

Die Gesundheit der Gesundheitsfördernden

Einfluss der Eindämmungsmaßnahmen der Coronapandemie auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Verena Hofer
52006033

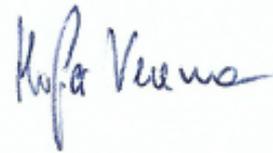
Begutachterin: MMag.^a Tanja Adamcik

Freistadt, Februar 2023

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

2. Februar 2023

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Kofa Kuewa', is centered on a light blue rectangular background.

Unterschrift

Abstract

Pflegekräfte erleben aufgrund von anhaltenden Personalmangel und den Auswirkungen des demografischen Wandels psychisch belastende Arbeitssituationen. Durch den plötzlichen Ausbruch der Coronapandemie sind Pflegekräfte, neben der Versorgung von an COVID-19 erkrankten Personen, zusätzlich herausgefordert, Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie umzusetzen. Diese Arbeit behandelt folglich die Frage, welchen Einfluss die Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen auf den psychischen Gesundheitszustand von Pflegekräften nehmen. Die Ergebnisse der Literaturanalyse zeigen, dass sich Pflegekräfte durch die Summe der Belastungen anhaltend gestresst fühlen. Es werden Hilflosigkeit, Frustration und innerliche Erschöpfung wahrgenommen. Pflegekräfte empfinden einen innerlichen Konflikt aufgrund der Diskrepanz zwischen der geleisteten und gewünschten Pflegequalität. Neben den eigenen Emotionen müssen Pflegekräfte mit den Gefühlen von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen umgehen. Körperliche Belastungen wirken sich ebenso auf die psychische Gesundheit aus. Um Berufsausstiegen und dem folgenden Personalmangel entgegenzuwirken, bedarf es dringend betrieblicher und politischer Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation und der Förderung der Gesundheit von Pflegekräften.

Schlüsselbegriffe: Coronapandemie, Eindämmungsmaßnahmen, Stress, psychische Gesundheit, Pflegekräfte

Abstract

Nurses experience psychologically stressful work situations due to persistent staff shortages and the effects of demographic change. As a result of the sudden outbreak of the corona pandemic, nurses are challenged to implement containment measures, in addition to caring for people suffering from COVID-19. This thesis addresses the question of how measures to contain the corona pandemic in health and social care facilities affect the mental health status of caregivers. The results of the literature review show that nurses feel persistently stressed by the sum of the burdens. Helplessness, frustration, and inner exhaustion are perceived. Nurses feel an internal conflict due to the discrepancy between the quality of care provided and the desired one. In addition to their own emotions, caregivers have to deal with the feelings of patients and their relatives. Physical stress also affects mental health. In order to counteract career drop-outs and the subsequent shortage of caregivers, there is an urgent need for operational and political measures to improve work situations and promote the health of nurses.

Keywords: corona pandemic, containment measures, stress, mental health, caregivers

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Forschungsfrage	1
1.2	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit.....	2
1.3	Methodische Vorgehensweise	2
2	Coronapandemie	4
2.1	SARS-CoV-2	4
2.1.1	Übertragung	4
2.1.2	Symptome.....	5
2.2	Pandemieverlauf	5
2.3	Eindämmungsmaßnahmen in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen	6
2.4	Persönliche Schutzausrüstung	9
3	Psychische Gesundheit	12
3.1	Gesundheitsdefinition	12
3.2	Stress.....	13
3.2.1	Definition „Stress“	13
3.2.2	Stressor	14
3.2.3	Stressreaktion und Stressfolgen.....	15
3.3	Gesundheitliche Verfassung von Pflegekräften	16
4	Einfluss der Eindämmungsmaßnahmen der Coronapandemie auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften	18
4.1	Herausforderungen durch persönliche Schutzausrüstung.....	18
4.2	Personalschulung und Informationsweitergabe	19
4.3	Herausforderungen durch Besuchsregelungen.....	20
4.4	Moralischer Stress.....	20
4.5	Weitere psychische und physische Effekte	21
4.6	Positive Effekte.....	22
5	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage	24
6	Schlussfolgerung & Ausblick	27
	Literaturverzeichnis	29
	Abbildungsverzeichnis	35
	Tabellenverzeichnis	35

1 Einleitung

Pflegekräfte übernehmen eine zentrale Rolle in der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen. Als Teil eines multidisziplinären Teams leisten sie Pflege und Betreuung für Individuen jeder Altersgruppe. Sie fördern die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen. Darüber hinaus sind Pflegekräfte bei Notfällen und Katastrophen an erster Stelle tätig (World Health Organization [WHO], 2020, S. 17). In der Coronapandemie arbeiten Pflegekräfte für die Gesundheit ihrer Patient*innen. Diese Arbeit bemüht sich aufzuzeigen, wie es um die gesundheitliche Verfassung der Pflegekräfte selbst steht.

1.1 Problemstellung und Forschungsfrage

Mit ihrem Beginn im Jahr 2019 hat die Coronapandemie die Welt vor große Herausforderungen gestellt. Das Gesundheits- und Sozialsystem hatte und hat tiefgreifende Veränderungen zu bewältigen. Strenge Hygienemaßnahmen waren umgehend im Arbeitsalltag von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen umzusetzen und einzuhalten. Das Gesundheitspersonal, allen voran die Pflege, musste sich innerhalb kürzester Zeit den Herausforderungen der Eindämmungsmaßnahmen, der anspruchsvollen Pflege und Betreuung von an COVID-19 erkrankten Personen, sowie den Gefahren des Virus selbst stellen (Kramer et al., 2021, S. 46f.).

Die Systemrelevanz des Pflegepersonals wurde zu Beginn der Coronapandemie von Politik und Gesellschaft vielfach betont, der Pflege wurde eine zentrale Rolle zugesprochen. Jedoch ist das große mediale Interesse mittlerweile abgeflaut (Schulze & Holmberg, 2021, S. 32). Die Relevanz der Pflege ist aufgrund ihrer Rolle als betreuende und versorgende Berufsgruppe für die Gesellschaft größer denn je.

Bereits vor der Coronapandemie erlebten Pflegekräfte wegen herausfordernder Personalsituationen, vermehrter Krankenstände sowie der Steigerung der Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen bei älteren Menschen eine zunehmende Arbeitsverdichtung und somit Belastung (Wiederhold, 2020, S. 376). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang die demografische Alterung der Gesellschaft. In Österreich wird die Anzahl der über 80-jährigen Personen bis 2025 auf 563 000 Personen ansteigen, verglichen mit dem Jahr 2020 ist dies ein Zuwachs von 15 %. Bis 2050 werden mehr als eine Million Menschen über 80 Jahren prognostiziert. Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie die Pflege und Betreuung im Akut- und Langzeitbereich wird von der Gruppe der Betagten und Hochbetagten maßgebend beeinflusst (Statistik Austria, 2022, S. 61f.).

Die Arbeit von Pflegekräften, verbunden mit den Umständen der Coronapandemie, bringen neben der körperlichen Anstrengung vor allem Auswirkungen auf die psychische Gesundheit mit sich. Der International Council of Nurses (ICN, 2021, S. 1ff.) warnte bereits in den Anfängen der Pandemie vor den traumatisierenden Erfahrungen für das Pflegepersonal weltweit, sowie der Gefahr von massenhaften Kündigungen. Es wird die Wichtigkeit der Förderung der Gesundheit, um dem bestehenden und kommenden Pflegemangel entgegenzusteuern, unterstrichen.

Für diese Arbeit ergibt sich demnach folgende Forschungsfrage:

Welchen Einfluss können Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen auf den psychischen Gesundheitszustand von Pflegekräften nehmen?

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, den psychischen Gesundheitszustand von Pflegekräften darzustellen und welchen Einfluss die Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie auf diesen nehmen. Weiters soll der Bedarf von betrieblichen und politischen Handlungen zur Verbesserung der Arbeitssituation von Pflegekräften dargestellt werden, sowie die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung für Pflegekräfte aufgrund des demografischen Wandels und des Personalmangels verdeutlicht werden.

Die Arbeit baut sich im Hauptteil in drei Abschnitten auf:

Kapitel 2 widmet sich der Coronapandemie. Es werden Maßnahmen zur Eindämmung, im Speziellen die persönliche Schutzausrüstung, dargestellt. In Kapitel 3 wird die psychische Gesundheit beschrieben. Dazu werden die Themen Stress und gesundheitliche Verfassung von Pflegekräften beleuchtet. In Kapitel 4 werden die in der Literatur beschriebenen Einflüsse auf die psychische Gesundheit, basierend auf den Eindämmungsmaßnahmen dargestellt. Den Abschluss bilden Kapitel 5 und 6 mit Diskussion beziehungsweise Schlussfolgerung.

1.3 Methodische Vorgehensweise

Die methodische Vorgehensweise zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit besteht in einer Literaturanalyse. Vor und während der Verfassung erfolgte eine ausführliche Recherche im World Wide Web mit den Suchmaschinen Google und Google Scholar. Weiters wurde in den Datenbanken SpringerLink, Wiso und ProQuest recherchiert. Ein Großteil der verwendeten Literatur konnte mittels PubMed erhoben werden. Die Literatur wurde zuerst

anhand von Abstract und Diskussion grob selektiert und anschließend einer genauen Betrachtung unterzogen. Die Recherche erfolgte mit verschiedensten Kombinationen folgender Schlagwörter: Pflegepersonal, nurses, health care professionals / workers, Coronapandemie, COVID-19, Eindämmungsmaßnahmen, mental health, (psychischer) Gesundheitszustand, Stress, Stressoren, (Arbeits-) Belastungen, subjective burden, Auswirkungen der Pandemie, moral distress.

2 Coronapandemie

Pflegekräfte haben in ihrer beruflichen Laufbahn Kontakt mit verschiedensten Arten von Viren und den daraus resultierenden Krankheiten. Im folgenden Kapitel werden das Coronavirus, der Verlauf der Coronapandemie, Eindämmungsmaßnahmen und speziell die persönliche Schutzausrüstung behandelt.

