



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Herausforderungen von Heimhilfen im Umgang mit Menschen mit Demenz“

Eine qualitative Erhebung in der Hauskrankenpflege

verfasst von / submitted by

Isabella Treitner, 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 / UA 066 330
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

Studienrichtung laut Studienblatt / degree Masterstudium Pflegewissenschaft
programme as it appears on
the student record sheet:

Betreut von / Supervisor:

Assoz. -Prof. Mag. Mag. Dr. Elisabeth Reitingner, Privatd

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1. PERSÖNLICHER ZUGANG ZU DEM THEMA	1
1.2. PROBLEMSTELLUNG	1
1.3. FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG.....	4
2. THEORETISCHER TEIL	6
2.1. DEFINITION VON HAUSKRANKENPFLEGE	6
2.2. MEDIZINISCHE HAUSKRANKENPFLEGE.....	7
2.3. MODELLE DER HAUSKRANKENPFLEGE.....	7
2.4. HAUSKRANKENPFLEGE IN ÖSTERREICH.....	8
2.5. HILFSWERK NIEDERÖSTERREICH	8
2.6. BERUFSGRUPPEN UND AUFGABENFELDER	9
2.6.1. <i>Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege</i>	9
2.6.2. <i>Pflegeassistentenberufe</i>	9
2.6.3. <i>Fachsozialbetreuung in Altenarbeit</i>	10
2.6.4. <i>Heimhilfen</i>	10
2.7. FINANZIERUNG IN NIEDERÖSTERREICH.....	11
2.8. BESONDERHEITEN IN DER MOBILEN PFLEGE	11
2.9. VERSORGUNGSSYSTEM „PRIMARY NURSING“	12
2.9.1. <i>Kernelemente des Primary Nursing</i>	12
2.9.2. <i>Primary Nursing in der Hauskrankenpflege</i>	14
2.10. COVID- 19	14
3. METHODIK.....	2
3.1. FORSCHUNGSDESIGN	2
3.2. DATENERHEBUNG	3
3.3. SAMPLE	3
3.4. FELDZUGANG	4
3.5. DATENAUSWERTUNG	4
3.6. ETHISCHE ASPEKTE	7
4. ERGEBNISSE	9
4.1. HERAUSFORDERUNGEN IN DER MOBILEN PFLEGE	10
4.1.1. <i>Zugang finden und Vertrauen aufbauen</i>	10
4.1.2. <i>Mehr Aufmerksamkeit</i>	13
4.1.3. <i>Ablehnung der Pflegehandlungen</i>	14

4.1.4.	<i>Aggressives Verhalten</i>	17
4.1.5.	<i>Haushaltsführung</i>	19
4.1.6.	<i>Mobilisation</i>	22
4.1.7.	<i>Wiederkehrende Gesprächsthemen</i>	25
4.1.8.	<i>Zusammenfassung</i>	27
4.2.	ZUSAMMENARBEIT MIT PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN	29
4.2.1.	<i>Angehörige als Entlastung und Unterstützung</i>	29
4.2.2.	<i>Angehörige als Belastung</i>	31
4.2.3.	<i>Zusammenfassung</i>	37
4.3.	POSITIVE ASPEKTE DER BETREUUNG	38
4.3.1.	<i>Interessante Geschichten</i>	39
4.3.2.	<i>Freude über Erfolgserlebnisse</i>	39
4.3.3.	<i>Zusammenfassung</i>	40
4.4.	ERSCHWERENDE RAHMENBEDINGUNGEN	41
4.4.1.	<i>Zeitdruck</i>	41
4.4.2.	<i>Fehlende Teambesprechungen</i>	43
4.4.3.	<i>Unzureichende Betreuungskontinuität</i>	45
4.4.4.	<i>Zusammenfassung</i>	47
4.5.	STRATEGIEN	49
4.5.1.	<i>Persönliche Einstellung</i>	49
4.5.2.	<i>Distanz zur Arbeit</i>	51
4.5.3.	<i>Bewegung an der frischen Luft</i>	52
4.5.4.	<i>Frust ablassen</i>	52
4.5.5.	<i>Zusammenhalt im Team</i>	53
4.5.6.	<i>Zusammenfassung</i>	54
4.6.	MAßNAHMEN	55
4.6.1.	<i>Schulungen</i>	55
4.6.2.	<i>Ermöglichen von Zeitressourcen</i>	57
4.6.3.	<i>Durchführung von Teamgesprächen</i>	58
4.6.4.	<i>Durchführung von Biografie- Arbeit</i>	58
4.6.5.	<i>Zusammenfassung</i>	59
5.	DISKUSSION	61
6.	SCHLUSSFOLGERUNG	64
7.	LITERATURVERZEICHNIS	66
8.	ANHANG	71
8.1.	INFORMATIONSSCHREIBEN	71

8.2. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG	72
8.3. INTERVIEWLEITFADEN	73

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: ABLAUFMODELL ZUSAMMENFASSENDER INHALTSANALYSE. QUELLE: MAYRING

(2015), S. 70	7
---------------------	---

ABBILDUNG 2: DIE SECHS HAUPTKATEGORIEN, EIGENE DARSTELLUNG	9
---	----------

ABBILDUNG 3: HERAUSFORDERUNGEN VON HEIMHILFEN IN DER MOBILEN PFLEGE	10
--	-----------

ABBILDUNG 4: ZUSAMMENARBEIT MIT PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN	29
---	-----------

ABBILDUNG 5: POSITIVE ASPEKTE DER BETREUUNG	38
--	-----------

ABBILDUNG 6: ERSCHWERENDE RAHMENBEDINGUNGEN	41
--	-----------

ABBILDUNG 7: STRATEGIEN	49
--------------------------------------	-----------

ABBILDUNG 8: MAßNAHMEN	55
-------------------------------------	-----------

Zusammenfassung:

Hintergrund: In Österreich leben aktuell rund 130.000 Personen mit Demenz, wobei sich laut Hochrechnungen die Zahl der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen bis 2050 verdoppeln wird. Heimhilfen, die größte Berufsgruppe in der Betreuung zu Hause, haben täglich mit demenzbetroffenen Menschen zu tun. Es ist allerdings bekannt, dass die Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen besonders stressreich ist und zu großen Herausforderungen führt. Ziel der Untersuchung ist herauszufinden, welchen Herausforderungen sich Heimhilfen bei der Betreuung von Menschen mit Demenz täglich stellen. Darüber hinaus soll untersucht werden, welche Strategien Heimhilfen im Umgang mit demenzbetroffenen Menschen anwenden und welche Maßnahmen gesetzt werden können, um diese bestehenden Herausforderungen positiv zu beeinflussen.

Methodik: Qualitatives Forschungsdesign – leitfadengestütztes, episodisches Interview mit acht Heimhilfen des Hilfswerk Niederösterreich. Die Interviews fanden von Mai bis August 2020 statt. Die Interviewpartnerinnen wurden über das Hilfswerk Niederösterreich rekrutiert. Die erhobenen Daten wurden anschließend transkribiert und an einer Inhaltsanalyse nach Mayring (2019) angelehnt, unterzogen.

Ergebnisse: Die daraus folgenden Ergebnisse zeigen, dass nicht nur herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen für die Pflegepersonen belastend sind. Es gibt in der Hauskrankenpflege eine Reihe von Herausforderungen beim Umgang mit demenzbetroffenen Menschen die ineinander greifen. Die stark begrenzten zeitlichen Ressourcen aufgrund beschränkter finanzieller Mittel sind schwer mit den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen zu kombinieren. Vor allem für das Führen von Gesprächen bleibt oft keine Zeit. Als weitere Herausforderungen konnten unter anderem das Ablehnen von Pflegehandlungen, der Umgang mit pflegenden Angehörigen, das Aufbauen einer Pflegebeziehung sowie die Haushaltsführung erkannt werden. Als bereits angewandte Strategien, um mit diesen Herausforderungen zurecht zu kommen, wurde die Distanz zur Arbeit, die persönliche Einstellung und der Zusammenhalt im Team genannt. Schulungen, das Ermöglichen von Zeitressourcen, Durchführung von Teambesprechungen und die Durchführung von Biografie-Arbeit konnten als Maßnahmen identifiziert werden.

Schlussfolgerung: Es konnten einige Herausforderungen von Heimhilfen im Umgang mit demenziellbeeinträchtigten Menschen in der Hauskrankenpflege identifiziert werden. Aufgrund der steigenden Zahl der Neuerkrankungen, müssen einige Maßnahmen zur Reduktion der Herausforderungen für Heimehelferinnen und Heimehelfer in der Hauskrankenpflege implementiert werden.

Abstract:

Background: Around 130.000 people with dementia currently live in Austria, whereby the number of people with dementia will double by 2050. Home helpers, the largest professional group in home care, deal with people with dementia on a daily basis. However, it is known that caring for people with dementia is particularly stressful and leads to major challenges. The aim of the study is to find out what challenges home helpers face in caring for people with dementia every day. In addition, it is to be examined which strategies home help use in dealing with people affected by dementia and which measures can be taken to positively influence these existing challenges.

Methods: Qualitative research design - guideline-based, episodic interview with eight home helpers of the organization "Hilfswerk Niederösterreich". The interviews took place from May to August 2020. The interview partners were recruited through the "Hilfswerk Niederösterreich". The collected data were then transcribed and subjected to a content analysis based on Mayring (2019).

Results: The following results show that it is not only the challenging behaviors of people with dementia that are stressful for caregivers. There are a number of interlocking challenges in dealing with people with dementia in home nursing. The very limited time resources due to limited financial means are difficult to combine with the needs of care-dependent people. There is often no time, especially for conducting conversations. Other challenges that could be identified include refusing care activities, dealing with caring relatives, establishing a care relationship and housekeeping. The strategies already used to cope with these challenges were the distance to work, the personal attitude and the team spirit. Training, enabling time resources, holding team meetings and carrying out biography work could be identified as measures.

Conclusion: It was possible to identify some challenges of home help in dealing with people with dementia in home care. Due to the increasing number of new cases, some measures must be implemented to reduce the challenges for home helpers in home nursing.

Keywords: Home nursing, dementia, home helper, challenge

1. Einleitung

1.1. Persönlicher Zugang zu dem Thema

Die Basis für die Auswahl dieses Themas bildet meine dreijährige Tätigkeit im Bereich der Hauskrankenpflege als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Zu meinen Aufgaben zählen nicht nur das Betreuen von Kundinnen und Kunden mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern, sondern auch das Durchführen von Pflegevisiten und Abhalten von Teambesprechungen. In der Hauskrankenpflege werden mobile und noch relativ selbstständige Kundinnen und Kunden, die beispielsweise Unterstützung bei der Haushaltsführung oder bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen, von Heimhilfen versorgt. Zu dieser Personengruppe zählen auch Menschen im Anfangsstadium der Demenz. In der Dokumentation und auch während den Besprechungen fiel mir immer wieder auf, dass Heimhilfen über Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen berichteten. Nachdem in den nächsten Jahren aber mit einem massiven Anstieg von demenziellen Erkrankungen zu rechnen ist und die meisten Menschen ihren Lebensabend in den eigenen vier Wänden verbringen wollen, wollte ich die Gründe für diese Herausforderungen und was dagegen getan werden kann, herausfinden.

1.2. Problemstellung

Demenz, definiert als der Abbau kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten, führt zu einer Krise der öffentlichen Gesundheit (Centers for Disease Control and Prevention, 2019; Österreichische Alzheimer Gesellschaft [ÖAG], 2019; World Health Organization [WHO], 2020). Diese Krise äußert sich durch physische, psychische, soziale und wirtschaftliche Auswirkungen, nicht nur auf Menschen mit Demenz, sondern auch auf ihre Betreuerinnen und Betreuer, ihre Familien und die Gesellschaft insgesamt. Derzeit leben weltweit rund 50 Millionen Menschen mit demenziellen Erkrankungen (WHO, 2020). In Österreich sind aktuell rund 130.000 Menschen von Demenz betroffen. Bis zum Jahr 2050 soll die Zahl an Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen auf etwa 280.000 Personen steigen (ÖAG, 2020). Während im Jahr 2020 noch mit ungefähr 35.700 Demenz- Neuerkrankungen jährlich gerechnet wird, liegt die Prognose für 2050 auf voraussichtlich 65.500 Neuerkrankungen (Wancata, Takacs & Fellingner, 2011). Doch nicht nur die Zahl der Demenz- Neuerkrankungen steigt in den nächsten Jahren, auch die Lebenserwartung erhöht sich immer mehr. Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug im Jahr 2019 von neugeborenen Männern in Österreich rund 79,5 Jahre. Bei Frauen waren es ungefähr 84,2 Jahre. Laut Prognosen steigt die Lebenserwartung bis Ende des Jahrhunderts voraussichtlich auf 89,4 Jahren bei Männern und 92,1 Jahren bei Frauen (Statista, 2020).

Die Demenz hat erhebliche soziale und wirtschaftliche Auswirkungen auf die direkten medizinischen und sozialen Versorgungskosten sowie auf die Kosten der informellen

