Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Ausgabe 2-2022 | ISSN 2193-8296 | Verlag hpsmedia GmbH | 11. Jahrgang

Geschichte der Gesundheitsberufe

Historisches Fachmagazin für Pflege- und Gesundheitsberufe

Schwerpunkt: Gesundheitsberufe in der Krise – Krisen in den Gesundheitsberufen

Hubert Kolling
Porträt: Elisabeth Kübler-Ross

Bianca Plangger, Gerald Gatterer, Verena Schreiber, Barbara Juen
Pflege im Krisenmodus
Stressoren und Stressreduzierende Faktoren von Führungskräften in Pflegeheimen während der COVID-19 Pandemie

Hardy-Thorsten Panknin
Infektionskrankheiten gestern und heute
Welchen Stellenwert hat dabei die professionelle Pflege?

Anja Herzog
Eine Krise: Die Kunst besteht darin zu lesen

hpsmedia

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Jetzt bestellen!
www.hpsmedia-verlag.de/shop

Katharina Genz, Anja Katharina Peters, Andrea Thiekötter (Hrsg.)

Pflege und Politik im Spiegel der Zeit

Der vorliegende Tagungsband präsentiert wissenschaftliche Abschlussarbeiten und Forschungsprojekte aus der historischen Pflege- und Hebammenforschung sowie den Geschichtswissenschaften. Der Tagungsband richtet sich an Studierende, Lehrende, Forschende, Pflegefachpersonen und Hebammen sowie alle Interessierte, die sich mit der Geschichte der professionellen Pflege und der Hebammenkunde aus historischer Perspektive beschäftigen.
Beiträge zu Krankenschwestern im System der Konzentrationslager und Funktionärinnen in der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (1933 – 1949), die Säkularisierung und Professionalisierung des Krankenpflegeberufs im sozialistischen Polen (1956 – 1969), die professionelle Identität von Pflegefachpersonen sowie zu „Schwesternschaft versus Gewerkschaft“ ermöglichen einen vertieften Einblick in die Themenwelt von Pflege und Politik im Spiegel der Zeit. Sie weisen zudem auf interdisziplinäre Verflechtungen im Gesundheitswesen hin und schließen einige Forschungsdesiderate.

„Vor allem aber bieten sie eine spannende Lektüre über die Entwicklung einer „systemrelevanten“ Berufsgruppe.“

„Leider ist die Geschichte des eigenen Berufes häufig etwas, das nur im Zusammenhang mit der staatlichen Abschlussprüfung interessiert. Deshalb gilt diesen forschenden Enthusiast:innen unser aller besonderer Dank.“

NEUERSCHEINUNG

Hubert Kolling (Hrsg.)

Das Biographische Lexikon zur Pflegegeschichte „Who was who in nursing history“ Band 10

Der von Hubert Kolling herausgegebene Band 10 des Biographischen Lexikons zur Pflegegeschichte bietet, wie die bereits vorliegenden Bände, den Nutzern eine schnelle Übersicht über die Lebensdaten und Werke historischer Pflegepersönlichkeiten, die bislang noch wenig oder gar nicht allgemein bekannt sind.

Insgesamt betrachtet zeichnet der 10. Band des Biographischen Lexikons zur Pflegegeschichte, der mit den Bänden 1 bis 9 durch zahlreiche Querverweise verknüpft ist und ein Gesamtverzeichnis der bislang darin bearbeiteten Personen enthält, wiederum ein buntes Bild der (internationalen) Pflegegeschichte in Lebensbildern, das als probates Nachschlagewerk und „Lesebuch“ zur Pflegegeschichte in keiner Ausbildungseinrichtung der Gesundheits- und Krankenpflege fehlen sollte.

„(...) eine wissenschaftlich fundierte Forschungs- und Dokumentationsarbeit (...), die den Ansprüchen und Zielen nach Interdisziplinarität und Internationalität gerecht wird.“

„Er bietet Laien wie Fachexperten wertvolle Informationen und ein breites Spektrum an Quellen zum weiterführenden Studium.“

Jetzt bestellen!
www.hpsmedia-verlag.de/shop

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

78 Titelbild dieser Ausgabe
Max Klinger, Die Pest, 1898
Dr. Hubert Kolling

83 Porträt
Elisabeth Kübler-Ross (1926 – 2004)
Dr. Hubert Kolling

90 Infektionskrankheiten gestern und heute
Welchen Stellenwert hat dabei die professionelle Pflege?
Hardy-Thorsten Panknin

109 Pflege im Krisenmodus
Stressoren und Stressreduzierende Faktoren von Führungskräften in Pflegeheimen während der COVID-19 Pandemie
Bianca Plangger, Gerald Gatterer, Verena Schreiber, Barbara Juen

118 Eine Krise: Die Kunst besteht darin zu lesen
Anja Herzog

123 Rezensionen

Impressum

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Gesundheitsberufe in der Krise – Krisen in den Gesundheitsberufen

Zum Titelbild dieser Ausgabe

Die Corona-Berichterstattungen der vergangenen zwei Jahre haben fühlbar die Aufgaben und Leistung der Gesundheitsberufe, insbesondere die der Pflegenden, in den gesamtgesellschaftlichen Fokus rücken lassen – und es scheint, als habe diese Berufsgruppe durch die Konfrontation mit der aktuellen Krise ganz neue Konturen bekommen. Fast könnte daraus der Eindruck erwachsen, als sei Corona die erste große Gesundheitskrise gewesen, die eine derartige Herausforderung darstellte. Dabei gab es im Gesundheitswesen, wie in vielen anderen Bereichen der Gesellschaft, wohl schon zu allen Zeiten Krisen (vgl. Makropoulos, 2013, S. 16), hervorgerufen etwa durch Infektionskrankheiten, Kriege oder Hungersnöte. So hat beispielsweise die Pest mit ihren furchtbaren Epidemien in Europa vom 14. bis zum Anfang des 18. Jahrhunderts wie keine andere Krankheit prägend in das Leben der Menschen, in den Verlauf der Geschichte sowie in Kultur und Kunst eingegriffen.

Im Jahre 1348 wurde die Seuche von Feodosia auf der Krim, das damals genuesischer und venezianischer Handelsstützpunkt war, mit Handelsschiffen ins Abendland eingeschleppt. Das „Große Sterben" beziehungsweise der „Schwarze Tod" traf alsbald alle Länder Europas, Menschen jeglichen Alters, Geschlechtes und Standes, Haustiere und freilebende Tiere. Dabei kannte man lange Zeit weder den Erreger der Krankheit, der erst im Jahre 1894 von dem schweizerisch-französischen Arzt und Bakteriologen *Alexandre Émile Jean Yersin* (1863 – 1943), einem Schüler von *Louis Pasteur* (1822 – 1895), und davon unabhängig von dem japanischen Arzt und Bakteriologen *Kitasato Shibasaburō* (1853 – 1931), einem Schüler von *Robert Koch* (1843 – 1910), entdeckt wurde, noch wusste man, dass pestkranke Ratten die Krankheit verbreiteten und Rattenflöhe die Seuche auf den Menschen übertrugen.

So war die Pest bis weit ins 20. Jahrhundert hinein weltweit eine gefürchtete Infektionskrankheit, die für die Menschen eine ständige Todesgefahr bedeutete. In Europa spielt sie zwar heute keine Rolle mehr, wohl aber in einigen Regionen Afrikas, Asiens sowie Süd-, Mittel- und Nordamerikas (vgl. Panknin, 2020, S. 22). Die von ihr ausgehende Bedrohung setzte der Leipziger Graphiker, Maler, Bildhauer und Kunsttheoretiker Max Klinger (1857 – 1920) im Jahre 1898/1904 in der Radierung beziehungsweise dem Stich „Pest" (61,5 x 46,1 cm) grafisch um (vgl. Singer, 1909, S. 88).

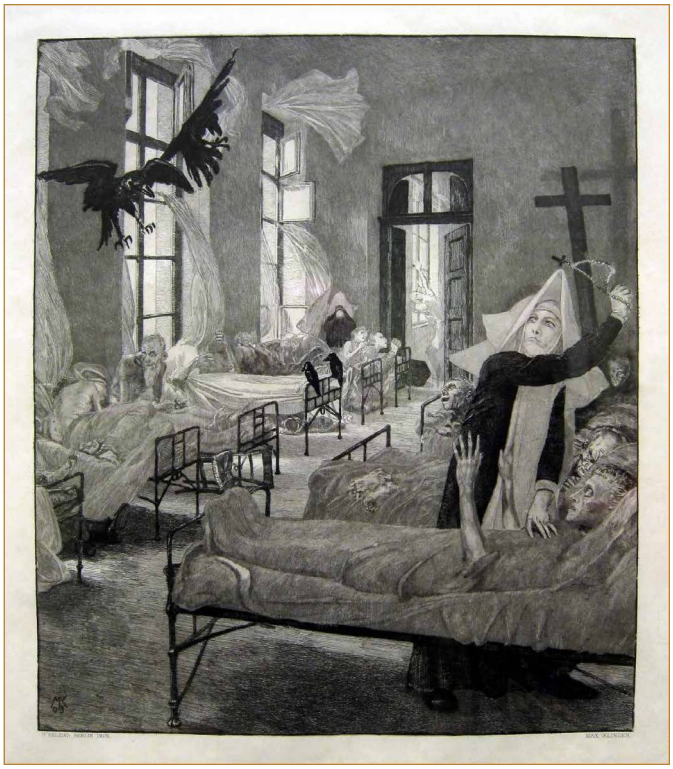


Abbildung 1: Radierung auf Papier von Max Klinger, Die Pest, 1898

Der Künstler, ein angesehener, um die Jahrhundertwende sogar populärer Künstler, der insbesondere mit seinen zwischen Naturalismus und Symbolismus stehenden druckgraphischen Zyklen auf jüngere Zeitgenossen eine starke Wirkung ausübte (vgl. Mück, 2015), beschäftigte sich mit der Thematik im Rahmen seiner beiden düsteren druckgraphischen Zyklen „Vom Tode, I. Teil" (1889) und „Vom Tode, II. Teil" (1898/1910), in denen er die uralte Totentanzidee aufgreift (vgl. Jansen, 1989, S. 181). Während der erste, wie er selbst einmal erläutert hat, im Stil von „Kleinen Nachrichten" verschiedene Situationen zeigt, in denen der Tod den Menschen überfällt, versuchte er dem Thema im zweiten Teil „eine größere, weitere Form [...] zu geben, in dem den kleinen Zufällen die großen Prinzipien, dem äußeren Schrecken die innere Auflösung derselben entgegengesetzt werden, so daß ein harmonischer Abschluß möglich ist" (Klinger, 1984, S. 286). So produzierte *Max Klinger* innerhalb dieser zwölfteiligen Folge drei Blätter mit „Gipfelpunkte[n] der Menschheit" (Herrscher, Genie und Philosoph), denen er drei Darstellungen – Krieg, Pest und Tod – vom Massentod als Hauptfeinde des Menschen gegenüberstellt (vgl. Röske, 2005, S. 118).

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Die Radierung beziehungsweise den Stich „Pest", der aus dem Zyklus „Vom Tode, Zweiter Theil, Opus XI, Blatt 5" stammt, beschreibt anschaulich der Biograph von Max Klinger, der Kunsthistoriker sowie Kunst- und Kulturkritiker Willy Pastor (1867 – 1933), wie folgt: „Der Blick in eine Pestbaracke. Ausgehöhlte oder aufgedunsene Leiber. Verkrampfte Glieder, schreckweite Augen und halbschon Abgeschiedene. Eine barmherzige Schwester [vom Heiligen Vinzenz von Paul (1581 – 1660), gut zu erkennen an ihrer für den Habit (die Tracht einer Ordensgemeinschaft) der „Vinzentinerinnen" lange Zeit, bis zum Jahre 1964, charakteristischen großen, gestärkten Haube, der „Cornette", H. K.] will den Unseligen Zuspruch und den Trost des Kreuzes bringen. Ein schlimmer Zufall läßt sie nicht dazu kommen. Der Herbstwind hat die Fenster aufgerissen und jagt durch die wirbelnden Vorhänge vier Raben in den Saal. Zwei von den Unglücksboten haben sich schon niedergelassen am Bettrand eines Kranken. Die beiden anderen flattern noch krächzend oben an der Decke und suchen sich ihr Opfer aus. Eine Panik fährt in die kranken Leiber. Die Schwester will dem Unheil wehren und schwingt ihr Kruzifix, die Raben zu verscheuchen. Doch sie kann dem Grauen nicht Einhalt tun und wird selbst hineingezogen werden in das große Sterben" (Pastor, 1918, S. 33).

Die von Max Klinger für sein Pest-Bild gewählte Darstellung ist reich an Symbolen. Neben Kreuz und Kruzifix sei besonders auf die flatternden Gardinen als Toddessymbol hingewiesen, ebenso wie auf die Raben, die bei den Griechen und Römern als Symbol der Untreue, des Verrates und ganz allgemein als Unglücksvogel sowie in der nordischen Mythologie als Leichenvogel galten.

Wenngleich die Corona-Pandemie auch nur ansatzweise mit der Pest verglichen werden kann, so hat doch auch sie bei den Beschäftigten in den medizinischen Gesundheitsberufen einschneidende Folgen hinterlassen, wie die „HDI Berufe-Studie 2021" (https://www.berufe-studie.de) – die auf einer bundesweiten Befragung der HDI Versicherungen durch das Markt- und Meinungsforschungsinstitut YouGov beruht – zeigt. Danach wollen immer mehr Beschäftigte nicht mehr im Gesundheitswesen arbeiten. Und 40 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitsbereich, insbesondere Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende, wollen jungen Menschen nicht mehr zur Wahl ihres Berufes raten. In keiner anderen Berufsgruppe wird ein solch hoher Wert gemessen, der auch weit über dem Bundesdurchschnitt für alle Berufsgruppen liegt (26 Prozent). Eine gewichtige Rolle spielt hier wohl die negativere Berufseinstellung nach den Corona-Erfahrungen, die über die Hälfte stärker ausfällt als im Schnitt der übrigen Berufsgruppen.

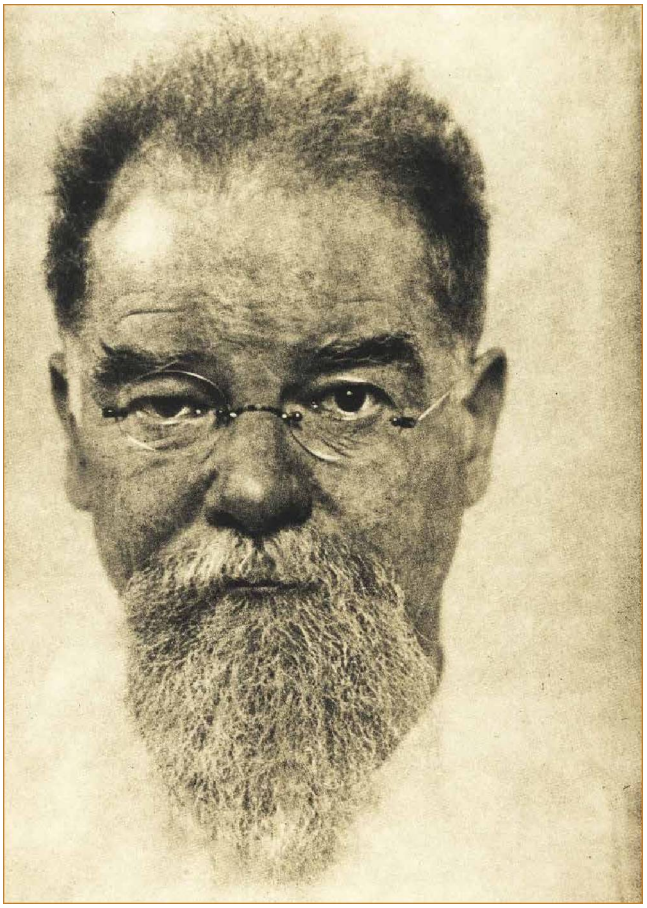


Abbildung 2: Max Klinger auf einer Photographie von Nicola Perscheid (1864 – 1930) aus dem Jahre 1915

Wer nun an die Härtesituation der Coronakrise denkt, liegt zwar richtig, hat aber dennoch nur die halbe Wahrheit im Blick. Die Pandemie hat die Probleme im Gesundheitswesen verschärft, ihre Wurzeln liegen aber viel tiefer. So nennt jeder zweite Befragte im Medizinbereich Zeitdruck als größte berufliche Belastung – ebenfalls ein Rekordwert, der sich nicht allein durch Corona erklären lässt. So wird in keinem anderen Beruf etwa die Unvereinbarkeit mit dem Privatleben als so belastend empfunden wie im Gesundheitswesen – mehr als jeder Vierte klagt hier darüber. Ebenso gehen Beschäftigte im medizinischen Bereich im Schnitt zu 53 Prozent davon aus, nicht bis zum regulären Renteneintrittsalter zu arbeiten. Auch das ist die höchste Quote unter allen befragten Berufsgruppen. Eine mögliche Ursache: Fast jeder Dritte fühlt sich durch körperlich harte Arbeit stark belastet. Nur noch im Sicherheits- und Reinigungsgewerbe wird dieser hohe Wert ebenfalls erreicht. Der Schnitt aller Berufsgruppen liegt dagegen um die Hälfte niedriger (15 Prozent). Wenig verwunderlich ist daher, dass bereits jeder dritte Befragte in den medizinischen Gesundheitsbereichen von einer erhöhten Wechselbereitschaft im Beruf nach den Corona-Erfahrungen in Deutschland ausgeht – auch dies ist ein Spitzenwert.

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

„Die Ergebnisse unserer Befragung sind alarmierend für unser Gesundheitssystem. Wenn die Attraktivität der medizinischen Berufe weiter so in den Keller rauscht", so *Dr. Christopher Lohmann*, Vorstandsvorsitzender HDI Deutschland, bei einem Pressegespräch zur Vorstellung der aktuellen Studie, sind langfristige Folgen für das deutsche Gesundheitssystem unausweichlich" (https://www.berufe-studie.de/berufseinstellung-medizinbreich.html).

Dr. Hubert Kolling

„Würden Sie jungen Menschen heute auch noch empfehlen, Ihren derzeitigen Beruf zu ergreifen?"

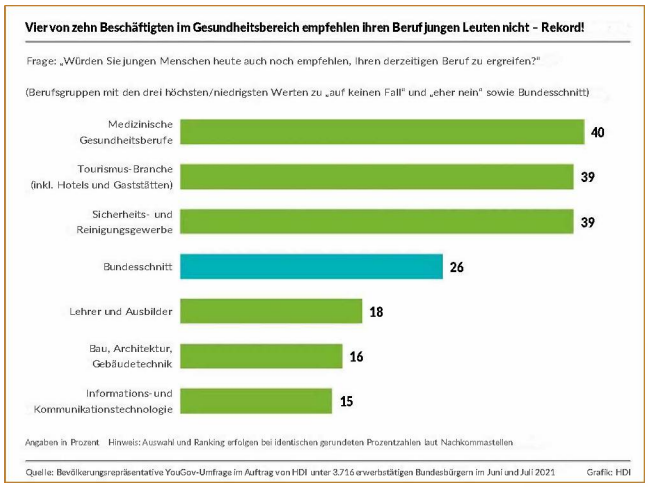


Abbildung 3: Empfehlung der Beschäftigten im Gesundheitswesen für ihren Beruf an junge Leute

„Was empfinden Sie persönlich als die Hauptgründe für berufliche Belastung in Ihrem heutigen Berufsleben?" – Antwort „Zeitdruck"

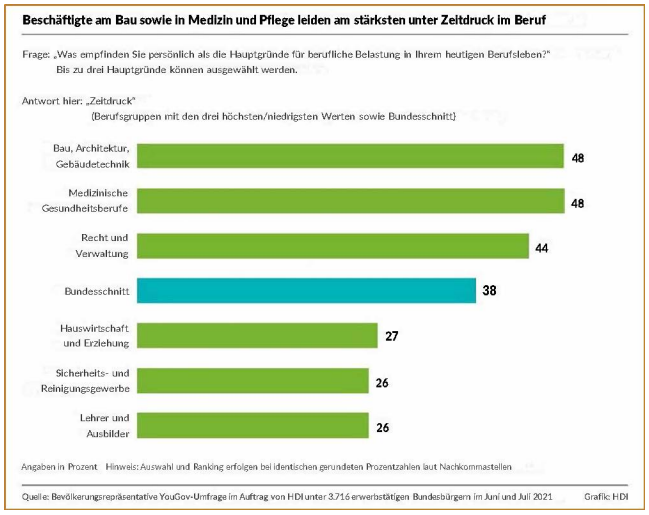


Abbildung 4: Zeitdruck als Hauptgrund für berufliche Belastung

„Was empfinden Sie persönlich als die Hauptgründe für berufliche Belastung in Ihrem heutigen Berufsleben?" – Antwort: „Unvereinbarkeit mit dem Privatleben/Unvereinbarkeit mit Kindererziehung (inkl. Home-Schooling)."

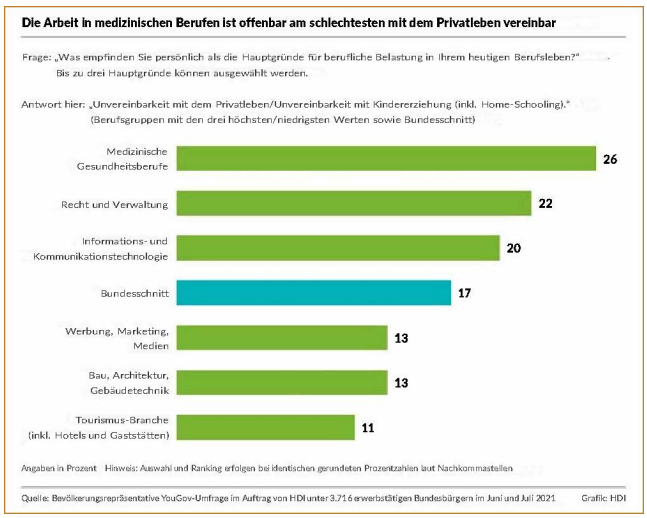


Abbildung 5: Vereinbarkeit der Arbeitszeit mit dem Privatleben

„Was empfinden Sie persönlich als die Hauptgründe für berufliche Belastung in Ihrem heutigen Berufsleben?" – Antwort: „Körperlich harte Arbeit."

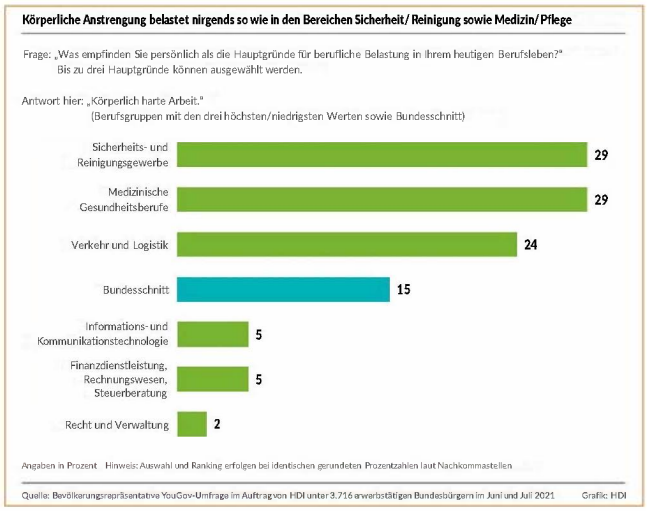


Abbildung 6: Körperliche Anstrengung als Belastung im Berufsleben

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

„Für wie hoch halten Sie die Wahrscheinlichkeit, dass Sie Ihren Beruf nicht bis zum regulären Renteneintrittsalter ausüben werden (egal aus welchen Gründen)?"

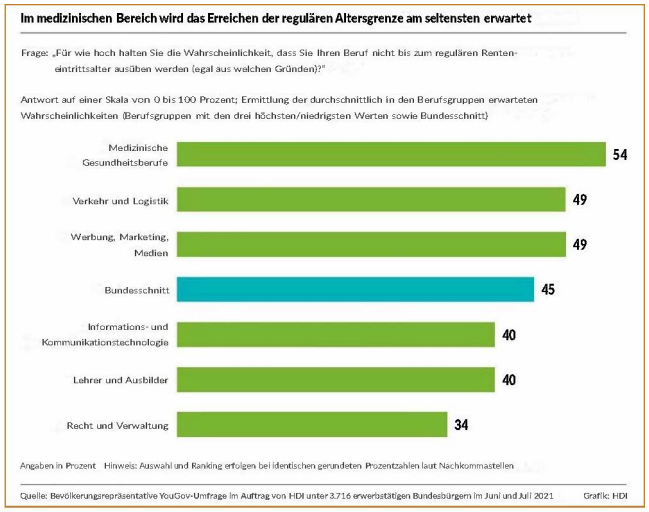


Abbildung 7: Erwartungen an das Erreichen der regulären Altersgrenze

Quellen und Literatur

- *https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Klinger_-_Pest_-_1898-1903.jpeg [05.09.2022].*
- *https://de.wikipedia.org/wiki/Krise [05.09.2022].*
- *https://de.wikipedia.org/wiki/Max_Klinger [05.09.2022].*
- *https://www.berufe-studie.de/berufseinstellung-medizinbreich.html [05.09.2022].*
- *https://www.geschichte-der-gesundheitsberufe.info/content/component/content/article/78-pflegejournal/nachrichten/12348-call-for-articles-gesundheitsberufe-in-der-krise---krisen-in-den-gesundheitsberufen?Itemid=1119 [05.09.2022].*
- *https://www.juraforum.de/lexikon/krise [05.09.2022].*
- *Jansen, Rosemarie / Jansen, Hans Helmut: Der „Schwarze Tod" in Chronik, Dichtung und Kunst. In: Hans Helmut Jansen (Hrsg.): Der Tod in Dichtung, Philosophie und Kunst. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Dietrich Steinkopff Verlag. Darmstadt 1989, Seite 161 – 191. Online unter: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-86172-7_12 [05.09.2022].*
- *Klinger, Max: Wege zum Gesamtkunstwerk. Ausstellungskatalog. Roemer und Pelizaeus Museum, Hildesheim. Wissenschaftliche Bearbeitung und Katalog: Manfred Boetzkes unter Mitwirkung von Uwe Hager. Verlag von Zabern. Mainz 1984, Seite 286.*
- *Makropoulos, Michael: Über den Begriff der „Krise". Eine historisch-semantische Skizze. In: INDES, Zeitschrift für Politik und Gesellschaft 2013-1, Seite 13 – 20. Online unter: https://www.michael-makropoulos.de/Ueber%20den%20Begriff%20der%20Krise.pdf [05.09.2022].*
- *Mück, Hans-Dieter: Von der herben Zartheit schöner Formen. Max Klinger – Leben und Werk. Wiesbaden 2015.*
- *Panknin, Hardy-Thorsten: Pest. Kein Schrecken der Vergangenheit, In: Die Schwester Der Pfleger. Die Fachzeitschrift für professionell Pflegende, Ausgabe 1/2020, Seite 22. Online unter: https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/39533-pest-kein-schrecken-der-vergangenheit [05.09.2022].*
- *Pastor, Willy: Max Klinger. Mit eigenhändiger Deckelzeichnung des Künstlers. Verlag Amsler & Ruthardt. Berlin 1918.*
- *Röske, Thomas: Der Zeichner als verneinender Künstler – Max Klinger und Arthur Schopenhauer. In: Baum, Günther / Birnbach, Dieter (Hrsg.): Schopenhauer und die Künste. Mit einem Beitrag von Werner Hofmann über Nietzsche. Wallstein Verlag. Göttingen 2005, Seite 118-13. Online unter: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/artdok/3903/1/Roeske_Der_Zeichner_als_verneinender_Kuenstler_2005.pdf [05.09.2022].*
- *Singer, Hans Wolf: Max Klingers Radierungen, Stiche und Steindrucke. Wissenschaftliches Verzeichnis. Verlag Amsler & Ruthardt. Berlin 1909, Seite 88 – 89.*

Bildquellen

- *Abbildung 1: https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Max_Klinger?uselang=de#/media/File:Klinger_peste.JPG [05.10.2022]*
- *Abbildung 2: https://de.wikipedia.org/wiki/Max_Klinger#/media/Datei:Nicola_Perscheid_-_Max_Klinger_1915.jpg [05.09.2022].*
- *Abbildung 3-7: https://www.berufe-studie.de/berufseinstellung-medizinbreich.html [05.09.2022].*

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

„Behindertenhilfe“ und „Anstalten“ im Wandel

Vom „Insassen“ zum Leistungsberechtigten

Bis in die 60er Jahre war Pflege kein Beruf, sondern „Dienst am Alten und Kranken“, Einrichtungen verstanden sich als „Anstalten“ und so genannte Irrenanstalten dienten dem Wegsperren. Dies änderte sich – viel zu langsam – erst in den letzten 50 Jahren.

Spätestens seit der Einführung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) durch die WHO im Jahr 2001 ist international deutlich geworden, dass es einen anderen Blick auf Menschen mit Einschränkungen gibt. Gut so!

Sprachlich merken wir die Veränderung daran, dass die früheren „Anstalten“ z. B. in „Stiftungen“ umbenannt wurden. Und auch gesetzlich hat sich viel getan: So wurde den ehemaligen, eher schwach dargestellten „Hilfebedürftigen“ gesetzlich mehr und mehr die starke Rolle der „Leistungsberechtigten“ zugeschrieben. Die Rolle der Pflegenden und der Gesundheitsberufe hat sich damit einhergehend grundlegend verändert.

Mit dem Schwerpunktthema „Pflege und Anstalten im Wandel“ möchten wir einen klaren Blick auf genau diese Veränderungen werfen. Wir möchten die Geschichte würdigen – aber nicht romantisch verklären – und das nicht nur im Hinblick auf die Betroffenen und die Institutionen, sondern insbesondere auch im Hinblick auf die Gesundheitsprofessionellen. Wir möchten die Wurzeln der Berufe konstruktiv kritisch betrachten und in ihren Auswirkungen auf das Heute darstellen. Wie haben sich die einzelnen beruflichen Rollen gewandelt – und wie spielen sie strukturell heute zusammen? Wie wurden früher gesundheitliche Versorgungsbedarfe und Versorgungsansprüche beantwortet – und wie ist es heute?

Beiträge können **bis zum 1. April 2023** zu folgenden Themen eingereicht werden:

- Wie hat sich die Rolle der Nutzer*innen des Gesundheitssystems verändert?
- Wie haben sich die Rollen der Gesundheitsprofessionellen auf diese Veränderungen eingestellt?
- Welche neuen Ausbildungen und Berufsbilder sind entstanden?
- Welche Bedeutungen / Auswirkungen haben diese Veränderungen für das Zusammenspiel der Gesundheitsprofessionellen?

Beiträge können als Fachartikel eingereicht werden und sollten 15 Seiten (DIN-A4) nicht überschreiten. Positionspapiere oder Buchrezensionen u. Ä. sind ebenfalls sehr willkommen.

Alle Manuskripte werden durch die Redaktion der Zeitschrift bewertet. Weitere Informationen zu den Autor*innen-Richtlinien sowie zur Einreichung sind unter www.geschichte-der-gesundheitsberufe.info abrufbar.

Manuskriptzentrale

Manuskripte können unter
www.hpsmedia-verlag.de/manuskriptzentrale
eingereicht und eingesehen werden.

Geschichte der Gesundheitsberufe
Erscheinungstermine und Themen 2023

Ausgabe 1:
„Behindertenhilfe“ und „Anstalten“ im Wandel
Vom „Insassen“ zum Leistungsberechtigten
1. Juni

Ausgabe 2:
Interdisziplinarität im Wandel
15. Dezember

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Porträt

Elisabeth Kübler-Ross

(geborene Kübler)

** 1926 – † 2004*

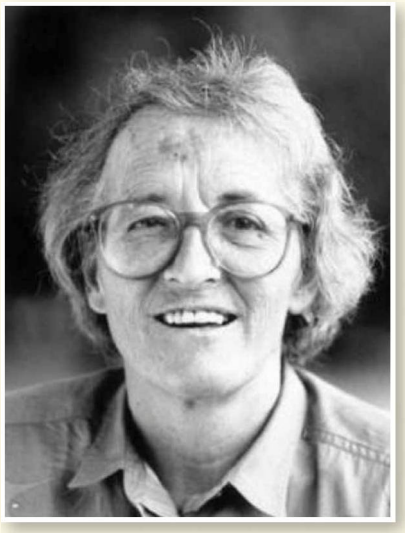


Abbildung 1: Portrait von Elisabeth Kübler-Ross

Zu den hier im „Porträt" bisher vorgestellten pflegehistorisch interessanten Personen gehörten mit Rosa Rauner (1889 – 1972) eine jüdische Krankenschwester, mit Marie Friedrich-Schulz (1878 – 1967) eine Gewerkschaftsvertreterin, mit Maria Pinding (1832 – 1990) eine Medizinsoziologin, mit Ilse Lilly Meyer (1912 – 1995) eine Gewerbeoberlehrerin, mit Johanna Taubert (1946 – 2008) eine Pflegewissenschaftlerin, mit Ernst Julius Gurlt (1825 – 1899) ein Vertreter der „Kriegskrankenpflege im 19. Jahrhundert", mit Sophie Henschel (1841 – 1915) eine Unternehmerin, Philanthropin und Mäzenin, mit Heinrich Haeser (1811 – 1884) ein Medizin- und Pflegehistoriker, mit Irene Hauschild (geborene Uhing) (1930 – 2006) eine DDR-Lehrbuchautorin, mit Mignon Langnas (geborene Rottenberg) (1903 – 1949) eine Krankenschwester, die sich während des Holocausts für die Pflege und Rettung von Kranken und Kindern einsetzte, mit Ilse Schulz (1924 – 2009) eine Krankenschwester, Pflegeexpertin und Frauenforscherin, mit Franziska Werner (1817 – 1885) eine Frau, die sich bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts der ambulanten Krankenpflege widmete und hierzu mit anderen eine entsprechende Gemeinschaft gründete, mit Johannes Schoedel (1873 – 1964) ein Mediziner, dem insbesondere die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen am Herzen lag, mit Annette Schwarzenau (1943 – 2009) eine Krankenschwester, die aus dem Revolutionsgeist von „1968" die Anliegen der Krankenpflege in die Politik trug, mit Theodor Schäfer (1846 – 1914) ein Theologe, der nicht nur Direktor und Vorsteher einer Diakonissen-Anstalt war, sondern auch wichtige Beiträge zur Geschichte der Krankenpflege veröffentlichte, mit Frieda Jentzsch (1902 – 1995) eine Krankenschwester, die als sogenannte Missionsschwester im Pflegedienst in Afrika und später „im Heimatdienst der Mission" in Bayern arbeitete und mit Cornelie Hoetzsch (geborene Koenigs) (1879 – 1945) eine Frau, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Reihe wichtiger pflegehistorisch bedeutender Ämter inne hatte, darunter im Präsidium des Verbandes der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) und im Hauptvorstand des Vaterländischen Frauen-Vereins vom Roten Kreuz.

Nach der Krankenschwester und Ordensfrau Liliane Juchli (1933 – 2020), der 2018 heiliggesprochenen Ordensschwester Katharina Kasper (1820 – 1898) und der Schweizer Krankenschwester Anna von Segesser (1887 – 1973), in deren Händen lange Zeit die Redaktion der „Schweizerischen Blätter für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières" lag, wird der Blick nun auf Leben und Werk der schweizerisch-amerikanischen Psychiaterin und Thanatologin Dr. med. Elisabeth Kübler-Ross (1926 – 2004) gelenkt, die als Mitbegründerin der weltweiten Hospizbewegung und der modernen Sterbeforschung gilt.

Heute steht „Hospiz" für einen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer, der den Bedürfnissen von Menschen unserer Tage im letzten Abschnitt ihrer „Lebensreise" gerecht wird. Sterben wird als natürlicher Vorgang angesehen, den es weder zu beschleunigen noch hinauszuzögern gilt. Die Hospiz-Idee nimmt dabei einen Grundgedanken des mittelalterlichen „hospitium" (Herberge, Gastfreundschaft) auf, das Pilgern an besonders gefährdeten Stellen ihrer Reise Schutz und Hilfe bot.

Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland steht im Zusammenhang mit den Entwicklungen in England und den USA und ist bleibend mit den Namen ihrer Pionierinnen – der englischen Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin *Dr. med. Cicely Saunders* (1918 – 2005) und der schweizerisch-amerikanischen Psychiaterin *Dr. med. Elisabeth Kübler-Ross* – verbunden. *Cicely Saunders* hatte erkannt, dass die Sterbenden in den Krankenhäusern vernachlässigt wurden und gründete 1967 mit Spendengeldern das St. Christopher's Hospice in London. *Elisabeth Kübler-Ross* beschrieb 1969 in ihrem Buch „On death and dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families" (deutsch 1971 „Interviews mit Sterbenden"), das binnen kurzer Zeit zum Bestseller wurde und immer wieder neue Auflagen erlebte, fünf Stadien (Phasen), die der mit dem Tod konfrontierte Mensch durchmachen kann. Sie machte damit das Sprechen über den Tod zum Thema und förderte so maßgeblich die Entwicklung der Hospizbewegung. Neu dabei war, dass sie nicht selbst über das Sterben schrieb, sondern die Sterbenden reden ließ. Im Vorwort (zur englischsprachigen Ausgabe)

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

ihrer „Interviews" schreibt sie hierzu: „Wir haben den Patienten gebeten, unser Lehrer zu werden, damit wir mehr als bisher über die Endstation des Lebens wissen, über seine Ängste, Sorgen und Hoffnungen. Ich berichte hier einfach die Geschichte der Patienten."