2.1 SARS-CoV-2

Seit den 1960er Jahren sind Coronaviren als Krankheitserreger bekannt. Sieben humane Coronaviren wurden seither identifiziert, darunter SARS-CoV 2002 (severe acute respiratory syndrome – coronavirus), MERS-CoV 2012 (Middle East respiratory syndrome – coronavirus) und SARS-CoV-2 2019 (severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2). Eingeteilt in vier Gattungen, Alpha-, Beta-, Gamma- und Deltacoronaviren, zählen oben genannte zur Gruppe der Betacoronaviren. Die Ursprünge von Coronaviren werden auf Fledermäusen zurückgeführt, welche als natürliche Wirte vermutet werden. Über tierische Zwischenwirte, wie das Dromedar oder der Fleckenmusang, gelangte das Virus über den Verzehr von Milch oder Fleisch in den menschlichen Organismus (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK], 2022, S. 27ff.; Yin & Wunderink, 2018, S. 130f.). Das Virus verändert sich stetig. Weltweit wurden im Laufe der Pandemie viele verschiedenen Mutationen mit unterschiedlichen Variationen entdeckt. Varianten mit großem Einfluss auf den menschlichen Organismus werden als variants of concern (VOC) klassifiziert. Zu diesen zählen zum Beispiel die Omicron- oder Deltavariante (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2022, S. 1; www.ecdc.europa.eu, 28.11.2022). Die aus SARS-CoV-2 resultierende Infektionskrankheit bezeichnet sich als COVID-19 (coronavirus disease 2019) (BMSGPK, 2022, S. 27).

2.1.1 Übertragung

Die Übertragung des Coronavirus von Mensch zu Mensch erfolgt hauptsächlich über die respiratorische Aufnahme von Tröpfchen oder Aerosolen, welche sich beim Atmen, Sprechen, Singen, Schreien, Niesen oder Husten bilden. Je nach ihrer Größe sinken Tröpfchen rasch zu Boden, während Aerosole, abhängig vom Raumklima, mehrere Stunden in der Luft verweilen können. Eine Kontaktübertragung aufgrund von Berührung kontaminierter Oberflächen ist ebenso möglich. In Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sind beide Übertragungswege relevant. Pflegerisches und medizinisches Personal ist bei Tätigkeiten, wie zum Beispiel dem Absaugen trachealen Sekretes, einer hohen Viruslast ausgesetzt (www.rki.de, 29.11.2022).

2.1.2 Symptome

Individuen, welche an COVID-19 erkrankt sind, lassen sich anhand ihrer Symptome in drei Gruppen einteilen: präsymptomatisch, asymptomatisch und symptomatisch. Bei Personen im präsymptomatischen Stadium ist SARS-CoV-2 nachgewiesen, jedoch haben sich noch keine Symptome entwickelt. Asymptomatische Personen weisen zu keinem Zeitpunkt Symptome auf. Eine symptomatische Person hat Krankheitszeichen entwickelt. Wie das Virus und die Krankheit selbst, sind die Symptome und deren Ausprägungen variabel und vielfältig. Folgende Krankheitszeichen werden am häufigsten festgestellt:

- Husten
- Fieber
- Atmungsbehinderung, Kurzatmigkeit
- Störung des Geruchs- oder Geschmacksinns
- Schwäche
- Muskelschmerzen
- Schnupfen, laufende Nase
- Kopfschmerzen

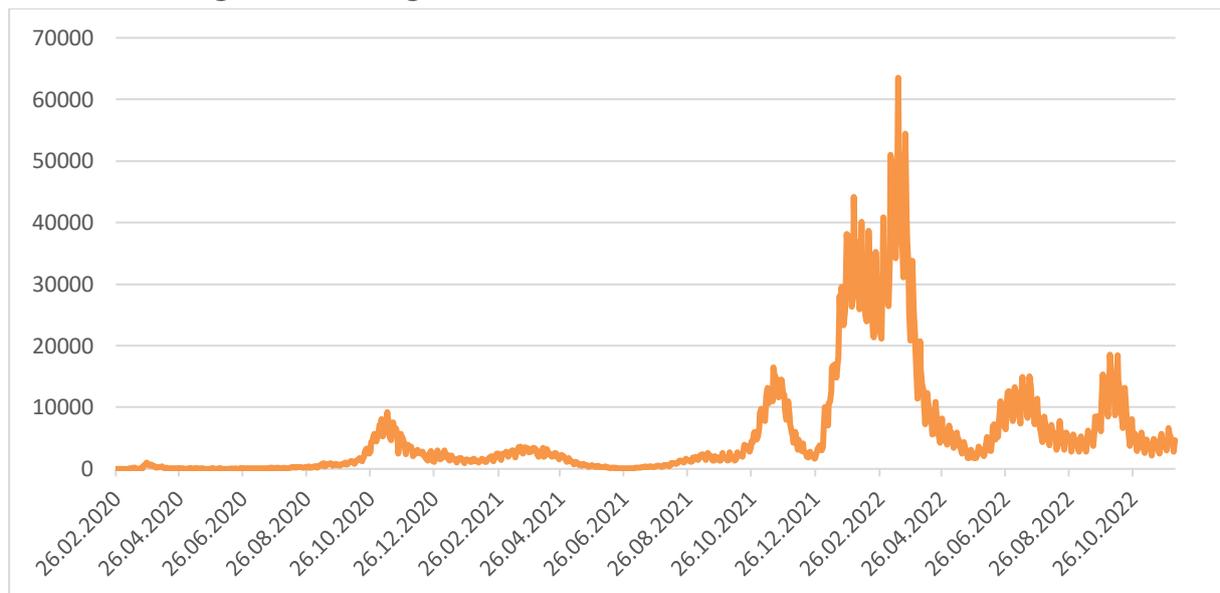
Bei COVID-19 sind schwere Verläufe möglich, welche bis zum Tod führen können. Den Respirationstrakt betreffend zeigen sich häufig Atemwegsinfekte, die sich zu Pneumonien weiterentwickeln können. Je nach Zustand der an COVID-19 erkrankten Person ist eine Sauerstoff- oder Beatmungstherapie notwendig. Es kann zu einer Beteiligung des Herz-Kreislauf-Systems mit Schädigungen des Herzmuskels, Herzinsuffizienz oder Thrombosen kommen. Weiters kann es zu Nierenversagen, gastrointestinalen Infekten und Leberfunktionsstörungen kommen. Beschwerden, welche mehr als vier Wochen nach einer durchgestandenen Infektion anhalten, werden als Long COVID bezeichnet. Bestehen Beschwerden länger als zwölf Wochen, so handelt es sich um Post COVID. Hierzu häufig berichtete Symptome sind unter anderem Müdigkeit und Erschöpfung, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen und psychische Probleme (BMSGKP, 2022, S. 31f.; www.rki.de, 29.11.2022).

2.2 Pandemieverlauf

Erstmalige Informationen über eine Pneumonie unbekanntes Ursprungs erreichte die WHO am 31. Dezember 2019 aus der Stadt Wuhan in China. Das am 7. Jänner 2020 als neu identifizierte Coronavirus verbreitete sich innerhalb kürzester Zeit in den umliegenden Ländern (WHO, 2020a, S. 1). Am 25. Jänner 2020 wurden die ersten bestätigten Fälle in der

Europäischen Union aus Frankreich gemeldet (WHO, 2020b, S. 1). Am 12. März 2020 deklarierte die WHO COVID-19 als Pandemie. Zu diesem Zeitpunkt waren weltweit bereits 125 260 bestätigte Fälle gemeldet (WHO, 2020c, S. 1). Seit dem Aufkommen von SARS-CoV-2 haben sich global rund 642 Millionen Menschen (Stand: 06.12.2022) infiziert (www.covid19.who.int, 07.12.2022). Seit Ausbruch der Pandemie wurde intensiv an einem Impfstoff geforscht. Die Verimpfung startete im Dezember 2020 (BMSGPK, 2022, S. 162; ECDC, 2022, S. 5).

Abbildung 1: Anzahl täglicher Neuinfektionen mit SARS-CoV-2 in Österreich



Quelle: eigene Darstellung; Datenquelle: Epidemiologischen Meldesystem der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (www.covid19-dashboard.ages.at, 07.12.2022)

Von Österreich wurden Ende Februar 2020 die ersten bestätigten Fälle gemeldet (WHO, 2020d, S.1). In Abbildung 1 sind die täglichen Neuinfektionen mit SARS-CoV-2 in Österreich seit dem ersten positiv gemeldeten Fall veranschaulicht. Durch die dargestellte Kurve lässt sich ein wellenartiger Verlauf der Coronapandemie erahnen. Am 15. März 2022 wurde der Höchstwert mit 63 508 Neuinfektionen gemeldet. Seit Beginn der Coronapandemie wurden in Österreich 5 588 468 bestätigte Fälle (Stand: 06.12.2022) aufgezeichnet (www.covid19-dashboard.ages.at, 07.12.2022).

2.3 Eindämmungsmaßnahmen in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen

Das ECDC (2021, S. 3ff.) definiert allgemeine Handlungsempfehlungen für Eindämmungsmaßnahmen von COVID-19 in der Akut- und Langzeitversorgung. Darüber

hinaus sind spezielle Anweisungen den jeweiligen Regierungsverordnungen zu entnehmen. Das Verhängen von Eindämmungsmaßnahmen in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen bezweckt in erster Linie das Verhindern von Folgeinfektionen. Geschützt werden Patient*innen und Pflegekräfte, Risikogruppen, Intensivpflegebereiche vor Überlastung sowie andere Gesundheits- und Sozialeinrichtungen und die Gesellschaft. In Gesundheits- und Sozialeinrichtungen gilt das Tragen von Mund-Nasen-Schutz, Einhalten von Abstandsregeln, gewissenhafte Händehygiene, sowie Nies- und Hustenhygiene. Weiters ist das Schulen des Personals über Verbreitung und Symptome sowie die korrekte Verwendung der persönlichen Schutzausrüstung bei der Pflege und Betreuung von Patient*innen mit COVID-19 wesentlich. Es ist für ausreichend Testmaterial zum Nachweis von SARS-CoV-2 sowie Hygiene- und Schutzmaterial zu sorgen.

Im Akutsektor ist ein Triagebereich einzurichten, um bei erstem Patient*innenkontakt eine mögliche Infektion zu eruieren. Ebenso ist ein eigener Aufenthaltsbereich für Patient*innen mit Symptomen einzurichten. Termine und Eingriffe, welche nicht dringend sind, sind nach Ermessen des ärztlichen Personals zu verschieben. Stationen, die Patient*innen mit COVID-19 pflegen und betreuen, sind zu definieren und auszurüsten. Ebenso sind für einen Anstieg an Patient*innen mit COVID-19 ausreichend Ressourcen bereitzustellen. Mitarbeitende mit Symptomen sind vom Dienst freizustellen und solange zu isolieren, bis ein Testergebnis vorliegt. Hierfür ist die Bearbeitung von Tests von Mitarbeitenden zu priorisieren. Auf Covidstationen ist für genügend Personal zu sorgen, um physische und psychische Überlastung zu vermeiden und um Personal, welches aufgrund von Covidinfektionen ausfällt, zu ersetzen. Patient*innen mit Verdacht auf COVID-19 sind bis zum Testergebnis einzeln zu isolieren. Patient*innen mit einer bestätigten Infektion sind in den vorgesehenen Isolierzimmern unterzubringen. Isolierzimmer sollen wenn möglich eine Schleuse beinhalten und unter Unterdruck stehen. Das Besuchen von Patient*innen mit COVID-19 ist nur in Ausnahmefällen erlaubt. Für die Entisolierung von Patient*innen ist das Vorliegen von zwei negativen Testergebnissen empfehlenswert. Sämtliche Gegenstände und Flächen in den Isolierzimmern, im Schleusenbereich und in nicht infektiösen Bereichen sind regelmäßig zu desinfizieren. Es gilt alle Räumlichkeiten regelmäßig zu durchlüften.

