



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Mobile Altenpfleger*innen während der COVID-19
Pandemie in Österreich: Belastungsfaktoren und
Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit“

verfasst von / submitted by

Johanna Amanda Cardona Schulte BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ. -Prof. Dr.ⁱⁿ Brigitte Lueger-Schuster

Mobile Altenpfleger*innen während der COVID-19 Pandemie in Österreich: Belastungsfaktoren und Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit.....	4
Theoretische Grundkonzepte	4
Gesundheitsbegriff	4
Psychologische Stresstheorie	4
Belastungsarten	5
Psychische Gesundheit.....	5
Altenpflege und -betreuung in Österreich	6
Arbeitsbedingungen in der Altenpflege	8
Belastungssituation der Altenpfleger*innen	9
COVID-19 Pandemie	10
Pandemien allgemein: Ausbreitung, Ursachen und Folgen	11
Schutzmaßnahmen zur Eindämmung des Virus	11
Verlauf der COVID-19 Pandemie in Österreich.....	12
COVID-19 Pandemie und die psychische Gesundheit.....	13
Psychische Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung	13
Psychische Gesundheit von Gesundheitsmitarbeiter*innen	15
Die COVID-19 Pandemie in der Altenpflege und -betreuung.....	18
Forschungsinteresse und Forschungsfragen	20
Methoden.....	21
Grundzüge der qualitativen Forschungspraxis	21
Datenerhebung.....	23
Erhebungsmethode: Teilstandardisierte Leitfadeninterviews.....	23
Rekrutierungsprozess	24
Beschreibung der untersuchten Gruppe	25
Interviewdurchführung	26
Datenauswertung	27
Auswertungsmethode: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	27
Ablaufmodell	27
Ergebnisse	30
Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 Pandemie	30
Schutzmaßnahmen	31
Unwissenheit.....	35
Gefahr der Infizierung.....	36
Fehlende Unterstützung	38

Allgegenwärtigkeit der Pandemie	39
Schwierige Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Pflichten.....	40
Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit	40
Diskussion	43
Schutzmaßnahmen.....	44
Unwissenheit	45
Gefahr der Infizierung	46
Fehlende Unterstützung.....	47
Allgegenwärtigkeit der Pandemie	48
Schwierige Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Pflichten	48
Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit	48
Implikationen.....	51
Forschungsausblick	51
Limitationen.....	52
Konklusion.....	53
Literaturverzeichnis.....	54
Abbildungsverzeichnis	63
Tabellenverzeichnis	63
Abkürzungsverzeichnis.....	63
Anhang	64
Anhang A: Informationsblatt und Einwilligungserklärung	64
Anhang B: Interviewleitfaden	66
Anhang C: Abstract Deutsch	67
Anhang D: Abstract Englisch	68

Mobile Altenpfleger*innen während der COVID-19 Pandemie in Österreich: Belastungsfaktoren und Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit

Theoretische Grundkonzepte

Nachfolgend wird der Gesundheitsbegriff definiert und die psychologische Stresstheorie vorgestellt. Es folgen eine Beschreibung verschiedener Belastungsarten und die Definition von psychischer Gesundheit.

Gesundheitsbegriff

Die Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization, WHO) definierte 1946 Gesundheit nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit, sondern darüber hinaus als einen Zustand „vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (Faltermaier, 2017). Dieser positive Gesundheitsbegriff beinhaltet zum einen die weit verbreitete Ansicht, dass sich Gesundheit zusätzlich zur körperlichen Unversehrtheit in einem Zustand des positiven subjektiven Erlebens manifestiert. Zum anderen wird hier Gesundheit als ein ganzheitliches Phänomen verstanden, welches eine biologische, eine psychologische und eine soziale Dimension beinhaltet. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell gilt als Weiterentwicklung des biomedizinischen Modells, in welchem Krankheit als die Störung von als normal definierter, ausschließlich körperlicher Funktionen verstanden wird, die anhand objektiv messbarer biologischer Variablen festgestellt werden können. Psychosoziale Faktoren bleiben dabei unbeachtet (Faltermaier, 2017). Neben der Erweiterung des Gesundheitsbegriffs um eine psychische und eine soziale Ebene zeigt sich auch ein systemtheoretischer Ansatz im biopsychosozialen Modell, demzufolge die drei Ebenen miteinander in Wechselwirkung stehen und sich gegenseitig beeinflussen, da er die Trennung von Körper und Seele aufhebt (Faltermaier, 2017).

Psychologische Stresstheorie

Um den Zusammenhang zwischen Belastungen, ihrer Bewältigung und den potenziell negativen Auswirkungen von Stressoren auf den Gesundheitszustand zu erläutern, soll kurz auf die psychologische Stresstheorie von Lazarus und Folkman (1984) eingegangen werden. In dieser Stresstheorie wird Stress als Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen aus der Umwelt und den Anpassungsressourcen einer Person verstanden. Maßgeblich für das Entstehen einer Stressreaktion ist die subjektive kognitive Bewertung einer Anforderung. Dabei werden drei Arten von Bewertungen unterschieden. Zunächst erfolgt eine Einschätzung von der Bedeutung des Stressors für das eigene Wohlergehen (primäre Bewertung). Wird er als belastend eingeschätzt, löst dies eine Stressreaktion aus und es muss geprüft werden, welche Ressourcen zur Bewältigung der Situation verfügbar sind (sekundäre Bewertung).

Diese Bewältigungsbemühungen, die auch als Coping bezeichnet werden, spielen eine zentrale Rolle. Sie haben das Ziel, kognitive Belastungen abzubauen und so das Wohlbefinden wiederherzustellen. Da sich die Belastungssituation durch äußere Veränderungen oder eigene Bewältigungsversuche ständig verändert, ist eine konstante Neubewertung dieser Situation erforderlich. Da das Stressgeschehen ein dynamischer Prozess ist, müssen auch die Bewältigungsbemühungen ständig neu angepasst werden. Können die Belastungen nicht angemessen bewältigt werden, besteht die Gefahr von negativen Auswirkungen auf das Individuum (Faltermayer, 2017).

Belastungsarten

Unter Belastungen werden alle von außen auf ein Individuum einwirkenden Einflüsse verstanden (Nübling et al., 2005). Belastungen können auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sein und in unterschiedlichen Lebensbereichen auftreten. Umweltfaktoren werden dann als belastend wahrgenommen, wenn sie negative Auswirkungen auf das Wohlergehen einer Person haben. In der Stressforschung wird zwischen den drei Belastungsarten belastende Lebensereignisse, Dauerbelastungen und Alltagsärgernisse unterschieden (Faltermayer, 2017). Belastende Lebensereignisse sind subjektiv bedeutsame Veränderungen im Leben einer Person, die meist abrupt auftreten und eine starke emotionale Qualität haben, wie eine Trennung oder ein Todesfall im näheren Umfeld. Dauerbelastungen sind langfristige Belastungen, die sich aus sozialen Rollen oder aus Lebensverhältnissen ergeben und in unterschiedlichen Lebensbereichen, wie beispielsweise in der Arbeit oder in der Familie, einer Person auftreten können. Alltagsärgernisse sind kleine Vorfälle im Alltag, die Ärger oder Frustration auslösen. Es besteht jedoch selten nur eine dieser Belastungsarten. In den meisten Fällen wirkt ein Komplex mehrerer, eng miteinander verknüpfter Belastungssituationen.. Deutlich wird dies am Beispiel von Pandemien, wie der im März 2020 ausgerufenen COVID-19 Pandemie. Es entstehen aufgrund der Pandemie Dauerbelastungen, etwa durch finanzielle Sorgen infolge eines Jobverlusts oder die dauerhafte Reduzierung sozialer Kontakte. Viele Menschen haben in diesem Kontext zudem belastende Lebensereignisse erlebt, wie den Verlust der Arbeit oder den Tod sowie die schwere Erkrankung nahestehender Angehöriger.

Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit wird von der WHO (2019) als ein Zustand des Wohlbefindens beschrieben, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann. Hauptaspekte in diesem Gesundheitsbegriff sind das Wohlbefinden einer Person sowie ihre Funktions- und Leistungsfähigkeit. Dieses Verständnis von Gesundheit drückt eine

Idealnorm aus (Faltermaier, 2017). In diesem „idealen“ Zustand bleiben keine individuellen Potenziale ungenutzt und das volle Ausschöpfen der Potenziale einer Person gilt als erstrebenswert. Dies setzt jedoch voraus, dass zeitliche und finanzielle Ressourcen vorliegen, die persönlichen Potenziale und Fähigkeiten ergründen und ausüben zu können (Galderisi et al., 2020). Gerade finanzielle und emotionale Ressourcen können jedoch in Krisensituationen, wie einer Pandemie verringert sein.

Die Bewältigung normaler Lebensbelastungen setzt eine Flexibilität und Vielfalt möglicher Verhaltensweisen voraus (Heinz, 2016). Das Individuum ist dabei in der Lage, situationsangepasst zu handeln und aus einem Verhaltensrepertoire ein angemessenes Verhalten auszuwählen. Den dynamischen Charakter von psychischer Gesundheit betonen auch Galderisi et al. (2011): „Psychische Gesundheit ist ein dynamischer Zustand eines inneren Gleichgewichts, der es Individuen ermöglicht, ihre Fähigkeiten im Einklang mit universellen gesellschaftlichen Werten auszuüben“ (S. 231 f.). Den Autor*innen zufolge wird dieser innere Gleichgewichtszustand von mehreren Komponenten beeinflusst. Diese können bei den einzelnen Individuen jeweils unterschiedlich stark ausgeprägt sein und sich somit auch gegenseitig ausgleichen. Zu den Komponenten gehören neben grundlegenden kognitiven und sozialen Fähigkeiten auch Fähigkeiten der Emotionsregulation, die Fähigkeit sich in andere Menschen hineinzusetzen, die Fähigkeit unangenehme Lebensereignisse zu bewältigen, die Fähigkeit zum Erfüllen sozialer Rollen sowie eine harmonische Beziehung zwischen Körper und Geist (Galderisi et al., 2011). Verfügen Individuen nicht über diese Fähigkeit oder sind sie in der Ausübung dieser Fähigkeiten aufgrund von Belastungen und individuellen Probleme beeinträchtigt, kann dies langfristig zu einem Leidenszustand führen, der die Entstehung psychischer Störungen begünstigt (Faltermaier, 2017).

Da es sich bei Pandemien für die meisten Menschen um eine unbekannte Situation handelt, liegen noch keine spezifischen Verhaltensmuster vor. Um das eigene innere Gleichgewicht und somit die psychische Gesundheit zu schützen, ist daher eine ständige Anpassungsleistung gefordert. Sind die Anpassungsversuche nicht erfolgreich, kann es besonders im Kontext derartiger Gesundheitskrisen zu Belastungsreaktionen kommen, die in der Folge zu psychischen Störungen führen können (Benoy, 2021).

Altenpflege und -betreuung in Österreich

Die Pflege und Betreuung älterer Menschen unterteilt sich in den voll- oder teilstationären Langzeitbereich auf der einen Seite, zu dem Wohn- und Pflegeheime sowie Tageszentren gehören, und der mobilen Pflege und Betreuung auf der anderen Seite. Die mobilen Dienste schließen sämtliche Dienstleistungen ein, bei denen die Versorgung

pflegebedürftiger Menschen in ihrem eigenen Zuhause stattfindet (Bundesministerium für Gesundheit, Sektion II, 2009). Etwas über die Hälfte (53%) der pflegebedürftigen Menschen in Österreich wird ausschließlich von Angehörigen betreut, 25% von mobilen Diensten oder durch eine Kombination aus Angehörigen und mobilen Pfleger*innen, 17% in der stationären Pflege und 5% durch die 24-Stunden-Pflege (Kügler & Sardavar, 2015).

Im Jahr 2017 waren in Österreich 41.900 Personen in der teil- und vollstationären Langzeitpflege beschäftigt und 17.800 Personen in der mobilen Pflegedienstleistung (Rappold et al., 2019). Über 87% des Pflegepersonals in der stationären und mobilen Langzeitpflege ist weiblich (Bauer et al., 2018). Etwa 40% der Beschäftigten sind zwischen 45 und 54 Jahre alt (Bauer et al., 2018). In der Erhebung von Bauer et al. (2018) gaben 24% der Pfleger*innen an, nicht in Österreich geboren zu sein. Von diesen Personen kamen jeweils 16% aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Polen, 11% aus Deutschland, 7% jeweils aus Rumänien und Ungarn und 5% von den Philippinen (Bauer et al., 2018).

Zu der mobilen Pflegearbeit gehören neben den pflegerischen Tätigkeiten auch sozialbetreuerische, administrative und hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Bauer et al., 2018). Ausgeübt wird diese Arbeit von Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen. Den größten Anteil haben die Heimhelfer*innen (45%), die besonders für die Sozialbetreuung, die Körperpflege und die hauswirtschaftlichen Aufgaben zuständig sind. Es folgen die Pflege- und Pflegefachassistent*innen (29%), die zusätzlich auch die Medikamente verabreichen, und die diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (26%), deren Aufgabenbereich in erster Linie die medizinische Pflege, wie die Wundversorgung und das Verabreichen von Infusionen, umfasst (Rappold et al., 2019).

Seit mehreren Jahren steht die Forderung im Raum, den Gesundheitsbereich der Altenpflege weiter auszubauen (Sardavar, 2013). Ein Hauptgrund dafür ist der demographische Wandel in Österreich. Der Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich zufolge wird der Bedarf an formellem Pflegepersonal bis 2030 von gegenwärtig 60.000 Beschäftigten in der Langzeitpflege auf 136.000 steigen (Rappold et al., 2019). Ein besonderer Fokus liegt auf dem Ausbau mobiler Pflegedienste. Aufgrund von Sparmaßnahmen wird die kostengünstigere mobile Pflege der stationären Versorgung vorgezogen. Ältere Menschen mit geringer Pflegebedürftigkeit können dank mobiler Pflegedienste länger zuhause wohnen bleiben. Dies entlastet die stationären Einrichtungen und auch die formelle Pflege insgesamt, da Angehörige weiterhin an der Pflege und Betreuung beteiligt bleiben können (Sardavar, 2013). Dem steigenden Bedarf an Pflegekräften in der Altenpflege steht die Prognose gegenüber, dass aufgrund der

Altersstruktur der Beschäftigten in der Altenpflege ein erheblicher Anteil bis 2030 in Rente gehen wird (Rappold et al., 2019). Gegenwärtig sind über 30% der Pflegekräfte 50 Jahre alt und älter. Gleichzeitig muss auch mit einem Rückgang von informellen Pflegeleistungen durch Angehörige gerechnet werden. Ein Großteil der familiären Pflegearbeit wird nach wie vor von Frauen verrichtet, bei denen jedoch die Erwerbstätigkeit immer weiter zunimmt und sich somit die Zeit, die der Versorgung älterer Angehöriger gewidmet werden kann, verkürzt (Kügler & Sardadvar, 2015).

Arbeitsbedingungen in der Altenpflege

Atypische Beschäftigungsverhältnisse, wie die Anstellung durch Leiharbeitsfirmen, befristete Verträge, geringfügige und Teilzeitbeschäftigung stellen in Pflegeberufen oftmals die Norm dar (Krenn et al., 2004; Kügler & Sardadvar, 2015; Mairhuber, 2019). Die weite Verbreitung der Beschäftigung in Teilzeit wird damit erklärt, dass durch die hohen Arbeitsbelastungen ein erhöhtes Rückzugs- und Ruhebedürfnis besteht und eine dauerhafte Vollzeitstellung deshalb beinahe unmöglich ist (Mairhuber, 2019). In der Teilzeitbeschäftigung wird die tägliche Arbeit häufig in Vormittags- und Nachmittagsdienste aufgeteilt, wobei die Zeit dazwischen für die Beschäftigten ungenutzt und unbezahlt bleibt. Dies wird von den Beschäftigten als belastend empfunden, da weniger Zeit für das Privat- und Familienleben zur Verfügung steht (Leichsenring et al., 2015; Kügler & Sardadvar, 2015; Mairhuber, 2019). Da Frauen noch immer einen Großteil der Haus- und Familienarbeit übernehmen, führen diese Arbeitszeitregelungen insbesondere für den großen Anteil von Frauen in der Pflegearbeit zu Doppelbelastungen, denn die familiären Pflichten sind oftmals nur schwer mit den Arbeitszeiten im Pflegeberuf zu vereinbaren (Wochner, 2019). Die prekären Arbeitsverhältnisse gehen mit unregelmäßigem und ungenügendem Einkommen einher, was bei vielen Beschäftigten zu einer hohen Arbeitsunzufriedenheit führt (Krenn et al., 2004; Kügler & Sardadvar, 2015; Mairhuber, 2019).

Kosteneinsparungen in der Langzeitpflege führten zu knappen Personalressourcen, was wiederum die Arbeitsverdichtung und den Zeitdruck bei der Arbeit erhöhte (Krenn et al., 2004; Kügler & Sardadvar, 2015; Mairhuber, 2019). Beschäftigte selbst nahmen dadurch eine Abnahme der Qualität ihrer Arbeit wahr. Die pflegerischen und administrativen Tätigkeiten werden abgearbeitet, ohne dass Zeit für den unsichtbaren Teil der Pflegearbeit, der Beziehungsarbeit, bleibt (Mairhuber, 2019). Dieser stellt jedoch ein zentrales Element in der Vertrauensbeziehung zwischen pflegebedürftiger und pflegender Person dar (Leichsenring et al., 2015). Um Qualitätseinbußen zu vermeiden, wird mit Mehrarbeit und unbezahlten Überstunden reagiert (Krenn et al., 2004; Kügler & Sardadvar, 2015; Mairhuber, 2019).

Belastungssituation der Altenpfleger*innen

Über die Hälfte der Pflegekräfte litt unter körperlichen Belastungen, wie Muskelverspannungen und Kreuzschmerzen, knapp die Hälfte berichtete von Kopfschmerzen und Müdigkeit (Mairhuber, 2019). Mangelnde Ausstattung in den Wohnräumen der pflegebedürftigen Menschen erschwert die körperliche Arbeit wie schweres Heben oder das Stützen und Begleiten der pflegebedürftigen Menschen. Zudem ist es aufgrund der Einzelarbeit in der mobilen Pflege nicht möglich, bei Bedarf Kolleg*innen um Hilfe zu bitten (Krenn & Papouschek, 2003).

44% der Pflegekräfte empfanden ihre Arbeit als stark oder sehr stark seelisch aufreibend. Damit lag diese Berufsgruppe deutlich über dem Durchschnitt aller Branchen von 12% (Mairhuber, 2019). Am stärksten psychisch belastet fühlten sich die Beschäftigten durch den Zeitdruck (Holzweber et al., 2015; Krenn et al., 2004; Leichsenring et al., 2015). Hinzu kamen eine mangelnde gesellschaftliche Anerkennung, die Konfrontation mit Krankheit, Sterblichkeit und Tod (Holzweber et al., 2015; Krenn et al., 2004; Krenn & Papouschek, 2003) und die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Leichsenring et al., 2015). Belastungen ergaben sich für mobile Pflegekräfte zusätzlich aus dem wechselnden Arbeitsumfeld und den somit sehr unterschiedlichen Arbeitsabläufen und -anforderungen (Krenn et al., 2004), sowie aus dem interaktiven Charakter ihrer Arbeit. Die Qualität der Pflegearbeit ist stark von der Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der pflegebedürftigen Personen abhängig. Diese kann jedoch vor allem bei Klient*innen mit Demenzerkrankungen stark eingeschränkt sein (Krenn et al., 2004). Zudem erfordert die enge Beziehung die Fähigkeit zur Abgrenzung und ein gesundes Mittelmaß zwischen Nähe und Distanz (Krenn et al., 2004; Krenn & Papouschek, 2003). Auch die Absprache mit Angehörigen kann herausfordernd sein und die Pflegearbeit erschweren (Krenn & Papouschek, 2003).

Den vielfachen körperlichen und psychischen Belastungsfaktoren in der Pflegearbeit steht eine besonders hohe intrinsische Arbeitsmotivation der Beschäftigten gegenüber, die oftmals gleichzeitig mit einem ausgeprägten Bedürfnis nach sinnstiftender Arbeit mit und für andere Menschen auftritt (Holzweber et al., 2015; Leichsenring et al., 2015; Simsa, 2004). Nicht selten kommt es dazu, dass über die eigene Belastungsgrenze hinaus gearbeitet wird und die eigene Gesundheit in den Hintergrund rückt (Holzweber et al., 2015). Dies zeigte sich beispielsweise, verglichen mit den Beschäftigten in anderen Branchen, in einer erhöhten Bereitschaft, auch krank zur Arbeit zu gehen (Holzweber et al., 2015; Mairhuber et al., 2019). Erklärt wird dieses Verhalten zum einen mit dem Wunsch, auf die Kolleg*innen Rücksicht zu nehmen und sie nicht mit zusätzlicher Arbeit zu belasten (Holzweber et al., 2015; Mairhuber

et al., 2019). Zum anderen bestand ein hohes Pflichtgefühl den pflegebedürftigen Menschen gegenüber und die Überzeugung, nur die Pflegeperson selbst könne ihren Klient*innen eine optimale Pflege und Betreuung bieten (Holzweber et al., 2019).

Pflegekräfte in der Altenpflege sind aufgrund der zahlreichen Belastungsfaktoren, die im Zusammenhang mit ihrer Arbeit bestehen, besonders vulnerabel für Überlastungsreaktionen, wie dem Burnout (Nienhaus et al., 2012). Kennzeichen für ein Burnout sind emotionale Erschöpfung, eine reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit sowie eine distanzierte Haltung gegenüber der Arbeit, die als Depersonalisation bezeichnet wird (Maslach et al., 2001). In einem Review zu Burnout bei Beschäftigten in der Altenpflege in Deutschland (Nienhaus et al., 2012) konnte gezeigt werden, dass zwischen 21% und 37% der Untersuchten kritische Werte für emotionale Erschöpfung und zwischen 9% und 25% kritische Werte für Depersonalisation aufwiesen.