Versorgung (WHO, 2020). Jährlich werden in Österreich rund drei Milliarden Euro für die Versorgung von demenzbetroffenen Menschen ausgegeben (75% nicht- medizinische Ausgaben, 25% medizinische Kosten und davon wiederum 6% Medikamentenkosten) (ÖAG, 2020). Die medizinische und auch die wirtschaftliche Perspektive konzentrieren sich hauptsächlich auf die Erkrankung und werfen eine relativ negative Sichtweise auf die Demenz. Doch aus pflegerischer Sicht steht nicht die Demenz als Erkrankung im Vordergrund, sondern die Frage nach dem individuellen Unterstützungsbedarf der betroffenen Menschen. Das heißt, die Pflege fokussiert sich auf die Folgen der Krankheit (Offensive Gesund Pflegen, 2015). Demenz ist eine der Hauptursachen für Abhängigkeit bei älteren Menschen weltweit. Es mangelt oft an Bewusstsein und Verständnis für Demenz, was wiederum zu Stigmatisierung und Hindernissen für die Pflege führt (WHO, 2020). Auch aus Sicht von Betroffenen stehen weder die Erkrankung noch die Probleme im Vordergrund. Ihr Ziel ist es, trotz Erkrankung, ihre Lebensfreude, die Gemeinschaft und möglichst viel Selbstständigkeit zu erhalten und somit ihre Lebensqualität zu verbessern (Promenz, 2021). Die meisten Menschen haben den Wunsch, ihren Lebensabend zu Hause zu verbringen. Meist ändert sich dieser Wunsch auch nach Erhalt einer Demenz- Diagnose nicht (Polacsek et al., 2019). Über 80% der demenzbetroffenen Menschen werden, vor allem im Anfangsstadium, oftmals unentgeltlich, von den Angehörigen versorgt. Ohne diese beachtliche Leistung müssten unverhältnismäßig mehr Pflege- und Betreuungszentren gebaut werden und die öffentlichen Sozialausgaben würden dramatisch steigen. Somit sparen pflegende Angehörige dem öffentlichen Sozialsystem mehrere Millionen Euro pro Jahr (ÖAG, 2019). Doch mit zunehmendem Schweregrad der Demenz, steigt, sowohl für demenzbetroffene Menschen als auch für pflegende Angehörige, der Bedarf an Unterstützung. Rund 153.500 pflegebedürftige Menschen wurden 2018 zu Hause von sozialen Diensten versorgt (Statistik Austria, 2019). Obwohl Demenzbetroffene im Anfangsstadium, trotz steigendem Betreuungsbedarf, mobil sind, erfolgt die Betreuung meist durch Heimehelferinnen und Heimehelfer im Rahmen der Hauskrankenpflege. Im Jahr 2017 waren in Österreich insgesamt rund 127.000 Personen aus den Berufsgruppen der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegefachassistenz, Pflegeassistenz, Diplomsozialbetreuung Altenarbeit, Diplomsozialbetreuung Behindertenarbeit, Diplomsozialbetreuung Familienarbeit, Fachsozialbetreuung Altenarbeit, Fachsozialbetreuung Behindertenarbeit und Heimhilfe in Krankenanstalten, stationären und teilstationären Langzeiteinrichtungen und bei mobilen Diensten beschäftigt. Rund 14% (17.800 Personen) arbeiten bei mobilen Diensten. Die Heimhilfen zeichnen sich mit rund 8.100 Personen, gefolgt von den Assistenzberufen mit 5.100 Personen und 4.600 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, als größte Berufsgruppe in der mobilen Pflege ab (Rappold & Juraszovich, 2019). Von diesen rund 153.500 pflegebedürftigen Menschen leben viele mit ihren Angehörigen in unmittelbarer Nähe zusammen. Einige von ihnen leben aber

auch alleine und haben keine Angehörigen oder Bekannten in ihrer näheren Umgebung. Während Angehörige oftmals einen entscheidenden Beitrag zur Pflege von demenzbetroffenen Menschen leisten, gestaltet sich die Betreuung bei alleinlebenden Menschen mit Demenz häufig schwierig (ÖAG, 2019). Es wird davon ausgegangen, dass in den kommenden Jahren weniger Angehörige für die Pflege und Betreuung zur Verfügung stehen. Gründe dafür sind unter anderem, dass die Generationen, die sich als Kinder, Enkelkinder oder auch als professionelle Pflegekräfte um pflegebedürftige Menschen kümmern, zahlenmäßig der älteren Bevölkerung stark unterlegen sein werden. Darüber hinaus hat die Zahl der Kinder stark abgenommen, während der Anteil der kinderlosen Menschen weiter steigt. Die Anzahl der Singlehaushalte wird ebenfalls weiter ansteigen (Schneider & Bengough, 2014). Während im Jahr 2011 noch rund 1.300.000 Singlehaushalte vorhanden waren, gibt es 2019 bereits 1.488.241 Einpersonenhaushalte. 2050 soll sich die Anzahl dieser Haushalte auf 1.834.768 erhöhen (Statistik Austria, 2018). Wenn jedoch weniger Angehörige für die Pflege und Betreuung älterer Menschen zur Verfügung stehen, bedeutet dies, dass unter anderem der Bereich der Hauskrankenpflege mit einem Zuwachs von pflegebedürftigen Menschen rechnen muss. In nahezu allen Ländern der Europäischen Union herrscht jedoch bereits ein Mangel an Pflegekräften (Borchart, Galatsch, Dichter, Schmidt & Hasselhorn, 2011). In zehn Jahren werden rund 75.700 Pflegekräfte zusätzlich benötigt. Einerseits zur Abdeckung der Pensionierungen und andererseits aufgrund der Zunahme der älteren Menschen und dem Ausbau von Pflege und Betreuung zu Hause (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

Die Pflege alter Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen ist für die Betreuerinnen und Betreuer, egal ob professionell oder informell, eine permanente stressreiche Belastung, die oft zu Depressionen führt. In einer Studie von Ziegler, Bernet, Metzenthin, Conca und Hahn (2016) wird ebenfalls beschrieben, dass die Betreuung von aggressiven und desorientierten Menschen als sehr belastend empfunden wird. Gründe für die Belastung sind unter anderem, dass sich die Pflegehelfenden nicht gut genug ausgebildet fühlen, um Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und deren Verhaltensstörungen ausreichend betreuen zu können (Ziegler et al., 2016, ÖAG, 2019, Krenn, 2003). Laut der ÖAG (2019) haben pflegende Personen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein deutlich höheres Sterberisiko, da sich die Verhaltensstörungen der zu betreuenden Personen, der dauerhafte negative Pflege-Stress und vorbestehende Erkrankungen ungünstig auswirken. Schneider und Deufert (2014) geben an, dass die professionelle, unterstützende Pflege von Menschen mit Demenz nach wie vor eine der schwierigsten Aufgabenbereiche in der Pflege alter Menschen darstellt. Während bei der Pflege körperlich pflegebedürftiger Menschen andere Anforderungen gestellt werden, ist bei Demenzbetroffenen vor allem das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse besonders wichtig. Neben speziellem Fachwissen sind zusätzlich Fertigkeiten in Kommunikation mit

Menschen mit Demenz, Umgang mit herausfordernden Verhalten, zeitgeschichtliches Wissen, Flexibilität, Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team sowie Empathie, Verständnis und Einfühlungsvermögen besonders wichtig. Eine der größten Herausforderungen stellen die Kommunikations-, Verstehens- und Organisationsprobleme dar. Für eine individuelle pflegerische Versorgung ist aber gerade dieses Verstehen eine wesentliche Bedingung (Offensive Gesund Pflegen, 2015). Einen weiteren Einfluss auf die Kommunikation und die Interaktion hat die Haltung, in der wir Menschen mit demenziellen Veränderungen gegenüberreten. Daher steht auch eine gelingende Kommunikation im Zentrum des Umgangs mit Demenz (Heimerl, Reitinger & Eggenberger, 2016).

Aufgrund des komplexen und unterschätzten Arbeitsfeldes der Hauskrankenpflege und sich daraus ergebenden Kluft zwischen den hohen und vielfältigen Anforderungen, den erforderlichen Kompetenzen und Leistungen der Arbeitskräfte und der niedrigen gesellschaftlichen Anerkennung (Krenn, 2003), versucht diese Arbeit einen Einblick in die tägliche Arbeit von Heimhilfen in der mobilen Pflege zu geben.

1.3. Fragestellung und Zielsetzung

Mit der vorliegenden Forschungsarbeit soll der Forschungsstand sowohl theoretisch als auch empirisch bearbeitet und erweitert werden. Aus diesem Grund soll anhand dieser Masterthesis aufgezeigt werden, welchen unterschiedlichen Herausforderungen sich Heimhelferinnen und Heimhelfer bei der Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen täglich stellen und welche Strategien sie anwenden, um die genannten Herausforderungen bewältigen zu können. Darüber hinaus soll erforscht werden, was Heimhilfen benötigen, um ihre Strategien beziehungsweise unbewältigte Herausforderungen positiv zu beeinflussen. Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

1. Welchen Herausforderungen stellen sich Heimhilfen in ihrer täglichen Arbeit bei der Betreuung von Menschen mit Demenz?
2. Welche Strategien wenden Heimhilfen an, um Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen besser betreuen zu können?
3. Welche Maßnahmen können gesetzt werden, um den Umgang mit den bestehenden Herausforderungen positiv zu beeinflussen

I. Theoretischer Teil

2. Theoretischer Teil

In diesem Teil wird der Begriff der Hauskrankenpflege, die Besonderheiten, die verschiedenen Berufsgruppen sowie das Versorgungssystem „Primary Nursing“ näher erläutert. Dies soll einen Einblick in das komplexe Setting der mobilen Pflege ermöglichen und für ein besseres Verständnis sorgen.

2.1. Definition von Hauskrankenpflege

Die Hauskrankenpflege, die klassisch österreichische Bezeichnung, oder auch unter den Begriffen „ambulante Pflege“, „extramurale Pflege“, „häusliche Pflege“, „Gemeindepflege“ oder „sozialmedizinischer Pflegedienst“ bekannt, wird als die Befriedigung physischer, psychischer und sozialer Bedürfnisse von kranken Menschen zu Hause definiert. Wenn es um das konkrete Verständnis der Hauskrankenpflege geht, ist jedoch die Perspektive entscheidend. Pflegepersonen haben vermutlich ein anderes Verständnis von der mobilen Pflege als Sozialversicherungen, die Personen, die die Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen oder die Gemeinden. Die einzige Gemeinsamkeit aller verfügbaren Definitionen ist die, dass es um die Versorgung von Menschen zu Hause geht. Die Verwendung eines ganzheitlich orientierten Pflegekonzeptes, auf Grundlage von den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, ist dafür notwendig. Darüber hinaus zählen ein effizienter Ressourceneinsatz, die Anwendung adäquater, fachlicher Methoden sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von nachfolgenden Berufsgruppen und anderen Personen als unerlässlich, um dieses Ziel zu erreichen (Ertl, Kratzer & Leichsenring, 2017; Fichtinger & Rabl, 2014). Eine Besonderheit der extramuralen Pflege ist, dass sie ohne Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen nicht durchführbar wäre. Zu diesen Berufsgruppen zählen nicht nur Pflegeberufe, wie die Gesundheits- und Krankenpflege oder der Beruf der Pflegeassistenten, sondern auch Heimhilfen, Besuchs- und Begleitdienste sowie Therapeuten (Fichtinger & Rabl, 2014). Private Helferinnen und Helfer und die Angehörigen der pflegebedürftigen Personen werden ebenfalls als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner gesehen und miteinbezogen (Ertl et al., 2017).

Nachdem in der Hauskrankenpflege alle Berufsgruppen auf einer Augenhöhe stehen, werden auch die Heimhilfen im weiteren Verlauf der Masterarbeit als Pflegepersonen bezeichnet. Auch wenn sie rechtlich gesehen zu den Sozialbetreuungsberufen und nicht zum Pflegeberuf zählen.

2.2. Medizinische Hauskrankenpflege

Die medizinische Hauskrankenpflege ist eine Sonderform der Hauskrankenpflege. Unter diesem Begriff wird eine krankenhausersetzende Maßnahme verstanden, die die Möglichkeit bietet, dass der oder die Erkrankte in seiner oder ihrer häuslichen Umgebung durch qualifiziertes, diplomiertes Pflegepersonal versorgt und gepflegt wird. Das heißt, diese Leistung dürfen ausschließlich diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ausführen. Sie umfasst ausschließlich medizinische und qualifizierte Pflegeleistungen wie zum Beispiel die Stoma-, Fistel-, und Katheterpflege, Wundversorgung, Verabreichung von Injektionen oder Sondenernährung. Die medizinische Hauskrankenpflege erfolgt auf ärztliche Anordnung und ist auf längstens vier Wochen begrenzt. Nach einer Bewilligung durch den medizinischen Dienst der Österreichischen Gesundheitskasse kann diese verlängert werden (Österreichische Gesundheitskasse [ÖGK], 2020).

2.3. Modelle der Hauskrankenpflege

Die konkrete Ausgestaltung der Rolle von Hauskrankenpflege sind von nationalen Zugängen und Traditionen sozialstaatlicher Sicherung abhängig. Dabei wird zwischen verschiedenen Modellen unterschieden.

- Nordisches, universalistisches Modell
- Bismarck- Modell
- Mediterrane- Modell
- Transitions- Modell

Das „Nordische, universalistische Modell“ wird vor allem in Schweden, Dänemark und den Niederlanden angewandt. Die Besonderheit dieses Modells ist die Bereitstellung von allgemein zugänglichen, bedarfsorientierten Gesundheits- und Sozialdiensten, welche durch Steuern finanziert und durch öffentliche Träger erbracht werden. Die Rolle der pflegenden Angehörigen ist auch in diesen Ländern bedeutsam.

Das „Bismarck- Modell“ wird vor allem in den kontinentaleuropäischen Ländern wie Deutschland, Frankreich, Großbritannien und Österreich verwendet. Das Risiko Langzeitpflege wurde allerdings erst in den letzten Jahrzehnten durch die Sozialhilfe abgesichert. In Österreich wurden dafür neue, steuerfinanzierte Geldleistungen und ergänzende Dienste etabliert. In diesem Modell gibt es eine Mischung aus unterschiedlichen Dienstleistungen, die durch einen Mix an Trägern ergänzt werden. Diese Träger bestehen aus Non- Profit Organisationen, öffentlichen Trägern sowie privaten Anbietern.

Das „Mediterrane- Modell“ ist gekennzeichnet von der tragenden Rolle der Familie und findet hauptsächlich in den Ländern Südeuropas Anwendung. Die etablierten neuen Formen der mobilen Dienstleister werden teils durch direkte Geldleistungen an die pflegebedürftigen Menschen finanziert.

Als „Transitions- Modell“, welches in Zentral- und Osteuropa vertreten ist, wird die Entwicklung seit dem Fall des realen Sozialismus bezeichnet. Der Übergang von einem staatlichen Versorgungsmodell zu einem der sozialen Marktwirtschaft hat auch die Entstehung von Dienstleistungen für ältere, pflegebedürftige Menschen beeinflusst. Trotzdem hat die Langzeitpflege und damit auch die Hauskrankenpflege in diesen Ländern einen geringen Stellenwert.

Die nordischen Länder Europas haben in der Professionalisierung der Pflege und Betreuung und der Entwicklung der Hauskrankenpflege die Vorreiterrolle. Während diese Art der Versorgung schon in den 1960er Jahren vorangetrieben wurde, setzte beispielsweise in Deutschland das Wachstum von autonomen, mobilen Pflegediensten erst nach Einführung der Pflegeversicherung 1995 ein (Ertl et al., 2017).

2.4. Hauskrankenpflege in Österreich

In Österreich wird die Hauskrankenpflege fast ausschließlich von Non- Profit- Organisationen wie dem Österreichischen Roten Kreuz, der Caritas, der Volkshilfe Österreich oder dem Hilfswerk Österreich angeboten. Diese Organisationen zählen zu den größten Anbietern und haben in den 1970er Jahren den größten Anteil an Pionier- und Entwicklungsarbeit geleistet. Mittlerweile gibt es aber auch viele andere Organisationen, die Hauskrankenpflege anbieten (Ertl et al., 2017).

2.5. Hilfswerk Niederösterreich

1978 wurde das Hilfswerk Niederösterreich als privater Verein zur Förderung der Nachbarschaftshilfe gegründet. Heute ist das Hilfswerk Niederösterreich mit über 3100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und 55 regionalen Sozialstationen die größte Non- Profit- Organisation in Niederösterreich. Insgesamt arbeiten rund 1050 Heimhilfen, 450 Personen mit der Ausbildung der Fachsozialbetreuung in Altenarbeit und Pflegeassistentinnen und -assistenten sowie 380 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Hilfswerk Niederösterreich. Monatlich werden rund 25.000 Kundinnen und Kunden mit den verschiedensten Krankheitsbildern von Heimhelferinnen und Heimhelfern, Pflegeassistentinnen und -assistenten, Fachsozialbetreuerinnen und -betreuern in Altenarbeit sowie diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen versorgt und betreut. Darüber hinaus gibt es speziell ausgebildete Pflegepersonen mit den Fachschwerpunkten „Wundmanagement“, „Palliative Care“, „Demenz“ sowie „Praxisanleitung“ und das Hilfswerk Niederösterreich verfügt über 16 ausgebildete MAS Demenztrainierinnen und -trainer. Die Abkürzung „MAS“ steht einerseits für das Morbus Alzheimer Syndrom und andererseits für „Motivieren – Aktivieren – Stärken“. Diese Trainerinnen und Trainer haben das Ziel, den

Kundinnen und Kunden mit demenziellen Beeinträchtigungen ein möglichst selbstständiges Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen (Hilfswerk Niederösterreich, 2020).