Eindämmungsmaßnahmen in Langzeiteinrichtungen sind essenziell, um die Bewohner*innen, welche aufgrund ihres Alters und ihrer Vorerkrankungen zur Risikogruppe gehören, zu schützen. Somit sind ausreichend Ressourcen für die Versorgung von an COVID-19 erkrankten Bewohner*innen bereitzustellen. Covidbeauftragte Personen haben für die Schulung des Personals, die Umsetzung der Teststrategie und der Erstellung eines Notfallplanes zu sorgen. Mitarbeitende mit Symptomen sind für eine Heimisolation von der Arbeit freizustellen und an testdurchführende Stellen zu vermitteln. Besonders in Langzeiteinrichtungen gilt es die psychosoziale Betreuung der Bewohner*innen zu

gewährleisten. Wenn möglich ist ein Abstand von 1,5 Meter zu anderen Personen zu halten, dieser gilt ebenso in Gemeinschaftsbereichen für die Bewohner*innen. Je nach Möglichkeit und Akzeptanz ist für regelmäßige Durchlüftung zu sorgen. Veranstaltungen und Aktivitäten sind je nach Covidsituation in der Einrichtung zu minimieren. Sollten je nach nationalen Vorgaben Besuche erlaubt sein, so ist eine Besuchszone mit ausreichend Platz und Belüftung einzurichten. Mitarbeitende haben sich über mögliche Symptome von Besucher*innen vor dem Kontakt mit deren Angehörige zu informieren. Besucher*innen sind angehalten einen Atemschutz zu tragen, Händedesinfektion durchzuführen und die Besuchszeit so kurz wie möglich zu halten. Um Infektionen früh zu erkennen, sind die Bewohner*innen täglich auf Symptome zu kontrollieren. Mitarbeitende und Bewohner*innen sind regelmäßig zu testen. Bewohner*innen, welche aus dem Akutbereich entlassen wurden oder neu in die Langzeiteinrichtung kommen, haben mindestens einen negativen PCR-Test vorzuweisen. Positiv getestete Bewohner*innen sind in einem Einzelzimmer unterzubringen. Für den Fall von mehreren positiv getesteten Bewohner*innen ist, wenn möglich, ein Bereich für eine Kohortenisolierung zu definieren. Eine eindeutige Türbeschilderung ist an den Zimmern von Bewohner*innen mit Verdacht auf oder einer bestätigten Infektion anzubringen, um ein unbeabsichtigtes Betreten ohne Schutzkleidung zu vermeiden (ECDC, 2021, S. 3ff.).

Die rechtliche Grundlage in Österreich bildet das COVID-19-Maßnahmengesetz (2020, S.1f.). Auf dem Gesetz basierend werden konkrete Verordnungen für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen erlassen. Geregelt wird, wie oben erwähnt, das Betreten und Verweilen von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, beispielsweise ein gänzlich Besuchsverbot oder eine Besuchszeitenregelung. Weiters umfasst es Abstandsregeln sowie die Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes oder eines filtrierenden Atemschutzes. Grundlage bietet es ebenso für die Notwendigkeit eines Nachweises einer geringen epidemiologischen Gefahr. Personen erfüllen diesen mit einer Schutzimpfung gegen COVID-19, einem negativen PCR-Test, einem Antikörpernachweis oder einem Genesungsnachweis einer durchlaufenen Infektion. In Österreich ist seit dem 16. März 2022 die 2. COVID-19-Basismaßnahmenverordnung (2022, S. 1ff.) in Kraft. COVID-19 beauftragte Personen in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen haben ein Präventionskonzept zu erstellen und umzusetzen. Dieses dient zur Minimierung des Infektionsrisikos und beinhaltet unter anderem spezielle Hygienemaßnahmen, Verhaltensregeln beim Auftreten von SARS-CoV-2 – Infektionen, Regelungen für Steuerungsmaßnahmen des Personenaufkommens und Vorgaben zu Hygieneschulungen des Personals. Weiters sind Regelungen zur Steuerung der Besuche hinsichtlich Dauer und Besuchsort klarzustellen. In Gesundheits- und Sozialeinrichtungen haben Besucher*innen einen Nachweis über eine geringe epidemiologische Gefahr vorzuweisen, sowie in geschlossenen Räumen eine FFP2-Maske

ohne Ausatemventil zu tragen. Mitarbeitende haben ebenso einen Nachweis über eine geringe epidemiologische Gefahr vorzuweisen, das Tragen von FFP2-Masken gilt bei unmittelbarem Patient*innen- oder Bewohner*innenkontakt.

2.4 Persönliche Schutzausrüstung

Die Verwendung von Schutzkleidung bietet nicht nur einen Vorteil für die Gesundheit und Sicherheit der Pflege- und Betreuungspersonen, sondern schützt auch Patient*innen und Personal auf anderen Abteilungen sowie das private Umfeld vor einer Infektion (ECDC, 2021, S. 4). Die persönliche Schutzausrüstung stellt eine mechanische Hürde zwischen der tragenden Person und seiner unmittelbaren Umgebung dar. Zu dieser zählen besonders Schutzhandschuhe, Schutzkittel und Schürze sowie Schutzausrüstung für Augen, Haare, Mund und Nase (Robert Koch-Institut [RKI], 2007, S. 3).

Bei der Pflege und Betreuung von Personen mit Verdacht auf COVID-19 oder einer bestätigten Infektion umfasst die empfohlene Mindestausstattung der persönlichen Schutzkleidung eine FFP2- oder FFP3-Atemschutzmaske, eine Schutzbrille oder ein Schutzschild, einen langärmeligen wasserfesten Kittel und Schutzhandschuhe (ECDC, 2020, S. 2). In Abbildung 2 sind diese dargestellt.

Abbildung 2: Persönliche Schutzausrüstung



Quelle: ECDC (2020, S. 3)

Atemschutzmasken

Der herkömmliche Mund-Nasen-Schutz (OP-Maske) dient lediglich dem Schutz der Umgebung vor Tröpfchen der tragenden Person, und ist für die Pflege und Betreuung von an COVID-19 erkrankten Personen ungeeignet. Atemschutzmasken wiederum schützen die tragende Person selbst vor Tröpfchen, Partikeln oder Gasen aus der Umgebung. Bei sogenannten partikelfilternden Atemschutzmasken, kurz FFP (engl.: Filtering Face Pieces), erfolgt eine Klassifikation nach ihrer Filterleistung, siehe hierzu Tabelle 1.

Tabelle 1: FFP - Masken Klassifizierung

	Filterleistung	Leckage
FFP1	80 %	< 22 %
FFP2	94 %	< 8 %
FFP3	99 %	< 2 %

Quelle: eigene Darstellung; Datenquelle: ECDC (2014, S. 18)

Die Leckage ist der Anteil der Tröpfchen und Partikel, welche die Maske durchlässt, und der Dichtheitsverlust zwischen Maskenrand und dem Gesicht der tragenden Person (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention [KRINKO], 2015, S. 1160). Entscheidend für einen optimalen Schutz ist der Sitz der Maske, dieser ist bei jedem Anlegen einer Maske zu kontrollieren. Für die Pflege und Betreuung von an COVID-19 erkrankten Personen wird mindestens eine FFP2-Maske empfohlen. Kommt es zu einer erhöhten Aerosolexposition, ist eine FFP3-Maske zu verwenden. Anzumerken ist, dass bei steigender Filterleistung der Atemwiderstand der Maske steigt. Ein verbautes Atemventil reduziert die Belastung und erleichtert das Atmen (ECDC, 2014, S. 18; ECDC, 2020, S. 2).

Schutzhandschuhe

Schutzhandschuhe schützen die tragende Person vor dem Kontakt mit potenziell infektiösen oder kontaminierten Materialien. Für den mindesten persönlichen Schutz gilt das Tragen von zwei Paar Handschuhen. Das erste Paar Handschuhe fungiert als zweite Haut und wird im Rahmen der Pflege- und Betreuungstätigkeiten nicht gewechselt. Das zweite Paar Handschuhe wird nach jeder Tätigkeit gewechselt. Schutzhandschuhe unterschiedlicher Materialien und Stärke werden je nach geplanter Tätigkeit ausgewählt. Das Tragen von zwei Paar Handschuhen wirkt einschränkend auf die Mobilität und Sensorik der Finger. Ebenso kommt es bei längeren Tragen der Handschuhe zu Schweißbildung und Aufweichen der Haut (ECDC, 2014, S. 14; KRINKO, 2015, S. 1160).

Körperschutz

Schutzkittel werden verwendet, um die Kontamination der Arbeitskleidung und Haut zu verhindern und einer möglichen Verschleppung in andere Bereiche vorzubeugen. Besonders bei Tätigkeiten mit vermehrter Aerosolbildung und Körperflüssigkeiten ist ein langarmiger, vorzugsweise wasserabweisender, Kittel zu tragen. Stehen keine wasserabweisenden Kittel zur Verfügung, ist eine Kunststoffschürze darüber zu tragen (ECDC, 2020, S. 2; ECDC, 2021, S. 3f.).

Augenschutz

Die Schutzbrille oder das Schutzvisier verhindern den Kontakt von Tröpfchen mit der Augenschleimhaut. Der Augenschutz ist an die Gesichtsform und den verwendeten Atemschutz anzupassen. Kompatibilität und korrekter Sitz der gesamten Ausrüstung müssen vor dem Betreten von Quarantänebereichen überprüft werden (ECDC, 2020, S. 2).

3 Psychische Gesundheit

Durch die Umstände der Coronapandemie ist das Bewusstsein über den Wert der persönlichen Gesundheit gestiegen (Peng et al., 2021, S. 2190). In diesem Kapitel werden Gesundheit und psychische Gesundheit, sowie Stress als einwirkender Faktor beleuchtet. Weiters werden gesundheitliche Anforderungen und der Gesundheitszustand von Pflegekräften diskutiert.