COVID-19 Pandemie

Unter einer Pandemie wird die weite und schnelle geographische Ausbreitung einer Infektionskrankheit verstanden, wobei nur eine geringe Immunität der Bevölkerung vorliegt, die Erkrankung neuartig und sehr infektiös ist und einen schweren Verlauf haben kann (Haas, 2020). Anders als Epidemien, deren Ausbreitung regional begrenzt ist, breiten sich Pandemien über mehrere Regionen aus (Taylor, 2021). Pandemien gelten in der heutigen Zeit als eine der größten globalen Gesundheitsbedrohungen, da sie nur schwer hervorzusagen sind, aber schwere gesundheitliche und wirtschaftliche Folgen nach sich ziehen können (Taylor, 2021). Unter den Infektionskrankheiten gelten grippale Infektionen als besonders wahrscheinliche Auslöser einer Pandemie oder Epidemie (Taylor, 2021).

Im Dezember 2019 wurden in China erstmals Fälle von Lungenentzündung bekannt, deren Ursache wenig später als das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 identifiziert wurde. Die häufigsten Symptome der Coronavirus-Erkrankung (COVID-19) sind Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruchs- und Geschmackssinns und Pneumonie. Die Schwere des Krankheitsverlaufs und die Symptomatik variieren jedoch stark und es kann auch zu einer asymptomatischen Erkrankung kommen (Robert-Koch-Institut, 2021).

Aufgrund der schnellen Ausbreitung von COVID-19 über mehrere Länder hinweg wurde der Ausbruch am 11. März 2020 von der WHO offiziell zu einer Pandemie erklärt. Bis zum 22. Juni 2021 wurden weltweit mehr als 178.118.000 Fälle von COVID-19 und im Zusammenhang mit COVID-19 mehr als 3.864.000 Millionen Todesfälle bestätigt (World Health Organization, 2021). In Österreich liegt die Anzahl bestätigter COVID-19-Fälle bei

645.432 und der Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 bei 10.417 (Stand 22. Juni 2021).

Pandemien allgemein: Ausbreitung, Ursachen und Folgen

Pandemische Infektionskrankheiten werden durch Viren ausgelöst, die zunächst vom Tier auf den Menschen übertragen werden. Die Hauptübertragung unter den Menschen erfolgt durch das Einatmen virenbelasteter Luft (Robert-Koch-Institut, 2021).

Die Ursachen für die Ausbreitung von derartigen Infektionskrankheiten sind komplex, lassen sich jedoch oftmals auf das Handeln der Menschen selbst zurückführen. Zunehmender Flugverkehr, Massentourismus und weltweiter Handel ermöglichen eine schnelle und flächendeckende Verbreitung von Viren. Kriege und Armut gehen häufig mit mangelnder Hygiene und medizinischer Versorgung einher, was das Verhindern, Kontrollieren und Behandeln von Krankheiten erschwert. Das Eingreifen in die bestehenden Ökosysteme durch Bodennutzung und Ressourcenabbau verändert und zerstört die natürlichen Lebensräume von Tierarten, was die Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsübertragung von Tieren auf die Menschen erhöht (Haas, 2020).

Epidemien oder Pandemien können schwere negative Auswirkungen auf die Grundversorgung und die Infrastruktur, die Wirtschaft und die physische sowie psychische Gesundheit von Personen haben (Taylor, 2021). Besonders gefährlich ist die Erkrankung von Menschen, die einer systemrelevanten Beschäftigung, beispielsweise im Gesundheitsbereich, nachgehen. Aufgrund des Infektionsgeschehens erhöht sich die Auslastung in Krankenhäusern und somit auch die Arbeitslast für das Gesundheitspersonal. Infiziert sich ein zu großer Anteil der Gesundheitsmitarbeiter*innen, kann die Pflege und Betreuung der Erkrankten nicht mehr bewältigt werden und das Gesundheitssystem bricht zusammen (Taylor, 2021).

Schutzmaßnahmen zur Eindämmung des Virus

Um die Verbreitung einer Infektionskrankheit zu verhindern, müssen vor allem die zwischenmenschlichen physischen Kontakte minimiert werden oder unter Einhaltung bestimmter Schutzmaßnahmen erfolgen (Taylor, 2021). Zu diesen Maßnahmen gehören Hygienehandlungen, wie das regelmäßige Waschen und Desinfizieren der Hände, die Verwendung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA), wie einem Mund-Nasen-Schutz (MNS), und das Einhalten von Abstandsregelungen im Kontakt mit anderen Menschen, beziehungsweise die Empfehlung physische Kontakte generell einzuschränken. Sehr wichtig ist die Einhaltung von Quarantäne bei eigener Infizierung sowie bei Kontakt zu anderen Infizierten. Tiefgreifende politische Maßnahmen betreffen die Einschränkung des

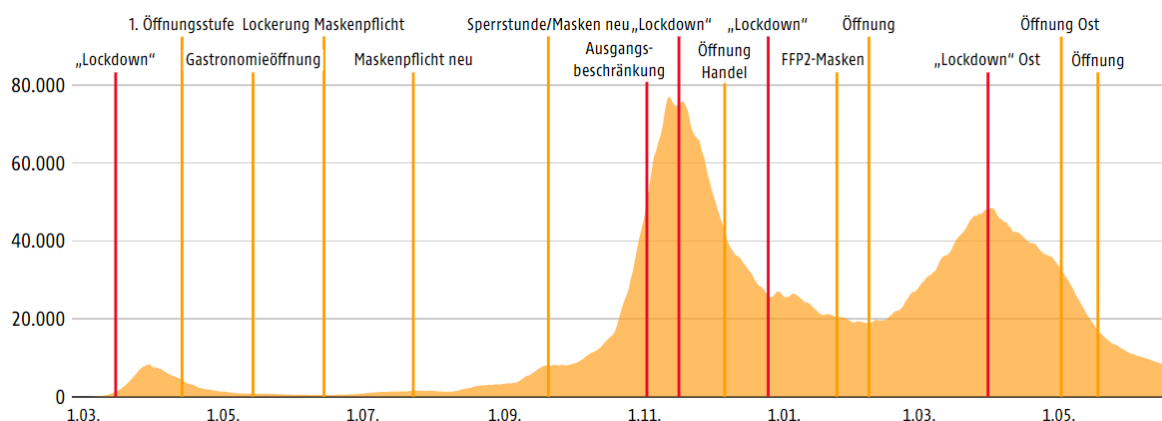
öffentlichen Lebens in Form von Schließungen oder eingeschränkter Öffnung von Handel, Gastronomie, Sport-, Kultur- und Bildungseinrichtungen. Um eine Verbreitung über die Landesgrenzen hinaus zu verhindern, werden Reisebeschränkungen und Grenzkontrollen eingeführt. Auch der Ausbau von Testungen zum Nachweis des Virus, die Erforschung von Impfstoffen und effektiven pharmakologischen Behandlungen sind wichtige Aspekte eine Verbreitung zu kontrollieren und zum Schutz vor der Erkrankung und ihren Folgen (Taylor, 2021).

Verlauf der COVID-19 Pandemie in Österreich

Der Verlauf des Infektionsgeschehens in Österreich ist in Abbildung 1 zu sehen. Der wellenförmige Verlauf ist typisch für derartige Infektionskrankheiten und steht in gegenseitigem Zusammenhang mit den Verschärfungen, beziehungsweise den Lockerungen der jeweils geltenden Schutzmaßnahmen. Die erste Infektionswelle ereignete sich zwischen Mitte März und Ende April 2020 und hatte ihren Höhepunkt an Neuinfektionen am 26. März 2020. Es kam zu einem ersten Lockdown am 16. März 2020 (Pollak et al., 2020a). Von Anfang Mai bis Anfang August 2020 ließ sich parallel zu Lockerungen der Einschränkungen ein sehr geringes Infektionsgeschehen verzeichnen (Pollak et al., 2020b; 2020c), welches ab September wieder steiler anstieg und am 13. September 2020 zur zweiten Infektionswelle erklärt wurde (Pollak et al., 2020c). Am 11. November 2020 wurde der bislang höchste Wert an Neuinfektionen in Österreich erreicht, woraufhin ab dem 17. November 2020 ein zweiter Lockdown folgte, der zwischen dem 6. und dem 26. Dezember desselben Jahres entschärft

Abbildung 1

Verlauf des COVID-19 Infektionsgeschehens und der Schutzmaßnahmen in Österreich



Anmerkungen. Die Kurve zeigt die Anzahl aktiver Fälle von COVID-19 (ohne die Fälle aus den Spitälern) in Österreich im Zeitraum vom 1. März 2020 bis zum 18. Juni 2021.

ORF, 2021. <https://orf.at/corona/daten/oesterreich>

und dann bis zum 7. Februar 2021 verlängert wurde (Pollak et al., 2021a). Ab Ende Februar stieg die Anzahl an Neuinfektion besonders im Osten Österreichs wieder an, weshalb für diese Region zum Höhepunkt der dritten Infektionswelle am 1. April ein weiterer Lockdown bis zum 2. Mai verhängt wurde (Pollak et al., 2021b). Seit Anfang Mai ist wieder ein deutliches Absinken der Infektionszahlen zu beobachten, was möglicherweise mit dem voranschreitenden Impfgeschehen zusammenhängt (Pollak et al., 2021b). Ende Dezember 2020 wurde in Österreich die erste Person geimpft, mit Mitte Juni 2021 hat die Hälfte der österreichischen Bevölkerung zumindest eine erste Teilimpfung erhalten (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021).

COVID-19 Pandemie und die psychische Gesundheit

Pandemien sind gesundheitliche Krisen, die nicht nur eine Gefahr für die körperliche Gesundheit darstellen, sondern auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben können. Die Pandemie macht sich im Leben der Menschen auf unterschiedlichen Ebenen bemerkbar und geht oftmals mit zahlreichen Belastungsfaktoren einher. Bereits aus früheren Pandemien und Epidemien sind die negativen psychischen Auswirkungen auf die Bevölkerung bekannt (Benoy, 2021; Mulfinger et al., 2020; Stuijtzard et al., 2020). Einige Forscher*innen warnten im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie vor einer Krise der psychischen Gesundheit (Xiong et al., 2020).

Psychische Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung

In mehreren Untersuchungen zu den Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit konnten Aspekte identifiziert werden, die zu einer Beeinträchtigung des psychischen Befindens beitragen (Hahad et al., 2020; Henssler et al., 2021; Kuehner et al., 2020). Zu diesen Aspekten gehörten COVID-19 bezogene Ängste, wie die Angst um die Gesundheit und die Angst vor den Konsequenzen der Pandemie (Kuehner et al., 2020) und die Reduzierung sozialer Kontakte aufgrund der geltenden Schutzmaßnahmen (Henssler et al., 2021; Kuehner et al., 2020). So bestanden bei den meisten Befragten (80%) Sorgen um die Gesundheit nahestehender Personen, etwa zwei Drittel der Befragten (65%) fühlten sich aufgrund der Ausgangsbeschränkungen belastet, ebenfalls zwei Drittel der Befragten nahmen Auswirkungen der Schutzmaßnahmen auf ihre familiäre Situation wahr und jeweils ein Drittel der Befragten machten sich Sorgen um ihre eigene Gesundheit oder um ihren Arbeitsplatz und um persönliche finanzielle Einbußen (Kuehner et al., 2020). All diese Belastungen waren mit schlechteren Befindlichkeitswerten assoziiert (Kuehner et al., 2020). In Studien konnte gezeigt werden, dass im Kontext der COVID-19 Pandemie erhöhte Stressreaktionen (Hahad et al., 2020; Salari et al., 2020) sowie innere Unruhe (Hahad et al., 2020) und Gefühle von

Angst, Einsamkeit (Hahad et al., 2020; Ivbijaro et al., 2020), Furcht, Unsicherheit, Trauer und Wut (Ivbijaro et al., 2020) auftreten können. Außerdem zeigten einige Personen auch körperliche und Verhaltenssymptome wie Schlafstörungen (Cénat et al., 2020; Hahad et al., 2020), erhöhten Alkohol- und Drogenkonsum sowie selbstverletzendes oder suizidales Verhalten (Hahad et al., 2020). In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass bei Menschen, die Quarantäne oder Isolation erlebt hatten, ein erhöhtes Risiko für depressive Störungen, Angststörungen und stressbezogene Störungen bestand (Hahad et al., 2020; Henssler et al., 2021).

Seit Beginn der COVID-19 Pandemie untersuchten zahlreiche Studien die Ausprägung psychopathologischer Symptome in der Allgemeinbevölkerung. Im Kontext der COVID-19 Pandemie wurden die Prävalenzen für Insomnie auf 23,9%, für posttraumatische Belastungssymptome auf 21,9% und für psychische Belastung auf 13,3%, Prävalenzen für eine Angststörung wurden auf 15% und für eine Depression auf 16% geschätzt (Cénat et al., 2020). Andere Untersuchungen kamen zu noch höheren Prävalenzen für Angststörung und Depression (31,9% und 33,7%) (Salari et al., 2020). Im Vergleich mit Daten der WHO (2017) zeigte sich, dass die Prävalenzen für Angststörung und Depression deutlich höher waren als noch vor der COVID-19 Pandemie. Schätzungen der WHO (2017) zufolge, waren vor der Pandemie 3,6% der Weltbevölkerung von einer Angststörung und 4,4% von depressiven Störungen betroffen.

Diese unterschiedlich hohen Prävalenzen von psychische Gesundheitsproblemen in Metaanalysen könnten auf die voneinander abweichenden Ein- und Ausschlusskriterien und die Anwendung verschiedener Qualitätsprüfungen der Studien zurückgeführt werden. Auch besteht große Heterogenität bei den verwendeten Messinstrumenten und der Darstellung der Ergebnisse (Xiong et al., 2020). Xiong et al. (2020) machten darauf aufmerksam, dass bei einem länderübergreifenden Vergleich von Studien das Infektionsgeschehen in den jeweiligen Ländern berücksichtigt werden muss, da sich die psychologischen Reaktionen in den verschiedenen Phasen des Pandemiegeschehens voneinander unterscheiden können.

Unterschiede der Prävalenzen zeigten sich nicht nur zwischen den Meta-Analysen, sondern auch zwischen den einzelnen Studien. Xiong et al. (2020) verzichteten deshalb auf die Berechnung gepoolter Prävalenzen und gaben stattdessen den Wertebereich an. Dieser lag für psychische Belastung zwischen 34,4% und 38%, für depressive Symptome zwischen 14,6% und 48,3%, für Symptome einer Angststörung zwischen 6,3% und 50,9%, für posttraumatische Belastungssymptome zwischen 7% und 53,8% und für wahrgenommenen Stress zwischen 8,1% und 81,9%. Die unterschiedlich hohen Ausprägungen konnten auf

mehrere Risikofaktoren zurückgeführt werden. So zeigten sich höhere Werte für Symptome von Depression und Angststörung bei weiblichen Personen gegenüber männlichen Personen, bei jüngeren Personen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren sowie bei Personen in ländlichen Regionen gegenüber Menschen im städtischen Raum (Wang et al., 2020; Xiong et al., 2020). Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich dieses Ergebnis größtenteils auf das Land China bezieht, in dem die Gesundheitsversorgung auf dem Land erheblich schlechter ist als in den Städten. Weitere Risikofaktoren für erhöhte Werte bei Symptomen für Depression und Angststörungen stellten ein erhöhter Konsum pandemiebezogener Nachrichten (Xiong et al., 2020), ein geringer sozioökonomischen Status (Luo et al., 2020; Wang et al., 2020), ein erhöhtes Infektionsrisiko (Luo et al., 2020; Wang et al., 2020; Xiong et al., 2020), soziale Isolation und der Pflegeberuf dar (Luo et al., 2020).

Es wurde zudem ein Einfluss gesundheitsbezogener Aspekte auf die psychische Gesundheit gefunden (Wang et al., 2020; Xiong et al., 2020). So wurden bestehende oder vergangene körperliche wie psychiatrische Erkrankungen als Risikofaktoren für die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit im Kontext der COVID-19 Pandemie identifiziert (Wang et al., 2020; Xiong et al., 2020). Auch bei Menschen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen schweren Krankheitsverlauf von COVID-19 aufgrund chronischer Vorerkrankungen sowie bei Menschen, die bereits selbst infiziert waren oder eine Infizierung bei nahestehenden Angehörigen erlebt hatten, bestand hierfür ein erhöhtes Risiko. Von mehreren der genannten Risikofaktoren sind Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen besonders häufig betroffen (Benoy et al., 2021; Mulfinger et al., 2020; Stuijzard et al., 2020).

Psychische Gesundheit von Gesundheitsmitarbeiter*innen

Die Ergebnisse mehrere Untersuchungen deuten darauf hin, dass Pandemien für Gesundheitsmitarbeiter*innen besonders belastende Situationen hervorrufen können (Da Silva & Neto, 2020; De Kock et al., 2020; Mulfinger et al., 2020; Petzold et al., 2020; Schreffler et al., 2020). Neben den allgemeinen Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 Pandemie sind Gesundheitsmitarbeiter*innen spezifischen Belastungen ausgesetzt, die sich aus ihrer Arbeit ergeben. Belastungen bestanden für diese Gruppe einerseits in der Arbeit selbst. So waren besonders Mitarbeiter*innen in Krankenhäusern von einer erhöhten Arbeitslast durch längere Arbeitsschichten und Vertretungen ausgefallener Kolleg*innen betroffen (Da Silva & Neto, 2020; De Kock et al., 2020; Petzold et al., 2020) bei gleichzeitig weniger Zeit für Erholungsphasen (Petzold et al., 2020). Weitere belastende Erlebnisse für Gesundheitsmitarbeiter*innen waren eine stärkere Konfrontation mit dem Tod von

Patient*innen und Kolleg*innen (Schreffler et al., 2020) sowie keine ausreichend vorhandene PSA (De Kock et al., 2020).

Belastungen für Gesundheitsmitarbeiter*innen ergeben sich aufgrund ihrer Arbeit auch in den privaten Lebensbereichen. So berichteten Gesundheitsmitarbeiter*innen aus Krankenhäusern von Ablehnung in ihrem Umfeld aufgrund ihres Berufs und von besonders großer Sorge um die eigene Gesundheit und die Gesundheit von Familienangehörigen (Mulfinger et al., 2020). Psychische Gesundheitsprobleme waren bei direktem Kontakt zu infizierten Personen und bei eigener Quarantäneerfahrung verstärkt (Mulfinger et al., 2020). Durch den Kontakt zu an COVID-19 infizierten Personen bestand eine erhöhte Gefahr sich selbst zu infizieren und somit auch das Virus auf andere zu übertragen, was wiederum die Sorge um die eigene Gesundheit und die nahestehender Personen erhöhte (Da Silva & Neto, 2020, De Kock et al., 2020).

Einige Studien kamen zu dem Ergebnis, dass die Prävalenzen von psychischen Gesundheitsproblemen bei Gesundheitsmitarbeiter*innen höher waren als in der Allgemeinbevölkerung (Krishnamoorthy et al., 2020; Vindegaard et al., 2020). In einer Metaanalyse (Krishnamoorthy et al., 2020) wurden die psychischen Gesundheitsprobleme zwischen den Gruppen der Allgemeinbevölkerung, der Gesundheitsmitarbeiter*innen und COVID-19 Patient*innen verglichen. Bei Depression, Angststörung, posttraumatischen Belastungssymptomen und verringerter Schlafqualität zeigten die Patient*innen die höchsten Prävalenzen. Höhere Prävalenzen bei Gesundheitsmitarbeiter*innen gegenüber der Allgemeinbevölkerung zeigten sich bei Symptomen einer Depression (25% vs. 24%), psychischer Belastung (41% vs. 26%), verringerter Schlafqualität (43% vs. 31%) und Schlaflosigkeit (37% vs. 7%).

In anderen Untersuchungen konnten dagegen keine erhöhten Prävalenzen psychischer Symptome und Störungen bei Gesundheitsmitarbeiter*innen gegenüber der Allgemeinbevölkerung festgestellt werden (Cénat et al., 2020; De Kock et al., 2020; Kunzler et al., 2021; Luo et al., 2020; Schreffler et al., 2020). In der Untersuchung von Cénat et al. (2020) lagen nur bei Schlafstörungen signifikant höhere Werte für Gesundheitsmitarbeiter*innen gegenüber der Allgemeinbevölkerung vor. Auch in der Metaanalyse von Luo et al. (2020) zeigten sich die höchsten Prävalenzen von Depression und Angststörung bei COVID-19 Patient*innen und vergleichbare Prävalenzen für Gesundheitsmitarbeiter*innen und der Allgemeinbevölkerung. Kunzler et al. (2021) verglichen in ihrer Metaanalyse die psychische Gesundheit von Patient*innen, Gesundheitsmitarbeiter*innen und der Allgemeinbevölkerung in der Anfangsphase der

Pandemie mit Daten vor der Pandemie und fanden keine Hinweise auf eine erhöhte psychische Belastung seit Ausbruch der COVID-19 Pandemie. Als mögliche Erklärung für dieses Ergebnis gaben die Autor*innen eine höhere Stressresistenz bei Gesundheitsmitarbeiter*innen an, die ihnen den Umgang mit Krisen erleichtert.