Elisabeth Kübler wurde am 8. Juli 1926 als erste von drei Drillingstöchtern des protestantischen Kaufmanns *Ernst Jakob Kübler* in Zürich geboren. Ihre Mutter *Emma Kübler (geborene Villiger)* hatte sich nach dem erstgeborenen Sohn Ernst noch eine Tochter gewünscht. 1930 verließ die Familie ihre Stadtwohnung in Zürich und zog in das Dorf Meilen am Zürichsee, wo sie ein Landhaus gemietet hatte. *Elisabeth* wuchs zusammen mit ihren Geschwistern, wie sie 1983 in Shenandoah Valley (USA) in einem ausführlichen Interview mit dem aus Deutschland stammenden Journalisten *Harald von Troschke* (1924 – 2009) sagte, „materiell sorgenlos" auf. Wegen ihrer ausgeprägten Hilfsbereitschaft hatte sie schon als Schulkind – in Anlehnung an den Schweizer Pädagogen *Johann Heinrich Pestalozzi* (1746 – 1827), der sich auch als Philanthrop, Schul- und Sozialreformer, Philosoph sowie Politiker einen Namen machte – den Spitznamen „Dr. Pestalozzi". Im Hinblick auf ihre Kindheit und Jugend ist eines der letzten Fernsehinterviews interessant, das *Elisabeth Kübler-Ross* 1998 dem Sender 3sat gab. Darin bedauerte sie rückblickend einen Aspekt ihres Lebens: „In der Schweiz wurde ich nach dem Grundsatz erzogen: arbeiten, arbeiten, arbeiten. Du bist nur ein wertvoller Mensch, wenn Du arbeitest. Dies ist grundfalsch. Halb arbeiten, halb tanzen. Das ist die richtige Mischung! Ich selbst habe zu wenig getanzt und zu wenig gespielt."

Nach dem Abschluss der Sekundarschule im Frühjahr 1942 wollte *Elisabeth* gern Medizin studieren und Ärztin werden, wofür ihre Eltern jedoch kein Verständnis hatten. Ihr Vater plante vielmehr, sie in seiner Bürobedarfshandlung als Sekretärin und Buchhalterin zu beschäftigen. Seine Tochter lehnte dies jedoch ab und arbeitete aus Trotz als Hausmädchen bei einer Professorenwitwe mit drei Kindern in Romilly am Genfer See, kündigte dort aber wegen fortgesetzter schlechter Behandlung zu Weihnachten 1942 und kehrte zu ihren Eltern zurück. Als Siebzehnjährige verschaffte sie sich auf eigene Faust eine Laborantinnenstelle in einem biochemischen Forschungslabor in Feldmeilen und, nachdem diese Einrichtung geschlossen worden war, im Spätsommer 1943 eine Lehrstelle in der dermatologischen Abteilung des Zürcher Kantonsspitals.

Während ihrer Lehrzeit und später während ihres Studiums nahm *Elisabeth* mehrfach an freiwilligen Hilfseinsätzen des Internationalen Friedensdienstes (IFD), der sich den Wiederaufbau der durch den Zweiten Weltkrieg (1939 – 1945) zerstörten Regionen zum Ziel gesetzt hatte, im Ausland teil, so in Frankreich, Belgien und Schweden. Im Juni 1946 bestand sie ihre Prüfung als Laborantin, einen Monat später arbeitete sie in der Augenklinik der Universität Zürich. 1947 nahm *Elisabeth* wiederum an einem Hilfseinsatz des IFD in Polen teil, wobei sie auch das ehemalige Konzentrationslager (KZ) Maidanek besuchte und Kontakt zu Überlebenden des Holocaust hatte.

Abbildung 2: Cover des Buches von Elisabeth Kübler-Ross „Interviews mit Sterbenden" (Freiburg im Breisgau 2014)

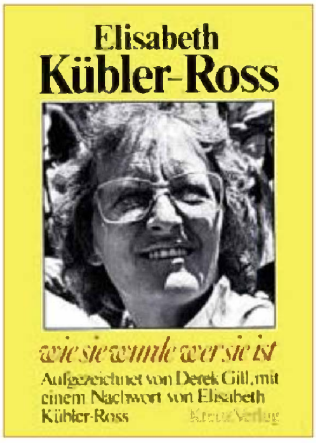
Neben ihrem Dienst in der Augenklinik bereitete *Elisabeth Kübler* sich ein Jahr lang auf die eidgenössische „Matura" (Abitur) vor, die sie im Herbst 1951 bestand. Ihr anschließendes Medizinstudium an der Universität Zürich, das sie größtenteils durch Nachtarbeit selbst finanziert hatte, schloss sie im Jahre 1957 ab, wobei sie an derselben Hochschule drei Jahre später auch mit einer 56 Seiten umfassenden Dissertation über „Die Permeation von Fluorescein aus dem Blut in die Vorderkammer des menschlichen Auges und ihre klinische Bedeutung" zum Dr. med. promovierte.

Nachdem *Elisabeth Kübler* kurzzeitig als Landärztin gearbeitet hatte, heiratete sie im Alter von 31 Jahren am 7. Februar 1958 ihren Studienkollegen – den späteren Arzt und Neuropathologen *Dr. med. Emanuel „Manny" Robert Ross* (1928 – 1991) aus New York, der seit 1952 in Zürich lebte – und siedelte mit ihm in die USA über. So erhielt sie neben der Schweizer auch die amerikanische Staatsbürgerschaft. Aus der Ehe, die 1976 geschieden wurde, gingen 1960 der Sohn *Kenneth Ross* und 1963 die Tochter *Barbara Ross* hervor.

In New York City arbeitete *Elisabeth Kübler-Ross* zunächst am „Glen Cove Community Hospital", dann am „Baby Hospital" des „Columbia Presbyterian Medical Center", ab Juli 1959 in der psychiatrischen Abteilung des „Manhattan State Hospital", wo sie sich nach drei Jahren als Fachärztin für Psychiatrie qualifizierte, und am „Montefiori Hospital". 1962/1963 wirkte sie in Denver (Colorado) zunächst am „Psychopathic Hospital" und danach bis 1965 als Dozentin für Psychiatrie am „Colorado General Hospital". Zwischen 1965 und 1970 fungierte sie als Assistenz-Professorin am „Billings Hospital" der „University of Chicago" (Illinois). Anschließend stieg sie zur medizinischen Direktorin am „Family Service and Mental Health Center of South Cook County, Chicago Heights" in Illinois auf.

Seit etwa 1965 beteiligte *Elisabeth Kübler-Ross* sich an Seminaren der Klinikseelsorge zur Begleitung Sterbender und nahm sich besonders den Sterbenden an. Dadurch bekam sie den massiven Widerstand ihrer Kol-

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024



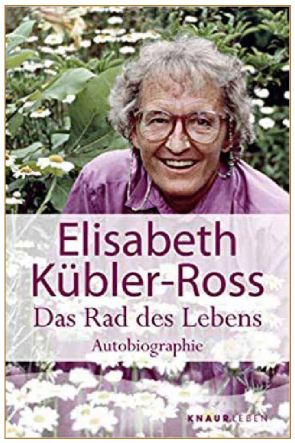


Abbildung 3 (links): Cover des Buches von Derek Gill „Elisabeth Kübler-Ross. Wie sie wurde wer sie ist" (Stuttgart 1996)

Abbildung 4 (rechts): Cover des Buches von Elisabeth Kübler-Ross „Das Rad des Lebens. Autobiographie" (München 2004)

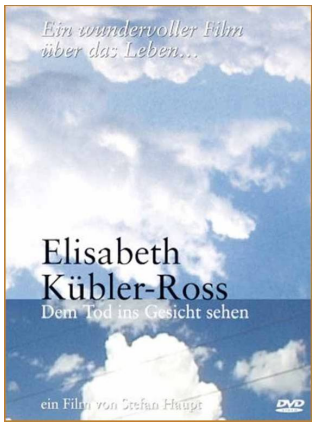
leg*innen zu spüren, aber auch die Dankbarkeit ihrer Patient*innen. Sterbende wurden zur damaligen Zeit noch in Toilettenräume abgeschoben, wo sie sich selbst überlassen blieben. Der Tod war tabuisiert: „Man starb nicht" in Hospitälern, die auf ihren Ruf bedacht waren, wie sie später schrieb.

Fortan befasste *Elisabeth Kübler-Ross*, die seit 1985 als Professorin an der Universität von Virginia wirkte, sich zeitlebens mit dem Tod und dem Umgang mit Sterbenden, mit Trauer und Trauerarbeit sowie mit Nahtoderfahrungen. Ihr Ziel war es, von den Sterbenden selbst zu lernen, wie man mit Sterbenden umgeht und welche Hilfe sich diese erhoffen. Zu diesem Zweck führte sie Interviews mit unheilbar kranken Menschen. Während der Gespräche wurden die Betroffenen direkt auf ihre Gefühle und Gedanken zu Tod und Sterben angesprochen. In ihrer Autobiographie „Das Rad des Lebens" (München 1997) berichtet sie hierzu: „Obwohl ich überall im Krankenhaus arbeitete, wandte ich mich vor allem jenen Fällen zu, die als die schlimmsten galten – den Sterbenden. Sie waren die besten Lehrer, die ich je hatte. Ich beobachtete, wie sie sich bemühten, ihr Schicksal anzunehmen. Ich hörte, wie sie gegen Gott aufbegehrten. Ich konnte nur mit den Achseln zucken, wenn sie schrien: ‚Warum ich?'. Ich hörte, wie sie Frieden machten mit Gott. Ich stellte fest, dass sie ihr Schicksal leichter annehmen konnten, wenn sie einen Menschen hatten, der ihnen Liebe schenkte. Dies waren die Phasen, die ich später als die verschiedenen Stadien des Sterbens beschrieben habe, obwohl sie sich auf unseren Umgang mit jeder Form des Leidens anwenden lassen. Durch aufmerksames Zuhören erkannte ich allmählich, dass jeder sterbende Patient wusste, dass er sterben musste. Die Frage, die sich uns dabei stellte, ist nicht, ob wir es ihm sagen sollen oder ob er es weiß. Die einzige Frage, die wir stellen sollten, ist: ‚Kann ich ihn hören?'".

In ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden" beschreibt *Elisabeth Kübler-Ross* – basierend auf Erfahrungen von rund 200 sterbenden Patient*innen in den USA – die folgenden fünf Phasen des Sterbens:

1. Nichtwahrhabenwollen und Isolierung: In dieser Phase wird die Krankheit zuerst vom Patienten geleugnet. Er meint beispielsweise, der Arzt habe sich bei seiner Diagnose geirrt.
2. Zorn: In dieser Phase ist der Patient neidisch auf Weiterlebende. Dies löst Wutausbrüche gegen Schwestern, Pfleger, Ärzte und Angehörige aus, die nicht an seiner Krankheit leiden.
3. Verhandeln: In dieser flüchtigen Phase reagiert der Patient wie ein erst zorniges, dann verhandelndes Kind, das mit häuslichen Tätigkeiten eine Belohnung (längere Lebensspanne und Freiheit von Schmerzen) erhandeln möchte.
4. Depression: In dieser Phase werden Zorn und Wut durch zwei Formen von Verzweiflung und Verlust abgelöst. Die erste Form bezieht sich beispielsweise auf einen bereits erfolgten Verlust eines Körperteils nach einer Operation, das Geld für das Krankenhaus und die Verantwortung für die Familie. Die zweite Form kümmert sich um einen drohenden Verlust wie den Tod oder die Abwesenheit im Leben der Verwandten.
5. Akzeptanz: In dieser Phase erwartet der Patient den Tod. Er ist nun frei von Gefühlen, sein Kampf gegen die schwere Krankheit ist vorbei, der Schmerz vergangen und er will nichts mehr von den Problemen der Außenwelt erfahren. Angehörige können nun am besten durch „stummes Zuhören" helfen.

Das so genannte Sterbephasenmodell von *Elisabeth Kübler-Ross*, das den Trauerphasen ähnelt, die auch andere Forscher beschreiben, gilt weltweit zwar als Standardwerk der Sterbeforschung, steht aber auch in der Kritik – einerseits wegen seiner offensichtlichen methodischen Schwächen, andererseits, weil es die per-



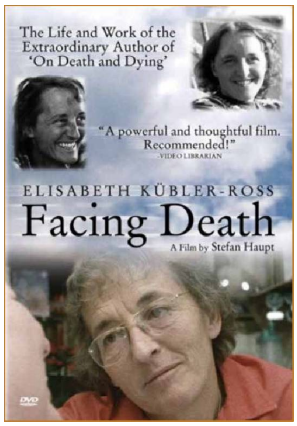


Abbildung 5 (links): Cover zur deutschsprachigen Version der DVD „Elisabeth Kübler-Ross. Dem Tod ins Gesicht sehen" von Stefan Haupt 2002

Abbildung 6 (rechts): Cover zur englischsprachigen Version der DVD „Elisabeth Kübler-Ross. Dem Tod ins Gesicht sehen" von Stefan Haupt 2002

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

sönliche Lebenswirklichkeit des sterbenden Menschen nicht ausreichend berücksichtigt. Genau die muss aber im Mittelpunkt stehen, wenn eine Begegnung mit Sterbenden gelingen soll.

Durch zahllose Workshops und Vorträge über Sterben und Tod, die *Elisabeth Kübler-Ross* auf der ganzen Welt hielt, gab sie unendlich vielen Menschen – insbesondere Ärzt*innen, Pflegekräften, Sozialarbeiter*innen und Seelsorger*innen, aber auch Laien – entscheidende Impulse zum angemessenen Umgang mit sterbenden und trauernden Menschen. Ihre Kernbotschaft war dabei, dass die Helfenden zuerst ihre eigenen Ängste und Lebensprobleme („unerledigten Geschäfte") so weit wie möglich zu klären haben und ihr eigenes Sterben akzeptieren müssen, ehe sie sich den Menschen am Lebensende hilfreich zuwenden können.

Auf Initiative von *Elisabeth Kübler-Ross* wurden in den USA die ersten so genannten „Hospices" eingerichtet, in denen Sterbenskranke bis zu ihrem Tod liebevoll gepflegt werden. Auch das in Washington gegründete „Childrens Hospital International" für todkranke Kinder geht auf ihr Engagement zurück.

Im Jahre 1978 verließ *Elisabeth Kübler-Ross* nach dem Ehemann auch ihre beiden jugendlichen Kinder *Kenneth* und *Barbara*, um in San Diego (Kalifornien) ihr eigenes Heilzentrum zu gründen, das „Shanti Nilaya" („Haus des Friedens"). Weitere Gründungen in anderen Bundesstaaten der USA und im Ausland folgten. In den 1980-er Jahren wandte sie sich vor allem dem Problem der Immunschwächekrankheit „acquired immune deficiency syndrome" („AIDS") zu. 1985 gab *Elisabeth Kübler-Ross* bekannt, sie wolle in Head Waters (Virginia) – wo sie Anfang Juli 1983 eine 120 Hektar große Farm erworben hatte – ein „AIDS"-Hospital für Babys einrichten, gab dies jedoch wegen starker Widerstände bald wieder auf, nachdem ihr Gegner des Vorhabens in ihre Fenster geschossen, ihre Haustiere getötet und ihr Drohbriefe geschickt hatten.

Im Juli 1990 feierte *Elisabeth Kübler-Ross* offiziell die Eröffnung des „Elisabeth Kübler-Ross-Zentrums" in Head Waters. Am 6. Oktober 1994 gab es auf ihr Anwesen einen unaufgeklärten Brandanschlag, bei dem ihr Haus während ihrer Abwesenheit bis auf die Grundmauern niederbrannte. In den Flammen ging auch ihr ganzer persönlicher Besitz verloren, darunter 20.000 Fallgeschichten, die sie während der Forschungsarbeit über das Leben nach dem Tod gesammelt hatte.

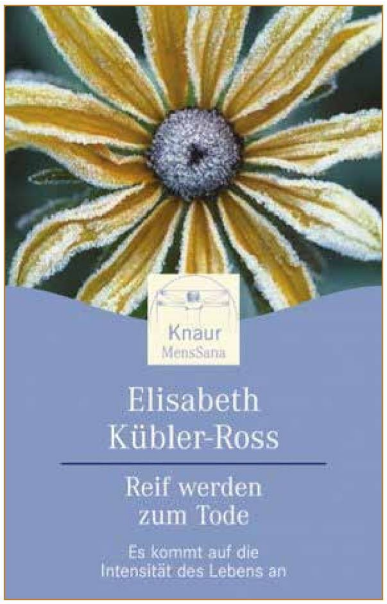


Abbildung 7: Cover des Buches von Elisabeth Kübler-Ross „Reif werden zum Tode" (München 2004)

Abbildung 8: Cover des Buches von Elisabeth Kübler-Ross und David Kessler „Geborgen im Leben. Wege zu einem erfüllten Dasein" (München 2005)

Danach zog *Elisabeth Kübler-Ross* nach Scottsdale (Arizona) in ein Lehmziegelhaus mitten in der Wüste. Im Jahre 1995 erlitt sie einen Schlaganfall, auf den zwei weitere folgten und sie an den Rollstuhl fesselten. In ihrer bereits erwähnten Autobiographie „Das Rad des Lebens" (München 1997) schreibt sie hierzu: „Seit Mai 1995 bin ich nach einer Serie von Schlaganfällen völlig von anderen abhängig. Jeden Tag habe ich stundenlang zu kämpfen, um mich vom Bett auf einen Stuhl und dann auf die Toilette und wieder zurück ins Bett zu bewegen. [...] Eine derart langsame Vorbereitung auf den letzten Übergang des Lebens hat nur einen Nutzen: Sie gibt dir Zeit zum Nachdenken. Nachdem ich so viele sterbende Patienten beraten habe, ist es vermutlich angemessen, dass ich Zeit bekomme, um nun, wo ich meinem eigenen Tod gegenüberstehe, über den Tod nachzudenken."

Elisabeth Kübler-Ross veröffentlichte über 20 Bücher, die in 43 Sprachen und millionenfacher Auflage erschienen. Zu ihren bekanntesten Werken gehören „On Death and Dying" („Interviews mit Sterbenden", 1969), „Questions and Answers on Death and Dying" („Was können wir noch tun?", 1974), „Death – the Final Stage of Growth" („Reif werden zum Tode", 1975), „Living with Death and Dying" („Verstehen, was Sterbende sagen wollen. Einführung in ihre symbolische Sprache", 1982), „Working it through" („Befreiung aus der Angst", 1982), „On Children and Death" („Kinder und Tod", 1984), „Über den Tod und das Leben danach" (1984), „Die unsichtbaren Freunde" (1985) und „AIDS – The Ultimate Challenge" („AIDS – Herausforderung zur Menschlichkeit, 1987).

Ihre 1997 erschiene Autobiographie „Das Rad des Lebens" betrachtete sie in Erwartung ihres Todes als ihr letztes Buch. Gleichwohl veröffentlichte sie auch im höheren Alter noch weitere Werke, so „Befreiung von der

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Abbildung 9: Cover des Buches von Elisabeth Kübler-Ross „Warum wir hier sind" (Güllesheim 2002)

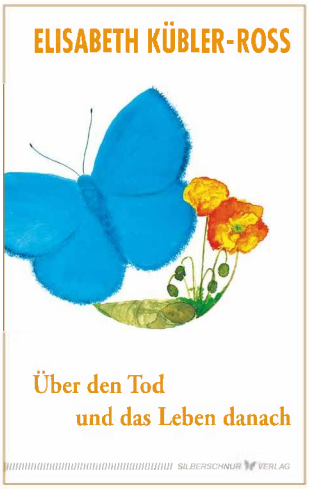


Abbildung 10: Cover des Buches von Elisabeth Kübler-Ross „Über den Tod und das Leben danach" (Güllesheim 2002)

Angst" (2001), „Geborgen im Leben – Wege zu einem erfüllten Dasein" (2001), „Der Dougy-Brief. Worte an ein sterbendes Kind" (2003), „Was können wir noch tun?" (2003), „Erfülltes Leben, würdiges Sterben" (2004), „Reif werden zum Tode" (2004), „Verstehen, was Sterbende sagen wollen" (2004) und „Dem Leben neu vertrauen" (2006).

In dem Dokumentarfilm „Dem Tod ins Gesicht sehen", den der Schweizer Filmemacher, Regisseur und Autor *Stefan Haupt* über das Leben von *Elisabeth Kübler-Ross* im Jahre 2002 drehte, hatte sie gesagt: „Heute bin ich sicher, dass es ein Leben nach dem Tod gibt. Und dass der Tod, unser körperlicher Tod, einfach der Tod des Kokons ist. Bewusstsein und Seele leben auf einer anderen Ebene weiter. Ohne jeden Zweifel." Sie war sicher, dass sie am Ende "wie ein Schmetterling aus dem Kokon" in ein neues Sein fliegen werde. Im Alltag jedoch haderte die todkranke Sterbeforscherin mit ihrem Schicksal, litt unter ihrer Einsamkeit und protestierte heftig gegen ihr Leiden. Durch die Schlaganfälle bedingte Lähmungen und große Schmerzen setzten ihr zu, zumal sie oft allein war. Ihre Drillingsschwester *Erika Faust-Kübler* wundert sich in dem besagten Dokumentarfilm über ihre Schwester: „Sie will noch bestimmen, wann sie gehen kann. Ich glaube, sie kann nicht loslassen. Sie ist einfach noch nicht bereit. Und irgendwie irritiert es mich auch. Sie hat so viel über Tod und Sterben geschrieben, es sogar verherrlicht. Jetzt, da ihre Zeit kommt, sagt sie: ‚Ich muss noch dies und das machen.'"

Elisabeth Kübler-Ross, die mit ihrem Engagement als Ärztin, Wissenschaftlerin und Autorin nach eigenem Bekunden „das Sterben aus der Toilette geholt" hat, starb am 24. August 2004 in Scottsdale (Arizona) mit 78 Jahren. Anlässlich ihres Todes schrieb der Psychiater, Palliativmediziner und Psychotherapeut sowie Leiter des „Deutschen Instituts für Palliative Care" (DIfPC) – einer Informations-, Beratungs- und Forschungsplattform für Fachleute und Laien, die die Situation sterbender und trauernder Menschen verbessern wollen – *Prof. Dr. med. Dr. h.c. Christoph Student*: „Gemeinsam mit der englischen Ärztin Cicely Saunders wurde sie zu Begründerin der weltweiten Hospizbewegung. Zu ihrem besonderen Aufgabenschwerpunkt wurde später die Arbeit mit sterbenskranken Kindern – nicht zuletzt denen, die an AIDS litten. Auch die deutsche Hospizbewegung, die Menschen ein Sterben in Würde und ohne schwerwiegende körperliche Beschwerden und am besten zu Hause ermöglichen will, hat Elisabeth Kübler-Ross unendlich viel zu verdanken. Viele der Pioniere der deutschen Hospizbewegung haben entscheidende Handlungsimpulse der Begegnung mit dieser großen Frau und gläubigen Protestantin, wie die Deutsche Presseagentur (dpa) sie nennt, zu verdanken."

Für ihr Frühwerk – vor allem für die Beschreibung der fünf Sterbephasen – erntete *Elisabeth Kübler-Ross*, die von der Presse alsbald zur „Königin des Todes" stilisiert worden war, viel Anerkennung. Ihr Spätwerk dagegen bescherte ihr in Fachkreisen vermehrt Kritik. Man warf ihr vor, sie sei zunehmend esoterischer und unwissenschaftlicher geworden, weil sie vor allem über die Erlebnisse klinisch Toter und über ihre eigenen Kontakte mit Geistwesen berichtete. Die gläubige Protestantin behauptete, sie habe ständig Kontakt zu Jesus und zu ihren Schutzengeln. Natürlich höre sie Jesus nicht mit ihren Ohren und sehe ihn auch nicht mit ihren Augen. Aber sie höre und sehe ihn sehr gut mit ihrem Herzen und ihrem Geist. Das gehe viel tiefer und sei viel echter als die beschränkte Wahrnehmung über Ohren und Augen. Die Zahl ihrer Schutzengel bezifferte sie mit 44. Vermutlich habe sie so viele nötig, scherzte sie. 1980 gab sie den „Geistern", die über ihren Lebensweg wachten, öffentlich die Namen Mario, Anka, Salem und Willie. Angeblich sagten ihr diese bis in alle Einzelheiten, was sie tun solle. Fest überzeugt war sie davon, dass jeder Mensch, wenn er wolle, mystische Erfahrungen – so genannte „Instant-Erleuchtungen" – haben könne.

Auf wenig Gegenliebe stieß ihre Behauptung, ein Leben nach dem Tod und die Reinkarnation seien „wissenschaftlich bewiesen". Man warf ihr auch vor, das Sterben und den Tod zu verharmlosen und zu beschönigen. So resümierte sie etwa am Ende ihrer Autobiographie: „Die schwerste Lektion ist die bedingungslose Liebe. Der Tod ist nichts, was du fürchten müsstest. Er kann zur schönsten Erfahrung deines Lebens werden. Alles hängt davon ab, wie du gelebt hast. Der Tod ist nur Übergang von diesem Leben zu einer anderen Existenz, in der es keinen Schmerz und keine Angst mehr gibt. Mit Liebe lässt sich alles ertragen." Obwohl sie ihrem wissenschaftlichen Renommee schadeten, verteidigte sie ihre Auffassungen hartnäckig. So erklärte sie etwa: „Der Moment des Todes ist ein ganz einmaliges, schönes, befreiendes Erlebnis, das man erlebt ohne Angst, ohne Nöte." Oder: „Meine wirkliche Aufgabe ist es, den Menschen zu sagen, dass der Tod nicht existiert."

Angekreidet hat man ihr auch, dass sie für das umstrittene, im Jahre 2000 erschienene Buch „Reinkarnation

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

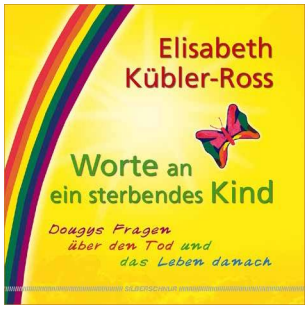


Abbildung 11 (links): Cover des Buches von Elisabeth Kübler-Ross „Worte an ein sterbendes Kind. Dougys Fragen über den Tod und das Leben danach" (Güllesheim 2020)

Abbildung 12 (rechts): Cover des Buches von Elisabeth Kübler-Ross „Jedes Ende ist ein strahlender Beginn. Für alle Menschen, die Trost und Zuspruch suchen" (Güllesheim 2021)

aktuell. Kinder beweisen ihre Wiedergeburt" des deutschen Esoterikers *Trutz Hardo* (Jahrgang 1939) – der 1998 wegen Volksverhetzung in Tateinheit mit Beleidigung und der Verunglimpfung des Andenkens Verstorbener zu einer Geldstrafe verurteilt worden war – das Vorwort schrieb.

Für ihr wissenschaftliches Werk erhielt *Elisabeth Kübler-Ross* 23 Ehrendoktortitel an verschiedenen Universitäten und Colleges sowie über 70 nationale und internationale Auszeichnungen. Das Nachrichtenmagazin TIME zählte sie 1999 zu den „100 größten Wissenschaftlern und Denkern" des 20. Jahrhunderts; 2007 wurde sie in die amerikanische National Women's Hall of Fame aufgenommen. Unterdessen erinnert heute mehr als nur die Straßennamen in Meilen (Schweiz) und Nieuwkoop (Niederlande) an sie, indem das Lebenswerk von *Elisabeth Kübler-Ross* von hunderten Organisationen weltweit fortgeführt wird, darunter von der „Elisabeth Kübler-Ross Foundation", die ein Jahr nach Elisabeths Tod von ihrem Sohn *Ken Ross* gegründet wurde und im Jahre 2020 Niederlassungen in den Ländern Argentinien, Belgien, Chile, Kolumbien, Frankreich, Guatemala, Indien, Japan, Mexiko, Peru, Schweiz und Uruguay hatte.

In ihrem Heimatland muss vor allen die „Arbeitsgemeinschaft Elisabeth Kübler-Ross Schweiz" genannt werden, eine gemeinnützige Organisation, die sich zum Ziel gesetzt hat, das Gedankengut von *Elisabeth Kübler-Ross*, insbesondere ihre „Botschaft der bedingungslosen Liebe", zu leben und zu verbreiten. Erreicht werden soll dies durch die Akzeptanz der vollen eigenen Verantwortung für alle Gefühle, Gedanken, Taten und Entscheidungen und das Loslassen von negativen Emotionen, um frei zu werden für ein Leben voll Frieden und Liebe mit uns und mit den anderen. Hierzu gibt die Vereinigung zweimal jährlich einen Newsletter heraus, der an das Grundanliegen von *Elisabeth Kübler-Ross* erinnert, für die Möglichkeiten in den Bereichen von Palliative Care und Hospizen sensibilisiert sowie Themen der Lebens- und Konfliktbewältigung angeht, um Auswege aus dem Dilemma der Sterbehilfe aufzuzeigen und Wege zum Sterben in Würde zu vermitteln. Wie *Elisabeth Kübler-Ross* nimmt die Arbeitsgemeinschaft klar Stellung gegen aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid und zeigt Alternativen zu Sterbehilfeorganisationen wie „Exit" und „Dignitas" auf, welche mit „Erlösung von unerträglichen Schmerzen" werben. So zum Beispiel, dass konsequent eingesetzte Palliativmedizin mit einer liebevollen Begleitung, die auf Nöte und Wünsche der Betroffenen eingeht, zu guten Lösungen aus ausweglos erscheinenden Situationen führen kann.

In Deutschland sei schließlich die „Elisabeth Kübler-Ross-Akademie Stuttgart" erwähnt, die zertifizierte Fort- und Weiterbildungen in allen Bereichen der Hospizkultur, der Palliative Care, der Palliativmedizin und der Trauerbegleitung anbietet und dabei – als eine der wenigen Anbieter in Deutschland – sowohl die Erwachsenenpalliativversorgung, die Kinder- und Jugendpalliativversorgung und die Trauerbegleitung im Angebot hat. Außerdem bietet sie eine Vielzahl an Kursen aus den Bereichen Palliative Care und Palliativmedizin, Ethik, Kommunikation, Trauer und Trauerbegleitung, SelfCare, Achtsamkeit und Ressourcenförderung, Spiritualität, transkulturelle Kompetenz und Pädiatrische Palliative Care mit Kinder- und Jugend-Hospizarbeit an.

Dr. Hubert Kolling

Quellen und Literatur

- *Ballestrem, Maria-Theresia Gräfin von: Sterben und Tod in unserer Gesellschaft. Die fünf Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross. GRIN Verlag. München 2020.*
- *Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. (Hrsg.): Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa. Der Hospiz Verlag. Wuppertal 2004.*
- *Campion, Mary: Ein Hospiz entsteht. Von Pionierinnen der Hospizbewegung (Reihe Soziales Leben, Band 1). Verlag Attenkofer. Straubing 1997.*
- *Dreyer, Jürgen: Die Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross. Online unter: www.planet-wissen.de/alltag_gesundheit/tod_und_trauer/trauerwege/portraet_elisabeth_kuebler_ross.jsp [05.09.2022].*
- *Engelke, Ernst: Sterben nach Plan? Phasenmodelle in der Kritik. In: Die Schwester, der Pfleger, 53. Jg., 2014, Heft 7, Seite 670 – 674.*
- *Gill, Derek: Elisabeth Kübler-Ross. Wie sie wurde, wer sie ist. Aufgezeichnet von Derek Gill. Mit einem Nachwort von Elisabeth Kübler-Ross. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Susanne Schaup. 9. Auflage. Kreuzverlag. Stuttgart 1996.*
- *Haupt, Stefan: Elisabeth Kübler-Ross. Dem Tod ins Gesicht sehen. Dokumentarfilm. DVD. Verlag Salzgeber. Berlin 2012.*
- *Heller, Andreas / Pleschberger, Sabine / Fink, Michaela / Gronemeyer, Reimer: Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. Mit einem Beitrag von Klaus Müller. Der Hospiz-Verlag. 2., überarbeitete Auflage. Ludwigsburg 2013, Seite 37 – 42.*

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

- https://beruhmte-zitate.de/autoren/elisabeth-kubler-ross [05.09.2022].
- https://christoph-student.homepage.t-online.de/41518/42225.html [05.09.2022].
- https://de.wikipedia.org/wiki/Elisabeth_Kübler-Ross [05.09.2022].
- https://de.wikipedia.org/wiki/Thanatologie [05.09.2022].
- https://www1.wdr.de/stichtag/stichtag5674.html (8. Juli 1926 – Geburtstag von Elisabeth Kübler-Ross: Am Sterbebett) [05.09.2022].
- https://www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de/ (Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie) [05.09.2022].
- https://www.ekrfoundation.org/ (Elisabeth Kübler-Ross Foundation) [05.09.2022].
- https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/hospiz-bewegung-sterbeforscherin-elisabeth-kuebler-ross-ist-tot-1173733.html (Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross ist tot) [05.09.2022].
- https://www.hospiz.org/ (Arbeitsgemeinschaft Elisabeth Kübler-Ross) [05.09.2022].
- https://www.biography.com/people/elisabeth-kubler-ross-262762#synopsis [05.09.2022].
- https://www.liebevoll-wei.se/Elisabeth-Kuebler-Ross.html [05.09.2022].
- https://www.munzinger.de/search/portrait/elisabeth+kuebler+ross/0/15570.html [05.09.2022].
- https://www.familienwortschatz.de/wiki/Die_fünf_Sterbephasen_nach_Kübler-Ross [05.09.2022].
- https://troschke-archiv.de/interviews/elisabeth-kuebler-ross [05.09.2022].
- Kolling, Hubert: Elisabeth Kübler-Ross. In: Hubert Kolling (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. „Who was who in nursing history", Band 7. Verlag hpsmedia. Nidda 2015, Seite 162-165.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Das Rad des Lebens. Autobiographie. Aus dem Amerikanischen von Wolfgang Höhn. Knaur-Taschenbuch-Verlag. München 1997.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden. Mit einem einleitenden Essay von Christoph Student. Kreuz Verlag. Freiburg im Breisgau 2014.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Warum wir hier sind. Photos von Ken Ross. [Interviews, Übersetzung und Vorwort von Trutz Hardo]. 5. Auflage. Silberschnur Verlag. Güllesheim 2002.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Über den Tod und das Leben danach. 10. Auflage. Silberschnur Verlag. Güllesheim 2002.
- Kübler-Ross, Elisabeth / Kessler, David: Geborgen im Leben. Wege zu einem erfüllten Dasein. Aus dem Amerikanischen von Susanne Schaup. Knaur-Taschenbuch Verlag. München 2005.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Reif werden zum Tode. Es kommt auf die Intensität des Lebens an. Übersetzt aus dem Amerikanischen von Jens Fischer unter Mitwirkung von Helmut Weigel. Knaur-Taschenbuch Verlag. München 2004.
- Kübler-Ross, Elisabeth: AIDS. Die Arbeit mit Aids-Kranken. [Herausforderung zur Menschlichkeit]. Aus dem Amerikanischen von Susanne Schaup. Droemer Knaur Verlag. München 2001.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Befreiung aus der Angst. Droemer Knaur Verlag. München 2013.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Die unsichtbaren Freunde. Aus dem Amerikanischen von Barbara Ackermann. Bilder von Madlaina Rothmayr. 5. Auflage. Oesch Verlag. Zürich 1996.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Kinder und Tod. Aus dem Englischen von Susanne Schaup. Verlag Droemer Knaur. München 2011.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Leben bis wir Abschied nehmen. Mit 80 Fotos von Mal Warshaw. 5. Auflage. Gütersloher Verlag-Haus. Gütersloh 2001.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Verstehen, was Sterbende sagen wollen. Einführung in ihre symbolische Sprache. Aus dem Amerikanischen von Susanne Schaup. Verlag Knaur. München 2008.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Erfülltes Leben, würdiges Sterben. Hrsg. von Göran Grip. Aus dem Amerikanischen von Sieglinde Denzel und Susanne Naumann. Goldmann Verlag. München 2012.
- Kübler-Ross, Elisabeth / Kessler, David: Dem Leben neu vertrauen. Den Sinn des Trauerns durch die fünf Stadien des Verlusts finden. 4. Auflage. Kreuz-Verlag. Stuttgart 2011.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod. Aus dem Amerikanischen von Ulla Leippe. Herder Verlag. Freiburg im Breisgau; Basel, Wien 2012.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Worte an ein sterbendes Kind. Dougys Fragen über den Tod und das Leben danach. Silberschnur Verlag. Güllesheim 2020.
- Kübler-Ross, Elisabeth: Jedes Ende ist ein strahlender Beginn. Für alle Menschen, die Trost und Zuspruch suchen. 1. überarbeitete Neuauflage. Silberschnur Verlag. Güllesheim 2021.
- Probst, Ernst: Elisabeth Kübler-Ross. Die berühmteste Sterbeforscherin der Welt. GRIN Verlag. München 2013.
- Räther, Helmut: Elisabeth Kübler-Ross. „Sterben – das ist, als würde man bald in die Ferien fahren". Online unter: www.stern.de/wissen/mensch/elisabeth-kuebler-ross-sterben-das-ist-als-wuerde-man-bald-in-die-ferien-fahren-528894.html [05.09.2022].
- Steinke, Hubert: Kübler (-Ross), Elisabeth. In: Historisches Lexikon der Schweiz, Band 6. Schwabe Verlag. Basel 2007 (auch online unter: www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D14441.php [05.09.2022]).
- Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Das Hospiz-Buch. Mit einem Vorwort von Elisabeth Kübler-Ross. 4., erweiterte Auflage. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau 1999.
- Student, Johann-Christoph / Mühlum, Albert / Student, Ute: Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Band 4; UTB – Soziale Arbeit, Gesundheitswissenschaft, Bd. 2547). 4., aktualisierte Auflage. Verlag Ernst Reinhardt / UTB, München 2020.
- Waldrich, Hans-Peter: Grenzgänger der Wissenschaft. Hans Driesch, Gustav Theodor Fechner, Stanislav Grof, Werner Heisenberg, Carl Gustav Jung, Elisabeth Kübler-Ross, Rupert Sheldrake, Ludwig Wittgenstein, Carl Friedrich Zöllner. Kösel Verlag. München 1993, Seite 168 – 195.
- Welch, Fern Stewart / Winters, Rose / Ross, Kenneth: Zum Tee bei Elisabeth-Kübler-Ross. Silberschnur Verlag. Güllesheim 2019.
- Wellershoff, Marianne: Das elende Warten auf Tag X. In: Der Spiegel, 39/1997, Seite 146 – 147. Online unter: www.spiegel.de/spiegel/print/d-8781798.html [05.09.2022].
- Winkler-Jordan, Mechthild: Elisabeth Kübler-Ross. Online unter: www.fembio.org/biographie.php/frau/biographie/elisabeth-kuebler-ross [05.09.2022].

