien durch Resilienz

Der Begriff Resilienz meint die innere Widerstandsfähigkeit einer Person, die zur Bewältigung einer Belastung dient. Die zielführende Aufgabe von Bewältigungsstrategien ist die Auflösung einer stressbelastenden Situation. Für diese Belastungsauflösung ist es erforderlich, dass die betroffene Person ständig verändernd verhaltensbedingte und kognitive Anstrengungen unternimmt (vgl. Lazarus/Folkman, 1984, S. 141). Frühe Kindheits-erfahrungen bei einer unterstützenden Bewältigung von Stressoren sind eine Determinante für die Resilienzentwicklung einer Person. Neben persönlich schützenden Charaktereigenschaften, wie z. B. Optimismus oder Lösungsorientiertheit, ist die soziale Unterstützung ein wichtiger Schutzfaktor im Rahmen der Stressbewältigung (vgl. Werner, 2011, S. 47 ff.).

Resilienz resultiert aus der Auseinandersetzung von Risikofaktoren, wie z. B. stressbelastenden Lebensereignissen. Die vorhandenen Ressourcen einer Person, wie z. B. die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, befähigen diese zur Bewältigung des stressbelastenden Ereignisses, wodurch die Gesundheit stabilisiert wird. Resilienz ist somit ein Prozess, der durch das Zusammenspiel von Ressourcen und Risikofaktoren stattfindet. So wird deutlich, dass Lebensbelastungen eine durchaus positive Seite beinhalten, da sie durch die Einwirkung der individuellen Ressourcen zur Resilienz führen können. Krisen jeder Art lassen demnach Menschen in ihrer persönlichen Widerstandsfähigkeit wachsen, wodurch die Resilienz als eigens erschaffene Lebenskompetenz betrachtet werden kann. Sie führt durch das Wahrnehmen und Verwenden der individuellen Schutzfaktoren

dazu, dass eine Person Strategien entwickelt, um den erlebten Stress bewältigen zu können (vgl. Schubert, 2015, S. 46 ff.).

Die Bewältigungsstrategien bei Stress können nach Lazarus und Folkman in zwei Formen unterteilt werden (vgl. Lazarus/Folkman, 1984, S. 150 ff.):

- **Problemzentrierte bzw. problemorientierte Bewältigungsstrategien**, welche auf die konkrete Beseitigung des Stressors abzielen, wie z. B. die Kontaktaufnahme zu Freunden, um die empfundenen Stresseemotionen zu bewältigen.
- **Emotionsorientierte Bewältigungsstrategien**, welche darauf ausgelegt sind, die ausgelösten Stresseemotionen zu lindern, wie z. B. die Betäubung der ausgelösten Stresseemotionen durch den Konsum von Alkohol.

In Kapitel 5.2 wird nachfolgend die methodische Vorgehensweise zur Untersuchung der genannten Fragestellung dargelegt.

5.2 Methodisches Vorgehen

Die Fragestellung, welche Faktoren das Stresserleben von Eltern in der COVID-19-Pandemie beeinflussen, konnte durch eine Querschnittsstudie beantwortet werden. Die Teilnehmerdaten der befragten Eltern sind in Abbildung 5.2 dargestellt.

Daten der befragten Eltern

- **Anzahl der Befragten:** 105 Teilnehmende
- **Geschlechterverteilung:** 81 weiblich; 24 männlich
- **Altersverteilung:** Teilnehmende im Alter von 24-54 Jahren
- **alleinerziehend:** 12 Teilnehmende
- **im Homeoffice arbeitend:** 27 Teilnehmende
- **Einkommensnachteile durch Einschränkungen:** 26 Teilnehmende

Abb. 5.2: Teilnehmerdaten der befragten Eltern

Die Onlinebefragung wurde an Eltern aus NRW mit Kindern von null bis zehn Jahren verschickt. Dabei wurde versucht, möglichst viele Eltern

über Gruppen in sozialen Netzwerken, über persönliche Kontakte sowie über Kitaeinrichtungen zu erreichen. Diese Vorgehensweise bedingt ein nicht-probabilistisches Stichprobenverfahren (vgl. Döring/Bortz, 2016, S. 292 ff.). Da die Strichprobe damit nicht zufällig war und nicht alle Eltern dieselbe Möglichkeit hatten, an der Befragung teilzunehmen, ist dieses Vorgehen als nicht repräsentativ einzustufen. Demnach kann es zu einer Ergebnisverzerrung geführt haben, weswegen es erforderlich ist, diese Beeinträchtigung bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen (vgl. Döring/Bortz, 2016, S. 631).

Die Datenerhebung erfolgte durch einen Online-Fragebogen, welcher den Teilnehmenden über einen Link zugänglich war. Durch das ausgewählte Studiendesign konnten Zusammenhänge zwischen dem Stresserleben der befragten Eltern und deren unterschiedlichen Bedingungen untersucht werden. Allerdings konnten aufgrund der einmaligen Befragung der Eltern keine richtungsanzeigenden Zusammenhänge aufgedeckt werden (vgl. Steiner/Benesch, 2018, S. 43 f.).

Zur Untersuchung der Fragestellung wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

■ **Hypothese 1: Wohnsituation**

Je höher die Zufriedenheit mit der Wohnsituation (z. B. ungestörter Arbeitsraum, vorhandene Kinderzimmer), desto geringer ist das Stresserleben der Eltern während der COVID-19-Pandemie.

■ **Hypothese 2: Finanzielle Sorgen**

Wenn Eltern finanzielle Sorgen durch die coronabedingten Einschränkungen hatten (z. B. durch plötzliche Arbeitslosigkeit), wiesen sie höhere Stressbelastungen während der COVID-19-Pandemie auf.

■ **Hypothese 3: Anzahl der Kinder**

Je mehr Kinder im eigenen Haushalt leben, desto höher sind die Stressbelastungen der Eltern während der COVID-19-Pandemie.

■ **Hypothese 4: Sozioökonomischer Status**

Je geringer der sozioökonomische Status der Eltern, desto stressbelasteter sind diese während der COVID-19-Pandemie.

- **Hypothese 5: Bewältigungsstrategien**
Eltern mit problemzentrierten Bewältigungsstrategien erleben geringere Stressbelastungen in der COVID-19-Pandemie.
- **Hypothese 6: Kinder in Notbetreuung**
Eltern, deren Kinder während der coronabedingten Einschränkungen in der Notbetreuung waren, hatten eine geringere Stressbelastung.
- **Hypothese 7: Anderweitige Kinderbetreuung**
Eltern, die während der COVID-19-Pandemie eine anderweitige Betreuung für ihre Kinder zur Verfügung hatten (z. B. Unterstützung durch Großeltern), wiesen eine geringere Stressbelastung auf.

Die Hypothesen eins bis fünf untersuchten die möglichen Zusammenhänge für die Ausprägung des Stresserlebens der Eltern. Zur Untersuchung der Zusammenhänge erfolgte eine Korrelationsmessung nach Spearman. In den Hypothesen sechs und sieben wurde überprüft, ob die jeweiligen Gruppen ein unterschiedliches Stressempfinden aufwiesen. Zur Erforschung der Unterschiede wurde der U-Test nach Mann & Whitney verwendet.

Zur Befragung wurde auf den Fragebogen von Lars Satow „Stress- und Coping-Inventar“ zurückgegriffen und dieser an die Untersuchung der Hypothesen angepasst. Es wurden die Items, die die aktuellen Stressbelastungen durch Unsicherheit der Lebensbereiche messen, verwendet. Auf der siebenstufigen Likert-Skala konnten die Befragten ihre Ablehnung bzw. Zustimmung zum Frageinhalt des Items äußern.

Die abgefragten Skalen zur Stressbewältigung und deren jeweilige Reliabilitätswerte sind (vgl. Satow, 2012, S. 13 ff.):

- Stressbewältigung durch aktives Handeln mit einem Alphawert von 0,74;
- Stressbewältigung durch positives Denken mit einem Alphawert von 0,74;
- Stressbewältigung durch soziale Unterstützung mit einem Alphawert von 0,88;

- Stressbewältigung durch Halt im Glauben mit einem Alphaswert von 0,78 und
- Stressbewältigung durch Konsum von Alkohol und Tabak mit einem Alphaswert von 0,75.

Die zuletzt genannte Stressbewältigungsstrategie (Konsum von Alkohol und Tabak) dient der Betäubung der empfundenen Stresseemotionen. Bei dieser Strategie wird nicht aktiv nach einer Lösung zur Beseitigung des Problems gesucht, sie versucht vielmehr durch den Konsum von gesundheitsschädlichen Substanzen die ausgelösten Emotionen abzumildern bzw. zu verdrängen. Die anderen abgefragten Stressbewältigungsstrategien können für eine Person Gesundheitsressourcen sein, die dieser dazu verhelfen können, sich mit dem stressauslösenden Problem auseinanderzusetzen und dadurch Resilienz zu entwickeln (vgl. Lazarus/Folkman, 1984, S. 150 ff.; Kaluza, 2018, S. 11; Schubert, 2015, S. 46 ff.).

5.3 Zentrale Befragungsergebnisse

77 % der befragten Eltern äußerten einen Stresszuwachs in der Zeit der coronabedingten Einschränkungen von März bis Juni 2020. Bei 13,5 % der Erziehungsberechtigten hatte es keine Stressveränderung gegeben. 9,5 % der Eltern gaben an, vor der Pandemie mehr Stressbelastungen gehabt zu haben. Zusätzlich wurden die derzeitigen Tätigkeiten der befragten Eltern abgefragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. In Tabelle 5.1 können die Tätigkeiten der Eltern übersichtlich eingesehen werden.

Tab. 5.1: Tätigkeiten der befragten Eltern während der pandemiebedingten Einschränkungen in absoluten Zahlen (N = 105)

Tätigkeiten	Anzahl (N = 105)
Ich arbeite an meinem Arbeitsplatz.	62
Ich arbeite im Homeoffice.	27
Ich befinde mich in Kurzarbeit.	3
Ich bin Hausfrau/Hausmann.	10
Ich bin arbeitssuchend.	1

Ich bin in Erziehungszeit.	11
Ich bin längerfristig krankgeschrieben (z. B. Berufsverbot in der Schwangerschaft).	4
Ich bin Student/-in oder Schüler/-in.	6
Sonstiges	6

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der Befragung untergliedert in die zuvor aufgestellten Hypothesen dargelegt.

Ergebnisse zu Hypothese 1: Wohnsituation

Das Ergebnis der Spearman-Korrelation zeigt an, je unzufriedener die befragten Eltern mit der Wohnsituation waren, desto höher waren die Stressbelastungen in der Zeit der pandemiebedingten Einschränkungen im Vergleich zu der Zeit davor. Der Korrelationskoeffizient weist einen geringen Zusammenhang zwischen dem Stresserleben der Eltern und der Zufriedenheit mit der Wohnsituation auf. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass 92,65 % der Teilnehmer/-innen eine Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation äußerten. Dies kann daran gelegen haben, dass der sozioökonomische Status der teilnehmenden Eltern überwiegend hoch war, wodurch sie die nötigen finanziellen Mittel besaßen, um sich ausreichend Wohnraum leisten zu können. Hingegen kann angenommen werden, dass Eltern mit niedrigerem sozioökonomischem Status vermutlich eher in kleineren Wohnmöglichkeiten leben, was sich gleichermaßen auf die Zufriedenheit der Wohnsituation auswirken kann.

Die materiellen Ressourcen einer Person oder der Familie gehören zu den Widerstandsressourcen, um akute oder chronische Stressoren bewältigen zu können. Die Zufriedenheit mit der wohnlichen Situation ist eine materielle Widerstandsressource (vgl. Schubert, 2015, S. 41 f.). Das Ergebnis der Hypothese 1 deckt sich mit dieser Aussage. Da die Zufriedenheit der Teilnehmer/-innen mit der Wohnsituation hoch war, kann bei dieser Stichprobe nicht davon ausgegangen werden, dass der Stressbelastungszuwachs mit der Wohnsituation im Zusammenhang stand.

Ergebnisse zu Hypothese 2: Finanzielle Sorgen

Das Ergebnis der Hypothese 2 zeigt lediglich einen geringen Zusammenhang auf. Demzufolge wiesen Eltern, die finanzielle Sorgen durch Unsicherheiten hatten, einen Stresszuwachs während der Zeit (März bis Juni 2020) der pandemiebedingten Einschränkungen auf. Für die geringe Korrelation nach Spearman ist zu berücksichtigen, dass der überwiegende Teil der Eltern keine Sorgen durch finanzielle Unsicherheiten aufwies.

Einer Person, die finanzielle Sorgen hat, fehlt die materielle Widerstandsressource. Somit ist diese Person bei der Stressbewältigung eingeschränkter als Menschen, die bessere materielle Möglichkeiten besitzen. Der sozioökonomische Status und die wirtschaftliche Lage nehmen Einfluss auf den Gesundheitszustand, indem sie als Schutz- bzw. Risikofaktoren fungieren (vgl. Schubert, 2015, S. 41 f.; Hurrelmann/Richter, 2013, S. 24).

Ergebnisse zu Hypothese 3: Anzahl der Kinder

Das Ergebnis der Korrelation nach Spearman der Hypothese 3 zeigt, dass der Stress zunimmt, je mehr Kinder im eigenen Haushalt leben. Dennoch kann die Nullhypothese durch das Ergebnis des Signifikanzwertes nicht verworfen werden. Somit kann der sehr geringe Zusammenhang zwischen der Kinderanzahl und dem Stresszuwachs während der Zeit (März bis Juni 2020) der pandemiebedingten Einschränkungen als nur zufälliges Ergebnis entstanden sein.

Die familiären sozialen Beziehungen können als Widerstandsressource bezeichnet werden (vgl. Schubert, 2015, S. 41 ff.). Die Kontakteinschränkungen der COVID-19-Pandemie führten dazu, dass das Pflegen sozialer Beziehungen, die außerhalb der Personen des eigenen Haushaltes liegen, nur bedingt möglich war. Familien mit vielen Kindern könnten auf der einen Seite einen Vorteil bei der Stressbewältigung während der Pandemie haben, da sie eventuell auf eine gegenseitige Beschäftigung der Kinder und/oder Betreuung von Geschwistern setzen konnten. Auf der anderen Seite können die Stressbelastungen für Familien mit vielen Kindern zugenommen haben, da die Betreuungsmöglichkeiten stark reduziert wurden. Beide Aspekte konnten durch diese empirische Untersuchung nicht dar-

gestellt werden. Zusätzliche Faktoren wie z. B. Alter, Verantwortungsbewusstsein oder Persönlichkeit der Kinder könnten das Stresserleben der Eltern unterschiedlich beeinflusst haben.

Ergebnisse zu Hypothese 4: Sozioökonomischer Status

Der Korrelationskoeffizient nach Spearman zeigt in der Hypothese 4 einen sehr geringen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Stresszuwachs während der ersten Einschränkungen von März bis Juni 2020. Anders als erwartet, zeigt die Korrelation eine Stresszunahme, je höher der Sozialstatus einer Person ausgewiesen ist. Gleichfalls ist es erforderlich zu berücksichtigen, dass das Ergebnis kein bedeutsames ist, da der Signifikanzwert deutlich über 0,05 liegt. Ebenfalls ist die Stichprobe mit der hohen Anzahl an Personen mit hohem sozioökonomischem Status und der nicht vorhandenen Teilnehmer/-innen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status nicht repräsentativ und kann somit keine verlässliche Aussage zu dieser Annahme treffen.

Aus der Literatur können zwei Aspekte zu dem Ergebnis der Hypothese gegenübergestellt werden. Zum einen geht ein geringerer sozioökonomischer Status mit Einschränkungen im Bildungs- und Einkommensstatus einher, wodurch materielle, physische und psychische Widerstandsressourcen zur Stressbewältigung eingeschränkt sein können (vgl. Schubert, 2015, S. 41 f.). Auf der anderen Seite weisen Menschen mit niedrigem Sozialstatus im Alltag mehr Stressbelastungen auf als Personen mit höherem Sozialstatus (vgl. Salzmann et al., 2018, S. 1 ff.). Resilienz wächst durch die Bewältigung von Belastungen (vgl. Schubert, 2015, S. 46). Somit könnte es sein, dass Eltern, die zuvor mehr Stressbelastungen hatten, resilienter die Einschränkungen der COVID-19-Pandemie bewältigen konnten. Beide Aspekte konnten durch diese Untersuchung nicht gelöst werden und erfordern eine weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Ergebnisse zu Hypothese 5: Bewältigungsstrategien

Das Korrelationsergebnis für die zusammengefassten problemzentrierten Bewältigungsstrategien und dem Stresszuwachs während der Zeit von

März bis Juni 2020 zeigt einen sehr geringen Zusammenhang an. Demzufolge hatten die befragten Eltern weniger Stress erlebt, je besser ihre zusammengefassten problemzentrierten Bewältigungsstrategien waren. Der Signifikanzwert (Wert liegt für diese Korrelation bei 0,07) des Korrelationsergebnisses ist dennoch nicht bedeutsam, da er über 0,05 liegt. Das Ergebnis kann somit ein zufälliges sein. Werden die nachfolgend genannten problemzentrierten Stressbewältigungsstrategien einzeln betrachtet, kann hierfür eine mögliche Erklärung vermutet werden: Die Korrelationen der Stressbewältigungsstrategien durch „Halt im Glauben“ und „positives Denken“ wiesen ein signifikantes Ergebnis auf. So zeigten beide Korrelationen, dass je ausgeprägter eine Person diese Strategien besaß, desto weniger Stress erlebte sie während der ersten Einschränkungen. Ebenfalls ist es erforderlich zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang zwischen dem Stresserleben und den genannten Stressbewältigungsstrategien gering bis sehr gering ist. Für die Stressbewältigungsstrategien durch „soziale Unterstützung“ und durch „aktives Handeln“ (z. B. Informationssuche) zeigte sich, dass fast kein Zusammenhang mit der Stressdifferenz der Eltern bestand. Ebenfalls lag für beide Strategien kein signifikantes Ergebnis vor, wodurch diese zufällig sein können. Das Ergebnis der letztgenannten Strategien ist möglicherweise durch die Einschränkungen der COVID-19-Pandemie verzerrt. Eltern könnten in der sozialen Unterstützung durch andere und dem aktiven Handeln bei Belastungen eingeschränkt gewesen sein. Dies kann durch die Kontakteinschränkungen und durch die verringerten Freizeitmöglichkeiten begründet werden (vgl. z. B. CoronaschVO, 2020). Die Items des Fragebogens für diese Bewältigungsstrategien könnten somit für die befragten Eltern nicht eindeutig beurteilbar gewesen sein, weswegen die Ergebnisse dieser Korrelationen keine konkreten Zusammenhänge darstellen können. Soziale Unterstützung und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die durch das aktive Handeln entstehen, sind wichtige Determinanten für die Bewältigung von Stress (vgl. Schubert, 2015, S. 41 f.).