Dies scheint insbesondere für Gesundheitsmitarbeiter*innen in der direkten Versorgung von COVID-19 Patient*innen der Fall zu sein. Schreffler et al. (2020) fanden bei dieser Gruppe einen besseren psychischen Gesundheitszustand als bei anderen Gesundheitsmitarbeiter*innen. Die Autor*innen erklärten dieses Ergebnis mit einem erhöhten Gefühl von Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit sowie einer stärker wahrgenommenen Kontrolle durch die Nähe zu Entscheidungsträger*innen. Andere Studien fanden hingegen bei medizinischen Gesundheitsmitarbeiter*innen höhere Werte von Symptomen einer Depression und einer Angststörung, posttraumatischen Stresssymptomen, Schlafstörungen und Stress verglichen mit nicht-medizinischen Gesundheitsmitarbeiter*innen (de Kock et al., 2020; Mulfinger et al., 2020; Stuijzard et al., 2020). Ein höheres Risiko für Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit bestand für weibliches Gesundheitspersonal und für Krankenpfleger*innen gegenüber männlichem Personal und Ärzten oder nicht-medizinischen Gesundheitspersonal (de Kock et al., 2020; Mulfinger et al., 2020; Schreffler et al., 2020; Stuijzard et al., 2020).

Der aktuelle Forschungsstand zeigt somit heterogene Ergebnisse bezogen auf eine stärkere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit von Gesundheitsmitarbeiter*innen im Kontext der COVID-19 Pandemie verglichen mit der Allgemeinbevölkerung. Auch zeigen Vergleiche von unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen widersprüchliche Resultate. Dies könnte daran liegen, dass sich die psychischen Folgen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen erst mit zeitlichem Abstand zum Pandemiegeschehen eindeutig feststellen lassen. In Untersuchungen der psychischen Gesundheit von Gesundheitsmitarbeiter*innen aus früheren Pandemien und Epidemien zeigten sich erst ein Jahr nach dem Ausbruch Symptome für Burnout. Ähnliche Ergebnisse fanden sich für wahrgenommenen Stress (Stuijzard et al., 2020). Auch Mulfinger et al. (2020) kamen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass sowohl kurzfristige als auch langfristige negative Folgen für Gesundheitsmitarbeiter*innen bestehen und zwischen diesen unterschieden werden muss. Zu Beginn des Ausbruchs zeigten sich bei vielen Gesundheitsmitarbeiter*innen Erschöpfung, Müdigkeit und Schlafprobleme. Werte für Burnout, psychische Belastung und posttraumatischen Stress waren auch noch zwei Jahre nach dem Ausbruch erhöht (Mulfinger et al., 2020).

Der Großteil an Untersuchungen zu der psychischen Gesundheit von Gesundheitsmitarbeiter*innen im Kontext der COVID-19 Pandemie beschäftigte sich mit denjenigen Mitarbeiter*innen, die in den Krankenhäusern für die Versorgung der COVID-19 Patient*innen zuständig sind. Nur wenige Studien haben bislang die psychische Gesundheit anderer Gesundheitsmitarbeiter*innen etwa in der Langzeitpflege untersucht.

Die COVID-19 Pandemie in der Altenpflege und -betreuung

Bis Anfang Februar 2021 verzeichnete die Gruppe der über 84-Jährigen in Österreich den größten Anteil an täglichen Neuinfektionen, während der zweiten Infektionswelle im Dezember 2020, sogar fast doppelt so viele tägliche Neuinfektionen wie in jeder anderen Altersgruppe (COVID-19 Dashboard Österreich, 2021). Der starke Rückgang an Neuinfektionen bei älteren Menschen Anfang des Jahres 2021 lässt sich auf den Beginn des Impfgeschehens zurückführen, bei dem ältere Menschen priorisiert wurden. Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf der Erkrankung, unter anderem aufgrund vermehrter chronischer Erkrankungen und anderer Vorerkrankungen im höheren Alter (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020a). Auch die Mortalitätsrate ist bei älteren Menschen deutlich erhöht. Von den im Jahr 2020 im Zusammenhang mit COVID-19 verstorbenen Personen in Österreich waren knapp 77% 80 Jahre alt und älter. Weitere 17% waren zwischen 70 und 79 Jahren alt, etwas über 4% im Alter zwischen 60 bis 69 Jahren. Zwei Drittel aller Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 passierten in Krankenanstalten, 30% in Heimen, und 4% an anderen Orten (Statistik Austria, 2021).

Ältere Menschen sind im Kontext der COVID-19 Pandemie nicht nur Gefahren für die körperliche Gesundheit ausgesetzt, sondern auch psychosozialen Belastungsfaktoren. Einen bedeutsamen Risikofaktor stellt die Isolation aufgrund der Kontaktbeschränkungen dar. Zu Beginn der Pandemie wurde die Allgemeinbevölkerung dazu angehalten, zum Schutz dieser Risikogruppe auf Besuche bei älteren Angehörigen zu verzichten (Leonhartsberger, 2020). Besonders stark davon betroffen waren ältere Bewohner*innen in Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Besuchsmöglichkeiten waren ab Mitte März 2020 stark eingeschränkt, was aufgrund der negativen Folgen für die Bewohner*innen und deren Angehörige stark kritisiert wurde. Ab dem 4. Mai 2020 waren Besuche unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen wieder erlaubt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020c). Benzinger et al. (2021) untersuchten die psychosozialen Auswirkungen der Pandemie auf Bewohner*innen von Alten- und Pflegeheimen, deren Angehörige und das Pflegepersonal.

Bei den Bewohner*innen zeigten sich vermehrte Einsamkeit und Angstreaktionen, erhöhte Traurigkeit und Depressivität, unruhiges und aggressives Verhalten sowie ein Abbau kognitiver und körperlicher Fähigkeiten (Benzinger et al., 2021).

Einige Untersuchungen haben sich mit den Erfahrungen des Personals in der Altenpflege im Kontext der COVID-19 beschäftigt. Es wurde von einem Mangel an PSA, von einer Abnahme der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, von Personalausfällen und einem Arbeitsmehraufwand berichtet (Sama et al., 2020; Wolf-Ostermann et al., 2020). Besonders für die Geschäftsführer*innen erhöhte sich die Arbeitslast, da sie die Richtlinien für Gesundheitsmitarbeiter*innen auf den Bereich der Hauskrankenpflege anpassen mussten (Sama et al., 2020).

In einer Studie zu den Erfahrungen von Mitarbeiter*innen der Diakonie Deutschland in der Altenhilfe und -pflege (Hörsch, 2020) zeigte sich, dass mehr als die Hälfte des befragten Pflegepersonals stärker von Konflikten im Pflegealltag belastet wurde (61%) und Gefühle der Wut und des Ärgers zunahmen (54%). Über 80% der Befragten hatten die Sorge unwissentlich das Virus zu übertragen und Familie und Freund*innen sowie die zu pflegenden Personen anzustecken.

In einer qualitativen Untersuchung von Gesundheitsmitarbeiter*innen in Pflegeheimen in Großbritannien identifizierten Nyashanu et al. (2020) die Angst, sich selbst und andere anzustecken, geringere Anerkennung verglichen mit dem Gesundheitspersonal in Krankenhäusern, fehlende gesundheitspolitische Führung der Regierung und wechselnde Richtlinien, die Versorgung von noch nicht getesteten Patient*innen, den Verlust von Kolleg*innen und Patient*innen aufgrund eines tödlichen Krankheitsverlaufs, unsichere und verspätete Testergebnisse sowie Personalmangel als Auslöser für psychische Gesundheitsprobleme. Neben diesen Aspekten, stellten der Verzicht auf Freizeitaktivitäten und die Sorge, den eigenen Pflegeansprüchen nicht zu genügen, weitere Belastungsfaktoren dar. Im Zusammenhang mit einem schlechteren psychischen Wohlbefinden konnten Personalmangel, fehlende PSA, die Konfrontation mit Todesfällen sowie infizierte Klient*innen innerhalb der Einrichtung identifiziert werden (Benzinger et al., 2021).

Nur wenige Untersuchungen beschäftigten sich bislang explizit mit den Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit von Altenpflegepersonal. Riello et al. (2020) untersuchten die Prävalenzen für posttraumatische Stresssymptome und Angststörung bei Pfleger*innen in Pflegeheimen in Norditalien. Bei 22% der Befragten zeigten sich mittlere bis schwere Anzeichen für eine Angststörung, bei 40% für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Bei 43% lagen mittlere bis schwere Anzeichen

von mindestens einer der beiden psychischen Gesundheitsproblemen vor, bei 18% der Befragten traten sowohl für eine Angststörung als auch für eine PTBS mittel bis schwer ausgeprägte Symptome auf. Der direkte Kontakt zu infizierten Klient*innen oder Kolleg*innen erhöhte dabei das Risiko für eine mittlere bis schwere Ausprägung von Symptomen der PTBS (Riello et al., 2020). Blanco-Donoso et al. (2021) konnten in ihrer Studie zu Pflegekräften in Pflegeheimen in Spanien einen mittleren positiven Zusammenhang zwischen der Angst vor einer Übertragung und sekundärem traumatischen Stress zeigen. In beiden Regionen bestand ein besonders hohes Infektionsgeschehen mit hoher Sterberate, weshalb hier das Pandemiegeschehen als potenziell traumatisierendes Ereignis eingestuft wurde.

Die meisten Untersuchungen zu den Erfahrungen von Altenpfleger*innen während der COVID-19 Pandemie und den Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit beschäftigen sich mit dem Personal in der stationären Altenpflege. Studien über mobiles Altenpflegepersonal gibt es bislang kaum. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020b) hat im vergangenen Sommer einen Bericht zur Lage in den Alten- und Pflegeheimen in Österreich veröffentlicht. In einer Umfrage wurden Mitarbeiter*innen von Alten- und Pflegeheimen zur Umsetzbarkeit der Empfehlungen befragt. Auch hier wurden die Erfahrungen von mobilen Altenpfleger*innen nicht miterhoben.

Forschungsinteresse und Forschungsfragen

Im Forschungsinteresse dieser Arbeit stehen Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 Pandemie für die Gruppe der mobilen Altenpfleger*innen in Österreich sowie mögliche Zusammenhänge zwischen diesen Belastungsfaktoren und Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit. Da bislang die Zusammenhänge zwischen dem Erleben mobiler Altenpfleger*innen während der COVID-19 Pandemie und ihrer psychischen Gesundheit im deutschsprachigen Raum kaum untersucht wurden, können keine Hypothesen im Vorfeld formuliert werden.

Stattdessen wird sich in der vorliegenden Arbeit dem Untersuchungsgegenstand über mehrere offene Fragestellungen genähert:

1. Welche Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 Pandemie werden von mobilen Altenpfleger*innen in Österreich genannt?
2. Inwiefern kommt es durch die Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 zu Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit von mobilen Altenpfleger*innen in Österreich?

Methoden

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde explorativ mit einem qualitativen Forschungsdesign gearbeitet. Nachfolgend werden zunächst die Grundzüge der qualitativen Forschungspraxis vorgestellt. Daran anschließend folgen die Beschreibungen der Datenerhebung und der Datenauswertung.

Grundzüge der qualitativen Forschungspraxis

In der qualitativen Sozialforschung geht es darum, Lebenswelten aus der Perspektive der handelnden Menschen zu verstehen und zu beschreiben (Flick et al., 2008). Mayring (2016) formuliert fünf Grundlagen des qualitativen Denkens. Erstens besteht eine Forderung nach einer Orientierung am untersuchten Subjekt, welches in seiner Ganzheit und seiner Historizität betrachtet werden soll und dessen konkrete Probleme Ausgangspunkt der Forschung sein sollen. Zweitens ist die sorgfältige Deskription der untersuchten Fälle und des methodischen Vorgehens erforderlich. Dabei sollen die methodischen Schritte bei gleichzeitiger maximaler Offenheit gegenüber den Forschungssubjektiven genau kontrolliert werden. Drittens bedeutet qualitative Forschung immer auch Interpretation vor dem persönlichen Erfahrungshintergrund der forschenden Person. Diese Interaktion zwischen Forscher*in und Forschungssubjekt ist ein wichtiger Bestandteil im Forschungsprozess und trägt zum Erkenntnisgewinn bei. Der vierte Aspekt ist eng mit der ersten Forderung nach der Subjektorientierung verknüpft und betrifft die Orientierung an der Alltagswelt des Forschungssubjekts und empfiehlt eine Untersuchung, die möglichst im natürlichen Umfeld des Subjekts durchgeführt wird. Abschließend ist eine Begründung der Verallgemeinerbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse erforderlich.

Aus diesen Forderungen hat Mayring (2015) allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung abgeleitet, die in Tabelle 1 aufgeführt sind. Über diese sollen die Ansprüche der klassischen Gütekriterien nach Genauigkeit (Reliabilität) und Gültigkeit (Validität) erreicht werden. Das Kriterium der Objektivität im Forschungsprozess ist in qualitativen Untersuchungen kaum zu erreichen. Zum einen wird bei qualitativen Erhebungen das Datenmaterial von der Interaktion zwischen Forscher*in und Subjekt mitbestimmt und kann somit nie frei von Subjektivität sein. Zum anderen ist auch die Analyse des Materials von der forschenden Person beeinflusst. Deshalb ist es besonders wichtig, den Forschungsprozess zu dokumentieren und die Gewinnung der Erkenntnisse nachvollziehbar zu machen. In größeren Untersuchungen wird deshalb die Analyse des Datenmaterials von mehreren Forscher*innen durchgeführt und anschließend verglichen (Mayring, 2015).

Anders als in der quantitativen Forschung möchte die qualitative Forschung nicht die Zusammenhänge einzelner gemessener Variablen statistisch berechnen, sondern sie versucht den Untersuchungsgegenstand in seiner ganzen Komplexität zu erfassen und zu verstehen (Mayring, 2015). Ziel qualitativer Forschung ist nicht die Verallgemeinerung von Erkenntnissen auf Grundlage von statistisch repräsentativen Stichproben. Erkenntnisgewinn erfolgt dagegen durch die sorgfältige Analyse von Einzelfällen (Mayring, 2015).

Tabelle 1

Gütekriterien der qualitativen Forschung (Mayring, 2015)

Gütekriterium	Erläuterung
Verfahrensdokumentation	Für eine spätere und externe Nachvollziehbarkeit von Forschungsprozess und Erkenntnisgewinn müssen Vorverständnis, Analyseinstrumente, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung genau dokumentiert sein.
Argumentative Interpretationsabsicherung	Interpretationen der Ergebnisse sind wesentlich für den Erkenntnisgewinn. Da ein Beweis der Angemessenheit einer Interpretation nicht möglich ist, muss sie argumentativ begründet werden. Dazu dienen eine Beschreibung des Vorverständnisses, die Schlüssigkeit der Interpretation sowie das Absichern durch Explikation von Alternativdeutungen.
Regelgeleitetheit	Das Festlegen der durchzuführenden Analyseschritte in Form von Ablaufmodellen ermöglicht das Einhalten der Regeln, die für eine Nachvollziehbarkeit der Untersuchung notwendig sind. Ein Abweichen von den Regeln ist möglich, sollte jedoch dokumentiert und begründet werden.
Nähe zum Gegenstand	Durch die Untersuchung der Forschungssubjekte in ihrem natürlichen Umfeld kann die Nähe zum Gegenstand hergestellt werden. Aufgrund der Berücksichtigung der konkreten Probleme der Forschungssubjekte lässt sich eine Interessensübereinstimmung herstellen, die ebenfalls die Nähe zum Gegenstand erhöht.

Tabelle 1*Gütekriterien der qualitativen Forschung (Mayring, 2015)*

Gütekriterium	Erläuterung
Kommunikative Validierung	Eine Möglichkeit, die Gültigkeit der Ergebnisse zu überprüfen, besteht in dem gemeinsamen Besprechen der Auswertungsergebnisse mit den Forschungssubjekten.
Triangulation	Bei der Triangulation sollen die Ergebnisse durch mehrere Analysegänge gefestigt werden. Dazu kann beispielsweise das Material mehreren Interpret*innen vorgelegt oder es können mehrere Methoden der Datenauswertung angewendet werden, um die Ergebnisse vielschichtig zu beleuchten.

Den beiden Forschungsansätzen liegen zwar unterschiedliche Forschungsprinzipien und ein anderes Wissenschaftsverständnis zugrunde, dennoch sollten sie nicht als konkurrierende Gegensätze verstanden werden (Mayring, 2015). Beide haben ihre Stärken und ermöglichen so die Untersuchung unterschiedlicher Fragestellungen. Sie können sich gegenseitig ergänzen und jeweilige Schwächen und Limitationen ausgleichen. Oftmals werden qualitative Untersuchungen im Vorfeld von quantitativen Studien durchgeführt, da sie Hinweise auf noch unbekannte Zusammenhänge liefern können, die sich anschließend statistisch überprüfen lassen (Mayring, 2015).

Datenerhebung

Es wird nun die Erhebungsmethode vorgestellt, mit Erläuterungen zu Leitfadenkonstruktion und Auswahl des Samplings. Anschließend folgt eine Beschreibung des konkreten Vorgehens bei der Datenerhebung. Dabei wird zunächst der Rekrutierungsprozess skizziert, anschließend wird die untersuchte Gruppe vorgestellt und zuletzt die Interviewdurchführung beschrieben.

Erhebungsmethode: Teilstandardisierte Leitfadeninterviews

Für die Untersuchung der Forschungsfragen in der vorliegenden Arbeit wurden qualitative Interviews geführt. Die Interviews erfolgten mithilfe eines selbst konstruierten Leitfadens. Teilstandardisierte Interviews ermöglichen eine Vergleichbarkeit der Interviews bei gleichzeitiger Offenheit gegenüber der interviewten Person (Misoch, 2019). Gegenüber standardisierten Interviews besteht zum einen der Vorteil, dass der interviewten Person die Möglichkeit gegeben wird, eigene Relevanzen zu setzen. Zudem wird der interviewenden

Person Spielraum für Nachfragen, Vertiefungen oder Umformulierungen geboten (Misoch, 2019). Der Leitfaden muss dabei nicht in einer festgelegten Reihenfolge abgearbeitet werden, sondern soll als Orientierung dienen.

Helfferrich (2011) empfiehlt für die Erstellung eines Leitfadens die Orientierung am SPSS-Prinzip (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren), das vier Schritte der Leitfadenkonstruktion beinhaltet. Zu Beginn werden schriftlich sämtliche Fragen gesammelt, die im Zusammenhang mit dem Forschungsinteresse stehen. Anschließend werden die gesammelten Fragen auf ihre Offenheit und unter Berücksichtigung des Vorwissens zum Forschungsgegenstand geprüft. Es folgt das thematische Sortieren und Bündeln der ausgewählten Fragen und zuletzt die Subsumption, bei der für jedes Fragenbündel ein guter und möglichst erzählgenerierender Impuls formuliert wird.

Rekrutierungsprozess

Die Rekrutierung von Interviewpartner*innen erfolgte in dem Zeitraum zwischen dem 24. Dezember 2020 und dem 17. März 2021. Dabei wurden zunächst sogenannte Gatekeeper angeschrieben. Gatekeeper sind Schlüsselpersonen im Forschungsfeld, die leichter zu erreichen sind als die Untersuchungssubjekte selbst und zudem bei der Kontaktierung potenzieller Interviewpartner*innen behilflich sein können (Wolff, 2008).

Dabei handelte es sich um eine gewerkschaftliche Initiative, die sich für Mitarbeiter*innen in der Langzeitpflege einsetzt. Per E-Mail wurde ein Anschreiben versendet, in welchem Forschungsinteresse und Untersuchungsgruppe beschrieben wurden. Als Untersuchungsgegenstand wurden die Erfahrungen von Beschäftigten in der mobilen Altenpflege genannt, aktuelle Herausforderungen in der Arbeit sowie mögliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit der Beschäftigten. Als Untersuchungsgruppe wurden mobile Mitarbeiter*innen in der Altenpflege unterschiedlicher Berufsgruppen (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Pflegeassistent*innen, Pflegefachassistent*innen, Heimhelfer*innen) definiert. Zusätzlich beinhaltete das Anschreiben zentrale Informationen zum geplanten Vorgehen der Untersuchung, wie der geplante Zeitraum der Erhebung, die voraussichtliche Dauer des Interviews, die Wahlmöglichkeit zwischen einer persönlichen Durchführung des Interviews oder einer Durchführung via Videotelefonat, die Verpflichtung der Studienleiterin zur vertraulichen Behandlung persönlicher Daten sowie die Kontaktdaten derselben. Über diesen Weg wurde der Betriebsratsvorsitzende einer Organisation erreicht, der sich dazu bereit erklärte, das Anschreiben an potenzielle Interviewpartner*innen weiterzuleiten. Zudem bot er an, die

Interviews in den Büroräumen der Organisation durchführen zu können. Hierbei konnten sieben Interviewpartner*innen gewonnen werden.

Über die Verbreitung des Anschreibens in sozialen Medien und über ein Netzwerk für Pflegende im deutschsprachigen Raum konnten zwei weitere Interviewpartnerinnen rekrutiert werden.

Bei der Fallauswahl wird in qualitativen Untersuchungen nach dem Prinzip der theoretischen Sättigung vorgegangen. Dieses besagt, dass die angemessene Anzahl an Fällen dann erreicht ist, wenn die Einbeziehung neuer Fälle zu keiner weiteren Informationsgewinnung beiträgt (Schreier, 2020). In der qualitativen Forschung steht nicht, wie bei quantitativen Studien, die statistische Repräsentativität der Stichprobe im Zentrum, sondern eine inhaltliche Repräsentativität. Diese fordert eine Zusammensetzung des Samples, bei der alle relevanten Merkmale und Merkmalskombinationen vorkommen (Misoch, 2019).