3.1 Gesundheitsdefinition

Die Definition von Gesundheit wurde maßgebend von der WHO geprägt. Nach dieser ist Gesundheit „ [...] a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 2020e, S. 1). Krankheit kann demnach nicht ausschließlich an körperlichen Leiden festgemacht werden. Das psychische Wohl und das soziale Umfeld tragen einen wesentlichen Anteil dazu bei. Die Feststellung, ob jemand gesund oder krank ist, lässt folglich großen Spielraum für Interpretation. In der Ottawa-Charta (WHO, 1986, S. 1f.) erweitert sich der Definitionsbereich von der einzelnen Person auf eine Menschengruppe. Deren Dynamik trägt zur Gesundheit der Gruppe und einzelner Gruppenmitglieder bei. Es benötigt ein gesundheitliches Wohlbefinden in sämtlichen Belangen, um Bedürfnisse befriedigen und Wünsche verwirklichen zu können. So wie Bedürfnisse und Wünsche dynamisch sind, ist auch die persönliche Gesundheit dynamisch. Sie ist Teil des alltäglichen Lebens, weniger ein zu erreichendes Lebensziel. Grundbedingungen, auf welche die Gesundheit aufbaut, sind Friede, zufriedenstellende Wohn- und Arbeitssituationen, Einkommen, Bildung, soziale Gerechtigkeit und eine bewusste Verwendung von vorhandenen Naturressourcen.

Psychische Gesundheit wird definiert als „ [...] a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community“ (WHO, 2019, S. 1). Der Fokus liegt auf der Selbstwirksamkeit, sowie auf der Produktivität des Menschen. Wie bei der erweiterten Definition von Gesundheit spielt hier das Leben in der Gruppe bzw. in der Gesellschaft eine wichtige Rolle. Es gilt, dass sich die mentale Gesundheit nicht auf das Fernbleiben von psychischen Erkrankungen beschränkt. Der Körper und die Psyche sind eng miteinander verbunden, eine getrennte Betrachtung ist nicht möglich (Herrman et al., 2005, S. 2ff.).

Drei Einflussgrößen wirken sich auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Personen aus:

- **Persönliche Eigenschaften und Verhaltensweisen:** Durch erlernte Eigenschaften und Verhaltensweisen sind Individuen in der Lage, persönliche Herausforderungen des Lebens zu meistern. Sie unterstützen den sozialen Umgang mit anderen Menschen und helfen, deren Gefühle und Standpunkte zu verstehen und adäquat darauf zu reagieren. Angeborene Eigenschaften, wie zum Beispiel chromosomale Veränderungen, wirken sich ebenso auf die menschliche Gesundheit aus.
- **Soziale und wirtschaftliche Gegebenheiten:** Das soziale Umfeld, wie Familie, Freund*innen und Kolleg*innen, wirken sich auf die Entwicklung und Weiterbildung von Menschen aus. Ein stabiles soziales Netzwerk, ein gut ausgebautes Schulsystem, sowie eine Arbeitsstelle mit angemessenem Gehalt unterstützen Personen, sich wohlfühlen.
- **Umweltfaktoren:** Das soziokulturelle und geopolitische Umfeld beeinflussen die mentale Gesundheit von Individuen, deren Familien und die Gesellschaft. Zu diesen zählen Güter wie sauberes Wasser und ausreichend Nahrungsmittel, Dienstleistungen des Staates wie ein funktionierendes Gesundheitssystem, und eine intakte Regierung. Diskriminierung und Konflikte wirken sich nachteilig aus.

Die genannten Einflussgrößen haben eine dynamische Beziehung zueinander und können sich sowohl positiv als auch negativ beeinflussen (WHO, 2012, S. 3f.).

3.2 Stress

Ob privat oder beruflich, Stress ist in der heutigen Gesellschaft nicht mehr wegzudenken. Dieser macht auch vor Pflegekräften keinen Halt. Nachfolgend werden Stress, Stressoren, Stressreaktion und Stressfolgen beleuchtet.

3.2.1 Definition „Stress“

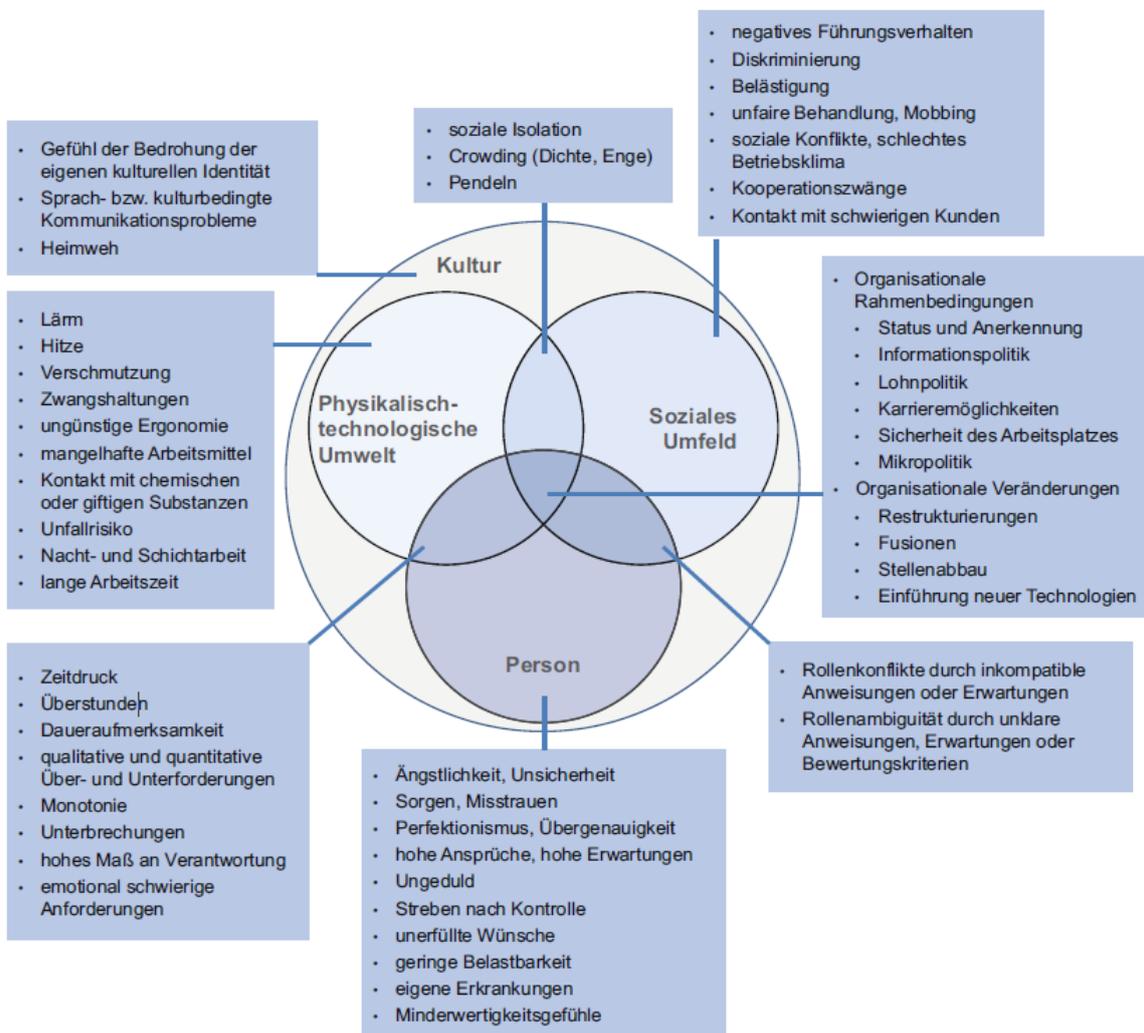
Der Begriff „Stress“ erweist sich als komplexes Konstrukt. Verschiedene Theorien versuchen dieses Konzept und das Zusammenspiel von Stimulus, Stressoren und Stressreaktionen zu beschreiben. Eine mögliche Version beschreibt Stress neutral als einen Zustand, in welchem ein System aus seinem Gleichgewicht gebracht wird. So ist Stress eine Reaktion auf einen Stimulus und einem Stressor, gefolgt von einer Stressreaktion und einem Stresseffekt. Stress kann in Eustress und Distress unterteilt werden. Eustress, auch bezeichnet als guter Stress, hat positive Auswirkungen, das System profitiert davon. Distress bezeichnet schlechten Stress, welcher negative Folgen mit sich bringt. Weiters kann zwischen verschiedenen Typen und Subtypen von Stress unterschieden werden, beispielsweise physiologischer und

psychischer Stress. Als Subtypen können sensorischer Stress oder kardialer Stress, beziehungsweise emotionaler Stress, psychosozialer Stress oder moralischer Stress genannt werden (Lu et al., 2021, S. 76ff.). Umgangssprachlich ist Stress negativ behaftet und wird als Belastung wahrgenommen. Hierbei beschreibt sich Stress als Reaktion auf eine innere oder äußere Bedrohung, durch welche das persönliche Wohlbefinden gefährdet wird (Neuner, 2021, S. 11; Reif et al., 2018, S. 6).

3.2.2 Stressor

Ein Stressor (Stressfaktor, Auslöser) beschreibt einen inneren oder äußeren Reiz, auf den der Körper mit einer Reaktion oder Anpassung reagiert (Neuner, 2021, S. 12). Stressoren entspringen unter anderem den oben genannten Einflussbereichen der mentalen Gesundheit. Innere Stressoren, oder Stressoren zur Person, beziehen sich auf die subjektive Wahrnehmung und Erwartung von Individuen. Diese sind zum Beispiel Perfektionismus, Ängstlichkeit, Ungeduld, eigene Erkrankungen oder angeborene Beeinträchtigungen. Stressoren aus dem sozialen Umfeld beziehen sich auf den Umgang mit der Familie, Freund*innen, Bekannten und Kolleg*innen. Konflikte, Diskriminierung, Belästigung, Mobbing oder Kontakt mit herausfordernden Kund*innen oder Patient*innen können als Belastung wahrgenommen werden. Stressoren aus der physikalisch-technologischen Umwelt sind beispielsweise Hitze und Lärm, aber auch lange Arbeitszeiten, Nacht- und Schichtarbeit, wie es bei Pflegekräften häufig der Fall ist. Kultur bedingte Stressoren ergeben sich bei dem Aufeinanderstoßen unterschiedlicher Kulturen. Dies ist zum Beispiel bei Migrant*innen der Fall. Kommunikative Barrieren und Heimweh können stressend für die Person sein. Die Einflussbereiche von Stressoren überschneiden sich und bilden wiederum neue Bereiche. Dies ist in Abbildung 3 dargestellt. Jede Person reagiert individuell auf die verschiedenen Arten von Stressoren. Auch abhängig von der angewendeten Strategie mit einer herausfordernden Situation zurecht zu kommen, wirkt ein Stressor aktivierend oder belastend (Reif et al., 2018, S. 15f.).