Ergebnisse zu Hypothese 6: Kinder in Notbetreuung

Von den 105 befragten Eltern hatten nur 29 Teilnehmende die Möglichkeit, ihre Kinder in der Notbetreuung versorgen zu lassen. Dennoch zei-

gen sich bei diesen Eltern keine bedeutenden Unterschiede beim Stresszuwachs während der Zeit der pandemiebedingten Einschränkungen im Vergleich zu den anderen Eltern. Das Ergebnis der Hypothesentestung zeigt des Weiteren keine Signifikanz auf, wodurch die Nullhypothese, die besagt, dass keine Unterschiede zwischen den Eltern bestehen, beibehalten werden muss. Es ist erforderlich zu berücksichtigen, dass 93 der Teilnehmer/-innen in einer Partnerschaft lebten. Somit bestand möglicherweise für diese Teilnehmenden, trotz fehlender Berechtigung zur Notbetreuung, die Möglichkeit, dass der Partner/die Partnerin die Kinder während der Zeit der Kita- und Schulschließungen versorgt hatte. Diese Aussage kann durch diese Befragung nicht überprüft werden. Ebenfalls kann nicht ausgeschlossen werden, dass in der Stichprobe beide Elternteile Teilnehmer/-innen der Befragung waren und eine oder einer der beiden die Kinderbetreuung während der Zeit der pandemiebedingten Einschränkungen übernommen hat.

Ergebnisse zu Hypothese 7: Anderweitige Kinderbetreuung

Eltern, die keine alternative Betreuung für ihre Kinder während der pandemiebedingten Einschränkungen zur Verfügung hatten, wiesen eine höhere Rangsumme bei den Stressdifferenzwerten auf. Das bedeutet, dass diese Gruppe der Eltern mehr Stress in der Zeit der Kita- und Schulschließungen erlebte als die restlichen 21 befragten Eltern. Dennoch zeigt der Signifikanzwert an, dass die Nullhypothese, die besagt, dass kein Unterschied zwischen Eltern besteht, nicht verworfen werden kann. Die asymptotische Signifikanz liegt bei 0,06 und ist somit nur knapp über 0,05. Die verwendete Statistikprogrammtestversion von SPSS konnte keine einseitige Hypothesentestung vornehmen. Möglicherweise läge bei einer einseitigen Testung das Hypothesentestergebnis im Annahmehereich der Alternativhypothese. Des Weiteren kann bei dieser Bewertung der Hypothese, wie auch bei der Hypothese 6 (Kinder in Notbetreuung), nicht ausgeschlossen werden, dass die Befragungsergebnisse durch beide Elternteile entstanden sind, wodurch es zur Verzerrung der Ergebnisse gekommen sein könnte.

5.4 Handlungsempfehlung zur Förderung der Nutzung von Online-Resilienz-Trainings

Das Interesse zur Teilnahme an einem Online-Kurs zur Stressbewältigung lag bei 39 % der Teilnehmer/-innen. In der Befragung zeigte sich, dass nur 6,9 % der befragten Eltern von ihrer Krankenkasse über ein solches Präventionsangebot in der Zeit der pandemiebedingten Einschränkungen informiert worden sind. Dabei ist nochmal wichtig zu berücksichtigen, dass der überwiegende Teil der Befragten einen hohen sozioökonomischen Status besaß, wodurch möglicherweise diese Personen bei einer privaten Krankenkasse versichert sind. Private Krankenversicherungen (PKV) sind im Gegensatz zu gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nicht dazu verpflichtet, ihren Versicherten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention anzubieten (vgl. § 20d Absatz 1 SGB V).

Andauernde Stressbelastungen können zu Gesundheitseinschränkungen führen und somit Krankheiten hervorrufen. Werden diese Krankheiten behandlungsbedürftig, müssen gesetzliche sowie private Krankenkassen teilweise hohe Kosten an Gesundheitsdienstleister, wie z. B. Ärzte/Ärztinnen oder Physiotherapeuten/-therapeutinnen, zahlen. Das Auftreten von Stresserleben und dessen Intensität sind dabei von der Bewertung einer Person abhängig. Diese Bewertung kann durch geeignete Maßnahmen, wie z. B. durch verhaltenspräventive Maßnahmen, positiv beeinflusst werden (vgl. Lazarus/Folkman, 1984, S. 19; Kaluza, 2018, S. 9 ff.).

Der Umgang mit Stress und die Förderung von Resilienz sind über die Lebensspanne erlernbar. Die Stärkung der Resilienz einer Person kann dieser helfen, Ereignisse anzunehmen, die durch ihr eigenes Handeln nicht beeinflussbar sind (vgl. Schubert, 2015, S. 46 ff.). Ändert diese Person ihre Sichtweise zur gegebenen Situation, können Stressbelastungen geringer ausfallen und somit stressbedingte Krankheiten vermieden werden. Dieser Nutzen bietet ein großes Potenzial für die Gesellschaft. Es wird dadurch sichtbar, dass es erforderlich ist, den Bereich der Stressbewältigung durch die gemeinsame Arbeit von GKV und PKV durch Maßnahmen der Verhaltensprävention für die Versicherten weiter auszubauen. Durch die Kontakteinschränkungen war es für viele Anbieter von Stressbewältigungs-

kursen nicht möglich, diese Kurse in Präsenzform anzubieten. Dennoch konnten einige Anbieter diese Hindernisse durch Online-Veranstaltungen bewältigen. Anderen Kursanbietern fehlte mitunter das technische Know-how oder die finanziellen Mittel zur Durchführung. Diese Anbieter sollten künftig unterstützt werden, wodurch die stressbedingte Krankheitskostenlast in Deutschland verringert werden könnte. Ebenfalls sollte berücksichtigt werden, dass die pandemische Lage noch nicht beendet ist und es somit zu weiteren Stressbelastungen kommen kann.

Als Handlungsempfehlung sollten hierfür die Anbieter von Stressbewältigungskursen durch staatliche Akteure der PKV und GKV bei der Umsetzung der coronabedingten Veränderungen unterstützt werden. Hierunter könnte z. B. die Unterstützung von Marketingmaßnahmen für Online-Kurse oder für die technischen und didaktischen Voraussetzungen von Online-Präventionsangeboten fallen.

Literatur

- CoronaschVO – Coronaschutzverordnung (2020). *Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2. Vom 22. März 2020.* https://www.land.nrw/sites/default/files/asset/document/2020-03-30_coronaschvo_idf_der_aendvo.pdf (20.10.2021).
- Döring, N./Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Grossmann, K./Grossmann, K. E. (2008). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. 4. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hapke, U./Maske, U. E./Scheidt-Nave, C./Bode, L. et al. (2013). *Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56 (5–6), S. 749–754.
- Hurrelmann, K./Richter, M. (2013). *Gesundheit- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*, 8. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kaluza, G. (2018). *Gelassen und sicher im Stress. Das Stresskompetenz-Buch: Stress erkennen, verstehen, bewältigen*. 7. Auflage, Berlin: Springer Nature.
- Kuntz, B./Rattay, P./Poethko-Müller, C./Thamm, R. et al. (2018). *Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2*. Journal of Health Monitoring, 3 (3), S. 19–36.

- Lazarus, R. S./Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Meffert, H./Bruhn, M./Hadwich, K. (2018). *Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte – Methoden*. 9. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Salzmann, D./Lorenz, S./Eickhorst, A./Liel, C. (2018). *Psychosoziale Belastungen und Inanspruchnahme Früher Hilfen von Familien in Armutsrisikolagen*. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.): Faktenblatt 8 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Köln.
- Satow, L. (2012). *Stress- und Coping-Inventar (SCI): Vollständige Test- und Skalendokumentation*. <http://www.drstatow.de/tests/stress-und-coping-inventar/> (12.10.2021).
- Schubert, F.-C. (2015). *Was hält Menschen gesund? Ergebnisse der psychosozialen Gesundheitsforschung – Ein Überblick*. In: Verleysdonk-Simons, S./Schubert, F.-C. (Hrsg.): *Was hält Menschen gesund? Physische, psychische und soziale Faktoren von Gesundheit*. Mönchengladbach: Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, S. 25–66.
- Siegrist, J./Knesebeck, O. v. d. (2017). *Prävention chronischer Stressbelastung*. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 4., vollst. überar. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, S. 235–242.
- Steiner, E./Benesch, M. (2018). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung*. 5. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen*. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11–31.
- Werner, E. E. (2011). *Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familien. Ein Forschungsbericht*. In: Zander, M./Roemer, M. (Hrsg.): *Handbuch Resilienzförderung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 32–50.

6

Besondere psychologische Belastungsfaktoren weiblicher Pflegekräfte in der stationären Altenpflege im Pandemiefall

VICTORIA CALER

Seuchen stellen die Gesellschaft weltweit immer wieder vor eine Herausforderung (vgl. Günther et al., 2011, S. 8). Während der Spanischen Grippe verstarben in den Jahren von 1918 bis 1920 zwischen 27 bis 50 Millionen Menschen (vgl. Maybaum, 2018, S. 36). In Deutschland erkrankten jährlich geschätzt zwischen vier und 16 Millionen Menschen an der saisonalen Grippe. Die Todesrate schwankt in Deutschland stark zwischen mehreren hundert bis über 25.000 Menschen (in der Saison 2017/2018) (vgl. RKI, 2021a). Auf das Thema Influenza – im Speziellen die COVID-19-Pandemie – in Verbindung mit der Berufsgruppe der Pflegekräfte und den besonderen Belastungsfaktoren von weiblichen Pflegepersonen wird sich der Schwerpunkt des vorliegenden Beitrags konzentrieren. So liegt in der Altenpflege der Anteil der weiblichen Pflegekräfte bei 84 % (vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2021, S. 6) und sie sind im Vergleich zu anderen Berufsgruppen psychisch überproportional hoch belastet und kommen oft an die eigenen Grenzen (vgl. Rasch et al., 2017, S. 285). Das Ziel des vorliegenden Beitrags ist es deshalb, die besonderen Belastungsfaktoren weiblicher Pflegepersonen der stationären Altenpflege während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie empirisch zu analysieren und Handlungsempfehlungen aus den gewonnenen Erkenntnissen zukunftsweisend abzuleiten.

Ende des Jahres 2019 trat in China auf einem Tiermarkt in Wuhan erstmalig ein bis dato unbekanntes Virus auf. Innerhalb weniger Wochen kam es durch den Krankheitserreger mit dem Namen SARS-CoV-2 zu einer globalen Epidemie. Der Krankheitserreger wird auch als COVID-19 oder umgangssprachlich als Coronavirus bezeichnet (vgl. Rothan/Byrareddy, 2020). COVID-19 (Abk. für engl.: **CO**rona**VI**rus **D**isease **2019**) ist eine Infektionskrankheit infolge einer Infektion mit dem Virus SARS-CoV-2. Am

11.03.2020 wurde die weltweite Ausbreitung des Virus von der WHO zu einer Pandemie erklärt (vgl. WHO, 2020). Die rasante Zunahme von Infizierten durch die Pandemie führte global zu einer dynamischen und ernsten Situation mit schweren, oftmals tödlichen Krankheitsverläufen. Mitte der 1960er-Jahre wurden Coronaviren (SARS) erstmalig identifiziert (vgl. BMG, 2021a). Der Verlauf der „Corona-Krankheit“ ist vielfältig, unspezifisch und kann symptomlos sein. Die Krankheit kann jedoch auch zu einer schweren Pneumonie mit Lungenversagen bis hin zum Tod führen (vgl. RKI, 2020a). Insbesondere Pflegekräfte wurden durch COVID-19 vor eine Herausforderung gestellt. Auch ohne eine solche zusätzliche Extrembelastung durch die Pandemie gehen Pflegerinnen und Pfleger oft – psychisch und physisch – an ihre eigenen Grenzen (vgl. Ver.di, 2018). Bereits vor Ausbruch von SARS-CoV-2 fehlte in allen Pflegeberufen in Deutschland Pflegepersonal. Im Jahr 2020 kamen auf 100 gemeldete offene Stellen für Altenpflegefachkräfte rechnerisch lediglich 33 Arbeitslose (vgl. BMG, 2021b) bei einer Anzahl von 3,4 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland (vgl. Destatis, 2019). Durch das Aussetzen der Personaluntergrenzen sollte auf einen erwarteten Anstieg von COVID-19-Patienten und -Patientinnen in den Krankenhäusern und Pflegeheimen reagiert werden können (vgl. Vincentz Network GmbH, 2020). Die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte verschlechterten sich dadurch wieder. Durch die schlagartig steigende Nachfrage an Schutzausrüstung, wie Atemschutzmasken, Desinfektionsmitteln und Hygienehandschuhe, entstanden global Lieferengpässe im Bereich der medizinischen Hilfsmittel. Einrichtungen des Gesundheitswesens konnten die notwendige Schutzausrüstung nicht vollständig und umfangreich vorhalten. Dadurch wurde der Selbstschutz des Pflegepersonals nicht ausreichend gewährleistet und die erhöhte Gefahr bestand, sich selbst im Arbeitsalltag anzustecken (vgl. Freie Ärzteschaft e. V., 2020).

Durch Schicht- oder Wochenendarbeit, Überstunden, Mehrarbeit durch krankheitsbedingte Ausfälle von Kollegen und Kolleginnen sowie eine erschwerte Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben kann es gerade bei weiblichen Pflegekräften schnell zu physischer und psychischer Erschöpfung kommen (vgl. Köllner, 2015, S. 1). Während der COVID-19-Pandemie sind die psychischen Belastungen aufgrund der Mehrbelastungen gestie-

gen. Denn gerade Pflegekräfte sind unter Umständen zusätzlichen Sorgen ausgesetzt, wie beispielsweise der Angst, durch die Arbeit in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung selbst zu erkranken oder zu versterben. Auch könnten Gefühle der Hilflosigkeit auftreten (vgl. Petzold et al., 2020, S. 157).

In den Wochen seit Ausbruch des Virus verstarben besonders viele Menschen in Pflegeheimen. Ein Drittel der 8.787 in Deutschland gemeldeten Todesfälle (Stand: 20.06.2020) stand in Verbindung mit der SARS-CoV-2-Infektion und wurde in Einrichtungen der stationären Altenpflege betreut (vgl. RKI, 2020b). Pflegekräfte sind demnach vermehrt mit der Betreuung Sterbender sowie mit dem Tod selbst konfrontiert. Es kann zudem angenommen werden, dass gerade weibliche Pflegekräfte in Zeiten einer Pandemie besonderen psychologischen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, folglich ist ein unterstützender Handlungsbedarf notwendig. Im vorliegenden Beitrag soll deshalb konkret die folgende Frage beantwortet werden: **Welche besonderen psychologischen Belastungsfaktoren ergeben sich für weibliche Pflegekräfte in der stationären Altenpflege im Fall einer Pandemie?**

Die bisherigen bereits erforschten psychologischen Belastungsfaktoren von Pflegekräften werden im Folgenden den neu gewonnenen Erkenntnissen kritisch gegenübergestellt sowie die besonderen Belastungsfaktoren von Pflegenden herausgearbeitet.

6.1 Theoretischer Hintergrund

Coronaviren waren in den vergangenen 20 Jahren die Ursache für drei große Ausbrüche mit schweren Lungenerkrankungen. Dazu zählen SARS, MERS (Middle East Respiratory Syndrome) und aktuell COVID-19. Im Gegensatz zu seinen Vorgängern verbreitet sich COVID-19 deutlich rasanter (vgl. Jessen, 2020, S. 15 ff.). Bei der Übertragung des SARS-CoV-2 spielt laut Robert Koch-Institut (RKI) die Beteiligung der oberen Atemwege eine große Rolle. Eine Übertragung der Viren findet meist direkt über Atemwegssekrete und über Hände und/oder kontaminierte Flächen statt (vgl. Jessen, 2020, S. 15 ff.). 67 % der an COVID-19 erkrankten Personen sind

zwischen 15 und 59 Jahre alt, Männer und Frauen sind nahezu gleichermaßen betroffen. 87 % der Todesfälle betreffen ältere Menschen über 70 Jahre, welche somit besonders gefährdet sind (Stand: 30.04.2020, vgl. RKI, 2020c, S. 5). Die Pandemie zeigt, wie schwer es möglich ist, eine Begrenzung eines viralen Krankheitsausbruchs umzusetzen. Ab dem 16.03.2020 wurde bundesweit die stufenweise Einstellung des Betriebs an Schulen, Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen beschlossen (vgl. RKI, 2020d, S. 5 ff.). In einer Sitzung der Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK) vom 28.04.2020 einigten sich die Länder auf einen gemeinsamen 4-Stufen-Plan zur Öffnung der Kindertagesbetreuung (vgl. RKI, 2020d, S. 5). Zusätzliche bundesweite Reaktionen zur Eingrenzung der weiteren Ausbreitung der Pandemie wurden am 22.03.2020 durch die Regierung beschlossen. Diese beinhalten unter anderem die Kontaktbeschränkung zu anderen Personen außerhalb des eigenen Haushaltes, die Meidung des Aufenthaltes in der Öffentlichkeit, Schließungen von Gastronomie- und Dienstleistungsbetrieben, wie z. B. Friseure, und ein Mindestabstand von 1,5 Metern zu anderen Personen in der Öffentlichkeit (vgl. Die Bundesregierung, 2021). Im Fall einer Pandemie kommt es überall in der Bevölkerung durch häusliche Isolation, Umstrukturierung des Alltags, Schließungen von Kindergärten, Schulen und die Nicht-Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu einer speziellen und psychisch belastenden Situation. Pflegekräfte gehören zu der Gruppe der „systemrelevanten Berufe“, sodass sie einen Weg finden müssen, um für die Arbeit und die Familie gleichermaßen Sorge zu tragen, was große Herausforderungen nach sich zieht.

6.1.1 Risikowahrnehmung bei gesundheitlichen Themen am Beispiel von COVID-19

Der Umgang mit veränderten Risiken und der Wahrnehmung durch den Menschen erfordert eine neue Handlungsweise mit Risiken sowie ein spezielles Risikomanagement im Ereignisfall – insbesondere bei einer großen medialen Präsenz wie bei COVID-19 (vgl. Kurzenhäuser/Epp, 2009, S. 1141 ff.). Jährlich werden dem RKI zufolge in etwa 10.000

Infektionsausbrüche gemeldet (vgl. RKI, 2018). In den letzten Jahren können für besondere Ausbruchsgeschehen neben COVID-19 die Influenza A(H1N1)-Pandemie (2009), der EHEC-Ausbruch (2011) und der Norovirus-Ausbruch in ostdeutschen Schulen (2012) genannt werden (vgl. RKI, 2018). In einer Studie zur Risikowahrnehmung und dem Umgang mit der COVID-19-Pandemie konnte gezeigt werden, dass die Befragten sich zum Thema gut informiert fühlten, mit den aktuellen Expertenmeinungen übereinstimmten sowie die Risiken verbunden mit der Pandemie ähnlich einschätzten wie die Experten und Expertinnen selbst. Auch stimmten sie den ergriffenen Maßnahmen zur Eindämmung durch die Regierung überwiegend zu (vgl. Führer et al., 2020, S. 1 ff.).

6.1.2 Individuelle und psychologische Einflussfaktoren auf die Risikowahrnehmung

Für die Risikobeurteilung entwickeln Menschen mentale, durch eigenes Handeln beeinflussbare Konstrukte. Einschätzungen werden aus Erfahrungen im Alltagsgeschehen getroffen und positiv wie auch negativ beurteilt (vgl. Günther et al., 2011, S. 12). Für Laien ist Risikowahrnehmung im Vergleich zur Risikowahrnehmung von Experten und Expertinnen als subjektiv zu bezeichnen. Dies bedeutet nicht, dass die individuelle Risikowahrnehmung fehlerhaft sein muss, denn sie kann mehr oder weniger mit dem Expertenurteil übereinstimmen (vgl. Kurzenhäuser/Epp, 2009, S. 1142). Die Übereinstimmung hängt von den drei Kategorien 1) Eigenschaften des Risikos, 2) Eigenschaften des Wahrnehmenden sowie 3) die Situation und Eigenschaften der Risikokommunikation ab. Dies bedeutet, dass die individuelle Risikowahrnehmung auf der Analyse der Risikoart sowie auf der Grundlage, auf welcher Informationsbasis das Risiko wahrgenommen wird, basiert (vgl. Kurzenhäuser/Epp, 2009, S. 1142). Die Unterschiede bei der Wahrnehmung von Risiken sind unproblematisch, aber die Gründe hierfür signifikant. Eine Fehleinschätzung von Risiken kann zu einer potenziellen Gefährdung führen. Neben den Prozessen der individuellen Verarbeitung sowie Bewertung von Risikoinformationen spielen soziale Prozesse der Risikovermittlung und Risikoverstärkung eine wichtige

Rolle. Hierzu zählt vor allem die mediale Darstellung von Risikothemen, die auch in der COVID-19-Pandemie eine zentrale Bedeutung einnimmt (vgl. Kurzenhäuser/Epp, 2009, S. 1143).