Beschreibung der untersuchten Gruppe

Es konnten neun Interviewpartner*innen für diese Untersuchung gewonnen werden. Da die Rekrutierung weiterer Interviewpartner*innen im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich war, lassen sich keine Aussagen zur inhaltlichen Saturierung treffen. Das erste Interview

Tabelle 2

*Charakteristika der Interviewpartner*innen*

IP	Geschlecht	Alter in Jahren	Beruf	Jahre im Beruf	Wohnsituation: alleinlebend	Geburtsland: Österreich
1	w	50	HH	6	nein	nein
2	w	45	AB	2	nein	ja
3	w	59	HH	27	ja	ja
4	m	46	DGKP	23	ja	nein
5	m	50	PA	7	nein	nein
6	w	47	PA	1	nein	ja
7	w	34	DGKP	15	nein	ja
8	w	35	PA	17	nein	ja

Anmerkung. IP = Interviewpartner*in; w = weiblich, m = männlich; HH = Heimhelfer*in; AB = Alltagsbegleiter*in; DGKP = diplomierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in; PA = Pflegeassistent*in

wurde zur Erprobung des Leitfadens verwendet und ist somit nicht in die Auswertung aufgenommen worden. In Tabelle 2 sind die Charakteristika der acht Interviewpartner*innen zu sehen. Es wurden Mitarbeiter*innen aus den drei Berufsgruppen „diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen“ (2), „Pflegeassistent*innen“ (3) und „Heimhelfer*innen bzw. Alltagsbegleiterin“ (3) interviewt. Sechs der Interviewpartner*innen waren weiblichen und zwei männlichen Geschlechts. Die Personen waren zwischen 34 und 59 Jahren alt und zwischen einem und 27 Jahren bereits in ihrem Beruf tätig. Zwei der Interviewpartner*innen leben allein, sechs mit dem Lebenspartner oder der Lebenspartnerin oder mit den eigenen Kindern zusammen. Fünf gaben als Geburtsland Österreich an, die übrigen drei wurden außerhalb von Österreich geboren.

Interviewdurchführung

Die Interviews wurden in dem Zeitraum zwischen dem 12. Februar 2021 und dem 22. März 2021 geführt und dauerten zwischen 30 und 60 Minuten. Fünf Interviews wurden persönlich in den Büroräumen des Arbeitsgebers unter Einhaltung der geltenden Schutzmaßnahmen durchgeführt, die weiteren vier Interviews wurden als Videotelefonat abgehalten. Es wurde vor Beginn des Gesprächs ein Informationsblatt ausgehändigt, auf dem das Ziel der Studie, die Bestimmungen zum Datenschutz (Anonymisierung personenbezogener Daten, Datenvernichtung nach Beendigung der Studie, Veröffentlichung im Rahmen der Masterarbeit) sowie die Möglichkeit jederzeit das Interview ohne entstehende Nachteile abbrechen zu können, erklärt wurden. Anschließend wurde eine Einwilligungserklärung vorgelegt, die für eine Teilnahme an der Studie unterschrieben werden musste. Bei den digitalen Interviews erhielten die Befragten das Informationsblatt und die Einwilligungserklärung vorab per Mail, mit der Bitte, die Einwilligungserklärung vor Beginn des Interviews unterschrieben zu retournieren. Informationsblatt und Einwilligungserklärung sind im Anhang A zu sehen.

Alle Gespräche wurden mit dem Mobiltelefon der Interviewführerin aufgezeichnet. Im Vorfeld erfolgte eine Qualitätsprüfung der Aufzeichnung. Zu Beginn wurden die Interviewpartner*innen aufgefordert, sich kurz vorzustellen und ihre beruflichen Tätigkeiten zu beschreiben. Zur Eröffnung diente die Frage, wie die Pandemie im vergangenen Jahr erlebt worden war. So konnten bereits hier einige für die interviewte Person relevante Punkte identifiziert werden. Es folgten Fragen zum psychischen Wohlbefinden und zur beruflichen Leistungsfähigkeit während der Pandemie sowie zu Herausforderungen und Belastungen im Kontext der Pandemie. Zuletzt bestand noch die Möglichkeit, Dinge zu erwähnen, die noch

nicht besprochen wurden, jedoch wichtig sein könnten. Der Interviewleitfaden befindet sich im Anhang B.

Datenauswertung

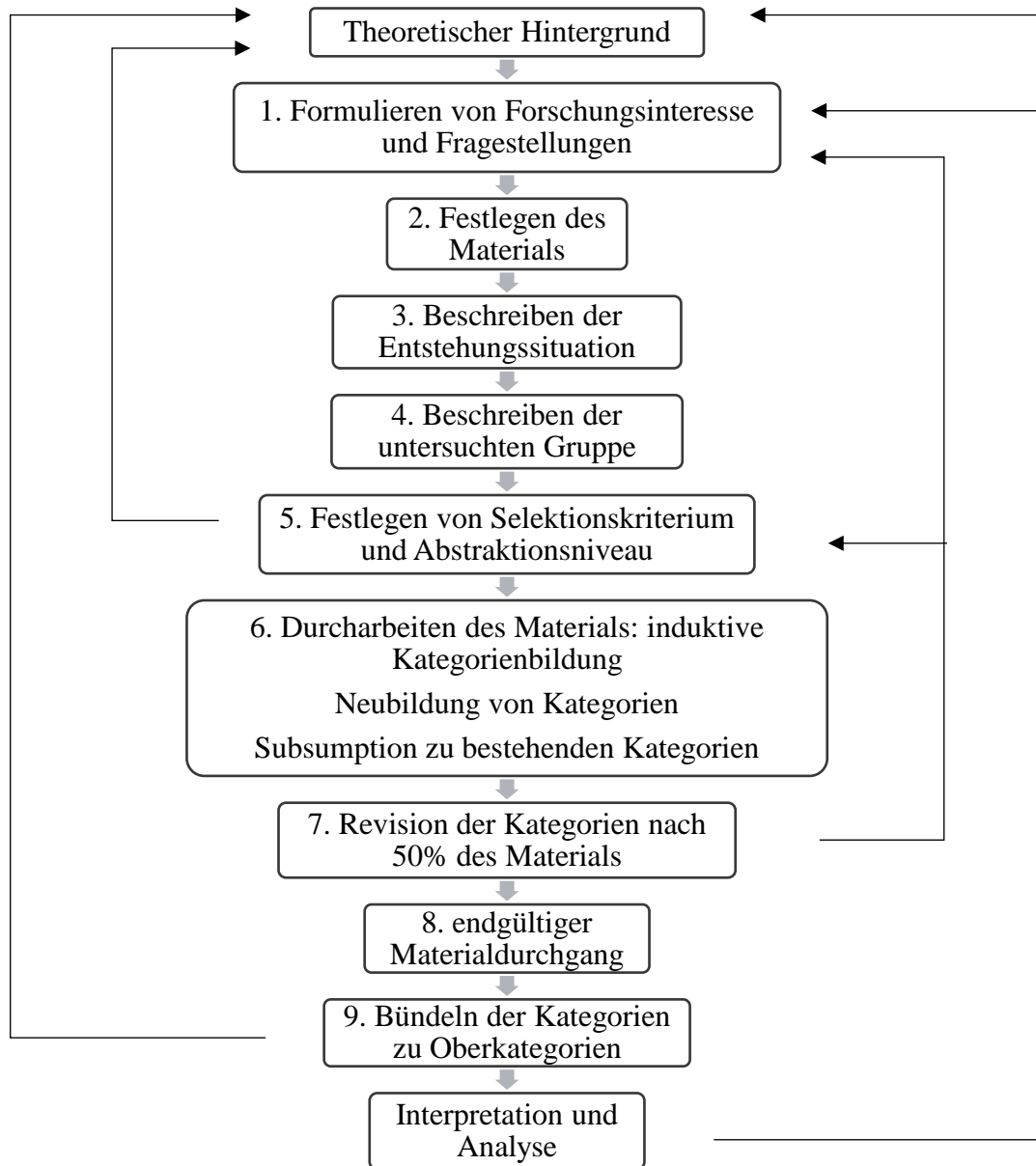
Für die Auswertung wurden die Aufzeichnungen der Interviews vollständig transkribiert und Personen- sowie Ortsnamen anonymisiert, um keine Rückschlüsse auf die Interviewpartner*innen zu ermöglichen. Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008; 2015; 2016). Zur Unterstützung des Auswertungsprozesses ist das Computer-Programm MAXQDA 2020 (VERBI Software, 2019) zur Anwendung gekommen.

Auswertungsmethode: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse hat das Ziel, Kommunikationsmaterial systematisch auszuwerten. Zentral bei der Analyse ist das Bilden eines Kategoriensystems und die Zuordnung des Materials zu den Kategorien (Mayring, 2008; 2015; 2016). Mayring zufolge ist es wichtig, das Material innerhalb seines Entstehungskontextes zu interpretieren. Ein weiterer wichtiger Grundsatz ist die strenge Regelgeleitetheit, welche das methodische Vorgehen intersubjektiv nachvollziehbar und überprüfbar macht. Dabei sollen zunächst in einem Ablaufmodell die einzelnen Analyseschritte definiert werden. Das Modell folgt allgemeinen Schritten des qualitativen Forschungsprozesses, soll sich jedoch an den Forschungsfragen orientieren und unter Berücksichtigung des vorhandenen Materials festgelegt werden. Die Kategorienbildung kann sowohl theoriegeleitet als auch aus dem Material heraus erfolgen. Dazu werden inhaltsanalytische Regeln der Kategorienzuordnung festgelegt. Diese Regeln können während der Analyse in Rückkoppelungsschleifen überprüft und überarbeitet werden. Mayring beschreibt drei Grundformen des Interpretierens, die sich aus dem alltäglichen Umgang mit Kommunikationsmaterial ergeben (2015): die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Im Hinblick auf die Forschungsfragen und das Datenmaterial sollen geeignete Analysetechniken ausgewählt werden, die auch kombiniert werden können (Mayring, 2015).

Ablaufmodell

In der vorliegenden Arbeit wurde mit der Methode der induktiven Kategorienbildung gearbeitet. Diese gehört zu den zusammenfassenden Analysetechniken. Dabei werden die Kategorien durch Paraphrasierung und Reduktion der relevanten Inhalte aus dem Material abgeleitet. Die festgelegten Analyseschritte des Ablaufmodells sind in Abbildung 2 dargestellt. Die Schritte eins bis vier sind schon vor der Auswertung durchgeführt worden und können in den Kapiteln „Forschungsinteresse und Forschungsfragen“ und „Datenerhebung“

Abbildung 2*Ablaufmodell des Forschungsprozesses*

nachgelesen werden. Es werden nun die Schritte fünf bis neun beschrieben. Zunächst wurden Selektionskriterium und Abstraktionsniveau für die induktive Kategorienbildung definiert. Das Selektionskriterium legt fest, welche Inhalte im Material vorliegen müssen, damit der Textteil zur induktiven Kategorienbildung herangezogen werden kann. Das Selektionskriterium ist erfüllt, wenn Belastungen im Kontext der COVID-19 Pandemie genannt werden, die negative Auswirkungen auf das Leben und die psychische Gesundheit der mobilen Altenpfleger*innen haben. Belastungen sind dabei alle äußeren Einflüsse, die auf das Individuum einwirken (Nübling et al., 2020) und subjektiv negativ bewertet werden, da sie schädigend, bedrohend, verlustbezogen oder herausfordernd für das Individuum sind.

Psychische Gesundheit wird definiert als ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann (WHO, 2019) und wird über das psychische Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit erfasst. Das Abstraktionsniveau definiert, wie eng oder weit die zu bildenden Kategorien gefasst werden sollen und umfasst hier einzelne Faktoren und konkrete Situationen, die von Pflegekräften in der mobilen Altenpflege als belastend empfunden werden. Anschließend erfolgte die induktive Kategorienbildung. Dazu wurden die transkribierten Interviews durchgearbeitet und auf Textteile überprüft, in denen die festgelegten Kriterien erfüllt werden. So wurde durch Neubildung von Kategorien und Subsumption zu bestehenden Kategorien ein erstes vorläufiges induktives Kategoriensystem erstellt. Dieses umfasste zunächst 177 Kategorien, die für einen ersten inhaltlichen Überblick über das Material in vier Themenbereiche aufgeteilt wurden (Belastungen, psychischer Gesundheitszustand, Schutzfaktoren, Anderes). Die ersten beiden Themenbereiche beziehen sich auf die zwei Fragestellungen dieser Arbeit und die entsprechenden Textteile wurden unter Anwendung der festgelegten Kriterien identifiziert. Der Themenbereich Schutzfaktoren bezieht sich nicht direkt auf die Fragestellungen und sollte auch nicht in das endgültige Kategoriensystem einfließen, allerdings schien es für die Interviewpartner*innen eng mit den Hauptthemenbereichen verknüpft zu sein, weshalb entsprechende Inhalte zunächst mitkodiert wurden. Auch der letzte Themenbereich wurde gebildet, um möglicherweise relevante Aspekte, die auf einen ersten Blick nicht zu den Hauptthemenbereichen subsumiert werden konnten, nicht von vorneherein auszuschließen. Die Benennung dieser Kategorien orientierte sich stark an dem Gesagten. So sollte einer voreiligen Interpretation in diesem ersten Schritt entgegengewirkt werden. Ein Auszug aus dem ersten Kategoriensystem ist in Tabelle 3 zu sehen. Dieses wurde nach der Hälfte der Interviews am Material und im Hinblick auf die Fragestellungen und die festgelegten Kriterien rücküberprüft, um sicherzustellen, dass die Kategorien die kodierten Textteile gut repräsentieren und eine Beantwortung der Forschungsfragen ermöglichen. In diesen Rückkoppelungsschleifen wurden die vorläufigen Kategorien umformuliert, inhaltlich zusammengefasst und anschließend am Material getestet. In das endgültige Kategoriensystem wurden diejenigen Kategorien inkludiert, die für eine Beantwortung der Forschungsfragen relevant waren. War ein stabiles Kategoriensystem erreicht, wurde das restliche Material bearbeitet. Die finalen Kategorien wurden anschließend unter Berücksichtigung des Vorwissens thematisch zu Oberkategorien gebündelt und im Hinblick auf die Forschungsfragen interpretiert.

Tabelle 3*Auszug aus dem vorläufigen Kategoriensystem*

Themenbereich	Kategorie	IP
Anderes	Mitgefühl mit Klient*innen	6
Belastungen	Arbeiten mit Maske	5
Belastungen	Beziehung zu den Klient*innen	5
Belastungen	Herausforderungen in der Arbeit mit älteren Menschen	5
Belastungen	Strenges Einhalten der Hygienemaßnahmen	5
Belastungen	Teamsitzungen per Videotelefonie	5
Belastungen	Weniger alltäglicher Kontakt	5
Psychischer Gesundheitszustand	Eigenen psychischen Gesundheitszustand halten	5
Psychischer Gesundheitszustand	Sorge, COVID zu übertragen	5
Schutzfaktoren	Guter Zusammenhalt im Team	5
Schutzfaktoren	Impfung	5
Anderes	Auswirkungen auf Klient*innen/Positiv wirken	4
Belastungen	Angst bei Verdachtsfall	4
Belastungen	Maske erschwert Kommunikation	4
Belastungen	Mobile Pflege benachteiligt	4
Belastungen	Unwissenheit darüber, wann es vorbei ist	4

Anmerkung. IP = Anzahl an Interviewpartner*innen, bei denen die Kategorie identifiziert wurde

Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertung vorgestellt. Es werden zunächst das Kategoriensystem dargestellt und die Belastungsfaktoren beschrieben. Anschließend wird genauer auf die Auswirkungen dieser Belastungsfaktoren auf die psychische Gesundheit eingegangen.

Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 Pandemie

Das gebildete Kategoriensystem ist in Tabelle 4 zu sehen. Es wurden insgesamt 10 Hauptkategorien von Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 Pandemie identifiziert. Von den ersten acht Hauptkategorien wurden je zwei Kategorien inhaltlich zu einer Oberkategorie gebündelt. Die letzten beiden Hauptkategorien bilden eigene Oberkategorien

ab. Insgesamt ergeben sich daraus sechs Oberkategorien. Diese werden nun nachfolgend beschrieben und anhand von ausgewählten Zitaten der Interviewpartner*innen (IP) untermauert.

Schutzmaßnahmen

Die erste Kategorie enthält Schutzmaßnahmen zur Eindämmung des Virus, die von den Interviewpartner*innen als belastend empfunden wurden. Dabei bestehen Belastungen im Zusammenhang mit dem Tragen von persönlicher Schutzausrüstung und der Kontaktbeschränkung.

Tabelle 4

Endgültiges Kategoriensystem der Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 Pandemie

Kategorien	Beispielzitate
Schutzmaßnahmen	
Tragen von Schutzausrüstung	„Die Belastung sehe ich hier durch das Masketragen. (...) Diese Körpermobilität. Aber dann kann ich dadurch nicht durchatmen.“ (IP4)
Kontaktbeschränkungen	„Und ich glaube schon, dass es eine fordernde Zeit ist, weil du einfach auch vom Privatleben her extrem zurücksteckst. Vielleicht noch mehr zurücksteckst wie jeder Andere.“ (IP9)
Unwissenheit	
Richtiges Verhalten	„Was ist, wenn das ein*e Klient*in hat? Wie reagiere ich? (...) man hat noch nicht so gewusst mit dem Umgang. (...) Also da hat schon ein bisschen im Hinterstübchen die Angst mitgespielt.“ (IP6)
Ende der Pandemie	„Was ist die größte Belastung? Das ist schwierig. Ich glaube die andauernde Situation. Dass man einfach nicht weiß, wann endet das.“ (IP7)
Gefahr der Infizierung	
Für Klient*innen	„Aber mir wurde bewusst, wie gefährlich das ist. Und wie sehr ich aufpassen muss, dass ich nichts abbekomme und nichts übertrage.“ (IP6)

Tabelle 4*Endgültiges Kategoriensystem der Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 Pandemie*

Kategorien	Beispielzitate
Bedeutung für das Team	„Und wir haben alle uns gegenseitig aufgebaut, schon allein mit dem Hintergedanken, bitte gib nicht auf, bitte halte durch, weil wenn du auch noch wegfällst, dann können wir gar nicht mehr.“ (IP6)
Fehlende Unterstützung	
Durch andere Menschen	„Wo ich mir einfach denke, muss das sein? Ich verstehe es, dass gerade die jungen [Menschen] auch extrem unter der ganzen Situation leiden aber ich sage halt, wenn alle an einem Strang ziehen, geht es vielleicht alles ein bisschen einfacher.“ (IP9)
Ungleichbehandlung	„Ich sage immer, man wird in der mobilen Pflege wenig beachtet. Es ist immer gewesen. In dem Gesundheitssystem, wer wird belastet? Man redet immer vom Krankenhaus. (...) Und ich sage, irgendwo eine Gleichberechtigung im Stellenwert würde man sich schon wünschen.“ (IP7)
Allgegenwärtigkeit der Pandemie	„Es ist so, dass du eben nicht rauskommst. Und das ist das Schwierige. (...) Das Schwierige für mich ist, dass das über allem drüber liegt und du kannst nicht raus.“ (IP3)
Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Pflichten	„Es ist natürlich auch so, dass im privaten Umfeld (...) die Belastung auch nicht geringer geworden ist, mit halbwüchsigen Kindern und Home-Schooling. (...) Und wenn man dann eine von den wenigen Personen ist, die noch draußen arbeiten (...) und du musst trotzdem Haushalt und kochen und dafür sorgen, dass das Kind seine Distance-Learning Sachen erledigt.“ (IP2)

Das Tragen von Schutzausrüstung. Das Tragen eines MNS bei der Arbeit wird vor allem zu Beginn der Pandemie von den Interviewpartner*innen als belastend empfunden. Zum einen werden körperliche Belastungen beschrieben. Nach körperlich anstrengenden Tätigkeiten wie dem Mobilisieren der Klient*innen entsteht das Bedürfnis nach „Atempausen am Fenster“ (IP4). Auch Müdigkeit und in dessen Folge eine verringerte Leistungsfähigkeit oder Kopfschmerzen aufgrund von geringerer Wasserzufuhr werden mit dem Tragen eines MNS in Verbindung gebracht (IP7). Der Arbeitsalltag insgesamt wird als anstrengender wahrgenommen (IP8). Für IP3 ist das Mitführen zusätzlicher Schutzausrüstung „hinderlich, (...) [denn] es bremst auch ein bisschen so in der Routine, die sich doch im Laufe der Jahre aufgebaut hat“. Als besonders einschränkend wird der MNS in der Kommunikation mit schwerhörigen Klient*innen wahrgenommen: „Wenn ich da so rede, ja? Da verstehen wir uns so schon nicht, ja? Und wenn ich dieses Ding oben habe auch noch und die Brille drüber und alles. Es ist schon schwierig, ja?“ (IP3). Das Sprechen ist anstrengend, denn „man muss wirklich laut reden mit den Leuten (...) man brüllt sich fast zu Tode“ (IP8). Gespräche mit den Klient*innen werden dadurch reduziert, was für einige Interviewpartner*innen die persönliche Ebene im Umgang mit den Klient*innen erschwert (IP3, IP5, IP8).

Es wird von Klient*innen berichtet, welche die Schutzmaßnahmen nicht akzeptieren wollen, weshalb es immer wieder zu Diskussionen kommt (IP3, IP5). Im Umgang mit an Demenz erkrankten Klient*innen müssen die Schutzmaßnahmen wiederholt erklärt und gerechtfertigt werden, was als belastend empfunden wird: „Und ich glaube, ganz schwierig war das mit unseren dementen Klient*innen, denen auch immer das zu erklären, warum, wieso, weshalb“ (IP7).