2.6. Berufsgruppen und Aufgabenfelder

In der mobilen Pflege arbeiten diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegefachassistentinnen und -assistenten, Pflegeassistentinnen und -assistenten, Fachsozialbetreuerinnen und -betreuer in Altenarbeit sowie Heimhilfen. Unterstützt werden diese Berufsgruppen zusätzlich von Besuchsdiensten und Essen auf Rädern. Darüber hinaus werden bei Bedarf praktische Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder Logopäden hinzugezogen.

2.6.1. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege

Die Tätigkeiten des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals werden im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geregelt. Den Gesundheits- und Krankenpflegepersonen unterliegt die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess. Sie sind unter anderem auch für die Planung und Durchführung von Pflegeinterventionen und -maßnahmen sowie für die Delegation, Subdelegation und Aufsicht entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation zuständig (Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe [Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG], 2020). Umgelegt auf die Hauskrankenpflege bedeutet dies, dass die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson zum Beispiel im Rahmen von Pflegevisiten und Praxisteamgesprächen gemeinsam mit den Pflegeassistentinnen und -assistenten sowie den Heimhilfen die systematische Vorgangsweise in der Pflege bespricht und plant. In diese Planung werden die zu betreuenden Personen sowie, falls erwünscht und vorhanden, die Angehörigen oder Vertrauenspersonen miteinbezogen. Im Zuge dieser Planung werden die geplanten Maßnahmen und Interventionen entsprechend der diversen Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgesetzen schriftlich delegiert und vor Ort überprüft (Fichtinger & Rabl, 2014).

2.6.2. Pflegeassistentenberufe

Zu den Pflegeassistentenberufen zählt die Pflegeassistentenz sowie die Pflegefachassistentenz. Die Ausbildung zur Pflegefachassistentenz umfasst eine theoretische und praktische Ausbildung in der Dauer von insgesamt 3200 Stunden innerhalb von zwei Jahren. Die Ausbildung zur Pflegeassistentenz umfasst eine theoretische und praktische Ausbildung in der Dauer von insgesamt 1600 Stunden innerhalb von einem Jahr. In beiden Fällen hat mindestens die Hälfte der Ausbildung auf die Theorie und mindestens ein Drittel auf die Praxis zu entfallen. Die Berufe der Pflegefachassistentenz sowie der Pflegeassistentenz zählen zu den Gesundheits- und

Krankenpflegeberufen. Sie dienen, zur Unterstützung der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und unterliegen der Durchführung der im Rahmen des Pflegeprozesses schriftlich übertragenen Aufgaben und Tätigkeiten in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen bei Menschen aller Altersstufen sowie auf allen Versorgungsstufen. Der Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz wird unter dem §83 im GuKG geregelt. Wichtig ist, dass jede Pflegemaßnahme nur nach Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt werden darf (GuKG, 2020).

2.6.3. Fachsozialbetreuung in Altenarbeit

Der Beruf der Fachsozialbetreuung in Altenarbeit gehört zu den Sozialbetreuungsberufen und entspricht dem Tätigkeitsprofil der Pflegeassistenz. Die Ausbildung ist eine kombinierte Ausbildung zur Pflegeassistenz und Fachsozialbetreuung in Altenarbeit. Sie dauert insgesamt zwei Jahre und umfasst 2400 Stunden. Durch die erweiterte Ausbildung erlangen Fachsozialbetreuerinnen und -betreuer in Altenarbeit nicht nur pflegerische Kompetenzen, sondern auch Kompetenzen, die für eine umfassende, lebensweltorientierte Begleitung in den unmittelbaren Lebensbereichen erforderlich sind (Caritas & Du, 2015; Berufslexikon, 2020). Die Tätigkeiten mit Schwerpunkt Altenarbeit werden im Sozialbetreuungsberufegesetz Abschnitt 3, §5 festgelegt (Niederösterreichisches Sozialbetreuungsberufegesetz [NÖ SBBG] 2007).

2.6.4. Heimhilfen

Der Beruf der Heimhilfen zählt zu den Sozialbetreuungsberufen. Eine Heimbefürsorgerin oder ein Heimbefürsorger ist laut NÖ SBBG Abschnitt 2, §3

„eine ausgebildete Kraft, die befähigt ist, betreuungsbedürftige Menschen, die durch Alter, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder schwierige soziale Umstände nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen“ (NÖ SBBG, 2007).

Zu den Aufgaben von Heimhilfen zählen insbesondere hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Unterstützung bei Besorgungen außerhalb des Wohnbereiches, Zubereitung beziehungsweise Unterstützung bei der Einnahme von Mahlzeiten, Förderung von Kontakten im sozialen Umfeld, Beobachtung des Allgemeinzustandes und herbeiholen der erforderlichen Hilfe, hygienische Maßnahmen, Unterstützung von Pflegepersonen, Dokumentation sowie Unterstützung bei der Basisversorgung einschließlich Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln. Die Unterstützung bei der Basisversorgung erfolgt ausschließlich unter der Anleitung und Aufsicht von Angehörigen der Gesundheitsberufe. Die

Ausbildung zur Heimhilfe umfasst insgesamt 200 Stunden Praxis und 200 Unterrichtseinheiten theoretische Ausbildung (NÖ SBBG, 2007).

2.7. Finanzierung in Niederösterreich

Damit eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden kann, hat das Land Niederösterreich, um eine lokale Unter- beziehungsweise Überversorgung auszuschließen, einen flächendeckenden Sozialsprengel eingerichtet. Dies schließt jedoch eine Überschneidung oder ein Nebeneinander von mehreren Sozialstationen nicht aus, weshalb es trotzdem eine Wettbewerbs- Situation gibt. Die Kostendeckung der Hauskrankenpflege setzt sich grundsätzlich aus den Beiträgen der Sozialversicherung, der Länder und / oder der Gemeinden und der zu betreuenden Person zusammen. Die pflegebedürftigen Personen müssen einen von ihrem jeweiligen Einkommen abhängigen Beitrag leisten. Wenn Anspruch auf Pflegegeld besteht beziehungsweise der Pflegebedürftige bereits Pflegegeld bezieht, wird dieses auch zur Mitfinanzierung verwendet. Das Land Niederösterreich gewährt darüber hinaus für sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste eine finanzielle Förderung. Dieser Förderrahmen aus dem Sozialhilfebudget wird den Trägerorganisationen jeweils am Anfang des Jahres bekanntgegeben (Fichtinger & Rabl, 2014).

2.8. Besonderheiten in der mobilen Pflege

In der Hauskrankenpflege gibt es, wie in einem stationären Setting üblich, keinen fixen Dienstort. Die Pflegepersonen fahren von Haus zu Haus, von einer pflegebedürftigen Person zur nächsten. Die Fahrtzeit zwischen den Betreuungen wird oftmals als kurze Pause angesehen. So haben Pflegepersonen Zeit, die Pflegesituation, die gerade verlassen wurde, zu reflektieren und sich auf die neue Pflegesituation vorzubereiten. Eine weitere Besonderheit ist, dass Pflegepersonen ihre Ausstattung meistens zu den Kundinnen und Kunden mitbringen müssen. Verbandsmaterialien, Hebehilfen, Inkontinenzmaterialien und so weiter sind von der pflegebedürftigen Person selber beziehungsweise mit Unterstützung der Pflegekräfte und Angehörigen zu besorgen und vor Ort zu lagern. Somit muss das Pflegepersonal in der mobilen Pflege auch gute Kenntnisse über das Angebot, die Finanzierungsmöglichkeiten sowie die Besorgung von Pflegehilfsmitteln und Heilbehelfen verfügen. Des Weiteren müssen sämtliche in der Hauskrankenpflege eingesetzten Berufsgruppen ein hohes Anpassungsvermögen aufweisen, da sie sich mehrmals täglich auf die besonderen Lebenswelten der pflegebedürftigen Personen einstellen müssen. Dazu zählt auch, dass veränderte Lebensumstände wahrgenommen, berücksichtigt und in den Pflegeprozess aufgenommen werden. Somit spielt auch der Informationsfluss eine wichtige Rolle. In der Hauskrankenpflege gibt es keine Dienstübergaben wie in einem stationären Setting. Die Pflegekräfte kommunizieren hauptsächlich über Telefonate oder die Dokumentation. Dabei ist

immer darauf zu achten, dass die Datenschutzrichtlinien eingehalten werden. Im Normalfall finden alle zwei Wochen Praxisteamgespräche statt, wo sich ebenfalls über Kundinnen und Kunden ausgetauscht und Probleme besprochen werden können. Pflegepersonen kommunizieren aber nicht nur untereinander, sondern auch mit Angehörigen, Erwachsenenvertretern, ärztlichen Diensten, et cetera. Da der Anspruch an Informationen und Beratung über Pflegeangebote beziehungsweise Pflegealternativen meistens hoch ist, stehen Pflegepersonen unter kontinuierlichem Argumentationsdruck. Von Pflegekräften in der Hauskrankenpflege wird auch höchste Flexibilität erwartet, da sich die Touren ständig durch Krankenhaus- oder Pflegeheimweisungen, Todesfälle, Entlassungen, stornierte Einsätze und so weiter ändern können. Durch Krankenstände, Autopannen, Verkehrslagen oder nicht planbarer Umstände können sich die Einsatztouren ebenso ständig ändern (Ertl et al., 2017).

2.9. Versorgungssystem „Primary Nursing“

Das Hilfswerk Niederösterreich arbeitet bereits mit dem „Primary Nursing“ System. Das Konzept „Primary Nursing“ wurde in den 1960er Jahren von Marie Manthey in Minnesota (USA) entwickelt. Das pflegerische Versorgungssystem „Primary Nursing“ ist darauf ausgerichtet, dass eine fachlich qualifizierte Pflegekraft die kontinuierliche „Rund- um- die- Uhr“ Übernahme der Verantwortung für die zu pflegende Person trägt. Diese Pflegeperson wird als Primary Nurse (PN) bezeichnet (Manthey, 2011). Als Primary Nurse wird eine diplomierte Pflegeperson definiert, der die Gesamtverantwortung für eine pflegebedürftige Person von der Aufnahme bis zur Entlassung unterliegt (Bretbacher, 2017). Die PN soll, wann immer möglich, die tatsächliche physische Versorgung der Patientin oder des Patienten übernehmen. Wenn dies nicht möglich ist oder sie nicht im Dienst ist, hinterlässt die primäre Pflegekraft der zugeordneten, vertretenden Pflegeperson (Associate Nurse) genaue Anweisungen und Informationen über die pflegebedürftige Person (Manthey, 2011; Fichtinger & Rabl, 2014).

2.9.1. Kernelemente des Primary Nursing

Dieses Versorgungssystem besteht aus vier Grundelementen:

1. Übernahme der Verantwortung
2. Tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode
3. Direkte Kommunikation
4. Übertragung der Verantwortung auf eine andere Person

Übernahme der Verantwortung

Die Übernahme der Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen in Bezug auf die Pflege der Patientin oder des Patienten ist das Kernstück des Primary Nursing. Dieses

Element beschreibt auch den wesentlichen Unterschied zwischen diesem und den anderen pflegerischen Versorgungssystemen. Ausschließlich die Primary Nurse übernimmt während des gesamten Betreuungszeitraumes die pflegerische Verantwortung. Sie dient als Ansprechperson für die betreute Person und deren Angehörigen. Sie sammelt relevante Informationen, ist für die Pflegeplanung zuständig und übernimmt, soweit als möglich, auch die Ausführung der Pflege. Die Primary Nurse ist aber ebenso dafür verantwortlich, dass die anderen Berufsgruppen, welche mit der pflegebedürftigen Person arbeiten, die notwendigen Informationen erhalten (Manthey, 2011; Fichtinger & Rabl, 2014).

Arbeitszuweisung nach der Fallmethode

Dieses Element bezieht sich darauf, welche Pflegeperson einen bestimmten pflegebedürftigen Menschen betreut. Unabhängig von der Qualifikation einer Pflegekraft, die diese Arbeiten voraussetzen, übernimmt diese alle pflegerischen Aufgaben, solange sie in ihrem gesetzlichen Tätigkeitsbereich liegen (Manthey, 2011). Das Element der Arbeitszuweisung nach der Fallmethode weist am ehesten seine Wurzeln in der ambulanten Pflege auf. In der Hauskrankenpflege sind somit die wichtigsten Kriterien für die Zuordnung von Pflegebedürftigen, neben der notwendigen pflegerischen Kompetenz, die geographischen Gegebenheiten, die Zusammensetzung der Tour und die personellen Kapazitäten. Dieses Element verlangt von der Pflegedienstleitung, dass sie die Fähigkeiten und Kompetenzen ihrer Pflegepersonen besonders gut kennt (Bretbacher, 2017).

Direkte Kommunikation

Dieses Element dient dazu, dass Verzerrungen bei der Übermittlung von Informationen verhindert werden. So soll immer der kürzeste und der direkte Kommunikationsweg gewählt werden. Die Informationen werden jeweils zwischen den beteiligten Personen ausgetauscht. So ist laut Manthey (2011, S. 85) „die primäre Pflegekraft für die unmittelbare Kommunikation mit den anderen Mitgliedern des Gesundheitsteams verantwortlich, die entweder über Informationen verfügen, die sie braucht, oder Informationen brauchen, die sie hat“ (Manthey, 2011).

Übertragung der Verantwortung auf eine andere Person

Die Primary Nurse ist nicht nur für die Planung der Pflegemaßnahmen, abgestimmt auf die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen, zuständig, sondern auch für die Durchführung. Denn lediglich eine Person, die die Tätigkeit selber ausführt, kann am besten darüber entscheiden, wie sie ausgeführt werden soll. Und nur wenn die Primary Nurse direkt an beziehungsweise mit ihrer pflegebedürftigen Person arbeitet und Informationen sammelt, kann sie auf Änderungen im Befinden der Patientin oder des Patienten reagieren und somit die Planung

anpassen und kontinuierlich weiterentwickeln. Allerdings kann eine Primary Nurse zusätzlich zu ihren eigenen Patientinnen und Patienten auch für Patientinnen und Patienten einer anderen dienstfreien Primary Nurse zuständig sein, wobei sie dann den Anweisungen der eigentlichen PN zu Folge leisten hat. Somit kann eine Pflegekraft eine Primary Nurse und eine zugeordnete Pflegeperson (Associate Nurse) gleichzeitig sein (Manthey, 2011).