6.1.3 Risikoklassifikation

Zur adäquaten Einschätzung von Risiken müssen laiengerechte Informationen zur Verfügung stehen. So wurden vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WGBU) sowie von der World Health Organization (WHO) Risikotypologien zur Kommunikation von Risiken entwickelt. Das RKI beschreibt die Einschätzung der Situation bezogen auf COVID-19 anhand der Situation für die Bevölkerung. In die Risikobewertung fließen der jeweils aktuelle Kenntnisstand zur internationalen Situation, der Ist-Zustand bezogen auf die epidemiologische Lage und die Verfügbarkeit von Schutz- und Behandlungsmaßnahmen mit ein (vgl. RKI, 2020a). Zu beachten ist, dass die Risikowahrnehmung der Bevölkerung nicht in die Risikobewertung des RKI einfließt (vgl. RKI, 2020a). Das RKI selbst nutzt zur Beurteilung der Schwere drei Kriterien: Übertragbarkeit (Fallzahlen zu gemeldeten Fällen), Schwereprofil (Anteil schwerer und tödlicher Krankheitsverläufe) sowie Ressourcenbelastung des Gesundheitsversorgungssystems (vgl. RKI, 2020a). Diese Kriterien wurden ursprünglich für die Beurteilung der Schwere der saisonalen Grippe in Deutschland entwickelt und erlauben somit, das COVID-19-Geschehen in Relation zu anderen epidemisch bedeutsamen Ereignissen setzen zu können (vgl. RKI, 2020a).

Bewertung und Prävention von Risiken

Für Menschen sind Risikofaktoren meist nicht objektiv, sondern im Wesentlichen subjektive, psychologische Größen. Erst nach ihrer psychologischen Transformation werden Risikofaktoren zum Gegenstand von menschlichen Entscheidungsprozessen und beeinflussen menschliches Verhalten (vgl. Bergler, 2009, S. 51). Wenn ein Reiz als Risiko wahrgenommen wird, nimmt er Einfluss auf das Verhalten. Subjektiv eingestufte Risiken werden zu einem persönlichen Risiko, wenn gefährlich eingestufte Krankheiten, wie etwa COVID-19, mit einem geringen (nicht eher hohem) subjektiven

Risiko zu erkranken in Verbindung gebracht werden (vgl. Bergler, 2009, S. 51). An dieser Stelle ist Prävention unerlässlich, denn sie umfasst alle Aktivitäten zur Vermeidung und Verzögerung von Erkrankungen. Die Krankheitslast in der Bevölkerung soll durch gezielte Maßnahmen verringert werden (vgl. RKI, 2020e). Es werden bei den Präventionsansätzen unterschiedliche zeitliche Perspektiven im Krankheitsverlauf unterschieden. Beispielsweise umfasst die Primärprävention das Impfen, die Sekundärprävention, Früherkennungsmaßnahmen und zur Tertiärprävention gehören Schulungen von Patienten und Patientinnen bei einer Krankheitsmanifestation (vgl. RKI, 2020e).

Personalschutzmaßnahmen zur Vermeidung einer COVID-19-Infektion

Zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten von Beschäftigten in der Pflege werden Maßnahmen zur Vermeidung ergriffen (vgl. Bundesgesundheitsblatt, 2015, S. 1152). Im Falle der Versorgung von COVID-19-Erkrankten und krankheitsverdächtigen Bewohnern und Bewohnerinnen soll die Versorgung unter Einhaltung von strengen hygienischen Maßnahmen erfolgen (vgl. RKI, 2021b, S. 6). Dazu gehören die Verwendung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) bestehend aus Schutzkittel, einer Schutzbrille, Einweghandschuhen sowie bei der direkten Versorgung von Patienten und Patientinnen mit bestätigter oder wahrscheinlicher SARS-CoV-2-Infektion das Tragen einer FFP2-Maske. Da asymptomatische Personen Träger von Infektionserregern sein können, müssen im alltäglichen Umgang mit Bewohnern/Bewohnerinnen und Patienten/Patientinnen Präventionsmaßnahmen (z. B. hygienische Handdesinfektion) im Bereich der Basishygiene eingehalten werden (vgl. Bundesgesundheitsblatt, 2015, S. 1152).

6.2 Forschungsstand psychologischer Belastungsfaktoren von Pflegekräften

Pflegekräfte müssen sowohl mit psychischen und emotionalen Belastungen als auch mit schweren körperlichen Anforderungen umgehen (vgl. Jacobs et al., 2020, S. 52). Zu den alltäglichen Belastungen kommen eine nicht angemessene Bezahlung sowie geringe Leistungsanerkennung hinzu (vgl. Höhmann et al., 2016, S. 73 ff.). Abbildung 6.1 zeigt insbesondere auf,

dass eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen bei Pflegekräften bzw. Berufstätigen im Pflegebereich mit 19,4 % überproportional oft in Erscheinung tritt. Somit liegt die Fallhäufigkeit je 100 Versichertenjahre um 73 % über der Fallhäufigkeit aller Berufe (vgl. Jacobs et al., 2020, S. 42).

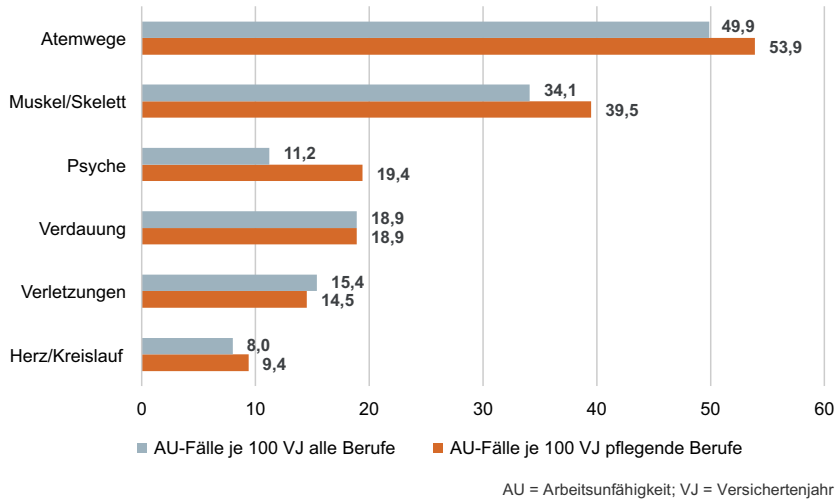


Abb. 6.1: Arbeitsunfähigkeit nach Erkrankungen in allen Berufen und pflegenden Berufen (vgl. Jacobs et al., 2020, S. 39)

Eine psychische Erkrankung dauert mit 31,2 Tagen je Fall in Pflegeberufen deutlich länger als in anderen Berufen mit durchschnittlich 26,1 Tagen je Fall, wie Abbildung 6.2 darlegt. Im Schnitt entfallen sechs Fehltage auf eine/-n ganzjährig versicherte/-n Beschäftigte/-n in einem Pflegeberuf (vgl. Jacobs et al., 2020, S. 42).

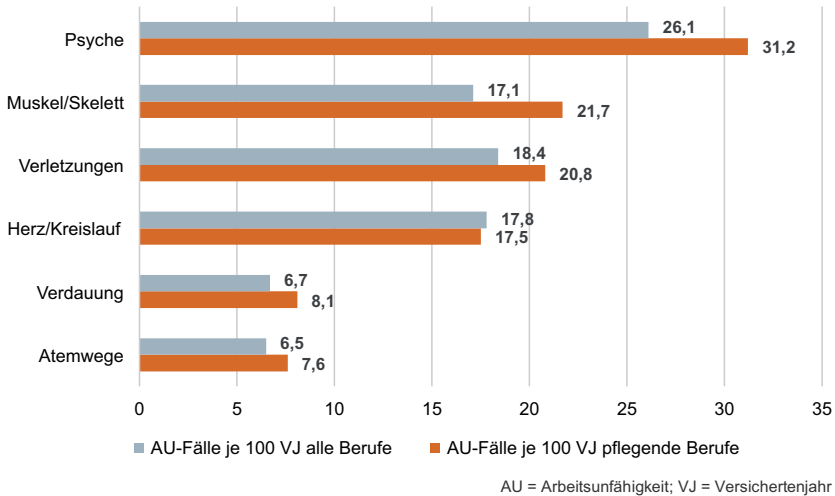


Abb. 6.2: Arbeitsunfähigkeitstage aller Berufe und pflegender Berufe (vgl. Jacobs et al., 2020, S. 40)

Abbildung 6.3 zeigt nachfolgend, dass vor allem depressive Episoden und Reaktionen auf schwere Belastungen sowie Anpassungsstörungen bei den Fehlzeiten eine entscheidende Rolle spielen (vgl. Jacobs et al., 2020, S. 42).

ICD	Diagnose	Pflegende Berufe			Alle Berufe		
		AU-Tage je 100 VJ ^a	AU-Fälle je 100 VJ ^a	Tage je Fall	AU-Tage je 100 VJ ^a	AU-Fälle je 100 VJ ^a	Tage je Fall
F32	Depressive Episode	233,7	5,9	39,8	107,2	3,1	35,1
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	157,2	6,4	24,5	73,5	3,5	20,9
F33	Rezidivierende depressive Störung	91,5	1,7	53,6	39,6	0,8	47,0

^a Versichertenjahr

Abb. 6.3: Einzeldiagnosen psychischer Erkrankungen in Pflegeberufen (vgl. Jacobs et al., 2020, S. 42)

6.2.1 Überblick über die Forschungslage der psychischen Belastungen von Pflegekräften während der COVID-19-Pandemie

Durch die COVID-19-Pandemie sind Frauen psychisch stärker gefährdet als Männer, zudem haben sie ein doppelt so hohes Risiko, psychisch zu erkranken. Frauen verbringen durchschnittlich zweimal so viel Zeit mit der Betreuung und Pflege von Kindern als Männer und sind durch die Schließung von Kindertagesstätten und Schulen zusätzlich belastet (vgl. BPTK, 2020, S. 10).

Eine erste Befragung an 450 Pflegekräften, wovon ein Viertel in der stationären Altenpflege arbeitete, wies auf einen großen Notstand bezogen auf die veränderte Belastung hin. Die Befragten fühlten sich durch die pandemischen Veränderungen stark belastet. Nur 15 % gaben an, durch entsprechende Angebote psychisch unterstützt zu werden (vgl. Coach for Care, 2020). Eine erste Studie der Augsburger Universitätsmedizin, welche vom 15.04.2020 bis 01.05.2020 mit 3.669 Beschäftigten im Gesundheitswesen durchgeführt wurde, ergab, dass die subjektive Belastung und das Stresserleben beim Personal auf COVID-19-Stationen am höchsten waren. Die Gründe könnten im erhöhten psychosozialen Stress durch den direkten Kontakt mit COVID-19-Patienten und -Patientinnen und in den damit verbundenen erhöhten Sorgen und Ängsten liegen (vgl. Kramer et al., 2020).

6.2.2 Psychische Beanspruchung in Pflegeberufen

Die Auswirkung der psychischen Belastung wird als „psychische Beanspruchung“ definiert, die sowohl positiv als auch negativ ausfallen kann (vgl. GDA, 2017, S. 9). Die psychische Beanspruchung wird von der Norm DIN EN ISO 10075 „Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung“ als „die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ (GDA, 2017, S. 9) definiert. Dabei wird bei psychischen Belastungen zwischen Stressoren (= Auslöser) und der daraus resultierenden Reaktion unterschieden. Eine Stressreaktion kann eine

plötzliche, unkontrollierbare und unter Umständen lebensbedrohliche Gefahr darstellen (vgl. Neuner, 2016, S. 7).

Stress und psychosomatische Symptome hängen häufig miteinander zusammen. Folgen dieser psychischen Belastungssituation können z. B. ein Burnout oder der Missbrauch von Arzneimitteln sein (vgl. Europäische Kommission, 2012, S. 177). Stress kann neben gesundheitlichen Störungen, Leistungsminderungen und Auffälligkeiten im Sozialverhalten auch Probleme der Persönlichkeitsentwicklung hervorrufen und Einfluss auf das Freizeitverhalten nehmen (vgl. Europäische Kommission, 2012, S. 186). Stressbedingt können Herz- und Kreislauferkrankungen entstehen, welche zu enormen Krankheitskosten im Gesundheitswesen führen. Neben der Entstehung von kritischen Situationen gibt es typische Warnsignale von gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Pflegekräften, wie rasche Ermüdungs- oder Erschöpfungserscheinungen. Den Beschäftigten fehlt zunehmend die Empathie für die Kollegenschaft sowie Klienten/Klientinnen und sie können eine Tendenz zur Gleichgültigkeit gegenüber den zu betreuenden Personen entwickeln (vgl. Europäische Kommission, 2012, S. 186).

6.3 Methodik

Als Untersuchungsdesign wurde die Fragebogenmethode gewählt, da diese ermöglicht, Aspekte des subjektiven Erlebens und Verhaltens zu erfassen, die für die Beantwortung der Forschungsfrage notwendig sind (vgl. Döring/Bortz, 2016, S. 398). Die Erhebung der Daten via Fragebogen fand online vom 01.06.2020 bis 30.06.2020 statt. Die Online-Befragung bietet Vorteile wie z. B., dass innerhalb kurzer Zeit ein repräsentativer Stichprobenumfang erreicht werden kann, keine Interviewer/-innen dafür notwendig sind und dass die Zielpersonen sich den Zeitpunkt und Ort zum Ausfüllen des Fragebogens selbst auswählen können. Zudem ist diese Befragungsmethode diskret und anonym und es findet keine gegenseitige Beeinflussung zwischen der befragten Person und dem/der Forschenden statt (vgl. Döring/Bortz, 2016, S. 398 ff.).

Zielgruppe waren weibliche Pflegekräfte, die im Abfragezeitraum von März 2020 bis April 2020, und somit zum Beginn des ersten Lockdowns, aktiv in der stationären Altenpflege tätig waren. Die Auswahl erfolgte unabhängig von Alter, Ausbildungshintergrund (d. h. Pflegefachkraft, Pflegehilfskraft oder Pflegeschülerin), aktuellem Wohnort sowie Nationalität der Pflegekräfte. Die Konzentration auf diese Zielgruppe ist aufgrund des hohen Anteils von 84 % an weiblichen Pflegekräften in der Altenpflege gewählt worden. Die Rekrutierung der Zielgruppe erfolgte über das Social-Media-Portal Facebook in fachspezifischen Gruppen wie z. B. „Wir sind die Pflege“. So konnte eine bundesweite Befragung ermöglicht werden. Bei der Stichprobenziehung handelt es sich um eine passive Stichprobenziehung, da der Fragebogen via Link und QR-Code in mehreren Online-Foren gestreut wurde und sich so per Selbstreflexion eine Stichprobe bildet (vgl. Döring/Bortz, 2016, S. 400).

6.3.1 Erhebungsinstrumente

Die quantitative Querschnittsstudie wurde mittels eines vollstandardisierten Fragebogens umgesetzt. Der Fragebogen wurde über das Umfragetool „Survey Monkey“ erhoben. Für die Erstellung des Fragebogens wurden zwei bestehende Fragebögen, „Stress- und Coping-Inventar (SCI)“ von Lars Satow (vgl. Satow, 2012) sowie der Fragebogen der Cubia AG „Mitarbeiterumfrage zur aktuellen Corona-Situation am Arbeitsplatz“ (vgl. Cubia, 2020), verwendet. Die deskriptive Auswertung der Daten erfolgte mithilfe des Statistikprogramms PSPP.

6.3.2 Einhaltung der Gütekriterien

Zur Vermeidung von Messfehlern wurde bei der Erstellung des Fragebogens darauf geachtet, dass im Verlauf der Befragung die Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität eingehalten werden. Die Durchführungsobjektivität zeigt sich darin, dass die Befragung für alle Befragten unter gleichen Bedingungen stattfand. Beeinflusst werden können sie in der Reihenfolge der Items, der Anfälligkeit der Item-Beantwortung unter Anbetracht der aktuellen Stimmung oder der Unterbrechung bei der Fra-

gebogenbearbeitung. Um eine möglichst hohe Durchführungsobjektivität zu erlangen, wurde die Fragebogenerhebung unter vollstandardisierten Bedingungen durchgeführt (vgl. Döring/Bortz, 2016, S. 404). Die Messergebnisse bzw. deren Gültigkeit können z. B. durch Störfaktoren bei der Durchführung oder falscher Interpretation der Daten in ihrer Validität verfälscht werden. Daher ist es wichtig, eine genaue Inhaltsvalidität mit den dafür notwendigen Komponenten im Fragebogen zu erzielen. Die Konstruktvalidität wurde gewährleistet, da die Messung weder durch systematische Fehler noch durch andere Konstrukte verfälscht wurde. Die Fragen wurden explizit auf die Beantwortung der Forschungsfrage abgestimmt.

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet, hierzu standen 114 vollständig ausgefüllte Datensätze zur Verfügung. Vor der Befragung wurde ein Pretest (N = 8) durchgeführt.

6.3.3 Aufbau des Fragebogens

Der Stress- und Coping-Inventar-Fragebogen von Lars Satow wurde mit der Zielsetzung entwickelt, um

- subjektive Stresseinschätzungen zu berücksichtigen.
- zusätzlich körperliche und psychische Folgeerscheinungen zu erfassen, um die Auswirkung von Stress zu beurteilen.
- die wichtigsten Coping-Strategien zu erfassen, die mit eindeutigen Faktoren belegt werden können.
- allen psychometrischen Standards in den angegebenen Skalen zu genügen und bezogen auf Reliabilität und Validität zu überzeugen. (vgl. Satow, 2012, S. 6)

Der SCI berücksichtigt bei der Ermittlung der Stressbelastung die subjektive Einschätzung der Testteilnehmerinnen und umfasst dabei zehn Skalen mit insgesamt 54 Items (vgl. Satow, 2012, S. 6). Mit dem SCI wird das aktuelle Stresserleben anhand von drei Skalen gemessen.