Besonders zu Beginn der Pandemie war ein großes Problem nicht ausreichend vorhandene PSA. „(...) uns hat da einfach die Ausrüstung gefehlt. (...) Und das war zu dem Zeitpunkt sicher das größte Problem.“ (IP7).

Kontaktbeschränkungen. Für die Interviewteilnehmer*innen erschwert nicht nur das Tragen der Masken die Beziehung mit den Klient*innen, sondern auch die Schutzmaßnahme des Abstandhaltens und der Kontaktbeschränkung. Begrüßungsrituale und körperliche Kontakte, wie Händeschütteln und Umarmungen fallen weg, was sowohl von Klient*innen als auch von Pfleger*innen bedauert wird (IP5, IP8). Besuche werden zeitlich und in der Häufigkeit auf das Notwendigste reduziert, worunter die Qualität der Arbeit leidet (IP8).

Für eine Pflegerin sind die Auswirkungen der Kontaktbeschränkung auf die Beziehungsarbeit besonders deutlich geworden, als eine Klientin verstorben ist. Das Trösten der Angehörigen und gemeinsames Trauern wird durch das Einhalten der Abstandsregelungen

erschwert. Es ist kein angemessener Abschied von der verstorbenen Person möglich, was Frustration und Wut auslöst.

Wenn nicht Corona wäre, wärst du hingegangen, hättest den in den Arm genommen und hättest versucht ihn ein bisschen aufzufangen in seiner Hilflosigkeit. Da sind wir am Tisch gesessen, zwei Meter Entfernung und du hast ihm zugerufen und er hat richtig geweint und du hast ihm aber nicht helfen können, weil du sollst nicht hingehen, du sollst den Abstand wahren. Also da bin ich danach dann wirklich rausgegangen und habe gesagt, also wenn das jetzt zur Dauerlösung wird, dann weiß ich nicht, wie das weitergehen soll. Und auch diese Verabschiedung, die sie absolut nicht verdient hat (IP8).

Das Einhalten der Schutzmaßnahmen wird als „Gratwanderung“ beschrieben, da es sich nicht immer mit dem menschlichen Anspruch in der Pflegearbeit vereinbaren lässt. „Du sollst die Vorschriften (...) einhalten, aber du sollst auch für den Menschen da sein, ja?“ (IP3). Mehrere Interviewpartner*innen beschreiben ein starkes Mitgefühl gegenüber den Klient*innen, die als Hochrisikogruppe verstärkt auf physische Kontakte verzichten müssen. Da auch Angehörige ihre Besuche minimiert haben, hat die Einsamkeit der Klient*innen in vielen Fällen zugenommen (IP4-IP8). Andere berichten von Besuchen durch Angehörige im selben Ausmaß wie vor der Pandemie (IP5, IP6). Gleichzeitig führt die Isolation der älteren Menschen dazu, dass die Pfleger*innen eine größere Rolle im Leben der Klient*innen spielen und zusätzliche Aufgaben für sie übernehmen (IP1, IP2).

Negative Auswirkungen der Kontaktbeschränkungen werden auch in der Zusammenarbeit mit den Kolleg*innen wahrgenommen (IP1, IP3-IP8). Die Arbeit mobiler Pflegekräfte erfolgt in der Regel in Einzelarbeit. Einzelne Klient*innen werden jedoch von mehreren Pflegekräften betreut, was manchmal Absprachen untereinander erforderlich macht. Vor der Pandemie stellten die monatlichen Teamsitzungen eine der wenigen Möglichkeiten für einen persönlichen Austausch über die Arbeit dar. Um die physischen Kontakte innerhalb des Teams zu minimieren, finden seit Beginn der Pandemie die Teamsitzungen und andere Gespräche nur noch als Videokonferenzen und über das Telefon statt. Nicht immer ist der Zeitpunkt für einen Anruf von Kolleg*innen passend: „bald ist der nicht erreichbar, bald ist der nicht erreichbar, bald ist der bei einem Klienten, kann nicht sprechen“ (IP8). Die Telefonate „zwischen drinnen“ können dazu führen, dass wichtige Informationen „untergehen“ (IP8). Die Umstellung auf technische Kommunikationsmittel bringt nicht nur auf professioneller Ebene Nachteile mit sich. „Das Zwischenmenschliche“ fehlt (IP8), persönliches Kommunizieren wird als angenehmer empfunden (IP2-IP4, IP8). „Es ist was

anderes, wenn du wem gegenüber sitzt (...) dich mit dem unterhalten kannst, als wie siehst ein paar Leute auf dem Videoding“ (IP3). Auch Betriebsfeiern und gemeinsame Kaffee- oder Mittagspausen mit den Kolleg*innen können nicht mehr stattfinden, was von mehreren Interviewpartner*innen bedauert wird (IP3, IP4, IP7, IP8). Durch die Treffen mit den Kolleg*innen außerhalb des Dienstes „weißt du, du gehörst zu einem Team und es werkelt nicht jede*r irgendwo im luftleeren Raum für sich alleine“ (IP3). Der „luftleere Raum“ entsteht für diese Interviewpartnerin durch das gemeinsame abwechselnde Versorgen von Klient*innen mit neuen Kolleg*innen, deren Arbeitsweisen man noch nicht kennt und umgekehrt. Eine Interviewpartnerin, die selbst während der Pandemie neu in das Team gekommen ist, beschreibt ebenfalls eine Belastung durch die fehlenden Gelegenheiten, die Kolleg*innen kennenzulernen. „Das war für mich das Schlimmste. Ich komme neu in ein Unternehmen und kenne noch nicht einmal meine eigenen Kolleginnen und Kollegen“ (IP6)

Als Kontaktpersonen einer Hochrisikogruppe haben Gesundheitsmitarbeiter*innen die Verantwortung, diese Menschen vor einer möglichen Infizierung zu schützen. Viele der Interviewpartner*innen sehen Pflegekräfte deshalb in der Pflicht, die Schutzmaßnahme der Kontaktbeschränkung in ihrem Privatleben besonders streng einzuhalten (IP2, IP4, IP6-IP8). „jeder, der irgendwie in der Pflege arbeitet, sollte da jetzt einfach zurückstecken“ (IP8). Diese Einschränkung im Privatleben wird als Belastung wahrgenommen (IP4, IP7, IP8). Mit dem Reduzieren der privaten sozialen Kontakte bringt man „für den Beruf sehr viele Opfer“ (IP7). Es wird von Kolleg*innen berichtet, die zum Schutz der Klient*innen in Selbstquarantäne gegangen sind (IP2). Besonders für alleinlebende Pfleger*innen können die Folgen davon Einsamkeit und Traurigkeit sein (IP4).

Die Kontrolle möglicher Infektionsketten gestaltet sich für Pfleger*innen mit schulpflichtigen Kindern schwieriger, denn diese könnten durch Kontakte in der Schule unwissentlich das Virus „einschleppen“ (IP6). Eine Interviewpartnerin hat aus diesem Grund auf jeglichen Körperkontakt mit dem Sohn verzichtet. „Und da habe ich dann zuhause meinen Sohn so behandelt, als wäre er positiv. Also wirklich mit Abstand. Wir haben den Körperkontakt vermieden“ (IP6). Rückblickend wird diese Zeit negativ empfunden: „Das ist ungut im eigenen Haushalt den eigenen Sohn wie eine fremde Person zu behandeln, weil der könnte ja was haben. Das war komisch. Das war ungut“ (IP6).

Unwissenheit

Die zweite Hauptkategorie bezieht sich auf Belastungen aufgrund von Uninformiertheit und Ungewissheit. Besonders zu Beginn der Pandemie fehlten den Mitarbeiter*innen genaue Vorgaben zum richtigen Verhalten, was Gefühle von Angst und Unsicherheit ausgelöst hat.

Auch die Ungewissheit darüber, wann die Pandemie zu Ende sein wird und welche Konsequenzen folgen werden, stellte eine Belastung dar.

Richtiges Verhalten. Einige Interviewpartner*innen berichteten davon, dass zu Beginn der Pandemie viel Unklarheit über die notwendigen Schutzmaßnahmen herrschte. Dies wurde als belastend empfunden (IP2, IP7, IP9). Die unbekannte Situation war auch für die Unternehmensführung eine Herausforderung, es kam zu einer „Überschwemmung von E-Mails“ (IP7). Fehlende klare Vorgaben haben ein Gefühl der Unsicherheit ausgelöst (IP6, IP7). Bei einer Mitarbeiterin hat dies zu einem übertriebenen Einhalten der Hygienemaßnahmen geführt: „(...) da hat man ständig Handschuhe und dann sämtliche Türkäufe und weiß Gott was desinfiziert“ (IP2). Sie erzählt von einem inneren „Routine-Spickzettel“, um keinen Aspekt der Schutzmaßnahmen zu vergessen und so für die Klient*innen und sich selbst den größtmöglichen Schutz gewährleisten zu können (IP6). Ständig „aufpassen zu müssen“, (IP3) aus Angst Fehler zu begehen, wurde von den meisten als belastend empfunden (IP1-IP3, IP6-IP8).

Ende der Pandemie. Nicht absehen zu können, wann die Pandemie ein Ende haben wird und wie lange noch unter den bestehenden Bedingungen gearbeitet werden muss, stellt für einige Interviewpartner*innen ebenfalls eine große Belastung dar (IP1, IP2, IP7, IP8). „Was ist die größte Belastung? Ich glaube die andauernde Situation. Dass man einfach nicht weiß, wann endet das. Wann wird das besser. So wenig Perspektive haben. Weil wenn man jetzt weiß, bis dahin, na dann kämpft man sich durch“ (IP7). Fehlende Zukunftsperspektiven haben bei einer anderen Interviewpartnerin zu einem Zustand „des Aufgebens“ beigetragen, der eine „Neuorientierung“ erforderlich gemacht hat (IP2). Andere beschreiben Sorgen bezüglich dessen, was nach der Pandemie kommt. „Wir hatten viel Adrenalin. Und ich weiß nicht, welche Konsequenzen es haben wird, was wir jetzt erlebt haben. (...) Welchen Preis wir dafür bezahlen, weiß ich nicht“ (IP1).

Gefahr der Infizierung

Die Gefahr, sich mit dem Virus zu infizieren, bildet die dritte Hauptkategorie. Die Angst vor einer Infizierung mit dem Virus stellt für viele eine große Belastung dar und wird häufig im Zusammenhang mit den Gefahren und negativen Auswirkungen für andere Personen erwähnt. Zum einen besteht die Sorge, andere Personen, insbesondere die Klient*innen, mit dem Virus zu infizieren. Zudem würde eine Quarantäne infolge einer Erkrankung oder einer potenziellen Infizierung die Arbeitslast der Kolleg*innen erhöhen. Um diese Folgen zu verhindern, werden private physische Kontakte reduziert.

Für die Klient*innen. Bei mehreren Interviewpartnerinnen besteht die Angst, das Virus auf die Klient*innen zu übertragen (IP2, IP6-IP8): „Die größte Sorge war ja nie, dass wir erkranken. Die war ja immer, stecke ich einen Klienten an, der vielleicht, sehr wahrscheinlich zur Hochrisikogruppe zählt. Was ist dann?“ (IP7). Eine Interviewpartnerin hat selbst einen im Pflegeheim lebenden Angehörigen in Folge einer COVID-19 Erkrankung verloren. Diese Erfahrung habe bei ihr das Bewusstsein darüber verstärkt, welche Gefahr Pflegekräfte für die Klient*innen darstellen können: „Dass ich mir wirklich jeden Tag in der Früh noch einmal vor Augen führe, welche Gefahr ich als Pflegerin für die Klientin bedeute“ (IP6). Für die Infizierung oder sogar den Tod von Klient*innen verantwortlich zu sein, wäre für sie eine unerträgliche Belastung: „Ich weiß nicht, ob ich damit gut leben könnte. Also das wäre glaube ich für mich eine ewige Last, quasi ich habe da jemanden umgebracht“ (IP6). Eine andere Interviewpartnerin beschreibt als größte Belastung für das Pflegepersonal: „dieses ‚Hoffentlich stecke ich niemanden an‘“ und berichtet von Kolleg*innen, die behaupteten, sie könnten sich „das niemals verzeihen“ (IP8). Für die eine Interviewpartnerin führte dies zu extremer Kontaktbeschränkung im eigenen Haushalt (IP6), die andere Interviewpartnerin beschreibt ein schlechtes Gewissen auch bei kurzen, unter Einhaltung der Schutzmaßnahmen stattfindenden privaten Treffen (IP8). Eine Pflegerin erzählt von einer Mitarbeiterin, die sich, im Glauben daran, eine Klientin angesteckt zu haben, „massive Vorwürfe gemacht hat“ und „wirklich massiv belastet“ war (IP7) und aus diesem Grund psychologische Hilfe in Anspruch genommen hat.

Für eine Pflegerin hatten die Ergebnisse einer Untersuchung eine beruhigende Wirkung, bei der festgestellt wurde, dass nur wenige Klient*innen durch mobile Pfleger*innen angesteckt werden (IP2).

Mehrere Interviewpartner*innen berichten von Unruhe, Angst und schlaflosen Nächten aufgrund von eigenen Verdachtsfällen (IP1, IP4, IP6, IP7). Als besonders belastend wird die Zeit bis zum Testergebnis empfunden.

Für das Team. Eine Infizierung mit dem Virus oder der Verdacht darauf erfordert eine mehrtägige Quarantäne. Dies bringt für die übrigen Mitarbeiter*innen zusätzliche Arbeit mit sich, da diese die ausgefallenen Kolleg*innen vertreten müssen. Eine erhöhte Arbeitslast aufgrund von Ausfällen mehrerer Kolleg*innen wurde besonders in der Zeit um den Höhepunkt der zweiten Infektionswelle deutlich (IP4, IP6-IP8). Eine Pflegerin aus einer besonders belasteten Region beschreibt diese Phase als „Katastrophe“ (IP7). Das Virus „ist von allen Seiten gekommen“. Es sei nicht mehr möglich gewesen, die Quelle der Infektion zu identifizieren. Zeitweise war ein Viertel der Mitarbeiter*innen erkrankt und musste vertreten

werden (IP7). Doch nicht nur erkrankte Kolleg*innen müssen ersetzt werden, sondern auch solche, die als Kontaktpersonen in Quarantäne sind. Das erscheint den Kolleg*innen gegenüber ungerecht: „Weil man sich gedacht hat, wenn ich wirklich eine K1 werde, dann bin ich gesund in Quarantäne und die anderen müssen arbeiten“ (IP7).

Unter den übrigen Kolleg*innen wurde „aufeinander geschaut“ und sich „gegenseitig aufgebaut“ (IP6). Gemeinsam sollte verhindert werden, dass noch mehr Kolleg*innen ausfallen und gegenseitige Rücksichtnahme und Motivation fördere den Zusammenhalt und das Durchhaltevermögen der einzelnen. Eine Interviewpartnerin formuliert einen Leitgedanken: „Ha, ich schaffe das schon. Ich pack das schon (...) sonst muss sich der Kollege oder die Kollegin reinbeißen“ (IP6). Da die Klient*innen auf die täglichen Pflegeleistungen angewiesen sind, kann die Arbeit nicht aufgeschoben werden. „Da geht es um Menschen. Und da müssen wir hin“ (IP6). Eine Interviewpartnerin berichtet: „Und das hat dazu geführt, dass wir teilweise alle so um die hundert Überstunden gemacht haben“ (IP6). Gleichzeitig hat sie aufgrund ihrer Arbeit Stolz empfunden. Es habe ein Gefühl der Zufriedenheit ausgelöst, „in dieser Zeit etwas für Menschen tun zu können“ (IP6). Auch eine andere Interviewpartnerin zieht aus dem Gefühl, gebraucht zu werden, die Motivation zum Weiterarbeiten (IP1).

Fehlende Unterstützung

Die vierte Hauptkategorie betrifft die Belastung durch fehlende Unterstützung. Die Wahrnehmung von fehlender Unterstützung besteht einerseits in der fehlenden Bereitschaft der Bevölkerung sich an die Schutzmaßnahmen zu halten, die für Pflegekräfte zum Arbeitsalltag gehören. Andererseits besteht bei den mobilen Pflegekräften der Eindruck einer strukturellen Ungleichbehandlung verglichen mit anderen Gesundheitsmitarbeiter*innen.

Durch andere Menschen. Für viele Interviewpartner*innen bedeutet die Arbeit als „Systemerhalter*in“ (IP7) eine erhöhte Verantwortung zum Einhalten der einschränkenden Schutzmaßnahmen. Zeigen andere Menschen weniger Bereitschaft zum Einhalten der Maßnahmen, löst dies Unverständnis aus: „Wenn sich dann andere aufregen, dass sie eine viertel Stunde Maske aufsetzen müssen, weil sie in ein Geschäft gehen, habe ich wenig Verständnis, weil es fragt uns ja auch keiner. Bei uns ist es selbstverständlich. Ein anderer beschwert sich“ (IP7). Eine andere Pflegerin beschreibt es als Herausforderung, auf das eigene Privatleben zu verzichten, während andere „einfach tun, was sie wollen“ (IP8). Besonders mit fortschreitender Dauer der Pandemie werde das Einhalten der Schutzmaßnahmen mühsamer (IP2, IP8). Anders als bei Menschen, die nicht im ständigen Kontakt mit einer Hochrisikogruppe sind, müssen Altenpfleger*innen die Schutzmaßnahmen

zum Wohle der Klient*innen streng einhalten. Ausnahmen könnten zu einer Infizierung führen mit möglicherweise fatalen Folgen für die Klient*innen und deshalb mit einem schlechten Gewissen einhergehen (IP8). Es besteht der Wunsch nach gemeinsamem „Zurückstecken“: „Wenn alle an einem Strang ziehen, geht es vielleicht alles ein bisschen einfacher“ (IP8).

Zu Beginn der Pandemie wurde in der Gesellschaft eine Zunahme an Wertschätzung von Pflegepersonal wahrgenommen, da die Bedeutung dieser Berufsgruppe auch von den Medien in den Fokus gerückt worden ist (IP8). Ausdruck dessen war die „Balkongeschichtl“, bei der zu bestimmten Uhrzeiten auf den Balkonen und an den Fenstern dem Pflegepersonal als Dank für ihre Arbeit Beifall geklatscht wurde. Dies habe den Pfleger*innen jedoch wenig gebracht (IP8).

Ungleichbehandlung. Auch wenn die Belastung von Mitarbeiter*innen im Gesundheitssystem im Kontext der Pandemie stärker thematisiert wurde, ist der Blick größtenteils auf das Krankenhauspersonal gefallen und selten auf die mobilen Pfleger*innen (IP7). Es besteht Einigkeit darin, dass die Situation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern noch „ärger“ ist als die eigene (IP1). Doch es wird auch auf die Bedeutung der Arbeit von mobilen Pfleger*innen hingewiesen (IP1, IP7). Es besteht der Wunsch nach einer „Gleichberechtigung im Stellenwert“ (IP7). Von einer Benachteiligung mobiler Pfleger*innen berichten mehrere Interviewpartner*innen im Zusammenhang mit der Impfung (IP2, IP3, IP6). „Die Hauskrankenpflege musste das über die Hotline machen. Nur die im stationären Bereich haben die Impfung in der Firma bekommen. Aber wir in der Hauskrankenpflege durften das nicht“ (IP6).

Allgegenwärtigkeit der Pandemie

In der fünften Hauptkategorie geht es um die Belastung aufgrund der Allgegenwärtigkeit der Pandemie. Diese zeigt sich darin, dass die COVID-19 Pandemie gleichermaßen auf der Arbeit wie in der Freizeit als präsent wahrgenommen wird (IP2, IP3, IP7). „Das Schwierige für mich ist, dass das über allem drüber liegt und du kannst nicht raus“ (IP3). Die Omnipräsenz besteht nicht nur in den verschiedenen Lebensbereichen, sondern auch über alle Länder hinweg. „Ich kann mich nicht in einen Flieger setzen und sagen, ich fliege in einen anderen Kontinent. Ich meine, ich kann dorthin fliegen, aber dort ist die Situation auch keine andere“ (IP3). Die erhöhte Arbeitslast verstärkt das Bedürfnis nach Urlaub (IP2, IP7). Eine langfristige Urlaubsplanung ist jedoch aufgrund der zeitweise geltenden Reisebeschränkungen kaum möglich, sodass die Urlaubstage zuhause konsumiert wurden (IP2). Für Pfleger*innen, deren Familien im Ausland leben, waren diese Reisebeschränkungen besonders belastend, da

lange keine Möglichkeit bestand, Reisen ins Ausland zu unternehmen (IP1, IP4, IP5). Demnach kann man der Situation auch im Urlaub nicht entfliehen, was von mehreren Interviewpartner*innen als Belastung wahrgenommen wird (IP2, IP3, IP7). „Es ist nicht mehr so, dass einem Urlaub so ein absolutes Abschalten ermöglicht“ (IP2).

Schwierige Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Pflichten

Die sechste Hauptkategorie beinhaltet die Belastung durch eine schwierige Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Pflichten. Dieses Thema wird ausschließlich von weiblichen Pflegekräften angesprochen. Eine zusätzliche Herausforderung besteht für Eltern schulpflichtiger Kinder im „Home-Schooling“ (IP1, IP2, IP6, IP7). Eine kinderlose Interviewpartnerin vermutet, dass diese Aufgabe für die Kolleg*innen mit schulpflichtigen Kindern die größte Belastung im Kontext der Pandemie darstellt (IP7). Eine weitere Interviewpartnerin ist froh, dass ihr Kind alt genug ist und deshalb keine Unterstützung bei den Schulaufgaben von ihr benötigt. Gleichzeitig drückt sie Mitgefühl denjenigen Müttern gegenüber aus, die noch jüngere Kinder haben. Die erhöhten Anforderungen in beiden Bereichen würden zu einer „psychischen Ermüdung“ führen (IP1). Eine Pflegerin, die selbst davon betroffen ist, beschreibt die Herausforderung: „Du musst trotzdem (...) Haushalt und kochen und das regelmäßig. (...) Und eigentlich dafür sorgen, dass das Kind seine Distance-Learning-Sachen macht“ (IP2).