Abbildung 3: Ursprünge von Stressoren



Quelle: Reif et al. (2018, S. 15)

Weitere Stressoren, speziell auf Pflegekräfte zutreffend, sind unter anderem hohe Anforderungen, Zeitdruck, ständige Unterbrechungen, widersprüchliche Anordnungen, hohe Verantwortung, fehlende Anerkennung und Unterstützung, fehlende Hilfsmittel, schlechte Kommunikation, Konflikte mit Vorgesetzten und Kolleg*innen sowie Personalmangel und -wechsel (Europäische Kommission, 2012, S. 180f.).

3.2.3 Stressreaktion und Stressfolgen

Unabhängig der positiven oder negativen Natur lösen plötzlich auftretende Stressoren eine körperliche Stressreaktion aus. Diese überlebenswichtige Funktion führt durch die Freisetzung von Stresshormonen zu einer gesteigerten Wachsamkeit und Mobilisierung von Energiereserven. Körperlich zeigt sich dies durch die Erhöhung von Puls, Blutdruck und

Atemfrequenz sowie einer erhöhten Spannung der Muskulatur. Weniger akut notwendige Körpertätigkeiten, wie die Magen-Darm-Aktivität, verringern sich. Die genannten Parameter werden durch das vegetative Nervensystem mit Sympathikus und Parasympathikus reguliert. Muss der Körper akut Leistung erbringen, wird das sympathische Nervensystem aktiviert. Als Gegenspieler ist der Parasympathikus für Erholung und Regeneration zuständig. Bei akuter Stimulation schnell die Leistung des Sympathikus nach oben, gleichzeitig senkt sich die Aktivität des Parasympathikus. Ist die Belastung vorbei, pendelt sich das Nervensystem wieder auf Normalzustand ein. Bei vermehrten oder länger anhaltenden Stresssituationen ohne geeignete Strategien zur Bewältigung, kann es zu einer chronischen Stressbelastung kommen. Hier ist das sympathische und parasympathische System dauerhaft erhöht bzw. gesenkt. Körperliche Folgen sind unter anderem Verdauungsprobleme, Rückenbeschwerden und eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit (Neuner, 2021, S. 12ff.).

Neben der körperlichen Stressreaktion kann es während der Stresssituation zu Gefühlen von Angst, Unruhe oder Panik kommen. Ebenso möglich sind Gereiztheit, Nervosität, Anspannung oder psychische Ermüdung (Reif et al., 2018, S. 88). Besteht eine langfristige Exposition von Stressoren, so kann sich ein Burnout-Syndrom entwickeln. Das Burnout-Syndrom ist eine Folge von unzureichend behandeltem chronischem Stress. Es setzt sich zusammen aus dem Empfinden von Erschöpfung, einer Entfremdung zur Arbeitstätigkeit mit einhergehenden negativen Gefühlen und einer verminderten Leistungsfähigkeit (www.icd.who.int, 02.01.2023).

3.3 Gesundheitliche Verfassung von Pflegekräften

Berufe im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege sind physisch, psychisch und sozial herausfordernd. Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997, S. 19) wird allgemein von einer erforderlichen gesundheitlichen Eignung für die Berufsausbildung gesprochen. Erklärend im Rahmen der Einführung des Gesundheitsberuferegisters hat das BMSGPK (2017, S. 1) Guidelines zur besseren Verständlichkeit der gesundheitlichen Eignung veröffentlicht. Demnach wird unter dieser die physische Fähigkeit zur fachgerechten Ausübung des Berufes verstanden. Psychische Anforderungen beinhalten die notwendige Intelligenz und psychische Stabilität. Ebenso sind Strategien zur Bewältigung von psychisch herausfordernden Situationen sowie einer Durchführung der persönlichen Psychohygiene darunter zu verstehen.

Bereits vor der Pandemie machten Pflegekräfte auf zunehmende Arbeitsbelastungen und deren physische und psychische Auswirkungen aufmerksam. Eine Studie der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2020, S. 22; S. 110f.) berichtet über den Gesundheitszustand von Pflegekräften in Langzeiteinrichtungen in OECD-Staaten. Erhöhte

Fehlzeiten aufgrund von Krankheit sind auf physische und psychische Herausforderungen im Pflegeberuf zurückzuführen. Mehr als 60 % des an der Studie beteiligten Pflegepersonals klagt über physische Beschwerden, vor allem über Rückenschmerzen. Der Bewegungsapparat ist durch Drehen und Heben der Bewohner*innen, sowie anderen Tätigkeiten in gebückter Haltung stark gefordert. 46 % der Pflegekräfte in Langzeiteinrichtungen und über 50 % der Pflegekräfte im Spitalsbereich sind durch psychische Risikofaktoren belastet. Pflegekräfte erfahren Herausforderungen in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Weiters berichten sie über Gewalt, Belästigung und Bedrohungen durch Bewohner*innen und Angehörige. Zeitdruck, hohes Arbeitspensum, steigende administrative Tätigkeiten und wenig Zeit für individuelle Bedürfnisse von Bewohner*innen lösen Stress aus und führen zu Gefühlen wie Frustration, Überforderung, Wut, Angst und Kontrollverlust. Daraus folgend können sich körperliche Reaktionen wie Müdigkeit, Schlafstörungen und Schmerzen ergeben.

Geprägt durch die persönliche Wirksamkeit und der Anerkennung anderer, sehen Pflegekräfte in ihrer eigenen Arbeit eine hohe Sinnhaftigkeit. Die darauf basierende Identifikation, Motivation und Arbeitszufriedenheit ermöglichen es, belastende Arbeitserfahrungen besser zu bewerkstelligen. Abgesehen von dieser Tatsache bewerten Pflegekräfte ihre Arbeitssituation jedoch als negativ. Dauerhaftes Arbeiten unter Zeitdruck und eine Verdichtung der Tätigkeiten werden wahrgenommen. Aufgrund dessen ergeben sich Qualitätsabstriche in der pflegerischen Versorgung. Die erhöhte Notwendigkeit der emotionalen Selbstkontrolle empfinden Pflegekräfte als belastend. Weiters beeinflussen atypische Arbeitszeiten und zu gering erachtete Entlohnung das Wohlbefinden von Pflegekräften (Schmucker, 2020, S. 52ff.).

4 Einfluss der Eindämmungsmaßnahmen der Coronapandemie auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften

Die rasche Verbreitung von SARS-CoV-2, sowie der Verlauf der Pandemie stellten Gesundheitssysteme vor neue Aufgaben. Pflegekräfte waren herausgefordert, zeitnahe angepasste Routinen und Prozedere für die Versorgung von pflegebedürftigen und an COVID-19 erkrankten Personen zu entwickeln (Sun et al., 2020, S. 594). Im Vergleich zu der Zeit vor der Coronapandemie berichten 65 % der Pflegekräfte von einem starken Anstieg psychischer Belastungen (Eggert & Teubner, 2021, S. 8). In diesem Kapitel werden die in der Literatur dargestellten Einflüsse auf die psychische Gesundheit, bezogen auf die Eindämmungsmaßnahmen der Coronapandemie, dargestellt.

4.1 Herausforderungen durch persönliche Schutzausrüstung

Die Verfügbarkeit von persönlicher Schutzausrüstung stellte am Anfang der Coronapandemie eine wesentliche Herausforderung dar. Durch den Mangel an Schutzausrüstung ist genaues Planen der Pflege- und Betreuungstätigkeiten sowie das Wiederverwenden und Aufbereiten dieser notwendig. Die Wiederverwendung des Schutzmaterials stresst Pflegekräfte, vor allem wenn diese mit Kolleg*innen geteilt werden muss. Die Pflege und Betreuung von an COVID-19 erkrankten Personen in der persönlichen Schutzausrüstung ist umständlich und unangenehm. Unter langärmeligen Mänteln staut sich die Hitze, sodass nach längerem Tragen die Arbeitskleidung vom Schweiß durchnässt ist. Dem Nachkommen körperlicher Bedürfnisse, wie zum Beispiel essen, trinken, oder der Toilettengang, ist unmöglich. Pflegekräfte fühlen sich schuldig, wenn sie aufgrund einer notwendigen Pause Schutzausrüstung verschwenden. Erschöpfung, Unwohlsein und Hilflosigkeit sind die Folge (Hoernke et al., 2021, S. 4ff.; Sun et al., 2020, S. 594f.). Kopfschmerzen, Atem- und Konzentrationsprobleme stellen sich durch das Tragen des Atemschutzes ein. Pflegekräfte fühlen sich in ihrer Arbeit eingeschränkt, da selbst bei Notfällen das Tragen der persönlichen Schutzausrüstung Priorität hat. Das Beschlagen der Schutzvisiere und -brillen schränkt die Sicht der Pflegekräfte ein. Bei sämtlichen Tätigkeiten ist dies hindernd und gefährlich, Pflegekräfte fühlen Frustration. Das Tragen mehrerer Schichten an Schutzhandschuhe schränkt das Feingefühl in den Fingern ein und ist störend bei Tätigkeiten, wie zum Beispiel Puls messen, der venösen Blutabnahme oder dem Legen einer peripheren Venenverweilkanüle. Prozesse in Arbeitsabläufen haben sich verändert, Pflegekräfte müssen vermehrt allein arbeiten, was wiederum eine längere Zeit in Isolierbereichen mit sich bringt (Begerow et al., 2020, S. 232; Hoernke et al., 2021, S. 10).

Eggert & Teubner (2021, S.11f.) beleuchten in ihrer Studie unter anderem den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Hygiene- und Schutzmaterialien. Befragte Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen berichten zu 68 % über einen starken Anstieg der psychischen Belastung in Verbindung mit einem Mangel an Hygiene- und Schutzmaterialien.

Pflegekräfte haben eine zentrale Rolle in der Kommunikation zwischen Patient*innen, Angehörigen, Ärzt*innen und anderweitigen Gesundheitsberufen. Diese ist durch die persönliche Schutzausrüstung erheblich eingeschränkt. Sind Patient*innen hörbeeinträchtigt, erschwert sich die Informationsweitergabe seitens der Pflegekräfte. Patient*innen sind aufgrund des Atemschutzes nicht in der Lage auf Hilfsmittel, wie zum Beispiel das Lippen lesen, zurückzugreifen. Fehlende Mimik führt bei Menschen mit Demenz oder Delir zu Verunsicherung und herausforderndem Verhalten. Ebenso ist die Kommunikation im Team verändert. Pflegekräfte haben Schwierigkeiten ihre Kolleg*innen in der persönlichen Schutzausrüstung zu erkennen und Gesprochenes zu verstehen (Begerow & Gaidys, 2022, S. 63; Hoernke et al., 2021, S. 10). Benötigen Patient*innen wegen schlechter Belüftung der Lungen die Gabe von Sauerstoff, werden spezielle Geräte verwendet, welche eine permanent belastende Geräuschkulisse erzeugen. Ebenso dämpfen Sauerstoffmasken das Gesprochene von Patient*innen, was Pflegekräften wiederum das Verstehen erschwert (Shin & Yoo, 2022, S. 1090).