Die erste Skala misst **Stress durch Unsicherheit** anhand von sieben Items. Hier findet eine Erhebung statt, inwieweit sich die Versuchsperson durch Unsicherheiten in bedeutenden Lebensbereichen belastet fühlt

(vgl. Satow, 2012, S. 6). Ein Beispielitem hierfür könnte die „Unsicherheit in Bezug auf den Arbeitsplatz“ sein. Die Skala korreliert mit Stresssymptomen wie beispielsweise Kopfschmerzen ($r = .59$). Die Antwortmöglichkeiten erfolgen anhand einer siebenstufigen Likertskala und reichen von „nicht belastet“ bis „sehr stark belastet“. Mithilfe der zweiten Skala wird **Stress durch Überforderung** gemessen. Diese Skala ist identisch aufgebaut wie die erste. Ein Beispielitem ist die „Überforderung durch den Leistungsdruck am Arbeitsplatz“. Die Skala korreliert mit Stresssymptomen ($r = .65$). Mithilfe der dritten Skala wird **Stress durch Verlust** und tatsächlich eingetretene negative Ereignisse erhoben. Ein Beispiel hierfür ist der „eingetretene Verlust von Gesundheit oder Handlungsfähigkeit“. Die Antwortmöglichkeiten der siebenstufigen Likertskala reichen von „nicht eingetreten/belastet“ bis „sehr stark belastet“. Die Skala korreliert mit Stresssymptomen ($r = .34$). Mithilfe der vierten Skala wird der **Gesamtstress durch Unsicherheit, Überforderung und Verlust** in wichtigen Lebensbereichen ermittelt. Die Stresswerte der ersten drei Skalen werden addiert und weisen die höchste Korrelation mit körperlichen und psychischen Stresssymptomen auf ($r = .67$). Skala fünf ermittelt **körperliche und psychische Stresssymptome**, wie beispielsweise Kopfschmerzen, Magen drücken oder Konzentrationsschwäche. Der vollständige Fragebogen bestand aus 9 Items bezugnehmend auf den demografischen Hintergrund und 13 Skalen mit insgesamt 82 Items.

Alle Skalen wurden auf Cronbachs Alpha überprüft. Ein weiterer Bestandteil des Online-Fragebogens stellt ein kurzer, nicht validierter Standardfragebogen zur Erhebung von demografischen Daten dar. Dabei wurden Alter, Familienstand, Kinder unter 18 Jahren, im Haushalt lebende Kinder unter 18 Jahren, Arbeitszeit, Berufserfahrung und die Regelung der Kinderbetreuung während der Arbeitszeit erfragt.

6.4 Ergebnisse

35,96 % der befragten Pflegekräfte waren im Alter zwischen 31 und 40 Jahren. Ebenfalls häufig vertreten waren Probandinnen im Alter von 21 bis 30 Jahren (28,07 %) und von 41 bis 50 Jahren (21,93 %). Die 51- bis 60-jährigen

Pflegekräfte bildeten einen Anteil von 13,16 %. Deutlich unterrepräsentiert waren Pflegerinnen unter 20 Jahren. 68,42 % der Teilnehmerinnen waren verheiratet oder in einer festen Partnerschaft, während die verbleibenden 31,58 % Teilnehmerinnen ledig bzw. alleinstehend lebten.

72,81 % der Befragten gaben an, Vollzeit und 27,19 % der Teilnehmerinnen in Teilzeit zu arbeiten. Dabei verfügten die Pflegekräfte mehrheitlich mit 78,08 % über eine mindestens 10-jährige Berufserfahrung.

Hinsichtlich des familiären Umfelds der Befragten ergab die Umfrage, dass in rund 60 % der Haushalte keine Kinder unter 18 Jahren leben. Dagegen leben in 39,47 % der Haushalte die Pflegerinnen mit ihren Kindern zusammen.

Auffällig ist, dass 44 der Befragten während des Lockdowns auf eine Betreuung ihrer minderjährigen Kinder angewiesen waren, die Kinder nur in zu ca. 7 % der Fälle am Arbeitsplatz oder durch den Lebenspartner betreut werden konnten. 38 dieser 44 Teilnehmerinnen griff auf die Notbetreuung staatlicher Institutionen zurück oder konnte durch Familienangehörige, Freunde und sonstige Betreuungspersonen unterstützt werden.

6.4.1 Stresserleben am Arbeitsplatz

Im Zuge der Online-Befragung wurden Befunde zum Stresserleben am Arbeitsplatz erhoben, um zu ermitteln, inwiefern der persönliche Stressumgang der Pflegerinnen während der COVID-19-Pandemie von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird. Die Ergebnisse können der Tabelle 6.1 entnommen werden.

Tab. 6.1: Stresserleben am Arbeitsplatz

	TRIFFT VOLL UND GANZ ZU (1)	TRIFFT EHER ZU (2)	TEILS/TEILS (3)	TRIFFT EHER NICHT ZU (4)	TRIFFT GAR NICHT ZU (5)	INSGESAMT	GEWICHTETER MITTELWERT
Meine Aufgaben und aktuellen Arbeitsziele sind für mich nach wie vor klar.	60,53 % 69	16,67 % 19	21,05 % 24	0,88 % 1	0,88 % 1	114	1,65

	TRIFFT VOLL UND GANZ ZU (1)	TRIFFT EHER ZU (2)	TEILS/ TEILS (3)	TRIFFT EHER NICHT ZU (4)	TRIFFT GAR NICHT ZU (5)	INSGESAMT	GEWICHTETER MITTELWERT
Meine Arbeitsbelastung ist deutlich angestiegen.	35,96 % 41	41,23 % 47	10,53 % 12	10,53 % 12	1,75 % 2	114	2,01
Die Zusammenarbeit mit Kollegen/Kolleginnen und Vorgesetzten funktioniert gut.	28,07 % 32	31,58 % 36	31,58 % 36	7,02 % 8	1,75 % 2	114	2,23
Ich erhalte weiterhin alle Materialien und Informationen, die ich für meine Arbeit brauche.	28,07 % 32	23,68 % 27	28,95 % 33	15,79 % 18	3,51 % 4	114	2,43
Die Zusammenarbeit mit den internen und externen Schnittstellen funktioniert gut.	12,28 % 14	38,60 % 44	38,60 % 44	8,77 % 10	1,75 % 2	114	2,49
Ich kann meine Aufgaben aktuell insgesamt gut erledigen.	15,79 % 18	35,96 % 41	34,21 % 39	9,65 % 11	4,39 % 5	114	2,51
Meine Aufgaben haben sich deutlich verändert.	21,05 % 24	29,82 % 34	25,44 % 29	14,04 % 16	9,65 % 11	114	2,61
Meine Arbeitsbelastung ist deutlich zurückgegangen.	2,63 % 3	6,14 % 7	7,89 % 9	32,46 % 37	50,88 % 58	114	4,23

Die Auswertungen der Ergebnisse zeigen, dass mehr als die Hälfte der Befragten (69 von 114) angab, dass ihre Aufgaben und aktuellen Arbeitsziele nach wie vor klar waren. Die Ergebnisse werden bestätigt durch die Auswertung des Items „Ich erhalte weiterhin alle Materialien und Informationen, die ich für meine Arbeit brauche“. 59 der Befragten gaben an, dass dies voll und ganz oder eher zutrifft. Indes stimmten mehr als zwei Drittel der Befragten (88 von 114) eher oder voll und ganz zu, dass die Arbeitsbelastung während der COVID-19-Pandemie deutlich angestiegen ist. Insgesamt gaben ca. 77 % der Pflegerinnen eine deutliche Steigerung der Arbeitsbelastung an. Dies wird bestätigt durch das Item „Meine Arbeitsbelastung ist deutlich zurückgegangen“, da 95 der 114 befragten Pflegerinnen die Option eher nicht oder gar nicht zutreffend angaben. 66 Pflegerinnen bestätigten mit eher oder voll und ganz zutreffend, dass „die Zusammenarbeit mit Kollegen/Kolleginnen und Vorgesetzten gut funktioniert“. Un-

gefähr die Hälfte der Befragten gab auf das Item „Die Zusammenarbeit mit den internen und externen Schnittstellen funktioniert gut“ an, dass dies eher oder voll und ganz stimme. Über 50 % der Pflegerinnen (59 von 114) gaben an, dass sie ihre Aufgaben aktuell insgesamt gut erledigen können. Ungefähr die Hälfte der Befragten war der Meinung, dass sich ihre Aufgaben deutlich verändert haben.

6.4.2 Arbeitsorganisation und Schutz am Arbeitsplatz

Aufgrund der eingangs beschriebenen Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen zusätzlichen psychologischen Belastungsfaktoren der Pflegerinnen und einem beschränkten Zugang zu Schutzkleidung während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie bestehen könne, wurden Befunde zur Arbeitsorganisation und zum Schutz am Arbeitsplatz, wie Tabelle 6.2 zeigt, erhoben.

Tab. 6.2: Arbeitsorganisation und Schutz am Arbeitsplatz

	TRIFFT VOLL UND GANZ ZU (1)	TRIFFT EHER ZU (2)	TEILS/TEILS (3)	TRIFFT EHER NICHT ZU (4)	TRIFFT GAR NICHT ZU (5)	INSGESAMT	GEWICHTETER MITTELWERT
Schutzkleidung	29,82 % 34	23,68 % 27	22,81 % 26	16,67 % 19	7,02 % 8	114	2,47
Atemschutzmasken	30,70 % 35	20,18 % 23	25,44 % 29	15,79 % 18	7,89 % 9	114	2,50
Desinfektionsmittel	45,61 % 52	24,56 % 28	15,79 % 18	10,53 % 12	3,51 % 4	114	2,02
Hygienehandschuhe	50,00 % 57	19,30 % 22	21,05 % 24	7,89 % 9	1,75 % 2	114	1,92

Mehr als die Hälfte der Pflegerinnen (61 von 114) gab an, Zugang zu Schutzkleidung gehabt zu haben. Ein nicht geringer Anteil von knapp 47 % teilte mit, dass sie nur teilweise, eher oder gar keinen Zugang zu Schutzkleidung hatten. Die Auswertung nach dem Zugang zu Atemschutzmasken zeigt,

dass nur 31 % der Befragten in vollem Umfang einen Zugang zu Atemschutzmasken hatten. Ein Anteil von ca. 49 % gab an, teilweise, eher keinen oder gar keinen Zugang zu haben. Etwa 70 % der Befragten hatten laut eigener Angaben Zugang zu Desinfektionsmitteln, während knapp 30 % nur teilweise, eher keinen oder gar keinen Zugang zu Desinfektionsmitteln hatten. Ebenfalls wenig problematisch zeigt sich der Zugang zu Hygienehandschuhen, da 79 Pflegerinnen mit voll und ganz oder eher zutreffend bestätigten, dass sie uneingeschränkten Zugang hierzu hatten.

6.4.3 Persönliche Betroffenheit

Im Hinblick auf die persönliche Betroffenheit über die Pandemie wurden die Pflegerinnen befragt, wie zufrieden sie momentan mit ihrem Leben sind.

Tab. 6.3: Persönliche Betroffenheit

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
gar nicht zufrieden (1)	3,51 %	4
ein wenig zufrieden (2)	10,53 %	12
einigermaßen zufrieden (3)	41,23 %	47
erheblich zufrieden (4)	33,33 %	38
äußerst zufrieden (5)	11,40 %	13
GESAMT		114

38 der Befragten gaben an, erheblich zufrieden zu sein, 13 der Befragten zeigten sich zufrieden und 47 der Pflegerinnen gaben an, zum momentanen Zeitpunkt einigermaßen zufrieden zu sein. Demgegenüber standen etwa 14 % der Pflegerinnen, welche ihre persönliche Betroffenheit von der Pandemie mit ein wenig oder gar nicht zufrieden äußerten.

6.4.4 Infektionen mit dem Coronavirus im beruflichen Umfeld

Um die Annahme zu bestätigen, dass eine erhöhte psychologische Belastung aufgrund einer Infektion bei den Pflegerinnen vorliegen könne, wurde die Infektion mit dem Coronavirus im beruflichen Umfeld erhoben.

Tab. 6.4: Infektionen mit dem Coronavirus im beruflichen Umfeld

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
ja (1)	1,75 %	2
nein (2)	80,70 %	92
eventuell (3)	7,89 %	9
Ich weiß es nicht. (4)	9,65 %	11
GESAMT		114

Zwei Pflegerinnen gaben an, sich persönlich mit dem Coronavirus infiziert zu haben. Neun Pflegerinnen vermuteten eine Infektion, elf Befragte gaben an, dies nicht zu wissen, und 92 Personen waren sich sicher, sich nicht mit dem Coronavirus infiziert zu haben. Mit jenen Ergebnissen kann nicht bestätigt werden, dass eine Infektion mit dem Virus im Zusammenhang mit einer erhöhten psychologischen Belastung steht.

6.4.5 Eigene Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe

Die eigene Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe kann als Verstärker für eine zusätzliche psychologische Belastung angesehen werden, da dies den Krankheitsverlauf nachweislich vorantreiben kann. Dementsprechend wurde die eigene Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe abgefragt.

Tab. 6.5: Eigene Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
ja (1)	22,81 %	26
nein (2)	71,05 %	81
eventuell (3)	6,14 %	7
Ich weiß es nicht. (4)	0,00 %	0
GESAMT		114

26 Pflegerinnen sagten aus, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, die ihre Funktionsfähigkeit einschränkt. Dementgegen waren sich etwa drei Viertel der Befragten sicher, dass dies bei ihnen nicht der Fall sei.

6.4.6 Persönliches Stresserleben während der COVID-19-Pandemie

Die Bewertung des Anstiegs des persönlichen Stresserlebens während der COVID-19-Pandemie wird als wichtiger Faktor für die angenommene zusätzliche psychologische Belastung angesehen. Hierzu wurden die Pflegerinnen, wie in Tabelle 6.6 dargestellt, befragt.

Tab. 6.6: Persönliches Stresserleben während der COVID-19-Pandemie

	GAR NICHT (1)	AN EINZELNEN TAGEN (2)	AN MEHR ALS DER HÄLFTE DER TAGE (3)	BEINAHE JEDEN TAG (4)	INSGESAMT	GEWICHTETER MITTELWERT
wenig Freude oder Interesse an Arbeitstätigkeiten	19,30 % 22	60,53 % 69	13,16 % 15	7,02 % 8	114	2,08
Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Schwermut	24,56 % 28	62,28 % 71	7,89 % 9	5,26 % 6	114	1,94
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	17,54 % 20	41,23 % 47	26,32 % 30	14,91 % 17	114	2,39

Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie zu haben	10,53 % 12	44,74 % 51	31,58 % 36	13,16 % 15	114	2,47
verminderter Appetit oder ein übermäßiges Bedürfnis zu essen	33,33 % 38	38,60 % 44	19,30 % 22	8,77 % 10	114	2,04
schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl zu versagen oder die Familie enttäuscht zu haben	57,89 % 66	29,82 % 34	7,89 % 9	4,39 % 5	114	1,59
Schwierigkeiten der Konzentration, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	35,96 % 41	43,86 % 50	16,67 % 19	3,51 % 4	114	1,88
leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	11,40 % 13	56,14 % 64	25,44 % 29	7,02 % 8	114	2,28

Die Auswertungen des persönlichen Stresserlebens zeigen, dass mehr als die Hälfte der Befragten (69 von 114) an einzelnen Tagen wenig Freude oder Interessen an ihren Arbeitstätigkeiten erlebte. Etwa 62 % der Befragten waren an einzelnen Tagen niedergeschlagen, hoffnungslos oder schwermütig. 47 Pflegerinnen wiesen Schlafstörungen auf. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie zu haben, verspürten 51 Personen an einzelnen Tagen. Dementgegen waren 36 Pflegerinnen an mehr als der Hälfte der Tage und 15 beinahe jeden Tag müde oder empfanden das Gefühl der Energielosigkeit. Mehr als zwei Drittel gaben an, dass sie gar keinen oder nur an einzelnen Tagen verminderten Appetit oder ein übermäßiges Bedürfnis zu essen feststellten. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, hatten 41 der Befragten gar nicht und 50 Personen an einzelnen Tagen. Insgesamt 23 befragte Pflegerinnen vermerkten Konzentrationsschwierigkeiten an mehr als der Hälfte der Tage oder beinahe täglich. Leichte Reizbarkeit und Überempfindlichkeit wiesen über die Hälfte der Befragten (64 von 114) auf.

6.5 Fazit und Ausblick

Mit den vorangehenden Befunden der Online-Befragung konnte aufgezeigt werden, dass durch die Pandemie eine veränderte Belastung im Stresserleben der befragten Pflegerinnen stattgefunden hat und dies auf ein subjektives, mentales Stresserleben sowie veränderte Arbeitsbedingungen zurückzuführen ist. Dazu zählen insbesondere Belastungsfaktoren wie der deutliche Anstieg der Arbeitsbelastung durch neue Anforderungen

und eine veränderte Arbeitssituation sowie der teilweise eingeschränkte Zugang zu Schutzausrüstung. Einen weiteren Punkt stellt die Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren dar. Aufgrund der Angaben der Teilnehmerinnen kann davon ausgegangen werden, dass die Betreuung der Kinder teilweise schwer zu regeln war und dies ebenfalls zu einer zusätzlichen psychologischen Belastung geführt haben kann.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen können folgende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden: Krisentelefone können im Falle einer Depression oder bei Gefühlen von Hilflosigkeit oder Überforderung während einer Pandemie in Anspruch genommen werden. Zudem sollten soziale Kontakte über verschiedene Kanäle wie beispielsweise Telefon oder Internet, gerade im Falle einer Ausgangssperre, aufrechterhalten werden. Ein regelmäßiger und strukturierter Tagesablauf kann bei der Erfüllung von Pflichtaufgaben hilfreich sein. Spaziergänge, Entspannungsübungen oder Ausdauertraining sowie jede Art von körperlicher Betätigung fördern das Wohlbefinden. Außerdem sollte auf eine gesunde Ernährung geachtet werden. Überdies können neue Hobbys und Aufgaben sowie jegliche Art der Ablenkung eine wichtige Pause für die Psyche bieten, genauso wie mit dem Partner/der Partnerin, der Familie oder Freunden über die eigenen Gefühle und Ängste zu sprechen.

Inbesondere für die Zielgruppe der weiblichen Pflegekräfte in der Altenpflege gilt es, durch den Arbeitgeber oder den Staat ein Angebot zu schaffen, um eine psychologische Betreuung in Krisenzeiten sicherzustellen. Gleichzeitig müssen durch den Staat im Falle einer Pandemie ausreichend Schutzmaterial sowie eine damit verbundene Konzeptentwicklung zur Sicherstellung der Versorgung mit ausreichender Schutzausrüstung für Pflegekräfte bereitgestellt werden. Damit im Falle einer Pandemie und eines damit verbundenen Lockdowns die Sicherheitswahrnehmung bezogen auf die Kinderbetreuung erhöht wird, bedarf es einer Konzeptentwicklung für die Kinderbetreuung für Eltern in systemrelevanten Berufen.

Die eingangs gestellte Forschungsfrage konnte anhand dieser Untersuchung beantwortet werden und belegt den aktuellen Forschungsstand zu den besonderen psychologischen Belastungsfaktoren von Pflegekräften während einer Pandemie sowie die bereits erforschten allgemeinen psycho-

logischen Belastungsfaktoren von Pflegekräften. Auf Grundlage der dargestellten Ergebnisse ergibt sich ein weiterer Forschungsbedarf in Hinblick auf eine ausschließliche Befragung weiblicher Pflegekräfte der stationären Altenpflege, die im direkten Kontakt mit infizierten COVID-19-Patienten und -Patientinnen arbeiten bzw. gearbeitet haben.