Während sich die Arbeit vieler Eltern durch die Möglichkeit des Home-Office nach Hause verlagert sich, ist man als Pfleger*in „eine von den wenigen Personen (...), die dann noch draußen arbeitet“ (IP2). Das erschwert es, die eigenen Kinder bei den Schulaufgaben zu unterstützen. Die Erwartung an sich selbst, „es möglichst gut zu machen“ hat sie nicht erfüllen können. Die Folge waren Phasen des Rückzugs, um sich einen Perspektivwechsel auf die Situation zu ermöglichen.

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit

Auf die Frage nach dem Zustand des psychischen Wohlbefindens gaben die Interviewpartner*innen unterschiedliche Antworten. Einige berichteten von negativen Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden (IP2, IP3, IP6), andere behaupteten keine Beeinträchtigungen wahrgenommen zu haben oder sind der Frage ausgewichen (IP1, IP4, IP5, IP7, IP8). Oftmals wurden stattdessen oder als Ergänzung eigene Bewältigungsstrategien beschrieben. Diese werden nachfolgend ebenfalls erwähnt. Dass die Auswirkungen der Pandemie auf die mobilen Altenpfleger*innen unterschiedlich sein können, wurde auch von den Pfleger*innen selbst so wahrgenommen: „(...) ich habe das Gefühl, dass es jeder

unterschiedlich auffasst und jeder damit unterschiedlich umgeht. Unter den Kollegen ist es genauso unterschiedlich wie draußen in der Gesellschaft“ (IP6).

Für mehrere Interviewpartner*innen war besonders der Beginn der Pandemie sehr herausfordernd und von Gefühlen der Angst und Unsicherheit geprägt (IP2, IP4, IP6, IP7). Zu Beginn gab es noch wenig Informationen über die Erkrankung an und die genaue Übertragung von COVID-19. Einige berichten davon, dass sich die anfängliche Unsicherheit mit zunehmendem Wissen über die Erkrankung gelegt hat (IP2, IP6). Die meisten Interviewpartner*innen berichten von einer ausgeprägten Angst davor, sich mit dem Virus zu infizieren und ihn dadurch auf die Klient*innen zu übertragen (IP1, IP2, IP6-IP8). Für alle Interviewpartner*innen hat sich diese Angst durch die Impfung deutlich reduziert. Eine Pflegerin berichtet von Alpträumen im Zusammenhang mit der Angst, Überträgerin des Virus zu sein (IP6). Durch den Todesfall eines nahen älteren Angehörigen infolge einer Ansteckung in dem Pflegeheim, in dem er gelebt hat, hat sie ein besonders hohes Bewusstsein darüber, welche Gefahr Pfleger*innen für die älteren Klient*innen darstellen können. Eine weitere Interviewpartnerin berichtet von einer Kollegin, die sich davon so stark belastet gefühlt hat, dass psychologische Einzelsupervisionen notwendig waren (IP7). Angst bestand auch im Zusammenhang mit der Ungewissheit, wann die Pandemie zu Ende sein würde und zeigt sich bei einigen Pfleger*innen auch in körperlichen Symptomen, wie Schlafprobleme und Magenbeschwerden (IP1, IP2).

Auf die Frage nach den Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden berichtete eine Pflegerin von „Phasen des Aufgebens“, in denen das Gefühl der Verantwortung zu groß geworden sei und sie die Erwartungen an sich selbst nicht mehr hätte erfüllen können (IP2). Durch die Schließung der Schulen wurden zusätzliche Anforderungen an Eltern schulpflichtiger Kinder gestellt, wovon auch diese Pflegerin betroffen war. Die Herausforderungen, die sich im Berufs- wie im Privatleben häuften, konnte sie nicht mehr bewältigen. Um aus diesen Krisen herauszukommen, habe es geholfen sich der Begrenztheit der eigenen Leistungsfähigkeit bewusst zu werden und zu akzeptieren, dass die „eigene Idealvorstellung“ nicht immer erfüllt werden könne. Zudem beschrieb die Pflegerin erlernte kognitive und Verhaltenstechniken, die sich positiv auf ihr Wohlbefinden auswirken würden (IP2). Eine andere Pflegerin schien sich besonders durch die Allgegenwärtigkeit der Pandemie belastet zu fühlen und kam immer wieder darauf zu sprechen, dass die Unmöglichkeit, diese Situation zu verändern „niederdrückt“ (IP3). Auch sie verfügte über Ressourcen, die von ihr als „Kraftquellen“ des eigenen inneren Gleichgewichts bezeichnet wurden. Beide Pflegerinnen betonten, wie wichtig eine klare Abgrenzung von Beruf- und

Privatleben für den Erhalt der psychischen Gesundheit sei. Dies müsste vor allem den Berufseinsteiger*innen beigebracht werden, die mit hoher Motivation den Beruf beginnen, aber oftmals aufgrund fehlender Abgrenzung mit der Zeit „ausbrennen“ (IP3).

Als besonders herausforderndes Erlebnis während der Pandemie beschrieb eine Pflegerin eine Situation, in der es aufgrund der geltenden Schutzmaßnahmen nicht möglich war, nach dem Tod einer Klientin die Angehörigen zu trösten und gemeinsam um die Verstorbene zu Trauern (IP8). Insgesamt bewertete sie ihr psychisches Wohlbefinden jedoch als gut.

Ein Pfleger erklärte, dass er sich selbst durch die Pandemie kaum psychisch belastet fühlte. Fehlender persönliche Kontakt zu Kolleg*innen und zu Freund*innen würde ein Gefühl der Traurigkeit auslösen: „Dass man nicht mehr anderen Kontakt hat, das macht traurig und depressiv“ (IP4). Der Pfleger versuchte allerdings, dieses Gefühl nicht an sich heranzulassen und weiterhin positiv zu bleiben. Gegen Gefühle der Einsamkeit würden Telefonate mit nahestehenden Personen helfen. Negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit habe er auch bei Kolleg*innen kaum beobachtet, sondern eher bei Freund*innen, die aufgrund der Pandemie ihre Arbeit verloren haben. Ein anderer Pfleger beschrieb seinen eigenen Zustand seit Beginn der Pandemie als ausgezeichnet und äußerte die Meinung, dass sich für Pfleger*innen und ihr Wohlbefinden aufgrund der Pandemie „nichts geändert haben kann“ (IP5). Ein vermindertes Wohlbefinden bei Pflegekräften aufgrund der Pandemie sei für ihn nicht nachvollziehbar, denn für diese Gruppe bestehe die Möglichkeit weiterhin das Haus zu verlassen, zur Arbeit zu gehen und Geld zu verdienen, was für viele Berufstätige in anderen Bereichen nicht der Fall sei (IP5). Für beide schien der Verlust der Arbeitsstelle ein Risikofaktor für das psychische Wohlbefinden darzustellen. Eine weitere Pflegerin beschrieb ihr psychisches Wohlbefinden ebenfalls als gut und erklärte in dem Zuge, dass sie in ihrer Ausbildung gelernt hätte, dass man aus bewältigten Krisen gestärkt hervorgehe, da die gesammelten Erfahrungen zu einer größeren Stabilität beitragen (IP7).

Auch die Frage nach Veränderungen in der Leistungsfähigkeit wurde unterschiedlich beantwortet. Eine Pflegerin erklärte mehrmals, dass Pflegekräfte in dieser Situation „durchhalten“ müssen und beschrieb das Bewahren des psychischen Gleichgewichtszustands als größte Herausforderung. Für sie wurde das Durchhalten durch einen Zustand ständiger Aktivierung ermöglicht. Im Laufe der Pandemie sei auch bereits „viel Kraft verloren gegangen“, die kaum wiedererlangt werden konnte, weil Erholungspausen fehlten (IP1). Die herausfordernde Situation habe das Pflegepersonal „psychisch ermüdet“ und so die Leistungsfähigkeit in der Arbeit eingeschränkt und auf ein Niveau des „Funktionierens“

gesenkt. Die Pflegerin äußerte mehrmals die Sorge vor den psychischen Langzeitfolgen der Pandemie. Solange der Aktivierungszustand noch anhielt, seien diese jedoch nicht absehbar (IP1). Ähnliches beschrieb eine weitere Pflegerin in Bezug auf die Leistungsfähigkeit. Die erhöhte Arbeitslast durch vermehrte Vertretungen von Kolleg*innen habe die Pfleger*innen an „ihr Limit“ gebracht (IP6). Es gab wenig Erholungsphasen, um die Kraft wieder aufzuladen. Motivation und Durchhaltevermögen wurden durch den starken Zusammenhalt gefördert. Trotz des Rückhalts durch Vorgesetzte, stellte sich ihr häufig die Frage, wie lange die Kräfte noch hielten und sie beschrieb eine Angst vor dem „Zusammenklappen“, womit sie bereits in einer früheren Arbeitsstelle Erfahrung gemacht hätte. Die übrigen Pfleger*innen haben kaum Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit wahrgenommen (IP3, IP4, IP5, IP7, IP8). Nur im Zusammenhang mit dem Tragen eines MNS wurde eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit beschrieben (IP3, IP7).

Diskussion

Ziel dieser Forschungsarbeit war die Untersuchung der Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 Pandemie für mobile Altenpfleger*innen in Österreich sowie mögliche Auswirkungen dieser Belastungsfaktoren auf die psychische Gesundheit der untersuchten Gruppe zu identifizieren. Die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten darauf hin, dass mobile Altenpfleger*innen im Kontext der COVID-19 Pandemie mehrfachen Belastungen ausgesetzt sind. Zum einen erleben sie Belastungen, von denen auch die Allgemeinbevölkerung betroffen ist, wie COVID-19 bezogene Ängste und die Kontaktbeschränkungen. Daneben zeigen sich Überschneidungen mit Belastungen, die auch andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen betreffen. Dazu gehören das Tragen von PSA während der Arbeit, Unsicherheiten zu Beginn der Pandemie aufgrund fehlender Informationen, ein erhöhtes Infektionsrisiko und damit einhergehend eine größere Angst vor einer Übertragung, vermehrte Personalausfälle aufgrund von infizierten oder unter Quarantäne gestellten Mitarbeiter*innen. Zu den Belastungsfaktoren zählen auch fehlende Erholungsphasen, die Ungewissheit darüber, wann die Pandemie unter Kontrolle sein wird, Sorgen bezüglich möglicher psychischer Langzeitfolgen und die erhöhte Anforderung, berufliche und familiäre Pflichten zu vereinbaren. Die Ergebnisse der Analyse zeigen zudem, dass allgemeinere Belastungsfaktoren durch die Arbeit in der mobilen Altenpflege verstärkt werden beziehungsweise Aspekte dieser Arbeit die Belastungen erhöhen. So ergeben sich spezifische Belastungen für mobile Altenpfleger*innen durch die Arbeit mit älteren, pflegebedürftigen Menschen, wie die ausgeprägte Sorge um die Gesundheit dieser Risikogruppe, eine erschwerte Kommunikation mit sensorisch und kognitiv beeinträchtigten Klient*innen durch das Tragen eines MNS und

eine Einschränkung der Beziehungsarbeit aufgrund der Kontaktbeschränkungen. Zusätzlich zeigt sich, dass eine Benachteiligung gegenüber den stationären Altenpfleger*innen und anderen Gesundheitsmitarbeiter*innen wahrgenommen wird. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit äußerten sich in Form von Ängsten und Unsicherheiten, Einsamkeit und Traurigkeit, Schuldgefühlen, Wut und psychosozialen Krisen. Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den einzelnen Belastungsfaktoren und den Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit diskutiert und in Bezug zum bestehenden Forschungsstand gesetzt.

Schutzmaßnahmen

Die Interviewpartner*innen beschrieben körperliche Beschwerden, wie Atemnot und Kopfschmerzen durch das Tragen eines MNS. Ähnliche Berichte gab es in weiteren Untersuchungen von Altenpfleger*innen und anderen Gesundheitsmitarbeiter*innen (Bakhit et al., 2021; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020c). Interessanterweise zeigte sich in einigen Studien auch eine positive Wirkung von PSA (Cai et al., 2020; Zhang et al., 2020). So bestanden bei ausreichendem Vorhandensein von PSA eine bessere physische Gesundheit, eine höhere Arbeitszufriedenheit, weniger Belastung (Zhang et al., 2020) und eine höhere Arbeitsmotivation (Cai et al., 2020). Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass es durch das Tragen eines MNS in der Altenpflege zu zusätzlichen Belastungen kommt. Diese bestehen in der beeinträchtigten Kommunikation mit schwerhörigen Klient*innen und der Notwendigkeit, den Nutzen der PSA insbesondere bei an Demenz erkrankten Klient*innen ständig wiederholen zu müssen. Dies stimmt mit den Ergebnissen weiterer Untersuchungen zu Altenpfleger*innen während der COVID-19 Pandemie überein (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020c; Mojtahedzadeh et al., 2021; Riello et al., 2020). Das Ablesen der Lippen ist eine wichtige Technik für schwerhörige Personen, um die Hörschwierigkeiten zu kompensieren. Durch das Tragen eines MNS war dies allerdings nicht mehr möglich.

Negative Auswirkungen der Kontaktbeschränkungen zeigten sich in der untersuchten Gruppe bezogen auf die Arbeit und auf das Privatleben. Die Interviewpartner*innen berichteten von einer Reduzierung ihrer Besuche bei den Klient*innen auf ein Mindestmaß, worunter die wahrgenommene Qualität der eigenen Pflegearbeit und auch die Beziehung zu den Klient*innen litt. Eine positive Einschätzung der eigenen Pflegequalität sowie eine gute Beziehung zu den Klient*innen korrelierte negativ mit Burnout-Werten (Nienhaus et al., 2012). Der Aufbau und das Pflegen der Beziehung zu den Klient*innen ist aber ein zentraler Bestandteil der pflegerischen Arbeit und eine gute Beziehung zwischen Pfleger*in und Klient*in trägt zu einer höheren Zufriedenheit auf beiden Seiten bei (Schmedes, 2021).

Gerade im Kontext der COVID-19 Pandemie kann die Beziehung zu den Pfleger*innen für die Klient*innen an Bedeutung gewinnen, da viele Angehörige zum Schutz der älteren Menschen auf Besuche verzichten mussten.

Zudem deuten die Ergebnisse dieser Untersuchung darauf hin, dass sich durch die Reduzierung der physischen Kontakte in der Arbeit nicht nur die Kommunikationsmöglichkeiten innerhalb des Teams veränderten, sondern auch der Aspekt der Einzelarbeit in der mobilen Pflgetätigkeit verschärft wurde, was Gefühle von Einsamkeit verstärkt zu haben scheint. Dennoch wurde ein guter Zusammenhalt innerhalb des Teams und Unterstützung durch die Vorgesetzten beschrieben. Auch in der Untersuchung von Mojtahedzadeh et al. (2021) wurde von einer erschwerten Absprache unter den Kolleg*innen berichtet sowie von einer dadurch erhöhten Wahrscheinlichkeit von Missverständnissen. Gleichzeitig zeigte sich auch hier die unterstützende Wirkung von Kommunikation, Rückhalt und einem Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb des Teams. Eine protektive Wirkung von Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleg*innen konnte auch in der Untersuchung von Blanco-Danoso et al. (2021) gefunden werden.

Ein weiteres interessantes Ergebnis aus der vorliegenden Analyse ist das Spannungsverhältnis zwischen der Pflicht als Pflegekraft, zum Schutz der Klient*innen auch im Privatleben die Kontaktbeschränkungen einzuhalten und einer einsetzenden Pandemiemüdigkeit bei den mobilen Altenpfleger*innen. Pandemiemüdigkeit ist eine zu erwartende und normale Reaktion auf andauernde Gesundheitskrisen und zeigt sich in einer Abnahme der Bereitschaft, die geltenden Schutzmaßnahmen weiterhin zu befolgen (World Health Organization, 2020). Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auf, dass der Druck auf Gesundheitsmitarbeiter*innen, dieser Reaktion nicht nachgehen zu können, negative Empfindungen wie Schuldgefühle und Ärger auslöste. Bislang gibt es noch keine Studien, in denen die Effekte von Pandemiemüdigkeit auf Gesundheitsmitarbeiter*innen untersucht werden.

Unwissenheit

Die vorliegenden Ergebnisse liefern Hinweise dafür, dass zu Beginn der Pandemie Angstgefühle durch die unbekannte Situation und das kaum vorhandene Wissen zu der Erkrankung und ihrer Übertragung ausgelöst wurden. Außerdem führten unklare Vorgaben der Vorgesetzten zu Unsicherheiten bezogen auf das richtige Verhalten. Diese Ängste und Unsicherheiten scheinen jedoch im Verlauf der Pandemie mit zunehmenden Informationen schwächer geworden zu sein. Ängste aufgrund eines Mangels an Informationen und der unbekanntem Situation berichteten auch Begerow et al. (2020) in ihrer Untersuchung von

Intensivpfleger*innen. Auch weitere Studien zu der Situation von Altenpfleger*innen kamen zu dem Ergebnis, dass insbesondere im Bereich der Altenpflege klare Vorgaben und Handlungsempfehlungen fehlten (Nyashanu et al., 2020; Sama et al., 2020). Die Untersuchung von Sama et al. (2020) zeigte auf, dass viele der offiziellen Vorgaben für den Bereich der stationären Pflege ausgelegt waren und die Abteilungsleitenden diese Vorgaben selbstständig an die mobile Pflegearbeit anpassen mussten, was teilweise zu unklaren und uneinheitlichen Richtlinien führte.

Einige Interviewpartner*innen berichteten auch von Ängsten bezogen auf das Ende der Pandemie. Das Ende wurde herbeigesehnt, da bereits ein Abbau der eigenen Kräfte und des Durchhaltevermögens wahrgenommen wurde. Es schien jedoch nicht klar, wann dieses Ende eintreten würde. Die Ungewissheit, wann die Pandemie unter Kontrolle sein wird, identifizierten Hummel et al. (2021) in ihrer Stichprobe als den größten Stressor für die Gesundheitsmitarbeiter*innen. Der typischerweise wellenförmige Verlauf einer Pandemie trägt zu dieser Ungewissheit bei, da nicht vorausgesagt werden kann, wann die letzte Infektionswelle erreicht ist (Taylor, 2021).

Gefahr der Infizierung

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass ein großer Belastungsfaktor für mobile Altenpfleger*innen in der Sorge um die Gesundheit der Klient*innen bestand, sowie in der Angst, für eine Infizierung der Klient*innen verantwortlich zu sein. Auch anderen Untersuchungen zufolge bestand bei Altenpfleger*innen während der COVID-19 Pandemie eine große Sorge um die Gesundheit der Klient*innen (Blanco-Donoso et al., 2021; Mojtahedzadeh et al., 2021). Mehrere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass bei Gesundheitsmitarbeiter*innen die Sorge um die Gesundheit anderer Menschen sogar größer war als die Sorge um die eigene Gesundheit (Blanco-Donoso et al., 2021; Mojtahedzadeh et al., 2021; Nyashanu et al., 2020; Hummel et al., 2020). In der Studie von Hummel et al. (2021) wurden unterschiedliche Berufsgruppen in Krankenhäusern untersucht und die Sorge, das Virus auf die eigene Familie zu übertragen, stellte von allen erhobenen Belastungsfaktoren den zweitgrößten Stressor dar. Von den Interviewpartner*innen aus der vorliegenden Untersuchung wurde die Sorge um die Gesundheit der eigenen Familie oder anderer nahestehender Personen dagegen kaum erwähnt. Die Angst, das Virus auf die Klient*innen zu übertragen, schien deutlich höher zu sein. Ein Grund dafür könnte das erhöhte Infektions- und Mortalitätsrisiko für die Klient*innen von mobilen Altenpfleger*innen sein. Die Klient*innen wurden von den Altenpfleger*innen möglicherweise als vulnerabler wahrgenommen als die Menschen in ihrem eigenen Haushalt.

Die meisten Interviewpartner*innen in der vorliegenden Untersuchung berichteten von wenigen infizierten Klient*innen und Todesfällen im Zusammenhang mit COVID-19. Eine Infektionskette ausgehend von den Klient*innen scheint demnach unwahrscheinlich. In den Krankenhäusern waren viele Patient*innen dagegen bereits infiziert, sodass von ihnen eher eine Infektionsgefahr ausging. Zudem wurden die sozialen Kontakte der Klient*innen so stark eingeschränkt, dass die mobilen Altenpfleger*innen teilweise die einzigen Kontaktpersonen dieser Menschen darstellten. Eine Infizierung der Klient*innen könnte sich in diesen Fällen mit relativ hoher Sicherheit auf die Pfleger*innen zurückführen lassen, was bei den Pfleger*innen starke Schuldgefühle auslösen könnte. Den vorliegenden Ergebnissen zufolge scheint mit dem starken Zusammenhalt unter den Kolleg*innen auch ein Anspruch an gegenseitiger Rücksichtnahme einherzugehen. Dieser führte teilweise dazu, dass trotz bereits erhöhter Mehrarbeit kein Arbeitsausgleich gefordert wurde, um die übrigen Kolleg*innen nicht zusätzlich zu belasten. Diese Tendenz bestand auch schon vor der Pandemie (Holzweber et al., 2015; Mairhuber et al., 2019). Auch die Angst vor einer Infizierung stand im Zusammenhang mit der Sorge, im Fall einer Quarantäne die Arbeitslast der Kolleg*innen zu erhöhen. Hier zeigt sich, wie der bereits bestehende Personalmangel in der Altenpflege durch die COVID-19 Pandemie verschärft wurde und dadurch die Arbeitslast der Pfleger*innen erhöhte (Benzinger et al., 2021; Stafflinger & Schmidt, 2020; Wolf-Ostermann et al., 2020). Dies ist auch deshalb alarmierend, weil eine erhöhte Arbeitslast eng mit dem Risiko eines Burnouts zusammenhängt (Nienhaus et al., 2020).