Bildquellen

- Abb. 1 https://www.hospiz.org/ [30.10.2014].
- Abb. 2 – 12 Hubert Kolling, Bad Staffelstein

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Infektionskrankheiten gestern und heute

Welchen Stellenwert hat dabei die professionelle Pflege?

Hardy-Thorsten Panknin*

Ziel dieser prägnanten Abhandlung ist es, zum Zweck des Vergleichs, die bedeutenden gemeingefährlichen Infektionskrankheiten aus der Historie mit den Infektionen der Gegenwart in Beziehung zu stellen. Es werden verschiedene Interventionen thematisiert, die das Bedrohungspotential von Infektionen reduzieren oder gar komplett vermeiden. Welchen Stellenwert dabei die professionelle Krankenpflege einnehmen kann, komplettiert die Übersichtsarbeit. Leider muss schweren Willens als Fazit für die Zukunft anerkannt werden, dass Infektionskrankheiten auch weiterhin die Menschheit plagen werden, so wie sie es seit Jahrtausenden getan haben.

The aim of this concise treatise is, for the purpose of comparison, to relate the important infectious diseases that are dangerous to the public from history with the infections of the present. Various interventions are discussed that reduce or even completely avoid the threat potential of infections. The review completes the importance of professional nursing. Unfortunately, the bottom line for the future is that infectious diseases will continue to plague mankind, just as they have for thousands of years.

Einleitung

Seit den 1940er-Jahren hat der Einfluss der medizinischen Wissenschaft und des öffentlichen Gesundheitswesens auf die menschlichen Lebensbedingungen buchstäblich weltweite Geltung erlangt. Fast überall sind „Seuchenkrankheiten" bzw. kontagiöse Infektionen bedeutungslos geworden, und viele Infektionsarten sind dort selten geworden, wo sie früher häufig und bedrohlich waren. Die daraus entstandene Verbesserung der Gesundheit und Erhöhung der Lebensfreude können kaum mit Worten treffend beschrieben werden. Man braucht heute tatsächlich sehr viel Vorstellungskraft, um sich zu vergegenwärtigen, was Infektionskrankheiten früher für die Menschheit oder sogar noch für unsere Ur- und Großeltern bedeuteten. Diese Faktizität hat der amerikanische Historiker William Hardy McNeill (21.10.1917 – 08.07.2016), in seinem renommierten Werk „Plagues and Peoples", 1976 beschrieben. McNeil hat mit seiner Monografie, die Geschichte der Infektionskrankheiten in den Bereich der historischen Deutung gerückt, indem es aufzeigt, wie die veränderlichen Verbreitungsformen von Krankheiten die Geschicke der Menschheit in alten und neueren Zeiten beeinflusst haben. [1]

Infektionskrankheiten gestern und heute

Seit Menschengedenken haben schwere kontagiöse Infektionen wie Pocken, Pest, Cholera, Gelbfieber, Malaria, Diphtherie, Tuberkulose, Masern und Influenza, oft zusammen mit Hunger, Krieg und anderen Naturkatastrophen, die Menschheit schwer geplagt und dezimiert. Jüngst konnte erst mit der Entwicklung der Bakteriologie und schließlich dann auch mit der Virologie zusammen, unterschiedliche Infektionserreger in der Pathogenese – das Eindringen in den Organismus und die Auslösung bestimmter Krankheitserscheinungen, die eine Folge der Vermehrung und der Wirkung der Infektionserreger sind – verstanden werden. Die moderne Immunologie hat dabei gezeigt, dass die meisten Infektionen auf einem komplizierten Wechselspiel zwischen Erregern, Agonisten, Antagonisten und Rezeptoren beruhen. Gegenwärtig sind die kontagiösen Infektionskrankheiten, besonders die oben genannten in der westlichen Welt, gänzlich erloschen – im Sinne eines Panoramawandels bzw. Pathomorphose. Der nahezu vollständige Rückgang einzelner Infektionskrankheiten, z. B. Poliomyelitis, Pocken, Tetanus, Typhus, Fleckfieber, um nur wenige aufzuzählen, und die weitgehende Eindämmung von weiteren impfpräventablen Infektionskrankheiten – wie z. B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten – wurde jedoch fälschlicherweise als genereller Sieg über Infektionskrankheiten hochstilisiert. Es wurde verkehrt proklamiert, dass Infektionen

* Fachjournalismus Medizin, Schwerpunkt Klinische Infektiologie, Kontakt: ht.panknin@berlin.de

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

heute keine bedeutende Rolle mehr spielen. Ein Irrtum, denn die Invasion parasitischer Lebensformen kann die Wissenschaft mit ihrer Medizin nicht aufhalten: Eine Welt ohne Infektionskrankheiten ist eine Utopie.

Einige Infektionskrankheiten wie z. B. die Sepsis, als schwerste systemische Allgemeininfektion, die sich aus jeder Infektion im ungünstigsten Fall manifestieren kann, zeigen sogar eine signifikante weltweite Zunahme der Todesfälle.

Die hier jüngst wieder aufgetretenen und neuen Infektionskrankheiten stellen gegenwärtig für den Menschen auch weiterhin eine beständige Infektionsgefahr dar (Tabelle 2).

Die Ausbreitung der AIDS-Pandemie, das Auftreten hämorrhagischer Fieber wie Ebola, die zu Anfang des neuen Jahrtausends aufkommenden viralen Erreger wie z. B. Schweinegrippevirus, Vogelgrippevirus oder MERS (middle east respiratory virus), COVID-19-Krankheit, die Affenpocken, die Marburg-Viruskrankheit in Afrika, das „Tomatengrippevirus" im indischen Kerala bei 100 Kindern und jüngst das wiederkehren der Poliomyelitis in den USA.

Bei dem Tomatengrippevirus leiden die infizierten Kinder unter Fieber, Müdigkeit und Kopfschmerzen, aber auch Erbrechen, Durchfall, Gelenkschmerzen und Hautausschlägen. Aufgrund der grippeähnlichen Symptome und der schmerzhaften, roten Blasen auf der Haut, die bis zur Größe einer Tomate anwachsen können, wurde der Erreger als Tomatengrippevirus, die Erkrankung als Tomatengrippe oder Tomatenfieber bezeichnet.

Der erste Poliomyelitisfall in den USA seit 10 Jahren sorgt international sogar für großes Aufsehen, wo Zuversicht herrschte, dass die Virusinfektion in den USA besiegt sei. In vier Stadtbezirken waren zuvor Polio-Viren in Abwasserproben gefunden worden. Einige Wochen später wurde in New York City und auf Long Island der Polioerreger in der Abwasserversorgung festgestellt. Die Gouverneurin Kathy Hochul rief Anfang September daraufhin einen öffentlichen Gesundheitsnotstand in der Region aus. In Washington erfolgten überdies Gespräche mit der Biden-Regierung, da von einer potenziellen Ausbreitung des Virus in den USA auszugehen sei. Am 23. September meldete das staatliche Gesundheitsministerium 69 besorgniserregende positive Abwasserproben, von denen 62 genetisch mit dem einzelnen Fall von paralytischer Kinderlähmung in Rockland County in Verbindung standen. Dazu gehören 37 Proben, die in Rockland County, 16, die in Orange County und acht, die in Sullivan County sowie eine, die in Nassau County gesammelt wurden. Unterdessen berichtete die Gesundheitsbehörde von New York City im August, das Poliovirus in Abwasserproben gefunden zu haben. Seit der Diagnose des Infizierten mit paralytischer Poliomyeltis im Juli, hat die Stadt Rockland County daraufhin mehr als 5.000 Polio-Impfstoffe an Personen unter 4 Jahren verimpft. 25.766 Polio-Impfstoffdosen wurden an Personen unter 19 Jahren appliziert. Die Tatsache, dass das Abwasser positiv auf das Virus getestet worden ist, zeigt deutlich, dass in diesen Bezirken Menschen gegen Kinderlähmung nur über einen partiellen oder keinen ausreichenden Impfschutz gegen Kinderlähmung verfügen. Dabei stellt gegenwärtig die Polio-Impfung den besten Infektionsschutz vor einer weiteren Ausbreitung der Kinderlähmung dar. Alle ungeimpften Einwohner im Bundesstaat New York, einschließlich Kinder ab 2 Monaten, Schwangere und Personen, die ihre Polio-Impfserie noch nicht abgeschlossen haben sind aufgerufen, sich impfen zu lassen.

Die Proben, von denen einige bereits im Frühjahr 2022 gesammelt wurden, deuten darauf hin, dass sich der Polioerreger möglicherweise mehrere Monate lang unentdeckt in New York ausgebreitet haben könnte, stellte die CDC in einem Bericht vom August fest. Die Gesundheitsbehörden warnen, dass es Hunderte weitere Poliofälle geben könnte, da nur einer von 200 Menschen eine Paralyse erleidet! [62, 63]

Paradigmenwechsel

Die französischen Soziologinnen Claudine Herzlich und Janine Pierret haben mit ihrer Langzeituntersuchung die Erfahrungen und soziale Situation der häufigsten Krankheiten unserer Ahnen mit den heutigen Leiden ausgewertet. In der beachtenswerten Monografie „Kranke gestern, Kranke heute – die Gesellschaft und das Leiden" wurden die Interwiegespräche zu dem Gesundheitszustand und die heutige soziale Perspektive von Betroffenen detailliert wiedergegeben: „Ein Journalist um die 40 erzählte 1980, dass er sich im Laufe von 15 Monaten zweimal mit der Syphilis angesteckt hat; er sagte, das sei etwas, das ich nicht als allzu schlimm empfunden habe … ich habe das ganz und gar entdramatisiert, für mich war das nicht schlimmer als jede andere Krankheit, man kann das schließlich behandeln, das war kein Problem". Ich erinnere mich – so die Soziologinnen –, sagte ein fünfzigjähriger Lehrer, als ich jung war, habe ich medizinische Bücher gelesen, Berichte über die Syphilis, das hat mir Angst eingejagt, aber von dem Tag an, als man die Lues unter die heilbaren Krankheiten eingeordnet hat – man kann das jetzt sehr gut kurieren –, ist das für mich nebensächlich geworden". Eine fünfundzwanzigjährige junge Frau, ebenfalls 1980 interviewt, die zwei Jahre zuvor an Gonorrhoe infiziert erkrankte, war sogar beruhigt, als sie erfuhr, dass sie keine physische Krankheit hatte, da verschiedene Ärzte ein paar Monate lang angenommen hatten, ihre Symptome seien psychischen Ursprungs: „Ich war beruhigt, weil es ein Bazillus war … Ich dachte mir, wenn ich Antibiotika nehme, dann ist es vorbei, es war wie eine schlimme Grippe. Und zu wissen, dass ich etwas Greifbares, Konkretes hatte, eine Sache, die ich angehen konnte, ohne mein ganzes Leben in Frage zu stellen … ja, das hat mich unheimlich getröstet". [37]

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Die westliche Welt, in der tödliche Infektionskrankheiten nur noch selten einen Menschen in der Blüte seines Lebens hinwegraffen, benötigt nicht mehr den Glauben an die „göttliche Vorsehung" zur Erklärung solcher Todesfälle. Die vergangenen kontagiösen Infektionen wurden als eine normale Krise des Lebens unserer Ahnen angesehen; als einen Akt Gottes wie etwa das Wetter. Bei den Interviewaussagen wird der Paradigmenwechsel, der sich bei den heutigen Infektionskrankheiten vollzogen hat, evident: Die Angst – gar Panik – vor ansteckenden Infektionskrankheiten verlor seit der Einführung der erregerspezifischen Behandlung immer mehr ihren Schrecken. Kritisch ist in dem Kontext auch anzumerken, dass aktuelle Kenntnisse bzw. adäquates Wissen über die gegenwärtigen Infektionskrankheiten, als Voraussetzungen für eine angemessene Prävention, Erkennung und Bekämpfung in der Allgemeinbevölkerung, partiell oder gar nicht vorhanden sind.

Diese Faktizität wird aktuell am Beispiel der HIV-Infektion deutlich. Belastungen terminaler AIDS-Patienten in den 1980er bis 90er-Jahren waren in erster Linie geprägt von: der Gefährdung ihrer Gesundheit durch sexuell übertragbare Krankheiten, sozialen Problemen, Ablehnung in der Familie, Brüchigkeit der Beziehungen, Diskriminierung (häufig gedacht: „Krebs darf jeder haben, aber AIDS – da sagen die Leute: Das ist die Pest"), Identitätskrise, Sinnkrise, Bedrohung durch Sterben und Tod („Die Angst ist wohl die vor der tiefen Einsamkeit, der Ungewissheit und dem eigenen inneren Unfrieden") und, besonders hervorzuheben, dem Verlust der Selbständigkeit. Unter Auszehrung, Schmerzen, Durchfällen, Verwirrtheit, Fieber, Atemnot verstarben sie an nicht beherrschbaren Infektionskrankheiten – opportunistischen Infektionen – oder inneren und äußeren Blutungen aus den zerfallenden Tumorbildungen des Kaposi-Sarkoms; ca. 40 %. Bevor die „combination antiretroviral therapy" angewendet wurde, hatten die Patienten eine geringere Überlebenschance. Auf der Internationalen AIDS-Konferenz 1996 wurde berichtet, dass mit der neuen antiretroviralen Kombinations-Therapiemethode der Durchbruch in der Behandlung der HIV-Infektion geschafft sei. Die „highly active antiretroviral therapy" (HAART), eine Kombinationstherapie aus mindestens drei antiretroviralen Medikamenten unterschiedlicher pharmakologischer Gruppen, kann eine Progression der Erkrankung verlangsamen. Trotz erheblicher Fortschritte in der Therapie der HIV-Infektion aus jüngster Zeit, muss aber betont werden, dass die Virusinfektion gegenwärtig noch nicht eradizierbar – und damit nicht heilbar ist; eine effektive Impfung ist ebenfalls nicht möglich! Mit der Weiterentwicklung therapeutischer Optionen ist es gelungen, die HI-Viruslast dauerhaft unter der Nachweisgrenze zu halten. Aus der einst tödlichen Krankheit ist eine chronische Infektion geworden, mit der man bei erfolgreicher Therapie, d. h. bei guter Compliance, gut leben kann. Zur Prävention einer HIV-Infektion wird in der westlichen Welt eine medikamentöse Prävention propagiert: PrEP – Medikalisierung der HIV-Prävention. Die PrEP bzw. Prä-Expositions-Prophylaxe Vorsorge soll vor einer HIV-Infektion schützen. Studien zeigen, dass PrEP hochwirksam ist, mit einem Schutzniveau von etwa 92 %, wenn täglich eine Pille der Wirkstoffkombination Emitricitabin und Tenofovir (Handelsname Truvada®) eingenommen wird. Durch die medikamentöse Prophylaxe wird sogar eine höhere Schutzwirksamkeit als bei Präservativgebrauch erreicht. Bei Anwendung der PrEP ist dringend darauf hinzuweisen, dass diese Prävention nur vor einer HIV-Infektion, nicht aber vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) schützt!

Die weltweit weiteren häufigsten viralen STI-Erreger sind das humane Papillomavirus (HPV), Herpes-Simplex-Virus 2 (HSV-2) und Hepatitis B; die am weitesten verbreiteten bakteriellen STI sind Chlamydien, Gonorrhö und Syphilis. Jedes Jahr kommt es schätzungsweise weltweit zu 376 Millionen neuen STI wie Chlamydien, Gonokokken, Syphilis oder Trichomonaden. Es wird zudem geschätzt, dass sich mehr als 900.000 schwangere Frauen im Jahr 2012 infizierten und es infolgedessen zu 350.000 Geburtskomplikationen, inklusive Totgeburten gekommen ist. Die meisten STI verlaufen asymptomatisch bzw. führen zu keinen oder nur geringfügigen Symptomen wie z. B. brennen bei der Miktion. Diese werden meist zu spät oder gar nicht erkannt, was die hohe Verbreitung erklärt. Jüngst wurde über einen Fall einer therapierefraktären Gonorrhoe bei einem 36-jährigen Homosexuellen aus dem Raum Innsbruck, der durch einen ungeschützten Sexualkontakt mit einem anonymen Sexualpartner in München infiziert worden ist, berichtet. Aufgrund des vermuteten Trippers (purulente Urethritis) wurde dem Patienten ein Cephalosporine Cefixim (400 mg p. o./Tag) verordnet. Obwohl unter konsequenter Weiterführung der Therapie keine klinische Besserung eintritt, konsultiert der Patient den behandelnden Arzt erst drei Wochen später erneut. Zu diesem Zeitpunkt wird ein Neisseria-gonorrhoeae-Stamm kultiviert, der gegen Cefixim (MHK 1.0 mg/l) und Ceftriaxon (MHK 0.5 mg/l) Resistenzen aufweist. Die Therapie mit Azithromycin (2 g p.o. als Einmaldosis) führte prompt zur klinischen Heilung. Eine Multilocus Sequenztypisierung (MLST) ergab die Zuordnung zu dem multiresistenten Neisseria-gonorrhoeae-Klon ST 1407. Dieser zeichnet sich durch eine verminderte Empfindlichkeit gegenüber Cephalosporinen aus. In diesem Kontext muss auch darauf hingewiesen werden, dass auch die Inzidenz von Syphilis-Infektionen, besonders bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, in Deutschland hoch ist: Für das Jahr 2019 wurden in Deutschland 7.889 Syphilis-Infektionen an das RKI gemeldet und damit so viele wie noch nie seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2001. Damit setzt sich der seit 2010 beobachtete Anstieg von Syphilis-Fällen in Deutschland weiter fort. Unter Männern, die Sex mit Männern haben, ist die Syphilisinzidenz ebenfalls in den Vereinigten Staaten hoch: 228,8 pro 100.000 im Jahr 2013. Die Syphilis ist bei Frauen viel seltener:

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

0,9 pro 100.000 im Jahr 2013. Luesausbrüche können durch intensives Screening, rechtzeitige und adäquate leitliniengerechte Behandlung und Benachrichtigung des Partners eingedämmt werden. Für die gestiegene Syphilis Misere wird vor allem die HIV-Prä-Expositions-Prophylaxe bei Homosexuellen diskutiert. In der Literatur werden je nach Lues-Stadium Therapie-Versagerquoten von bis zu 30 % beschrieben.

Der Wissensstand über die sexuell übertragbaren Infektionen ist in der Bevölkerung insgesamt immer noch relativ niedrig. In einer neuen Untersuchung, bei den sieben der STI abgefragt worden sind, schwankt die Bekanntheit stark: Fast die Hälfte der über 16-jährigen Allgemeinbevölkerung kannte im Jahr 2016 Syphilis (49 %) und Gonorrhoe/Tripper (48 %). Die Bekanntheit von Chlamydien ist in den letzten Jahren auf 14 % gestiegen; sie lag vor 10 Jahren noch bei 1 %. Deutlich weniger Befragte geben Hepatitis und Herpes als bekannt an (jeweils 12 %). Condylome bzw. Feigwarzen und Trichomoniasis werden noch seltener genannt (6 %/1 %). Als Fazit aus der Untersuchung ist zu entnehmen, das heterosexuelle Erwachsene in Deutschland nur unzureichend über STI informiert sind. Zielgruppenspezifische Anstrengungen zur Verbesserung des Wissens über STI sind nötig, um sexuelles Risikoverhalten zu vermindern und die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu verbessern. Trotz des enormen Wissens über die Infektionskrankheit bzw. venerische Virusinfektion HIV/AIDS und der therapeutischen Erfolge in der Behandlung einer HIV-Infektion in der westlichen Welt wird aber in vielen Ländern aktuell die HIV-Diagnose viel zu spät gestellt: Bis zu 29 % der Patienten kommen mit niedrigen CD4 + T-Zellzahl (CD4 +) <200 / mmc oder bereits mit einer AIDS-definierende Erkrankung (Infektion und / oder Krebs), die zum Zeitpunkt der Diagnose schon vorhanden war, verspätet in Behandlung, was die Therapie bzw. immunologische Erholung erheblich erschweren kann. Diese Patienten sind konsekutiv von nosokomialen Infektionen (Bakteriämie bzw. Sepsis, septischer Schock, Organversagen bis hin zum Mehrfachorganversagen bzw. Multiorgandysfunktionssyndrom) extrem gefährdet, die die gesamte Therapie aggravieren kann; besonders dann, wenn multiresistente Erreger isoliert werden. [50 – 60]

Zahlen Daten und Fakten HIV- AIDS 2020 aus [56]

- 25,4 Millionen Menschen [24,5 Millionen – 25,6 Millionen] hatten 2019 Zugang zu einer antiretroviralen Therapie.
- 38,0 Millionen Menschen weltweit lebten 2019 mit HIV.
- 1,7 Millionen Menschen haben sich 2019 mit HIV-Infizierten neu infiziert.
- 690 000 [500 000–970 000] Menschen starben 2019 an AIDS-bedingten Krankheiten.
- 75,7 Millionen Menschen haben sich seit Beginn der Epidemie mit HIV infiziert.
- 32,7 Millionen Menschen sind seit Beginn der Epidemie an AIDS-bedingten Krankheiten gestorben.

HIV-Infizierte

- Im Jahr 2019 lebten 38,0 Millionen Menschen mit HIV:
  36,2 Millionen [30,2 Millionen – 42,5 Millionen] Erwachsene
  1,8 Millionen [1,3 Millionen – 2,2 Millionen] Kinder (0 – 14 Jahre)
- 81 % [68–95 %] aller HIV-Infizierten kannten ihren HIV-Status.
- Etwa 7,1 Millionen Menschen wussten nicht, dass sie mit HIV lebten.

Menschen mit HIV-Zugang zu antiretroviraler Therapie

- Ende 2019 erhielten 25,4 Millionen Menschen Zugang zu einer antiretroviralen Therapie, gegenüber 6,4 Millionen [5,9 Millionen – 6,4 Millionen] im Jahr 2009.
- Im Jahr 2019 hatten 67 % [54–79 %] aller HIV-Infizierten Zugang zu einer Behandlung.
- 68 % [54 – 80 %] der erwachsenen Personen im Alter von 15 Jahren und älter, die mit HIV leben, hatten Zugang zu einer Behandlung, ebenso wie 53 % [36–64 %] der Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren.
- 73 % [60 – 86 %] der weiblichen Erwachsenen im Alter von 15 Jahren und älter hatten Zugang zu einer Behandlung; jedoch hatten nur 61 % [48 – 74 %] der männlichen Erwachsenen im Alter von 15 Jahren und älter Zugang.
- 85 % [63 – 100 %] der mit HIV lebenden Schwangeren hatten 2019 Zugang zu antiretroviralen Medikamenten, um eine Übertragung von HIV auf ihr Kind zu verhindern.

Neue HIV-Infektionen

- Die Zunahme der HIV-Neuinfektionen ist seit dem Höchststand im Jahr 1998 um 40 % zurückgegangen.
- Im Jahr 2019 waren rund 1,7 Millionen Menschen (1,2 Millionen – 2,2 Millionen] neu mit HIV infiziert, verglichen mit 2,8 Millionen [2,0 Millionen – 3,7 Millionen] Menschen im Jahr 1998.
- Seit 2010 sind die HIV-Neuinfektionen um 23 % zurückgegangen, von 2,1 Millionen [1,6 Millionen– 2,9 Millionen] auf 1,7 Millionen [1,2 Millionen –2,2 Millionen] im Jahr 2019.
- Seit 2010 sind die HIV-Neuinfektionen bei Kindern um 52 % zurückgegangen, von 310 000 [200 000–500 000] im Jahr 2010 auf 150 000 [94 000–240 000] im Jahr 2019.

AIDS-bedingte Todesfälle

- Die Zahl der AIDS-bedingten Todesfälle ist seit dem Höchststand im Jahr 2004 um 60 % zurückgegangen.
- Im Jahr 2019 starben weltweit rund 690 000 [500 000–970 000] Menschen an AIDS-bedingten Krankheiten, verglichen mit 1,7 Millionen [1,2 Millionen – 2,4 Millionen] Menschen im Jahr 2004 und 1,1 Millionen [830 000 –1,6 Millionen] Menschen im Jahr 2010.
- Die AIDS-bedingte Sterblichkeit ist seit 2010 um 39 % zurückgegangen

Kasten 1

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Obligat pathogene Mikroorganismen – eine stetige Bedrohung

Leider wird in der westlichen Welt zu wenig Kenntnis davon genommen, dass die Menschheit seit Urzeiten einen gemeinsamen Feind hat: obligat pathogene Mikroorganismen. Aktuelle Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) in Berlin aus dem Jahre 2019, an gemeldeten Todesfällen meldepflichtiger Infektionskrankheiten, im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes, verdeutlichen mit 607 Influenza, 451 schwer verlaufenden Clostridioides-difficile-Erkrankungen, 129 invasiven MRSA-Infektionen und 129 Tuberkulose Infektionserkrankungen die Misere auch hierzulande. [2]

Am Beispiel der Stadt Neapel in Italien wird historisch das Leben mit der ständigen Bedrohung kontagiöser Infektionskrankheiten und ihren sozialen Folgen skizziert. Die Stätte wurde von schweren Katastrophen über Jahrhunderte hinweg überzogen. In diesem Zusammenhang wird dabei auf die Grabstätte „Cimitero delle Fontanelle" (Friedhof der Fontanelle) in Neapel besonders verwiesen (Kasten 2 und Abbildung 1).

Der Ursprung des imposanten Gebeinhauses reicht zurück ins 17. Jahrhundert, als die Stadt von drei Volksaufständen, drei Hungersnöten, drei Erdbeben, fünf Vesuvausbrüchen und drei Epidemien schwer erschüttert wurde. Man nimmt an, dass die Leichenbestatter die Kadaver der Opfer in dem Gebeinhaus niederlegten, mit Erde bedeckten und die Grotten einmauerten, als die Kirchenfriedhöfe der Stadt – „terre sante" (gesunde Erde) – nicht mehr genügend Platz für die vielen Opfer boten. Laut dem Architekten Carlo Praus wurde die Fontanelle im Jahr 1764, als Neapel eine gravierende Hungersnot erlitt, erneut zur Grabstätte geöffnet; dieses Mal für die unteren Bevölkerungsschichten bestimmt, denn die vielen Toten konnten in den öffentlichen Gräbern auf den umliegenden Friedhöfen aufgrund von Platzmangel nicht bestattet werden. Als 1837 die Choleraepidemie in Neapel vorbei war, wurde die Fontanelle neuerlich geöffnet, um erneut weitere Tote aufzunehmen. Anlässlich dieser Gegebenheit befahl das Gesundheitsamt, Gebeine – auch aus den Kirchenfriedhöfen und denen der Bruderschaften („Congreghe") – in die Fontanelle zu tragen. Zeitgenossen berichteten, wie tagelang exhumierte Überreste auf Karren durch die Straßen von Neapel gezogen wurden. Der Pfarrer von Materdei, Don Gaetano Barbato, war es, der mithilfe seiner Pfarrgemeinde die Knochen in der Weise anordnete, wie wir sie heute noch vorfinden – allesamt anonym (Abb. 1). In der Epoche des 2. Weltkriegs begannen die sogenannten „Adoptionen", die sich bis in die 1950er-Jahre fortsetzten. Dabei wurden Knochen und Schädel von den Gläubigen in Holz-, Glas- oder Marmorschreinen versetzt und als „anime adottate" (adoptierte Seelen) bezeichnet. Ihnen wurden Gebete gewidmet, gelegentlich zu okkulten Zwecken. Kardinal Corrado Ursi, Erzbischof von Neapel, beschloss im Jahre 1969 die Schließung des Friedhofs; hielt er doch den dort praktizierten Kult für eine Art Fetischismus. Alle Toten in der Fontanelle sind anonym. Der Mensch im Mittelalter und auch in der frühen Neuzeit erwartete seinen Tod, der sich normalerweise vorher ankündigte. Anders jedoch zu „Seuchenzeiten", besonders der Pest, wo ganze Landstriche und Städte entvölkert wurden. Die Menschen flehten zu Gott, seinem Sohn und den Pestheiligen, den unerwarteten plötzlich hereinfallenden Tod von ihnen abzuwenden, denn jeder gläubige Christ, entgegen einer mittelalterlichen „Ars Moriendi" (die christliche Vorbereitung auf einen guten, das Leben gut abschließenden beziehungsweise heilsamen Tod), zu fürchten hatte (Abbildung 2). In Neapel ist auch der Krankensaal der Kirche „Santa Maria della Pace" (Hospital „Maria des Friedens") in diesem Kontext zu nennen. Der Saal erhielt seinen Namen, weil er einer der wenigen Orte in der Stadt war, wo man Menschen aufnahm, die unter schweren Krankheiten wie Lepra, Pest oder anderen Geißeln der Menschheit litten. Der Saal ist 60 m lang, 10 m breit und 12 m hoch. Der Balkon, der auf halber Höhe entlang der Wände verläuft, hatte den Zweck, Infektionen zu vermeiden, wenn man den Pestopfern Speisen und Getränke servierte. Weder medizinische, nicht seuchen hygienische, nicht pflegerische, und auch keine sozialen Gesichtspunkte waren für den Hospitalbau bestimmt: sondern einzig und allein die Frage, ob der chronisch Kranke von seinem Bett aus den Altar sehen könne – das sichtbare Zentrum der mittelalterlichen Idee vom Leben und Sterben. Da eine Heilung chronischer Krankheiten – außer durch ein göttliches Wunder – unbekannt war, kam man gar nicht auf den Gedanken, neben pflegerischen und lindernden bzw. palliativen Maßnahmen eine auf Heilung abzielende Therapie zu treiben, denn die Kranken definieren und bestätigen sich in erster Linie als Sünder: ihre Verfehlungen sind schuld an ihren Krankheiten. Gott allein kann die Krankheit heilen, die er geschickt hat: Nur er dort oben, der die Verwundung zugefügt hat, kann sie heilen. Die Hospitalhalle war die zweckentsprechend architektonische Lösung für den chronisch Kranken und siechenden Menschen damaliger Zeit. Für den heutigen Menschen mag dies hart – ja unheimlich – erscheinen, aber wer sich nur ein wenig bemüht hat, die Weltanschauung des Mittelalters zu verstehen, der wird die Architektonik der hochmittelalterlichen Hospitalhalle ebenso einleuchtend finden wie etwa den Bauplan eines modernen Krankenhausarchitekten für die Errichtung einer modernen heutigen Intensivstation. Diese bewusst pointierte Formulierung soll den Wandel und den Fortschritt aus heutiger Betrachtung illustrieren.

Kasten 2

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Abbildung 1: Der „Cimitero delle Fontanelle" (Friedhof der Fontanelle) in Neapel – © Panknin HT

Abbildung 2: Rochus pflegt Pestkranke im Spital, Ausschnitt aus dem Hochaltar der Wolfgangskapelle zu Rothenburg o. T., 1514, Foto: Uwe Bach, D-91607 Gebsattel

Infektionsepidemien – Pandemien

Die Wahrscheinlichkeit der Manifestationen von Infektionsepidemien erhöht sich überall dort, wo eine hohe Populationsdichte, mangelnde Hygiene und hohe Mobilität zusammenkommen. Bevölkerungswachstum, Armut und Globalisierung sind ein potenziell explosives Gemisch für das Ausbreiten von neuen unbekannten, und auch alten uns bekannten Infektionskrankheiten, die wir als besiegt glaubten. Die nun seit Mai 2022 auftretenden Affenpocken bzw. Monkeypox sind in manchen Ländern Europas exemplarisch in dem Kontext zu nennen. Infektionen können sich heute mit ungleich größerer Geschwindigkeit ausbreiten als früher. Es ist praktisch ausnahmslos der Flugverkehr, der Epi- und Pandemien die Ausbreitungsplattform bietet. Hierzu ist anzumerken: Gesundheitsprävention hängt von persönlicher Wachsamkeit ab. Ein gesunder und hygienebewusster Lebensstil kann weitgehend dazu beitragen, Infektionen auf ein Minimum zu reduzieren – jedenfalls in der wesentlichen Welt.