2.9.2. Primary Nursing in der Hauskrankenpflege

Aufgrund demographischer und gesellschaftlicher Entwicklungen gibt es auch in der mobilen Pflege einen Umbruch. Die zukünftige Möglichkeit des Einsatzes der Pflegefachassistenz zusätzlich zum bereits großen Berufsgruppenmix wird die Personaleinsatzplanung vor neue Herausforderungen stellen. Darüber hinaus führt der ständige Mangel an Pflegepersonal und die Tatsache, dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die kleinste Berufsgruppe in der mobilen Pflege ist, vermehrt zur Delegation von Pflegemaßnahmen und Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie an die Unterstützungsberufe (Bretbacher, 2020). Manthey (2011) geht davon aus, dass sich die künftigen Herausforderungen in der mobilen Pflege mit einer Versorgungsform wie die des Primary Nursing besser bewältigen lassen. Obwohl Primary Nursing in der ambulanten Pflege kaum gebräuchlich ist (Bretbacher, 2017), arbeitet das Hilfswerk Niederösterreich bereits mit diesem Konzept. Als Ziele des Primary Nursing in der Hauskrankenpflege werden eine klare Zuständigkeit, klare Kommunikationswege, die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Personen sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und die Autonomie der Pflegekräfte genannt (Fichtinger & Rabl, 2014). Bretbacher (2020) hat einen Praxisstandard für Primary Nursing in der ambulanten Pflege und Betreuung entwickelt, welcher nach Einarbeitung der aktuellen Evaluationsergebnisse veröffentlicht wird.

2.10. COVID- 19

Die Erkrankung COVID-19 oder auch „coronavirus disease 2019“ beziehungsweise „Coronavirus- Krankheit 2019“ genannt, ist eine neuartige Infektionserkrankung durch den Erreger SARS- CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). Dieser Virus trat erstmals 2019 in der Metropole Wuhan auf, entwickelte sich dann zu einer Epidemie und breitete sich rasch zu einer weltweiten Pandemie aus. Aufgrund der herrschenden Pandemie und Empfehlungen des Sozialministeriums in Österreich kam es vermehrt zur Reduzierung der sozialen Kontakte (Sozialministerium, 2020). Während Maßnahmen wie das Tragen eines Mund- Nasen- Schutzes, verschärfte Händehygiene oder der Sicherheitsabstand von mindestens einem Meter allgegenwärtig sind, stellen sich Pflegepersonen vor besondere Herausforderungen. Während in den Krankenhäusern Intensivbetten aufgestockt und besondere Besuchsregeln erstellt wurden, gab es in der mobilen Pflege ganz andere

Herausforderungen. Die pflegebedürftigen Personen, die ihr Essen aus Gasthäusern erhielten, mussten vorübergehend eine andere Lösung suchen, da auch die Gastronomie ihren Betrieb einstellen musste. Die meisten Organisationen nahmen keine neuen Kundinnen und Kunden auf, obwohl aus dem Krankenhaus immer mehr pflegebedürftige Menschen entlassen wurden. Kundinnen und Kunden, die vorher von pflegenden Angehörigen mitversorgt wurden, benötigten mehr Unterstützung, da sich auch die Angehörigen zum Schutz für die sogenannte Risikogruppe zurückzogen und den Abstand einhielten. Das Pflegepersonal betritt nur mehr mit Mund- Nasen- Schutz und Schürze den Wohnbereich der zu betreuenden Person. Dies löst vor allem bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen Angst aus, da sie die Betreuungsperson noch weniger erkennen konnten als sonst.

Aufgrund der besonderen Situation während der empirischen Untersuchung wurde der Corona- Virus auch während den Interviews immer wieder thematisiert.

II. Empirischer Teil

3. Methodik

In diesem Kapitel wird nun näher auf die Methodik, die Art der Datenerhebung sowie das angewandte Verfahren zur Datenauswertung eingegangen. Darüber hinaus wird das Sample, der Feldzugang und die ethischen Überlegungen beschrieben.

3.1. Forschungsdesign

Um die Herausforderungen von Heimhilfen im Umgang mit Menschen mit Demenz in der Hauskrankenpflege erheben zu können, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Ziel einer qualitativen Forschung ist Verstehen. Bestimmte Phänomene sollen identifiziert und verstanden werden, Strukturen sollen herausgefiltert, der Sinn, den bestimmte Phänomene für die Betroffenen haben, untersucht sowie das Einmalige, das Einzigartige beschrieben werden (Mayer, 2015). Das subjektive Erleben der Interviewpartnerinnen und -partner steht in diesem Forschungsvorhaben im Vordergrund. Somit wird auch die Gedanken- und Erlebniswelt der befragten Personen transparent gemacht. In der qualitativen Forschung wird zunächst die Erfahrungsrealität verbalisiert (Bortz & Döring, 2002). Da es in dieser Masterarbeit um die Erfahrungen und das Erleben der Heimhilfen geht, erscheint ein qualitativer Forschungsansatz als sinnvoll. Um die Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit Demenz herausfiltern zu können, wurden die Interviewpartnerinnen gebeten, über ihre tägliche Arbeit zu berichten. Offenheit, Kommunikation, Flexibilität, Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand, Explikation und Reflexivität von Gegenstand und Analyse werden als zentrale Prinzipien in der qualitativen Sozialforschung beschrieben. Das Prinzip der Offenheit besagt, dass die Wahrnehmung so weit wie möglich offengehalten wird. Auf eine Hypothesenbildung wird bewusst verzichtet, da der Wunsch besteht, Dinge zu sehen und zu entdecken, die vorher noch nicht definiert und strukturiert sind. Somit erfordert das Prinzip der Offenheit auch eine gewisse Flexibilität. Am Anfang der Forschung ist der Blickwinkel noch weit und Anpassungen des Interviewleitfadens können beispielsweise durchgeführt werden. Erst im Verlauf der Untersuchung spitzt sich dieser Blickwinkel fortlaufend zu. Die qualitative Forschung besteht nicht nur aus Kommunikation und Interaktion zwischen der Forschungsperson und dem zu Erforschendem, sondern auch zwischen dem Gegenstand. Somit wird der Forschungsprozess auch als Kommunikationsprozess begriffen (Mayer, 2015; Lamnek, 2010).

Das Thema „Demenz“ hat aufgrund der Inzidenz und der Prävalenz in den letzten Jahren sprunghaft an Bedeutung zugenommen. Es gibt schon einige Studien, die sich mit den Problemen von demenziell erkrankten Personen oder deren Angehörigen beschäftigt (Schaeffer & Müller- Mundt, 2002). Alltag, Conrad und Riedel- Heller haben dazu 2019 eine systematische Literaturübersicht geschrieben. Diese sagt aus, dass bereits beim Vorliegen einer Pflegesituation die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen negativ beeinflusst wird.

Es gibt auch bereits einige Studien über die Belastungen vom Pflegepersonal bei der Betreuung von Menschen mit Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen. Es gibt jedoch wenige Studien über die Herausforderungen von Pflegepersonen im Umgang mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen in der Hauskrankenpflege. Noch weniger wird die Berufsgruppe der Heimhilfen in diesem Zusammenhang beachtet.

3.2. Datenerhebung

Im Vordergrund dieser Arbeit stehen die Erfahrungen und Sichtweisen der Heimhilfen. Somit steht die Erlebniswelt dieser Personengruppe in diesem Forschungsvorhaben im Mittelpunkt. Aufgrund des zentralen Prinzips der Offenheit gegenüber den Erfahrungen und Perspektiven der befragten Person und des Erfahren- wollens der Forscherin fand die Datenerhebung anhand von Interviews statt. In diesem Fall wurde die episodische Interviewform ausgewählt. Die Besonderheit dieser Interviewform ist, dass beide Formen des Wissens miteinander verbunden werden. Einerseits das episodische Wissen, bei dem die Darstellung von Situationsabläufen im Mittelpunkt steht und andererseits das semantische Wissen, wo es darum geht, Begriffe zu benennen und sie miteinander in Beziehung zu setzen. Somit ist diese Form des Interviews eine Mischung aus Erzählung und Befragung. Wichtig ist allerdings, dass sich die Erfahrungen auf die Untersuchungsfragen konzentrieren. Die Interviewpartnerin oder der Interviewpartner stellt einerseits die Erfahrungen dar und kann auf der anderen Seite die entsprechenden Geschichten dazu erzählen. Zu diesem Zweck wurde ein Interviewleitfaden konzipiert, der alle Aspekte enthält, die für die Forscherin relevant sind (Mayer, 2015; Lamnek, 2010; Flick, 2002, Schaeffer & Müller- Mundt, 2002). Vor Beginn des Interviews bekamen die Interviewtenehmerinnen eine kurze Einführung in die Grundsätze des Interviews. Die Interviews wurden digital aufgenommen, damit sie anschließend transkribiert und analysiert werden konnten. Bei der Einstiegsfrage wurden die Heimhilfen ermutigt, über das Ausmaß ihrer Arbeit mit Menschen mit Demenz zu erzählen. Während der Interviews wurde die Reihenfolge der Fragen des Leitfadens an die Gesprächsinhalte angepasst. Somit konnten nicht nur passende Anschlussfragen, sondern auch Überleitungsfragen gestellt werden, ohne den Gesprächsfluss der interviewten Person zu stören. Die Interviews fanden in einem Besprechungsraum auf der jeweiligen Dienstleistungseinrichtung statt. So konnte für die Interviewpartnerinnen eine vertraute und entspannte Gesprächssituation geschaffen werden.

3.3. Sample

Für diese Forschungsarbeit wurden Personen mit einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung als Heimhilfen im Hilfswerk Niederösterreich befragt. Eingeschlossen wurden Heimhilfen, welche deutsche Sprache gut verstehen und sprechen können sowie in ihrer täglichen Arbeit mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen zu tun haben.

Ausgeschlossen wurden jene Heimhilfen, die eine Berufserfahrung unter zwei Jahren aufwiesen, die deutsche Sprache nicht ausreichend verstehen oder sprechen können oder wenig Erfahrung mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen haben.

3.4. Feldzugang

Der Feldzugang erfolgte über das Hilfswerk Niederösterreich. Dafür wurden schon vorab mit der regionalen Pflegedienstleitung und der Leitung der Stabstelle „Pflegeentwicklung und Bildung Hilfe und Pflege daheim“ Telefonate über das Forschungsvorhaben geführt. Darüber hinaus wurde die Pflegedirektorin über das Projekt informiert. Das Exposé und das Informationsschreiben wurden zur Durchsicht und Erklärung des Forschungsvorhabens vorab bereitgestellt. Die Rekrutierung der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer startete nach positiver Rückmeldung einerseits von der Pflegedirektorin, andererseits von der Leitung der Stabstelle „Pflegeentwicklung und Bildung Hilfe und Pflege daheim“. Ein Informationsblatt mit einer Kurzbeschreibung des Vorhabens sowie den Kontaktdaten der Forscherin wurde in zwei ausgewählten Dienstleistungseinrichtungen ausgehängt. Da die Rekrutierung während des Lockdowns aufgrund von Covid19 gestartet wurde, wurde darüber hinaus an alle Heimhilfen dieser zwei Dienstleistungseinrichtungen eine SMS mit einer kurzen Erklärung des Forschungsvorhabens sowie Kontaktmöglichkeiten bei Interesse zur Teilnahme versendet. Acht Heimhelferinnen stellten sich nach Erhalt des Informationsschreibens und einer telefonischen Erklärung des genauen Forschungsvorhabens für ein Interview zu Verfügung. Die Forscherin war dabei für die Einhaltung der Ein- und Ausschlusskriterien, die Aufklärung über das Forschungsvorhaben sowie das Einholen der schriftlichen Einverständniserklärung verantwortlich. Die Interviews fanden zwischen Mai und August 2020 statt. Die Interviewpersonen waren zwischen zwei und fünfzehn Jahre in der Hauskrankenpflege tätig und waren im Alter zwischen 45 und 58. Von den acht Interviewpersonen waren alle weiblich, da es zu dem Zeitpunkt in diesen Dienstleistungseinrichtungen keine männlichen Heimhilfen gegeben hat. Die Interviews wurden unter Einhaltung der von der Bundesregierung angeordneten Sicherheitsvorkehrungen durchgeführt und dauerten zwischen 10 und 108 Minuten. Sechs Interviews fanden in den Dienstleistungseinrichtungen, ein Interview bei der Autorin und ein Interview bei einer Interviewteilnehmerin zu Hause statt.

3.5. Datenauswertung

Nach Durchführung der Interviews wurden diese zeitnah mit dem Programm f4transkript verschriftlicht. Es werden drei Arten von Transkription unterschieden:

- Die phonetische Umschrift, bei der lautliche Äußerungen phonetisch dargestellt werden. Diese Form der Transkription ist allerdings nur bei Sprachanalysen notwendig

- Die literarische Umschrift, wobei der gesprochene Dialekt oder die von der Sprache abweichenden Äußerungen im hierzulande gebräuchlichen Alphabet wiedergegeben werden.
- Die Übertragung in normales Schriftdeutsch (Mayer, 2015).

Die Transkription erfolgte in normales Schriftdeutsch, um das Lesen und die Bearbeitung der Interviews zu erleichtern. Dabei wurden folgende Sonderzeichen verwendet:

- (.) oder (...) für kurze Pause oder mittlere Pause
- (Pause) für längere Pausen
- (lachen, weinen und ähnliches) bei emotionalen Reaktionen
- (unverständlich) wenn etwas nicht verstanden und nicht transkribiert werden konnte
- // bei Überlappungen zwischen Interviewperson und befragter Person
- / bei Abbruch des Satzes

Die Regeln der Transkription wurden sorgfältig eingehalten und die Gespräche wurden in der gesamten Länge transkribiert. Die Dialektsprache wurde in normales Schriftdeutsch übertragen, außer der Sinn einer Aussage wäre dadurch verändert worden. Die einzelnen Interviews wurden hinsichtlich Personennamen oder Ortsangaben pseudonymisiert. Die Interviews wurden unabhängig vom Interviewzeitpunkt mit Interview 01 – 08 durchnummeriert, damit sie numerisch nicht der befragten Person zugewiesen werden können. Nach der vollständigen Transkription aller Interviews wurden diese erneut mit dem entsprechenden Tonbandaufzeichnungen Korrektur gelesen, um etwaige Transkriptionsfehler auszubessern. Bei allen Transkripten wurden am linken Blattrand die Zeilen nummeriert, damit die ausgewählten Passagen leichter zu finden sind. Alle Interviews wurden im Rahmen der Masterarbeit einer ausführlichen Analyse mit dem Programm f4analyse unterzogen. Die Texte wurden mehrmals gelesen und mit Randnotizen versehen.

Bei der Datenauswertung lassen sich im Groben zwei verschiedene Richtungen unterscheiden:

- Interpretativ- explikative Verfahren

Bei diesem Verfahren wird versucht in die Tiefe zu gehen. Es werden verborgene Strukturen und Bedeutungen gesucht, die zwar vorhanden, aber auf den ersten Blick nicht sichtbar sind. Es ist ein deutendes Verfahren.

- Interpretativ- reduktive Verfahren

Dieses Verfahren ist deskriptiv. Die offen zutage liegende, sichtbare Bedeutung steht hierbei im Vordergrund. Der Text wird reduziert, umschrieben und in Kategorien zusammengefasst, die danach miteinander verknüpft und analysiert werden (Mayer, 2015).