Fehlende Unterstützung

Das Gefühl von einigen Interviewpartner*innen der vorliegenden Untersuchung trotz der enormen Belastungen durch die COVID-19 Pandemie in der Bevölkerung und von staatlicher Seite nicht ausreichend wertgeschätzt und unterstützt worden zu sein, deckt sich mit den Ergebnissen weiterer Studien und Berichte aus der Langzeitpflege (Nyashanu et al., 2020; Wiesmühler, 2020). Eine hohe Diskrepanz zwischen Arbeitsanforderungen und der erhaltenen Anerkennung wird in der Arbeitspsychologie als Gratifikationskrise bezeichnet (Faltermaier, 2017). Diese Diskrepanz gilt als Risikofaktor für Burnout und kann somit die Fluktuation von Mitarbeiter*innen erhöhen (Nöhammer & Popp, 2020). Auch dieses Phänomen wurde bereits in früheren Studien im Bereich der Altenpflege beschrieben (Löffler & Steininger, 2013; Nöhammer & Popp, 2020). Es besteht die berechtigte Befürchtung, dass diese im Kontext der COVID-19 Pandemie besonders zutage getretenen Aspekte die Bereitschaft zum Verbleib in diesem Beruf sowie das Anwerben von Berufseinsteiger*innen senken, beziehungsweise erschweren (Nöhammer & Popp, 2020).

Allgegenwärtigkeit der Pandemie

Für Gesundheitsmitarbeiter*innen zeigte sich die Pandemie mit ihren einschränkenden Schutzmaßnahmen nicht nur im Privaten, sondern auch in den alltäglichen Handlungen in ihrer Arbeit. Einige Interviewpartner*innen der vorliegenden Untersuchung nahmen diese Allgegenwärtigkeit als große Belastung wahr, da sie dieser Situation in keinem Lebensbereich entkommen konnten. Verstärkt wurde dies durch fehlende Erholungspausen beziehungsweise der Präsenz der Pandemie in Momenten der Auszeit. Einer Belastungssituation auf unbestimmte Zeit ausgesetzt zu sein, erschwert die ständige Anpassung an die Situation. Dies kann dazu führen, dass eine Belastung nicht mehr bewältigt werden kann und es in der Folge zu negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit kommt (Faltermaier, 2017).

Schwierige Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Pflichten

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen auf, dass eine hohe Belastung in der schwierigen Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Pflichten bestand. Dieser Herausforderung sind nicht nur Pfleger*innen, sondern auch Personen in anderen systemrelevanten Berufen ausgesetzt, die ihre Kinder nur schwer im Home-Schooling¹ unterstützen konnten. Von dieser Herausforderung scheinen mehr Frauen als Männer betroffen zu sein. In einigen systemrelevanten Berufen, wie im Einzelhandel, im Sozial-, Gesundheits- und Pflegebereich, sind mehrheitlich Frauen tätig. Ein Forschungsprojekt der Wirtschaftsuniversität Wien konnte zudem zeigen, dass Frauen auch während der COVID-19 Pandemie deutlich mehr unbezahlte Arbeit leisten als Männer, sowohl bei der Hausarbeit als auch in der Kinderbetreuung (Six et al., 2020). Auch kamen Six et al. (2020) zu dem Ergebnis, dass während der COVID-19 Pandemie von den alleinerziehenden Personen mehr Befragte Verschlechterungen ihrer psychischen Gesundheit angaben, als Personen aus den anderen befragten Gruppen (alleinstehende Personen ohne Kinder, Paare mit und ohne Kinder).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit bestanden in der untersuchten Gruppe hauptsächlich aufgrund von Angst- und Unsicherheitsgefühlen. Einerseits wurden Angstgefühle zu Beginn der Pandemie beschrieben und dabei in Zusammenhang mit der Unbekanntheit der Situation gebracht. Ängste sind normale Reaktionen auf bedrohliche Situationen wie eine Gesundheitskrise (Taylor, 2021). Zu Beginn bestanden oftmals COVID-19 spezifische Ängste, die mit der Zeit jedoch wieder abklungen. Bendau et al. (2021) nennen

¹ Home-Schooling ist eine Form des Schulbetriebs, bei dem die Schüler*innen den Unterrichtsstoff von zuhause aus mit Unterstützung digitaler Medien behandeln (Bundesministerium für Gesundheit, Soziales, Pflege und Konsumentenschutz, 2020a).

eine Gewöhnung an die Situation, ein Ausbleiben der gefürchteten Konsequenzen oder das Einsetzen adaptiver Bewältigungsstrategien und weiterer Ressourcen als mögliche Gründe dafür.

Mit der andauernden Belastungssituation ging auch die Sorge einher, welche langfristigen Folgen die Pandemie nach sich zieht, insbesondere im Hinblick auf langfristige Auswirkungen auf das eigene Wohlbefinden und die eigene Leistungsfähigkeit. Mehrere Interviewpartner*innen beschrieben ihren gegenwärtigen Zustand als wenig beeinträchtigt, äußerten jedoch Sorgen bezüglich später eintretender Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit. Auch von Mojtahedzadeh et al. (2021) wurde die Angst vor den Konsequenzen der Pandemie als Belastungsfaktor identifiziert. Untersuchungen zu früheren Pandemien und Epidemien deuten darauf hin, dass besonders für Gesundheitsmitarbeiter*innen negative psychische Folgen in Form von PTBS, Burnout und anhaltender psychischer Belastung auch langfristig bestehen können (Mulfinger et al., 2020; Stuijzard et al., 2020).

Zuletzt bestand bei den Interviewpartner*innen der vorliegenden Untersuchung eine große Angst vor einer Übertragung, und zwar insbesondere davor, die Klient*innen mit dem Virus anzustecken und möglicherweise für einen schweren oder sogar tödlichen Krankheitsverlauf verantwortlich zu sein. Zudem geht aus den vorliegenden Ergebnissen hervor, dass im Zusammenhang mit dieser Angst Alpträume erlebt wurden und aufgrund starker Schuldgefühle die Inanspruchnahme psychologischer Supervisionen notwendig war. Wie andere Untersuchungen zeigen, führte das erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko älterer Menschen in Kombination mit einem hohen Infektionsgeschehen bei Altenpfleger*innen zu starken Angst- und posttraumatischen Belastungsreaktionen (Blanco-Danoso et al., 2021; Riello et al., 2020). Riello et al. (2020) vermuten, dass bei Altenpfleger*innen aufgrund der Bezugspflege eine höhere Anteilnahme besteht als bei Pfleger*innen im akutstationären Bereich, die ihre Patient*innen meist nur für eine kürzere Dauer versorgen. Die hohe Sterberate von Klient*innen hätte deshalb starke negative Auswirkungen auf die Altenpfleger*innen. Damit verbunden ist auch der Umstand, dass aufgrund der Kontaktbeschränkungen das Trösten und gemeinsame Trauern um Klient*innen mit den Angehörigen nicht möglich war, wie aus den vorliegenden Ergebnissen hervorgeht.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen auf, dass Altenpfleger*innen aufgrund ihrer Verantwortung als Kontaktpersonen einer Risikogruppe in besonderem Maße auf private soziale Kontakte verzichteten und Isolation erlebten. Auch dadurch waren sie psychischen Gesundheitsproblemen verstärkt ausgesetzt. Andere Untersuchungen zeigten, dass Isolation und Kontaktbeschränkungen eine Stressreaktion auslösen können (Benoy,

2021), die wiederum das Risiko für eine hohe Ausprägung depressiver Symptome (Luo et al., 2020; Mulfinger et al., 2020) und Symptome einer Angststörung erhöht (Luo et al., 2020).

Zuletzt zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf, welche Folgen die schwierige Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Pflichten während der Pandemie insbesondere für Eltern schulpflichtiger Kinder haben kann. Auch dies ist eine Herausforderung, die schon vor der Pandemie bestand, im Kontext der COVID-19 Pandemie jedoch verstärkt wurde.

Insgesamt zeigt sich, dass zwar Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit in der untersuchten Gruppe vorlagen, diese jedoch nur in Einzelfällen zu starken negativen Auswirkungen führten. Die vorliegenden Ergebnisse lassen darauf schließen, dass einige der befragten Personen bereits individuelle Bewältigungsstrategien erlernt und angewandt haben. Bei der Interpretation sollten jedoch einige Aspekte berücksichtigt werden.

Zunächst könnte eine Vor- oder Selbstselektion bei der Rekrutierung der Interviewpartner*innen erfolgt sein. Auf die zahlreichen Kontaktierungen erklärte sich nur eine Person dazu bereit, bei der Suche nach Interviewpartner*innen zu helfen. Es ist jedoch nicht klar, ob die potenziellen Interviewpartner*innen von der Kontaktperson ausgewählt und angesprochen wurden (Vorselektion) oder ob sie von sich aus an einer Teilnahme interessiert waren. Auch wenn keine Vorselektion durch die Kontaktperson stattfand, könnten Verzerrungen der Ergebnisse aufgrund einer Selbstselektion entstanden sein. Es besteht die Möglichkeit, dass sich von dem Untersuchungsziel eher solche Personen angesprochen fühlten, bei denen bereits ein Interesse an Themen zu psychischer Gesundheit bestand und die dadurch möglicherweise auch über eine gewisse Reflexionsfähigkeit und individuelle Bewältigungsstrategien verfügten. Es kann sich auch um Personen gehandelt haben, die tatsächlich keine Schwierigkeiten hatten, die Anforderungen der Pandemie zu bewältigen und dadurch auch kaum psychisch beeinträchtigt waren. Zudem ist an dieser Stelle erneut zu erwähnen, dass die Kontaktperson Anreize für eine Teilnahme in Form von Gutscheinen schuf, was möglicherweise auch zu einer Selektion führte. Zusätzlich ist auf den Zeitraum der Erhebung hinzuweisen. Viele der Interviewpartner*innen waren zum Zeitpunkt des Interviews bereits geimpft, was zu einer Entspannung und zu einer Reduzierung der Ängste beigetragen haben könnte. Außerdem besteht die Gefahr einer Verzerrung durch Selbstdarstellung und den Wunsch, die eigene Person in einer bestimmten Art und Weise darzustellen. Zuletzt könnten diese Ergebnisse aber auch mit einer insgesamt geringen Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bei Gesundheitsmitarbeiter*innen in Österreich zusammenhängen. In einer Studie zur psychischen Gesundheit von

Gesundheitsmitarbeiter*innen während der COVID-19 Pandemie wurden medizinische und nicht-medizinische Gesundheitsmitarbeiter*innen in acht europäischen Ländern miteinander verglichen (Hummel et al., 2020). Dabei zeigten Gesundheitsmitarbeiter*innen aus Österreich und der Schweiz die niedrigsten Prävalenzen für eine mittlere und schwere Symptomausprägung von Depression und Angststörung (Hummel et al., 2020).

Bei der Interpretation derjenigen Einzelfälle, bei denen eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens beschrieben oder anhand der Aussagen vermutet werden kann, muss zudem berücksichtigt werden, dass keine Informationen zu bereits vor der Pandemie bestehenden psychischen Problemen vorlagen. Es lassen sich keine Aussagen darüber treffen, zu welchem Anteil die Belastungsfaktoren zu einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit beitrugen und ob es zu diesem Zustand auch unter anderen Umständen gekommen wäre.

Implikationen

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung, dass mobile Altenpfleger*innen neben den allgemeinen Belastungen im Kontext der COVID-19 Pandemie auch erhöhte Anforderungen aufgrund ihrer Arbeit im Gesundheitswesen und zusätzliche Herausforderungen durch ihre Arbeit im Bereich der mobilen Altenpflege erleben. Diese erschweren die mobile Pflegearbeit während der Pandemie, verstärken bestehende Belastungen und erhöhen den Druck auf die mobilen Altenpfleger*innen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die erhöhten Anforderungen für diese Gruppe irgendwann nicht mehr zu bewältigen sein werden und zu negativen Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden und zu psychischen Langzeitfolgen führen können. Die Gruppe der mobilen Altenpfleger*innen wird aufgrund der demographischen Entwicklung Österreichs und dem Ausbau mobiler Pflegedienste immer größer, weshalb auch ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit für die Gesellschaft an Bedeutung gewinnen sollte. Stattdessen zeigen diese Ergebnisse, dass weiterhin eine Benachteiligung und Unsichtbarkeit dieser Gruppe im Vergleich zu anderen Gesundheitsmitarbeiter*innen besteht. Um Überlastungsreaktionen, wie ein Burnout zu verhindern, müssen ihnen insbesondere während andauernder Belastungssituationen Phasen der Erholung ermöglicht werden. Außerdem sollten mobile Altenpfleger*innen, bei denen Risikofaktoren für psychische Gesundheitsprobleme, wie familiäre Pflichten, eine alleinige Wohnsituation oder bereits bestehende psychische Probleme vorliegen, in besonderer Weise unterstützt werden.

Forschungsausblick

Diese Arbeit gibt einen ersten Einblick in die Situation der mobilen Altenpfleger*innen in Österreich während der COVID-19 Pandemie. Für ein umfassenderes Bild könnten

zusätzliche Interviews mit den Vorgesetzten oder den Angehörigen der Klient*innen durchgeführt werden. Auch könnten ergänzend diagnostische Fragebögen vorgelegt werden, um beispielsweise Ausprägungen psychopathologischer Symptome zu erheben. Interessant wäre es, diese Daten über mehrere Zeitpunkte hinweg zu erheben, um zu untersuchen, welche Belastungen und Beeinträchtigungen selbstständig reduziert werden und welche Probleme bestehen bleiben. Auch fehlt es bislang noch an Studien, in denen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit von Altenpfleger*innen und Pfleger*innen im akutstationären Bereich im Kontext der COVID-19 Pandemie miteinander verglichen werden.

Eine gezielte Untersuchung von Risikofaktoren könnte Aufschluss darüber geben, welche Personengruppen unter den mobilen Altenpfleger*innen besonders vulnerabel sind. Ressourcen zum Schutz der psychischen Gesundheit wurden von einigen Interviewpartner*innen selbst genannt bzw. gezeigt. Um den Zustand der psychischen Gesundheit adäquat zu erfassen, müssen auch die bereits bestehenden individuellen kognitiven, Verhaltens- und Emotionsregulationsstrategien erfasst werden, die zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung des inneren Gleichgewichtszustands eingesetzt werden.

Besonders spannend und relevant erscheint das Thema der Pandemiemüdigkeit bei mobilen Altenpfleger*innen oder Gesundheitsmitarbeiter*innen im Allgemeinen. Effekte der Pandemiemüdigkeit auf die psychische Gesundheit dieser Gruppen wären vor allem im Hinblick auf den weiteren Pandemieverlauf interessant.

Limitationen

Im Folgenden sollen einige Limitationen dieser Untersuchung aufgezeigt werden. Zum einen ist die Repräsentativität der untersuchten Gruppe anzuführen. Es konnte nur eine geringe Anzahl an Interviewpartner*innen rekrutiert werden, unter denen Verzerrungen aufgrund von Vor- und Selbstselektion nicht auszuschließen sind. Zudem konnten nur deutschsprachige Personen interviewt werden. Dies exkludiert die Gruppe ausländischer Betreuer*innen, die oftmals aus umliegenden Ländern wie Rumänien, der Slowakei und Ungarn in Turnussen nach Österreich pendeln und einen großen Teil der Pflegearbeit leisten.

Es ist anzumerken, dass in dieser Untersuchung Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit über Selbstauskünfte zum psychischen Wohlbefinden erhoben wurden. Es zeigen sich vereinzelt Hinweise auf größere Beeinträchtigungen, Rückschlüsse über das tatsächliche Vorliegen psychopathologischer Symptome oder psychischer Störungen lassen sich auf Grundlage dieser Ergebnisse jedoch nicht ziehen.

Zuletzt soll noch erwähnt werden, dass zwar vier der Gütekriterien für qualitative Forschung nach bester Möglichkeit angestrebt wurden (Verfahrensdokumentation, argumentative Absicherung, Regelgeleitetheit und Nähe zum Gegenstand), eine kommunikative Validierung der Forschungsergebnisse sowie eine Triangulation in der Auswertung konnten im Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht durchgeführt werden.

Konklusion

Eine Gesundheitskrise wie die COVID-19 Pandemie kann sich beeinträchtigend auf die psychische Gesundheit auswirken. Einige Gruppen, wie Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen, erleben in diesem Kontext mehrfache Belastungen die sich auf ihr Privatleben sowie auf ihre Arbeit auswirken können. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Belastungsfaktoren für mobile Altenpfleger*innen in Österreich im Kontext der COVID-19 Pandemie zu identifizieren und auf mögliche Zusammenhänge mit Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit hin zu untersuchen. Als zentrale Belastungsfaktoren ergaben sich das Tragen von PSA, die Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung des Virus, fehlende Informationen über das richtige Verhalten, die Ungewissheit bezüglich des Endes der Pandemie und die Konsequenzen einer Infizierung der eigenen Person für die Klient*innen und die Kolleg*innen. Weitere Belastungen bestanden in fehlender Anerkennung in der Bevölkerung, in einer wahrgenommenen Ungleichbehandlung gegenüber anderen Gesundheitsmitarbeiter*innen, in der Allgegenwärtigkeit der Pandemie und einer schwierigen Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Pflichten. Negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit äußerten sich in Ängsten und Unsicherheiten, in Gefühlen von Einsamkeit, Trauer, Schuld und Wut, sowie in psychosozialen Krisen. Mobile Pfleger*innen älterer Menschen tragen während einer derartigen Gesundheitskrise eine hohe Verantwortung, von der ein starker psychischer Druck ausgehen kann. Es wird deutlich, dass die psychische Gesundheit dieser Berufsgruppe gefördert werden muss um eine optimale Versorgung der Klient*innen gewährleisten zu können. Auch im Hinblick auf die wachsende Nachfrage nach mobilen Altenpfleger*innen sollte das Wohlbefinden dieser Gruppe stärker unterstützt werden.

Literaturverzeichnis

- Bakhit, M., Krzyzaniak, N., Scott, A. M., Clark, J., Glasziou, P., & Del Mar, C. (2021). Downsides of face masks and possible mitigation strategies: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, *11*(2), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044364>
- Bauer, G., Rodrigues, R., & Leichsenring, K. (2018). *Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiLxNvy6tPxAhWf_7sIHQ3IA4kQFjABegQIBRAD&url=https%3A%2F%2Fwww.euro.centre.org%2Fdownloads%2Fdetail%2F3288%2F1&usg=AOvVaw2_afI6XLXS1awiflaWtBol
- Begerow, A., Michaelis, U., & Gaidys, U. (2020). Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie. *Pflege*, *33*(4), 229–236. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000744>
- Bendau, Antonia, Plag, J., Kunas, S., Wyka, S., Ströhle, A., & Petzold, M. B. (2021). Longitudinal changes in anxiety and psychological distress, and associated risk and protective factors during the first three months of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and Behavior*, *11*(2), 1–11. <https://doi.org/10.1002/brb3.1964>
- Benoy, C. (2021). Psychologische Auswirkungen der COVID- 19-Pandemie und der einhergehenden Maßnahmen – ein Überblick. In C. Benoy (Hrsg.), *COVID-19 - ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche. Einschätzungen und Maßnahmen aus psychologischer Perspektive* (2. Aufl., S. 23–34). Verlag W. Kohlhammer.
- Benzinger, P., Kuru, S., Keilhauer, A., Hoch, J., Prestel, P., Bauer, J. M., & Wahl, H. W. (2021). Psychosocial effects of the pandemic on staff and residents of nursing homes as well as their relatives – A systematic review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *54*(2), 141–145. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01859-x>
- Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, J., Amutio, A., Gallego-Alberto, L., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2021). Stressors, job resources, fear of contagion, and secondary traumatic stress among nursing home workers in face of the COVID-19: The case of Spain. *Journal of Applied Gerontology*, *40*(3), 244–256. <https://doi.org/10.1177/0733464820964153>
- Budimir, S., Pieh, C., Dale, R., & Probst, T. (2021). Severe Mental Health Symptoms during COVID-19: A Comparison of the United Kingdom and Austria. *Healthcare*, *9*(2), 191. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020191>
- Bundesministerium für Gesundheit, Sektion II. (2009). *Interdisziplinäres Glossar „Geriatric*

und Gerontologie in Österreich“ [Broschüre].

<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=581>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020a).

COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich.

https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5f807a53-5dce-4395-8981-682b5f1dc23b/BMSGPK_Analyse-der-sozialen-Lage.pdf

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020b, Juli).

COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen.

https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0889c607-9583-4d65-b965-5a1a53b678db/COVID19_APH_final_Stand%204.8.2020.pdf

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020c, 28.