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

In Europa bzw. in der westlichen Welt erreichen Infektionskrankheiten selten epidemische oder gar pandemische Ausmaße. Die meisten gesund Geborenen in der westlichen Welt werden auch bis in die späte Phase ihres Lebens gesund bleiben, wenn man von unbedeutenden Krankheiten einmal absieht. Voraussetzung ist, dass sie genug zu essen haben, keinen ernsten Gefahren ausgesetzt sind und sich nicht durch unkluges Verhalten selbst schädigen, indem sie radikal von den Lebensformen abweichen, unter denen sich der Homo sapiens entwickelt, so die These von Thomas McKeown (1912 – 1988), ein englischer Sozialmediziner, der in seiner beeindruckenden Monografie: „Die Bedeutung der Medizin" (1982), drei wesentliche Veränderungen akzentuierte: medizinischer Fortschritt, verminderte Exposition gegenüber Infektionen durch Verbesserungen der Wohnverhältnisse und verbesserte Ernährung. Das Krankheitspanorama hat sich seit dem 18. Jahrhundert verändert, weil sich die Ernährung und die Hygiene weltweit verbesserten. Vor dem 20. Jahrhundert trugen Schutzimpfung und ärztliche Behandlung nicht wesentlich zu dieser Entwicklung bei. McKeowns Hypothese geht davon aus, dass die medizinische Intervention wahrscheinlich ohne Wirkung geblieben wäre, hätten nicht zugleich auch andere Verbesserungen stattgefunden. Medizinische Innovationen wie der Einsatz von Antibiotika oder die Entwicklung von Impfstoffen haben in seiner Analyse hingegen nur marginale oder keine Auswirkungen auf die Gesamtsterberate. Jedoch schreibt er, dass die Diphterie die einzige der großen Infektionskrankheiten ist, für deren Rückgang die spezifische Therapie der modernen Medizin den dominanten Erfolg beanspruchen kann. Die bedeutsamsten Einflüsse, die in den letzten drei Jahrhunderten zur Gesundheitsverbesserung führten, waren ernährungsbedingt, umweltbedingt – vor allem durch die Kontrolle von Wasser und Nahrung – und verhaltensbedingt. [14]

Antibiotikaresistenz – die stille Pandemie

Das Auftreten von neuen Erregern und auch die altbekannten Mikroben, bei denen sich zunehmend Resistenzen und Multiresistenzen gegen Antiinfektiva (Antibiotika, Desinfektionsmittel und auch Virustatika) entwickeln, bewirken Angst, da sie uns plötzlich alle unmittelbar infizieren können. Es wird in diesem Zusammenhang schon von einer postantibiotischen Ära gesprochen. Die Europäische Kommission beziffert aktuell 25.000 Todesfälle, die pro Jahr zu beklagen sind, wo Antiinfektiva nicht mehr optimal wirken. In diesem Kontext nimmt erstmals seit Jahrzehnten der Anteil der Infektionskrankheiten an der Gesamtzahl der Todesursachen in Europa wieder zu. [64]

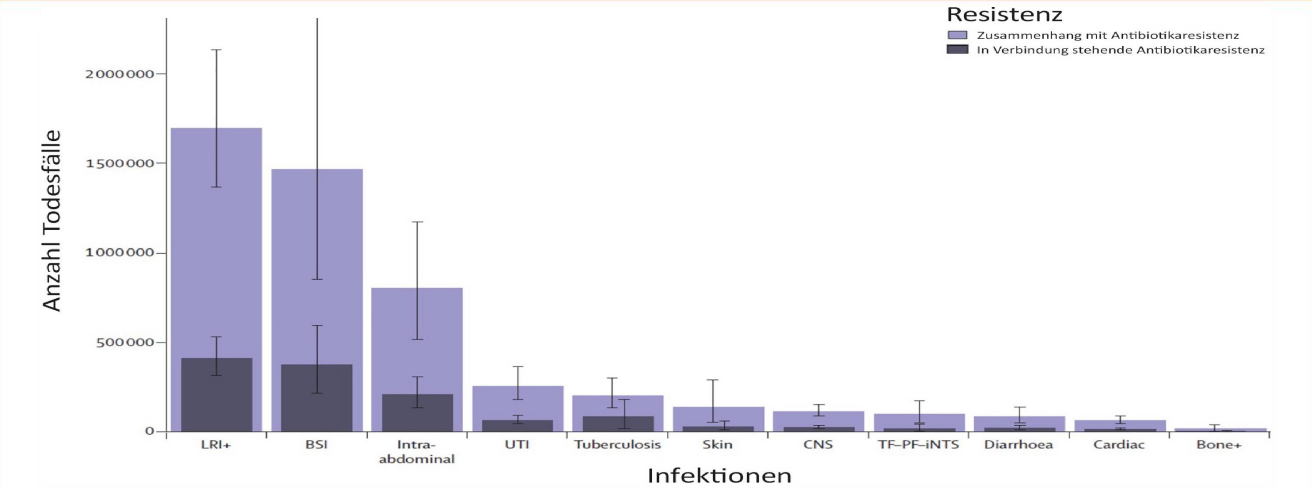
Für das Jahr 2050 wird sogar prognostiziert, dass mehr Menschen an Infektionskrankheiten als an Krebs sterben werden. Am 20. Januar 2022 wurden erstmals repräsentative Zahlen über die globale bakterielle Antibiotikaresistenz in der international renommierten Fachzeitschrift „The Lancet" publiziert. Die Ergebnisse sind erschreckend und alarmierend zugleich: Im Jahr 2019 waren in den betrachteten 204 Ländern insgesamt 1,27 Millionen Menschen an den Folgen einer durch resistente Erreger ausgelösten Infektionskrankheit verstorben. Eine Hochrechnung von den Studienländern auf die gesamte Weltbevölkerung ergab, dass im Jahr 2019 4,95 Millionen Menschen im Zusammenhang mit resistenten Erregern gestorben waren. Das Resistenzproblem war am größten im westlichen Afrika südlich der Sahara mit einer Todesrate von 27,3 pro 100.000 Einwohner und Jahr. Sechs Erregerspezies waren weltweit führend in der Resistenz. An der Spitze stand Escherichia coli mit 250.000 Todesfällen, gefolgt von Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Streptococcus pneumoniae, Acinetobacter baumannii und Pseudomonas aeruginosa. Zusammengenommen waren diese 6 Erreger für 929.000 Todesfälle von den oben genannten 1,27 Millionen Fällen verantwortlich (73,1 %). Wiederum hochgerechnet auf die Weltbevölkerung ergaben sich durch Resistenzen bei diesen 6 Erregerspezies insgesamt 3,57 Millionen Todesfälle im Jahr 2019 (Abbildung 3). Besonders der Erreger Streptococcus pneumoniae (Pneumokokken), der häufigste Erreger, der eine Pneumonie verursacht, steht im besonderen Fokus. Durch eine Pneumokokken-Impfung, von besonders prädisponierten Personen (Altersgruppe 60+), könnte der Erreger in Zukunft massiv reduziert werden; Antibiotikaapplikationen ließen sich reduzieren. [23]

Die zeitweise Überbewertung der Antibiotika – sowohl in therapeutischer als auch in prophylaktischer Anwendung – im Sinne einer „Magic Bullet" beziehungsweise der Wunschtraum vom Zeitalter der infektionsfreien Medizin, die nicht selten zu einer Vernachlässigung bewährter Grundsätze der Asepsis und Antisepsis besonders zu Beginn der Therapie geführt hatte, erwies sich hier als verhängnisvoller Irrtum und Fehler im Nachhinein. Durch eine unkritische und unkontrollierte Anwendung antibiotischer Substanzen wird das physiologische bakterielle Gleichgewicht z. B. in einem Krankenhaus massiv gestört. Die meist apathogene Begleitflora reagiert auf die Chemotherapie prompt – es resultiert eine sogenannte Dysbakterie. Die pathogenen Keime, welche die Antibiotikatherapie überstanden haben, finden durch diese Selektion ein ungestörtes Ausbreitungsfeld vor, was einer indirekten Virulenzsteigerung gleichkommt. Gerade die Behandlung von Kranken mit schlechter Immunität und auch deren Therapie birgt die Gefahr von iatrogenen und nosokomialen Infektionen in sich, die wiederum dann von den Antibiotika profitieren. Einen wichtigen Faktor bei der Entstehung von im Hospital erworbenen Infektionen stellt auch der Patient und seine Infektionsbereitschaft dar. Ein kritisch Kranker kann selbst an seinen eigenen Darmbakterien erkranken, mit denen er sonst symbiotisch lebt, und sein Umfeld infizieren; Autoinfek-

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

tion, die auf einer nicht mit der Hospitalisierung zusammenhängenden Disposition beruht – Abbildung 4 skizziert schematisch die Ursachentrias. Durch episomale Resistenzübertragung, zum Beispiel im menschlichen Darm, können resistente Stämme von gramnegativen Stäbchen auch ohne Kontakt mit einem Antibiotikum auftreten und sich in der Klinik ausbreiten. Diese Tatsache allein erklärt, warum in bestimmten Bereichen des Krankenhauses stets auch mit Infektionsausbrüchen gerechnet werden muss. [31, 32]

Eckpfeiler der Reduzierung von Antibiotikaresistenzen sind rationaler und verantwortungsvoller Einsatz von Antibiotika (Antibiotic Stewardship (ABS)), rigide Infektionsprävention und -kontrolle. Aus der aktuellen globalen Resistenzstudie kann erstmals detailliert entnommen werden, dass die Zunahme von Antibiotikaresistenzen eine potenzielle Bedrohung für die gegenwärtige Gesundheit der Weltbevölkerung darstellt. [23]



LRI+ = Infektionen der unteren Atemwege und alle damit verbundenen Infektionen im Thorax. BSI = Blutstrominfektionen. Intra-abdominal = Intra-abdominelle Infektionen. UTI = Harnwegsinfektionen und Pyelonephritis. Tuberculosis = Tuberkulose. Skin = bakterielle Infektionen der Haut und des subkutanen Systems. CNS = Meningitis und andere bakterielle ZNS-Infektionen.TF–PF–iNTS = Typhus, Paratyphus und invasive nicht-typhusartige Salmonella spp. Diarrhoea = Diarrhö, Cardiac = Endokarditis und andere Herzinfektionen. Bone+ = Infektionen von Knochen, Gelenken und verwandten Organen.
Die Schätzungen wurden für alle Medikamente aggregiert, wobei das gleichzeitige Auftreten von Resistenzen gegen mehrere Medikamente berücksichtigt wurde. Fehlerbalken zeigen 95 % Unsicherheitsintervalle. Anmerkung: Nicht berücksichtigt wurden sexuell übertragbare Infektionen: Gonorrhö und Chlamydien.

Abbildung 3: Schätzung weltweiter Todesfälle (Anzahl) infolge von bakteriellen Infektionen verschiedener Organsysteme und obligat pathogener Erreger, die auf Antibiotikaresistenzen im Jahre 2019 zurückzuführen waren [23]

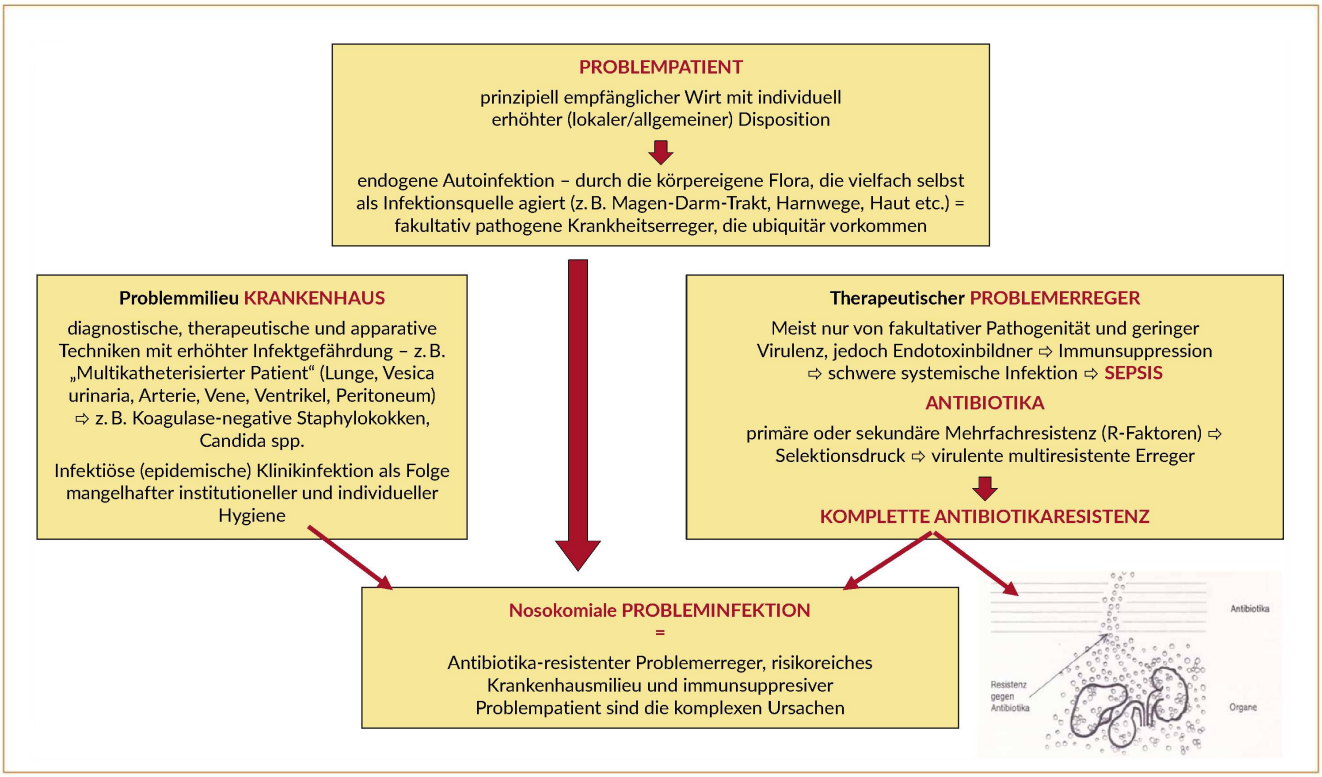


Abbildung 4: Ursachentrias der nosokomialen Probleminfektion modifiziert nach Naumann [32] – © Panknin HT

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Eine Krankengeschichte aus dem frühen achtzehnten Jahrhundert:

Ein schmächtiger Mann von vierundsiebzig Jahren, der seinen Wein liebte, hatte im Monat zuvor damit angefangen, beim Laufen das Gewicht auf das linke Bein zu verlagern. Obwohl seine Hausangestellten das Hinken bemerkt hatten, verlor er selbst kein Wort darüber und klagte auch über keinerlei Beschwerden. Nachdem er zweiundzwanzig Tage so gehinkt hatte, überfielen ihn Leibschmerzen. Er behandelte sich mit Theriakpuder, einem beliebten Mittel für derlei Symptome seit der Antike. Der Schmerz ließ nach. Zwölf Tage darauf bekam er um die Mittagszeit grauenhafte Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, die er mit dem „Nagen von Hunden" verglich. Der schmerzhafte Bereich war geschwollen, und der Arzt, der nun hinzugezogen wurde, konnte eine Verhärtung spüren. Er bemerkte, dass der Puls raste, die Augen tief in den Höhlen lagen und die Zunge trocken war. Der Patient verbrachte eine unruhige Nacht. Am nächsten Morgen ging der Puls immer noch rasch und hämmerte. Der Schmerz und die harte Stelle hatten sich nun bis zur Mitte des Unterleibes ausgedehnt und erreichten bald die linke Seite. Der Arzt ließ dem alten Mann sieben Unzen Blut abzapfen, auf dessen Oberfläche sich eine gelbe, ungesund aussehende dickliche Schicht bildete. Dem Patienten war übel, aber er erbrach nicht. Die zweite Nacht verlief sehr schlecht. Anderntags war der Puls schwach, und der Patient stieß aus dem Magen eine bittere Säure auf. Er sprach undeutlich und fiel immer wieder ins Delirium. Am folgenden Morgen hatte er häufig Krämpfe, die bis zu einer Viertelstunde anhielten. Sein Puls war so schwach, dass der Arzt ihn durch eine leichte Berührung mit den Fingerspitzen ganz ausschalten konnte. Der Patient erbrach eine übelriechende Flüssigkeit, die wie Kot roch. Die Atmung wurde mühsam. Am Abend — der Patient war unerklärlicherweise wieder deliriumfrei — keuchte der alte Mann einmal, krümmte sich und verschied. Bei der Autopsie am nächsten Morgen zeigten sich die auffallendsten Befunde, wie erwartet, im rechten unteren Teil der Bauchhöhle. In der Einmündungsstelle des Dickdarms, dem Ausgangspunkt des Blinddarms, befand sich ein umfangreicher Brand. Ein übelriechender Abszess drang so tief in die zum Bein führenden Muskeln ein, dass man ihn nicht, ohne zu schneiden, von ihnen trennen konnte, woraufhin jede Menge Eiter und Serum herausquollen. Somit war der Sitz der Symptome festgestellt, aber es gab keine Möglichkeit, die eigentliche Ursache zu entdecken, die den krankhaften Prozess in Gang gesetzt hatte. Eine Erklärung wäre erst anderthalb Jahrhunderte später möglich gewesen: Akute Peritonitis nach perforierter Appendizitis mit konsekutiver Sepsis lautet die heutige Diagnose. Die Krankengeschichte, die Sie gerade gelesen haben, war eine der ersten von insgesamt siebenhundert Autopsien, die ihr Sezierer im Jahre 1705 niederschrieb, als die Autopsie in Italien in Bologna stattfand. Der Obdukteur war ein dreiundzwanzigjähriger Assistent des Anatomieprofessors Antonio Valsalva an der Universität Bologna. Sein Name lautet Giovanni Battista Morgagni. Ubi est morbus? — Wo ist die Krankheit? Das ist die Frage, die von jedem Arzt für jeden Patienten beantwortet werden muss. Erst dann kann die Behandlung beginnen.

Morgagnis Meisterwerk, jener Epoche: de Sedibus Et Causis Morborum Per Anatomen Indagatis: Dissectiones Et Animadversiones, Nunc Primum Editas, Complectuntur Propemodum Innumeras, Chirurgis, Anatomicis Profuturas; Volume 2, FRANKLIN CLASSICS TRADE PR (Nachdruck 11. November 2018), ISBN 10: 035342031X), wurde von Gelehrten als kulturell wichtig ausgewählt und ist Teil der Wissensbasis der Zivilisation geworden.

Kasten 3

Wie solch ein Szenarium in der Zukunft aussehen könnte, wenn Antiinfektiva nicht mehr wirken, verdeutlicht sehr eindrucksvoll eine Kasuistik aus dem frühen 18. Jahrhundert – die sogenannte präantibiotische Ära (Kasten 3).

Infektionszunahme in der Ära der Hightech-Medizin

Vor mehr als 150 Jahren beruhte die ärztliche Heilkunde im Wesentlichen noch auf Spekulationen und der Semiotik – die Lehre von den Zeichen – wie die Kasuistik imposant verdeutlicht. Erst mit den Erfahrungen, die aus anatomischen, physiologischen, biochemischen und molekularbiologischen Erkenntnissen in jüngster Zeit gewonnen werden konnten, wurden fast alle Krankheiten diagnostiziert und Infektionserreger isoliert. Eine Vielzahl von Medikamenten und verschiedenen Behandlungsoptionen erfolgten daraufhin und ermöglichen, vielen Erkrankungen wirkungsvoll zu begegnen, denen die medizinische Heilkunde über Jahrtausende völlig macht- und ratlos gegenüberstand. Trotz der epochalen Erfolge sind in den letzten 36 Jahren, schier jedes Jahr ein neuer Erreger entdeckt worden, der eine Erkrankung beim Menschen auslösen kann; explizit bedeutet dieser Faktor, dass in der Natur ein erhebliches Reservoir an Krankheitserregern vorhanden ist. Kontagiöse Infektionskrankheiten müssen heute als Strafe für begangene Fehler, häufiger aber als Warnung und Belehrung angesehen werden. Als neue Infektionskrankheiten („emerging infectious diseases") bezeichnet man nicht nur durch neu entdeckte Erreger verursachte Infektionskrankheiten, sondern auch solche, die in einer Region neu aufgetreten sind, an Häufigkeit zugenommen haben oder neue Wirte befallen (Tabelle 2). Die Ursachen für die Ausbreitung zum Beispiel von Viren,

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

sind vielschichtig: Mutationen besonders auf der Oberfläche von RNS-Viren oder neue Pathogenitätsfaktoren einzelner Virenspezies machen den Menschen anfälliger für Infektionen. Der Reiseverkehr zwischen 1950 und 2008 ist 37-fach von 25 Millionen auf 924 Millionen Touristen weltweit pro Jahr gestiegen; seltene und somit nicht heimische Infektionserreger reisen mit ihren Folgen rund um den Globus. Der weltweite Warentransport begünstigt ebenfalls die Verbreitung von Vektoren, wie dies für die Tigermücke von Süden nach Norden entlang der Autobahnen beobachtet wurde. Im Jahr 2019 ist es zu den ersten dokumentierten West-Nil-Virus (WNV)-Infektionen in Deutschland, die durch die hierzulande weitverbreitenten Stechmücke der Gattung „Culex" übertragen wird, gekommen. Dabei ist auffällig, dass die bestätigten Fälle nur in Gebieten mit WNV-Zirkulation in Vögeln und Pferden auftraten und sich Fälle in anderen Regionen nicht bestätigten. Das Virus ist offenbar in der Lage, in Deutschland zu überwintern – eine negative Folge des bereits eingesetzten Klimawandels. [1 – 22 und 30]

Tabelle 1 zeigt einige der wichtigsten Ursachen und Einflussgrößen der neu- und/oder wiederauftretenden Infektionskrankheiten (newly and re-emerging infectious diseases) auf – zusammengefasst aus [25, 30].

Tabelle 2 gibt eine Auswahl an obligat pathogenen Erregern wieder, die in den letzten 50 Jahren neu identifiziert wurden.

Umgebung/Umwelt	Beispiel
Ökologische Veränderungen	Klima (globale Erwärmung); Veränderung der Habitate von Tieren oder Arthropoden, die Erreger auf den Menschen übertragen; technologisierte Umwelt
Landwirtschaftliche Veränderungen	Massentierhaltung; Verfütterung von Tiermehl an Wiederkäuer; Einsatz von Antibiotika in der Tiermast
Sozioökonomische Bedingungen	Armut, Krieg oder politische Unruhen; schnelles Bevölkerungswachstum; Verfall von Großstädten
Gesundheitsversorgung	Übertragung durch Blutprodukte; Anwendung neuer medizinischer Technologien, z. B. Transplantate; Anwendung von Immunsuppressiva; breite Anwendung von Antibiotika
Lebensmittelproduktion	Massenproduktion mit veränderten Konservierungs-, Verpackungs- und Zubereitungsmethoden; globale Verteilung
Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes	Abbau von Präventionsprogrammen; unzureichende Surveillance; mangelnde Hygiene-Standards; Mangel an adäquat ausgebildetem Personal (Epidemiologen, Laborexperten, Hygieniker, Experten für die Kontrolle von Vektoren und Nagetieren)
Internationaler Handel	Globalisierung der Handelsbeziehungen
Wirtsfaktoren	**Beispiel**
Verhaltensänderungen	Ernährung, z. B. Verzehr von unpasteurisierter Milch oder rohem Fleisch; Restaurantbesuche; sexuelles Verhalten; Medikamentenkonsum; Drogenkonsum; Freizeitaktivitäten im Freien; Mobilität (Zunahme des Flugverkehrs)
Zunahme von Risikopopulationen	Immunsupprimierte Personen, z. B. HIV-Infizierte und Transplantierte; wachsende Slumbevölkerungen; Alterung der Bevölkerung; Personen in Heimen, Krankenhäusern, Kindereinrichtungen oder anderen Gemeinschaftseinrichtungen

Tabelle 1: Ursachen und Einflussgrößen der neu- und/oder wiederauftretenden Infektionskrankheiten

Jahrzehnt	Infektionserreger
1970 – 1979	Rotavirus, Ebolavirus, Legionellen
1980 – 1989	HTLV1 und -2, humanes Herpesvirus (HHV), HIV, Hepatitis C (HCV), E. coli 0157, Borrelia burgdorferi, Helicobacter pylori, toxinproduzierende Staphylococcus aureus
1990 – 1999	Hantavirus, humanes Herpesvirus (HHV) 8, Hepatitis E/F/G-Virus, nvCJD, Niphavirus, Vibrio cholerae 0139, Kryptosporidien, Cylospora, Influenza A-Virus (H5N9)
2000 – 2019	Alongshan-Virus, Coronaviren: MERS-CoV (BatCoV-HKU5 und BatCoV-HKU4**), SARS-CoV, SARS-CoV-2 (COVID-19)

*HTLV = humanes T-Zell-Leukämie-Virus (human T-cell lymphotropic virus), HIV= human immunodeficiency virus, nvCJD = neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Middle East respiratory syndrome (MERS), wird der Gattung Betacoronavirus zugeordnet**, Severe acute respiratory syndrome (SARS), SARS-CoV-2, Coronavirus disease 2019 (COVID-19)

Tabelle 2: Auswahl neu identifizierter obligat pathogener Erreger in den letzten 50 Jahren

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Infektionskrankheiten in der Dritten Welt – Gefährdung der globalen Gesundheit

Etwa ein Drittel der jährlich in der Welt zu beklagenden Todesfälle – rund 17 Millionen – sind auf Infektionen zurückzuführen. Dazu ist anzumerken: Die große Mehrzahl dieser tödlich verlaufenden Erkrankungen wird fast ausschließlich aus den Entwicklungsländern gemeldet, wo Todesfälle z. B. durch Malaria, Lungenentzündungen, Tuberkulose, AIDS, Masern, Tollwut (besonders durch nicht geimpfte Hunde gegen das Rabiesvirus) oder Darminfektionen an der Tagesordnung sind. Durchfallerkrankungen stellen ein großes Gesundheitsproblem in Schwellen- und Drittweltländern dar. Im Jahre 2016 war Durchfall die achthäufigste Todesursache: verantwortlich für mehr als 1,6 Millionen Todesfälle, mehr als ein Viertel der Todesfälle traten bei jüngeren Kindern unter 5 Jahren auf, etwa 90 % der Todesfälle ereigneten sich auch hier in Südasien und Subsahara-Afrika. Nachweislich treten Durchfallerkrankungen überproportional in diesen Ländern auf, wo die Gesundheitsversorgung desolat ist: sauberes Wasser und sanitäre Einrichtungen fehlen, die Bevölkerung einkommensschwach ist. Es gibt Anstrengungen, die Sterblichkeit durch Durchfall signifikant zu senken: Eine Salztherapie bzw. eine orale Rehydratation, auch als „suero" bezeichnet, genügt, den Tod durch schwere Diarrhoe zu verhindern; ja sogar durch Cholera. Um den Flüssigkeitshaushalt eines Kindes wiederherzustellen genügen meist zwei Päckchen zum Herstellen einer oralen Rehydratationstherapie. Ein Betrag in Höhe von 40 – 60 Cent kostet ein Beutel in der westlichen Welt. Es könnten beispielsweise für 500.000 US-Dollar jedes Jahr eine Vielzahl an Menschenleben auf der Erde gerettet werden. Der Betrag ist etwa halb so viel, wie ein dreißig Sekunden langer Fernseh-Werbespot in den USA kostet. Ein unerträglicher Zustand, der in der westlichen Welt aber kaum wahrgenommen wird. Politische Mittel könnten dazu eingesetzt werden, so gut wie alle Todesfälle durch Diarrhö bei Kindern zu verhindern. Würden aktuell die Lebensmittel gerecht verteilt werden, reichen die gegenwärtigen Vorräte mehr als aus, um für alle Menschen eine ausreichende Ernährung sicherzustellen. Welthungerhilfe kann zur Minimierung vieler Infektionskrankheiten auf der Erde – im Sinne einer globalen Infektionsprävention – beitragen.

Tuberkulose – auch weiterhin eine bleibende Herausforderung

Die Tuberkulose wird dieses Jahrhundert vielleicht mehr prägen als die Drogenproblematik und die Immunschwächekrankheit AIDS zusammen, denn die Therapie einer multiresistenten Tuberkulose (MRTB) ist 350-mal teurer als die Behandlung einer Tuberkulose ohne Resistenz. Die MRTB-Diagnose ist gleichbedeutend mit einem Todesurteil – wie zu der Zeit der Präantibiotischen Ära. 8 Millionen Menschen erkranken jährlich neu, 3 Millionen sterben Jahr für Jahr weltweit und jeder 3. Bewohner dieses Planeten ist mit Tuberkulose infiziert. Die Bedrohung auch für Deutschland bleibt, denn wir leben in der Mitte Europas nicht auf einer Insel der Glückseligen: Flüchtlingsströme ungeahnten Ausmaßes als Folge von Krieg und Diktatur, großflächige Migrationsbewegungen, ausgelöst durch ein immer krasser werdendes Wohlstandsgefälle zwischen Ost und West, Nord und Süd, und die noch immer zunehmende touristische Mobilität der Bevölkerung potenzieren die Gefahren der Infektion, so haben die beiden Herausgeber des deutschsprachigen Standartwerkes über die „Tuberkulose", Prof. Dr. med. Nikolaus Konietzko (Essen), und Prof. Dr. med. Robert Loddenkemper (Berlin), die aktuelle Situation Ende des letzten Jahrhunderts prägnant beschrieben. Im Jahr 2020 wurden in Deutschland dem Robert Koch Institut 4.127 Tuberkulosefälle gemeldet, was einer Inzidenz von 5,0 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner entspricht. In circa 60 % der Fälle handelt es sich um offene und in knapp 20 % um geschlossene Lungentuberkulosen. Die restlichen 20 % der Fälle betreffen verschiedenste Organsysteme, wobei vor allem die Lymphknoten und die Pleurahöhle im Vordergrund stehen. Während im Jahr 2002 noch knapp 60 % der erkrankten Personen in Deutschland geboren waren, entfallen inzwischen 72 % der Neuerkrankungen beziehungsweise neu entdeckten Fälle auf ausländische Patienten. Die internationale Migration und die Flüchtlingsbewegungen dürften somit der Hauptgrund für die Erkrankungszunahme in Deutschland sein. An vorderster Stelle sind Zuwanderer aus Somalia, Eritrea und Afghanistan zu nennen. Aus diesen drei Ländern stammten im Jahr 2015 jeweils 419, 344 und 270 neu entdeckte Fälle. Insgesamt entfielen 26 % aller 3.869 neuen Erkrankungsfälle auf Personen aus diesen von Hunger und Krieg geprägten Ländern. Aber auch eine Herkunft aus den Krisenregionen in der Ukraine und im Nahen Osten ist mit einem deutlich höheren Tbc-Erkrankungsrisiko assoziiert.

Das Screening auf Tuberkulose dient als wichtige Größe für die öffentliche Gesundheit und wird von über 86 % der Länder in Europa durchgeführt. 2013 meldete die WHO allein in Europa 287.015 Neuerkrankungen, 14 % der Fälle wiesen eine MRTB auf. Eine Transmission von Tuberkulose zwischen Immigranten und der einheimischen Bevölkerung stellt eine Ausnahme dar, was sowohl durch Screening-Programme als auch durch den geringen Kontakt zwischen den beiden Gruppen zu erklären ist. In der EU und dem Europäischen Wirtschaftsraum waren im Jahr 2014 26,8 % aller Tuberkulose-Patienten im Ausland geboren, 74,9 % dieser Fälle wurden von den Ländern Deutschland, Frankreich, Großbritannien und Spanien gemeldet. Geschlecht, Alter und Nationalität der Flüchtlinge und Asylsuchenden haben einen Einfluss auf das Auftreten einzelner Infektionskrankheiten. Frühzeitige Impfungen und verbesserte hygienische Maßnahmen können helfen, Infektionsausbrüche

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

in Gemeinschaftsunterkünften zu reduzieren. Screening sowie eine zeitnahe Therapie und Infektionsschutzmaßnahmen können die Transmission von Krankheiten verhindern, wenn Flüchtlinge und Asylsuchenden durch Früherkennung und Prävention von Infektionskrankheiten identifiziert werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht mit einem Aktionsplan gegen die Tbc-Ausbreitung vor: Ziel ist die Eliminierung der Tuberkulose bis 2050; besonders die multiresistente und die extensiv resistente Tuberkulose stehen dabei im Fokus. In allen europäischen Staaten und der Russischen Föderation soll ein flächendeckender Zugang zu Präventions-, Diagnose- und Therapieangeboten ermöglicht werden. [21, 22, 24, 41, 42, 43, 44, 45]

Gesundheitsvorsorge als Infektionsprävention in Schwellenländern und Ländern der Dritten Welt

Nach den Epidemiologen und Infektiologen besteht einheitlicher Konsens, dass Länder der Dritten Welt als potenzielle Ausgangsorte für bekannte und neue Epidemien anzusehen sind. Eine dringende Verbesserung der Gesundheitsvorsorge im Sinne von Infektionsstrategien ist zu fordern:

- verbesserte öffentliche Gesundheitsfürsorge (insbesondere im Trinkwasser–/Abwasserbereich)
- technologiefolgenabschätzung
- weitere und verbesserte Impfstoffe
- weitere und verbesserte, insbesondere antivirale Therapien
- verbesserte Kontrolle und ggf. Elimination der Zwischenwirte (Mücken, Nager)
- globales Überwachungssystem (Surveillance*). [15,16]

In der Entwicklungshilfe sollten Programme verstärkt auf die Bedürfnisse der Länder der Dritten Welt zu einer Verbesserung von Hygiene und Ausbildung – besonders der Facharztausbildung – gesetzt werden, um dort das fachliche Knowhow unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen Voraussetzungen der Länder der Dritten Welt zu verbessern. Hierzu sollten Fachärzten und auch Pflegeberufen aus Ländern der Dritten Welt Stipendien in Deutschland und anderen westlichen Staaten gegeben werden, um die hiesigen Weiterbildungsinhalte zu

*Surveillance ist ein Instrument, das zu einer der wichtigsten Grundlagen für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten geworden ist: die systematische Erhebung von Daten in einer definierten Bevölkerungsgruppe und deren Analyse und Interpretation mit dem Ziel, Public-Health-Maßnahmen entsprechend zu planen, zu implementieren und zu evaluieren.

Eine lehrreiche Kasuistik aus dem kleinen Ort Lakota in North Dakota (USA), soll die potentielle Ansteckung an Tuberkulose verdeutlichen. Von den Marshallinseln im Pazifik wurde ein eingeborener Junge adoptiert. Bei der Einreise war der Knabe sieben Jahre alt. Zwei Jahre später konstatierte man bei einem seiner Lehrer einen schmerzhaften, tuberkulösen Hüftabszess. Intensive Nachverfolgungen schlossen sich an. Man fand bei dem adoptierten Jungen (Indexpatient) und weiteren 56 der 900 Einwohnern von Lakotas heraus, dass sie sich mit der Tuberkulose infiziert hatten: 20% aller Personen infizierten sich bei dem Indexpatienten. Drei von vier Personen, die im gleichen Haushalt lebten, steckten sich an; 16 seiner 24 Klassenkameraden und der Lehrer; 10 der 32 Schüler, die im selben Bus zur Schule fuhren; 9 von den 61 Kindern und Erwachsenen, die im selben Kindertagesheim sowie mehr als 20 weitere Personen, infizierten sich ebenfalls. Es handelte sich bei den Betroffenen um eine normale Form der Tuberkulose, die nicht multiresistent ist. Vermutlich hat sich das Kind bzw. der Indexpatient nicht in North Dakota infiziert, wo die Tuberkulose-Fallrate etwa 2 pro 100.000 Einwohner beträgt. Der adoptierte Junge muss sich vermutlich in seiner Heimat, den Marshallinseln infiziert haben, wo die Tbc-Fallquote 104 pro 100.000 Einwohner beträgt. Es wurde ein Tuberkulin-Hauttest kurz nach seiner Ankunft in North Dakota im Jahr 1996 gemacht, aber leider wurde das Ergebnis nicht bewertet. Er muss zu dieser Zeit asymptomatisch gewesen sein. Die Tuberkulose manifestierte sich erst zwei Jahre später. Als These für die späte Tuberkulosemanifestation bei dem Indexpatienten wird einen Mangel an 1,25-Dihydroxyvitamin D in den Wintermonaten diskutiert, da dunkelhäutige Menschen häufig einen Mangel an 1,25-Dihydroxyvitamin D aufweisen – ein wichtiges immunregulatorisches Hormon in der Infektabwehr. Die Marshallinseln liegen im Pazifischen Ozean auf einer Breite von nur 9 Grad Nord, wo es nie kalt genug ist, um drinnen bleiben zu müssen oder sich warm anzuziehen. North Dakota liegt bei etwa 46 Grad Nord. Es gibt also einen großen Unterschied im Sonnenlicht zwischen den beiden Standorten für mehrere Monate im Jahr. Douglas et al. haben gezeigt, dass die Spitzeninzidenz bei der Tuberkulose bei Personen mit dunkler Pigmentierung in den Wintermonaten liegt [46, 47]. Vielleicht der Grund für die verzögerte Entwicklung der Tuberkulose? Dunkelhäutige Menschen wandern aus Gebieten in die nördlichen Bundesstaaten oder nach Kanada und Europa ein, wo die Tuberkulose in ihren Herkunftsländern eine höhere Inzidenz aufweist, und auch Sonnenschein reichlich vorhanden ist. Auf einen ausreichenden Vitamin D Spiegel bei Menschen mit dunkler Hautfarbe sollte stets geachtet werden. Die Fallbeschreibung zeigt eindrucksvoll, welches Infektionspotenzial in der Tuberkulose schlummert. Ein infizierter Flugbegleiter, der auf einer einzigen Reise 24, und eine kalifornische Schülerin, die 400 Tbc-Sekundärfälle verursachte, sollen in dem Kontext ebenfalls erwähnt werden. [48]

Kasten 4

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

erlernen und sie dann in ihren Ländern entsprechend zu implementieren; in der Tat ein guter theoretischer Ansatz, der jedoch an den sprachlichen und lokalen Gegebenheiten scheitert. [5, 12]

Die gegenwärtige Krux sieht aber so aus: Die finanzielle Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist in den letzten Jahren zurückgegangen und Spenden an die WHO wurden eher für nicht übertragbare Krankheiten themenbezogen festgelegt. Innerhalb der WHO wurden in den vergangenen Jahren auch die Strukturen für die schnelle Reaktion auf Ausbrüche abgebaut. Die Mitgliedsländer sollen sich verpflichten, jährlich fünf Prozent mehr an die WHO zu zahlen sowie Geld in einen Fonds zu zahlen, der für die schnelle Reaktion auf Notfälle angelegt werden soll. Aktuell dominieren in der politischen Diskussion der Klimawandel, die Coronapandemie, der Ukrainekrieg und die Energiebeschaffung; die weltweit bedrohlichen Infektionskrankheiten sollten dabei aber nicht vergessen werden. Hierzu ist auch anzumerken, dass in Entwicklungsländern eine Kontrolle von Infektionskrankheiten durch Impfung dann problematisch ist, wenn die betroffene Bevölkerung an Unterernährung leidet; denn Menschen, die hungern, haben auch ein geschwächtes Immunsystem und sterben schneller an Infektionen. Ein modernes, gut ausgestattetes Gesundheitssystem ist Voraussetzung für eine funktionierende Gesellschaft. Gesundheitsgefahren, die von neuen und altbekannten Bakterien und Viren ausgehen, können nur erkannt und wirksam bekämpft werden, wenn der öffentliche Gesundheitsdienst und die Forschung gut ausgestattet sind.

Jüngst wurde rechtzeitig das Marburg-Virus in Westafrika, welches bei infizierten Personen ein hämorrhagisches Fieber auslösen kann, das in 25 bis 90% der Fälle tödlich verläuft, durch ein implementiertes Frühwarnsystem erkannt (Siehe Kasten 5). Das Labor, das die Marburg-Virusinfektion diagnostiziert hat, wurde bereits 2016 in Guéckédou – eine Stadt im Süden des westafrikanischen Guinea mit etwa 62.000 Einwohnern – eingerichtet. Das Laborteam entdeckte den Ausbruch in einem sehr frühen Stadium. Daraufhin leiteten die Gesundheitsbehörden umgehend wirksame Maßnahmen ein, die letztlich eine Ausbreitung der Krankheit verhinderten: Es wurden keine weiteren Fälle registriert. Das Beispiel zeigt, dass ein dezentraler Ansatz, moderne Labordiagnostik in den abgelegenen Gebieten aufzubauen, wo gefährliche Viren am ehesten auf den Menschen übertragen werden, das Risiko eines größeren Ausbruchs tatsächlich reduziert. [38]

Ausbruchsgeschehen: 08.06.2021 Ausbruch Marburg-Virus-Krankheit (MVD), früher bekannt als Marburg-Virus hämorrhagisches Fieber

Ausbruchsort: Tèmessadou M'boke, Präfektur Guéckédou, Gesundheitsbezirk Nzerekore, Guinea

Infektionsauslöser: Die ägyptische Fruchtfledermaus (EFB) (Rousettus aegyptiacus) ist der bekannte Reservoirwirt des Virus. Bei früheren Ausbrüchen wurden Fälle mit Minen oder Höhlen in Verbindung gebracht, die von infizierten Fledermäusen bewohnt wurden.