4.2 Personalschulung und Informationsweitergabe

Unzureichende Schulung im korrekten An- und Ausziehen der Schutzkleidung setzt Pflegekräfte unter Druck. Es stellt eine Gefahr für Pflegekräfte selbst sowie für Patient*innen und Mitarbeitende dar (Maben et al., 2022, S. 9). Laut Sun et al. (2020, S. 594) empfanden Pflegekräfte in China vor und während dem Arbeitsantritt auf Isolierstationen große Angst, welche sich nach dem Einarbeiten und dem Kennenlernen der Arbeitsabläufe reduzierte. Pflegekräfte wurden durch spezielles Training an die Anforderungen des Isolierbereiches vorbereitet, welche das Krankheitsbild und den korrekten Umgang mit persönlicher Schutzausrüstung umfasste. Pflegekräfte im Vereinigten Königreich fühlten sich ausreichend geschult im Umgang mit Schutzmaterialien. Etwaige Wissensdefizite haben Pflegekräfte selbstständig durch Recherchen und Training kompensiert. Rasche Änderungen in den nationalen Vorgaben sowie unklare Informationsweitergabe zur persönlichen Schutzausrüstung und weiteren Eindämmungsmaßnahmen, haben bei Pflegekräften zu Verwirrung und Misstrauen geführt (Hoernke et al., 2021, S. 4). In Deutschland berichten Pflegekräfte überwiegend positiv über die Informationsweitergabe seitens der Führung. Die

Beschaffung notwendiger Ressourcen, die Umsetzung der Präventionskonzepte und die Vorbereitung für die Pflege und Betreuung einer großen Anzahl an COVID-19 erkrankten Personen empfanden Pflegekräfte als zufriedenstellend. Nur wenige der Befragten fühlten sich seitens des Unternehmens mit den Herausforderungen der Coronapandemie alleingelassen (Kramer et al., 2021, S. 274). Li et al. (2021, S. 75) stellen fest, je besser die Kommunikation im Unternehmen während der Coronapandemie war, desto weniger stellten sich Depressionssymptome bei den Pflegekräften ein. Selbes gilt für die Bereitstellung von ausreichend persönlicher Schutzausrüstung und Schulungen diesbezüglich. Pflegekräfte heben die Wichtigkeit einer transparenten und zeitnahen Informationsweitergabe hervor.

4.3 Herausforderungen durch Besuchsregelungen

Durch Regelungen zur Steuerung der Besuche, wie zum Beispiel ein striktes Besuchsverbot, erleben Pflegekräfte konfliktäre Situationen mit Angehörigen. Kontroverse institutionelle Entscheidungen bezüglich Besuchsausnahmen, bringen Pflegekräfte gegenüber anderen Angehörigen und Pflegebedürftigen in Bedrängnis (Begerow & Gaidys, 2022, S. 63f.). In Pflege- und Betreuungstätigkeiten sowie bei der Freizeitgestaltung stellen Angehörige eine wesentliche Unterstützung dar. Entfällt diese, erhöht sich das Arbeitspensum der Pflegekräfte. Wegen der einschränkenden Besuchsregelungen erfahren Pflegekräfte vermehrt Wut und Frustration seitens der Angehörigen. Pflegekräfte erleben darüber hinaus den Leidensdruck der pflegebedürftigen Menschen durch ausbleibende Besuche der Angehörigen. Die intensive psychosoziale Begleitung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen stellt eine zusätzliche Belastung für Pflegekräfte dar. Dem erhöhten Kontaktbedürfnis wird versucht mit Telefonaten und Videoanrufen nachzukommen (Begerow et al., 2020, S. 233; Schulze et al., 2022, S. 6).

Als positiver Effekt der Besuchsregelung wird die eingekehrte Ruhe in Institutionen genannt. Pflegekräfte profitieren von der erhöhten Konzentration auf Pflege- und Betreuungstätigkeiten (Begerow et al., 2020, S. 233).

4.4 Moralischer Stress

Sind Pflegekräfte nicht in der Lage nach ihren professionellen Werten, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu handeln, so ergibt sich moralischer Stress. Laut Begerow & Gaidys (2022, S. 61ff.) entsteht moralischer Stress (engl.: moral distress) aufgrund von personalbedingtem Zeitmangel, durch welchen Fachkräfte ihre Pflege- und Betreuungstätigkeiten auf das notwendigste minimieren müssen. Pandemiebedingte Eindämmungsmaßnahmen führen zu Veränderung, Verdichtung und Übernahme von Arbeitsaufgaben. Pflegekräfte haben keine Zeit mehr für qualitative Pflege. Abstandsregeln und Reduktion des direkten Kontaktes

belasten die Beziehung und Kontaktgestaltung zu pflegebedürftigen Menschen. Die soziale Teilhabe der pflegebedürftigen Menschen ist stark eingeschränkt, zeitliche Ressourcen für Gespräche bestehen kaum. Pflegepersonen fühlen sich hilflos und erleben das Leiden der Pflegebedürftigen. Als besonders moralisch und ethisch belastend wird das Sterben ohne An- und Zugehörige während eines strengen Besuchsverbots beschrieben. Aufgrund von Konflikten und Unstimmigkeiten mit Angehörigen und anderen Berufsgruppen bewerten Pflegekräfte diese vermehrt als Risiko und weniger als Ressource. Missachtungen institutioneller Vorschriften, Beschwerden und Schuldzuweisungen von Angehörigen führen bei Pflegekräften zu Unverständnis und Frustration. Eingeschränkte medizinische Betreuung resultiert in hoher Verantwortung für Pflegebedürftige. Fachkräfte fühlen sich mit ethischen Entscheidungen bei Notfällen allein gelassen. Veränderung der professionellen Rolle von Pflegekräften und die Infragestellung der pflegerischen Expertise belasten den Pflegealltag. Die Reduzierung der Pflegetätigkeit auf die strikte Einhaltung von Maßnahmen und die ständige Angst um die Sicherheit der Pflegebedürftigen sowie um sich selbst und das persönliche Umfeld schüren Konfliktgefühle. Weiters zweifeln Pflegekräfte durch die Gesamtheit der Umstände ihre Wirksamkeit und Einschätzung im pflegerischen Setting an. Es resultieren ein schlechtes Gewissen und Schuldzuweisungen. Pflegekräfte berichten über Motivationsprobleme und emotionale Distanzierung, Gedanken über den Berufsausstieg folgen. Durch moralische Dilemmata sind Pflegekräfte in einem permanenten Zustand der Belastung. Stress, Wut, innerliche Erschöpfung und Müdigkeit werden als psychische und physische Effekte von moral distress beschrieben.

Ergänzend hierzu sind die Erkenntnisse von Lake et al. (2021, S. 803ff.) zu nennen. Einerseits sind das Infektions- und Verbreitungsrisiko sowie die Pflege und Betreuung von Menschen ohne die Präsenz derer Angehörigen covidspezifische Quellen, welche am meisten moralischen Stress auslösen. Potentiell lebensverlängernde Therapiemaßnahmen bei gegenteiligem Patient*innenwunsch führen zu moralischen Dilemmata. Andererseits kann eine effektive und transparente Kommunikation der Führungsebene den moralischen Stress reduzieren.

4.5 Weitere psychische und physische Effekte

Seit Beginn der Coronapandemie haben Pflegekräfte negative Emotionen wahrgenommen. Neben der Angst um den physischen und psychischen Zustand von Patient*innen, haben Pflegekräfte vor allem Angst, angemessene Pflege und Betreuung bei hohem Patient*innenstand und gleichzeitig geringer Personalanzahl leisten zu müssen. Durch unzureichendes Wissen und Behandlung der Krankheit am Anfang der Pandemie, erlebten

Pflegekräfte Unsicherheit und Hilflosigkeit. Rasche Verschlechterung der Gesundheitszustände sowie gehäufte Todesfälle verstärkten diese Gefühle unter den betreuenden Personen. Pflegekräfte waren besorgt, trotz persönlicher Schutzausrüstung, sich selbst und in weiterer Folge Familienangehörige mit dem Virus anzustecken. Vor allem stresste Pflegekräfte die Ungewissheit über die Schwere des Krankheitsverlaufes. Fachkräfte fühlten sich schuldig, wenn sie sich zur Minimierung der Ansteckungsgefahr räumlich von ihrer Familie trennten. Die Erholung in der Freizeit gestaltete sich durch die Summe der Belastungen als schwierig (Sun et al., 2020, S. 594; Peng et al., 2021, S. 2188f.). Pflegekräfte erlebten durch chronisches Stresserleben starke emotionale Erschöpfung. In Kombination mit körperlicher Ermüdung besteht bei länger anhaltenden Symptomen die Gefahr von Burnout. Pflegekräfte entfernten sich emotional von ihren Patient*innen. Eindämmungsmaßnahmen verstärken den Fokus auf technische Pflegetätigkeiten, sie erschweren die emotionale und psychosoziale Betreuung (Maben et al., 2022, S. 10; Schulze et al., 2022, S. 7). Andauernder Stress und konfliktäre Situationen fördern Zweifel der Selbstwirksamkeit der Pflegekräfte. Dies mündet in depressiver Symptomatik, geringer Selbstfürsorge und Motivationsproblemen (Begerow & Gaidys, 2022, S. 65).

Neben den psychischen Effekten haben die Eindämmungsmaßnahmen auch physische Auswirkungen, welche bereits vereinzelt aufgezeigt wurden. Pflegekräfte berichten über Schlafprobleme und Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus. Anhaltender Stress bedingt Appetitlosigkeit mit folgendem Gewichtsverlust. Ebenso werden allgemeine Schwäche und Schwindel angegeben (Peng et al., 2021, S. 2189). Neben den oben genannten Kopfschmerzen, Atem- und Konzentrationsbeschwerden aufgrund der persönlichen Schutzausrüstung, sind einige Veränderungen speziell auf den Atemschutz zurückzuführen. Pflegekräfte berichten über temporäre Druckstellen an der Nase, hinter den Ohren, an den Wangenknochen und am Unterkiefer. Ebenso aufgetreten sind Schwellungen und Ausschläge. Pflegekräfte nennen Dehydratation und Unterschiede in Typ und Qualität der persönlichen Schutzausrüstung als verstärkenden Faktor für Hautveränderungen (Ünver et al., 2022, S. 224f.).