Im Sinne des Prinzips der Offenheit und mit dem Hintergedanken, dass das Datenmaterial den Prozess bestimmt, wurde ein interpretativ- reduktives Verfahren zur Datenauswertung ausgewählt. Die Inhaltsanalyse nach Mayring (2019) zählt zu diesen Verfahren, weshalb diese Arbeit auch an dieses Verfahren angelehnt ist. Erkennungsmerkmal einer qualitativen Inhaltsanalyse ist, dass kategoriengeleitet vorgegangen wird. Damit sind Bedeutungsaspekte gemeint, die auf sprachliche Kurzformeln gebracht werden. Die Textauswertung ist somit selektiv, da die Textinhalte, die nicht in Kategorien angesprochen werden können, nicht weiter berücksichtigt werden. Eine qualitative Inhaltsanalyse zeichnet sich laut Mayring (2019) durch eine strenge Regelgeleitetheit und Systematik ab. Anhand von Ablaufmodellen wird das Vorgehen Schritt für Schritt beschrieben. Da bei dieser Vorgehensweise fragestellungsbezogen gearbeitet wird, werden die textanalytischen Fragestellungen aus der übergeordneten Fragestellung abgeleitet. Am Ende dieses Verfahrens soll die Forschungsfrage beantwortet werden (Mayring, 2015; Mayring, 2019; Mayer, 2015).

Die Analyse hat sich an folgenden Schritten orientiert (Mayring, 2015):

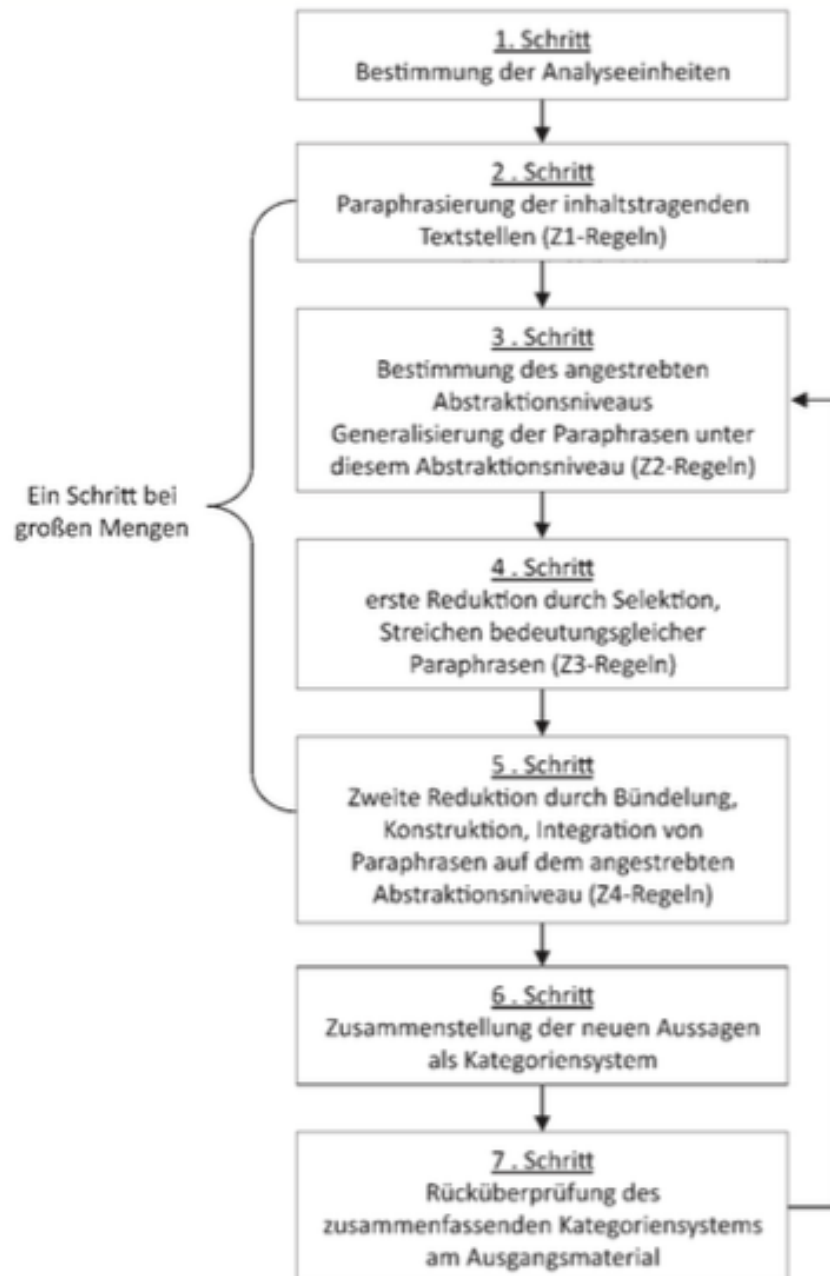


Abbildung 1: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse. Quelle: Mayring (2015), S. 70

Die qualitative Inhaltsanalyse besitzt die Stärke, dass anhand des systematischen und regelgeleiteten Vorgehens auch große Materialmengen bearbeitet werden können. Darüber hinaus muss sie auf den konkreten Forschungsgegenstand angepasst werden (Mayring, 2015).

3.6. Ethische Aspekte

Das Hilfswerk Niederösterreich wurde für dieses Forschungsvorhaben ausgewählt, da diese Organisation in Niederösterreich einer der größten Sozialorganisationen ist und einen Fachschwerpunkt in Demenz aufweist. Darüber hinaus arbeitet die Forscherin in dieser Organisation. Durch die Durchführung des Forschungsvorhabens entstand allerdings kein

Abhängigkeitsverhältnis, weder auf Seite der Forscherin noch auf der Seite der Organisation. Die Auswahl der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer wurde auch nicht gesteuert. Die Interviewpartnerinnen haben sich nur aus eigenem Interesse gemeldet. Die Interviews fanden auf den verschiedenen Dienstleistungseinrichtungen der Interviewpartnerinnen statt. Dafür wurde ein Raum zur Verfügung gestellt, indem in Ruhe und ohne Störung das Interview durchgeführt werden konnte. Die Interviews konnten mit ausreichend Sicherheitsabstand durchgeführt werden. Sie beruhten auf freiwilliger Basis und konnten jederzeit abgebrochen werden. Vor Beginn des Interviews musste die Einwilligungserklärung unterzeichnet werden. Da es sich bei den Interviewpartnerinnen um Heimehelferinnen des Hilfswerk Niederösterreich handelt und diese keine vulnerable Personengruppe darstellen, mussten keine weiteren Vorkehrungen getroffen werden. Während dem Interview wurden so wenig personenbezogene Daten wie möglich erhoben, wenn sie für die Forschungsfrage nicht relevant waren. Die Rohdaten wurden sorgfältig archiviert und getrennt von personenbezogenen Daten aufbewahrt. Transkripte, unterschriebene Einverständniserklärungen und Audiodateien wurden in separaten Speichermedien gesichert und vor dem Zugriff Dritter durch angemessene Vorkehrungen wie Passwortschutz geschützt. Die Pseudonymisierung erfolgte schon während der Transkription durch Verwendung von Kürzeln und Pseudonymen.

4. Ergebnisse

Die drei empirisch untersuchten Fragestellungen werden im nachfolgenden Teil dieser Arbeit dargestellt. Es wurden sechs Hauptkategorien gebildet, welche in Abbildung 2 zur besseren Übersicht dargestellt wurden. Diese Hauptkategorien lassen sich in mehrere Subkategorien unterteilen.



Abbildung 2: Die sechs Hauptkategorien, eigene Darstellung

4.1. Herausforderungen in der mobilen Pflege

In den acht durchgeführten Interviews wurden einige Herausforderungen genannt, die einen Einblick in den Arbeitsalltag mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen geben.

Die Datenauswertung der ersten Forschungsfrage „**Welchen Herausforderungen stellen sich Heimhilfen in ihrer täglichen Arbeit bei der Betreuung von Menschen mit Demenz?**“ ergab folgende Kategorien (Abbildung 3):

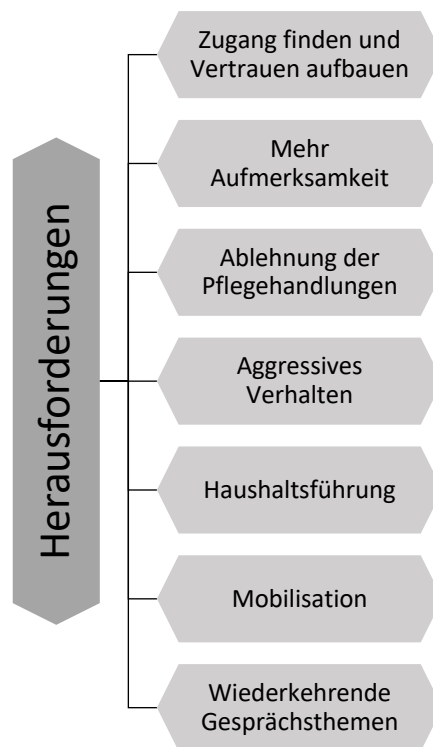


Abbildung 3: Herausforderungen von Heimhilfen in der mobilen Pflege

4.1.1. Zugang finden und Vertrauen aufbauen

Die Kategorie „Zugang finden und Vertrauen aufbauen“ hat in der mobilen Pflege eine besondere Bedeutung. Ein gutes Vertrauensverhältnis bildet die Basis für die weitere Betreuung. Einige der Interviewpartnerinnen haben davon berichtet, dass die Betreuung von Menschen mit Demenz am Anfang schwierig war. Es hat oft längere Zeit und viele Gespräche benötigt, damit Pflegehandlungen wie die Unterstützung bei der Körperpflege zugelassen wurde. Wenn dann eine neue Arbeitskollegin oder ein -kollege beziehungsweise Personen in Ausbildung mit einer Heimhilfe mitgefahren sind, haben diese vor allem am Anfang viel Ablehnung erlebt. Eine Heimhelferin sagte dazu zu einer neuen Kollegin:

„... der muss Vertrauen erst aufbauen, wenn überhaupt. Aber der kennt dich gar nicht ...“ (IP03, 163)

Es kommt bei der Betreuung von Menschen mit Demenz auch immer wieder vor, dass die zu betreuende Person das Pflegepersonal, auch nach längerer Betreuungszeit, nur minimal akzeptiert und lieber von Angehörigen oder bestimmten Pflegepersonen gepflegt wird.

„... er wollte immer, dass die Frau dabei ist oder beziehungsweise eine Kollegin, die was schon öfters bei ihm war. Weil Menschen gewöhnen sich an uns und wollen keinen Wechsel, ganz einfach, ja. Weil das Vertrauen wieder, wenn andere Kolleginnen kommen würden, die kennt er wieder nicht. Man muss das Vertrauen sich aufbauen und manche wollen das ganz einfach nicht ...“ (IP02, 154-158)

Eine Heimhelferin erzählte von einem dreistündigen Einsatz bei einem Kunden. Dieser Einsatz diente vor allem zur Entlastung der Gattin, damit diese in Ruhe einkaufen oder mit ihrer Schwester einen Kaffee trinken gehen konnte. Während diesen drei Stunden sind die Heimhilfen mit diesem Kunden bei Schönwetter spazieren gegangen, haben auf einer Bank gejausnet und sind anschließend wieder zurückgegangen. Bei Schlechtwetter standen Bewegungsübungen, Spiele spielen und plaudern am Programm. Eine Kollegin hatte allerdings Schwierigkeiten bei dieser dreistündigen Betreuung, da sie nicht wusste, was sie mit dem Kunden reden soll. Die Heimhelferin erklärte dies so:

„Da war die Chemie nicht da, oder was, das gibt es halt auch ...“
(IP03, 161-162)

Eine weitere Heimhelferin hat ebenfalls die Sympathie zwischen zwei Menschen angesprochen:

„... Und ich glaube auch, es kommt immer darauf an, wie soll ich sagen, auf die Sympathiesache. Also ich glaube, wenn da jetzt die Chemie passt, sage ich, dann tun sie sich auch leichter, als wenn halt, es sind auch nur Menschen, wir sind nur Menschen, wenn das vielleicht nicht so hundert prozentig ist. Aber ich denke mir immer, wenn man sich interessiert, interessiert für das, was sie erzählen die Kunden und dann immer wieder anfängt und sie erzählen dann ja gerne, ja ...“ (IP08, 369-374)

Manchmal ist jedoch nicht die Chemie schuld, dass Pflegepersonen abgelehnt werden, sondern das äußere Erscheinungsbild.

„... Wenn ich zum Beispiel dunkelhaarig bin und die mag mich und die andere ist blond und sie mag sie nicht ...“ (IP05, 184-185)

Oder gerade das äußere Erscheinungsbild ist dafür verantwortlich, dass nur bei einer bestimmten Pflegeperson sämtliche Pflegehandlungen zugelassen werden. So kann es auch

vorkommen, dass die Pflegepersonen mit Angehörigen von demenzbetroffenen Kundinnen und Kunden verwechselt werden, wie in diesem Beispiel:

„Aber einmal haben wir eine Kundin gehabt, da haben alle Schwierigkeiten gehabt, aber sie hat in mir wie eine Verwandtschaft oder so, sie hat irgendwie eine Ähnlichkeit zu irgendjemanden verbunden, nen. Ja. Und bei mir hat sie alles machen lassen und die anderen hat sie immer die Haare gerissen und gekratzt ...“ (IP05, Absatz 160-163)

Bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen kommt es immer wieder vor, dass sie nicht wissen, welches Jahr oder welches genaue Datum gerade ist. Sie leben in der Vergangenheit. So kann es auch leicht vorkommen, dass demenzbetroffene Kundinnen und Kunden denken, die Pflegeperson schon als Kind gekannt zu haben oder sie mit anderen Personen aus der Vergangenheit verwechseln.

„... Sie glaubt nämlich, sie kennt mich schon als kleines Kind, ja. Die erzählt mir nämlich immer, ja, sie hat bei dem Fenster hinausgesehen und hat mich spielen gesehen, dort auf dem Spielplatz, nen. Die Männer sind gegessen, das war sicher der Vater, war ein fescher Mann, hat sie gesagt und haben halt getratscht und so und ich bin da umeinander geklettert und sie hat immer Angst gehabt, dass ich hinunterfalle und so, nen. Und dann sagt sie immer zu mir (lachend), ja, insgeheim bist du mein Menscherl, sagt sie immer zu mir. Weil sie hat ja zwei Söhne, nen. Und sagt sie immer, sie hätte so gerne ein Mädchen gehabt und so. Aber du bist jetzt mein Menscherl, sagt sie immer zu mir. Und das erzählt sie mir immer wieder (lachend). Am Anfang habe ich mir auch gedacht, „naja, das ist / “ nein, habe ich es eh versucht und habe ich gesagt, nein, das bin nicht ich, aber dann habe ich mir gedacht: nein wozu? Jetzt lass ich sie im Glauben, ich bin das und ja. Sie freut sich ...“ (IP01, 41-52)

Um Vertrauen aufbauen zu können, ist es wichtig, den Menschen kennenzulernen. Ein Mensch kann allerdings nur kennengelernt werden, wenn ausreichend Zeit für Gespräche zu Verfügung steht. Durch das Führen von Gesprächen wird eine Bindung aufgebaut und die zu betreuende Person wird besser verstanden.