Ende des Ausbruchs: 16.09.2021; 1 Toter

Kasten 5

Schwere Infektionskrankheiten erfordern mehr Fachkompetenz

Weltweit ermittelte Zahlen zur Häufigkeit der Sepsis – als schwerste systemische Infektion – wurden im Jahr 2017 veröffentlicht. Die Daten stammten aus sieben der hoch industrialisierten Länder. Die Studie ergab beängstigende Zahlen: 19,4 Millionen Sepsisfälle pro Jahr mit 5,3 Millionen Todesfällen. Ein Kritikpunkt an dieser Erhebung war, dass die Zahlen keine Rückschlüsse darauf erlauben, wie häufig eine Sepsis in Entwicklungs- und Schwellenländern auftritt. Die häufigste Ursache einer Sepsis ist eine infektiöse Diarrhoe mit 9,21 Millionen Fällen. Bei Kindern unter 5 Jahren waren die häufigsten Sepsisursachen ebenfalls Diarrhoen (27,9% aller kindlichen Sepsisfälle). Die Sepsis-Inzidenz war bei Frauen mit 716,5 Fällen pro 100.000 Einwohner deutlich höher als bei Männern mit 642,8 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Altersverteilung zeigte einen zweigipfligen Verlauf: Die höchsten Zahlen fanden sich in der frühen und späten Neugeborenenperiode, die niedrigsten bei Personen im Alter zwischen 35 und 45 Jahren, danach stieg die Sepsisinzidenz wieder an und erreichte einen zweiten Altersgipfel bei 75 – 85 Jahren. Die Letalität der Sepsis bezogen auf die Bevölkerungszahl war am höchsten in Regionen mit niedrigem Sozialstandard. So traten beispielsweise in den Ländern Afrikas und Lateinamerikas mehr als 10.000 Sepsis-assoziierte Todesfälle pro 100.000 Einwohner auf, im Gegensatz zu nur ca. 10 pro 100.000 in einkommensstarken Ländern. Insgesamt verstarben im Jahr 2017 11,02 Millionen Menschen weltweit an einer Sepsis, wobei die Alters-adjustierte Mortalität der Sepsis bei 148,1 Todesfällen pro 100.000 Einwohner lag. Die Letalität, also der Anteil aller Sepsispatienten, die an dieser Erkrankung unmittelbar oder mittelbar verstarben, betrug 22,5%. [33, 34]

Im Rahmen der „Stop Sepsis – save lives" Initiative wird eine stärkere Umsetzung aller geeigneten Maßnahmen zur Sepsisprävention und Reduzierung der Sepsissterblichkeit gefordert, als es derzeit der Fall ist. Für folgende Interventionen konnte gezeigt werden, dass sie zu einer erheblichen Reduktion des Risikos für eine Sepsis führen:

- Impfungen: Da eine Sepsis sich aus nahezu jeder akuten Infektion entwickeln kann, lassen sich durch Impfungen von Risikopopulationen gegen Influen-

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

za, Pneumokokken, Hämophilus Influenza und Meningokokken jährlich tausende Sepsis-Todesfälle verhindern.
- Hygiene: Durch die strikte Einhaltung von Hygienemaßnahmen sind in deutschen Krankenhäusern jährlich ca. 1.500–4.500 Sepsistodesfälle vermeidbar.
- Früherkennung und -behandlung: Die Sepsisdiagnose wird derzeit häufig erst verzögert gestellt. Durch Frühdiagnose und -therapie lässt sich die Sepsis-Sterblichkeit um etwa die Hälfte senken.
- Antibiotikaresistenzen eindämmen: Stopp des unsachgemäßen Einsatzes von Antibiotika in der Medizin, Landwirtschaft und Tierzucht. [35]

In Deutschland starben 2013 67.849 Menschen an oder mit einer Sepsis. Die Fallzahlraten sind in den extremen Altersgruppen am höchsten und die Krankenhausletalität nimmt ab dem 40. Lebensjahr nahezu linear zu. [34, 35]

Bereits in den Jahren 2015 und 2017 haben kompetente Infektionsmediziner vor dem Verlust infektiologischer Fachkompetenz in Deutschland gewarnt. [6 – 8] Sie forderten eine strukturierte Facharztweiterbildung für Ärzte. Als Vorbild könnten wiederum die USA dienen, die bereits seit Jahrzehnten eine klinische Facharztausbildung mit der Bezeichnung „Infektionsspezialist" (Infectious Disease Physician) etabliert haben. Alle größeren Kliniken der USA verfügen über entsprechende Fachabteilungen. In Deutschland wurde seit einigen Jahren immerhin die Zusatzbezeichnung „Infektiologie" bei den Landesärztekammern eingerichtet, die von Fachärzten aus klinischen Disziplinen wie der Mikrobiologie und Hygiene absolviert werden kann. Die vermutlich nicht so bald zurückzudrängende Infektionskrankheit COVID-19 hat jetzt deutlich gemacht, dass wir auch zukünftig in Deutschland den „Infektionsspezialisten" in Medizin und auch in der Krankenpflege dringend benötigen werden.

Den Gesundheitsbehörden, wie den Ärzten, bleibt – unbehindert durch die anhaltende Infektionsgefährdung (Tabelle 1) – die Aufgabe, den in vielem höchst erfolgreichen Kampf nicht nur fortzusetzen, sondern die erzielten Erfolge trotz Nachteilen und Nebeneffekten der Technik zu bewahren, so stellte der renommierte Infektiologe Otto Gsell aus Basel vor über 40 Jahren die damalige klinische Situation fest. Seine mahnenden Worte sollten uns in Erinnerung bleiben [26, 27, 28].

Europäischer Ansatz zur Infektionsprävention und -kontrolle gefordert

Am 28. Februar 2020 haben Hygieneexperten aus verschiedenen europäischen Ländern in Hamburg die aktuellen Stärken und Schwächen bei der Infektionsvorsorge diskutiert. Prof. Dr. med. Martin Exner, Vorsitzender der Rudolf Schülke Foundation und gegenwärtig Leiter des Präventions- und Ausbruchsmanagement/ One Health am Universitätsklinikum in Bonn, erklärte seine Vision: Jeder Europäer in jedem europäischen Land sollte das Recht auf medizinische Versorgung nach demselben Hygiene- und Sicherheitsstandards haben. Umweltkatastrophen und kontagiöse Infektionskrankheiten werden durch geografische Verschiebung und Klimaveränderung zunehmen, und sie haben auch für Krankenhäuser und Pflegeheime Folgen. Ausbrüche müssen stets verhindert und unter Kontrolle gebracht werden. Der Ansatz zur Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten muss sowohl strukturelle als auch politische Aspekte beinhalten. Es gilt, den Grundsatz des gleichen Schutzes vor Infektionen in allen europäischen Ländern umzusetzen. Prävention und Bekämpfung von Infektionen, einschließlich nosokomialer Infektionen, Infektionen durch antibiotikaresistente Bakterien sowie Pandemien, müssen in ganz Europa auf den gleichen Standards beruhen. Der Schutz vor Infektionen und anderen Risiken für die öffentliche Gesundheit in allen Ländern Europas ist der beste Garant für die Schaffung von Vertrauen und Identifikation der Bürger in unserem gemeinsamen Europa. Das von den Teilnehmern geforderte Statement, umgehend zu handeln und der Umsetzung des vorgeschlagenen 16-Punkte-Plans Priorität einzuräumen, sei dringend umzusetzen:

1. Definieren konkreter und obligatorischer Infektionspräventionsziele; Ziele mit konkretem Zeitrahmen (z. B. Reduzierung – Eradikation Antibiotikaresistente Erreger bis 2030)
2. In jedem Mitgliedsstaat verbindliche Standards und Rahmenbedingungen für die Einhaltung von Infektionspräventionsstrategien definieren und gestalten
3. Verfügbarkeit und ausreichende Anzahl an akademischen Einrichtungen (Universitäten), um eine professionelle Schulung von Ärzten und Pflegefachkräften in Hygiene während ihres Studiums und der Ausbildung zu gewährleisten; Weiterbildung von Fachkräften in Hygiene, öffentlicher Gesundheit, globaler Gesundheit und verwandten Bereichen mit Beauftragung von Forschungsarbeiten
4. Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in jedem europäischen Land nach klinischem Wissenstand festlegen
5. Wichtige Hygieneindikatoren und Mindestwerte definieren, die für die Akkreditierung der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung (einschließlich Langzeitpflegeeinrichtungen) erfüllt werden müssen; bei Nichteinhaltung der Überwachungsmaßnahmen Sanktionen festlegen
6. Festlegung von Standardanforderungen und Richtlinien für professionelle Reinigung und Desinfektion in medizinischen Pflegeeinrichtungen
7. Sicherstellung der kontinuierlichen Überarbeitung und Vorschriften beim Einsatz von Medizinprodukten
8. Festlegung hygienischer Mindeststandards für Bauanforderungen

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

9. Den ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) ermächtigen, jedem Mitgliedsstaat Besuche abzustatten und Hygieneprozesse entsprechend zu überwachen
10. Überwachungsinfrastruktur und zuverlässige Bewertung von erfassten Daten jedem europäischen Land mit der Vergleichbarkeit zur Verfügung stellen
11. Sicherstellung eines Ausbruchsmanagement-Standards in jedem europäischen Land
12. Die breite Öffentlichkeit systematisch in Grundlagen der Hygiene und Infektionsprävention informieren
13. One-Health-Ansatz verfolgen*
14. Postulat: Produktion von Antibiotika, Desinfektionsmitteln und anderen wichtigen Equipment zur Infektionskontrolle innerhalb Europas
15. Aufbau der Forschung und Entwicklung von Antibiotika und Desinfektionsmitteln innerhalb Europas
16. Nutzen von Expertenwissen, Richtlinien, Publikationen und Lehrplänen mit verbindlichen Rahmen, um ein gesamteuropäisches Infektionskontrollprogram zu initiieren. [49]

*One Health ist ein kollaborativer, multisektoraler und transdisziplinärer Ansatz, der auf lokaler, regionaler, nationaler und globaler Ebene arbeitet, um optimale Ergebnisse in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden zu erzielen, wobei die Zusammenhänge zwischen Menschen, Tieren, Pflanzen und ihrer gemeinsamen Umwelt berücksichtigt werden.

Pflegeberufe als klinische Subspezialisten

Betreuung von Patienten mit Infektionskrankheiten und ihre Kontrolle in Gesundheitseinrichtungen – ein Bespiel aus den USA

Die University of Washington School of Nursing hat 2004 ein Master-of-Nursing-Programm für Infektionskrankheiten und Infektionskontrolle zur Früherkennung und Reduzierung von Infektionskrankheiten – besonders infolge multiresistenter Mikroorganismen – für die Pflegeberufe initiiert [29]. Der Lehrplan umfasst eine multidisziplinäre Ausbildung (Abb. 5). Die Pflegefachkraft, als Spezialist in Infektionsmedizin geschult, soll Infektionen rechtzeitig erkennen, überwachen und fachspezifisch intervenieren. Besonders Ausbrüche von Infektionen in Gesundheitseinrichtungen lassen sich durch profundes Fachwissen rechtzeitig erkennen und häufig auch vermeiden. Die klinisch ausgebildete Pflegefachkraft in Infektionskontrolle und Infektionsmedizin vermittelt ihr Fachwissen im Rahmen der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung auch an die unterschiedlichen Pflegeberufe der Einrichtung. Ähnliche Weiterbildungsprogramme sollten auch für Deutschland initiiert werden: Infektionen, besonders Klinikinfektionen mit ihrer zunehmenden Antibiotikaresistenz und der deutliche Anstieg an schweren systemischen Infektionen, wie die Sepsis, stellen eine Gefährdung für jeden Klinikpatienten dar (Abb. 5). Die professionelle Pflege muss sich dabei auch stets den heutigen komplexen Patientenversorgungsproblemen stellen.

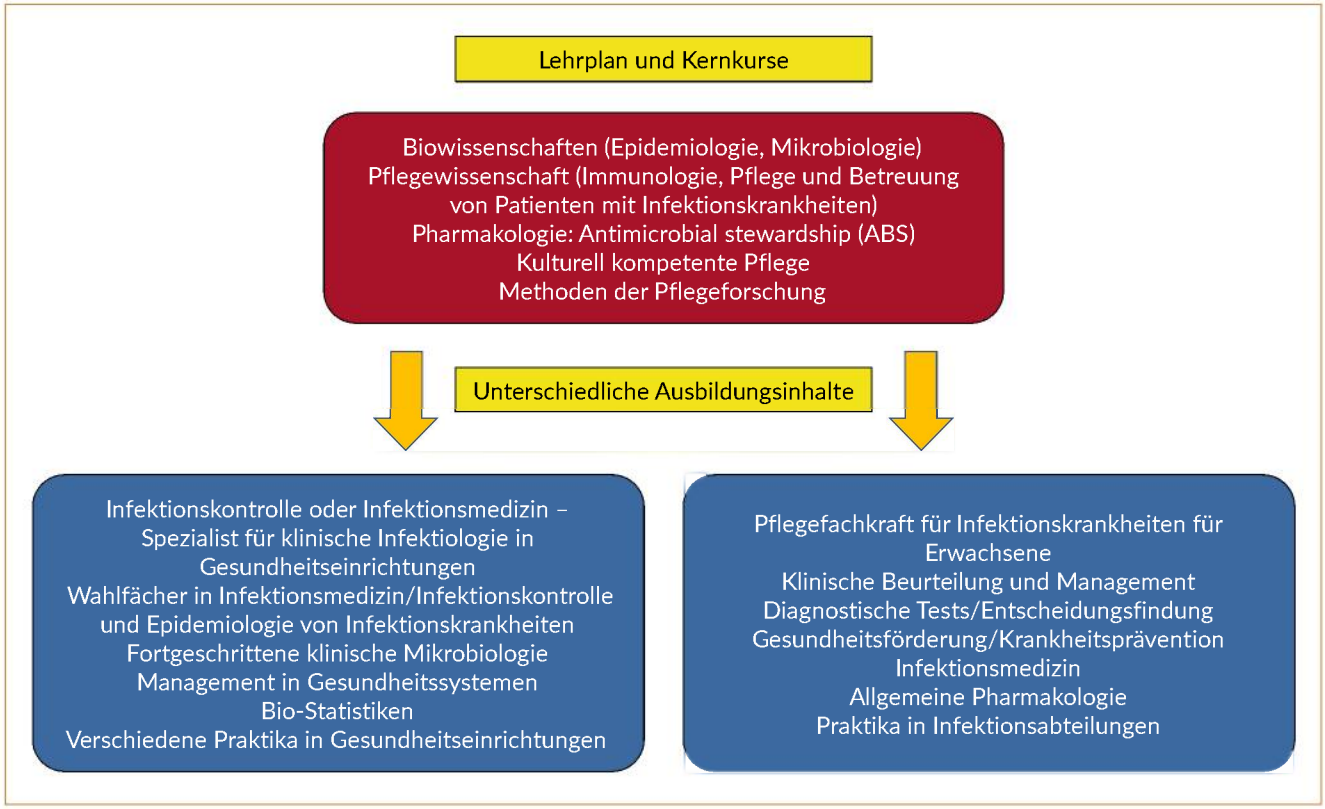


Abbildung 5: Lehrplan für die multidisziplinäre Ausbildung von Pflegeinfektionsspezialisten in den USA

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Sachliche Infektionsaufklärung

Jeder Einzelne muss Vorsorge ergreifen, das heißt Selbstverantwortung für sein Leben zu übernehmen. Wir leben in einem Gesundheitssystem, das die Reparaturmedizin fördert. Wie bei einem Auto. Wenn ein Teil kaputt ist, geht man zum Arzt oder ins Hospital und erwartet, dass es schnell und bestmöglich repariert wird. Die Denke muss sich komplett ändern: Infektionskrankheiten sind trotz vielfältiger Erfolge weltweit weiterhin eine der gefährlichsten Bedrohungen für die Menschheit. Die einzig wirksame Möglichkeit, Infektionen zu verhindern, ist nach wie vor die Primärprophylaxe durch Verhaltensänderung in der Bevölkerung. Bei der Information und Aufklärung wird Lehrenden in Schulen, Eltern und allen Tätigen in Gesundheitsberufen eine herausragende Rolle abverlangt: Aufklärung über Infektionskrankheiten, Übertragungswege, Schutzmöglichkeiten und Impfungen sind präventive Maßnahmen und gehören zu den Kernaufgaben in der Erziehung und Bildung. Wer das gesundheitsrelevante Verhalten der Bevölkerung beeinflussen möchte, muss mit ihr in der richtigen Sprache kommunizieren und eine vorsichtige aber wahrheitsgemäße und risikominimierende Informationspolitik betreiben. Epidemische Infektionskrankheiten haben empfindliche Auswirkungen auf den Alltag der Menschen; dies zeigte sich auch bei der Ebola-Epidemie von 2014 bis 2019. Kontagiöse Infektionskrankheiten vergangener Ausbrüche führten zu teilweise schweren gesellschaftlichen Konflikten. Die Suche nach Schuldigen für den Ausbruch der Krankheit zeigt daher auch bekannte Muster: Die USA beschuldigen China der weltweiten Ausbreitung des neuen SARS-CoV-2 Virus. Der französische Präsident Emmanuel Macron postulierte sogar: „Wir sind im Krieg. Niemand ist immun gegen diese Krankheit. Auch wer keine Symptome hat, kann seine Eltern, Freunde, Großeltern anstecken und damit die Gesundheit seiner Liebsten gefährden". Das neue Virus wird in diesem Kontext durch militärisches Vokabular stigmatisiert. Überzeugungen, Einstellungen und Emotionen der Bevölkerung beruhen in erster Linie auf durch Medien vermittelte Informationen. Je nachdem, wie Experten, Politiker und Behördenvertreter mit der Bevölkerung kommunizieren, entstehen negative oder positive Überzeugungen, Einstellungen und Emotionen. Diese Aspekte sollten Politiker, Wissenschaftler und besonders die Medien bei ihren Mitteilungen berücksichtigen.

In diesem Kontext sind auch die Schutzmaßnahmen aufzuführen, die der renommierte amerikanische Virologe, Nathan Wolfe, im Jahre 2011 in seinem Buch: „The Viral Storm – The Dawn of a New Pandemic Age", Times Books, Henry Holt and Company, New York aufführt und stets praktiziert (Kasten 6 – modifiziert). Mehr Optionen stehen uns in der Prävention von Infektionskrankheiten leider aktuell nicht zur Verfügung! [13]

Leider muss aber auch betont werden, dass die Chance auf ein langes, gesundes Leben noch immer stark davon abhängt, in welchem Land ein Mensch geboren wird: Bildung, sauberes Wasser, Gleichstellung der Geschlechter, Frieden, Recht und Ordnung; jedes dieser Faktoren wirkt sich auch auf die Gesundheit aus.

Allgemeine Infektionsschutzmaßnahmen – modifiziert nach [13]

- Aktuelle Impfungen immer auf dem neuesten Stand halten.
- In den Wintermonaten sollte man sich der Übertragungswege für Atemwegsinfektionen bewusst sein. Öffentliche Transportmittel sind durch die Massenbeförderung von Menschen ein allbekanntes Risiko. Händewaschen mit Seife nach jeder Fahrt mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder einem Flug.
- Händeschütteln möglichst vermeiden; nach Händeschütteln Hände mit Seife waschen.
- Beim Husten oder Niesen einen Mindestabstand von einem 1,5 Meter von anderen Personen halten und sich wegdrehen. Nach dem Naseputzen, Niesen oder Husten gründlich die Hände waschen. Falls kein Taschentuch griffbereit ist, soll in die Armbeuge gehustet bzw. geniest werden.
- Vermeide so weit wie möglich, Nase und Mund zu berühren.
- Darauf achten, dass man nur saubere Nahrung und sauberes Wasser zu sich nimmt.
- Risiken einschränken, die mit unsicherem Sex verbunden sind.
- Seriöse Nachrichten bewerten und Risiken einschätzen, wenn es zu einem Ausbruch kommt. Anzunehmen, man sei vor einer Pandemie geschützt, weil man in einer bestimmten Weltregion lebt oder einen bestimmten Lebensstil pflegt, ist ein Irrtum!

Eines der größten Hindernisse auf dem Weg, zukünftige Pandemien zu prognostizieren, ist die Vorstellung, dass Pandemien nach dem Zufallsprinzip auftreten und ihrem Wesen nach weder vorhersagbar noch verhinderbar sind.

Kasten 6

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Analyse

Trotz der signifikanten Sterblichkeitsreduktion in den letzten 100 Jahren, die im Wesentlichen auf erregerspezifische Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Antiinfektiva und Vaccine), modernen Infektionspräventionsstrategien, optimierte Lebensmittelherstellung und Konservierung, Wasser- und Abwasserwirtschaft beruhen, wird uns erneut vor Augen geführt, dass kontagiöse Infektionskrankheiten nicht der Vergangenheit angehören, sie bedeuten für jeden von uns auch einen wesentlichen Stressfaktor, da im Prinzip jeder bedroht ist. Der Mensch ist noch ebenso verletzlich wie ehedem (Siehe Kasten 7). Die rückläufige Bedeutung der ansteckenden Infektionskrankheiten kann heute den medizinischen Fortschritt nur partiell zugeschrieben werden, hauptsächlich infolge ökologischer Anpassungen, die sich, von den Menschen unbemerkt, vollzogen hat. Die heutige Medizin mit ihren gut verträglichen Breitbandantibiotika verbreitete gar die illusionäre Vorstellung, dass Infektionserreger für den Menschen des ausgehenden 20. Jahrhunderts kein großes Problem mehr darstellen. Ein großer Fehlschluss, wie wir alle Zeugen sind: Neue Infektionskrankheiten traten bei uns auf, deren Erreger gänzlich neu oder als „Exoten" stark an tropische oder subtropische Gebiete gebunden waren. Mittlerweile ist der Mensch annährend in jeden Winkel der Erde vorgedrungen, daraus ergibt sich, dass er mit fast allen Spezies der Fauna und der Flora in Kontakt getreten ist: die Folge sind zoonotische Erreger, zum Beispiel die von seltenen Tierarten, die auf den Menschen übergegangen sind – sogenannte Transspezies-Transmission (Tabelle 1). Der Mensch als auch Tiere sind ex aequo betroffen. Die Ausbreitung der AIDS-Pandemie, das Auftreten virusbedingter hämorrhagischer Fieber wie Ebola und schließlich die zu Anfang des neuen Jahrtausends aufkommenden viralen Erreger sind eindeutige Belge. Mit dem Auftreten der COVID-19-Pandemie bzw. Schweres-akutes-Atemwegssyndrom-Coronavirus-Typ-2 ist inzwischen klar geworden, dass die Vorstellung von einer Ausrottung der Infektionskrankheiten eine gefährliche und trügerische Illusion war. Viele neue Erreger von Infektionen sind in den letzten 30 Jahren bekannt geworden. Zudem gibt es zahlreiche unerforschte Mikroorganismen, die sich jederzeit zu neuen Epidemie-Auslösern entwickeln können. Hauptursachen für den Anstieg der kontagiösen Infektionsgefahr sind nach Ansicht der WHO die Überbevölkerung, der Mangel an Wasser und Hygiene in vielen Teilen der Welt, fehlende Gesundheitsprogramme sowie die wachsende Reiselust. Von den kontagiösen Infektionen sind Industrienationen und Länder der Dritten Welt gleichermaßen bedroht. Die WHO hält auch die zunehmende Resistenz der Menschen gegen Antiinfektiva für ein ernstes globales Gesundheitsproblem. In diesem Kontext wird zu Recht bereits von einer stillen Pandemie gesprochen; der medizinische Fortschritt ist davon Maßgeblich gefährdet. Hygiene und Aufklärung sind die beste Prävention um sich vor kontagiösen Infektionskrankheiten zu schützen; Gesundheit hängt von persönlicher Wachsamkeit ab. Für die professionelle Krankenpflege, in der stationären als auch häuslichen Betreuung, kann zukünftig die Pflegefachkraft, die als Spezialist in Infektionsmedizin geschult wird, Infektionen rechtzeitig erkennen, überwachen und fachspezifisch intervenieren. Besonders nosokomiale Infektionsausbrüche lassen sich dann in Gesundheitseinrichtungen durch profundes Fachwissen rechtzeitig erkennen und häufig auch schon im Vorfeld vermeiden. Wir dürfen die Schwellen- und Drittweltländer in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten nicht alleine lassen, da ihre Infektionen auch unsere sind. Welthungerhilfe ist zugleich auch Infektionsprophylaxe.

Eine prinzipielle Harmonie mit der Natur, wie sie zwischen Natur und Tier gegeben ist, ist dem Menschen mithin versagt. Infolge seines Mangels an spezialisierten Organen und Instinkten ist der Mensch im Gegensatz zum Tier in keine arteigene Umwelt maßgeschneidert und folglich auf intelligente Veränderung vorgefundener Naturumstände angewiesen. Da er sinnesarm, waffenlos, nackt, in seinem Gesamthabitus embryonisch erscheint, ist er, um zu überleben, zur Naturbeherrschung gezwungen, schlussfolgert Arnold Karl Franz Gehlen, ein deutscher Philosoph, Anthropologe und Soziologe, in seiner sehr lesenswerten Abhandlung „Der Mensch – seine Natur und seine Stellung in der Welt" aus dem Jahre 1940, welches unverändert in der 16. Auflage 2014 erschienen ist.

Ebenfalls schlussfolgerte Johann Gottfried Herder, ein deutscher Dichter, Übersetzer, Theologe sowie Geschichts- und Kultur-Philosoph der Weimarer Klassik: „Der Mensch ist also organisch „Mängelwesen", er wäre in jeder natürlichen Umwelt lebensunfähig, und so muss er sich eine zweite Natur, eine künstlich bearbeitete und passend gemachte Ersatzwelt, die seiner versagenden organischen Ausstattung entgegenkommt, erst schaffen, und er tut dies überall, wo wir ihn sehen. Er lebt sozusagen in einer künstlich entgifteten, handlich gemachten und von ihm ins Lebensdienliche veränderten Natur". [61]

Kasten 7

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Literatur

1. McNeill, W. H. Plagues and peoples. Blackwell Publishers; 1st ed Edition. 1977.

2. Robert Koch Institut. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2019. Datenstand: 1. März 2020.

3. Robert Koch Institut. Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 18. 2003.

4. Kistemann, T., Exner M. Bedrohung durch Infektionskrankheiten? Risikoeinschätzung und Kontrollstrategien. Deutsches Ärzteblatt 2000; 97: A251 – 255.

5. Exner, M., Hornei, B. Zur Bedrohung durch Infektionskrankheiten – Notwendigkeit einer Reform der Infektionshygiene. Herausgegeben von der Rudolf Schülke Stiftung in Abstimmung mit den Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden für Hygiene und Öffentliche Gesundheit. Mhp-Verlag GmbH Wiesbaden 2007.

6. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assesment Monkeypox multi-country outbreak Stockholm, 23. Mai 2022.

7. Simpson, K., Heymann, D., Brown, C. S. et al. Human monkeypox – After 40 years, an unintended consequence of smallpox eradication. Vaccine 2020;14:5077-5081. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.04.062.

8. Burger, R., Kurth, R. Infektionsprävention. Eine Wiedereinführung der Pockenimpfung ist derzeit nicht notwendig. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 100, Heft 4, 24. Januar 2003.

9. Mitteilungen des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit. Orthopockenviren: Infektionen des Menschen. Stellungnahmen des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesgesundheitsbl 2010; 53: 957 – 972. doi: 10.1007/s00103-010-1110-3

10. Petersen, E., Kantele, A., Koopmans, M. et al. Human Monkeypox: Epidemiologic and Clinical Characteristics, Diagnosis, and Prevention. Infect Dis Clin N Am. 2019; 331027–1043. doi: 10.1016/j.idc.2019.03.001

11. Ruffié, J., Sournia, J. C. Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit. Aus dem Französischen von Brunhild Seeler. J. G. Cotta'sche Buchhandlung, Vierte, erweiterte Auflage, Stuttgart 2000.

12. Eckmanns, T. Der Ebola-Ausbruch 2014/2015 in Westafrika. Krankenhaushygiene up2date. 2016;11: 123–5. doi: 10.1055/s-0042-108493

13. Wolfe, N. The Viral Storm - The Dawn of a New Pandemic Age. St. Martin's Griffin. New York, 2012.

14. McKeown, T. Die Bedeutung der Medizin: Traum, Trugbild oder Nemesis? Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1982.

15. Kurth, R. Das Auftreten alter und neuer Seuchen als Konsequenz menschlichen Handelns. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2004; 47: 611 – 621. doi: 10.1007/s00103-004-0857-9

16. Kurth, R.: Die Renaissance alter und neuer Seuchen als Konsequenz menschlichen Handelns. (Akademievorlesung am 23. Juni 1999). In: Berichte und Abhandlungen / Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (vormals Preußische Akademie der Wissenschaften); 8.2000, S. 115 – 135.

17. Abu Sin, M., Suttorp, N. Prävention von Infektionskrankheiten in Industrieländern. Internist 2008; 49: 162 – 169. doi: 10.1007/s00108-007-1996-5.

18. Lindner, L. M. E. Ausbruch einer hochinfektiösen, lebensbedrohlichen Erkrankung in Nordrhein-Westfalen. Welche Erfahrungen der Pockenausbrüche in NRW können in die heutige Zeit übertragen werden? Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2016.

19. Hacker, J., Merkert, H. Migration und Seuchen. Nova Acta Leopoldina 2008 NF 97, Nr. 358, 11–27.

20. Cohen, M. L. Resurgent and emergent disease in a changing world. Brit Med Bull. 1998; 54(3): 523 – 532, doi: 10.1093/oxfordjournals.bmb.a011707

21. Rourke, J. O. All the Trouble in the World, The Atlantic Monthly Press, New York 1994.

22. Dando, W. A. Geography of Famine, Hodder & Stoughton London, UK 1980.

23. Naghavi, M. et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet 2022; 399: 629 – 55. doi:10.1016/S0140-6736(21)02724-0

24. Reiner, R. C. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoea in 195 countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Infect Dis 2018; 18: 1211 – 1228. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30362-1

25. Panknin, H. T. Aktuelle Daten, Empfehlungen und Ausblick zur Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie. Deutscher Ärzteverlag, MTA Dialog 2020; 21(4). doi: 10.3238/MTADIALOG.2020.0270

26. Fätkenheuer, G. et al. Kliniken brauchen internistisch ausgebildete Infektiologen. Dtsch med Wochenschr 2015; 140: 210 – 212. doi 10.1055/s-0041-100245

27. Gsell, O. Epidemiologische Situation der Infektionskrankheiten in Mitteleuropa. Internist 1978; 19: 147 – 149.

28. Walger, P. et al. Infektionsmedizin: Klinische Expertise fördern. Dtsch Ärztebl 2017; 114: A948 – A950.

29. Gail, C., Field, K. W., Simpson, T., Bond, E. F. Clinical nurse specialists and nurse practitioners: complementary roles for infectious disease and infection control. Am J Infect Control 2004; 32(4): 239 – 42. DOI: 10.1016/j.ajic.2003.06.002

30. Cohen, M. L. Resurgent and emergent disease in a changing world. Brit Med Bull. 1998; 54(3): 523 – 532. doi: 10.1093/oxfordjournals.bmb.a011707

31. Panknin, H. T. Schwer verlaufende Infektionskrankheiten: Was zeigt die Vergangenheit und was haben wir zu erwarten? Hygiene & Medizin. 2021; 46(5): 80 – 83.

32. Naumann, P. Klinikinfektionen: Probleme in der Praxis. Mk. Ärztl. Fortb. 1981; 31: 458 – 461.

33. Rudd, K. E. et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the global burden of disease study. Lancet 395; 18. Januar 2020 (online open access).

34. Fleischmann, C. et al. Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis: current estimates and limitations. Am J Resp Crit Care Med 2016; 193: 253 – 272. doi: 10.1164/rccm.201504-0781OC

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

35. Wollweber, A., Gerlach, H., Reinhart, K. World Sepsis Day am 13.09.2015. Anästh Intensivmed 2015; 56: 465 – 466.

36. Panknin, H. T. Ausbrüche von schweren Infektionskrankheiten mit dem Fokus auf eine hierzulande vergessene Infektion – die Pest. Deutscher Ärzteverlag, MTA Dialog, 2021; 22: 4 – 293. doi: 10.3238/MTADIALOG.2021.0290

37. Herzlich, C., Pierret, J. Kranke gestern, Kranke heute: die Gesellschaft und das Leiden. [Aus dem Franz. übertr. von Gabriele Krüger-Wirrer]. Beck Verlag, München 1991.

38. Detection of Marburg Virus Disease in Guinea. N Engl J Med 2022; 386: 26. doi: 10.1056/NEJMc2120183

39. Tang, J. W., Iqbal, A., Hamal, S. et al. Kerala Tomato Flu – A Manifestation of Hand Foot and Mouth Disease. Pediatr Infect Dis J. 2022 Aug 19. doi: 10.1097/INF.0000000000003668

40. Chavda, V. P., Kaushika, P., Apostolopoulos, V. Tomato flu outbreak in India. Lancet Respir Med 2022 Published Online August 17, 2022. doi: 10.1016/S2213-2600(22)00300-9

41. Konietzko, N., Loddenkemper, R. Tuberkulose. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1999.

42. Brohun, B., et al.: Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2015. Robert Koch-Institut Berlin (ed.); 2015.

43. Seybold, J., Kraatz, S. Medizinische Flüchtlingsversorgung. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston 2018.

44. Malinowski, S. Relevante Infektionserkrankungen bei Flüchtlingen und Asylsuchenden in einer großen Erstaufnahmeeinrichtung. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München, 2020.

45. Pavli, A., Maltezou, H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. J Travel Med. 2017; 24(4): 1 – 8. doi: 10.1093/jtm/tax016

46. Douglas AS, Ali S, Bakhshi SS. Does vitamin D deficiency account for ethnic differences in tuberculosis seasonality in the UK? Ethn Health 1998;3:247-53. doi: 10.1080/13557858.1998.9961867

47. Stead, W. W. Tuberculosis in a child in North Dakota. N Engl J Med. 2000: 342(25): 1918 – 9. doi: 10.1056/NEJM200006223422515

48. Koch, M. G. Die Rückkehr der Seuchen – Über neue Bedrohungen durch einen uralten Prozess: die Erreger-Evolution. Hamburger Ärzteblatt 2001: 5: 248 – 251.

49. Exner, M., Christiansen, B., Cocconi, R., Friedrich, A., Hartemann, P., Heeg, P., Heudorf, U., Ilschner, C., Kramer, A., Merkens, W., Oltmanns, P., Pitten, F., Sonntag, H. G., Steinhauer, K., Tsakris, A., Valinteliene, R., Voynova-Georgieva, V. A European approach to infection prevention and control goals. GMS Hyg Infect Control. 2021; 16: Doc29. doi: 10.3205/dgkh000400

50. Panknin, H. T. Das erworbene Immunmangelsyndrom AIDS eine „Seuche der Moderne". https://www.mta-dialog.de/artikel/das-erworbene-immunmangelsyndrom-teil-1 und https://www.mta-dialog.de/artikel/das-erworbene-immunmangelsyndrom-teil-2

51. Taramasso, L., Liggieri, F., Cenderello, G. et al.: Bloodstream infections in patients living with HIV in the modern cARTera. Scientific Reports 2019; 9: 5418. doi: 10.1038/s41598-019-41829-3.

52. Matthiesen, S., von Rüden, U., Dekker, A. et al. Wie gut ist das Wissen über sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland? Ergebnisse der ersten bundesweiten repräsentativen Befragung zu Gesundheit und Sexualität (GeSiD). Bundesgesundheitsbl 2021; 64(11): 1355 – 1363. doi: 10.1007/s00103-021-03319-8

53. Abstracts des 65. Deutschen STI-Kongresses – virtuell vom 5./6. Februar 2021. „Liebe in Zeiten von COVID-19". Hautarzt 2021; 72: S1 – S22. doi10.1007/ s00105- 021- 04839-9

54. World Health Organization (2018) Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565691

55. Löscher, T., Bogner, J. R. Infektiologie und Tropenmedizin 2009. Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 1343 – 1348. doi: 10.1055/s-0029-1225288

56. Global aids update 2020. Seizing the moment – Tackling entrenched inequalities to end epidemics. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report

57. Peterman, T. A., , Kyle, J. S., Bernstein, T. et al. Syphilis in the United States: On the rise?: Invited review paper for Expert Review of Anti-infective Therapy. Expert Rev Anti Infect Ther. 2015; 13(2): 161 – 168. doi: 10.1586/14787210.2015.990384

58. Rasokat, H. Syphilis: die Infektionszahlen steigen weiter – auch bei Frauen. Uro-News 2021; 25:(3)

59. Eigentler, A., Unemo, M. Cefixim therapierefraktäre Gonorrhoe in Österreich. 6. Österreichischer Infektionskongress – Erregerspezifische Diagnostik & Therapie. Saalfelden 2012.

60. Bremer, V. Die Versorgung von sexuell übertragbaren Infektionen in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Public Health/Epidemiologie. Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin 2020.

61. Gehlen, A. Der Mensch – seine Natur und seine Stellung in der Welt. Aula, Wiesbaden 1986.

62. Polio in New York State – September 2022 https://health.ny.gov/diseases/communicable/polio/

63. Banco, E., Messerly, M. How one New York county went from fighting measles to battling polio. https://www.politico.com/news/2022/10/01/new-york-polio-measles-outbreak-00059258 (last accessed on October 04 2022)].

64. European Commission. A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR). Eur Comm. 2016 and The European health report 2012: charting the way to well-being. Executive summary

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Pflege im Krisenmodus

Stressoren und Stressreduzierende Faktoren von Führungskräften in Pflegeheimen während der COVID-19 Pandemie

Bianca Plangger[1], Gerald Gatterer[2], Verena Schreiber[3], Barbara Juen[4]

Ziel dieser qualitativen Arbeit ist es, stresserzeugende und stressreduzierende Faktoren von Führungskräften in der Pflege auszuarbeiten, angewandte Strategien zu beschreiben, welche die Bewältigung der Krise unterstützen und die psychosoziale Verfassung von Pflegekräften, und somit auch die Verpflegung Bewohnender, verbessern. Im Rahmen des CAVE Projekts (Community Engagement und Vulnerabilitäten in der Bewältigung von Pandemien) werden Erfahrungen mittels Interviews erfasst. Basierend darauf werden Empfehlungen generiert, um Führungskräfte zu ermächtigen, eigenständig und selbstwirksam Krisen zu bewältigen. Die Pandemie war von mangelnder Wertschätzung, Angst und Belastung geprägt. Fehlende Information und Schutzausrüstung, Personalnot, sowie Konfliktmanagement stellen Stressoren dar.