4.6 Positive Effekte

Trotz der oben genannten herausfordernden Effekte der Coronapandemie, haben Pflegekräfte auch positive und stärkende Erfahrungen gemacht. Unter dem Druck der Versorgung von an COVID-19 erkrankten Personen ist die Zusammenarbeit und Unterstützung im Team gestiegen und wird von Pflegekräften als wertvolle Ressource wahrgenommen. Das Vertrauen zu den Kolleg*innen ist gewachsen und Beziehungen haben sich gefestigt. Der Support

untereinander reduziert das Stressempfinden. Aufgrund der physisch und psychisch fordernden Arbeit während der Coronapandemie haben sich Pflegekräfte vermehrt selbst reflektiert. Pflegekräfte fühlen sich wiederum mehr mit ihrer Tätigkeit verbunden, das persönliche Ansehen und der Respekt gegenüber dem Pflegeberuf ist gestiegen. Weiters sind Pflegekräfte weit über ihre physischen und psychischen Grenzen gekommen und haben dadurch ihr Potential und ihre Stärke entdeckt. Das Selbstbewusstsein in persönlicher und beruflicher Sicht ist gestiegen. Die eigene Gesundheit sowie der Rückhalt von Familie und Freunden wird mehr wertgeschätzt. Durch die Erfahrungen mit Leben und Tod, Erfolg und Versagen, fühlen Pflegekräfte Dankbarkeit gegenüber dem Leben selbst und für die Möglichkeiten des Gesundheitssystems (Peng et al., 2021, S. 2189f.; Sun et al., 2020, S. 594ff.).

5 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

In Anbetracht der Problemstellung bildet die Grundlage dieser Arbeit die Forschungsfrage, welchen Einfluss die Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen auf den psychischen Gesundheitszustand von Pflegekräften nehmen.

Eine wesentliche Eindämmungsmaßnahme stellt die Verwendung von persönlicher Schutzausrüstung als mechanische Barriere vor dem Kontakt mit dem Virus dar. Einerseits ist die mangelnde Verfügbarkeit von Atemschutzmasken, Schutzhandschuhen, Schutzbrillen und Kittel ein wesentlicher Grund für den Anstieg psychischer Belastung. Andererseits führt das Tragen eben dieser gleichermaßen zu Beschwerden wie Unwohlsein, Hilflosigkeit und Erschöpfung. Frustration ergibt sich durch Einschränkungen in pflegerischen Tätigkeiten, dem Nachkommen eigener Bedürfnisse und in der Kommunikation. Dehydratation und Atembeschwerden durch Kittel und Atemschutz resultieren in Konzentrationsproblemen. Es wird deutlich, dass physische Auswirkungen durch das Tragen der persönlichen Schutzausrüstung einen beträchtlichen Einfluss auf den psychischen Zustand von Pflegekräften haben. Somit ist eine getrennte Betrachtung von psychischen und physischen Einflüssen in diesem Kontext nicht sinnvoll. Pflegekräfte verdeutlichen psychische Herausforderungen mit der persönlichen Schutzausrüstung eher mit der Beschreibung ihrer physischen Probleme (Hoernke et al., 2021, S. 9f.).

Unzureichende Personalschulung in der korrekten Anwendung von Schutzmaterialien und verminderte Informationsweitergabe stellen sich als negative Stressoren heraus. Verwirrung und Misstrauen gegenüber den Verantwortlichen können sich entwickeln. Pflegekräfte stehen unter Druck, da durch das erhöhte Infektionsrisiko die eigene Gesundheit, als auch die Gesundheit der Familie und der pflegebedürftigen Menschen gefährdet ist. Werden Wissensdefizite durch selbstständige Recherche kompensiert, ergibt sich die Möglichkeit, dass sich Pflegekräfte Vorgehensweisen falsch aneignen könnten oder Falschinformationen erhalten. Wird für intensive Personalschulung und effektive Informationsweitergabe gesorgt, reduziert dies Angst und Pflegekräfte verspüren mehr Sicherheit (Li et al., 2021, S. 75). In diesem Zusammenhang steht weniger die Eindämmungsmaßnahme an sich, sondern deren Ausführung im Fokus. Es sind Unterschiede in der Wahrnehmung von Pflegekräften zu erkennen. Zu bedenken ist, dass die Ausprägung der Coronapandemie je nach Betrachtungsort variiert (Kramer et al., 2021, S. 280). Ebenso könnten Unterschiede in den nationalen Vorgaben zu differenten Wahrnehmungen führen.

Angehörige unterstützen Pflegekräfte im Alltag durch die Übernahme von Pflege- und Betreuungstätigkeiten. Verringert sich oder entfällt diese Unterstützung aufgrund pandemiebedingter Besuchsregelungen, sind Pflegekräfte durch die Mehrarbeit beansprucht. Frust, Wut und Schuldzuweisungen seitens der Angehörigen sind von Pflegekräften abzufedern. Viel mehr jedoch sind Pflegekräfte über den Zustand und die Auswirkungen auf die pflegebedürftigen Menschen besorgt. Sie erleben ihren Leidensdruck wegen mangelnden sozialen Kontaktes zu Familie und Freunden. Pflegekräfte widerfahren intensive Gefühle von mehreren Seiten, was eine hohe emotionale Belastung mit sich bringt. Auch wenn Emotionsarbeit eine Anforderung an Pflegekräfte ist, bringt die Unterdrückung und Kontrolle der eigenen Emotionen Stress und Erschöpfung mit sich (Schmucker, 2020, S. 54). Die in Bezug auf Besuchsverbote angenommene Ruhe in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen wurde wider Erwarten wenig in der Literatur aufgegriffen.

Die Diskrepanz zwischen der gewünschten Art Pflege durchzuführen, und der tatsächlichen Arbeitsweise, resultiert in moral distress. Personal- und Zeitmangel sowie ein hohes Arbeitspensum zwingen Pflegekräfte Routinen und Abläufe auf Kosten der Qualität anzupassen. Das dadurch entstehende ethische und moralische Dilemma verursacht einen permanenten Stresszustand. Wut und innerliche Erschöpfung werden verspürt. Motivationsprobleme und emotionale Distanzierung zählen zu den Symptomen des Burnout-Syndroms, welches sich ohne adäquate Gegensteuerung entwickeln kann. Pflegekräfte mit moral distress spielen vermehrt mit dem Gedanken des Berufsausstieges. Moral distress wurde bereits vor der Coronapandemie von Pflegekräften wahrgenommen und kommuniziert. Die Eindämmungsmaßnahmen sind folglich nicht als Ursache von moral distress zu identifizieren. Es lässt sich jedoch rückschließen, dass diese verstärkenden Charakter aufweisen (Lake et al., 2021, S. 803).

Weitere dargestellte Effekte auf die psychische und physische Gesundheit können nicht direkt auf die Eindämmungsmaßnahmen zurückgeführt werden, dennoch sind sie nicht zu vernachlässigen. Die Angst vor einer Infektion, die damit einhergehende Unklarheit über den Verlauf der Krankheit und die räumliche Trennung zu Bezugspersonen stellt sich als belastender Faktor dar. Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Pandemie resultiert in Unbehagen. Die Ursprünge von Stressoren erweisen sich nicht nur im beruflichen und persönlichen, sondern auch im sozialen und kulturellen Bereich. Die Summe der Stressoren und Erlebnisse der Pandemie schüren Zweifel im Können und der Wirksamkeit von Pflegekräften. Je nach individueller Konstitution, Charakter, Fähigkeiten und Fertigkeiten erleben und reagieren Pflegekräfte auf Stressoren in unterschiedlicher Weise (Peng et al., 2021, S. 2188; Reif et al., 2018, S. 16).

Neben den negativen Einflüssen erleben Pflegekräfte auch positive Effekte der Coronapandemie. Kolleg*innen stellen sich als wichtiger protektiver Faktor für die psychische Gesundheit von Pflegekräften dar. Die Zusammenarbeit und Unterstützung im Team sowie das gegenseitige Vertrauen reduziert das Stressempfinden. Diese Tatsache wird für die Pflegekräfte in Bezug auf Wirksamkeit und Identifikation als essenziell erachtet (Sun, 2020, S. 594). Pflegekräfte bauen Selbstvertrauen durch das Überschreiten eigener Grenzen und dem Bewältigen herausfordernder Situationen auf. Es zeigen sich neben negativen Auswirkungen auch positive und förderliche Effekte von Stressoren. Dies bestätigt wiederum die Individualität in der Wahrnehmung und im Umgang mit Stressfaktoren.

6 Schlussfolgerung & Ausblick

Seit nun mehr als zwei Jahren ist die Coronapandemie Teil der alltäglichen Arbeit in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Nationale Vorgaben zu den Eindämmungsmaßnahmen werden laufend evaluiert und angepasst. Wie lange die Pandemie noch andauern wird, bleibt offen.

Bereits vor der Coronapandemie wurde auf bedenkliche Arbeitssituationen in der Pflege aufmerksam gemacht. Im Rahmen dieser Arbeit haben sich einige positive, aber vor allem negative Einflüsse der Eindämmungsmaßnahmen auf den psychischen Gesundheitszustand von Pflegekräften gezeigt. Durch hohe psychische Belastungen von mehreren Seiten häufen sich Gedanken des Berufsausstieges. Dies ist somit ein weiterer Anstoß, Arbeitsumstände in der Pflege zu verbessern und gesundheitsförderliche Maßnahmen für Pflegekräfte zu ergreifen. Besonders in Zeiten des demografischen Wandels und des anhaltenden Personal mangels im Gesundheits- und Sozialbereich brauchen Pflegekräfte die notwendige Unterstützung, um auch in Zukunft eine angemessene Versorgung der pflegebedürftigen Menschen leisten zu können. Die Systemrelevanz der Pflege wurde im Laufe der Pandemie vielfach erwähnt. Nun besteht die Herausforderung, diese Tatsache in politischen Diskussionen und Entscheidungen nicht in den Hintergrund rücken zu lassen.

In Bezug auf diese Arbeit soll beachtet werden, dass sich viel Literatur mit der allgemeinen Wirkung der Coronapandemie auf den psychischen Gesundheitszustand von Pflegekräften befasst. Teilbereiche aus den Quellen, welche sich mit den Eindämmungsmaßnahmen beschäftigen, wurden für diese Arbeit verwendet. Spezielle Betrachtungen mit dem Fokus auf Eindämmungsmaßnahmen und dem Einfluss dieser auf den psychischen Gesundheitszustand von Pflegekräften wurden kaum gefunden. Es ist auf die große Bandbreite der geografischen Herkunft der Literatur, sowie auf die unterschiedlichen Ausprägungen der Coronapandemie in den jeweiligen Ländern hinzuweisen. Ebenso sind differente Ausstattung und Möglichkeiten der Gesundheits- und Sozialeinrichtungen zu bedenken. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf Pflegekräfte weltweit, und wiederum spezifisch auf eine Nation, ist nicht zu empfehlen.