„... Also die Gespräche, das Erzählen und vor allem wir bauen dann zu den Kunden irgendwie so einen persönlichen Kontakt auf, dass sie uns eben vertrauen können und ähm ja ...“ (IP02, 306-308)

Bei fortgeschrittener Demenz kann es durchaus vorkommen, dass die pflegebedürftige Person das Pflegepersonal oder auch die Angehörigen nicht mehr erkennt. Wenn dies der Fall ist,

muss jeden Tag erneut Zugang zum Kunden oder der Kundin gefunden und Vertrauen aufgebaut werden.

„... Ja wenn man mich manchmal überhaupt nicht erkennen. Sie freuen sich zwar, dass jemand kommt, aber sie erkennen mich nicht ...“ (IP07, 14-15)

Zusammenfassend kann zur Kategorie „Zugang finden und Vertrauen aufbauen“ gesagt werden, dass es von seitens der Betreuerinnen und Betreuer viel Einfühlvermögen, Geduld und Taktgefühl benötigt, um ein gutes Vertrauensverhältnis zur Kundin oder zum Kunden aufbauen zu können.

4.1.2. Mehr Aufmerksamkeit

Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen leiden oft unter Wortfindungsstörungen oder benötigen mehr Zeit, um sich ausdrücken zu können. Für eine positive Pflegebeziehung ist, wie bereits erwähnt, das Führen von Gesprächen allerdings sehr wichtig. Viele ältere Personen leben dazu auch noch alleine und haben sonst keine Ansprechperson. Daher sollten Pflegepersonen auch demenzbetroffenen Menschen Zeit und Aufmerksamkeit schenken, um sich ausdrücken zu können. Wie diese Aufmerksamkeit aussehen kann oder verlangt wird, wird in der Kategorie „Mehr Aufmerksamkeit“ beschrieben. So beschrieb eine Heimbefürsorgerin den Unterschied zwischen Menschen mit Demenz und ohne kognitive Beeinträchtigung folgendermaßen:

„... Nur bei den Menschen mit Demenz, denke ich mir, dass sie mehr unsere Aufmerksamkeit brauchen, wie die Menschen ohne Demenz. Das sie sich das ganz, sie können sich nicht so ausdrücken oder beziehungsweise sie wollen uns was sagen, aber manchmal, ja, gelingt es ihnen nicht ...“ (IP02, 68-71)

Dieselbe Heimbefürsorgerin erwähnte später im Interview nochmals, dass Menschen mit Demenz mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Vor allem nicht nur für das Durchführen der Pflege oder von Haushaltstätigkeiten, sondern auch für ein Gespräch. Doch diese Kapazitäten sind in der Hauskrankenpflege derzeit leider nicht vorhanden.

„... Ich glaube, dass man ihnen mehr Aufmerksamkeit oder Zeit schenken sollte. Das brauchen sie auf jedenfall. Auch, nicht nur für Pflege, sondern für ein gutes Gespräch ...“ (IP02, 295-297)

Eine weitere Heimbefürsorgerin erwähnte in dem Interview, dass viel zu wenig Zeit für Gespräche zu Verfügung steht.

„... Aber ehrlich gesagt, dass kommt viel zu kurz. Also das wird bei weitem nicht abgedeckt. Bei weitem nicht ...“ (IP06, 89-90)

Als Grund für die nicht ausreichende Zeit für Gespräche wurde genannt, dass zu viele Kundinnen und Kunden betreut werden müssen und somit die Kapazitäten dafür vorhanden sind.

„... aber leider, ich glaube, dass ist momentan nicht möglich, weil wir eben so viele Patienten haben, die was uns auch brauchen ...“ (IP02, 297-299)

Für manche Menschen mit Demenz, vor allem für diejenigen, die sonst niemanden haben, ist das Führen von Gesprächen wichtiger als das Durchführen von Pflegehandlungen.

„... Also das manche halt nur reden wollen und eigentlich die Pflege für ihnen nicht so wichtig ist, nen. Erst wenn du dann zum fünften Mal fragst, wie wäre es mit Duschen, halt, dass dann die Zeit halt knapp wird für das, was eigentlich wichtig ist, für die Pflege und so ...“ (IP05, 88-91)

Die Kategorie „Mehr Aufmerksamkeit“ kann so zusammengefasst werden, dass für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen mehr Zeit wichtig wäre. Mehr Zeit, um Gespräche zu führen und um sie aussprechen zu lassen. Aufgrund der Wortfindungsstörungen benötigen sie länger, um das, was sie sagen wollen, in Worte fassen zu können. Wenn dieser Personengruppe keine Zeit gelassen und ihnen die Aufmerksamkeit nicht geschenkt wird, können sie auch kein Vertrauen aufbauen oder trauen sich nicht mehr zu sprechen.

4.1.3. Ablehnung der Pflegehandlungen

Demenz betroffene Menschen können nicht immer nachvollziehen, warum eine Pflegehandlung durchgeführt werden soll und dies führt wiederum zur Ablehnung dieser. Darum geht es in der Kategorie „Ablehnung der Pflegehandlung“. In fast jedem Interview wurde dies thematisiert. Diese Ablehnung ist auch von der körperlichen Verfassung der pflegebedürftigen Person abhängig. So kann es vorkommen, dass Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen an manchen Tagen zu keiner Kooperation bereit sind und sämtliche Pflegehandlungen oder überhaupt das Aufstehen aus dem Bett verweigern, so wie in diesem Beispiel.

„... Wenn ich jetzt in der Früh hineingehe und ich sage Morgen Herr oder Frau soundso und kann aber auch passieren, dass sie sich im Bett umdreht und sagt, sie steht jetzt nicht auf. Kann auch passieren ...“ (IP08, 412-414)

Als besondere Herausforderung wurde die Durchführung der Körperpflege erwähnt. Wie bereits in einem Zitat beschrieben, ist die Körperpflege für viele Menschen mit Demenz von nicht allzu großer Bedeutung.

„... ich habe halt gesagt, sie soll halt vorher frühstücken, wenn sie nicht gleich waschen will. Zuerst frühstücken, aber sie will dann was erzählen und zehn Minuten bevor Schluss ist dann „Naja vielleicht gehen wir ja doch duschen“ oder so, nen. (Lacht). (IP05, 86-88)

Es kann auch vorkommen, dass Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen im fortgeschrittenen Stadium nicht nachvollziehen können, wieso sie die Körperpflege durchführen sollen. Sie sind der Meinung, dass sie nicht schmutzig sind und somit ist das Durchführen der Körperpflege auch nicht wichtig. Hier kann es dann auch passieren, dass die betroffenen Menschen bei der Pflegehandlung mit Angst reagieren und anfangen zu weinen oder schreien, wie in dem nächsten Beispiel.

„... Dass sie dann anfängt zum, sie ruft nach ihrer Mutter und dann sie fangt zum Weinen an in der Dusche halt. Das geht ihr alles zu schnell, ja. Und sie braucht das eigentlich, die Pflege nicht. Sie ist eh sauber. Sie wird nicht schmutzig, ja. Also ich versuche sie halt immer zu überreden halt und ruhig zu bleiben ... “ (IP05, 15-18)

Ein weiterer Punkt weshalb die Körperpflege abgelehnt wird ist das Schamgefühl. Das Schamgefühl kann bei Frauen nach einer Brustamputation, wie im nachstehenden Beispiel, oder auch durch die Pflege von Männern ausgelöst werden. Ältere, demente Frauen, die den zweiten Weltkrieg miterlebt haben und sexuell missbraucht wurden, tun sich oft schwer, wenn männlichen Pflegepersonen die Körperpflege durchführen sollen. Wenn die pflegebedürftige Person nicht ausreichend Vertrauen zu der Pflegeperson aufbauen konnte, wird sie die Körperpflege auch nicht zulassen.

„Und die Frau war dement und die Tochter hat gesagt, ähm sie wäscht sich sehr wenig, ob wir da etwas machen können. Habe ich gesagt, na wir werden es probieren. Partout nicht. Wenn wir, die hat das irgendwie gewusst, wann wir kommen oder war das in ihr, dass sie um fünf Uhr schon aufgestanden ist, keine Ahnung. Wenn wir um sieben Uhr gekommen sind, war die schon fix und fertig angezogen, nen. Und ich habe sie dann, sie hat Brustkrebs gehabt und da war sie schamig und da haben sie ihr eine Brust amputiert gehabt, nen. Und das haben alle respektiert und so, nen. Und dann sitzen wir beim Frühstück und plaudern und dann habe ich sie halt angeredet. Habe ich gesagt: „Könnten wir nicht

ins Badezimmer gehen und ein bisschen waschen, weil es riecht ein bisschen komisch“ und so, nen. „Aso, stinke ich?“. Sage ich „ja, gehen wir runter duschen?“, nen. „Aber das duschen muss schnell gehen, weil mir ist zu kalt.“. Sage ich „machen wir!“. Habe ich eingeweicht und alles, nen. Boah super, nen. Und dann zieht sich die Frau aus und ich habe mir nur gedacht, ui, die kann ich ja gar nicht duschen. Die Brust hat ausgesehen. Das war alles offen, eitrig. Jetzt habe ich nur den Unterleib gemacht und so, nen. Und habe ich gesagt „schauen Sie, wir sind schon wieder fertig“ und und und. Habe sie angezogen und habe sofort zum Telefon gegriffen und habe die Tochter angerufen und unsere Diplomierte, die Primary Nurse. Sage ich, das gehört angeschaut, das ist ein Wahnsinn, nen. Das ist ja alles offen, eitrig und alles, nen. Und dann ist sie eben behandelt worden, da war sie im Spital. Und dann ist sie heimgekommen und jedesmal, als ich gekommen bin, habe ich sie dürfen duschen ...“ (IP03, 191-210)

In manchen Fällen kann es auch passieren, dass die Betreuungssituation abgebrochen wird. Gründe dafür können sein, dass sämtliche Pflegehandlungen, auch nach langem Zureden, verweigert werden. In solchen Fällen müssen Pflegepersonen immer abwägen, ob der Abbruch der jetzigen Betreuung vertretbar ist.

„... Also zweimal bin ich sicher schon weggefahren und dann habe ich gesagt, wenn ich das nächste Mal komme, dann machen wir das. Ja. Aber dadurch ihr Mann sie so gründlich wäscht und eincremt ist das eigentlich vertretbar, glaube ich ...“ (IP05, 146-148)

Bei diesem Beispiel wurde die Betreuung abgebrochen, da die Kundin mit fortgeschrittenem Demenzstadium sämtliche Pflegehandlungen verweigert hat. Der Abbruch der Betreuung war allerdings ethisch vertretbar, da die Betreuung bei dieser Kundin lediglich zwei Mal pro Woche stattfindet und sich sonst der anwesende Gatte um die Kundin kümmert. Der Ehemann, den sie teilweise auch nicht mehr erkennt, führt die restliche Woche die Körperpflege durch und achtet darauf, Hautrötungen zu vermeiden. Wenn dies allerdings eine Kundin oder ein Kunde gewesen wäre, der alleine wohnen würde und zu Hautrötungen neigt, wäre die Entscheidung der Heimhelferin vermutlich nicht so einfach gefallen. Wobei natürlich niemand zur Körperpflege oder sonstigen Pflegehandlungen gezwungen werden darf. In solchen Fällen kann die Ablehnung lediglich dokumentiert und die Angehörigen verständigt werden, solange keine Selbstgefährdung vorliegt.

Die Kategorie „Ablehnung der Pflegehandlungen“ kommt in der Pflege, im Speziellen bei der Körperpflege, von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen relativ häufig vor. Die

Gründe dafür können sehr unterschiedlich sein, wie beispielsweise mangelndes Vertrauen, Schamgefühl oder generelle Abneigung gegen die Körperpflege. Wenn die pflegebedürftige Person die Pflegehandlung auch nach Zureden verweigert, muss die Pflegeperson dies dokumentieren und bei häufigeren Verweigerungen die Angehörigen verständigen. Es darf niemand zu einer Pflegehandlung gezwungen werden, denn dies würde das Vertrauen und damit auch der Pflegebeziehung sehr schaden.

4.1.4. Aggressives Verhalten

Im Arbeitsalltag mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen kann es vorkommen, dass Pflegepersonen mit aggressivem Verhalten konfrontiert werden. Dieses Verhalten kann sich in verbaler Form durch Beschimpfungen oder Beleidigungen äußern oder in manchen Fällen kommt es zu körperlichen Angriffen, wie Kratzen, Spucken, Beißen oder Hauen. In diesen Ausnahmefällen wird die Betreuung nach Rücksprache mit den Angehörigen meistens abgebrochen. Sieben der acht Interviewpartnerinnen haben bereits Erfahrungen mit aggressiven, dementen Kundinnen und Kunden gehabt.

„... da hatte ich eine Kundin, die war in dem Sinne, wir sind zu ihr zum Waschen oder Duschen gegangen und sie hat schon, wie wir hineingekommen sind, hatte sie schon so einen bösen Blick gehabt. Und sie hat dann, wenn sie etwas nicht wollte, eben duschen oder waschen, hat sie ganz einfach die Hand hochgehoben, so dass man schon geglaubt hat, dass sie auf uns hinhaut ...“ (IP02, 106-110)

Eine Heimhelferin hat versucht, dieses Verhalten zu bagatellisieren und meinte, dass die Kundinnen und Kunden mit Demenz auch schlechte Tage haben. An diesen Tagen kann es laut der Heimhelferin schon vorkommen, dass die Pflegeperson angeschrien wird, wenn etwas nicht den Wünschen nach erfüllt wird.

„... natürlich muss ich auch dazu sagen, dass gewisse Demenzkranke eben schlechte Tage haben und dann aggressiv waren und mich angeschrien haben ...“ (IP03, 53-54)

Häufig vermischt sich die Kategorie „Ablehnung der Pflegehandlungen“ auch mit der Kategorie „Aggressives Verhalten“ wie in folgendem Beispiel. Die beste Lösung, um so eine Situation zu deeskalieren ist es, die Pflegesituation, wenn möglich, abubrechen, die aggressive Person einen Moment alleine zu lassen und nach ein paar Minuten noch einmal in Ruhe mit dieser Person reden. Wenn sich die Stimmungslage nicht ändert und die demenzbetroffene Kundin oder der Kunde verweigert weiterhin die Pflegehandlung, sollte die Handlung nicht erzwungen werden.

„... Wenn sie sagt überall nein oder wenn sie aggressiv werden, sie hauen ja dann gleich her, ja. Da hat man keine Chance. Man kann keinen Menschen zu irgendwas zwingen. Ich kann nicht sagen, okay, sie müssen sich jetzt waschen lassen oder sie müssen, wenn sie nicht will, dann will sie nicht. Ich darf keinen Menschen jetzt zu irgendwas zwingen ...“ (IP04, 894-897)

Auch bei der nächsten Kundin löste das Durchführen- wollen der Körperpflege einen aggressiven Schub gegen die Pflegeperson aus. Nachdem die Kundin aber nicht nur die Hand erhoben hat, sondern auch anfang zu weinen, kann angenommen werden, dass sie Angst vor der Pflegehandlung hatte und deswegen so reagierte.