Literatur

- Bergler, R. (2009). *Psychologie der Hygiene*. Nürnberg: Steinkopff.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2021). *Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. In: Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (12.10.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021a). *Coronavirus kurz erklärt*. <https://www.zusammengeencorona.de/informieren/basiswissen-zum-coronavirus/coronavirus-kurz-erklart/> (13.11.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021b). *Beschäftigte in der Pflege*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html> (17.11.2021).
- BPtK – Bundes Psychotherapeuten Kammer (2020). *Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen. BPtK-Hintergrund und Forschungslage*. 17.08.2020. https://www.lpk-rlp.de/fileadmin/user_upload/2020-08-17_BPtK-Hintergrund_Corona-Pandemie_und_psychische_Erkrankungen.pdf (15.11.2021).
- Bundesgesundheitsblatt (Hrsg.) (2015). *Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58, S. 1151–1170.
- Coach for Care (2020). *Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisbericht Auszug*. https://www.coachforcare.de/assets/files/ergebnisbericht_coachforcare_pflege-in-zeiten-von-corona.pdf (12.10.2021).
- Cubia (2020). *Mitarbeiterumfrage zur aktuellen Corona-Situation am Arbeitsplatz*. <https://cubia.com/leistungen/mitarbeiterbefragung/mitarbeiterumfrage-zur-aktuellen-corona-situation-am-arbeitsplatz/> (13.11.2021).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2019). *Gesundheit – Pflege*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html (12.10.2021).
- Die Bundesregierung (2021). *Corona. Das sind die geltenden Regeln und Einschränkungen*. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-diese-regeln-und-einschraenkung-gelten-1734724> (15.11.2021).
- Döring, N./Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5., vollst. überarb., akt. u. erw. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer.

- Europäische Kommission (2012). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Gesundheitswesen – Leitfaden für Prävention und gute Betriebspraxis*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Freie Ärzteschaft e. V. (2020). *Corona-Pandemie: Ärzte und Pflegekräfte benötigen Unterstützung – statt Zwangsrekrutierung ohne Schutz*. <https://www.presseportal.de/pm/57691/4560340> (12.10.2021).
- Führer, A./Frese, T./Karch, A./Mau, W. et al. (2020). *COVID-19: Wissensstand, Risikowahrnehmung und Umgang mit der Pandemie*. ZEFQ – Evidenz in der Gesundheitsversorgung – Evidence in Health Care, 153, S. 32–38.
- GDA – Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2017). *Psychische Arbeitsbelastung und Gesundheit – Arbeitsschutz in der Praxis*. Berlin: Leitung des GDA-Arbeitsprogramms Psyche.
- Günther, L./Ruhrmann, G./Milde, J. (2011). *Pandemie: Wahrnehmung der gesundheitlichen Risiken durch die Bevölkerung und Konsequenzen für die Risiko- und Krisenkommunikation*. Freie Universität Berlin – Forschungsforum öffentliche Sicherheit, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Schriftenreihe Sicherheit Nr. 7., S. 1–63.
- Höhmann, U./Lautenschläger, M./Schwarz, L. (2016). *Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg): *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart: Schattauer.
- Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (2020). *Pflegereport 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer Open.
- Jessen, A. (2020). *Corona, COVID-19, SARS-CoV-2*. Heilberufe, 72 (5), S. 15–17.
- Kramer, V./Papazova, I./Thoma, A./Kunz, M. et al. (2020). *Subjective burdens and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic*. Schweiz: Springer Nature.
- Köllner, V. (2015). *Psychisch krank in der Pflege – Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation*. WISO direkt – Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Kurzenhäuser, S./Epp, A. (2009). *Wahrnehmung von gesundheitlichen Risiken – Psychologische und soziale Einflussfaktoren*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52, S. 1141–1146.
- Maybaum, T. (2018). *Spanische Grippe: Ein Virus – Millionen Tote*. Deutsches Ärzteblatt: Medizin studieren, 1/2018, S. 36. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=197155> (12.10.2021).
- Neuner, R. (2016). *Psychische Gesundheit bei der Arbeit – Betriebliches Gesundheitsmanagement und Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Petzold, M. B./Ströhle, A./Plag, J. (2020). *COVID-19-Pandemie: Psychische Belastungen können reduziert werden*. Deutsches Ärzteblatt, 117 (13), S. 156–159. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/213520/COVID-19-Pandemie-Psychische-Belastungen-koennen-reduziert-werden> (12.10.2021).
- Rasch, D./Dewitt, T./Eschenbeck, H. (2017). *Stress im Krankenhaus*. Prävention und Gesundheitsförderung, 12 (4), S. 285–293.

- RKI – Robert Koch-Institut (2021a). *Häufig gestellte Fragen und Antworten zur Grippe*. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Influenza/FAQ_Liste.html (15.11.2021).
- RKI – Robert Koch-Institut (2021b). *Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen*. V.23, 30.09.2021. https://www.rki.de/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile (15.11.2021).
- RKI – Robert Koch-Institut (2020a). *COVID-19: Grundlagen für die Risikoeinschätzung des RKI*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung_Grundlage.html (21.06.2020).
- RKI – Robert Koch-Institut (2020b). *COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit – Fallzahlen in Deutschland*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html (18.06.2020).
- RKI – Robert Koch-Institut (2020c). *Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-30-de.pdf?__blob=publicationFile (15.11.2021).
- RKI – Robert Koch-Institut (2020d). *Monatsbericht der Corona-KiTa-Studie*. Deutsches Jugendinstitut, Ausgabe 1/2020. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/KiTaStudie_Mai.pdf?__blob=publicationFile (15.06.2020).
- RKI – Robert Koch-Institut (2020e). *Prävention*. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Praevention/Praevention_node.html (15.11.2021).
- RKI – Robert Koch-Institut (2018). *Ausbrüche von Infektionskrankheiten*. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Ausbrueche/Ausbrueche_node.html (13.11.2021).
- Rothan, H. A./Byraredddy, S. N. (2020). *The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak*. *Journal of Autoimmunity*, 109. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896841120300469> (12.10.2021).
- Satow, L. (2012). *Stress- und Coping-Inventar (SCI) Dr. Satow*. <https://www.dr.satow.de/tests/stress-und-coping-inventar/> (12.10.2021).
- Ver.di Gesundheit und Soziales (2018). *Pflegekräfte gestresster als andere*. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/+co+327bf5de-b29f-11e8-8d7b-525400f67940> (12.10.2021).
- Vincenz Network GmbH (2020). *Spahn kündigt Entlastungen und Hilfe für Pflegebranche an*. *Altenpflege. Vorsprung durch Wissen*, 19.03.2020. <http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Spahn-kuendigt-Entlastungen-und-Hilfe-fuer-Pflegebranche-an> (12.10.2021).
- WHO – World Health Organization (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Reprt – 51*. 11.03.2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-COVID-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10 (15.11.2021).

7

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Wohlbefinden von Pflegebedürftigen der Gemeinde Klingenberg in Abhängigkeit vom Kohärenzgefühl

MARLEN SÄMANN

Ausgehend von dem Konzept der Salutogenese untersucht die vorliegende Querschnittsstudie die pandemiebedingten Einschränkungen durch das Coronavirus und deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden ambulant versorgter Pflegebedürftiger in der Gemeinde Klingenberg, einer ländlich geprägten Region Sachsens. Die Datenerhebung mittels Fragebogen fand während des Lockdowns von Dezember 2020 bis Januar 2021 statt. In dieser Zeit herrschten strikte Kontaktbeschränkungen und Ausgangssperren in ganz Deutschland.

Im Ergebnis besteht ein Zusammenhang zwischen den pandemiebedingten Einschränkungen und dem individuellen Belastungsempfinden, der Infektionsangst und dem Einsamkeitsgefühl. Ein Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Kohärenzgefühl konnte ebenfalls nachgewiesen werden. Über die Hälfte der Befragten gaben zudem an, sich aufgrund der pandemischen Lage einsamer zu fühlen. Aus diesem Grund ist es wichtig, niedrighschwellige Angebote zur Bekämpfung der Einsamkeit pflegebedürftiger Menschen zu etablieren und digitale Möglichkeiten (wie z. B. Videotelefonie mittels Smartphone und Tablet) einzusetzen. Das setzt allerdings ein hohes Maß an Schulungen für die untersuchte Zielgruppe voraus.

7.1 Soziale Beziehungen im Alter und Einsamkeit

Fühlen sich Personen sozial integriert, hat dies einen positiven Einfluss auf ihre subjektive Gesundheit und senkt deren Depressionsrisiko (vgl. Bøen/Dalgard et al., 2012, S. 2; Hübner, 2017). Algilani et al. (2014) konnten in ihrer Scoping-Analyse Faktoren ermitteln, die zu einer hohen Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden im Alter beitragen. Das Vorhandensein so-

zialer Netzwerke hat demzufolge einen starken Einfluss auf die psychische Gesundheit (vgl. Algilani et al., 2014).

Oppikofer et al. (2010) wiesen in ihrer Studie die positiven Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden und damit auf die Lebensqualität kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen nach. Sie stellten fest, dass organisierte Besuche bei kognitiv eingeschränkten Menschen einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität leisten und für die Zielgruppe als sehr wohltuend empfunden wurden. Je weniger soziale Kontakte die Senioren vor den organisierten Besuchen hatten, desto stärker stieg das subjektive Wohlbefinden (vgl. Oppikofer et al., 2010, S. 315).

Durch die intensive Forschung der letzten Jahre konnte belegt werden, dass die Größe des sozialen Netzwerks mit zunehmendem Alter abnimmt. Die mittlere Netzwerkgröße bei Senioren, die sich selbstständig versorgen können, liegt bei 15 Personen. Werden diese Personen jedoch institutionell versorgt, verringert sich deren Netzwerkgröße auf neun Personen. Das liegt vordergründig an dem Tod wichtiger Netzwerkpersonen, funktionalen Einschränkungen oder auch an einer Pflegebedürftigkeit. Die Abnahme der Netzwerkgröße ab 65 Jahren beträgt etwa eine Person pro Dekade (vgl. Müller/Ellwardt, 2020, S. 229). Bei genauerer Betrachtung, welche Netzwerkpersonen kommen und gehen, kann konstatiert werden, dass im hohen Alter vorrangig entfernte Netzwerkpersonen, wie Nachbarn, wegfallen, wohingegen persönlich nahestehende Personen, wie die eigenen Kinder, verfügbar bleiben (vgl. Winter-von Lersner, 2006, S. 21). Aus diesem Grund ist die Schlussfolgerung, abnehmende Sozialkontakte lediglich als Verlust und Gefahr zu beschreiben, nicht korrekt.

Der für Ältere durchaus sinnvolle Rückzug aus losen Kontakten, wie weitläufige Bekanntschaften oder entfernte Nachbarn, sollte nicht als globaler Rückzug fehlinterpretiert werden (vgl. Lang, 2000, S. 395). Vielmehr entscheiden ältere Menschen auch selbst, mit wem sie eine Beziehung eingehen, welche Sozialkontakte aufrechterhalten werden und welche sich ausschleichen (vgl. Kamin, 2020, S. 4).

Die Bedeutung der sozialen Kontakte nimmt insgesamt im Alter kaum ab. Ältere Menschen hoffen mit Blick auf die Zukunft, dass neben körperlicher Gesundheit vor allem die soziale Teilhabe gesichert ist (vgl. Stracke-

Mertes, 1994). Von den 80- bis 85-Jährigen sagen 70 %, dass sie gern unter Mitmenschen sind. Nur 26 % der Menschen dieser Altersgruppe sind der Meinung, nicht mehr so viele soziale Kontakte zu benötigen (vgl. Generali Deutschland AG, 2017, S. 124).

Einsamkeit wird als ein Zustand des Verlassenseins, des Kontaktmangels oder -verlustes verstanden, welcher für Betroffene als sehr unangenehm empfunden wird. Dieser Zustand liegt vor, wenn das soziale Netzwerk in Größe und Qualität von den eigenen Wünschen abweicht (vgl. Victor et al., 2009, S. 34).

Aus dieser Erkenntnis wird erneut die subjektive Komponente des Erlebens und Bewertens der sozialen Kontakte deutlich. Einsamkeit und soziale Isolation wirken sich direkt negativ auf das subjektive Wohlbefinden aus und sind nachweislich krankmachend (vgl. Steptoe et al., 2013; Tesch-Römer et al., 2013).

Winningham und Pike (2007) stellten in diesem Zusammenhang fest, dass ein zu geringes Ausmaß an sozialer Unterstützung zu einem erhöhten Depressionsrisiko führt, während regelmäßige zwischenmenschliche Interaktion kognitiv anregend wirkt (vgl. Winningham/Pike, 2007, S. 720). Drageset fand heraus, dass häufiger Kontakt zu Freunden und Freundinnen, eigenen Kindern und Nachbarn das Einsamkeitsrisiko bei älteren Menschen senkt (vgl. Drageset, 2004).

In der Generali Altersstudie (2017) gaben 36 % der 80- bis 85-Jährigen an, sich manchmal oder auch häufig einsam zu fühlen. Noch stärker sind laut jener Studie verwitwete Menschen oder solche mit schlechtem Gesundheitszustand betroffen (vgl. Generali Deutschland AG, 2017, S. 124).

Werden die genannten Ergebnisse auf die COVID-19-Pandemie und die daraus resultierenden gesellschaftlichen und individuellen Einschränkungen bezogen, stehen insbesondere Kontaktbeschränkungen und *Social Distancing* in engem Zusammenhang mit einem Risiko der Vereinsamung.

7.2 Die Wirkung der COVID-19-Pandemie auf ältere Menschen

Die weitreichenden pandemiebedingten Einschränkungen des gesellschaftlichen Lebens wirken in vielfacher Weise auf Menschen aller Altersgruppen. Zahlreiche aktuelle Untersuchungen und Studien beleuchten u. a. die Situation für ältere und pflegebedürftige Menschen in unterschiedlichen Settings.

Es liegen Ergebnisse einer Befragung im Rahmen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) vor, welcher im Juni und Juli des Jahres 2020 durchgeführt wurde. Im Zentrum der Erhebung standen die Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche durch die COVID-19-Pandemie bei Menschen von 46 bis 90 Jahren. Die Befragten wurden um Auskunft darüber gebeten, wie sie die Situation wahrnahmen und welche Auswirkungen auf das Wohlbefinden spürbar waren. Im Sommer 2020, also in einer Zeit, in der kaum Einschränkungen bestanden und die Inzidenzen überaus niedrig waren, gaben den Ergebnissen zufolge lediglich 9 % der Befragten an, sich durch die Coronakrise stärker bedroht zu fühlen, während 42 % eine mittlere Bedrohung verspürten. Die befragten Personen mit einem geringen Gesundheitszustand hatten insgesamt ein höheres Bedrohungserleben. Auch das Wohlbefinden dieser Teilnehmer/-innen war niedriger. Die Forscher/-innen konstatierten jedoch, dass die überwiegende Zahl der Menschen in der zweiten Lebenshälfte mit der Krise gut umgehen könne und sich nicht übermäßig stark belastet fühle (vgl. Wettstein et al., 2020a, S. 3).

Röhr et al. (2020) untersuchten in ihrer repräsentativen Studie, wie ältere Menschen den ersten Lockdown der COVID-19-Pandemie im März 2020 erlebten. Die Ergebnisse deuten auf eine stabile psychosoziale Gesundheit älterer Menschen in Deutschland hin. Die Forscher/-innen wiesen nach, dass eine große Akzeptanz und Resilienz gegenüber der herausfordernden pandemischen Situation herrschen (vgl. Röhr et al., 2020, S. 9). In Hinblick auf die salutogenetische Betrachtungsweise (vgl. Kap. 7.3), welche sich mit der Frage befasst, wie Menschen trotz widriger Umstände gesund bleiben können und ihr Leben als sinnhaft, verstehbar und hand-

habbar begreifen, sind die Ergebnisse von gesteigertem Interesse (vgl. Bengel et al., 2006, S. 24).

Krendl und Perry (2020) führten im April und Mai 2020 Telefoninterviews mit älteren Menschen in den Vereinigten Staaten von Amerika durch, um die Auswirkungen der Schutzmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie auf das subjektive Wohlbefinden Älterer zu erforschen. Im Ergebnis berichteten die Senioren von einer erhöhten depressiven Stimmung und einer größeren Einsamkeit nach Ausbruch der Pandemie (vgl. Krendl/Perry, 2020, S. 3). Auch Seifert und Hassler (2020) untersuchten die Auswirkungen der Pandemie auf Einsamkeit bei Älteren und konnten aufzeigen, dass bei Frauen, Personen mit niedrigerem Einkommen, alleinlebenden Personen und Menschen, die unzufrieden mit ihrem persönlichen Sozialnetzwerk sind, das subjektive Einsamkeitsempfinden stärker ausgeprägt ist (vgl. Seifert/Hassler, 2020, S. 1).

Horn und Schweppe (2020a) führten im September und Oktober 2020 eine bundesweite Telefonumfrage bei über 75-Jährigen durch. Den Kern der Untersuchung bildeten Fragen zum Risikoempfinden, eigenen Maßnahmen zum Schutz vor einer Infektion, den Auswirkungen der Pandemie auf die eigene Lebenssituation, Unterstützungsbedarfe im Alltag sowie Ängsten und Sorgen. Hauptergebnisse der Studie sind, dass über 60 % der Senioren die Kontaktbeschränkungen ernst nehmen und öffentliche Orte meiden. Etwa die Hälfte der Befragten verzichtet auf private Feiern. 41 % der Befragten äußern, ihren Freizeitaktivitäten häufig oder hin und wieder nicht nachgehen zu können. Die Mehrheit gibt weiter an, keine großen oder sehr großen Sorgen bezüglich einer Infektion zu haben, obwohl sie wissen, dass das Alter ein Risikofaktor für schwere Verläufe ist. Ein weiterer relevanter Befund ist, dass psychosoziale und soziale Folgen der COVID-19-Pandemie deutlicher erlebt werden als Auswirkungen auf die physische Gesundheit. Knapp 25 % der Teilnehmer/-innen äußern, dass sie sich seit Beginn der Pandemie häufig oder hin und wieder deprimiert fühlten. Der Mehrheit fehlen der Austausch und Kontakt mit anderen Menschen (vgl. Horn/Schweppe, 2020a, S. 13).

Eine weitere Untersuchung von Horn und Schweppe (2020b) zeigt vielfältige Folgen der COVID-19-Pandemie im Rahmen der häuslichen Pflege

aus Sicht pflegender Angehöriger auf. Hier berichten über 50 % der Pflegenden, dass sie die Pflege belastender empfinden als vor der Pandemie. Mehr als zwei Drittel der pflegenden Angehörigen beobachteten, dass Einsamkeit oder depressive Verstimmungen bei den Pflegebedürftigen zugenommen haben (vgl. Horn/Schweppe, 2020b, S. 12). Eine kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen ist wichtig, da hier die Antworten der Angehörigen im Fokus stehen und sich deutlich von der Perspektive der zu pflegenden Personen unterscheiden können.

Wolf-Ostermann et al. (2020) wiesen in ihrer Untersuchung darauf hin, dass für ambulant versorgte Pflegebedürftige die Lage höchst besorgniserregend sei. Auch in den Pflegediensten sind die Infektionszahlen mit dem Coronavirus hoch und Mitarbeiter/-innen fallen öfter krankheitsbedingt aus. Daraus resultiert eine Kürzung der Betreuungszeiten, um die Behandlungspflegerische Leistungserbringung sicherzustellen. Für die Pflegebedürftigen bedeutet dies jedoch auch weniger sozialen Austausch und kognitive Aktivierung. Für demenziell Erkrankte bricht in diesem Kontext ein wichtiger Baustein der Versorgung weg und auch weniger kognitiv beeinträchtigte Pflegebedürftige leiden unter der Kontaktreduzierung. Die Autoren und Autorinnen stellen zudem fest, dass notwendige Schutzmaßnahmen, wie etwa die verringerte Inanspruchnahme von Leistungen, die Kontaktreduktion und *Social Distancing*, gerade in der ambulanten Pflege zu prekären Versorgungssituationen führen können. Für den Erhebungsmonat Mai 2020 konnte die Studie bereits belegen, dass ambulante Pflegeeinrichtungen massiv von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betroffen waren. In der zweiten Infektionswelle, die deutlich höhere Inzidenzen aufwies, ist davon auszugehen, dass sich die Lage zugespitzt hatte (vgl. Wolf-Ostermann et al., 2020, S. 286).