Care in crisis mode

Stressors and stress-reducing factors of nursing home managers during the COVID-19 pandemic

The aim of this qualitative paper is to work out stress-generating and stress-reducing factors of managers in nursing, to describe applied strategies that support coping with the crisis and improve the psychosocial condition of nursing staff, and thus the catering of residents. As part of the CAVE project (Community Engagement and Vulnerabilities in Coping with Pandemics), experiences are recorded through interviews. Based on this, recommendations are generated in order to empower managers to manage crises independently and selfeffectively. The pandemic has been marked by a lack of appreciation, fear and strain. A lack of information and protective equipment, staff shortages and conflict management are stressors.

Einleitung

Für Pflegekräfte in Pflegeheimen stellt die Covid-19-Pandemie eine enorme Belastung und infolgedessen eine Gefährdung der psychischen Gesundheit dar (Brady et al., 2021; Fong et al., 2021). Dai et al. (2020) differenziert die belastenden Faktoren genauer und erfasst, dass die Hauptfaktoren für erhöhten Stress die Angst vor einer eigenen Ansteckung und die Angst vor Ansteckung der eigenen Familie waren. Aber auch Schutzmaßnahmen und moralische Dilemmas führten zu Belastungen von Pflegekräften.

Hintergrund und Zielsetzung

Ouslander & Grabowski (2020) beschreiben bildhaft den „Perfekten Sturm" in Pflegeheimen, welcher sich aufgrund der Gefährdung von Bewohnenden durch ihr hohes Alter und deren oftmals vorhandenen Komorbiditäten, sowie die vermehrt schweren bis tödlich verlaufende Covid-19-Erkrankungen und deren negativen Auswirkungen ergab. Zugleich werden Pflegekräfte als blinde Passagiere mit verbundenen Augen beschrieben. Verbundene Augen, da häufig ein Mangel an Testmaterial, adäquater Schutzausrüstung und mangelnder Personalkapazität vorlag. Blind, da unklare Vorgaben durch die Landes- und Bunderegierung ausgegeben wurden und für Führungskräfte unklar war, wer diese zusätzlichen Kosten zu tragen hatte.

Mangelnde Informationen, Sicherheit und Ressourcenknappheit

Während der Pandemie veränderte sich das Arbeitsumfeld von Pflegekräften in der Altenpflege. Es wurden Maßnahmen in Pflegewohnheimen eingeführt, welche den sozialen Kontakt von Bewohnenden und Pflegekräften massiv einschränkten, das Tragen von

1 Universität Innsbruck (UIBK), Institut für Psychologie
2 Siegmund-Freud-Privatuniversität Wien, Institut für Psychologie
3 Universität Innsbruck (UIBK), Institut für Psychologie
4 Universität Innsbruck (UIBK), Institut für Psychologie

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Schutzausrüstung wurde vorgeschrieben, persönlicher Kontakt zu Bewohnenden wurde minimiert (BMSGPK, 2022). Um die Mehrbelastungen zu bewältigen, kam es zu Mehrarbeit und einem erhöhten Zeitaufwand bei Führungskräften (Hower et al., 2020). Die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte stieg, etwa beim Versuch die Einschränkungen für Bewohnende im Einzelsetting abzufedern, die Zusatzaufwände der Schutzmaßnahmen und Besuchskontrollen umzusetzen, oder dem erhöhten Personalengpass aufgrund von Quarantäne oder Infektionen, und verursachte bei Pflegekräften erhöhte Depressions-, Belastungs-, und Angstwerte (Wu et al., 2021). Depressive Werte stiegen insbesondere bei Pflegekräften von Bewohnenden mit einer Demenzdiagnose (Fong et al. 2022; Takahashi et al. 2022). Auch die geringe Bezahlung von Pflegekräften stellte einen wichtigen Faktor für die Verstärkung depressiver Symptome dar und zeigten die mangelnde Wertschätzung durch Gesellschaft und Politik (Fong et al., 2022). Fehlende Wertschätzung wiederum erhöht die Belastung von Pflegekräften (Gray et al., 2021). Personalknappheit stellt einen weiteren wichtigen Stressfaktor dar, welcher zu einem erhöhten Burn-Out Risiko von Pflegekräften und verringerter Arbeitszufriedenheit führt, und somit die Versorgung von Patient*innen beeinträchtigt (Aiken et al., 2002).

Soziale und emotionale Stressoren

Auch das Gefühl des Alleingelassenwerdens mit Verantwortung verstärkt Belastungen, welche insbesondere in österreichischen mittleren und großen Pflegewohnheimen beschrieben werden (Bauer et al., 2018). Ein weiterer Faktor, welcher die Depressionswerte von Pflegekräften verstärkt, liegt in der mit der Pandemie einhergehenden sozialen Isolation und den Einschränkungen der individuellen Mobilität und der sozialen Aktivität (Altieri & Santanagelo, 2021). Autonomie im Beruf verbessert hingegen die Arbeitszufriedenheit (Spector et al., 1986). Auch die zusätzliche Betreuung von eigenen Familienmitgliedern, stellte einen weiteren Faktor für die Verstärkung depressiver Symptome dar (Takahashi et al. 2022).

Moralische Verletzungen

Der Begriff der Moralischen Verletzung stammt aus dem Militär und definierte das Erleben von eigenen Handlungen, oder eigenem Nicht-Handeln, gegen den moralischen oder ethischen Kodex einer Person (Litz et al., 2009) und stellt eine wesentliche Herausforderung für Pflegekräfte während der Covid-19-Pandemie dar (Kreh et al., 2021). Sie verletzt das Vertrauen in Autoritäten und verstärkt den Stress bei Pflegekräften. Pflegekräfte erleiden häufiger Moralischen Stress als ärztliches Personal, und wird durch einen eingeschränkten Entscheidungsspielraum erklärt (Papathanassoglou et al., 2012).

Ziel dieses Papers ist die Darstellung der Wahrnehmung von Führungskräften in Pflegewohnheimen während der COVID-19 Pandemie, um die Veränderungen und Auswirkungen beschreiben zu können. Dazu gilt es folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie erleben Führungskräfte von Pflegewohnheimen die Arbeitssituation während der COVID-19 Pandemie?
2. Welche stresserzeugenden und stressreduzierenden Faktoren nehmen Führungskräfte von Pflegewohnheimen während der COVID-19 Pandemie wahr?
3. Inwieweit wurden Strategien genutzt, um die Krise zu bewältigen?

Methoden

Die Datenerhebung wurde im Rahmen des Projektes CAVE (Community Engagement und Vulnerabilitäten in der Bewältigung von Pandemien) durchgeführt, das eine verbesserte Erfassung von Vulnerabilitäten und Resilienzen sowie die Verbesserung der Einbindung vulnerabler Gruppen während Epidemien zum Ziel hat. Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Von Juni 2021 bis März 2022 wurden dreizehn Leitfaden-Interviews mit Führungskräften aus Österreich, Deutschland und Südtirol (Italien) geführt. Die Daten wurden mit der Software für qualitative Datenanalyse MAXQDA deduktiv codiert und eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2019) durchgeführt. Die Dauer der Interviews lag zwischen 60 und 90 Minuten und erfolgte entweder vor Ort im Pflegewohnheim oder online via Zoom. Vor Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden umfangreich aufgeklärt und willigten schriftlich und mündlich hinsichtlich ihrer Rechte, der Freiwilligkeit der Teilnahme, der Anonymisierung sowie der Nutzung der Daten und der Aufzeichnung des Gespräches ein. Der teilstrukturierte Leitfaden orientierte sich am subjektiven Erleben der Pandemie der Expert:innen. Im Folgenden wurde anhand des axialen Kodierens der Grounded Theory (Strauss & Glaser, 1967) Schlüsselkategorien gebildet.

Ergebnisse

Im Folgenden werden Ergebnisse anhand der aus der Theorie und den Daten generierten vier Kategorien: *Erleben, Stressoren, Stress reduzierende Faktoren und Strategien* dargestellt.

Kategorie 1: Erleben

Das subjektive Erleben der Führungskräfte war durch hohe Belastung, Unsicherheit und Sorge, sowie durch Unzufriedenheit und Ärger charakterisiert. In Folge einer hohen Belastung haben Führungskräfte von Schlafstörungen, starker Erschöpfung, Kraftlosigkeit oder dem Erleiden eines Nervenzusammenbruchs gesprochen: *„Ich hatte [...] einen Nervenzusammenbruch,*

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

weil ich zum x-ten Mal mit sämtlichen Zuständigen in der Rettung und im Coronastab telefoniert habe. Und händeringend gebettelt habe, dass uns jemand personell unterstützt" (23). Erleben von Moralischem Stress, welcher sich auf die Vertretbarkeit von Schutzmaßnahmen oder die Richtigkeit des Handelns bezog, stellte eine weitere Belastungen dar: „*Für mich persönlich war es am Anfang sehr schlimm. Man gewöhnt sich natürlich an die Maßnahmen. Aber ich habe am Anfang wirklich sehr, auch an meiner beruflichen Ding, gehadert. [...] Es ist viel weggebrochen, was ich eigentlich mache in dem Haus*" (11). Unsicherheit bezog sich zu Beginn auf fehlendes Wissen und fehlende Informationen: „*Wir haben einfach nicht gewusst, was auf uns zukommt. Und das hat aber keine gewusst. [...] Wie ist das denn jetzt mit der Sterblichkeit? Müssen wir uns darauf einstellen, dass alle Bewohner sterben? Dass alle älteren Menschen sterben? Man hat es am Anfang nicht gewusst*" (20), aber auch auf das Gefühl alleingelassen zu sein, sowohl bei der Ausstattung von Schutzmaterial, oder der akuten Personalknappheit: „*Verlasse dich nicht auf das Land. Dann stehst du allein da. Ist ganz eine klare Antwort. Und dazu stehe ich auch*" (12). Das Hinterfragen der Richtigkeit des eigenen Handelns spiegelt die Unsicherheit: „*Aber natürlich hat es Situationen gegeben, gerade die Sterbefälle, wo ich mich dann auch persönlich gefragt habe, ‚Haben wir alles richtig gemacht? Hätte man dort und da früher reagieren müssen?'*" (09). Die zentrale Angst oder Sorge bestand in der Ansteckungsgefahr. Neben der Sorge, gefährdete Familienmitglieder anzustecken, war die Angst vor einem möglichen Krankheitsausbruch im Heim groß, welcher den Tod vieler Bewohnenden oder einen großen Ausfall von Personal zur Folge haben kann. „*Und das war halt immer unsere Angst, wenn unser kleines Haus dieser Virus trifft, dann müssen wir damit rechnen, dass die Hälfte unserer Bewohner tot ist, weil sie so schwer pflegebedürftig sind und weil wir nur 30 Leute haben. Stellen Sie erna vor, wenn da 15 sterben. (...) Unvorstellbar. Ich hab nur 30 Mitarbeiter an der Zahl. Also ich sag, ich hab jetzt 15 Pflegemitarbeiter. Wenn mir fünfe, sechse positiv haben und fünfe in Quarantäne sein, kann ich es nicht mehr abdecken.*" (02). Auch die Angst vor einem Jobverlust bei Nicht-Funktionieren der Führungskraft wurde genannt. Unzufriedenheit und Ärger wurden bei bestimmten Vorgaben, Haltungen oder Vorgehensweisen genannt, welche nur schwer von Führungskräften nachvollzogen werden konnten. Mangelnde Kommunikation, erlebte Ungerechtigkeit und gesellschaftliche Spannungen wurden maßgeblich für einen Vertrauensverlust in die Regierung und die Gesellschaft benannt: „*Deswegen komme ich dann drauf, dass ich dann sage, ‚Dann hader ich schon mit dem System'*" (12).

Positives Erleben von Führungskräften war gekennzeichnet von Stolz, Dankbarkeit und Erleichterung. Die Bereitstellung von Schutzmaterial und Tests sowie die Einführung von Schutzmaßnahmen und der Impfung brachten Erleichterung und Dankbarkeit: „*Also jeder Schritt, der ein Stück weit Sicherheit gebracht hat, hat auch eine Erleichterung gebracht*" (19). Zentral im positiven Erleben waren Stolz und Bestärkung im Krisenmanagement: „*Und wo ich schon stolz war. Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, da haben wir 64 % Teilnahmen gehabt. Da weiß ich Zahlen aus anderen Häusern, 40 %, 45 %, 50 %. Ge?*" (19). Zunehmende Sicherheit im Umgang mit Infektionen, Verdachtsfällen und der allgemeinen Schutzmaßnahmen verstärkten die Selbstwirksamkeit von Führungskräften. Der Zusammenhalt des Teams und die Stärkung des Gemeinsamen wurde von allen Führungskräften beschrieben. Auch das Erleben von Sinnhaftigkeit wurde beschrieben: „*Also die Krise war ja eine Chance, Abläufe sich auch anzuschauen.*" *(20).*

Kategorie 2: Stressoren

Diese Kategorie beschreibt stressfördernde Kontextfaktoren und umfasst fünf Bereiche, welche im Folgenden näher erläutert werden.

Informations- und kommunikationsbezogene Stressoren

Informationsvermittlung durch Behörden und Medien zeichnete sich durch umfangreiche Berichterstattung aus: „*wie es dann aber nach Italien gekommen ist, da haben wir dann uns schon gedacht ‚das ist nah an Österreich', ge. Das wird uns auf kurz oder lang irgendwie treffen*" *(02)* sowie durch schnelle Veränderung: „*Schwerer gemacht hat es diese unklaren Vorgaben von Land und Bund. Dieses immer wieder irgendetwas Neues. Das hat es schwerer gemacht für mich*" (12). Mangelnde Wertschätzung zeigten die unklaren Äußerungen hinsichtlich Vorgaben und Empfehlungen: „*Es waren keine Anordnungen. Es waren großteils Empfehlungen. Und das ist etwas, was ich bekritteln möchte. Weil eine Empfehlung [...] ist immer [...] ‚im Ermessen der Heime', wie man damit umgeht. Naja, wenn ich keine Erfahrung habe, dann tue ich mir schwer, etwas zu ermessen*" (12), die wenig Orientierung gewährleisteten: „*Was am Anfang für mich in der Pflege schlimm war, war dieses nicht vorhandene [...] Wissen auch vom Land und vom Bund, dass das extrem schlecht abgelaufen ist*" (12). Späte und spärliche Hygienekonzepte von Politikern und Unterschiedlichkeiten zwischen Landes- und Bundesvorschriften: „*Auf der anderen Seiten gibt es Vorschriften von der Bundesregierung, dann aber natürlich auch intern von unserer Stadt*" *(02)*, schafften Unsicherheit sowohl für das Management als auch für die Mitarbeitenden: „*Wo schwierig nachvollziehbar sind, oder. Äh auf der anderen Seite war das Schnelle immer auch ein Thema, oder, also die Verordnungen sind immer sehr knapp und schon am selben Tag oder in der Vergangenheit gültig gewesen, das zieht sich bis jetzt noch immer durch [...] wo die Mitarbeiter, die genau die gleiche Unsicherheit haben ‚Äh was passiert jetzt?*" (18). Widersprüchlichkeiten bei Vorgaben und Anordnungen erschwerten die Umsetzung in den Pflegewohnheimen und führten zu Konfliktgesprächen zwischen Führungskräften und Behörden: „*da habe ich mich mit dem Landkreis auch ziemlich auseinandergesetzt, also im Landratsamt, also wir haben uns da auch echt gestritten*" (21). Besonders die

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Kritik durch Medien und Gesellschaft wurde als massiv belastend erlebt, und drängte Pflegekräfte in eine Täterrolle, ohne ihre positive Leistung zu schätzen, und führte zu einem Vertrauensverlust in das System als Ganzes: *„Und das ist auch wieder gepuscht worden von den Medien. Finde ich einfach heftig, sowas. [...] Da habe ich so eine Phase gehabt, wo ich mir schon gedacht habe, ‚Bin ich da überhaupt richtig in dem Land und in dem System.' Ja? Da ist es mir nicht so gut gegangen."* (12). Eine Einrichtung berichtete davon, Lob und Anerkennung von der Gesellschaft zu erhalten und schätzte diese sehr.

Aufgabenbezogene Stressoren

Zu den Belastungen zu Beginn der Pandemie zählten unsichere Arbeitsbedingungen, etwa wenn Schutzausrüstung nur bei der Arbeit mit infizierten Bewohnenden an Pflegekräfte verteilt wurden: *„Und wir dürfen trotzdem unsere Mitarbeiter nicht schützen. [...] Das war echt fatal. Wir haben dann auf jeder Station einfach einige Mitarbeiter freigestellt" (16)*, oder die Unsicherheit, ob Pflegekräfte die nächste Zeit im Pflegewohnheim isoliert werden: *„in Linz war da eine Schule, wo kurzfristig gesagt wurde, sie dürfen jetzt das Gebäude nicht verlassen, und [...] die Angst ist dann mitgeschwebt, ja was passiert dann mit Betrieben, mit Pflegeheimen"* (18). Der enorme Zeitdruck von Führungskräften, die ständige Erreichbarkeit und ein Mangel an Erholung wurden zusätzlich zur hohen Verantwortung und persönlicher Haftbarkeit von Führungskräften als belastend empfunden: *„Auch Urlaub, Zeitausgleich, das hat es nicht gegeben in dem Sinn, weil wir einfach als Leitungsperson die volle Verantwortung gehabt haben"* (02). Strukturelle Probleme wie die geringe Bezahlung der Pflegekräfte und der Mangel an qualifiziertem Personal wurden benannt und zeugten von mangelnder Wertschätzung: *„Das ist so, ich kann jetzt nicht sagen, ‚die gleichen Gespräche', was [wir] immer haben, dass [wir] mehr Mitarbeiter brauchen viel. Das gibt es immer. [...] Aber wir brauchen vielleicht bisschen mehr richtig ausgebildete Leute"* (34). Als weiterer Stressor wurde das Wegfallen oder Fehlen von Unterstützung durch Stakeholder benannt: *„Massiv belastend war für mich / also für das ganze Heim [...] dass sämtliche Ärzte uns komplett im Stich gelassen haben. Also sobald der erste Lockdown war. Dass auch keine Therapeuten mehr in das Haus kommen durften. Die wären gern gekommen. Die Ärzte haben ein Kommen verweigert."* (23) und zeigte das Gefühl des Alleingelassenwerdens deutlich.

Soziale Stressoren

Zentral waren Konflikte und Beschwerden durch Pflegekräfte, Bewohnende und deren Angehörige: *„Und das waren viele solche Situationen, wo du Freund und Feind in einem bist, ja, und die Leute lassen das ja alles an uns aus"* (02). Von allen Führungskräften wurde ein hohes Niveau des Beschwerde- und Konfliktmanagements berichtet. Ursache für Konflikte bestand nicht ausschließlich in der Umsetzung von Schutzmaßnahmen, sondern auch bei deren Aussetzung in Einzelfällen. Insbesondere waren drei Konfliktthemen auffällig: Das Aufrechterhalten der FFP2-Maskenpflicht für Mitarbeitende trotz der gesetzlichen Aufhebung dieser durch die Regierung: *„Ja [...] wo die FFP2-Maskenpflicht [...] in den Heimen heuer dann gelockert worden ist. Da haben wir darauf bestanden, ‚Nein, wer da hereinkommt, braucht eine FFP2-Maske.' Ge. Sind wir dann von der Gewerkschaft geprügelt worden natürlich"* (19), Einsperren als Schutz von alten Menschen im 1. Lockdown, insbesondere im Umgang mit Bewohnenden mit kognitiven Einschränkungen: *„Also auf der anderen Seiten in die Medien ist berichtet worden wir sperren ein, ja. Das ist Freiheitsberaubung und diese Altenheime und quasi diese wahnsinnige Einsamkeit und so weiter"* (02) und das Impfen von siebten Impfdosen außerhalb der Priorisierung: *„Ja, es war manchen Mitbürgern nicht recht. Wir waren dann auch in der Zeitung. [...] Aber man ist angegriffen worden für das. Und das habe ich echt heftig gefunden. Weil andere haben es ja dann, ich habe das nur medial mitgekriegt, dann wirklich die siebten Impfdosen verworfen"* (12). Auch soziale Aspekte des privaten Lebens von Führungskräften trugen zum Stresserleben bei. Ein wesentlicher Bereich bestand hier in der Schwierigkeit, eine adäquate Kinderbetreuung zu gewährleisten: *„Und wir haben genauso unsere privaten Schwierigkeiten gehabt, die Kinder waren unbetreut daheim und so weiter und so fort"* (02), aber auch in der Einschränkung von Freiheit im Privatleben und dem Wegfall sozialer Kontakte.

Emotionale Stressoren

Wahrgenommenes hohes Infektionsrisiko stellte eine emotionale Belastung für Führungskräfte dar: *„Fünf unserer [...] Häuser waren befallen. Das hat auch [...] in einigen Bereichen viele Tote, damit meine ich sieben bis fünfzehn, in einem Bereich geben"* (02). Als enorm stressauslösend wurde eine tatsächliche Infektion innerhalb des Pflegewohnheims beschrieben. Zum einen war dies sehr belastend aufgrund des Personalausfalls, insbesondere bei einer großen Anzahl an infizierten Pflegekräften, andererseits wurde diese Situationen als *„sehr kritisch"* (08) beschrieben wegen des hohen Ansteckungsrisikos von Bewohnenden. Besonders belastend war es, wenn Bewohnende in Folge einer COVID-19-Erkrankung im Heim verstorben sind: *„das war dann eine schwierige Phase natürlich, weil Menschen bei uns natürlich auch gestorben sind an Corona. Ähm, also es hat Todesfälle gegeben [...]"* (02). Einen weiteren emotionale Stressor von Führungskräften stellte die hohe Belastung von Pflegekräften dar, welche sich unter anderem in einer erhöhten Burnout-Rate, oder vermehrten Kündigungen äußerte.

Moralische Stressoren

Ethisch-moralische Stressoren stellen eine hohe Belastung für Führungskräfte dar. Dazu zählen etwa das Einfordern von Leistung durch Pflegekräfte, bei gleichzeitigem Verständnis für deren Ängste, das Eingreifen in die Privatsphäre von Pflegekräften, oder die eigene Ohnmacht beim Schutz von Pflegekräften: *„Das war eine äußerst dramatische Zeit, weil die Mitarbeiter irrsin-*

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

nig Angst gehabt haben, dass sie sich anstecken. Und wir keine Möglichkeit gehabt haben sie zu schützen" (16). Belastend wurde der Umgang mit älteren Angehörigen beschrieben, welche durch das Pflegewohnheim aufgrund von Schutzmaßnahmen nicht mehr mitversorgt werden konnten, oder diese zur Einhaltung von Maßnahmen zu zwingen, welche für ältere Angehörige nur schwer zu bewältigen waren: „*Die Hürde, dass er zu seinem Test kommt, ist aber fast unbewältigbar, weil dann muss er an das andere Ende der Stadt fahren. Muss sich im Internet registrieren lassen. Der hat kein Internet, der kann auch kein Internet bedienen*" (02). Eine häufig berichtete Belastung stellte die Balance zwischen Sicherheits- und Freiheitsbedürfnissen in der Maßnahmenumsetzung dar: „*Außer wir haben einfach strikt zugedreht und haben gesagt, das interessiert uns alles nicht. [...] Wir machen einfach zu. Und nachher sind wir auf der sicheren Seite. In allem. Aber das wär ja nicht unseren Bewohnern so gerecht geworden eben*" (11).

Kategorie 3: Stressreduzierende Faktoren

Diese Kategorie beschreibt stressreduzierende Kontextfaktoren, welche im Folgenden näher erläutert werden.

Information und Wissen

Informationelle Unterstützung wurde durch frühzeitige Information über die Gefahr von Covid-19 durch soziale Netzwerke benannt. Praktische Hinweise, zunehmendes Wissen im Umgang mit dem Virus und Anwendung von Schutzmaßnahmen wurden als sehr unterstützend beschrieben: „*Wir haben immer schon einen Krisenplan gehabt für entweder Norovirus oder was auch immer. Den hat es ja schon gegeben. Von daher hatten wir es relativ leicht. [...] Und bei Einführung der Mitarbeiter wird der auch vorgestellt. [...] Es ist nicht ganz was Neues gewesen. In dieser Dimension natürlich für alle neu. Aber ein paar Dinge haben wir einfach auch schon umsetzen können*" (20).

Arbeitsorganisation und organisationale Ressourcen

Arbeitsorganisatorische Unterstützung wurde durch eine gute Organisation und Krisenmanagement beschrieben. Insbesondere ein bereits existierender Krisenplan, welcher in nur einem Pflegewohnheim beschrieben wurde, stellte eine enorme Erleichterung für Führungskräfte dar. Als Erleichterung wurde zusätzliches Personal, etwa durch Zivildienstleistende, oder Studierende benannt. Das zusätzliche Personal wurde überwiegend für die Organisation des Besuchermanagements eingesetzt, aber auch für psychosoziale Zuwendungen bei Bewohnenden. Mehrfach als hilfreich genannt wurden das Wegfallen von belastenden Maßnahmen und Verordnungen (z. B. der Quellisolierung) und die Gewöhnung an die Infektionsschutzmaßnahmen im Verlauf der Pandemie: „*Also es sind viele Dinge entstanden und viele Selbstverständlichkeiten in dieser Zeit*" (16). Darüber hinaus wurden eine strukturierte Arbeitsweise und eine gute Organisation (z. B. der Impfung) als sehr hilfreich erlebt. Als wichtige Organisationale Ressource hervorgehoben wurden einerseits interne Personalressourcen, wie beispielsweise Mitarbeitende mit Zusatzqualifikationen im Bereich Psychotherapie und Krisenintervention, andererseits örtliche Gegebenheiten, wie das Vorhandensein eines Gartens für Bewohnende: „*Und da war eine dabei, eine Mitarbeiterin, die eine Ausbildung zur Psychotherapie macht und die auch bisschen diese Gruppen begleitet hat*" (09). Eine Führungskraft hob die Organisationskultur der Mitgestaltung durch Mitarbeitende hervor: „*Also diese Eigeninitiative, die ja unsere Organisationsform bestärkt, die hat sich da einfach bewährt und ich glaube, dass das ganz wichtig ist, dass die Mitarbeiter einfach wissen, es kommt auf sie auch an*" (09). Weitere organisationale Ressourcen waren ein gemischtes Team mit verschiedenen Altersgruppen, Mitarbeitende ohne oder mit erwachsenen Kindern, geringe Krankenstände bei Mitarbeitenden und eine gute digitale Kommunikationsinfrastruktur für das Personal.

Soziale Unterstützung

Einen weiteren stressreduzierenden Faktor stellt der Aspekt der sozialen Unterstützung dar. Zusammenarbeit von Führungskräften mit überregionalen und regionalen Stakeholdern wird dabei als wesentlicher unterstützender Faktor gesehen. Dies bezog sich zum einen auf das heiminterne Führungsteam und zum anderen auf den Austausch mit anderen Pflegewohnheimen, oder der Zugehörigkeit zu einem Heimverbund: „*Naja, wir sind ja in der glücklichen Lage, dass wir zu einem Heimverbund gehören. [...] Wir haben uns eigentlich fast täglich zu Videomeetings getroffen, nachdem die Krise losgegangen ist und haben uns täglich eigentlich abgestimmt [...]*" (09). Weitere Unterstützung stellt etwa eine Hygienefachkraft, die ärztliche Leitung und die Bereitstellung von psychologischen Fachkräften über den öffentlichen Heimträger dar. Eine wesentliche Erleichterung durch einen übergeordneten Heimverbund oder Träger wurde in der Beschaffung von Schutzmaterial beschrieben: „*Wir waren eigentlich ganz gut ausgestattet. Wir haben eigentlich von Anfang an die meisten Dinge gehabt, die man braucht*" (09). Gute Teamarbeit und Zusammenhalt, welche schon vor der Pandemie als wichtige Ressourcen von Pflegekräften beschrieben wurden, bilden während der COVID-19-Pandemie weiterhin schützende und resilienzfördernde Faktoren: „*Es war ein sehr gutes Miteinander von den Kolleginnen und Kollegen. Wir haben uns gegenseitig geholfen*" (09). Insgesamt wird ein gutes Arbeitsklima als hilfreich beschrieben. Neben der Compliance von Mitarbeitenden wird auch die Compliance von Bewohnenden und Angehörigen als hilfreich benannt. Während Bewohnende überwiegend als compliant beschrieben wurden: „*Das muss ich sagen war aber keine Schwierigkeit zwischen die Bewohner. Also wie gesagt, für die Bewohner habe ich immer höchstes Verständnis. Die Bewohner zeigen sich hoch compliant, hoch verständnisvoll, hoch dankbar. Vor allem die, die uns vorher schon erlebt haben*" (02), zeigten sich

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

bei Angehörigen große Unterschiede: *„Das heißt, wir sind dazu gezwungen, auf die Selbstverantwortung der Besucher zählen zu müssen und das geht aber schief. Das kann ich ihnen sagen, weil wir viele Besucher haben, die absolut kein Verständnis zeigen. Nicht für die Erkrankung und nicht für die Hygienemaßnahmen und auch sich der Tragweite nicht bewusst sind, was es heißt, wenn wir im Heim eine Infektion haben"* (02). So war die Akzeptanz von Angehörigen zu Beginn der Pandemie groß, mit deren Verlauf reduzierte sich diese.

Emotionale Entlastung

Zu einer emotionalen Entlastung und höherem Sicherheitsgefühl führte das Vorhandensein von ausreichend Schutzmaterial und einer hohen und wachsende Impfbeteiligung von Bewohnenden und Mitarbeitenden. Hilfreich war es, wenn das Pflegewohnheim bereits vor der Pandemie über einen Bestand an notwendigem Schutzmaterial (Masken, Desinfektionsmittel ect.) verfügte, da dadurch der starke Mangel der ersten Monate etwas überbrückt werden konnte. Da dies aber bei den meisten der befragten APH nur zu einem kleinen Ausmaß der Fall war, war das schnelle Erhalten von Schutzmaterial ein wichtiger stressreduzierender Faktor. Einige der befragten Führungskräfte haben berichtet, dass sie sich schnell nach der ersten Phase gut ausgestattet gefühlt haben, entweder durch unterstützende Dritte oder Eigenbesorgung: *„Aber wir hatten das Glück, dass unser Amtsleiter frühzeitig mit hohem Einsatz ausreichend Material beschaffen konnte. […] Also wir haben nur diese Lieferengpässe ganz am Anfang im ersten Lockdown erlebt, aber sonst nachher waren wir relativ schnell ausreichend ausgestattet"* (02). Deutlich entspannt hat sich die Lage laut der Interviews im Herbst 2020 aufgrund von Großlieferungen durch das Land und einer guten Verfügbarkeit von Schutzmaterial auf dem Markt.

Wenig Infektionen und Todesfällen bei Bewohnenden und Mitarbeitenden wurden als erleichternd benannt. Auch eine rasche Unterbrechung der Infektionskette bei Mitarbeitenden und gut überstandene Infektion bei Bewohnenden wurden als erleichternd wahrgenommen. Die subjektive Wahrnehmung eines geringen Risikos durch die Infektion für sich und andere, wurde als stressreduzierend benannt. Die Ruhe im ersten Lockdown ohne Besuchende wurde als angenehm berichtet *„Also die Bewohner, hab ich das Gefühl. Drum bin ich gespannt was sie aussa finden werden. Bei uns haben relativ wenig geklagt. Ganz im Gegenteil. Die haben diese Ruhe, die plötzlich da war, dass eben nicht dauernd irgendwer kommt und irgendwas will, sehr genossen"* (02). Die Öffnung der Schulen stellte einen weiteren stressreduzierenden Faktor dar.

Individuelle Ressourcen

Unterstützende individuelle Eigenschaften, wie Resilienz, Strukturiertheit oder Furchtlosigkeit sowie die Berufserfahrung: *„Wahrscheinlich haben alle meine Tätigkeiten, die ich in meinem Leben ausgeführt habe, mich vorbereitet für diese zwei Jahre. In dem Krisenmanagement. In der Organisation. Wie man mit Leuten umgehen kann, die in einer Krise stecken."* (16) wurden benannt.

Kategorie 4: Strategien

Frühzeitige Risikowahrnehmung und Vernetzung: Während der Alarmphase, noch vor dem ersten Lockdown, berichteten wenige Führungskräfte aufgrund einer guten Vernetzung von einem frühzeitigen Erkennen des Risikos: *„Weil die ersten Maßnahmen haben wir schon Ende Februar getroffen. Purer Zufall. Aber wir sind gut vernetzt und da hat es geheißen, ‚Es kommt was doch Veritableres auf uns zu, als was es die breite Öffentlichkeit weiß.'"* (20) einen Krisenstab einberufen zu haben, um erste Maßnahmen zu beschließen.

Während der Akutphase wurden verschiedene Strategien beschrieben. Diese werden in Informelle, instrumentelle, organisationale und psychosoziale Unterstützungsstrategien unterteilt und im Folgenden näher beschrieben.

Die informationelle Strategie betrifft das Einbeziehen von Informationen und Wissen der aktuellen Pandemielage. Wesentlich waren die Vorgaben durch die Behörden. Dabei wurden Vorgaben an die eigenen Bedürfnisse angepasst und einzelne Maßnahmen strenger oder lockerer umgesetzt *„gesunde[s] Augenmaß"* (11). Ein regelmäßiger Austausch mit Entscheidungsträgern wurde beschrieben: *„Also halt in der Anfangsphase haben wir täglich eigentlich eine Besprechung gemacht […]"* (11). Auch das Entwickeln von Krisenplänen wurde benannt: *„Haben Krisenpläne erarbeitet. Haben gesagt, ‚Okay, wie gehen wir vor zum Tag Y. Wenn wir so und so viel Prozent an Erkrankten haben […]'"* (16). Dass keinerlei Maßnahmen und Pläne entwickelt wurden: *„Wirklich, […] wir haben jeden Tag alles geplant für heute, nicht für Morgen. Morgen ist Morgen. Heute ist heute. Schauen wir wie wir weitergehen können."* (46), wurde nur von einer Einrichtung berichtet. Eine schnelle und angepasste Weiterleitung von Informationen an die Communitys wurde benannt: *„Also wir haben halt geschaut, dass immer zeitnah, sobald die Verordnung heraußen war, sofort die Mails draußen waren. Dass wir da keine Verzögerung kriegen. Dass nicht in den Medien was anderes berichtet wird, als was bei uns gelebt wird."* (09), wobei primär die schriftliche Form genutzt wurde. Auch der informelle Dialog mit Mitarbeitenden wurde als Strategie benannt: *„War immer im Dienst, eigentlich 24 Stunden ansprechbar. Also jeder hat mich anrufen können. Und das hat einfach Sicherheit geben"* (09). In Bezug auf die Impfung wurde eine proaktive und sachliche Aufklärung benannt. Einzelgespräche, Informationsmaterial, sowie Beratung durch Expert*innen wurden benannt. Eine Führungskraft beschrieb Druck auf die Mitarbeitenden *„mit allen Mitteln"*, was heißt *„mit Zuckerbrot und Peitsche"* (16), um die Impfbereitschaft zu erhöhen.

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Instrumentelle Strategie

Partizipation: Aktive Teilhabe der Communitys wurde in zwei Einrichtungen speziell als Unterstützung hervorgehoben: *„Jeder hat seine Ideen eingebracht. Eine Jede ist gehört worden"* (09). Auch entschlossenes Handeln der Führungskräfte wurde benannt, und zeichnet sich durch ein eigenständiges, frühzeitiges und schnelles Handeln während der Krise aus: *„Es hat glaube ich nie eine Situation geben. Würde ich auch nicht, ja, wollen, dass wir zur Politik gehen und sagen, ‚Was sollen wir machen?' Sondern das war immer so, wir sind zum Bürgermeister gegangen, ‚Okay, wir haben da ein Problem. Da haben wir drei Lösungen ausgearbeitet. 1, 2, 3. Wir empfehlen, Lösung 1 oder Lösung 2. Was sagst du dazu?'"* (19).

Social Distancing: Die Bewegungsfreiheit Bewohnender innerhalb und außerhalb des Pflegewohnheims wurde eingeschränkt, wobei die Umsetzung sehr unterschiedlich erfolgte: *„Das Haus verlassen können die Bewohner ja auch so. Wir haben ja gar nicht das Recht das eben zu verbieten"* (11). Bewohnende wurden teilweise in ihrer Bewegungsfreiheit innerhalb des Pflegewohnheims eingeschränkt, indem es keine Stockwerkübergreifenden Aktivitäten gab. Gruppenaktivitäten für Bewohnende wurden stark eingeschränkt oder ausgesetzt. In manchen Einrichtungen wurde von einem Aufnahmestopp Bewohnender berichtet.

Besuchsmanagement: Im ersten Lockdown wurde ein generelles Besuchsverbot in den Einrichtungen ausgesprochen. Besuche wurden nach dem ersten Lockdown möglich, wobei diese im Freien, in speziellen Besuchsbereichen, oder etwa Besucherboxen möglich waren: *„Die Bewohner sich im Haus bewegen dürfen oder mussten, zum Beispiel, wenn sie in den Garten wollten auf dem direkten Weg von der Station mit dem Lift hinunter in den Garten und dann wieder auf direktem Weg hinauf"* (I23). Schutzmaterial für Mitarbeitende und Bewohnende war eine weitere wichtige Infektionsschutzmaßnahme. Eine FFP2-Maskenpflicht für Mitarbeitende wurde eingeführt. Viele Führungskräfte berichteten auch von einer Maskenpflicht für Bewohnende außerhalb ihres Wohnbereichs. Keine Maskenpflicht für Bewohnende war die Ausnahme, *„weil man es ihnen nicht zumuten kann."* (20). Mitarbeitende mussten sich ab November 2020 regelmäßig testen. Dies behielten Pflegewohnheime zum Teil auch bei Vollimmunisierung der Mitarbeitenden bei.

Impfung: Die Impfung wurde als zentrale Strategie benannt. Aufgrund des Impfstatus der Mitarbeitenden gab es keine oder kaum Unterschiede im beruflichen Alltag. Ausnahme war die weiterhin bestehende Testpflicht für ungeimpfte Mitarbeitende.