„... sie fängt dann an zum, sie hebt die Hand zum Beispiel, nen. Oder wenn sie weint, fängt sie an zu spucken ...“ (IP05, 18-19)

Eine Interviewteilnehmerin hatte ebenso mit einem sehr aggressiven Kunden zu tun, welcher verbal sowie körperlich auf das Pflegepersonal losgegangen ist.

„...Der war wirklich aggressiv. Der hat geschimpft. Der hat geschlagen ...“ (IP08, 173-174)

Auf die Frage, wie sie dann auf diese Situation reagiert hat, meinte sie, dass die Pflegehandlung abgebrochen wurde und in dem Fall, die Gattin des Kunden diese nach einiger Beruhigungszeit erneut probiert hat. Entweder wurde an diesem Tag die Betreuung komplett abgebrochen oder es wurde mit der Ehefrau ein Gespräch geführt, da diese stark belastet war und ebenso einiges zu sagen und klagen hatte. Das bedeutet, auch wenn die Pflegehandlung an dem eigentlichen Kunden nicht durchgeführt werden konnte, konnte zumindest ein entlastendes Gespräch mit einer nahen Angehörigen durchgeführt werden, was ebenfalls sehr wichtig ist. Doch das aggressive Verhalten richtet sich manchmal nicht nur gegen die Pflegepersonen, sondern auch gegen die pflegenden Angehörigen.

„... Ein einziges Mal muss ich ganz ehrlich sagen, war ich sehr schockiert, weil ich mit dem nicht gerechnet habe. Eine Dame haben wir gehabt, die war sehr aggressiv. Also, da war ich so perplex (lacht), die hat die Tochter hingedrückt und bei den Haaren gezogen ...“ (IP01, 28-31)

Oftmals ist die Hemmschwelle bei nahen Angehörigen geringer, als gegenüber fremden Personen. So ist beispielsweise ein Kunde, nach Realisierung der Demenzerkrankung mit einem Messer auf seine Frau losgegangen.

*„... Der ist mit dem Messer auf seine Frau losgegangen. Weil der das, diese Arten von der Demenz, da hat er es realisiert, dass er das hat ...“
(IP07, 269-271)*

Nach dieser Aktion ging der Kunde, nach Wissen der Heimhelferin, nie wieder so aggressiv auf seine Ehefrau los. Sie pflegte ihn sogar bis zum Schluss. Dem Pflegepersonal gegenüber verhielt er sich allerdings immer freundlich.

„... Und da hat er ausgezuckt, irgendwann. Ist eh nichts passiert, nen, und sie hat ihn gepflegt bis am Schluss. Aber ist mir nie passiert, zu mir war er immer nett ...“ (IP07, 273-274)

Manchmal sinkt die Hemmschwelle aber nicht nur bei dem Thema „aggressives Verhalten“, sondern auch bei Berührungen oder anzüglichen Aussagen. So erlebte eine Heimhelferin während der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten anscheinend schon mehrmals sexuell belästigendes Verhalten von Männern mit Demenz ihr gegenüber.

„... die sind von ähm ja Berührungen auch im ja sehr intim, sagt man so, ob das jetzt bei der Brust oder im Schritt angegriffen wird, das ja, das sind denke ich mir und aus eigener Erfahrung kommt das häufig bei Männern vor ...“ (IP02, 18-21)

Zusammenfassend kann zur Kategorie „Aggressives Verhalten“ gesagt werden, dass dies in der Pflege von Menschen mit Demenz relativ häufig vorkommt. Es zeigte sich in den Interviews, dass sieben von acht Heimhelferinnen bereits mit aggressivem Verhalten konfrontiert worden sind. Bei Männern mit Demenz kann nicht nur aggressives Verhalten, sondern auch sexuelle Belästigung oder die Äußerung von anzüglichen Aussagen dem Pflegepersonal gegenüber auftreten. Das aggressive Verhalten äußert sich verbal oder durch körperliche Angriffe. Die Kategorie „Aggressives Verhalten“ zählt mitunter zu den größten Herausforderungen bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen.

4.1.5. Haushaltsführung

Heimhilfen unterstützen pflegebedürftige Menschen nicht nur bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, sondern auch bei der Haushaltsführung. Es ist allerdings bekannt, dass Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen eine eigene Ordnung haben und es immer wieder vorkommt, dass bestimmte Gegenstände oder Kleidung gesucht werden muss. Es darf auch nicht vergessen werden, dass es in der Hauskrankenpflege zum Eindringen in das private Wohnumfeld der zu betreuenden Person kommt. Die Arbeitsumgebung ist keine Institution wie

ein Krankenhaus. Diese pflegebedürftigen Menschen wohnen dort und haben ihr gesamtes Hab und Gut in diesem Bereich. Somit ist auch das Durchführen des Haushaltes ein Eindringen in den privaten Wohnbereich. Die zu betreuende Person muss, wenn möglich, immer miteinbezogen werden, da dies sonst dazu führen kann, dass die demente Person die Orientierung und auch die Sicherheit verliert. Darüber hinaus kann sich durch Abnehmen der Haushaltstätigkeiten ohne Einbezug der Kundin oder des Kunden das Abhängigkeitsgefühl verstärken (Fichtinger & Rabl, 2014). Mit dieser Herausforderung in der mobilen Pflege beschäftigt sich die Kategorie „Haushaltsführung“. Zu dieser Kategorie gehört, dass die Heimhilfen bei Kundinnen und Kunden mit Demenz ständig nach diversen Gegenständen suchen müssen, aber auch, dass beispielsweise das Waschen der Wäsche, Einkaufen oder Wegschmeißen von verdorbenen Lebensmitteln nicht immer einfach ist und häufig zu Konfrontationen führt. Eine Besonderheit bei Menschen mit Demenz ist, dass alle Gegenstände immer am gleichen Ort liegen müssen.

„... Naja, dass immer alles am gleichen Ort sein muss. Das man ihnen nichts wegräumt oder so. Oder die gewohnten Sachen halt, auch wenn das für uns Unordnung ist, dass sie sich dort am besten zurecht finden dann. Dass die Sachen immer am gleichen Platz sind und dass man ihnen nichts wegstellt und so ...“ (IP05, 102-105

Eine Heimhelferin beschrieb eine Wohnsituation bei einer Kundin mit Demenz folgendermaßen:

„... Die Wohnung ist halt, man muss in jedem Raum suchen. Da fängt es beim Klo an, über das Wohnzimmer, über die Küche, über das eine kleine Zimmer bis in das Schlafzimmer. Sogar im Vorraum. Puh. Aber irgendwie kommt man dann halt darauf, dass man halt dort schaut und da schaut und eigentlich sucht man immer irgendetwas bei ihr. Und sei es eben, wie gesagt, das Notrufarmband, nicht. Weil das müssen wir kontrollieren und somit schaust du eigentlich eh schon in jeden Raum und schwierig ist es immer, wenn man den Einkauf bringt. Das hat sie halt auch. Das muss man halt auch wissen wo was hingehört. Das will sie halt auch ...“ (IP08, 432-439)

Zu beachten ist, dass die Zeit in der Hauskrankenpflege streng begrenzt ist und durch das Suchen diverser Gegenstände viel wertvolle Zeit verloren geht. Wenn dann die Kundinnen und Kunden beim Suchen helfen wollen, geht dies ebenfalls nicht immer gut:

„Wenn man jetzt die Uhr, die Armbanduhr sucht oder das Notrufarmband sucht, weiß sie es auch nicht. Dann will sie suchen helfen, aber kann sich

nicht mehr, zum Beispiel aus der Küche draußen, weiß sie nicht mehr, was wir suchen.“ (IP08, 29-32)

Schwierig ist es dann auch noch, wenn die pflegebedürftige Person selber gerne den Haushalt gemacht hat, dies aber nun nicht mehr kann und Hilfe benötigt. Dann ist es sehr schwer für die Heimhelferinnen und Heimhelfer alles den Anforderungen entsprechend zu machen:

„Ein großes Thema ist punkto Haushalt, wenn sie früher gerne zusammengeräumt haben, ja. Dann ist es schwer, alles richtig zu machen. Richtig aufzuwaschen, ähm ja. Also das Klo muss mindestens eine halbe Stunde lang geputzt werden, dass es sauber ist, ja. Also man bräuchte sehr viel Zeit“ (IP04, 41-44)

Nicht nur die Ordnung der Kundinnen und Kunden mit Demenz war Thema während der Interviews. Auch das Wegschmeißen von abgelaufenen Lebensmitteln wurde thematisiert. Die Vorratshaltung ist generell ein schwieriges Thema. Während einige Personen Lebensmittel sammeln, bis diese verderben, gibt es auch Haushalte, wo keine Vorräte angelegt werden, da das Essen zugestellt wird oder zu wenig Geldressourcen vorhanden sind (Fichtinger & Rabl, 2014).

„... Demente Menschen, ähm ja, die machen auch ein bisschen, ähm ja, ein Chaos, wenn man das so sagen darf (lacht). Da liegt einmal im Badezimmer ein Haufen Gewand und im Schlafzimmer und ähm in der Küche in der Abwasch ist alles zu finden. Von Essensreste über leere Milchpackungen und ja. Dann ist der Kühlschrank zum Anschauen wegen abgelaufenen Sachen, ja. Lebensmittel, die abgelaufen sind, da ist dann, das ist auch nicht so einfach ...“ (IP04, 406-411)

Lebensmittel wegzuschmeißen, gerade in der Generation, die den zweiten Weltkrieg oder die Nachkriegszeit überlebt hat, stellt sich als schwierige Aufgabe dar. Diese Personengruppe hat Hunger und Not am eigenen Leibe erfahren und Lebensmittelrationen waren Alltag in ihrer Jugend. In solchen Fällen ist es wichtig, die Lebensgeschichte der zu betreuenden Personen zu kennen, um dementsprechend handeln zu können.

„... Manche haben ganz schlechte Erfahrungen. Viel Hunger leiden müssen. Ja. Haben müssen mit irgendwas tauschen, dass sie zu einem Brot gekommen sind oder so ...“ (IP04, 427-428)

Doch die verdorbenen Lebensmittel können auch nicht im Kühlschrank stehen bleiben.

„... Und dann müssen wir die abgelaufenen Sachen oder das Verdorbene natürlich hinausgeben, ja. Und das ist nicht einfach, ja, weil Essen wegwerfen geht gar nicht ...“ (IP04, 414-415)

Die Pflegeperson muss dann dem dementen Kunden oder der Kundin erklären, warum Essen weggeworfen wird. Dafür ist viel Einfühlungsvermögen und Diplomatie erforderlich. In manchen Fällen kann es hilfreich sein, den betroffenen Personen den Schimmel auf dem Essen zu zeigen oder sie riechen zu lassen, damit sie verstehen, warum dies weggeworfen wird. Ideal wäre es, dass nur so viele leicht verderbliche Lebensmittel besorgt werden, wie sie auch bis zum nächsten Einkauf verzehrt werden können. Das ist allerdings nicht immer leicht abzuschätzen.

„... Das muss man dann so erklären und versuchen, dass ihnen schlecht wird oder dass sie Durchfall bekommen können und dass sie das einigermaßen verstehen. Und nie zu viel einkaufen, dass das gar nicht passieren kann, ja. Wenn man weiß, okay, sie isst jetzt eh nicht so viel die Kundin, dann lieber ein zweites Mal fahren, ja, dass man das gar nicht wegschmeißen muss, ja. Weil das verstehen sie nicht so gut ...“ (IP04, 432-436)

Bei der Kategorie „Haushaltsführung“ ist besonders wichtig, die zu betreuende Person immer in die Planung miteinzubeziehen. Es darf nie vergessen werden, dass die pflegebedürftige Person dort wohnt. Die Hauskrankenpflege ist immer mit einem Eindringen in das private Wohnumfeld der Kundinnen und Kunden verboten. Es sollte nie als selbstverständlich angesehen werden, sämtliche Schränke oder Türen öffnen zu dürfen. Vor dem erstmaligen Öffnen eines Schrankes oder einer Tür ist immer das Einverständnis der pflegebedürftigen Person einzuholen. Das Einbeziehen in diese Handlungen ist auch wichtig, um das Vertrauensverhältnis zwischen pflegebedürftiger Person und Pflegeperson nicht negativ zu beeinflussen. Die Lebensgeschichte der Kundin oder des Kunden spielt ebenso eine wichtige Rolle, vor allem beim Thema Lebensmittel wegschmeißen. Dies sollte auch immer berücksichtigt werden. Es ist auch bekannt, dass Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen ihre eigene Ordnung haben und die Gegenstände immer am gleichen Ort liegen müssen. Dies ist von den Pflegepersonen zu respektieren, auch wenn es nicht immer einfach ist und ständig nach Gegenständen gesucht werden muss.

4.1.6. Mobilisation

Die nächste Kategorie befasst sich mit dem Thema Mobilisation. Die Interviewteilnehmerinnen erwähnten immer wieder, dass sie mit den dementen Kundinnen und Kunden Bewegungsübungen durchführen. Die Mobilisation von Kundinnen und Kunden in der

Hauskrankenpflege gestaltet sich aber oftmals schwierig, da in den meisten Fällen keine zweite Pflegeperson vor Ort ist, die bei Schwierigkeiten helfen kann.

Es kann auch bei geschwächten, pflegebedürftigen Personen vorkommen, dass die Mobilisation nicht gelingt und Hilfe gerufen werden muss. Eine Heimehelferin berichtete von einer Kundin, die sie nur selten betreuen. Daher gibt es keine Betreuungskontinuität und das Vertrauen muss ebenfalls immer wieder neu aufgebaut werden. Die Kundin wird normalerweise lediglich von ihrer Tochter betreut und das Hilfswerk wird nur gerufen, wenn die Tochter verhindert ist. Irgendwann musste die Heimehelferin wieder zu dieser Kundin. Alle notwendigen Informationen hat die Tochter auf einen Zettel geschrieben und sichtbar für die Pflegepersonen hingelegt. Die Mobilisation dieser Kundin in den Rollstuhl gestaltete sich jedoch schwierig.