Zusammenfassend zeigen die ersten Forschungsergebnisse zum Thema Alter, Gesundheit und Einsamkeit bezüglich der COVID-19-Pandemie, dass

- ältere Menschen nicht per se zunehmend unter Sorgen und Ängsten leiden.

- Personen mit einem herabgesetzten Gesundheitszustand sorgenvoller sind.
- das Wohlbefinden der Menschen mit dem Belastungsempfinden korreliert.
- die sozialen Kontaktbeschränkungen das Einsamkeitsempfinden erhöhen.
- pflegende Angehörige und beruflich Pflegende sich um die Pflegebedürftigen sorgen und ein erhöhtes Belastungsempfinden bei ihnen wahrnehmen.
- der Leistungseinbruch im ambulanten Bereich (beispielsweise durch den Wegfall von Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen) die Versorgung der Pflegebedürftigen destabilisieren oder gefährden kann.

7.3 Salutogenese im Alter

Das Wort Salutogenese setzt sich zusammen aus dem lateinischen *Salus*, was Unverletzlichkeit, Heil oder Glück bedeutet, und dem griechischen *Genese*, übersetzt Entstehung. Das Konzept der Salutogenese umfasst das **Kohärenzgefühl** (engl. sense of coherence, SOC), das **Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**, die **Stressoren** und **generalisierte Widerstandsressourcen**, welche miteinander in Wechselwirkung stehen. Im Folgenden werden sie anhand des Modells von Antonovsky dargestellt.

Das **Kohärenzgefühl** als Herzstück des Konzepts ist kein Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine gewichtige Lebensorientierung, und umfasst die Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Das Gefühl der *Verstehbarkeit* ist ein kognitives Verarbeitungsmuster, in dem der Mensch äußere und innere Umweltreize als sinnhaft wahrnimmt und versteht. Personen mit einem stark ausgeprägten Maß an Verstehbarkeit nehmen Umweltreize geordnet, konsistent und strukturiert wahr (vgl. Antonovsky/Franke, 1997, S. 34). *Handhabbarkeit* kann als kognitiv-emotionale Überzeugung, dass Schwierigkeiten lösbar sind, beschrieben werden. Menschen mit einem hohen Maß an Handhabbarkeit sind in der

Lage, die ihnen zur Verfügung stehenden internen und externen Ressourcen zu mobilisieren und zu nutzen (vgl. Antonovsky/Franke, 1997, S. 35). Das Gefühl der *Bedeutsamkeit* bezeichnen Antonovsky und Franke als die Fähigkeit, das Leben als sinnvoll wahrzunehmen und Probleme als lösbare Herausforderungen anzusehen. Engagement, Ausdauer und Tatkraft sind dafür entscheidende persönliche Kompetenzen (vgl. Antonovsky/Franke, 1997, S. 36).

Die Greifswalder Altersstudie konnte eindrucksvoll belegen, dass das Kohärenzgefühl stärker mit der psychischen als mit der körperlichen Gesundheit korreliert (vgl. Wiesmann, 2006, S. 98). Schneider et al. (2006) konstatieren, dass trotz einer Zunahme der körperlichen Einschränkungen das subjektive Wohlbefinden konstant war. Das subjektive Wohlbefinden wurde kaum durch „objektive“ Bedingungen des Alterns und der Funktionsstörung beeinflusst, sondern signifikant durch die subjektive Bewertung der gegenwärtigen Situation sowie das Gefühl der Kohärenz geprägt (vgl. Schneider et al., 2006, S. 855).

Antonovsky entwickelte das **Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**, nachdem er die scharfe Trennung zwischen Gesundheit und Krankheit im Modell der Pathogenese kritisierte. Dabei handelt es sich um ein Kontinuum mit zwei Polen: Gesundheit (körperliches Wohlbefinden) und Krankheit (körperliches Missempfinden). Weder vollkommene Gesundheit noch totale Krankheit sind erreichbare Zustände. Aus diesem Grund stellt sich nicht die Frage, wie gesund oder krank ein Mensch ist, sondern an welcher Stelle des Kontinuums er sich befindet (vgl. Bengel et al., 2006, S. 32).

Stressoren sind Antonovsky zufolge „Herausforderungen, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt“ (Antonovsky/Franke, 1997, S. 43). Zum einen können Stressoren dem Menschen schaden, sie können jedoch zum anderen auch für die persönliche Weiterentwicklung sehr hilfreich sein (vgl. Wiesmann/Rölker et al., 2004, S. 370). Da der Mensch in der Lage ist, sich selbst zu regulieren, ist er Konflikten und stressauslösenden Faktoren nicht hilflos ausgeliefert. Stressoren sind im Leben allgegenwärtig, sie sind unvermeidbar und wirken immer wieder auf den Organismus ein. Auf diesen auslösenden Faktor re-

agiert der Mensch mit einem Spannungszustand. Dieser kann unterschiedliche Wirkungen haben – pathologisch, neutral oder heilsam. Menschen, die Stress gut bewältigen können, sind in der Lage, ein hohes Gesundheitsniveau zu bewahren (vgl. Wiesmann/Rölker et al., 2004, S. 370).

Generalisierte Widerstandsressourcen stehen in engem Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl, da sie es stärken, indem sie Lebenserfahrungen prägen und bedeutsame und kohärente Lebenserfahrungen ermöglichen (vgl. Bengel et al., 2006, S. 34).

7.4 Methodisches Vorgehen

Um die Forschungsfrage, wie sich die subjektiv wahrgenommenen Einschränkungen der COVID-19-Pandemie auf das Wohlbefinden in Abhängigkeit vom Kohärenzgefühl bei pflegebedürftigen Menschen in der Gemeinde Klingenberg auswirken, zu beantworten, wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt. Dieser bestand aus den folgenden Teilen:

- 1. Teil: Soziodemografische Daten (Alter gruppiert, Geschlecht, Pflegegrad, Wohnsituation)
- 2. Teil: Einschränkungen durch das Coronavirus (Zustimmungsgrad zu körperlichen, sozialen und kulturellen Einschränkungen; coronabezogene Aussagen zur Belastungssituation, der Infektionsangst und dem Einsamkeitsempfinden)
- 3. Teil: WHO-5-Index (international anerkannt; fünf Items, die der Erfassung der positiven Aspekte des psychischen Wohlbefindens dienen; erfüllt die wissenschaftlichen Gütekriterien)
- 4. Teil: SOC-L9 (Sense-of-Coherence-Scale – Leipziger Kurzform (SOC-L9); neun Items mit einer siebenstufigen Likertskala; erfüllt die wissenschaftlichen Gütekriterien)

Die Befragung fand ausschließlich in Klingenberg (Sachsen) statt. Die Gemeinde Klingenberg umfasst elf Ortschaften mit insgesamt 6.781 Einwohnern (Stand: 01.01.2020) (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen, 2020). Diese Orte sind Bestandteil des Landkreises Sächsische Schweiz-Osterzgebirge. Es handelt sich um eine Gegend, welche von den demografischen Wand-

lungsprozessen betroffen ist. Überalterung und Schrumpfung kleiner und mittlerer Gemeinden zeichnen den Demografietyt 3 aus, zu welchem Klingenberg gehört. Insgesamt 501 Kommunen in der Bundesrepublik zählen zu diesem Typus. Die meisten deutschen Kommunen entsprechen dem Demografietyt 3, sodass die Erhebung in Klingenberg eine große Anzahl von Gemeinden Deutschlands widerspiegelt (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2020, S. 5 ff.).

Die 7-Tage-Inzidenz mit dem Coronavirus stieg im Zeitraum des 16. bis 20. Dezember 2020 auf über 610 Fälle pro 100.000 Einwohner. In dieser Zeit war der Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge zeitweise der am zweitstärksten betroffene Kreis in ganz Deutschland (vgl. RKI, 2020). An 21 Tagen des Monats war der Landkreis immer unter den fünf meistbetroffenen Kreisen Deutschlands, wie die Auswertung der täglichen Lageberichte des RKI belegen. Das Bundesland Sachsen war während des gesamten Monats das Land mit der höchsten Ansteckungsrate und Infektionszahl innerhalb der Bundesrepublik (vgl. RKI, 2020). Demnach war der Landkreis während des Befragungszeitraums ein Hotspot der Coronavirus-Inzidenz, weswegen die Ergebnisse von besonderem Interesse sind und zusätzlich für die Wahl des Erhebungsortes sprechen.

Um die Untersuchungseinheit festzulegen, wurde folgendes Vorgehen gewählt: Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt hat in enger Zusammenarbeit mit den Pflegekassen sowie den sächsischen Kommunen, Gemeinden und Landkreisen eine Informationsplattform rund um das Thema Pflege entwickelt. Diese landesweite Pflegedatenbank (www.pflegenetz.sachsen.de) listet alle Ansprechpartner und Unterstützungsangebote vor Ort auf. Die Recherche in der Online-Suchmaske ergab, dass in der Gemeinde Klingenberg zwei ambulante Pflegedienste ihren Sitz haben.

Da bekannt ist, dass ambulante Pflegedienste über Gemeindegrenzen hinweg Klienten und Klientinnen anfahren, wurden die ansässigen Dienstleister gefragt, welche weiteren Versorger in dem untersuchten Gemeindebereich tätig sind. Im Ergebnis wurden drei weitere Pflegedienste in die Erhebung einbezogen, die im Gemeindebereich Pflegebedürftige versorgen. Die Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen in Klingenberg, die von

einem Pflegedienst angefahren werden, beträgt demnach 204 Personen. Es wurde mit einer Rücklaufquote von 40 % gerechnet, demzufolge wurde ein Rücklauf von 82 Fragebögen angenommen (N geplant = 82). Die gedruckten Fragebögen wurden mit Rückumschlag und Sammelbox ab dem 28. Dezember 2020 den Pflegediensten ausgehändigt. Die Befragung fand dann im Zeitraum des Lockdowns, vom 28. Dezember 2020 bis 25. Januar 2021 statt, als noch zahlreiche Einschränkungen der COVID-19-Pandemie in Kraft waren. Der Rücklauf der Fragebögen sollte bis 31. Januar 2021 gewährleistet werden.

Der eigentlichen Untersuchung wurden zwei Pretests vorangestellt. Der Fragebogen wurde an fünf Testpersonen in der Gemeinde Klingenberg ausgegeben und erprobt. Die Testpersonen sollten ermitteln, für wie nachvollziehbar sie die gestellten Fragen halten und ob für sie alle relevanten Kriterien erfragt werden. Im Ergebnis der Pretests wurde die Skala bei den Fragen zu den Einschränkungen durch das Coronavirus verändert und auf eine Smiley-Analogskala verzichtet, da sie für Unsicherheit sorgte.

7.5 Ergebnisse

Der Rücklauf der Fragebögen betrug exakt 40 % (entspricht einer Gesamtheit von 82 auszuwertenden Bögen).

In der Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen befanden sich elf Personen. Dies entspricht einem Anteil von 13,4 %. 17 Personen (20,7 %) befanden sich in der Gruppe der 71- bis 80-Jährigen. 43 Teilnehmer/-innen (52,4 %) gaben an, zwischen 81 und 90 Jahre alt zu sein. 11 Personen (13,4 %) waren älter als 91 Jahre. Verglichen mit den Anteilen im bundesdeutschen Schnitt lässt sich feststellen, dass die Population häuslich versorgter Pflegebedürftiger nahezu deckungsgleich ist (vgl. BMG, 2020). Auffallend ist jedoch, dass ein höherer Anteil der Befragten der Gemeinde zwischen 81 bis 90 Jahre alt ist.

An der Befragung nahmen 54 Frauen und 28 Männer teil. Das entspricht einem Frauenanteil von 65,9 %. In Deutschland sind 66,6 % der Pflegebedürftigen weiblich, die daheim leben und durch Angehörige sowie einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden (vgl. Destatis, 2021). Somit be-

steht eine Übereinstimmung zwischen der Stichprobe und dem deutschlandweiten Frauenanteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger.

Mit Blick auf die Pflegegradverteilung der Stichprobe wird deutlich, dass sich der überwiegende Teil, nämlich 35 Personen, in Pflegegrad 2 befindet. Sechs Personen werden Pflegegrad 1 zugeordnet und drei Personen Pflegegrad 5. In Pflegegrad 3 sind 25, in Pflegegrad 4 sind 13 Personen verortet. Die Stichprobe spiegelt auch in dieser Kategorie den bundesdeutschen Schnitt wider. Die größte Differenz bestand mit 4,1 % in Pflegegrad 4 (vgl. Destatis, 2021).

Im Folgenden gibt Abbildung 7.1 einen Überblick über die pandemiebedingten Einschränkungen der Befragten.

Pandemiebedingte Einschränkungen

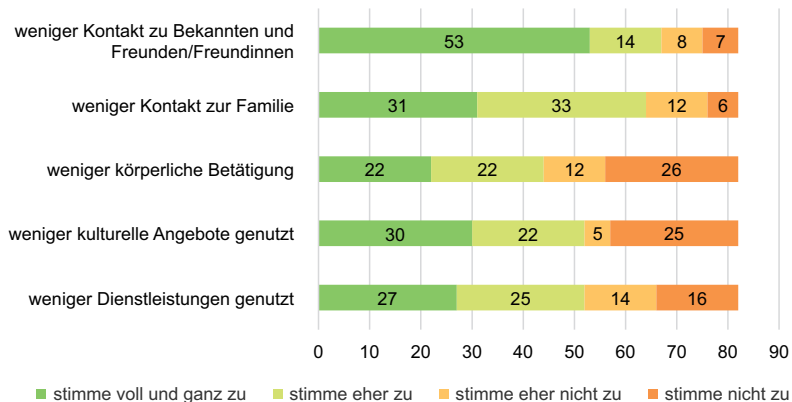


Abb. 7.1: Pandemiebedingte Einschränkungen, absolut (N = 82)

Der Aussage „Die Situation durch die COVID-19-Pandemie belastet mich.“ stimmen 33 Personen (40,2 %) absolut und 19 Personen (23,2 %) eher zu. 17 befragte Personen (20,7 %) haben eher Sorgen, sich mit dem Virus zu infizieren, und 38 Pflegebedürftige (46,3 %) stimmen der Aussage „Ich bin besorgt, mich mit dem Coronavirus zu infizieren.“ absolut zu. Es stimmen darüber hinaus 56,1 % voll beziehungsweise überwiegend zu, sich seit der Pandemie einsamer zu fühlen.

Für die Berechnung der Gesamteinschränkungen wurden die Einzelitems summiert und anschließend wieder in vier gleich große Gruppen aufgeteilt. Im Ergebnis korrelieren die pandemiebedingten Belastungen am stärksten mit dem Einsamkeitsgefühl (Korrelation nach Spearman 0,627; $p < 0,01$). Pflegebedürftige, die hohe Zustimmungswerte bei den pandemiebedingten Einschränkungen angaben, sind gleichzeitig auch einsamer. Der Zusammenhang ist mittelstark einzustufen. Des Weiteren besteht ein mittelstarker Zusammenhang zwischen den Einschränkungen und dem Belastungsempfinden. Der geringste Zusammenhang besteht dabei in der Angst vor einer Infektion und den Beschränkungen. Anhand der statistischen Auswertung wird weiterhin deutlich, dass die gebündelten Einschränkungen lediglich negativ mit dem Pflegegrad korrelieren. Je höher der Pflegegrad einer Person, desto niedriger werden die pandemiebedingten Einschränkungen angegeben ($p < 0,05$). Der Zusammenhang ist mit 0,229 als schwach einzustufen. Darüber hinaus korreliert der Pflegegrad negativ mit dem WHO-Summscore auf dem Niveau $p = 0,01$. Es besteht eine schwache Korrelation mit -0,282. Eine zurückhaltende Aussage ist demnach, dass Pflegebedürftige mit höheren Pflegegraden einen niedrigeren Wohlbefinden-Score aufweisen.

Bei der Beantwortung der Fragen zum Wohlbefinden konnten die Teilnehmer/-innen zwischen null (zu keinem Zeitpunkt) und fünf (die ganze Zeit) angeben, wie sie sich innerhalb der letzten zwei Wochen fühlten. Der WHO-Summscore ergibt sich aus der Summierung der Einzelitems. Werte kleiner gleich 13 gelten dabei insofern als auffallend, als die Person dann als depressionsgefährdet eingestuft wird und eine nähere Diagnostik erhalten sollte.

In der Stichprobe der Pflegebedürftigen reihen sich wichtige Kennwerte im Bereich der Kennzahl 12 ein. Der Summscore-Mittelwert der 82 Befragten beträgt 11,79, Median und Modus liegen bei 12,0 und die Standardabweichung bei 5,7. Die Spannweite beträgt 23, denn das Minimum liegt bei null und das Maximum bei 23. Brähler et al. (2007) ermittelten Normwerte für den deutschsprachigen WHO-5-Wohlbefinden-Index. In der Gruppe der über 61-Jährigen lag der Mittelwert bei 16,70 (Standardabweichung: 5,7). Die Teilnehmer/-innen der vorliegenden Erhebung liegen

somit 4,91 Punkte unter dem Normwert des Wohlbefinden-Indexes (vgl. Brähler et al., 2007, S. 88). Dies entspricht einem Anteil von 29,4 %.

49 Teilnehmer/-innen (59,8 %) haben klinisch auffällige WHO-5-Summenwerte in Bezug auf eine depressive Erkrankung erreicht, wohingegen 33 Personen (40,2 %) Werte über 13 erzielen. Abbildung 7.2 zeigt das Antwortverhalten der Teilnehmenden bei dem WHO-5-Index.

In den letzten zwei Wochen ...

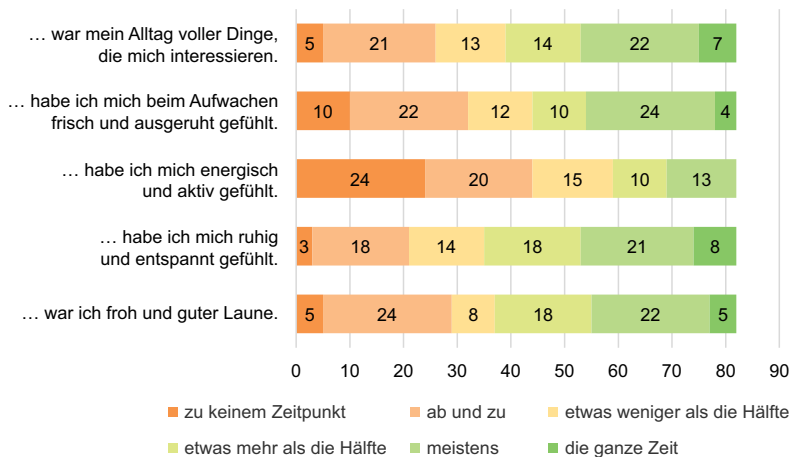


Abb. 7.2: Angaben zum Wohlbefinden, absolut (N = 82)

Der SOC-Score ergibt sich durch Summierung der neun Einzelitems. Ein Summenwert von 63 ist das Maximum, welcher von einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin erreicht werden kann, das Minimum beträgt 7. In der Stichprobe der Pflegebedürftigen beträgt das Minimum 24 und das Maximum 63. Der Mittelwert liegt bei 44,17, die Standardabweichung bei 9,48, der Median beträgt 43. Der häufigste errechnete Wert liegt bei 38. In der Literatur sind die Referenzwerte für die Ausprägung des Kohärenzgefühls für Personen über 60 Jahren wie folgt angegeben: Der Skalennittelwert beträgt 45,80. Die Standardabweichung liegt bei 9,40 (vgl. Schumacher et al., 2000, S. 479). Zusammenfassend entspricht das Kohärenzgefühl der Pflegebedürftigen in etwa dem bundesdeutschem Referenzwert für Personen über 60 Jahre nach Schumacher et al. (2000).