Folglich eröffnen sich Möglichkeiten für weitere Forschungen in diesem Bereich. Die detaillierte Betrachtung der verschiedenen Eindämmungsmaßnahmen, speziell der Besuchsregelungen, würde weitere Erkenntnisse bringen. Individuelle Betrachtungen und Vergleiche von verschiedenen Bereichen in Krankenhäusern, zum Beispiel von Covidstationen, Normalstationen, Spezialabteilungen, Intensivpflegebereiche und

Ambulanzen, würden neues Wissen für Handlungsempfehlungen generieren. Selbes gilt für Langzeitpflegeeinrichtungen. Eine Evaluierung des psychischen Gesundheitszustandes von Pflegekräften in einigen Jahren würde langfristige Auswirkungen der Coronapandemie, ebenso wie neue Handlungsfelder aufdecken. Von Interesse wären zudem Forschungen in Verbindung mit jüngst getroffenen Regierungsmaßnahmen. Hierzu sei das kürzliche Inkrafttreten der 4. Novelle zur 2. COVID-19 Basismaßnahmenverordnung in Österreich erwähnt, in welcher die Testpflicht für Personal und Besucher*innen gelockert wurde. Weiters würde sich eine Betrachtung angekündigter Gehaltspakete für die Pflege anbieten und inwiefern sich diese auf die Gesundheit von Pflegekräften ausgewirkt haben könnten.

Literaturverzeichnis

- Begerow, A. & Gaidys, U. (2022). „Ich stehe jeden Dienst mit mir selbst im Konflikt“ – „Moral distress“ bei Altenpflegenden während der COVID-19-Pandemie. *HeilberufeScience*, 13, 59-68. <https://doi.org/10.1007/s16024-022-00366-2>
- Begerow, A., Michaelis, U. & Gaidys, U. (2020). Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie. *Pflege*, 33(4), 229-236. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000744>
- Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz – COVID-19-MG). StF: BGBl. I Nr. 12/2020 idgF.
- Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG), StF: BGBl. I Nr. 108/1997 idgF.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK] (2017). *Guidelines zur Eintragung in das Gesundheitsberuferegister – Anlage 5: Prüfung der gesundheitlichen Eignung*. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:aa0e4e9f-3859-41ec-96bf-de815e618d61/GBR-Guidelines_BMGF-92250_0082-II_A_2_2017_21.11.2017_Gesundheit_%C3%96sterreich_GmbH.pdf
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK] (2022). *Die COVID-19-Pandemie*. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0c4db1d5-e448-4d25-8a97-26fdf8c44987/Die_COVID-19-Pandemie.pdf
- Eggert, S. & Teubner, C. (2021). *Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste*. Zentrum für Qualität in der Pflege. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjQi6nFqt3AhVPwKQKHQWSA2EQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.zqp.de%2Fwp-content%2Fuploads%2FZQP-Analyse-Corona-Langzeitpflege.pdf&usq=AOvVaw0PMYkxV6R1laZEsDN4jgWK>
- Europäische Kommission (2012). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Gesundheitswesen – Leitfaden für Prävention und gute Betriebspraxis*. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/45061>

- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2014). *Safe use of personal protective equipment in the treatment of infectious disease of high consequence* (Version 2). <https://doi.org/10.2900/339505>
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2020). *Leitlinien zum Tragen und Ablegen persönlicher Schutzausrüstung in Gesundheitseinrichtungen für die Pflege von Patienten mit vermuteter oder bestätigter COVID-19-Erkrankung*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwui6paNvqH7AhWNH-wKHWfvCI4QFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ecdc.europa.eu%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocuments%2FProtective%2520equipment_DE.pdf&usg=AOvVaw16atus9PCK30miTLfEbsuH
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2021). *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings* (6. Auflage). https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_6th_update_9_Feb_2021.pdf
- European Centre for disease prevention and control [ECDC] (2022). *Assessment of the further spread and potential impact of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern in the EU / EEA, 19th update*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-19-update-27-jan-2022.pdf>
- Herrman, H., Saxena, A., Moodie, R. & Walker, L. (2005). Promoting Mental Health as a Public Health Priority. In World Health Organization (Hrsg.), *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice* (S. 2-17). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/51372/retrieve>
- Hoernke, K., Djellouli, N., Andrews, L., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Marin, S., Vanderslott, S. & Vindrola-Padros, C. (2021). Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: a rapid qualitative appraisal. *BMJ Journals*, 11(1), Artikel e046199. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046199>
- International Council of Nurses [ICN] (2021). *Mass trauma experienced by the global nursing workforce*. https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_COVID19_update_report_FINAL.pdf
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention [KRINKO] (2015). *Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit*

- übertragbaren Krankheiten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58(9), 1151-1170. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2234-2>
- Kramer, V., Thoma, A. & Kunz, M. (2021). Medizinisches Fachpersonal in der COVID-19-Pandemie: Psyche am Limit. *Information Neurologie + Psychiatrie*, 23(6), 46-52. <https://doi.org/10.1007/s15005-021-1975-8>
- Lake, E., Narva, A., Holland, S., Smith, J., Cramer, E., Fitzpatrick Rosenbaum, K., French, R., Clark, R. & Rogowski, J. (2021). Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *JAN Leading Global Nursing Research*, 78(3), 799-809. <https://doi.org/10.1111/jan.15013>
- Li, T., Pien, L., Kao, C., Kubo, T. & Cheng, W. (2021). Effects of work conditions and organizational strategies on nurses' mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 71-78. <http://doi.org/10.1111/jonm.13485>
- Lu, S., Wei, F. & Li, G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5(6), 76-85. <https://doi.org/10.15698/cst2021.06.250>
- Maben, J., Conolly, A., Abrams, R., Rowland, E., Harris, R., Kelly, D., Kent, B. & Couper, K. (2022). 'You can't walk through water without getting wet' UK nurses' distress and psychological health needs during the Covid-19 pandemic: A longitudinal interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 131, Artikel 104242. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104242>
- Neuner, R. (2021). *Psychische Gesundheit bei der Arbeit: Gefährdungsbeurteilung und gesunde Organisationsentwicklung* (4. Auflage). Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-34974-5>
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- Peng, X., Yang, Y., Gao, P., Ren, Y., Hu, D. & He, Q. (2021). Negative and positive psychological experience of frontline nurses in combatting COVID-19: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2185-2193. <https://doi.org/10.1111/jonm.13481>
- Reif, J., Spieß, E. & Stadler, P. (2018). *Effektiver Umgang mit Stress, Gesundheitsmanagement im Beruf*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55681-8>

- Robert Koch-Institut (2007). Anforderungen der Krankenhaushygiene und des Arbeitsschutzes an die Hygienebekleidung und persönliche Schutzausrüstung. *Epidemiologisches Bulletin*, 1, 3-4. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/4342/21ASP96otC9uow.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019* (S. 49-60). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9>
- Schulze, S. & Holmberg, C. (2021). Bedeutung und Belastung von Pflegekräften während der Corona-Krise. *Public Health Forum*, 29(1), 32-35. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0114>
- Schulze, S., Merz, S., Thier, A., Tallarek, M., König, F., Uhlenbrock, G., Nübling, M., Lincke, H., Rapp, M., Spallek, J. & Homberg, C. (2022). Psychosocial burdens in nurses working in nursing homes during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study with quantitative and qualitative data. *BMC Health Services Research*, 22, Artikel 949. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08333-3>
- Shin, S. & Yoo, H. (2022). Frontline nurses' caring experiences in COVID-19 units: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 30 (5), 1087-1095. <https://doi.org/10.1111/jonm.13607>
- Statistik Austria (2022). *Demographisches Jahrbuch 2020*. <https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Demographisches-JB-2020.pdf>
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S. & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*, 48(6), 592-598. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>
- Ünver, S., Yildirim, M. & Yenigün, S. (2022). Personal protective equipment related skin changes among nurses working in pandemic intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Tissue Viability*, 31(2), 221-230. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.01.007>
- Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend Basismaßnahmen, die zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 ergriffen werden (2. COVID-19-Basismaßnahmenverordnung – 2.COVID-19-BMV). StF: BGBl. II Nr. 156/2022 idgF.

Wiederhold, D. (2020). Die psychische Gesundheit von Pflegenden – Teil 1. *Dialyse Aktuell*, 24(9), 376-382. <https://doi.org/10.1055/a-1288-3824>

World Health Organization [WHO] (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjLvlXY-176AhUJgf0HHSpbDKEQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0004%2F129532%2FOttawa_Charter.pdf&usg=AOvVaw0Lu8SN7wb0L0h8MgZewOIQ

World Health Organization [WHO] (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/risks_to_mental_health_en_27_08_12.pdf?sfvrsn=44f5907d_10&download=true

World Health Organization [WHO] (2019). *Mental health: fact sheet*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj3tXs19L6AhWMCOwKHW-BBqYQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0004%2F404851%2FMNH_FactSheet_ENG.pdf&usg=AOvVaw3C6gr3LB1HR2IYFuz4uUw9

World Health Organization [WHO] (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274201/retrieve>

World Health Organization [WHO] (2020a). *Novel Coronavirus (2019-nCoV), Situation Report – 1*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

World Health Organization [WHO] (2020b). *Novel Coronavirus (2019-nCoV), Situation Report – 5*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200125-sitrep-5-2019-ncov.pdf?sfvrsn=429b143d_8

World Health Organization [WHO] (2020c). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19), Situation Report – 52*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200312-sitrep-52-covid-19.pdf?sfvrsn=e2bfc9c0_4

World Health Organization [WHO] (2020d). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19), Situation Report – 37*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200226-sitrep-37-covid-19.pdf?sfvrsn=2146841e_2

World Health Organization [WHO] (2020e). *Basic documents* (49. Auflage).
https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf - page=6

Yin, Y. & Wunderink, R. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*, 23(2), 130-137. <https://doi.org/10.1111/resp.13196>

Online - Quellen

<https://covid19-dashboard.ages.at/dashboard.html?area=10> [Abruf am 07.12.2022]

<https://covid19.who.int/> [Abruf am 07.12.2022]

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> [Abruf am
02.01.2023]

<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/coronaviruses> [Abruf am
28.11.2022]

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?nn=1349088
8 [Abruf am 29.11.2022]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl täglicher Neuinfektionen mit SARS-CoV-2 in Österreich	6
Abbildung 2: Persönliche Schutzausrüstung.....	9
Abbildung 3: Ursprünge von Stressoren	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: FFP - Masken Klassifizierung.....	10
--	----