Organisationelle Strategie

Teamteilung in Gruppen, die in Schichten arbeiten oder feste Stationen betreuen, wurde benannt. Eine Führungskraft berichtete davon, dass Schulungen ausgesetzt wurden und die mobile Pflege auf das Notwendigste reduziert wurde. Weitere Strategien waren das Anpassen von Dienstplänen an die Bedürfnisse der Mitarbeitenden. Auch das Trainieren und Üben im Umgang mit Schutzausrüstung wurde genannt.

Personelle Ressourcen nutzen: Durch das Einstellen von Personal, oder Umstrukturierung des vorhandenen Personals wurde die Handlungsfähigkeit von Führungskräften gefördert. Zivildiener, Studierende und ehrenamtliche Mitarbeitende wurden zur Eingangskontrolle oder psychosozialen Unterstützung Bewohnender benannt: *„Besuchermanagement zu organisieren. Mit Zivildienern und später sogar mit einer gesponserten Kraft. Die was nachher die Ganzen, wenn wieder Besucher möglich waren, das zu registrieren, das zu planen, das telefonisch entgegenzunehmen"* (11).

Psychosoziale Unterstützungsstrategien für Mitarbeitende wurden benannt, indem Führungskräfte Mitarbeitende beruhigten, und Möglichkeiten des sozialen Austausches einführten. Von einer Führungskraft wurden Ansprechpersonen für Gespräche benannt, oder Mitarbeitende in Isolation aktiv und regelmäßig kontaktiert. Mitarbeitende in psychotherapeutischer Ausbildung wurden gezielt zur Unterstützung eingebunden.

Selbstmanagement: Eine realistische Erwartung und Selbsteinschätzung kann helfen, innere Konflikte zu bestehen: *„Aber letztendlich haben wir das, was zu dem Zeitpunkt aus unserer Sicht richtig war [...] gemacht. Und damit haben wir verantwortungsvoll gehandelt. Ob es dann tatsächlich alles richtig war, ja. Mei, wir sind auch nur Menschen"* (09).

Diskussion und Ausblick

Dieses Paper untersucht das Erleben von Führungskräften in Pflegewohnheimen während der COVID-19-Pandemie, sowie deren Auswirkungen, und identifiziert Strategien zur Bewältigung der Krise. Das Erleben von Führungskräften war ab Beginn der Pandemie durch Unsicherheit, Angst und einer hohen Belastung gekennzeichnet, welche im weiteren Verlauf aufrecht blieb (Wu et al., 2021). Pflegekräfte erlebten zudem einen starken Mangel an Wertschätzung, der als belastend erlebt wurde, und zu einem allgemeinen Misstrauen gegen das System und deren politische Akteure führte (Gray et al., 2021). Diesbezügliche Stressoren waren zu Beginn vor allem fehlende Informationen und mangelhafte Vorgaben durch das Land und Behörden, Anfeindung durch Medien, Unsicherheit am Arbeitsplatz aufgrund fehlender Schutzausrüstung und Personalknappheit, das Gefühl des Alleingelassen werden mit Verantwortung sowie vermehrtes Konfliktmanagement mit den beteiligten Communitys (Aiken et al.; 2002; Gray et al., 2021; Wu et al., 2021). Im weiteren Verlauf wurden moralische Stressoren beim Abwägen individueller Sicher-

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

heits- und Freiheitsbedürfnisse immer offenkundiger, was häufig auf einen eingeschränkten Entscheidungsspielraum zurückzuführen ist (Papathanassoglou et al., 2012). Die Summe der belastenden Faktoren, der Mangel an Erholungszeit und der Wegfall sozialer Kontakte führten zu einer hohen Belastung von Führungskräften, welche mit psychischen und physischen Reaktionen einhergingen (Altieri & Santanagelo, 2021). Die Zunahme der Belastung am Arbeitsplatz wurde von der Mehrheit der Interviewten gut bewältigt, wohingegen einzelne von Symptomen psychischer Erkrankungen (Burnout) berichteten (Wu et al., 2021). Angst vor einem Covid-19 Ausbruch im Pflegewohnheim stellt einen zentralen Stressor dar (Brady et al., 2021; Fong et al., 2021). Insgesamt war ein gutes Arbeitsklima hilfreich, den Zusammenhalt der Communitys zu fördern und die Pflege Bewohnender zu gewährleisten (Dai et al., 2020).

Aus den Daten und dem vorliegenden State of the Art konnten folgende Empfehlungen für die Praxis generiert werden:

1. Etablieren von Krisenstrukturen und Vernetzung mit Stakeholdern in Pflegewohnheimen fördern Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit
   - Einführen von Krisenplänen
   - Vernetzung mit regionalen und überregionalen Stakeholdern
   - Materielle Ressourcen für Krisen bereithalten (PSA)
   - Personalressourcen aufstocken
2. Wertschätzung und Anerkennung sowie Gerechtigkeit fördern Zusammenhalt im Team, aktive Teilhabe der Communitys verbessern die Compliance und helfen dabei, Krisen zu bewältigen
   - Gerechte Verteilung von Schutzausrüstung
   - Sichtbarmachen von Belastung und Arbeitsleitung
   - Wertschätzende Kommunikation
   - Communitys zum Mitgestalten einladen
3. Moralischer Stress kann durch Eigeninitiative und realistische Erwartungen reduziert werden
   - Ausreichend Schutzausrüstung bereitstellen
   - Wiederherstellen des Vertrauens in das System
   - Realistische Erwartungen klar kommunizieren
   - Niederschwellige psychosoziale Unterstützung gewährleisten

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Literatur

- *Altieri, M., & Santangelo, G. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic and Lockdown on Caregivers of People With Dementia. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 29(1), 27-34. doi: 10.1016/j.jagp.2020.10.009*
- *Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., Silber, J. H. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA. 2002; 288(16):1987–1993. doi: 10.1001/jama.288.16.1987*
- *Bauer, G., Rodrigues, R. & Leichsenring, K. (2018). Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich: Eine Untersuchung auf Basis der internationalen NORDCARE-Befragung. Wien.*
- *Brady, C., Fenton, C., Loughran, O., Hayes, B., Hennessy, M., Higgins, A., Leroi, I., Shanagher, D., & McLoughlin, D. M. (2021). Nursing home staff mental health during the Covid-19 pandemic in the Republic of Ireland. International journal of geriatric psychiatry, 37(1), Advance online publication. doi: 10.1002/gps.5648*
- *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2020a). Empfehlung zu COVID-19 Schutzmaßnahmen für Pflege und Betreuung: Teil-/Stationäre Einrichtungen und Mobile Dienste. Wien.*
- *Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., Yuan, X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID19) outbreak on healthcare workers in China. 2020. doi: 10.1101/2020.03.03.20030874*
- *Fong, T. K., Cheung, T., Chan, W. C., & Cheng, C. P. (2021). Depression, Anxiety and Stress on Caregivers of Persons with Dementia (CGPWD) in Hong Kong amid COVID-19 Pandemic. International journal of environmental research and public health, 19(1), 184. doi: 10.3390/ijerph19010184*
- *Gray, K. L., Birtles, H., Reichelt, K. & James, I. A. (2021). The experiences of care home staff during the COVID-19 pandemic: A systematic review. Aging & mental health, 1–10. doi: 10.1080/13607863.2021.2013433*
- *Hower, K. I., Pfaff, H. & Pförtner, T. K. (2020). Pflege in Zeiten von COVID-19: Onlinebefragung von Leitungskräften zu Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien. Pflege, 33(4), 207–218. doi: 10.1024/1012-5302/a000752*
- *Kreh, A., Brancaleoni, R., Magalini, S. C., Chieffo, D. P. R., Flad, B., Ellebrecht, N. & Juen, B. (2021). Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience. PloS one, 16(4), e0249609. doi: 10.1371/journal.pone.0249609*
- *Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., et al. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clin Psychol Rev; 29:695-706 doi: 10.1016/j.cpr.2009.07.003 pmid:19683376*
- *Mayring, P. (2019). Qualitative Content Analysis: Demarcation, Varieties, Developments. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 20(3).*
- *Ouslander, J. G., & Grabowski, D. C. (2020). COVID-19 in Pflegeheimen: Beruhigung des perfekten Sturms. Zeitschrift der American Geriatrics Society, 68(10), 2153–2162. doi: 10.1111/jgs.16784*
- *Papathanassoglou, E. D. E., Karanikola, M. N. K., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C. & Albarran, J. W. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses, 21(2), e41-52. doi: 10.4037/ajcc2012205*
- *Spector, P. E. (1986). Perceived Control by Employees: A Meta-Analysis of Studies Concerning Autonomy and Participation at Work. Human Relations, 39(11), 1005–1016. doi: 10.1177/001872678603901104*
- *Strauss, A. L. & Glaser, B. G. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Aldine Transaction.*
- *Takahashi, T., Ekoyama, S., Tachikawa, H., Midorikawa, H., Shiratori, Y., Ota, M., Takahashi, S., & Arai, T. (2022). Mental Health of Caregivers Working in Nursing Homes during the COVID-19 Pandemic. Dementia and geriatric cognitive disorders, 1–8. Advance online publication. doi: 10.1159/000524953*
- *Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J. & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders, 281, 91–98. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.117*

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Eine Krise: Die Kunst besteht darin zu lesen

Anja Herzog

Wenn sterbende Menschen aus ihrem Leben berichten, wählen sie folgende Worte: „Ich bin dankbar, wenn Leute wirklich Anteil nehmen und mir ihre Welt auch bringen, damit meine Welt nicht zu klein wird. Sonst bin ich allein mit der Krankheit. Darum bemühe ich mich. Das ist die Strategie, die ich zurzeit verfolge (P3, 323 – 328)." (Chaploz-Süssenbach et al. 2016: 175). Im Vordergrund steht hier nicht die Erkrankung, sondern die Einladung des Sterbenden zu einem Dialog mit den Nahestehenden in der unmittelbaren als auch in den Weiten der Welt. Denn die Begleitung in dieser Lebensphase ist „mehr als eine optimierte Versorgung" (DGP et al. 2020: 21).

Die technisch, medizinisch und pflegerisch PERFEKTE Begleitung birgt die Gefahr, dass das eigentliche in den Hintergrund gerät (DGP et al. 2020: 21). Da scheint doch die Flucht in eine theoretisch-technische Krise der Mitwelt nahe liegend, als Umgang mit dem vermeintlich rationalen, was gleichermaßen dem Machbarkeitswahn des 19. Jahrhunderts entspricht, mit der Ambivalenz zwischen dem Informationsüberschuss respektive dem Orientierungsdefizit (vgl. Kick 2015: 14), verankert in den fehlenden wissenschaftlichen Konzepten, politischen Systemen oder verlässlichen Glaubenssätzen (Kick 2015: 15). Eine palliative Begleitung beginnt nicht erst in der finalen Phase, sondern mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung einer chronisch progredienten Erkrankung (vgl. Nikolic et al. 2019: 72), an deren Begleitung die Medizin einen vergleichsweise bescheidenen Anteil hat (vgl. Ross 2009: 11). Die Begleitung Sterbender katalysiert Fertigkeiten, Wissen, Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen, die im sozialen Netzwerk geteilt werden (können). „Es antizipiert ein tiefes Verständnis für alle am Sterbeprozess beteiligten" (Herzog 2020). Funktionsträger*innen wie Ärzt*innen oder Jurist*innen definieren betrachtend als Expert*innen den Tod als einen Reflexionsgegenstand (Dunger et al. 2018: 99). Dies könnte als Hinweis gedeutet werden, für: Wer im Alltag flieht, sucht die Krise in und mit der Literatur (vgl. Pilz 2007: 14), wie zum Beispiel der damit einhergehenden gesundheitlichen Kompetenz, die die Motivation, das Wissen sowie die Kompetenz voraussetzt (Röthlin et al. 2013: 15), Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen sowie anzuwenden (Schaeffer et al. 2020), damit Entscheidungen getroffen werden können, die sich sowohl gegenwärtig als auch prospektiv auf das Leben auswirken, so dass sich die Lebensqualität verbessert oder diese aufrechterhalten wird (Sorensen et al. 2012 in: Röthlin 2013: 15). Der Survey zur Gesundheitskompetenz in Deutschland deutet anhand der explorierten Ergebnisse an, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen (rund 55,9 %), Migrant*innen (53 %), Ältere über 65 Jahren (51,1 %) sowie Menschen mit einem niederen Bildungsabschluss (45,9 %) und niedrigem Sozialstatus (59,1 %) eine problematische Gesundheitskompetenz aufweisen (Schaeffer et al. 2020: 24). Aus diesen Markierungen der Daten spricht folgende Hypothese: Dass Menschen weder für jetzt noch prospektiv Entscheidungen treffen können, die sich auf die Lebensqualität der Menschen auswirken, als auslösendes Moment einer Krise?

Eine Krise kann der Motor eines Reifungsprozesses sein, als Konsequenz eines intensiven, vertieften sowie „neuen" Erlebens der Grundmotivation, als auch das Symptom eines Mangels (Kinast 2016: 125), quasi ein Bedürfnis. Ein Bedürfnis definiert einen individuell-subjektiven Anspruch oder Wunsch einer Person oder einer Personengruppe, die einen Mangel oder Belastungszustand (Leitlinienprogramm 2020: 35) als Gefühl erleben, was auf Befriedigung abzielt (Mägdefrau 2007: 26). Mangelerscheinungen formieren etwaige Krisen, wobei nachfolgend drei kurz angerissen werden: die Werdens-, die Sinn- sowie die Lebenskrise: Die Werdenskrise behindert den Menschen in der persönlichen Entfaltung, während dieser nach Selbstverwirklichung strebt (Passie & Gasser 2016: 79), wie wenn Sterbende von biografischen Störungen, Vertrauensverlusten oder Frustration berichten, möchten sie doch andere ermutigen und Hoffnung spenden (Roulston et al. 2018: 12 – 13). In der Sinnkrise erlebt das Subjekt bewusst einen leidvollen Zustand, definiert durch Sinnleere bei gleichzeitiger Sehnsucht nach Sinn. Die Krise äußert sich durch Sinn- und Orientierungslosigkeit oder in der Fragwürdigkeit der Selbst- und Weltdefinition (Schnell 2015: 8 – 9). Sterbende äußern dies in dem Bedürfnis nach kontinuierlicher Kommunikation sowie Konfliktlösung, um Stereotype zu vermindern (vgl. Henke 2018: 14). Es fehlen Dimensionen, wie die der horizontalen Selbsttranszendenz – der Gesundheit oder der Generativität; der Selbstverwirklichung – der Entwicklung oder der Freiheit sowie des Wir- & Wohlgefühls – der Liebe, der Harmonie oder der Fürsorge (Schnell 2015: 55). Die Lebenskrise impliziert ein gebrochenes Gehäuse, indem protektive Faktoren und Halt fehlen. Das ungewohnte Maß an Freiheit löst Angst aus. Einige Menschen scheuen die bewusste Auseinandersetzung mit den Grenzen, setzt dies voraus, dass das Subjekt den Mut, die Bereitschaft und die Fähigkeit aufbringt, das Leben als Ganzes in den Blick zu nehmen, so dass innere und äußere Bedingungen reflektiert und erspürt werden (Petrow 2016: 89), wie: Wenn die Sterbenden die gesundheitlichen Akteure bitten ihnen beim Sterben zu helfen (Beard 2014: 244).

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Charakteristisch für Krisenanlässe ist ihr zeitloser Charm (Schuchardt 2013: 9), der uns alle SELBST betrifft, sich lebensverändernd auswirkt (Schuchardt 2013: 11) und zwar auf den Einzelnen als Teil der Gesellschaft, sowie die Gesellschaft als Teil des Einzelnen. Differenziert werden kritische Lebensereignisse in normative, wie Schulanfang, Hochzeit oder Renteneintritt und non-normative wie Schulwechsel, Umzug oder Krankheiten. In der präkritischen Phase werden unter anderem Bedürfnisse, wie die physischen, die nach Sicherheit, der Identität, den Werten oder die beziehungsgefährdenden geäußert. Final das, was die Krise auslöst, mit der unabwendbaren Notwendigkeit eine Entscheidung zu finden. Barrieren, die sich auf die Entscheidungsfindung auswirken, offenbaren sich im Schmerz, im Ekel, im Gewissen und der Scham. Scham als eine Grenzsituation, zu der sich Angst, Sinnlosigkeit sowie der Tod einreihen (vgl. Kick 2015: 115), die sich als Einstellung oder Haltung im Privaten als auch in der Öffentlichkeit ausbreitet.

Ein Potpourri an Krisen können Todeswünsche auslösen. Hinter dem geäußerten Wunsch kann sich vielseitiges verbergen: Zum einen das Bedürfnis, über die Angst vor dem Sterben sprechen zu wollen, oder dass Hervorstechen eines besonders prominenten Symptoms, was bis dato nicht formuliert wurde (Beard 2014: 244), wie ein Mensch auf einer palliativen Station berichtet: „… die Gesellschaft kann damit nicht umgehen […] ein Jahr, wo wirklich mein ganzes Umfeld weg war." (TN 8) (Schallenburger 2018: 94). Dabei verspüren sterbende Menschen das gleiche Bedürfnis nach sozialen Kontakten wie alle anderen Menschen (vgl. Roller 2018: 12). Sie wünschen sich Würde, Selbstbestimmung und keine Demütigung (Patzlsperger et al. 2018: 111). Sie wünschen sich die Beteiligung an Entscheidungsprozessen (vgl. Bock et al. 2018: 36). Auffällt, dass gerade noch sehr junge Menschen sich in dieser Lebensphase tendenziell depressiv, hoffnungslos und ängstlich fühlen (Chochinov 2017: 24). Sie beschreiben die Verletzung ihrer Würde. Doch solange auch weiterhin das Gehäuse eines dominierenden biomedizinischen Modells vorherrscht (vgl. Leonard et al. 2021: 1), mit dem Tenor, dass zwar die Beziehungsstruktur „symmetrisch" verläuft, doch die Expert*innen (gesundheitliche Akteur*innen) als Katalysatoren agieren (vgl. Haslbeck & Schaeffer 2007: 249.), die stringent die problemorientierte Patientensicht in den Vordergrund rücken (Lorig & Holman 2003 zit. in: ebd. 88), scheinen sie sich selbst vor der Auseinandersetzung mit den Grenzen des Lebens zu scheuen. Der Eindruck aus der Perspektive der gesundheitlichen Akteur*innen lautet, dass die Patient*innen das „eigene Unwissen als Schutzschild gegen die lebensbedrohliche Wirklichkeit" (Satilmis et al. 2020: 47) nutzen, sind es leidvolle Erfahrungen, die verhindern, dass dem Wunsch nicht entsprochen werden kann, zuhause sterben zu dürfen, weil sich die Sterbenden durch das familiäre Umfeld nicht gut begleitet fühlen, sind diese erschöpft und verzweifelt (Seeger et al. 2018: 135). Es fehlen die Dimensionen der Harmonie oder des WIR-Gefühls. Auch die Pflegenden erleben Spannungen zwischen den eigenen Erwartungen an die Begleitung der Menschen im Sterbeprozess und der tatsächlich realisierten, ausgelöst durch den unwürdigen Umgang mit Sterbenden und toten Patient*innen (Ek et al. 2013 zit. in: Müller 2018: 76).

Bei der Schreiberin breitet sich ein schmerzhaftes Spannungserleben aus, wenn die Begegnung sowie die Verarbeitung von Krisen weniger eine Herausforderung des Verstandes, sondern eher eine des Herzens ist (Schuchardt 2013: 57). Brennt das Herz bei dem Gedanken daran, dass einerseits eine Sollens-Regel während der gesundheitlichen Begleitung lautet: Pflegende schaffen Freiräume für die Sterbenden, die diese benötigen, um persönlich mit der Erkrankung, mit der Situation oder dieser Lebensphase umzugehen (vgl. Marckmann et al. 2018: 96). Denn die Äußerung von Todeswünschen oder das Sprechen-Wollen über das Leben mit der Erkrankung als eine existentielle Erfahrung, antizipiert eine Form des Umgangs in und mit dieser Lebensphase (vgl. Theissing 2018: 14). Dabei halten Sterbende eine Lebensrückschau und strukturieren durch ihre eigene Logik die kognitiven Figuren (vgl. Sander 2005: 44). Dabei hören die Pflegenden den Menschen achtsam zu (ebd.: 94), so dass sie biografische Faktoren oder Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, Ängste, Befürchtungen, Erinnerungen aus den Gesprächen herausfiltern können (Seeger et al. 2018: 67). Andererseits können sich Sterbende auch verstärkt nach innen zurück ziehen, so dass die inneren bewussten sowie unbewussten Veränderungen für die Anderen erst einmal nicht nachvollziehbar sind (vgl. Feichtner 2018: 131).

Nun lautet eine Aufgabe der Krise, dass sich step by step ein Transformationsprozess entwickelt, in dem etwas aufgegeben werden muss, wie der verstärkte innere Rückzug, so dass etwas „Neues" entstehen kann (vgl. Garz 2006: 133), in dem step by step in der Geschwindigkeit, wie es für die Sterbenden erträglich ist (Chochinov 2017: 44), auf etwas aufmerksam gemacht wird: Dass ein grundsätzlicher Unterschied zwischen den beiden so genannten Perspektiven darin besteht, dass die Expert*innen (Jurist*innen & Rechtsmediziner*innen & Politiker*innen) den Tod als Reflexionsgegenstand betrachten, während die „Patient*innen" (der dortige gewählte Terminus, der die zuvor differierten Perspektiven integriert) den Tod als Teil des eigenen Lebens beschreiben. Die sich daraus ergebende Konsequenz lautet: „Patienten können in der Öffentlichkeit nur auf sich selbst aufmerksam machen und damit ein für jedermann gültiges Faktum ansprechen" (Dunger et al. 2018: 102).

Für die Bewältigung einer Krise bedarf es Mut, gerade wenn Widersprüche unüberwindbar scheinen, wie mit dem vorherrschenden pathogenetischen Paradigma in

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

der gesundheitlichen Begleitung, sollten die Patient*innen im Gegenüber das eigene Spiegelbild wahrnehmen (vgl. Chochinov 2017: 112) sowie die Hoffnung auf Lösung, die noch nicht sichtbar ist, beginnt es erst einmal damit, dass mit dem Formulieren und Ausdrücken der leiblichen Regung des Schmerzes die Heilung beginnt (vgl. Czikszentmihalyi 2019: 351). Leibliche Regungen sind ausschließlich dem Subjekt vorbehalten. Der Leib ist mit leiblichen Regungen, wie Angst, Schmerz, Behagen, Hunger oder affektivem Betroffensein von Gefühlen besetzt (Schmitz 2015: 16). Menschen können andere an ihrer Leiblichkeit teilhaben lassen. Erst mit der Entwicklung eines leiblichen Betroffenseins werden diese leiblichen Regungen subjektiv (Schmitz 2015: 75), wenn Menschen wirklich Anteil nehmen. Diese Einleibung verursacht ein übergreifendes leibliches Gefüge, zum Beispiel durch einen gemeinsamen Rhythmus oder einer Richtung (ebd. 78). Der Rhythmus greift tief in unsere Leiblichkeit ein, erspürt am eigenen Leib, während die Richtung, das was aus der Enge in die Weite führt, charakterisiert (ebd. 63), damit die Welt nicht zu klein wird. Es ist die Einladung zu einem gemeinsamen Dialog. Währenddessen können gemeinsam Entscheidung getroffen werden, während sich das „Ziel" erst im Miteinander herauskristallisiert: Denn Sterbende sind nicht verpflichtet den berufsinternen Fachterminus zu sprechen (Laurence 2019: 57), stattdessen strömt die Erinnerung daran mit, dass Menschen in jedem Lebensabschnitt, in jeder Lebensphase, in den etwaigen Lebenssituationen auf die Hilfe sowie die Unterstützung durch Andere angewiesen sind (Deutscher Pflegerat & DBfK 2015: 1018). Sterbende vertrauen darauf, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse wahrgenommen werden, dass sie nicht an Schmerzen und anderen belastenden Symptomen leiden müssen, dass sie von nahestehenden und zuverlässigen Menschen umsorgt werden (Marckmann et al. 2018: 95), in denen Menschen statt die Gesundheitskompetenz zu diagnostizieren, sich den Menschen zuwenden, so dass auch nach einem Jahr Menschen im Lebensumfeld aushalten, was Menschen in dem intermittierenden Verlauf fühlend beschäftigt: „No one seemed to understand and I begann to feel, that all the world was against me." (Saunders 2012: 68). Das Vertrauen rechtfertigt sich durch das Schenken von Vertrauen sowie der Begegnung mit dem gelebten Leben (Kick 2015: 222).

Weil mit der Krise auch ein Reifungsprozess einher geht, was zu „neuem" Erleben einlädt, wie im Kontext des Expert*innenbegriffs, der verdeutlicht, wie Gesellschaft über Herausforderungen nachdenkt (vgl. Bogner 2015: 15), definiert internalisierend der übliche Expert*innenbegriff Angehörige der Funktionselite (Meuser & Nagel 1994: 181). Die Bewusstheit, dass Menschen sich einerseits einen „Roten Faden" in der palliativen Begleitung wünschen oder mit dem Operationalisieren von Rahmenbedingungen die Lebensqualität der Menschen verbessern oder erhalten wollen, gleicht auch weiterhin dem Machbarkeitswahn des 19. Jahrhunderts. Die dahinter verborgene Intension ehrt die Menschen sehr, als einen Beitrag des „Hospizes". Allerdings: Um die große Welt zu gestalten, in der die Welt nicht zu klein wird und Menschen sich dauerhaft unterstützen, stärken sowie fördern, gilt es scheinbar als Sterbende auszuhalten, adaptierend, auch unter nicht wünschenswerten Bedingungen, Wohlbefinden zu empfinden. Zu erhoffen ist ein Umdenkprozess sowohl bei dem Einzelnen als auch in der Gesellschaft, der sich auf den Wert der Menschen konzentriert, der unter anderem auf das Gefühl von Sicherheit, die Verteilungsgerechtigkeit oder den Respekt und die Rücksichtnahme zurückzuführen ist (vgl. Die Bundesregierung 2016: 13), erlebend gestaltet im zwischenmenschlichen Raum, partizipierend mit der „Kunst des Lesens" (vgl. Herzog 2019: 50). Damit einher geht zum einen, bereit zu sein, sich zu verantworten, zum anderen Antworten auf Fragen zu geben, die Rückschlüsse auf das Handeln zulassen, bewegt sich der Mensch in einer normativen Welt und besitzt Moralfähigkeit (Hiemetzberger 2020: 83). Moralische Werte wie Respekt, Wertschätzung, Liebe, Achtsamkeit oder soziales Verantwortungsbewusstsein sind Motive unseres individuellen und gesellschaftlichen Handelns oder Nicht-Handelns. In diesem Sinn macht Liebe sehend (Spaemann 2020: 111).

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Literatur

- Beard, B. (2014). Rechtliche und ethische Fragen in der Palliative Care. In: Baldwin M.-A., Woodhouse, J. (Hrsg.) (2014). Palliative Care Konzepte. Grundbegriffe der Palliative Care begreifen. 1. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag, 240, 245.
- Behrens, J., Langer, G. (2020). Evidence based Nursing und Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft". 4. vollst. übera. & erweiterte Version. Bern: Hogrefe Verlag, 25 – 46.
- Bogner ,A., Littig, B., Menz, W. (2014). Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. In: Bohnsack, R. (Hrsg.), Lüders, Ch. (Hrsg.), Flick, U. (Hrsg.), Reichertz, J. (Hrsg.) (2014) Qualitative Sozialforschung. Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer, 9 – 16.
- Bock, S., Blättermann, G., Wagner, K., Gerhardt, S., Jahn, P. (2018). Palliative Pflege onkologischer Patienten am Lebensende. In: Forum 2018. Springer Medizin Verlag GmbH 33, 35–38.
- Chabloz-Süssenbach, Ch., Sailer Schramm, M., Stoll, H., Spirig, R. (2016). „Die Welt nicht zu klein werden lassen". Wie Menschen mit einer Krebserkrankung und Angehörige Übergänge in den letzten Monaten bewältigen. In: Pflege (2016), 29(4), 171–181.
- Chochinov, H. M. (2017). Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens. Übersetzt S. S. Mai. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Csikszentmihalyi, M. (2019). Flow und Kreativität. Wie Sie ihre Grenzen überwinden und das Unmögliche schaffen. 4. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 337 – 375.
- (Deutscher Pflegerat e. V. DBfK) Deutscher Pflegerat – Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2015). Pflegerecht. Textsammlung für Pflegeberufe. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1018, 1208.
- (DGP) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (Hrsg.), Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (Hrsg.), Bundesärztekammer (Hrsg.) (2020). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. 10. Aufl. Berlin: Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, 19 – 21.
- Die Bundesregierung (2016). Bericht der Bundesregierung zur Lebensqualität in Deutschland. URL: gut-leben-in-deutschland-abschlussbericht-download-bpa-data.pdf (bundesregierung.de), letzter Zugriff am 17.07.2022.
- Dunger, C., Schulz-Quach, C., Schnell, M. (2018). Integration der Studienteile, Gesamtergebnis. In: Schnell, M., Schulz-Quach, C., Dunger, C. (Hrsg.) (2018). 30 Gedanken zum Tod. Die Methode der Framework Analysis. Wiesbaden: Springer VS, 99 – 106.
- Garz, D. (2006). Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart. 3. erweiterte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Feichtner, A. (2018). Palliativpflege. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandel AG.
- Haslbeck, W. J., Schaeffer, D. (2007). Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. In: Pflege 2007; 20:82 – 92.
- Henke, O., Thuss-Patience, P., Mauter, D., Behzadi, A. (2018). Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund am Lebensende. Ergebnisse einer Befragung von ostasiatischen Palliativ- und Hospizpatienten und ihren Angehörigen zu transkultureller Pflegeerfahrung in Berlin. In: HB Sciences 9, 66 – 76.
- Herzog, A. (2020). Death Literacy: Lernt ihr in einem Sterbeseminar zu sterben? URL: https://pflege-professionell.at/death-literacy-lernt-ihr-in-einem-sterbeseminar-zu-sterben, letzter Zugriff am 17.07.2022.
- Herzog, A. (2019). Die primär-pflegerische Versorgung von Palliativpatient*innen in Deutschland: Die subjektive Sichtweise Sterbender in der Lebenswelt des stationären Hospizes. [unveröffentlicht].
- Hiemetzberger, M. (2020). Ethik in der Pflege. 3. überarb. Aufl. Wien: facultas Universitätsverlag.
- Kick, H. A. (2015). Grenzsituationen, Krisen, kreative Bewältigung. Prozessdynamische Perspektiven nach Karl Jaspers. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Kinast, R. (2016). Der Reifungsprozess durch situative Blockaden in den Grundmotivati-Onsthemen. Eine beachtenswerte Dynamik für Organisationen. In: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (2016). In: GRENZE. Ende und Wende. Behandlung und Begleitung von Grenzerfahrungen im Dasein. Kongressbericht. Wien: GLE international, ISSN 2409-7306 (Online-Version), 124 – 134.
- Kübler-Ross, E. (2009). Interviews mit Sterbenden. Titel der Originalausgabe: On Death and Dying (1969). Freiburg: Kreuzverlag.
- Laurence, A. S. (2019). From the Archive – „I am the professor of myself": How our patients and their loved ones become our teacher and models. In: Creative Nursing, Volume 25, Issue 1, 53 – 58.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/, letzter Zugriff am 17.07.2022.
- Leonard, R., Noonan, K., Horsfall, D., Kelly, M., Rosenberg, J. P., Grindrod, A., Rumbold, B., Rahn, A. (2021). Developing a death literacy index, Death Studies, DOI: 10.1080/07481187.2021.1894268.
- Mägdefrau, J. (2007). Bedürfnisse und Pädagogik. Eine Untersuchung an Hauptschulen. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhard Verlag, 17 – 26.
- Marckmann, G., Feichtner, A., Kränzle, S. (2018). Ethische Entscheidungen am Lebensende. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2018). Palliative Care. Berlin, Heidelberg: Springer, 85 – 98.
- Meuser, M., & Nagel, U. (1994). Expertenwissen und Experteninterview. In Hitzler, R., Honer, A. & Maeder, (Hrsg.) (1994), Expertenwissen – Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher, 180 – 192.
- Müller, J. (2018). Sterben und Tod als Lerngegenstand in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Eine empirische Untersuchung. Wiesbaden: Springer Nature.
- Nikolic, V., Ruppert, S., Heindl, P. (2019). Palliative Care heute. In: Ruppert, S., Heindl, P. (Hrsg.) (2019). Palliative Critical Care. Berlin, Heidelberg: Springer, 55 – 82.

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

- *Patzlsperger, M., Kränzle, S., Hermann, I., Völkel, M., Göth, M. (2018). Sterbenden Menschen begegnen. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2018). Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, 99 – 124.*
- *Passie, T., Gasser, P. (2016). Sich selbst und der Welt wieder vertrauen könne: Erfahrungen von lebensbedrohlichen Erkrankten in einer LSD-unterstützen Psychotherapie. In: GRENZE. Ende und Wende. Behandlung und Begleitung von Grenzerfahrungen im Dasein. Kongressbericht. Wien: GLE international, 79 – 85.*
- *Petrow, E. (2016). Krankheit als Grenzsituation. Reflexion einer Selbsterfahrung. In: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (2016). In: GRENZE. Ende und Wende. Behandlung und Begleitung von Grenzerfahrungen im Dasein. Kongressbericht. Wien: GLE international, 87 – 95.*
- *Pilz, D., Bogdal, K.-M. (Hrsg.), Schütz, E. (Hrsg.), Vogt, J. (Hrsg.) (2007). Krisengeschöpfe. Zur Theorie und Methodologie der Objektiven Hermeneutik. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag, 13 – 48.*
- *Roller, S. (2018). Soziale Bedürfnisse. In: Bausewein, C., Roller, S., Voltz, R. (Hrsg.) (2018). Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbegleitung. Mit Zugang zur Medizinwelt. Palliativmedizin und Hospizbetreuung. 6. Auflage. München: Elsevier Deutschland, 1 – 16.*
- *Röthlin, F., Pelikan, J., Ganahl, K. (2013). Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).*
- *Roulston, A., Davidson, G., Kernohan, G., Brazil, K. (2018). Living with Life-Limiting Illness: Exploring the Narratives of Patients with Advanced Lung Cancer and Identifying How Social Workers Can Address Their Psycho-Social Needs. In: British Journal of Social Work 0, 1 – 18.*
- *Sander, K. (2005). Biografieforschung und Pflege. In: Schneider, K., Brinker-Meyendriesch, E., Schneider, A. (2005). Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis. 2. Aufl. Heidelberg: Springer, 37 – 58.*
- *Satilmis, A., Voss, M., Haslop, L., Kurbejeweit, F., Thieme, F., Kiehne, B., Munko, T. (2020). Lehrende und Lernende. In: Gerhardus, A., Kolip, P., Munko, T., Schilling, I., Schlingmann, K. (Hrsg.) (2020). Lehren und Lernen in den Gesundheitswissenschaften. 1. Aufl. Bern: Hogrefe AG, 25 – 60.*
- *Saunders, C. (2012). Selected writings 1958 – 2004. 2. Aufl. United Kingdom: Oxford University Press.*
- *Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2020). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. 1. übera. Aufl. Berlin: KomPart 2018.*
- *Schallenburger, M. (2018). Patienten: der Tod in der ersten Person. In: Schnell, M., Schulz-Quach, C., Dunger, C. (Hrsg.) (2018). 30 Gedanken zum Tod. Die Methode der Framework Analysis. Wiesbaden: Springer VS, 85 – 99.*
- *Schmitz, H. (2015). Der Leib, der Raum und die Gefühle. 3. unv. Aufl. Bielefeld: AISTEHESIS Verlag.*
- *Schnell, T. (2016). Psychologie des Lebenssinns. Heidelberg: Springer Verlag, 5 – 10.*
- *Schuchardt, E. (2013). Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen. 7. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.*
- *Seeger, C. (2018). Das Wertschätzen der Biografie in der Sterbebegleitung – Jedes Leben hinterlässt Spuren. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2018). Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, 65 – 76.*
- *Seeger, C., Kränzle, S., Schmid, U. (2018). Organisationsformen von Palliative Care. In: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Hrsg.) (2018). Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, 129 – 159.*
- *Spaemann, R. (2020). Antinomien der Liebe. In: Hähnel, M. (Hrsg.), Schlitte, A. (Hrsg.), Torkler, R. (Hrsg.) (2020). Was ist Liebe? Philosophische Texte von der Antike bis zur Gegenwart. Stuttgart: Reclam, 101 – 116.*
- *Theissing, K. (2018). Mit Todeswünschen umgehen. „Ich hoffe nur noch auf den Tod". In: Heilberufe / Das Pflegemagazin 2018; 70 (2), 13 – 15.*

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Philip van der Eijk, Detlev Ganten, Roman Marek (Hrsg.)

Was ist Gesundheit?

Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur

Band 18 der Reihe Humanprojekt
doi: 10.1515/9783110713336
Open Access* veröffentlicht von De Gruyter, 2021

Das Themenfeld Gesundheit ist nur schwer eingrenzbar, denn es wird von widersprüchlichen Erwartungen und Traditionen verzerrt; im Wesentlichen sind es kulturelle Einflüsse. Gesundheit, so besagt die Definition der Weltgesundheitsorganisation von vor 73 Jahren – nach wie vor aktuell –, sei nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein Zustand vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Diese Definition ist bis heute höchst umstritten. Gesundheit beruht besonders auf:

- dem Erfahrungsschatz der klinischen, naturwissenschaftlich fundierten modernen Medizin ebenso wie
- der Hoffnung der Menschen auf ein gelingendes Leben und
- dem zwischenmenschlichen Hilferuf, dem Wunsch nach Heil und Heilung.