April). *Empfehlungen zur schrittweisen Lockerung der aufgrund der COVID-19*

Pandemie erlassenen Besuchsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen ab 4. Mai

2020. [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:fe2b164b-46b7-43c1-a899-](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:fe2b164b-46b7-43c1-a899-8b03e51e8d5f/20200428_Empfehlungen%20zur%20schrittweisen%20Lockerung%20der%20aufgrund%20der%20COVID-19%20Pandemie%20erlassenen%20Besuchsbeschr%C3%A4nkungen%20in%20Alten-%20und%20Pflegeheimen%20ab%204.%20Mai%202020%20-%20Kopie.pdf)

[8b03e51e8d5f/20200428_Empfehlungen%20zur%20schrittweisen%20Lockerung%20der%20aufgrund%20der%20COVID-](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:fe2b164b-46b7-43c1-a899-8b03e51e8d5f/20200428_Empfehlungen%20zur%20schrittweisen%20Lockerung%20der%20aufgrund%20der%20COVID-19%20Pandemie%20erlassenen%20Besuchsbeschr%C3%A4nkungen%20in%20Alten-%20und%20Pflegeheimen%20ab%204.%20Mai%202020%20-%20Kopie.pdf)

[19%20Pandemie%20erlassenen%20Besuchsbeschr%C3%A4nkungen%20in%20Alten-%20und%20Pflegeheimen%20ab%204.%20Mai%202020%20-%20Kopie.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:fe2b164b-46b7-43c1-a899-8b03e51e8d5f/20200428_Empfehlungen%20zur%20schrittweisen%20Lockerung%20der%20aufgrund%20der%20COVID-19%20Pandemie%20erlassenen%20Besuchsbeschr%C3%A4nkungen%20in%20Alten-%20und%20Pflegeheimen%20ab%204.%20Mai%202020%20-%20Kopie.pdf)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021, 20.

Juni). *Corona-Schutzimpfung in Österreich.* <https://info.gesundheitsministerium.at>

Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID) in Hubei, China.

Medical Science Monitor, 26, 1–16. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>

Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M. A., & Labelle, R. P. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295, 113599.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>

Da Silva, F. C. T., & Neto, M. L. R. (2021). Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 104, 110057.

<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110057>

- De Kock, J. H., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Munoz, S. A., Ellis, L., Polson, R., & O'Malley, C. M. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: Implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*, 21(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>
- Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie*. (2. Aufl.). W. Kohlhammer.
- Flick, U., Von Kardorff, E., Steinke, I. (2008). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (6. Aufl., S. 349–360). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (1959). Toward a new definition of mental health. *American Journal of Mental Deficiency*, 63(4), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gesundheit Österreich GmbH. (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*.
- Haas, J. G. (2020). *COVID-19 und Psychologie. Mensch und Gesellschaft in Zeiten der Pandemie*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-32031-7>
- Hahad, O., Gilan, D. A., Daiber, A., & Münzel, T. (2020). Public Mental Health as One of the Key Factors in Dealing with COVID-19. *Gesundheitswesen*, 82(5), 389–391. <https://doi.org/10.1055/a-1160-5770>
- Heinz, A. (2011). *Psychische Gesundheit. Begriffe und Konzepte*. W. Kohlhammer.
- Helfferrich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/s11577-006-0276-z>
- Henssler, J., Stock, F., van Bohemen, J., Walter, H., Heinz, A., & Brandt, L. (2021). Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation – a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(2), 223–234. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01196-x>
- Holzweber, A., Krysiuk, N., Rehner, B. & Zuckerstätter, N. (2015). Zwischen Berufung und Aufopferung – eine qualitative Analyse der Spannungsfelder in der mobilen Hauskrankenpflege in Wien. In A. Kügler & K. Sardadvar (Hrsg.), *Pflege und Betreuung: Arbeit, Werte, Erfahrungen. Ausschnitte des österreichischen Sorgesystems* (S. 73-91). Arbeiterkammer Wien.
- Hörsch, D. (2020). *Covid-19-Pflegestudie der Diakonie. Eine Ad-hoc-Studie zu den Erfahrungen von Diakonie-Mitarbeitenden in der Altenhilfe/-pflege während der*

- Covid-19-Pandemie*. <https://www.mi-di.de/materialien/covid-19-pflegestudie-der-diakonie>.
- Hummel, S., Oetjen, N., Du, J., Posenato, E., De Almeida, R. M. R., Losada, R., Ribeiro, O., Frisardi, V., Hopper, L., Rashid, A., Nasser, H., König, A., Rudofsky, G., Weidt, S., Zafar, A., Gronewold, N., Mayer, G., & Schultz, J. H. (2021). Mental health among medical professionals during the COVID-19 pandemic in eight european countries: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1).
<https://doi.org/10.2196/24983>
- Ivbijaro, G., Brooks, C., Kolkiewicz, L., Sunkel, C., & Long, A. (2020). Psychological impact and psychosocial consequences of the Covid-19 pandemic: Resilience, mental well-being, and the coronavirus pandemic. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(4), 395–403.
<https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Krenn, M., Papouschek, U., & Simsa, R. (2004). *Projekt : Österreich – Skizze eines Sektors. Auszug aus den EAP-Zwischenbericht, Februar 2004*. Forschungs- und beratungsstelle Arbeitswelt.
- Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., & Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293, Artikel 113382.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382>
- Kuehner, C., Schultz, K., Gass, P., Meyer-Lindenberg, A., & Dreing, H. (2020). Mental Health Status in the Community during the COVID-19-Pandemic. *Psychiatrische Praxis*, 47(7), 361–369. <https://doi.org/10.1055/a-1222-9067>
- Kügler, A., & Sardadvar, K. (2015). *Pflege und Betreuung: Arbeit, Werte, Erfahrungen. Ausschnitte des österreichischen Sorgesystems*. Arbeiterkammer Wien.
- Kunzler, A. M., Röthke, N., Günthner, L., Stoffers-Winterling, J., Tüscher, O., Coenen, M., Rehfuess, E., Schwarzer, G., Binder, H., Schmucker, C., Meerpohl, J. J., & Lieb, K. (2021). Mental burdens and its risk and protective factors during the early phase of the

- SARS-CoV-2 pandemic: Systematic review and meta-analyses. *Globalization and Health*, 17(1), 1–29. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00670-y>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Leichsenring, K., Schulmann, K., & Gasior, K. (2015). *Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektive der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege*. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.
- Löffler, R. & Steininger, A. (2013). *Arbeitsbedingungen in Pflege- und Sozialbetreuungsberufen in Tirol. Qualitative Folgestudie "Verweildauer in Pflegeberufen" - Zusammenfassender Endbericht*. Arbeiterkammer Wien.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, Artikel 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Mairhuber, I. (2019). Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung: Hohe Belastungen, geringe Entlohnung, Große Herausforderungen. In U. Filipic. & I. Mairhuber (Hrsg.), *Gute Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen?! (S. 4–17)*. Arbeiterkammer Wien.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1149/annurev.psy.52.1.397>
- Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (6. Aufl., S. 468–475). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (12. Aufl.). Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. (6. Aufl.). Beltz.
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews*. (2. Aufl.). De Gruyter.
- Mojtahedzadeh, N., Wirth, T., Nienhaus, A., Harth, V., & Mache, S. (2021). Job demands, resources and strains of outpatient caregivers during the covid-19 pandemic in Germany: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073684>
- Mulfinger, N., Lampl, J., Dinkel, A., Weidner, K., Beutel, M. E., Jarczok, M. N., Hildenbrand, G., Kruse, J., Seifried-Dübon, T., Junne, F., Beschner, P., & Gündel, H. (2020). Psychische Belastungen durch Epidemien bei Beschäftigten im Gesundheitswesen und Implikationen für die Bewältigung der Corona-Krise: Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 66(3), 220–242. <https://doi.org/10.13109/zptm.2020.66.3.220>

- Nienhaus, A., Westermann, C., & Kuhnert, S. (2012). Burn-out bei Beschäftigten in der Stationären Altenpflege und in der Geriatrie: Ein Review zur Prävalenz. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55(2), 211–222. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1407-x>
- Nöhhammer, E., & Popp, E. (2021). Berufliche Gratifikationskrise in der mobilen Pflege und Betreuung. Herausforderung Heimhilfe. *Prävention Und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00832-1>
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. In Erprobung eines Messinstruments (COPSOQ)* (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 1058). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Nyashanu, M., Pfende, F., & Ekpenyong, M. S. (2020). Triggers of mental health problems among frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in private care homes and domiciliary care agencies: Lived experiences of care workers in the Midlands region, UK. *Health and Social Care in the Community*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/hsc.13204>
- ORF. (2021, 22. Juni). *Neu gemeldete Fälle für Österreich, Stand 22.6.* <https://orf.at/corona/daten/oesterreich>
- Petzold, M. B., Plag, J., & Ströhle, A. (2020). Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Nervenarzt*, 91(5), 417–421. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>
- Pollak, M., Kowarz, N. & Partheymüller, J. (2020a, 3. Juni). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich – Teil 1: Vorgeschichte, der Weg in den Lockdown, die akute Phase und wirtschaftliche Folgen.* Austrian Corona Panel Project. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog51/>
- Pollak, M., Kowarz, N. & Partheymüller, J. (2020b, 26. Juni). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich – Teil 2: Von den ersten Lockerungen hinzu einer Normalisierung des öffentlichen Lebens.* Austrian Corona Panel Project. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog60/>
- Pollak, M., Kowarz, N. & Partheymüller, J. (2020c, 14. Oktober). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich – Teil 3: Vom ruhigen Sommer bis zum Beginn der zweiten Welle.* Austrian Corona Panel Project. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog79/>
- Pollak, M., Kowarz, N. & Partheymüller, J. (2021a, 19. Februar). *Chronologie zur Corona-*

- Krise in Österreich – Teil 4: Erneute Lockdowns, Massentests und der Beginn der Impfkampagne.* Austrian Corona Panel Project. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog100/>
- Pollak, M., Kowarz, N. & Partheymüller, J. (2021b, 19. Mai). *Chronologie zur Corona-Krise in Österreich – Teil 5: Dritte Welle, regionale Lockdowns und Impffortschritt.* Austrian Corona Panel Project. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog112/>
- Rappold, Elisabeth, Juraszovich, B., Zach, M., Gruböck, A., & Wallner, A. (2019). *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2019.* Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Riedel-Heller, S., & Richter, D. (2021). Psychological consequences of the COVID-19 pandemic in the general public. *Public Health Forum*, 29(1), 54–56. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0121>
- Robert-Koch-Institut. (2021, 17. Juni). *Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19.* https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Sama, S. R., Quinn, M. M., Galligan, C. J., Karlsson, N. D., Gore, R. J., Kriebel, D., Prentice, J. C., Osei-Poku, G., Carter, C. N., Markkanen, P. K., & Lindberg, J. E. (2020). Impacts of the COVID-19 Pandemic on Home Health and Home Care Agency Managers, Clients, and Aides: A Cross-Sectional Survey, March to June, 2020. *Home Health Care Management and Practice*. <https://doi.org/10.1177/1084822320980415>
- Sardadvar, K. (2013). Standardisierte Unwägbarkeiten. Arbeitsbedingungen in der mobilen Altenpflege: Befunde aus fünf europäischen Staaten. *SWS - Rundschau*, 53(1), 25–45.
- Schmedes, C. (2021). *Emotionsarbeit in der Pflege. Beitrag zur Diskussion über die psychische Gesundheit Pflegenden in der stationären Altenpflege.* <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31914-4>
- Schreier, M. (2020). Fallauswahl. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie 2* (2. Aufl., S. 315–336). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9>

- Shreffler, J., Petrey, J., & Huecker, M. (2020). The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: A scoping review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1059–1066. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48684>
- Simsa, R. (2004). Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen. *Wiso*, 27(2), 57–77. http://www.zukunft-pflegen.info/pflegezukunft/fileadmin/Downloads/Studien/SIMSA_Wiso.pdf%5Cnhttp://www.zukunft-pflegen.info/uploads/tx_frpsimpledownloads/SIMSA_Wiso.pdf
- Six, E., Mader, K., Lechinger, V., Disslbacher, F. & Derndorfer, J. (2020). Frauen in der Krise? Folgen der Corona-Pandemie für die Verteilung der Sorgearbeit. *Frauengesundheit und Corona. Sammelband des Wiener Programms für Frauengesundheit. Schriftenreihe Frauen*Gesundheit*Wien*. (Nr.1). Stadt Wien.
- Staflinger, H. & Schmidt, A. E. (2020). Frauen in der stationären Langzeitpflege. Lehren und Lektionen aus der COVID-19 Krise. *Frauengesundheit und Corona. Sammelband des Wiener Programms für Frauengesundheit. Schriftenreihe Frauen*Gesundheit*Wien*. (Nr.1). Stadt Wien.
- Stuijzand, S., Deforges, C., Sandoz, V., Sajin, C. T., Jaques, C., Elmers, J., & Horsch, A. (2020). Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: A rapid review. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09322-z>
- Taylor, S. (2021). *Die Pandemie als psychologische Herausforderung. Ansätze für ein psychosoziales Krisenmanagement*. Psychosozial Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837930351>
- VERBI Software. (2019). MAXQDA 2020 [Computer software]. VERBI Software. <https://www.maxqda.com/>
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Wang, Y., Kala, M. P., & Jafar, T. H. (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and metaanalysis. *PLoS ONE*, 15, 1–28. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244630>
- Wiesmühler, S. (2020). Langzeitpflege und -betreuung in Wien während der Corona-Krise. *Frauengesundheit und Corona. Sammelband des Wiener Programms für Frauengesundheit. Schriftenreihe Frauen*Gesundheit*Wien*. (Nr.1). Stadt Wien.

- Wochner, R. (2019). Gesundheitsberufe sind weiblich. Warum gute Arbeitsbedingungen bessere Lebensbedingungen für Frauen schaffen. In U. Filipic. & I. Mairhuber (Hrsg.), *Gute Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen?! (S. 28–31)*. Arbeiterkammer Wien.
- Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A., Preuß, B., Heinze, F., Seibert, K., Friedrich, A. C., Domhoff, D., Stolle, C., & Rothgang, H. (2020). Care in times of Corona: Results of a cross-sectional study in German home care services. *Pflege, 33(5)*, 277–288. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000761>
- Wolff, S. (2008). Wege ins Feld und ihre Varianten. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (6. Aufl., S. 334–349). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*.
- World Health Organization. (2019). *Psychische Gesundheit-Faktenblatt [Broschüre]*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf.
- World Health Organization. (2020). *Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and mangement*.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 277*, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zhang, S. X., Liu, J., Afshar Jahanshahi, A., Nawaser, K., Yousefi, A., Li, J., & Sun, S. (2020). At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity, 87*, 144–146. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.010>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf der COVID-19 Pandemie in Österreich	12
Abbildung 2: Ablaufmodell des Forschungsprozesses	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gütekriterien nach Mayring	22
Tabelle 2: Charakteristika der untersuchten Gruppe	25
Tabelle 3: Auszug aus dem vorläufigen Kategoriensystem	30
Tabelle 4: Kategoriensystem der Belastungsfaktoren	31

Abkürzungsverzeichnis

COVID-19	Coronavirus-Erkrankung (engl. Corona Virus disease 2019)
IP	Interviewpartner*in
MNS	Mund-Nasen-Schutz
ORF	Österreichischer Rundfunk
PSA	persönliche Schutzausrüstung
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization)

Anhang

Anhang A: Informationsblatt und Einwilligungserklärung

Informationsblatt

Studie zu dem Thema: Covid-19-Pandemie und mobiles Altenpflegepersonal

Diese Studie findet im Rahmen einer Master-Thesis an der Universität Wien statt. Die Ansprechperson für weitere Fragen ist:

Frau Studentin, BSc

Matrikelnummer@unet.univie.ac.at

Diese Studie hat das Ziel, die Situation des Altenpflegepersonals in Österreich im Kontext der Covid-19-Pandemie zu untersuchen und dabei mögliche Belastungsfaktoren sowie Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Pflegekräfte zu identifizieren.

Die Durchführung dieser Studie geschieht auf Grundlage der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Die im Rahmen dieser Untersuchung geführten Interviews werden aufgezeichnet und im Anschluss verschriftlicht. Dabei namentlich genannte Personen und Orte werden anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können. Die Aufzeichnungen werden nach der Verschriftlichung vernichtet. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden unter Berücksichtigung des Datenschutzes im Rahmen der Master-Thesis veröffentlicht.

Ihr Name und Ihre Kontaktdaten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Mit Beendigung der Masterarbeit werden alle Ihre Informationen aus meinen Unterlagen gelöscht.

Ein Rückzug Ihrer Teilnahme sowie das vorzeitige Abbrechen des Interviews ist jederzeit möglich. Daraus entstehen für Sie keine Nachteile.

Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft, an dieser Studie teilzunehmen.

Einwilligungserklärung

Ich bin über das Forschungsziel dieser Untersuchung aufgeklärt worden. Ich bin mit der Erhebung (in Form eines Interviews), Verarbeitung (die Aufzeichnung des Interviews mit anschließender Verschriftlichung) und Nutzung (Auswertung des Datenmaterials im Rahmen der genannten Master-Thesis) und Offenlegung meiner Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzes (Vertraulichkeit personenbezogener Daten, Anonymisierung von Namen und Orten, Löschung der Aufzeichnung und aller personenbezogenen Daten) einverstanden.

Ich habe verstanden, dass eine Nichtteilnahme an dem Forschungsprojekt keine Nachteile für mich birgt und ein Abbrechen meiner Teilnahme jederzeit möglich ist.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Anhang B: Interviewleitfaden

Einstieg

Vorlage von Informationsblatt und Einwilligungserklärung

Bitte stellen Sie sich zunächst kurz vor. Nennen Sie Ihre Berufsbezeichnung und beschreiben Sie kurz Ihre beruflichen Tätigkeiten.

Sondierungsfrage

Wie haben Sie die Pandemie im vergangenen Jahr erlebt?

- Was fällt Ihnen als erstes ein, wenn Sie an diese Zeit denken?
- Welche Gedanken, Gefühl kommen Ihnen als erstes?

Hauptteil

Wenn Sie an Ihr psychisches Wohlbefinden denken. Wie ist es Ihnen während der Pandemie ergangen?

- Hat sich Ihr Wohlbefinden im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie verändert? Was hat sich verändert?
- Sehen Sie Veränderungen des psychischen Wohlbefindens bei Ihren Kolleg*innen?
- Können Sie von einer Situation erzählen, in der dies deutlich geworden ist?

Wie würden Sie ihre Leistungsfähigkeit seit Beginn der Pandemie beschreiben?

- Hat sich Ihre Leistungsfähigkeit im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie verändert? Was hat sich verändert?
- Sehen Sie Veränderungen in der Leistungsfähigkeit bei Ihren Kolleg*innen?
- Können Sie von einer Situation erzählen, in der dies deutlich geworden ist?

Welche Herausforderungen oder Belastungen haben Sie während der Pandemie erlebt?

- Welche Aspekte haben Sie am stärksten belastet?

Abschluss

Gibt es noch etwas, dass Sie hinzufügen möchten?

Anhang C: Abstract Deutsch

Die COVID-19 Pandemie geht mit zahlreichen Belastungsfaktoren und Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit einher. In der vorliegenden Untersuchung wurden Belastungsfaktoren und Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit im Kontext der COVID-19 Pandemie bei mobilen Altenpfleger*innen in Österreich untersucht. Hierfür wurden neun leitfadengestützte Interviews mit mobilen Altenpfleger*innen in Österreich durchgeführt und mittels der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Es ergeben sich Belastungen aus den geltenden Schutzmaßnahmen wie dem Tragen von Schutzausrüstung und der Kontaktbeschränkung, aus fehlenden Informationen zum adäquaten Verhalten im Umgang mit den Klient*innen sowie aus der Ungewissheit bezogen auf das Ende und die langfristigen Folgen der Pandemie. Weitere Belastungsfaktoren bestehen in der Gefahr einer Infizierung und den Konsequenzen einer Infizierung für die Klient*innen und für die Kolleg*innen, in fehlender Anerkennung in der Bevölkerung und struktureller Ungleichbehandlung, sowie in der Allgegenwärtigkeit der Pandemie und einer schwierigen Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Pflichten. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit bestehen in Ängsten und Unsicherheiten, Einsamkeit und Traurigkeit, Schuldgefühlen, Wut und psychosozialen Krisen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass mobile Altenpfleger*innen in Österreich neben den allgemeinen Belastungsfaktoren im Kontext der COVID-19 Pandemie von Belastungsfaktoren betroffen sind, denen auch andere Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen ausgesetzt sind und zudem von Belastungen, die sich aus der mobilen Pflegearbeit ergeben. Dies zeigt, dass diese Berufsgruppe, die ohnehin schon hohen Anforderungen ausgesetzt ist, in besonderer Weise einer nachhaltigen Unterstützung ihrer psychischen Gesundheit bedarf.

Schlagwörter: mobile Pflegekräfte, Altenpflege, psychische Gesundheit, COVID-19 Pandemie

Anhang D: Abstract Englisch

The COVID-19 pandemic comes along with several factors of distress and negative impacts on the mental health. In this study factors of distress and negative mental health impacts were investigated in the group of home care workers for elder people in Austria during the COVID-19 pandemic. For this purpose nine qualitative guided interviews were conducted with home care workers and were analyzed with the qualitative content analyses. The identified factors of distress were usage of personal protection equipment, physical distancing, lacking information about the right behavior in contact with the clients, uncertainty about the end of the pandemic and concerning long-term consequences of the pandemic, the risk of infection and the negative consequences of an infection for clients as well as colleagues, lacking recognition in the population, structural inequality in treatment compared to other groups of healthcare workers, the omnipresence of the pandemic and a difficult compatibility of occupational and family-related duties. Mental health impacts consist in feelings of fear and uncertainty, loneliness and sadness, feelings of guilt, anger and psychosocial crisis. The results indicate that home care workers for elder people are exposed to general factors of distress in the context of the COVID-19 pandemic, to factors of distress that also concern other groups of healthcare workers as well as specific and to factors that are related to their occupation as home care workers for elder people. In light of the existing job demands for home care workers this results show the need for longlasting psychosocial support of this group.

Keywords: home care workers, elderly care, mental health, COVID-19 pandemic