Das Wohlbefinden steht in einem messbaren Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl (Pearson, einseitige Signifikanz bei 0,552; $p < 0,05$). Das in Abbildung 7.3 dargelegte Histogramm gibt eine Übersicht über den Zusammenhang des Wohlbefindens mit dem Kohärenzgefühl.

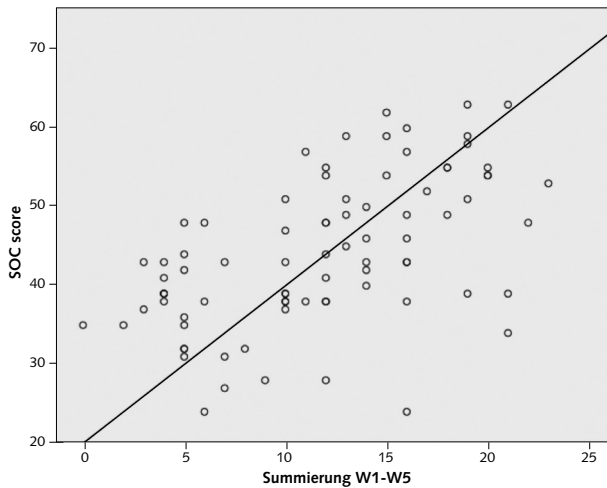


Abb. 7.3: Histogramm SOC und WHO-Summscore (N = 82)

Mithilfe der mehrfaktoriellen Varianzanalyse wurde anschließend getestet, ob sich die Mittelwerte des Wohlbefindens bei geringen oder hohen Pandemieeinschränkungen sowie einem schwachen, mittleren oder starken Kohärenzgefühl voneinander unterscheiden. Die Abbildung 7.4 stellt die Ergebnisse in einem Liniendiagramm grafisch dar und vermittelt einen ersten Eindruck darüber.

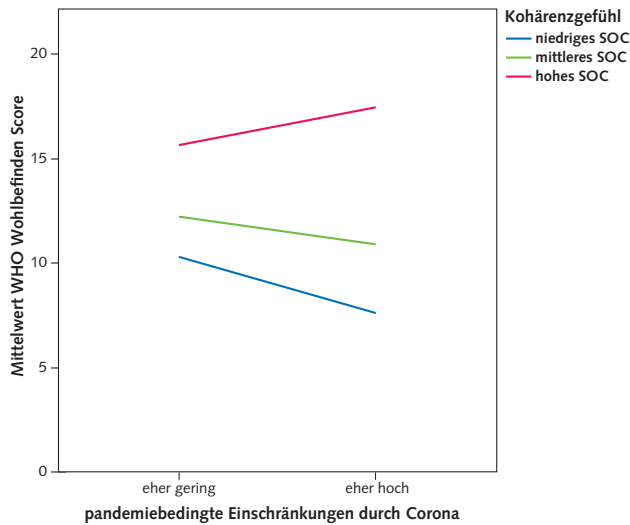


Abb. 7.4: Einfluss der pandemiebedingten Einschränkungen auf Wohlbefinden unter Berücksichtigung SOC (N = 82)

Anhand des Liniendiagramms wird deutlich, dass das Wohlbefinden niedriger ist, wenn das Kohärenzgefühl schwächer ausgeprägt ist. Das Wohlbefinden ist in der Gruppe am höchsten, in der ebenfalls das Kohärenzgefühl am höchsten ist. Das Wohlbefinden fällt hingegen niedriger aus, wenn eher hohe pandemiebedingte Einschränkungen angegeben werden. Dieser Effekt ist am stärksten ausgeprägt, wenn das Kohärenzgefühl schwach ist. Auch bei mittlerem Kohärenzgefühl ist diese Tendenz sichtbar. Das Wohlbefinden sinkt mit steigenden pandemiebedingten Einschränkungen. In der dritten Gruppe, also den Pflegebedürftigen mit einem starken Kohärenzgefühl, zeigt sich hingegen, dass steigende Einschränkungen das Wohlbefinden nicht verschlechtern können, im Gegenteil, das Wohlbefinden steigt sogar geringfügig. Die daraufhin durchgeführte mehrfaktorielle Varianzanalyse zeigt kein signifikantes Ergebnis für das gesamte Modell. Der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianz ist mit einem Wert von 0,343 nicht signifikant.

7.6 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden mit kritischem Blick die Stärken und Schwächen der Untersuchung bewertet. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die Untersuchungseinheit, die Messinstrumente und die Durchführung der Erhebung gelegt.

7.6.1 Diskussion und Limitation der Methode

Um die Senioren zu erreichen, wurde der Zugang über die Mitarbeiter/-innen der Pflegedienste gewählt. Die Pflegekräfte verteilten in ihrer Versorgungstour die Untersuchungsbögen an alle ihre Klienten und Klientinnen. Dieses Vorgehen birgt allerdings einige Risiken und ist störanfällig. Es setzt ein hohes Vertrauen in die Mitarbeiter/-innen des Pflegedienstes voraus, die Fragebögen nicht nur an alle Pflegebedürftigen auszugeben, sondern auch Sinn und Zweck im direkten Gespräch korrekt zu erläutern. Auf die Frage der Teilnehmer/-innen, was diese Fragebögen bedeuten, muss der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin im Idealfall motivierend und passgenau antworten, um die Bereitschaft zur Mitwirkung zu steigern. Passgenau meint in diesem Kontext, dass die Erklärung des Fragebogens an die individuellen und kognitiven Fähigkeiten des/der Pflegebedürftigen angepasst formuliert sein sollte, um das Interesse zu wecken.

Zur Zeit der Datenerhebung lagen die Inzidenzwerte der letzten sieben Tage weit über 600 Fällen (vgl. RKI, 2020). Auch in zwei Pflegediensten fiel krankheitsbedingt ein nicht unerheblicher Teil der Belegschaft aus, sodass Touren-Zuständige die Austeilung und Einsammlung der Fragebögen nicht gewährleisten konnten und andere Mitarbeiter/-innen dies übernehmen mussten. Wünschenswert wäre hier die Begleitung der Pflegebedürftigen, begonnen beim Austeilen der Fragebögen über eine kurze Erinnerung beziehungsweise Bitte zur Mitarbeit bis hin zum Einsammeln. Dieser Prozess sollte möglichst aus einer Hand organisiert sein, in diesem Fall durch die zuständige Bezugspflegerin. Nichtsdestotrotz birgt der Zugang zur Zielgruppe über den Pflegedienst den Vorteil, dass Teilnehmer/-innen erreicht und spezifiziert wurden, die sonst in Erhebungen schwer zugänglich sind. Zum einen spielt hier der Gesundheitszustand (körper-

lich wie kognitiv) eine große Rolle und zum anderen hat der Pflegedienst einen Vertrauensvorschuss, da die Mitarbeitenden die tägliche Versorgung sichern und den zu Pflegenden bekannt sind.

Die Erhebung fand in einem Zeitraum statt, als die Corona-Inzidenz in der Gemeinde Klingenberg sehr hoch war. Sie kann gerade deshalb, im Kontext der Thesis, als gelungen betrachtet werden. Die Antworten zu den pandemiebedingten Einschränkungen der Pflegebedürftigen geben hier ein aufschlussreiches Bild über deren Situation während des Lockdowns.

Der Fragebogen bestand aus vier Teilen, die klar voneinander durch Zwischenüberschriften abgegrenzt waren (1. soziodemografische Daten, 2. Einschränkungen durch das Coronavirus, 3. WHO-5-Index, 4. SOC-L9). Der zweite Teil umfasste dabei Items zu den pandemiebedingten Einschränkungen. Die Dimensionen wurden bewusst so formuliert, weil sie die geltenden Rechtsnormen in pandemiebedingte Einschränkungen, welche der Pflegebedürftige erlebt, übersetzt. Im Anschluss wurden drei Aussagen formuliert, die nicht direkt als pandemiebedingte Einschränkungen zu betrachten sind, aber von denen angenommen wurde, dass sie im direkten Zusammenhang mit ihnen stehen und so ein detaillierteres Bild der Einschränkungen liefern. Diese Aussagen lauteten:

- „Die Situation durch die COVID-19-Pandemie belastet mich.“
- „Ich bin besorgt, mich mit dem Coronavirus zu infizieren.“
- „Ich fühle mich einsamer, seitdem die Einschränkungen durch Corona bestehen.“

Die Ergebnisse können jedoch eine Unschärfe mit sich bringen, da diese Items direkt nach den Einschränkungen erhoben wurden, das gleiche Layout hatten und damit möglicherweise ein Response-Set ausgelöst haben. Ein weiterer zu beachtender Aspekt, im Kontext dieser Problematik, ist der Halo-Effekt. Das bedeutet, es kann in Teil 2 nicht ausgeschlossen werden, dass die Beurteilung der einzelnen Items von einem Globalurteil (wie z. B. „Die Situation der Pandemie belastet mich sehr.“) abhängig gemacht wurde (vgl. Döring/Bortz, 2016, S. 183). Es wäre in einer nachfolgenden Untersuchung demzufolge wichtig, die Aussagen zum Thema Belastungs-

empfinden, Infektionssorge und Einsamkeitsgefühl an eine andere Stelle zu setzen oder so besser abzugrenzen.

7.6.2 Diskussion und Limitation der Ergebnisse

Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen stimmt zu, seit der Pandemie Einschränkungen im zwischenmenschlichen Bereich, bei körperlicher Betätigung sowie bei der Inanspruchnahme kultureller und dienstleistungsorientierter Angebote zu erfahren. Die Befunde im Bereich der körperlichen Betätigung decken sich mit den Studienergebnissen des Deutschen Zentrums für Altersfragen (2020). Demnach geben 15 % der 76- bis 90-Jährigen an, das Spaziergehen seit der Pandemie eingeschränkt zu haben (vgl. Wettstein et al., 2020b, S. 10). Funktional beeinträchtigte Menschen sagen der Studie zufolge häufiger als funktional nicht beeinträchtigte Menschen aus, ihre körperlichen Aktivitäten seit der Pandemie eingeschränkt zu haben. Die Bedingungen in der Pandemie begünstigen offenbar Bewegungsdefizite (vgl. Wettstein et al., 2020b, S. 20).

Auch das Belastungsempfinden und das Einsamkeitsgefühl der Befragten seit der Pandemie erfahren ähnlich hohe Zustimmungswerte. Wettstein et al. (2020a) konnten anhand der Daten des DEAS ableiten, dass Personen, die sich unabhängig vom Alter weniger gesund fühlen, ein deutlich höheres Bedrohungserleben angeben (vgl. Wettstein et al., 2020a, S. 20). Die Pflegebedürftigen zeichnen sich dadurch aus, dass körperliche Funktionseinbußen und (chronische) Krankheiten vorherrschen, die die Gesundheit beeinträchtigen. Dies könnte vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Alterssurveys ein Grund dafür sein, dass dem Belastungsempfinden und der Angst vor einer Infektion überwiegend zugestimmt wird.

Die überwiegende Anzahl der Befragten gibt hohe Zustimmungswerte bezüglich der pandemiebedingten Einschränkungen, des Belastungsempfindens, der Infektionssorge und des Einsamkeitsgefühls an. Dies führt aber nicht selbstverständlich dazu, dass alte Menschen sich unwohl fühlen müssen. Der Zusammenhang zwischen den Beschränkungen und dem Wohlbefinden existiert zumindest laut der gewonnenen Daten nicht. Befragte Teilnehmer/-innen mit hohem, beziehungsweise niedri-

gem Wohlbefinden unterschieden sich nicht signifikant in Hinblick auf die pandemiebedingten Einschränkungen. Da diese jedoch bei fast allen Pflegebedürftigen spürbar sind und die Befragung zu einer Zeit stattfand, in der die Pandemie bereits über zehn Monate das öffentliche Leben beeinflusste, können die wahrgenommenen Einschränkungen dennoch das Wohlbefinden negativ beeinflusst haben. Für diese Überlegung sprechen auch die Ergebnisse von Wettstein et al. (2020a). Sie konnten nachweisen, dass das Ausmaß, in dem sich Personen von der Coronakrise bedroht fühlen, damit zusammenhängt, wie zufrieden sie mit ihrem Leben sind und ob sie depressive Symptome aufweisen (vgl. Wettstein et al., 2020a, S. 16).

Das Wohlbefinden hängt auch von der motorischen Aktivität der Person ab. In ihrer Mobilität stark eingeschränkte Senioren empfinden ihren Körper als weniger robust, widerstandsfähig, leistungsfähig und fühlen sich körperlich weniger belastbar. Dies steht in direktem Zusammenhang mit der Lebensqualität und dem Wohlbefinden (vgl. Wiesmann/Eisfeld et al., 2004, S. 384). Die befragten Pflegebedürftigen sind zum überwiegenden Teil in ihrer Mobilität eingeschränkt. Mit sinkender körperlicher Aktivität steigt erwartungsgemäß der pflegerische Unterstützungsbedarf. Mit steigendem Hilfebedarf weist das subjektive Wohlbefinden immer niedrigere Werte auf (vgl. Weick, 2006, S. 14).

Diese Befunde könnten eine Erklärung sein, warum das Wohlbefinden der Befragten insgesamt so niedrig ausgeprägt war und im Speziellen die Personen höherer Pflegegrade ein geringeres Wohlbefinden angaben als diejenigen mit niedrigerem Pflegegrad. Dies kann einerseits eine Begründung dafür sein, warum das Wohlbefinden knapp 30 % unter dem Wert der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe liegt. Andererseits kann das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen auch aufgrund des Pflegegrades, und weiterer nicht erhobener Einflüsse, so gering ausfallen – unabhängig von den pandemiebedingten Einschränkungen. Es besteht die Möglichkeit, dass die Belastungen und Einschränkungen das Wohlbefinden nicht weiter verschlechtern können, weil es vorher bereits als schlecht eingestuft wurde. Die gewonnenen Daten liefern jedoch kein eindeutiges Ergebnis.

Selbst bei hoher Zustimmung in Bezug auf die erlebten Einschränkungen entspricht das Kohärenzgefühl der Befragten im Durchschnitt fast den

Rangnormwerten der repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe (vgl. Schumacher et al., 2000). Zur Zeit der Normwerterhebung herrschte keine pandemische Lage und damit verbunden keine Einschränkungen, sodass der Schluss naheliegt, dass das Kohärenzgefühl stabil bleibt, auch wenn widrige Umstände herrschen.

Das Kohärenzgefühl der Pflegebedürftigen steht im messbaren Zusammenhang mit dem Wohlbefinden. Personen, die ihr Leben kohärent einschätzen, liegen im oberen Bereich der erreichbaren Werte des WHO-5-Indexes zur Messung des Wohlbefindens. Wiesmann et al. (2004 und 2006) konnten diese Ergebnisse in ihren Studien ebenfalls nachweisen (vgl. Wiesmann/Rölker et al., 2004; Wiesmann/Rölker et al., 2006; Wiesmann/Wendlandt et al., 2004).

Dass Pflegebedürftige in ihrem Wohlbefinden nicht signifikant durch die pandemiebedingten Beschränkungen beeinflusst werden, wenn ihr Kohärenzgefühl stark ausgeprägt ist, konnte nicht belegt werden. Dies liegt darin begründet, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen den pandemiebedingten Einschränkungen und dem Wohlbefinden nachgewiesen werden konnte. Da das Wohlbefinden der Teilnehmer/-innen jedoch unterdurchschnittlich ausgeprägt ist und die pandemiebedingten Einschränkungen sehr hohe Zustimmungswerte erhielten, liegt der vorsichtige Schluss nahe, dass hier dennoch ein (wenngleich nicht mit dem vorliegenden Datensatz nachweisbarer) Zusammenhang existiert. Ein weiteres Indiz, welches dafür spricht, ist das angegebene Kohärenzgefühl. Dieses spiegelt den Durchschnittswert der älteren Bevölkerung Deutschlands vor der Pandemie gut wider und korreliert mit dem Wohlbefinden. In dem Liniendiagramm (vgl. Abb. 7.4) ist erkennbar, dass bei schwach und mittel ausgeprägtem Kohärenzgefühl das Wohlbefinden abnahm, wenn die pandemiebedingten Einschränkungen höher bewertet wurden. In der Gruppe der Pflegebedürftigen mit starkem Kohärenzgefühl konnte die Tendenz nicht festgestellt werden. Trotz steigender Einschränkungen schienen die Teilnehmer/-innen zunehmend besser mit den Einschränkungen umgehen zu können und das Wohlbefinden stieg sogar leicht an. Dies bestätigten die Ergebnisse von Röhr et al. (2020), die eine große Akzeptanz und Resilienz

gegenüber der herausfordernden pandemischen Situation bei älteren Menschen nachweisen konnten (vgl. Röhr et al., 2020, S. 9).

7.7 Fazit und Ausblick

Die Einschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie wirkten trotz sinkender Inzidenzen im Sommer 2021 nach, sodass Programme, die Einsamkeit bekämpfen, außerordentlich wichtig blieben. Bei genauer Betrachtung öffnet sich hierin auch eine Chance. Denn so gravierend die Auswirkungen der Pandemie auf das gesellschaftliche und soziale Leben sind, so haben sie die Aufmerksamkeit für das Thema Einsamkeit in der Öffentlichkeit erhöht. Das Gefühl, einsam zu sein, haben viele Menschen am eigenen Leib erfahren, die vor der Pandemie nicht davon betroffen waren. Diese Entwicklung kann dazu beitragen, dass sich die Zuordnung von Einsamkeit nur auf spezielle Gruppen (zu denen auch Pflegebedürftige gehören) auflöst. Daraus erwächst wiederum die Hoffnung, dass niedrigschwellig angebotene Maßnahmen zur Bekämpfung von Einsamkeit im Alter (z. B. Videokonferenzen mit Angehörigen, Tierinterventionen, organisierte Hausbesuche durch Ehrenamtliche) nach der pandemischen Lage in Deutschland besser angenommen und als Versorgungsangebote verbreitet werden (vgl. Huxhold/Tesch-Römer, 2021).

In den Zusammenhang der zu entwickelnden Angebote fällt zudem der Erwerb von neuen Kompetenzen, vor allem im technisch-digitalen Bereich. In der Gemeinde Klingenberg startete das Projekt „Ehrenamt stärken – Gemeinschaft gestalten“. Ein Projektteil beinhaltet dabei Schulungen für Senioren für eine erfolgreiche Computer- und Handynutzung (vgl. Richter, 2021, S. 22). Dass ältere Menschen bei der Nutzung digitaler Angebote unterstützt werden sollen, hat insbesondere in Pandemiezeiten an Bedeutung gewonnen und sollte unbedingt im Fokus für weitere geförderte kommunale Angebote mitgedacht werden. Eine weitere Idee, speziell für die Zielgruppe der Pflegebedürftigen, betrifft die Ausschöpfung der pflegerischen Betreuungsleistungen für Schulungen in digitaler Kompetenz. Mitarbeitende, welche hohe Kompetenzen in der Nutzung digitaler Angebote aufweisen, können diese Schulung als *Learning by doing* anbieten.