Handbücher, Ratgeber und Nachschlagewerke zum Thema „Gesundheit" existieren in großer Fülle. Die vorliegende Monografie ist unter Federführung von Philip van der Eijk, Humboldt-Universität zu Berlin, Detlev Ganten, World Health Summit & Charité, Berlin, und Roman Marek, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Herausgeber), im Rahmen der Buchreihe Humanprojekt jüngst bei Walter de Gruyter erschienen. Die Schriftreihe schafft eine Plattform, um einen forschungsrelevanten, dabei aber auch öffentlich wirksamen, Dialog der Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften über die vielfältigen Dimensionen der Frage nach dem Menschen zu führen. Am 28. Januar 2020 veranstaltete die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Zukunft der Medizin: Gesundheit für alle" der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften ein Symposium zum Thema „Verständnis(se) von Gesundheit". Die Intension der Tagung soll die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass Gesundheit höchst unterschiedlich interpretiert werden kann und dass es daher wichtig ist, hier Missverständnisse zu vermeiden. Der gedruckte Tagungsband vereint die meisten der an diesem Symposium gehaltenen Beiträge, sie wurden für die Publikation überarbeitet und aktualisiert. Zudem wurden noch weitere Beiträge einbezogen, um die Reflexion zu vertiefen und um Themenbereiche abzudecken, die im Symposium unterrepräsentiert waren. Auch die Probleme der durch COVID-19 bedingten Entwicklungen und ihre Konsequenzen für die Gesundheitsthematik wurden dabei berücksichtigt. In dem Werk wird unter anderem der Frage nachgegangen, wie die Medizin Krankheiten nicht nur immer optimaler therapieren kann, sondern wie sie außerdem besser imstande sein könnte, Gesundheit zu bewahren. Die Prävention – als Vorbeugung von Krankheiten – wurde schon seit der Antike betont und damit stellt sich die Frage, weshalb es so schwierig ist, sie in der medizinischen Versorgung und Praxis umzusetzen. Denn sowohl die heutige Hightechmedizin als auch die Ausbildung in den Gesundheitsberufen sind (leider) noch weitgehend auf die Diagnose und Behandlung von Krankheiten orientiert. Gesundheit ist dagegen vor allem dem Einzelnen überlassen. Zukünftige Gesundheitssysteme werden das ändern müssen. Die unterschiedlichen Buchbeiträge zeigen historische Kontinuitäten auf und verbinden diese mit kulturgeschichtlichen Besonderheiten aus allen Regionen der Welt: Europa, China, Indien, Afrika, Südamerika sowie mit philosophischen Aspekten, zum Beispiel der Frage der Verantwortung für die eigene Gesundheit. So ergibt sich ein holistischer Gesundheitsbegriff, aus dem neue Perspektiven für die evidenzbasierte Medizin erwachsen. Das Buch richtet sich daher ausdrücklich an ein breites Publikum. Es will nicht nur beschreiben und erklären, sondern auch zu einigen der Probleme Stellung nehmen, vor denen die Gesundheitsversorgung heutzutage steht und Empfehlungen aussprechen – an Mediziner, an Politiker, an Patienten und an andere Interessenvertreter im Bereich der Gesundheitsversorgung. Mehrere Beiträge weisen darauf hin, dass man aus der Vergangenheit, aus anderen Teilen der Welt oder aus anderen medizinischen Bereichen etwas mitnehmen kann und muss. Der leitende Gedanke ist hier die Überzeugung, dass man in der Medizin und in der Gesundheitspolitik gewisse Dinge berücksichtigen sollte, die notwendig sind, um zu einer (noch) erfolgreicheren und effektiveren Gesundheitsversorgung zu gelangen, so die Herausgeber. Zusammenfassend: ein wichtiges und gut lesbares Kompendium, das besonders allen Tätigen im Gesundheitssektor das gegenwärtige Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Prävention erläutert.

Hardy-Thorsten Panknin, Berlin

* Die digitale Version des Buchs ist als Open Access erschienen und steht damit kostenlos auf der Website des Verlags zum Download zur Verfügung: https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783110713336/html

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Wolfgang U. Eckart

Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Springer, Berlin, 2021, 9. überarb. u. erw. Aufl., 437 Seiten, 24,99 €, ISBN: 978–3-662-63424-0

Standardwerk im neuen Glanz

Unter Geschichte versteht man im Allgemeinen die Aspekte der Vergangenheit, derer Menschen gedenken und die sie deuten, um sich über den Charakter zeitlichen Wandels und dessen Auswirkungen auf die eigene Gegenwart und Zukunft zu orientieren. Zu allen Zeiten haben sich Ärzte mit ihrem Tun, Theorien und Werten ihrer Vorgänger auseinandergesetzt und darüber publiziert; denn der Mediziner von morgen müsse wissen, was Kollegen vor ihm gefunden haben. Die daraus entwickelte Medizinhistorie umfasst dabei die geschichtlichen Entwicklungen der Heilkunde, einschließlich der Biografien von Personen, die Einfluss auf die Medizin ihrer Zeit ausübten. Die Medizingeschichte kann als profundes Mittel zum Fortschritt der heutigen, modernen Medizin angesehen werden. Das vorliegende Buch – eher Kompendium, Leitfaden und Kurzlehrbuch, gegenwärtig in der neunten Auflage erschienen – wurde geschrieben, um die Entwicklung der verschiedenen Medizinepochen zu beleuchten. Schon die Griechen und Römer der Antike entwickelten das gesamte Spektrum des Umgangs mit Gesundheitsproblemen. Doch die modernen Typen der Medizin im Krankenhaus, in der Gemeinschaft und im Labor entstanden erstmals in ihrer gegenwärtigen Form im Verlauf des 19. Jahrhunderts. In diesem Kontext wird heute von der „modernen Medizin" gesprochen. Der Einzug der modernen experimentellen Wissenschaften in die Medizin hat zu einer Neuorientierung geführt. Die begeisternde Historie der medizinischen Wissenschaft und Kunst wird in 20 prägnant geschriebenen Kapiteln evident: Diese Geschichte beginnt mit Versuchen des Urmenschen, die Krankheit mit Magie und Steinmessern zu bekämpfen. Sie umfasst weiter die ärztliche Tätigkeit der frühen Hochkulturen Ägyptens, Asiens und Amerikas; die Leistungen der großen Persönlichkeiten des klassischen Altertums von Hippokrates bis Galen; den Stillstand des Mittelalters und den Fortschritt, der der Renaissance der Medizin im 16. Jahrhundert folgte. Besondere Aufmerksamkeit hat der Autor den raschen Entwicklungen des 19. Jahrhunderts gewidmet. In dem goldenen Zeitalter der Medizin zwischen den 1940er- und den frühen 1970er-Jahren herrschte gar die Zuversicht, die Ärzte könnten uns helfen, gleichgültig wie wir leben. Die optimistische Prognose noch vor einem halben Jahrhundert, angesichts der Fortschritte von Medizin und Hygiene seit dem 19. Jahrhundert, würde es mit der Zeit immer weniger Kranke geben, hat sich leider nicht bewahrheitet. Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich in den letzten Jahrhunderten erheblich gewandelt. Dass schon die hippokratischen Ärzte Mäßigung empfahlen, erinnert an die Tatsache, dass Ärzte seit Langem Moralpolizisten sind. Was dabei als moralisch oder als unmoralisch gilt, verändert sich leicht im unterschiedlichen kulturellen Umfeld. Fakt ist – auch noch im beginnenden 21. Jahrhundert –, wie bereits Paracelsus in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts sagte: „Der Mensch war immer ein Mängelwesen, natura pathologica: zum Umfallen geboren, koexistent mit dem Nachbarn Tod." Die drängendste Frage der medizinischen Versorgung für die Zukunft lautet: Können wir uns das uneingeschränkt Machbare überhaupt leisten? Je mehr Innovationen der Medizin zur Verfügung stehen, desto größer ist die Nachfrage. Der Fortschritt der Medizin ist epochal. Für das kranke Individuum muss dabei das höchste Gebot, das Wohl des Patienten (Summa lex salus aegroti), stets im Vordergrund stehen. Der Arzt von heute – mit allen Mitarbeitern im Gesundheitswesen – hat einen Primärauftrag: zu heilen, zu lindern, jegliche Komplikationen abzuwehren, jeden Kranken anzunehmen und fürsorglich zu behandeln. Prof. Dr. med. Wolfgang U. Eckart, Medizinhistoriker und ehemaliger Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg ist es in beeindruckender Weise erneut diktatorial gelungen, mit dem Kompendium eine prägnante Gesamtdarstellung der Medizin, in Gegenwart und Zukunft, durch eine Analyse vergangener Schwierigkeiten und Siege, zu vermitteln. Thematisch ist der Leitfaden ausgewogen, konzeptgeschichtlich orientiert, mit Übersichten, Definitionen und Schlüsselbegriffen versehen. Auch die Medizin im Nationalsozialismus wird mit ihren Grausamkeiten thematisiert. Ergänzungen wurden in der neuen Auflage auch zu den großen „Seuchen" – kontagiösen Infektionen – mit einem Extrakapitel zur Coronapandemie und ihren Folgen, aus unterschiedlichen Blickwinkeln, berücksichtigt. Kurz vor Abschluss dieser Ausgabe ist Prof. Eckart am 16. August 2021 verstorben. In summa: Das Buch kann allen interessierten Personen – nicht nur Tätige im Gesundheitswesen – uneingeschränkt empfohlen werden. Es ist darüber hinaus auch leicht verständlich und fesselnd geschrieben. Medizingeschichte basiert auf kulturellen und intellektuellen Strukturen, die immer auf Ärzte und Patienten eingewirkt haben. Der Mediziner und Herausgeber von „Geschichte der Medizin" in drei Bänden, das noch heute zu den Standardwerken im deutschsprachigen Raum zählt, Prof Dr. med. Heinrich Haeser, hat im Jahre 1845 bereits insistiert, dass Medizingeschichte für jeden Arzt unentbehrlich sei. Das medizinische Denken in der Vergangenheit ist in die Reflexion über die zeitgenössische Medizin einzubringen: Medizingeschichte als Mittel zum Fortschritt der Medizin.

Hardy-Thorsten Panknin, Berlin

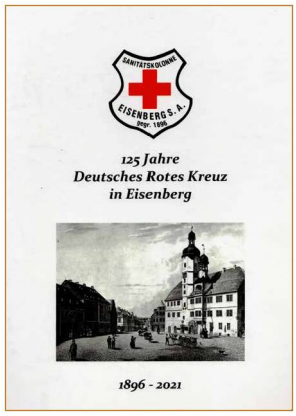
Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Bernd Greibich

125 Jahre Deutsches Rotes Kreuz in Eisenberg

1896 – 2021

Auftraggeber: Rotkreuzgemeinschaft Eisenberg, DRK-Kreisverband Jena-Eisenberg-Stadtroda e. V.. Redaktion: Bernd Greibich, Heinz Harnisch, Roland Pöpel, Klaus Meißner. Selbstverlag, Eisenach, 2021, 237 Seiten mit zahlreichen Schwarzweiß- und Farbabbildungen, Festeinband, ohne ISBN



Bei der Unwetterkatastrophe im Juli 2021, von der insbesondere Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz betroffen waren, wo mindestens 180 Menschen starben, waren viele tausend Helfer*innen von den verschiedensten Hilfsorganisationen im Einsatz, darunter auch ein Sanitäts- und Betreuungszug vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) aus Eisenberg (Thüringen). Am 2. September 1896 als Sanitätskolonne gegründet, konnte die Rotkreuzgemeinschaft in Eisenberg – heute rund 10.000 Einwohner zählende Kreisstadt des Saale-Holzland-Kreises, auf halbem Weg zwischen Jena und Gera gelegen – wenige Monate später ihr 125-jähriges Jubiläum feiern. In einer kleinen, der Coronapandemie entsprechenden Festveranstaltung, in der Stadthalle Eisenberg, ließ man hierzu im Beisein von zahlreichen Ehrengästen die Vereinsgeschichte Revue passieren. Zugleich erschien zu dem bedeutenden Jubiläum im Auftrag der Rotkreuzgemeinschaft Eisenberg, DRK – Kreisverband Jena-Eisenberg-Stadtroda e. V., die vorliegende Chronik, die von der Arbeitsgruppe „Geschichte" des DRK-Landesverbandes Thüringen und dem DRK-Kreisverband Jena-Eisenberg-Stadtroda e. V. unter der federführenden Leitung des Eisenberger Heimatforschers *Bernd Greibich* verfasst wurde. Der Autor, der 2016 das Buch „Flurnamen der Stadt Eisenberg" veröffentlichte, war dabei selbst 50 Jahre im DRK aktiv.

Zu dem gut 200 Seiten starken Band, der sich im DIN-A-4 Format mit Festeinband präsentiert, steuerte *Gerhard Bayer*, Präsident des DRK-Kreisverbandes Jena-Eisenberg-Stadtroda e. V., ein Geleitwort bei, in dem er zur Bedeutung und Intention der Schrift festhält: „Die Ihnen vorliegende Chronik soll nicht nur an das Vergangene erinnern, sondern es soll die Geschichte der letzten 125 Jahre des Deutschen Roten Kreuzes in Eisenberg für alle interessierten Leser und Leserinnen und Freunde des Deutschen Roten Kreuzes auch heute greifbar und verständlich machen" (S. 9).

Ausgehend von der ersten organisierten Hilfe – im Eisenberger Nonnenkloster wurde bereits 1255 urkundlich ein Hospital erwähnt, in dem erkrankte und arme Eisenberger Linderung und Betreuung erfuhren – und einem Überblick (von *E. Krumbholz*) über das Pestjahr 1598 in Eisenberg, lenkt die Chronik den Blick zunächst auf das Wirken von Henry Dunant (1828 – 1910), den Gründer des Roten Kreuzes, und die Bedeutung der am 22. August 1864 verabschiedeten Genfer Konvention.

Nachdem im Verlauf des deutsch-französischen Krieges bereits am 26. Juli 1870 in Eisenberg ein „Verein zur Linderung der Kriegsnoth" ins Leben gerufen worden war, gab der Generaloberarzt der Reserve, Dr. med. Emil Friedrich, die Anregung zur „Gründung der Sanitätskolonne Eisenberg", die am 2. September 1896 erfolgte. Vorgestellt werden in diesem Zusammenhang Persönlichkeiten der Gründerzeit und die weitere Entwicklung der Vereinigung bis zum Ende des Ersten Weltkriegs (1914 – 1918), ebenso wie das Else-Heim (Schwestern-Erholungsheim und Waisenhaus Saasa), das am 10. Juli 1915 eröffnet wurde und Platz bot für 36 Waisenkinder und 50 Erholungsschwestern. Eingefügt findet sich hier (S. 36) auch die von *Horst-Peter Wolff* (1934 – 2017) verfasste Kurzbiographie über die dort wirkende Generaloberin a. D. *Elisabeth Tomilius* (1868 – 1945), die im ersten Band des „Biographischen Lexikons zur Pflegegeschichte" (Berlin, Wiesbaden 1997) erschien.

Entsprechend einer Chronik wird sodann die Zeit im Dritten Reich (1933 – 1945) dokumentiert, wobei insbesondere das bislang weitgehend unbekannte Kapitel über „Die Krankenhaus-Sonderanlage ‚Aktion Brandt' Eisenberg" (S. 54 – 68) von besonderer Bedeutung ist. Die mit Geldern vom DRK bezahlte Einrichtung wurde jedoch nicht im Rahmen der NS-„Euthanasie" genutzt, da es sich um einen getarnten Standort für ein geplantes Raketenprogramm der Schutzstaffel (SS) handelte. Hier befand sich auch der Baustab dieser Organisation, wobei die SS bis Mitte 1944 die getarnten Anlagen selbst zurückbaute, nachdem sie aus dem entsprechenden Programm wieder ausgestiegen war.

Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auch auf den Umgang mit Kriegsverbrechern in der Nachkriegszeit, konkret auf den verschleierten Lebensweg von Prof. Dr. Ernst Holzlöhner (1899 – 1945), der im Konzentrationslager Dachau ab August 1942 Unterkühlungsversuche im Auftrag der Luftwaffe durchführte, bei denen Gefangene gezielt unterkühlt wurden, um sie anschließend mit verschiedenen Methoden wieder zu erwärmen.

In chronologischer Reihenfolge werden sodann der Neuanfang nach dem Zweiten Weltkrieg (1939 – 1945) vorgestellt, wo zunächst das neu gebildete Gesundheitswesen und der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund mit seinem Gesundheitsdienst sowie die Volkssolidarität die Aufgaben des verbotenen DRK übernahmen. Zur Sprache kommen schließlich die Gründung des

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Deutschen Roten Kreuzes in der DDR 1952, die Aktivitäten des DRK in Eisenberg bis zur Wende 1989/90 sowie dessen weitere Entwicklung bis zum Jubiläumsjahr 2021.

Ergänzt wird die Darstellung durch Übersichten der leitenden Personen im DRK Eisenberg von der Gründung bis heute, eine Eisenberger Zeittafel (von 1171 bis 2018), eine geschichtliche Zeittafel der Medizingeschichte (von der Jungsteinzeit bis 2001), eine Auflistung der Fahrzeuge im DRK in der DDR (1953 – 1990), ein Abkürzungsverzeichnis sowie ein Quellen-, Literatur- und Bildnachweis.

Während im Text gelegentlich auf einzelne Quellen verwiesen wird, wurde auf einen Anmerkungsapparat verzichtet. Dieser wäre im Hinblick auf eine weitergehende Beschäftigung oder die Untersuchung von Einzelfragen durchaus sinnvoll und vor allem nützlich gewesen, stützt sich die Chronik neben zeitgenössischen Veröffentlichungen doch auch auf eine ganze Reihe von Archivalien aus mehr als 30 Archiven, darunter beispielsweise das Thüringer Staatsarchiv Altenburg, das Thüringer Landesarchiv-Hauptstaatsarchiv Weimar, das Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde, das Historische Archiv DRK – Generalsekretariat Berlin und das Stadtarchiv Eisenberg.

Da ein Bild bekanntlich mehr als 1000 Worte sagt, enthält die Chronik auch eine Vielzahl von Farb- und Schwarzweiß-Abbildungen, wobei neben historischen und aktuellen Fotos auch eine Reihe von Dokumenten abgedruckt sind. Während die meisten dabei eine ansehnliche Größe haben, sind einige, wie beispielsweise auf den Seiten 26, 27, 29, 57, 58 oder 59, jedoch derart klein wiedergegeben, dass ihr Aussagewert merklich leidet. Darüber hinaus hätte man sich in vielen Fällen eine präzisere Bildbeschriftung gewünscht, insbesondere hinsichtlich des Entstehungszeitpunkts der jeweiligen Aufnahmen.

Trotz der zuvor genannten Kritikpunkte, die lediglich unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten von Belang sind, kann sich das DRK in Eisenberg glücklich darüber schätzen, dass es ein solch umfangreiches Werk zu seiner 125-jährigen Geschichte gibt. „In stetiger Erinnerung und Dankbarkeit für die geleistete Arbeit im Roten Kreuz“ hat die Rotkreuzgemeinschaft Eisenberg, DRK – Kreisverband Jena-Eisenberg-Stadtroda e. V. ihre Chronik „allen Helfern, Mitarbeitern, Sanitätern, Krankentransporteuren, Schwesternhelferinnen, Schwestern und Ärzten sowie allen Fördermitgliedern und Sponsoren“ gewidmet. An der Lektüre, die zugleich ein wichtiger Baustein zur Stadtgeschichte von Eisenberg ist, werden jedoch – und zwar weit über die Stadtgrenzen hinaus – alle ihre Freude haben, denen die Geschichte des DRK am Herzen liegt.

Eine Rezension von Dr. Hubert Kolling

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

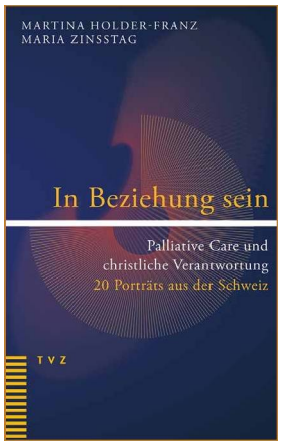
Martina Holder-Franz, Maria Zinsstag

In Beziehung sein

Palliative Care und christliche Verantwortung

20 Porträts aus der Schweiz

TVZ Theologischer Verlag Zürich, Zürich, 2021, 200 Seiten, Paperback, 21,90 €, ISBN 978-3-290-18428-5



Seit Ende der 1970er-Jahre setzten sich weltweit Personen in Krankenhäusern und Gesundheitsdiensten dafür ein, dass neben ambulanten und stationären Hospizeinrichtungen auch Palliativstationen und ambulante Palliativdienste entstanden. In der Schweiz wurde so 1988 die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) gegründet, die sich heute „palliative.ch" (https://www.palliative.ch/de) nennt, deren Mitglieder aus allen Berufsgruppen stammen, die am Krankenbett tätig sind: Pflegende, Ärztinnen und Ärzte, Seelsorger und Seelsorgerinnen, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeitende, Ernährungsberatende, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, Freiwillige und weitere Berufsgruppen. Bereits in den Anfängen entstanden nach Vortragsreisen der in den USA wirkenden Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross (1926 – 2004) und nach Kontakten zu Cicely Saunders (1918 – 2005) in Großbritannien auch verschiedene Freiwilligengruppen und Initiativen für Palliative Care, die anfangs oft von Einzelnen, ihrer Vision und christlichen Motivation getragen wurden.

Unter dem pragmatischen Titel „In Beziehung sein" stellen *Martina Holder-Franz* und *Maria Zinsstag* im vorliegenden Buch zwanzig Portraits von Frauen und Männern mit christlichem Hintergrund vor, die sich in der Schweiz für Palliative Care von den Anfängen bis heute engagier(t)en: Von den Pionierinnen in den Hospizen der 1970er Jahre bis zu den freiwilligen Mitarbeitenden in der heutigen „community care", von den Ordensschwestern bis zu den Lehrstuhlbeauftragten. Sie geben Auskunft über ihre Erfahrungen, ihre Beweggründe, über das, was erreicht worden ist, und das, was noch zu tun bleibt. Freiwillige kommen dabei ebenso zu Wort wie jene, die sich in Kirche und Wissenschaft professionell mit Palliative Care befassen.

Die beiden Autorinnen, die seit vielen Jahren im Bereich Begleitungen bei Krankheit und Sterben arbeiten: *Martina Holder-Franz* (Jahrgang 1967) zuerst im Palliativnetzwerk Schweiz, nun in der Sounders Society in Großbritannien und als Pfarrerin in Riehen sowie Übersetzerin und Herausgeberin der Schriften von Cicely Saunders, *Maria Zinsstag* (Jahrgang 1959) als Alters- und Pflegeheimseelsorgerin in Basel und Gemeindepfarrerin in Delémont, haben hierzu in den Jahren 2019 und 2020 entsprechende Interviews geführt, die sie hier in Ausschnitten wiedergeben. Zur Bedeutung und Intention ihrer Veröffentlichung, deren Drucklegung von der Widmer-Meyer-Stiftung (https://stiftungen.stiftungschweiz.ch/organisation/widmer-meyer-stiftung) gefördert wurde, schreiben sie einleitend: „Unser Anliegen war es, eine möglichst große Breite dessen zu zeigen, was zu Palliative Care gehört: Die Pionierinnen und Pioniere der ersten Stunde ebenso wie diejenigen, die heute die Bewegung tragen und gestalten, die Fachleute in Pflege, Seelsorge und Wissenschaft ebenso wie die Freiwilligen Pfarrerinnen und Pfarrer vor Ort. […] Bei jedem Gespräch haben wir nach der Motivation, der persönlichen Spiritualität, den Erfahrungen und Entwicklungen wie nach Visionen für die Zukunft gefragt. Die Interviewausschnitte möchten den Lesenden die Möglichkeit geben, sich in die Situation und Spiritualität der einzelnen Personen einzufühlen" (S. 25).

Zugleich machen *Martina Holder-Franz* und *Maria Zinsstag* darauf aufmerksam, dass es in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten oft Vertreter*innen von Kirchen waren, die die Netzwerke für Palliative Care in der Schweiz aufgebaut haben. Vor dem Hintergrund, dass das christliche Erbe dieser Bewegung derzeit nur wenig Beachtung findet, möchten sie mit dem vorliegenden Buch dieses Erbe in Erinnerung rufen, verbunden mit der Hoffnung, dass sich auch in Zukunft Menschen rufen und berufen lassen, sich als Christinnen und Christen mit anderen zusammen für die Begleitung Schwerkranker und Sterbender einzusetzen.

Nach kürzeren Geleitworten (S. 9 – 10) von *Rita Famos* (Präsidentin Evangelisch-reformierte Kirche Schweiz), *Markus Büchel* (Bischof Bistum St. Gallen, Römisch-Katholische Kirche Schweiz) und *Harald Rein* (Bischof Christkatholische Kirche der Schweiz) sowie einem Vorwort (S. 11 – 12) von *Andrea Bieler* (Professorin für Praktische Theologie an der Theologischen Fakultät der Universität Basel) geben die Autorinnen zunächst einen kurzen Überblick über die Palliativ- und Hospizbewegung in der Schweiz (S. 27 – 33), bevor sie dann – untergliedert in vier Kapitel – die zwanzig Portraits präsentieren.

Im ersten Kapitel, das unter der Überschrift „Ich hatte das Gefühl, dass sich etwas ändern müsse" (S. 35 – 85) die Anfänge der Palliative Care in der Schweiz beleuchtet, kommen sechs Personen – *Rosette Poletti*, *Paul* und *Danielle Beck*, *Christel Mohler*, *Luise Thut*, *Sr. Liliane Juchli* (1933 – 2020) sowie *Sr. Elisabeth Müggler* – zu Wort, die

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

gemeinsam mit anderen innovative Palliativprojekte in der Schweiz lanciert haben. Es ist beeindruckend zu lesen, mit wie viel Einsatz und Risikobereitschaft sie ans Werk gingen und dafür kämpften, dass die Würde von Kranken und Sterbenden erkannt wurde und ins Bewusstsein der Gesellschaft rückte. Während einige der Pionier*innen sich besonders in der Ausbildung engagierten, schufen andere Räume, in denen die Haltung von Palliative Care Gestalt annehmen konnte.

Die vier Interviews – mit *Jean-Pierre* und *Béatrice Monnet*, *Hans Sollberger*, *Ruedi Walter* sowie *Hedi Soder* – im zweiten Kapitel „Begleiten braucht oft einfach Zeit und Geduld" (S. 87 – 109) machen deutlich, in welchem Maß die professionelle Arbeit in der Palliative Care auf freiwilliges Engagement angewiesen ist. Neben Hinweisen auf Angebote für die Aus- und Weiterbildung von Freiwilligen in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender belegen die Erfahrungsberichte der Freiwilligen eindrücklich, dass die lokalen Netzwerke oft Orte des Austauschs und der Gemeinschaft sind.

Im dritten Kapitel „Der palliative Weg braucht noch viel Aufklärung" (S. 111 – 142), in deren Mittelpunkt Caring communities stehen, also Netzwerke, die in einem Dorf oder in einem Stadtteil zum Wohl anderer beitragen, kommen verschiedene Modelle zur Sprache, wie sich in Gegenwart und Zukunft sorgende Gemeinschaft ermöglichen und aufbauen lässt. Die vier hierzu vorgestellten Portraits – von *Sr. Beatrice Schweizer*, *Christoph Vischer*, *Eva Niedermann* und *Elisabeth Zahnd* – zeigen anschaulich, was einzelne Menschen und Gruppen mit ihrem Ideenreichtum bewirken können.

Im vierten Kapitel „Die ganzheitliche Begleitung interdisziplinär und interprofessionell weiterentwickeln" (S. 143 – 188) kommen sechs Personen – *Lisa Palm*, *Karin Tschanz*, *Karin Kaspers-Elekes*, *Ralph Kunz*, *Simon Peng-Keller* und *Phil Larkin* – zu Wort, die durch Praxis, Forschung und Lehre die Palliative Care in der Schweiz vorangebracht haben und die Arbeit noch immer aktiv unterstützen. Die hierzu vorgestellten Interviews führen nicht nur vor Augen, dass die ökumenische Ausrichtung und Zusammenarbeit eine Grundvoraussetzung ist, um Palliative Care seitens der Kirchen und kirchlichen Netzwerke zu entwickeln und zu verankern, sondern verdeutlichen auch, welch große Anstrengungen es auch in Zukunft brauchen wird, um den Begleit- und Behandlungsansatz von Palliative Care für möglichst viele Menschen zugänglich zu machen.

Ergänzt werden die Interviews durch den Beitrag „Füreinander Nächste werden" (S. 189 – 195), in dem *Martina Holder-Franz* und *Maria Zinsstag* – ausgehend vom biblischen Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Lukasevangelium 10, 25 – 37) – alle dazu auffordern, „sich rufen zu lassen, anzupacken und ihre Praxis sorgfältig zu reflektieren" (S. 190). Für die Autorinnen bedeutet dies konkret, bereit zu sein, von anderen zu lernen, die vielleicht säkulär oder mit einer ungewohnten Form der Spiritualität dazukommen und anpacken, und uns mitzufreuen, wenn lebensfördernde Beziehungen entstehen, Kranken und Sterbenden geholfen wird. Angesichts der Tatsache, dass die großen Kirchen kleiner werden und viele Menschen sich nicht mehr in einer christlichen Gemeinschaft verwurzelt sehen sei es wichtig, Palliative Care in ökumenischer Offenheit zu gestalten und voneinander zu lernen: „Christliche Verantwortung in Palliative Care überschreitet konfessionelle und religiöse Grenzen. Sie ist Salz und Hefe für soziale Verantwortung in unserer Gesellschaft" (S. 194).

Insgesamt betrachtet gewähren die vorgestellten Porträts einen tiefen Einblick in die Palliativgeschichte der Schweiz und regen zugleich an, darüber nachzudenken, wie chronisch kranke und sterbende Menschen heute in christlicher Verantwortung begleitet werden können. Nicht zuletzt deswegen ist dem lesenswerten Buch weit über die Schweiz hinaus eine weite Verbreitung zu wünschen.

Eine Rezension von Dr. Hubert Kolling

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Herausgeber
Prof. Dr. Andreas Lauterbach

Wissenschaftliche Leitung
Prof. Dr. Anke Fesenfeld
anke.fesenfeld@hpsmedia-verlag.de

Redaktion und Layout
Wiebke Münch
wiebke.muench@hpsmedia-verlag.de

Grafische Leitung
Franziska Reuther
franziska.reuther@hpsmedia-verlag.de

Lektorat
Stephanie Jänsch
stephanie.jaensch@hpsmedia-verlag.de

Abo-Service
Inken Veith
Tel.: +49 (0) 6402 7082-660
Fax: +49 (0) 6402 7082-669
inken.veith@hpsmedia-verlag.de

Helpdesk
https://www.hpsmedia-verlag.de/helpdesk

Manuskriptzentrale
Manuskripte können unter
www.hpsmedia-verlag.de/manuskriptzentrale
eingereicht und eingesehen werden.

Wir sind hpsmedia

www.hpsmedia-verlag.de
www.geschichte-der-gesundheitsberufe.info
www.zeitschrift-gesundheitsberufe.info
www.pflege-wissenschaft.info
www.lernwelten.info
www.carelit.de

Journal

Die Geschichte der Gesundheitsberufe legt mithilfe von Originalquellen die historischen Wurzeln der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen dar. Vor diesem Hintergrund können die spezifischen Entwicklungen der Berufsbilder und des beruflichen Handelns analysiert und reflektiert werden. Anhand von spezifischen Themen führen die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der einzelnen Professionen zu einem gemeinsamen zeitgeschichtlichen Dialog, der für die heutige Verständigung der Berufe untereinander eine wesentliche Grundlage ist. Porträts, Biographien und Archivmaterialien ergänzen den wissenschaftlichen Fachteil. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, werden eingereichte Beiträge durch ein einschlägiges wissenschaftliches Fachgremium begutachtet und dem wissenschaftlichen Diskurs zugeführt.

Editorial Board

Dr. phil. Bettina Blessing
Historisches Institut
Universität Potsdam

Prof. Dr. rer. cur. Michael Bossle
MScN, Hochschule Deggendorf

Dr. phil. Hubert Kolling
Mitarbeiter im Bundesamt für Familie und
zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA), Köln

Prof. Dr. phil. Andrea Thiekötter
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf

Mag. phil. Irene Zauner-Leitner
Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim, Österreich

Datenbanken und Impact Factor

Die Geschichte der Gesundheitsberufe ist in CareLit, CINAHL, GeroLit und CC MED – Current Contents Medizin verschlagwortet.

Print-ISSN: 2193-8296
Erscheinungsweise: 2 Ausgaben/Jahr

Online-Archiv:

www.geschichte-der-gesundheitsberufe.info/intranet/suche.php

Alle Rechte vorbehalten. Alle Inhalte (Texte, Bilder, Animationen) sowie deren Anordnung unterliegen dem Schutz des Urheberrechtsgesetzes und anderer Schutzgesetze. Die Inhalte dürfen nur im Rahmen der Schrankenbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes vorbehaltlich weiterer anwendbarer Gesetze ohne vorherige schriftliche Zustimmung der hpsmedia GmbH genutzt werden. Sollten Sie daran interessiert sein, Artikel und Grafiken zu gewerblichen Zwecken in Ihr Online-Angebot zu übernehmen, in einem Newsletter zu veröffentlichen oder nachzudrucken, setzen Sie sich bitte vorher mit uns in Verbindung. Bildquellen und Rechte: hpsmedia GmbH, Pixelio, Adobe Stock, Fotolia, Autor*innen, Privat. Fernleihe zu nicht kommerziellen Zwecken durch die Bibliotheken ist gestattet, sofern es sich nicht um einen automatisierten Austausch von Daten oder ganzen Datenbanken handelt, sondern die Fernleihe im Rahmen eines einzelfallbezogenen zu bearbeitenden Bestellvorganges erfolgt.

Verlag: hpsmedia GmbH, Andreas Lauterbach,
Gießener Straße 2, D-35410 Hungen,
Sitz der Gesellschaft: Hungen
Amtsgericht Gießen HRB 106942
Geschäftsführer: Dr. Andreas Lauterbach
Steuernummer: 02023592989
USt-IdNr.: DE268903302

Artikel 238050: urheberrechtlich geschütztes Material. c. 2024 by Geschichte der Gesundheitsberufe. Lizenziert auf Kunde Nummer 1329130/-10000001329130 am 02.01.2024

Call for Papers

„Behindertenhilfe“ und „Anstalten“ im Wandel

Vom „Insassen“ zum Leistungsberechtigten

Bis in die 60er Jahre war Pflege kein Beruf, sondern „Dienst am Alten und Kranken“, Einrichtungen verstanden sich als „Anstalten“ und so genannte Irrenanstalten dienten dem Wegsperren. Dies änderte sich – viel zu langsam – erst in den letzten 50 Jahren.

Spätestens seit der Einführung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) durch die WHO im Jahr 2001 ist international deutlich geworden, dass es einen anderen Blick auf Menschen mit Einschränkungen gibt. Gut so!

Sprachlich merken wir die Veränderung daran, dass die früheren „Anstalten“ z. B. in „Stiftungen“ umbenannt wurden. Und auch gesetzlich hat sich viel getan: So wurde den ehemaligen, eher schwach dargestellten „Hilfebedürftigen“ gesetzlich mehr und mehr die starke Rolle der „Leistungsberechtigten“ zugeschrieben. Die Rolle der Pflegenden und der Gesundheitsberufe hat sich damit einhergehend grundlegend verändert.

Mit dem Schwerpunktthema „Pflege und Anstalten im Wandel“ möchten wir einen klaren Blick auf genau diese Veränderungen werfen. Wir möchten die Geschichte würdigen – aber nicht romantisch verklären – und das nicht nur im Hinblick auf die Betroffenen und die Institutionen – sondern insbesondere auch im Hinblick auf die Gesundheitsprofessionellen. Wir möchten die Wurzeln der Berufe konstruktiv kritisch betrachten und in ihren Auswirkungen auf das Heute darstellen. Wie haben sich die einzelnen beruflichen Rollen gewandelt – und wie spielen sie strukturell heute zusammen? Wie wurden früher gesundheitliche Versorgungsbedarfe und Versorgungsansprüche beantwortet – und wie ist es heute?

Beiträge können bis zum 1.4.2023 zu folgenden Themen eingereicht werden:

- Wie hat sich die Rolle der Nutzer*innen des Gesundheitssystems verändert?
- Wie haben sich die Rollen der Gesundheitsprofessionellen auf diese Veränderungen eingestellt?
- Welche neuen Ausbildungen und Berufsbilder sind entstanden?
- Welche Bedeutungen / Auswirkungen habe diese Veränderungen für das Zusammenspiel der Gesundheitsprofessionellen?

Beiträge können als Fachartikel eingereicht werden und sollten 15 Seiten (DIN-A4) nicht überschreiten. Positionspapiere oder Buchrezensionen u. Ä. sind ebenfalls sehr willkommen.

Alle Manuskripte werden durch die Redaktion der Zeitschrift bewertet. Weitere Informationen zu den Autor*innen-Richtlinien sowie zur Einreichung sind unter www.geschichte-der-gesundheitsberufe.info abrufbar.

Manuskriptzentrale
Manuskripte können unter
www.hpsmedia-verlag.de/manuskriptzentrale
eingereicht und eingesehen werden.

Geschichte der Gesundheitsberufe
Erscheinungstermine und Themen 2023

Ausgabe 1:
„Behindertenhilfe“ und „Anstalten“ im Wandel
Vom „Insassen“ zum Leistungsberechtigten
1. Juni

Ausgabe 2:
Interdisziplinarität im Wandel
15. Dezember