Literaturverzeichnis

- Algilani, S./Ostlund-Lagerström, L./Kihlgren, A./Blomberg, K. et al. (2014). *Exploring the concept of optimal functionality in old age*. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 7, S. 69–79.
- Antonovsky, A./Franke, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (2006). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise*. 9., erw. Neuauflage. Köln: BZgA.
- Bertelsmann Stiftung (2020). *Demografietypisierung 2020. Typ 3: Kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung*.
<https://www.wegweiser-kommune.de/documents/20125/132144/Typ+3.pdf/8846ff9d-7b26-3c78-7c64-07c717c7508e?t=1624448914425> (10.11.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020). *Soziale Pflegeversicherung: Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2019*.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2019_Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-insgesamt.pdf (10.11.2021).
- Bøen, H./Dalgard, O./Bjertness, E. (2012). *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: A cross sectional study*. BMC geriatrics, 12 (1), S. 27.
- Brähler, E./Mühlhan, H./Albani, C./Schmidt, S. (2007). *Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index*. Diagnostica, 53, S. 83–96.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2021). *Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html> (10.11.2021).
- Döring, N./Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Drageset, J. (2004). *The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: A survey among residents in nursing homes*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18 (1), S. 65–71.
- Generali Deutschland AG (2017). *Die Bedeutung von sozialen Kontakten, Partnerschaft und Familie*. In: Generali Deutschland AG (Hrsg.): Generali Altersstudie 2017: Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 123–147.
- Horn, V./Schweppe, C. (2020a). *Die Corona-Pandemie aus der Sicht alter und hochaltriger Menschen*. Mainz: Johannes Gutenberg Universität.
- Horn, V./Schweppe, C. (2020b). *Häusliche Altenpflege in Zeiten von Corona. Erste Studienergebnisse*. Mainz: Johannes Gutenberg Universität.

- Hübner, I.-M. (2017). *Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden im Übergang in den Ruhestand*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Huxhold, O./Tesch-Römer, C. (2021). *Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/71693> (23.09.2021).
- Kamin, S. (2020). *Digitalisierung und soziale Beziehungen älterer Menschen*. Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung. Berlin: DZA. <https://www.achteraltersbericht.de/fileadmin/altersbericht/pdf/Expertisen/Expertise-Kamin.pdf> (23.09.2021).
- Krendl, A. C./Perry, B. L. (2020). *The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being*. *The Journals of Gerontology Series B*, 76 (2), S. 53–58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110> (23.09.2021).
- Lang, F. R. (2000). *Soziale Beziehungen im Alter: Ergebnisse der empirischen Forschung*. In: Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 142–147.
- Müller, B./Ellwardt, L. (2020). *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten im Alter*. In: Klärner, A./Gamper, M./Keim-Klärner, S./Moor, I. et al. (Hrsg.): *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 227–253.
- Oppikofer, S./Albrecht, K./Martin, M. (2010). *Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, S. 310–316.
- Richter, P. (2021). *Neues LEADER-Projekt im Hilda e. V.* *Amtsblatt der Gemeinde Klingenberg*.
- RKI – Robert Koch-Institut (2020). *Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html (10.11.2021).
- Röhr, S./Reininghaus, U./Riedel-Heller, S. (2020). *Mental and social health in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: Results of a representative survey*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/7n2bm> (23.09.2021).
- Schneider, G./Driesch, G./Kruse, A./Nehen, H.-G./Heuft, G. (2006). *Old and Ill and Still Feeling Well? Determinants of Subjective Well-Being in ≥60 Year Olds: The Role of the Sense of Coherence*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (10), S. 850–859.
- Schumacher, J./Wilz, G./Gunzelmann, T./Brähler, E. (2000). *Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky – Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala*. *PPmP – Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 50 (12), S. 472–482.
- Seifert, A./Hassler, B. (2020). *Impact of the COVID-19 Pandemic on Loneliness Among Older Adults*. *Frontiers in Sociology*, 5.
- Statistisches Landesamt Sachsen (2020). *Regionaldaten Gemeindestatistik Sachsen*. <https://www.statistik.sachsen.de/Gemeindetabelle/karten/2006/karte14292/m10000.html> (10.11.2021).

- Step toe, A./Shankar, A./Demakakos, P./Wardle, J. (2013). *Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 110 (15), S. 5797–5801.
- Stracke-Mertes, A. (1994). *Soziologie: Der Blick auf soziale Beziehungen*. Hannover: Vincentz.
- Tesch-Römer, C./Wiest, M./Wurm, S./Huxhold, O. (2013). *Einsamkeitstrends in der zweiten Lebenshälfte*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46, S. 237–241.
- Victor, C./Scambler, S./Bond, J. (2009). *The Social World of Older People: Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*. Maidenhead: Open University Press. <https://eprint.ncl.ac.uk/1132> (23.09.2021).
- Weick, S. (2006). *Starke Einbußen des subjektiven Wohlbefindens bei Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit: Verlaufsanalysen mit dem Sozio-ökonomischen Panel*. Informationsdienst Soziale Indikatoren, 35, S. 12–15. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/21379> (23.09.2021).
- Wettstein, M./Vogel, C./Nowossadeck, S./Spuling, S. M./Tesch-Römer, C. (2020a). *Wie erleben Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Corona-Krise? Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise und subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/70568> (23.09.2021).
- Wettstein, M./Nowossadeck, S./Spuling, S. M./Cengia, A. (2020b). *Körperliche Aktivität älterer Menschen in der Corona-Krise*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/67238> (23.09.2021).
- Wiesmann, U. (2006). *Salutogenese im Alter. Ergebnisse der Greifswalder Altersstudie* (Habilitationsschrift). Berlin: Akadras.
- Wiesmann, U./Eisfeld, K./Hannich, H.-J./Hirtz, P. (2004). *Motorische Handlungskompetenz und Lebensqualität älterer aktiver Menschen*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37, S. 377–386.
- Wiesmann, U./Rölker, S./Ilg, H./Hirtz, P./Hannich, H.-J. (2006). *Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (2), S. 90–99.
- Wiesmann, U./Rölker, S./Hannich, H.-J. (2004). *Salutogenese im Alter*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37 (5), S. 366–376.
- Wiesmann, U./Wendlandt, S./Hannich, H.-J. (2004). *Salutogenese im Alter: Kohärenzgefühl und psycho-soziale Widerstandsquellen älterer aktiver Menschen*. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 17 (3), S. 179–193.
- Winningham, R./Pike, N. L. (2007). *A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness*. Aging and Mental Health, 11 (6), S. 716–721.
- Winter-von Lersner, C. (2006). *Soziale Beziehungen im Alter: Eine gerontologisch-epidemiologische Vergleichsstudie an in natürlichen Lebensumwelten und in Heimen lebender Menschen*. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 5. Auflage, Halle/Saale.
- Wolf-Ostermann, K./Schmidt, A./Preuß, B./Heinze, F. et al. (2020). *Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen*. Pflege, 33 (5), S. 277–288.

Anhang

Autorinnen und Autoren

Victoria Caler

(geb. 1980) arbeitete nach ihrer Ausbildung zur Altenpflegerin bis 2012 in der stationären Altenpflege als Pflegefachkraft. 2012 begann sie eine weitere Ausbildung zur Kauffrau für Bürokommunikation und absolvierte parallel die Weiterbildung zur geprüften Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen. Dadurch erwarb sie die Qualifikation zum Studium der Angewandten Psychologie (B. Sc.) an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, das sie von Oktober 2017 bis Januar 2021 absolvierte. Parallel war sie als Führungskraft im Gesundheitswesen (Heimleitung, Krisenmanagement, Interimsmanagement) tätig. Im Februar 2021 begann sie den Master of Health Economics & Management (MBA) an der APOLLON Hochschule. Seit Oktober 2021 arbeitet sie als Regionalleitung in der Altenpflege.

Prof. Dr. Dieter Cassel

(geb. 1939) ist Emeritus für Wirtschaftspolitik, Gesundheitsökonom und Beauftragter für Internationale Beziehungen an der Mercator School of Management der Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg. Nach dem Studium der Volkswirtschaftslehre in Marburg und München war er von 1971 bis 1977 Ordinarius für Wirtschaftspolitik an der Universität Wuppertal und bis 2007 in Duisburg. Von 2001 bis 2005 war er Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Verein für Socialpolitik) sowie von 2004 bis 2015 Mitglied und zuletzt Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats des WIdO, Berlin. Seit 2006 ist er Vorsitzender des Kuratoriums der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Bremen. In seinen gesundheitsökonomischen Veröffentlichungen und Gutachten befasst er sich vor allem mit Fragen des Kassen- und Vertragswettbewerbs, der Reform des Risikostrukturausgleichs, der Neuordnung des Arzneimittelmarkts und der nachhaltigen Finanzierung der GKV.

Jennifer Dülger

(geb. 1994) arbeitet seit ihrer Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte bei einer Krankenkasse in Münster. Berufsbegleitend studierte sie in den Jahren 2017 bis 2020 Gesundheitsökonomie (B. A.) an der APOLLON Hochschule. Vor ihrem Studium absolvierte sie dort zudem zwei Zertifikatskurse: „Gesundheitsmanagement“ sowie „Prävention und Gesundheitsförderung“.

Nadine Fehr

(geb. 1975) arbeitete nach ihren Ausbildungen zur Arzthelferin und Versicherungskauffrau zunächst von 2001 bis 2017 in der Versicherungswirtschaft. Von 2015 bis 2020 studierte sie Angewandte Psychologie (B. Sc.) an der APOLLON Hochschule. Parallel erwarb sie die Heilpraktikererlaubnis für Psychotherapie und absolvierte Weiterbildungen in den Bereichen Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik sowie Neurofeedback. Seit 2017 ist sie in einer Kinderarztpraxis tätig und führt dort vor allem Neurofeedback-Therapien bei Kindern und Erwachsenen durch.

Peggy Grabowski

(geb. 1988) arbeitete nach ihrer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin im St. Elisabeth-Hospital in Meerbusch-Lank. Nebenbei studierte sie von 2017 bis 2020 Präventions- und Gesundheitsmanagement (B. A.) an der APOLLON Hochschule. Sie erwarb im Rahmen des Studiums die fachgebundene Hochschulreife. Seit Juni 2021 ist sie als Stationsleitung einer interdisziplinären unfallchirurgischen Station im Krankenhaus in Mönchengladbach Neuwerk beschäftigt. Zukünftig möchte sie nebenberuflich als selbstständige Resilienztrainerin tätig werden.

Viktoria Jokisch

(geb. 1991) absolvierte ihr Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg. Ihren Dokortitel erwarb sie im Bereich Neonatologie. Seit 2016 arbeitet sie als Ärztin in verschiedenen chirurgischen Kliniken und strebt den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie an. Aktuell ist sie in der RoMed Klinik Bad Aibling tätig. Nebenbei absolvierte sie von 2018 bis 2021 den Master of Health Management (MaHM) an der APOLLON Hochschule. Zusätzlich war sie von 2018 bis 2019 nebenberuflich als Dozentin an einer Physiotherapieschule tätig.

Janine Moser

(geb. 1982) absolvierte zunächst eine Ausbildung zur Veranstaltungskauffrau (Abschluss 2005) und arbeitete als Projekt- und Eventmanagerin für diverse namhafte Kunden. Auf dem zweiten Bildungsweg erwarb sie 2012 die Fachhochschulreife, während sie nebenbei im Universitätsklinikum Eppendorf sowie in einer neurologischen und schmerzmedizinischen Facharztpraxis arbeitete. Von 2012 bis 2015 studierte sie den Bachelorstudiengang Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hamburg und arbeitete bei der IVP Networks GmbH als Projektmanagerin im Bereich Integrierte Versorgung. 2015 ging sie für zweieinhalb Jahre in die USA und begann im Fernstudium den Master Gesundheitsökonomie (M. A.) an der APOLLON Hochschule. Ihren Masterabschluss erwarb sie im März 2021.

Prof. Dr. Johanne Pundt, MPH

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, nach wissenschaftlichen Tätigkeiten an der TU Berlin und der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, seit 2009 Dekanin an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen und seit 2017 Präsidentin der APOLLON Hochschule; Arbeitsschwerpunkte: Berufs-, Professions- und Bildungssoziologie bezogen auf das Gesundheitswesen, Human Resource Management und Themen zu Bedarfen im Bildungsbereich der Gesundheitswirtschaft sowie zu Qualifizierungspotenzialen und Arbeitsgestaltungen.

Marlen Sämänn

(geb. 1990) arbeitete nach ihrer Ausbildung als Krankenschwester in der Weißeritzklinik in Dippoldiswalde. Auf dem zweiten Bildungsweg erwarb sie das Fachabitur und entschloss sich im Anschluss daran zum Studium Gesundheitsmanagement (B. Sc.) an der Westsächsischen Hochschule in Zwickau. Seit 2017 ist sie als Landesreferentin Pflege beim Deutschen Roten Kreuz in Sachsen tätig. Nebenbei studierte sie von 2017 bis 2021 Angewandte Gerontologie (M. A.) an der APOLLON Hochschule.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH

Seit 2009 Tätigkeit als Autorin und Lehrbeauftragte für den Bereich Public Health und seit April 2011 Position als Dekanin des Fachbereichs Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen; zuvor Studium der Betriebswirtschaft (Marketing) an der Hochschule AKAD sowie Angewandte Gesundheitswissenschaften und Public Health an der Universität Bielefeld; Promotion am Zentrum für Sozialpolitik (Universität Bremen) bei Prof. Dr. Gerd Glaeske; Beschäftigung vor Hochschultätigkeit: 8 Jahre in der Industrie und 13 Jahre in einer Marketingagentur (u. a. Bereichsleitung Health- & Socialcare); besonders bedachte Themengebiete im Bereich der Forschung: u. a. Gesundheits-/Präventions-Apps, die gesundheitliche Aufklärung über neue Medien und Präventionsmarketing (bzw. Vermarktung, Gewinnung und Bindung von Teilnehmenden präventiver Maßnahmen).

Prof. Dr. Med. Hajo Zeeb

ist Professor für Epidemiologie an der Universität Bremen und Abteilungsleiter am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH in Bremen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Sozial- und Umweltepidemiologie sowie der Präventionsforschung. Er ist an vielen nationalen und internationalen Forschungsprojekten z. T. in leitender Funktion beteiligt und lehrt im Fach Epidemiologie an der Universität Bremen. Seit 2010 ist er neben seinen Hauptaufgaben auch Studienleiter an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1:	Entwickeltes Throughput-Modell zur ambulanten Versorgung Schwangerer	51
Abb. 2.2:	COVID-19 und Schwangerschaft: Verhaltensregeln bei Verdacht auf eine Infektion	54
Abb. 2.3:	Flussdiagramm zum ambulanten Management Schwangerer während der COVID-19-Pandemie – Teil 1: Vorgehen in der Schwangerschaft bis zum Verdacht auf eine Infektion	58
Abb. 2.4:	Flussdiagramm zum ambulanten Management Schwangerer während der COVID-19-Pandemie – Teil 2: Vorgehen bei nachgewiesener Infektion bis Entbindung oder stationärer Behandlung	59
Abb. 4.1:	Charakteristika der Personengruppen	87
Abb. 5.1:	Körperliche Reaktionen unter Stress	102
Abb. 5.2:	Teilnehmerdaten der befragten Eltern	107
Abb. 6.1:	Arbeitsunfähigkeit nach Erkrankungen in allen Berufen und pflegenden Berufen	126
Abb. 6.2:	Arbeitsunfähigkeitstage aller Berufe und pflegender Berufe	127
Abb. 6.3:	Einzeldiagnosen psychischer Erkrankungen in Pflegeberufen	127
Abb. 7.1:	Pandemiebedingte Einschränkungen, absolut (N = 82)	155
Abb. 7.2:	Angaben zum Wohlbefinden, absolut (N = 82)	157
Abb. 7.3:	Histogramm SOC und WHO- Summenscore (N = 82)	158
Abb. 7.4:	Einfluss der pandemiebedingten Einschränkungen auf Wohlbefinden unter Berücksichtigung SOC (N = 82)	159

Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1:	Übersicht über die Umsetzung der Handlungsempfehlungen des GBCOG und weiterer Fachgesellschaften in Bezug auf die ambulante Versorgung	44
Tab. 3.1:	Stichprobenbeschreibung (N = 102)	70
Tab. 3.2:	Reliabilität und Trennschärfe	70
Tab. 3.3:	Mittelwerte, Median und Prozentwerte nach Störungsbildern (SD = Standardabweichung)	71
Tab. 4.1:	Zuordnung des arithmetischen Mittels zum Notenschlüssel	84
Tab. 4.2:	Vergleich der arithmetischen Mittel – Arbeitsaufgabe und -organisation	88
Tab. 4.3:	Vergleich der arithmetischen Mittel – Führungskräfteverhalten	89
Tab. 4.4:	Vergleich der arithmetischen Mittel – Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben	91
Tab. 5.1:	Tätigkeiten der befragten Eltern während der pandemiebedingten Einschränkungen in absoluten Zahlen (N = 105)	110
Tab. 6.1:	Stresserleben am Arbeitsplatz	133
Tab. 6.2:	Arbeitsorganisation und Schutz am Arbeitsplatz	135
Tab. 6.3:	Persönliche Betroffenheit	136
Tab. 6.4:	Infektionen mit dem Coronavirus im beruflichen Umfeld	137
Tab. 6.5:	Eigene Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe	138
Tab. 6.6:	Persönliches Stresserleben während der COVID-19-Pandemie	138

Stichwortverzeichnis

A			
Alarm-Phase	24	Gesundheits-Krankheits-	
Angst	63, 64	Kontinuum	151
Angststörung	65, 67	Global Health Security-Index	18
– generalisierte	66	H	
– soziale	66	Halo-Effekt	161
B		Homeoffice	79
Beanspruchung		I	
– psychische	81, 128	Insulin	105
Belastungen		Interpandemie-Phase	24
– psychische	81	K	
Bewältigungsstrategien		Kohärenzgefühl	150
– emotionsorientierte	107	Kortisol	105
– problemorientierte	107	Künstliche Intelligenz	30
C		M	
Chatbot	26	mHealth	29
COPSY-Studie	67	P	
Coronaviren	121	Pandemie	17
Coronavirus	18	Pandemie-Phase	24
COVID-19	119	Prävention	52
COVID-19-Pandemie	64	Preparedness-Theorie	66
D		R	
Deutsche Gesellschaft für		Resilienz	106
Gynäkologie und Geburtshilfe		Risikobewertung	124
(DGGG)	41	Risikowahrnehmung	
E		– individuelle	123
Einsamkeit	146	Robotik	29
Entwicklung, kindliche	63	S	
G		Salutogenese	150
Gefährdungsbeurteilung	82	Schwangere	41
German Board and College of		– Handlungsempfehlungen	44
Obstetrics and Gynecology		– Managementkonzept	52
(GBCOG)	41	– Versorgung	42
Gesundheit		Social Distancing	67, 149
– psychische	81	state anxiety	64
Gesundheitsanwendung, digitale	56	Störungen, phobische	66

Stress	81, 102, 129
Stressoren	102, 151
Stressreaktion	102, 128
Stressverstärker	
– persönlicher	103
T	
Tele-Intensivmedizin	28
Throughput-Modell	47
trait anxiety	64
Trennungsangst	66
V	
Verhaltensregeln	54
W	
Widerstandsressourcen	
– generalisierte	152