„Es war dann sehr schwierig sie aus dem Fernsessel hinaus zu mobilisieren in den Rollstuhl. Sie hat nicht mitgetan. Ich hatte Schweißausbrüche. Nicht nur einen. Dass ich die Kundin ähm so gut es geht ähm in den Rollstuhl hineinbringe. Gut, dann haben wir das geschafft, mit Mühe und Not, ja. Bin mit ihr dann auf die Toilette gefahren. Da war die nächste Herausforderung, ja. Es ist sehr schmal bei denen, ja. Und ein Griff bei der Toilette, ähm ich habe dann müssen schauen, dass der Weg zum Mobilisieren vom Rollstuhl auf WC so kurz wie möglich ist, ja. Gut. Meine nächste Herausforderung, sie hat wieder alles hängen lassen und hat nicht mitgetan. Also, es war sehr sehr schwierig. Wir haben es geschafft mit drei, vier Versuchen, dass ich sie vom Rollstuhl auf das WC setzen kann, ja. ähm geschlossenes Inko-System mit Strampelpeter drinnen. Ziemlich ein riesen Pack, dass musst du aber auch noch hinausnehmen, damit sich die Dame auf das Klo setzen kann und auf die kleine Seite gehen kann, gut. In der Zwischenzeit habe ich hergerichtet wieder frisches zum Einlegen Inko- Material. Gut und dann musste ich sie wieder von WC mobilisieren auf den Rollstuhl. Gut. Ich hatte wirklich wieder Schweißausbrüche. Wenn ein Kunde alles hängen lässt. Ich habe mir wirklich nur mehr gewünscht, es wäre jemand zweiter da, ja. Gut. Wir haben es geschafft mit Mühe und Not. Ich war fast am Ende. (...) Ich habe gemerkt, auch die Kundin ist eigentlich fertig mit der Situation, ja. Sie war auch ein bisschen überfordert. Sie hat Angst gehabt, ich lasse sie fallen wahrscheinlich. Habe wirklich immer wieder erklärt „und jetzt versuchen Sie das noch einmal. Ich halte Sie gut“, ja. Es war schwierig. Sie hat alles hängen gelassen, ja. (...) meine Aufgabe war wieder sie in den Fernsessel zu bringen. hm (bejahend) Gut, da war es dann auch mit

meiner Kraft aus, ja. Ich habe es nicht geschafft, ja. Ich habe sie schon so gehalten und wollte sie, ich habe sie auf meinen Fuß abgestützt ein bisschen und es war nur mehr das letzte Stück auf den Sessel. Sie hat alles, sie hat die Füße von sich gestreckt, sie hat nachgelassen und ich habe gemerkt, okay, ich schaffe es nicht mehr. Und sie ist mir vom Oberschenkel, ich habe sie gehalten und habe sie ganz langsam meinen Fuß entlang müssen hinunterrutschen lassen. Ich habe sie nicht mehr, ich konnte sie nicht mehr halten.“ (IP04, 570-599)

Dieses Beispiel beschreibt eine alltägliche Situation, bei der es normalerweise keine Schwierigkeiten gibt. Doch in diesem Fall stellte sich die einfache Mobilisation in den Rollstuhl als große Herausforderung heraus. Bei diesem Einsatz gab es vermutlich einige beeinflussende Faktoren. Einerseits die allgemeine Schwäche der Kundin in den Beinen und andererseits das fehlende Vertrauensverhältnis zwischen Kundin und Pflegeperson. Wenn Menschen bei der Mobilisation nicht mithelfen, ist es für eine Pflegeperson, egal ob Heimhilfe oder auch diplomiertes Pflegepersonal oft sehr schwierig, diese Person zu bewegen. Oft werden hierbei auch Angehörige, wenn diese vor Ort sind und mithelfen können, gebeten, das Pflegepersonal zu unterstützen, da es zu zweit meistens einfacher geht und die pflegebedürftigen Personen auch mehr Sicherheit haben. In diesem Fall war dies allerdings nicht möglich. Nachdem die Kundin dann bei der vierten Mobilisation innerhalb kürzester Zeit in den Beinen keine Kraft mehr hatte und auch bei der Pflegeperson die Kräfte nachließen, missglückte diese. Die Kundin saß am Boden. In solchen Momenten bleiben den Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege nur wenige Möglichkeiten. Es war klar, dass die Heimhelferin die Kundin alleine nicht mehr in den Fernsehsessel bewegen konnte. Somit musste sie Hilfe rufen. Nachdem der Kundin nichts passiert war, rief die Heimhilfe die diensthabende Primary Nurse an und bat um Hilfe. Diese kam dann auch sofort zur Hilfe und gemeinsam konnten sie dann die Kundin in den Fernsehsessel mobilisieren.

Ein weiteres Beispiel zeigt, dass das Einlegen von Pausen bei den Bewegungsübungen wichtig ist, auch wenn diese Pause mitten beim Hinaufsteigen der Treppen benötigt wird.

„... Und es war auch dann natürlich anstrengend für sie, weil die war ja auch 93 und die Stufen waren für sie anstrengend. Aber wir haben dann trotzdem immer begonnen mit dem stehen bleiben, weil sie es nicht mehr gewusst hat. Und dann haben wir uns halt hingesezt irgendwann einmal bei der Hälfte, wenn sie es nicht mehr geschafft hat und nicht mehr gegangen ist, dann sind wir halt zwei, drei Minuten gesessen und irgendwann ist sie wieder aufgestanden. Natürlich schon mit Vorsicht, dass sie halt da hinauf marschiert. Aber es hat funktioniert ...“ (IP07, 106-112)

Die Heimhelferin erzählte, während sie auf den Stufen gesessen sind, haben die beiden ein Lied gemeinsam gesungen. Irgendwann stand die Kundin, die vorher nicht mehr wusste, wie das Treppen steigen funktioniert, von alleine wieder auf und fing an die Stufen weiter hinaufzugehen.

Die Kategorie „Mobilisation“ soll zeigen, dass die Heimhelferinnen und Heimhelfer sowie das gesamte Pflegepersonal in der Hauskrankenpflege auch hier immer wieder vor Herausforderungen stehen. Während manchmal andere Kolleginnen oder Kollegen, Angehörige oder auch die Rettung zu Hilfe gerufen werden muss, hilft beispielsweise auch das Singen, um Bewegungsabläufe, die gerade vergessen wurden, wieder in das Gedächtnis zu rufen.

4.1.7. Wiederkehrende Gesprächsthemen

Bei der Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen kann es immer wieder vorkommen, dass während der Betreuungszeit ständig über dieselben Themen gesprochen oder dieselben Fragen gestellt werden. Als Gesprächsthema wurde hauptsächlich von allen Interviewteilnehmerinnen die Vergangenheit beziehungsweise Geschichten aus dem zweiten Weltkrieg genannt.

„... Sie erzählen immer halt, immer wieder dasselbe halt, nen. ähm ja. Und man muss halt dann, finde halt ich, darauf auch eingehen, weil wir haben zum Beispiel eine Kundschaft gehabt, ähm, das war eben ein Mann und ähm (...) der hat immer dasselbe gesagt, ja. Also immer er ist dort hingegangen und dahingegangen und das und das und das. Und ich habe dann immer etwas darauf erwidert und so ...“ (IP01, 11-16)

Es ist allerdings nicht immer einfach, wenn eine Kundin oder ein Kunde während der gesamten Betreuungszeit immer wieder dieselben Sätze sagt oder Fragen stellt. Dies erfordert vom Pflegepersonal oft sehr viel Geduld. Eine Heimhelferin sagte dazu folgendes:

„... Freilich ist es halt, ja, sicher nicht angenehm, wenn du jetzt hundert Mal oder was weiß ich, immer dasselbe hörst oder so ...“ (IP01, 21-22)

Gerade in solchen Situationen ist es auch schön, wenn von den Angehörigen Lob ausgesprochen wird.

„... Und dann hat die Frau gesagt, ähm das findet sie toll von mir, dass ich ihm immer wieder, obwohl er immer dasselbe sagt, ja, immer wieder andere Antworten darauf gebe ...“ (IP01, 16-18)

Eine weitere Heimhelferin beschrieb ebenso, dass die Kundinnen und Kunden mit demenziellen Beeinträchtigungen immer wieder dasselbe erzählen und ihre Standardsprüche haben.

„Sie erzählt dir immer das Gleiche. Die ganzen Geschichten und die ganzen, ihre Sachen. In der Früh weiß sie es manchmal nicht, wenn ich komme. Jetzt sind wir so früh bei ihr. Sie weiß es nicht und dann sagt sie „Mein Hirn arbeitet noch nicht richtig“. Hat sie gestern erst wieder gesagt. Und dann fallen ihr diese Sprüche, die sie immer sagt, nicht ein“ (IP07, 75-78)

Während der Zeit, in der die Interviews durchgeführt wurden, wurde in den verschiedensten Medien viel über das 75-jährige Kriegsende berichtet. Infolgedessen wurden auch die Kundinnen und Kunden im Fernsehen, in der Zeitung oder auch im Radio immer wieder damit konfrontiert. Diese Berichterstattung und Aussendung der Dokumentationen auf den verschiedensten Sendern, löste vor allem bei den dementen Kundinnen und Kunden negative Gefühle und Erinnerungen aus. Dies wurde auch in den meisten Interviews erwähnt. Vor allem, dass die Kundinnen und Kunden, die diese Zeit miterlebt haben, dieses Thema gar nicht mehr hören, sondern nur vergessen wollen.

„... Die hat sich zuerst beschwert, da ist schon wieder „Der Krieg dauernd“. Sie wollen es ja eigentlich gar nicht mehr darüber reden. Eigentlich hat die sich darüber beschwert, dass das dauernd vom Krieg im Fernsehen ist. Und die wollen das eigentlich vergessen ...“ (IP07, 398-401)

Eine weitere Heimhelferin berichtete ebenso über die Emotionen, die diese Berichterstattungen ausgelöst haben.

„... Wir haben da eine Dame auch, die ist 96, die war mitten drinnen. ähm die sitzt oft, wenn man hineinkommt und weint und weint und weint. Und dann, wenn man sie fragt, was los ist, was passiert ist oder so irgendwas, dann fangt sie wieder an damit. Wieder mit dem Krieg und was sie alles erlebt hat und die sieht auch sehr schlecht. Die kann nicht mal eine Zeitung mehr lesen oder ein Buch lesen, ja. Die denkt halt mehr nach und natürlich sind es dann wirklich traurig und ja ...“ (IP08, 316-321)

Neben all den negativen Erinnerungen erzählte eine Kundin einer Heimhelferin aber folgende schöne Geschichte über den Krieg:

„... Gibt es auch Happy-Ends. Im Krieg, hat mir eine Kundin erzählt, dass ein Russe, ja, mit einer Dame halt Sex gehabt hat und sie wurde von ihm

schwanger. Und als er, er hat mit ihr das Essen geteilt. Er war eigentlich liebevoll zu ihr. Und als der Krieg vorbei war, hat er sie gesucht und die haben dann geheiratet. Für mich war das unvorstellbar, vom Krieg so etwas zu erfahren, weil man eigentlich nur negatives eigentlich erfahren hat ...“ (IP04, 799-803)

Nichtsdestotrotz erwähnten die Heimhilfen mehrfach, dass die Geschichten, die durch die Berichterstattungen von 75- Jahre Kriegsende aufgewühlt wurden, auch für sie sehr belastend waren.

„... Und die ganzen Jahre haben viele vom Krieg erzählt. Da haben sie halt irgendwas erzählt und so ja. Aber das war nicht belastend. Aber jetzt die letzten 14 Tage ...“ (IP03, 314-315)

Über die Kategorie „Wiederkehrende Gesprächsthemen“ kann zusammengefasst gesagt werden, dass nicht nur die ständige Wiederholung von Sätzen und Fragen von den Pflegepersonen als Belastung wahrgenommen wird, auch die Erzählungen vom Krieg können beanspruchend sein. Bei der Gesprächsführung benötigen die Pflegepersonen erneut viel Einfühlungsvermögen und auch Geduld.

4.1.8. Zusammenfassung

Wie bereits in der Einleitung erwähnt ist die Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen eine der herausforderndsten Aufgaben im Pflegebereich (Ziegler et al., 2016; ÖAG, 2019; Krenn, 2003; Schneider & Deufert, 2014). In den Interviews wurden ebenfalls einige Herausforderungen genannt, mit denen Heimhilfen in der Hauskrankenpflege in ihrem Arbeitsalltag mit demenzbetroffenen Menschen konfrontiert werden. Die erste Hürde tritt bereits beim Kennenlernen der pflegebedürftigen Person ein. Es muss ein Zugang gefunden und Vertrauen aufgebaut werden. Bei fortgeschrittener Demenz muss dieser Zugang von den Pflegenden jeden Tag auf das Neue gefunden werden. Manche der zu betreuenden Personen verhalten sich allerdings abweisend den Pflegepersonen gegenüber, so dass es mitunter auch sehr schwierig ist eine positive Pflegebeziehung einzugehen.

Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sind an manchen Tagen auch zu keinerlei Kooperation bereit und lehnen Pflegehandlungen ab. Als besonders herausfordernd wurde in diesem Zusammenhang die Durchführung der Körperpflege genannt, da die pflegebedürftigen Personen unter Umständen meinen, dass sie nicht schmutzig sind und somit auch nicht gewaschen werden müssen. Die Körperpflege von einer fremden Person durchführen zu lassen stellt einen Eingriff in die Intimsphäre der Kundinnen und Kunden dar, weshalb die Gefahr besteht, dass das Schamgefühl oder der Stolz der pflegebedürftigen Person verletzt wird. Darüber hinaus darf nicht vergessen werden, dass diese Generation zum Teil noch den

zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit miterlebt und vor allem Frauen mit sexuellen Übergriffen konfrontiert waren. So kann das Durchführen einer Körperpflege traumatisierende Ereignisse aus der Vergangenheit wieder hervorrufen (Böhmer, 2012). Es kann allerdings auch vorkommen, dass sie erst gar nicht aus dem Bett aufstehen, sondern liegen bleiben und weiterschlafen wollen. Dies stellt die Pflegepersonen vor eine besondere Herausforderung, da sie niemanden zu etwaigen Pflegehandlungen zwingen können. Unter Umständen kann das Überreden- wollen zu Pflegehandlungen zu aggressivem Verhalten dem Pflegepersonal gegenüber führen. Das herausfordernde Verhalten äußert sich einerseits in verbaler und andererseits in körperlicher Form. Das Pflegen von aggressiven Menschen wird allerdings als belastend beschrieben (Ziegler et al., 2016). In den Interviews konnte festgestellt werden, dass sieben von acht Interviewpersonen bereits Erfahrungen mit aggressivem Verhalten in der Ausübung ihres Berufes haben.

Ein weiterer Punkt, der genannt wurde, war die Mithilfe bei der Haushaltsführung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. In diesem Zusammenhang wurde genannt, dass ständig nach Gegenständen oder Kleidung in den Wohnräumen gesucht werden muss. Demenzbetroffene Menschen haben ihre eigene Ordnung und die muss auch von den Pflegepersonen eingehalten werden, auch wenn es für sie unordentlich erscheint. Das Wegschmeißen von Lebensmitteln wurde ebenfalls thematisiert. Wie schon erwähnt, hat ein Teil der pflegebedürftigen Personen in ihrer Jugend sehr schwierige Lebensbedingungen erfahren. Da sie in der Vergangenheit oft nichts zu essen hatten oder Lebensmittel tauschen mussten, ist es für diese Generation besonders schwer Lebensmittel wegzuschmeißen. Bei Menschen mit Demenz kann es vorkommen, dass sie vergessen, Lebensmittel wieder in den Kühlschrank zu stellen oder generell zu essen und diese fangen dann zu schimmeln an und müssen weggeschmissen werden.

Pflegebedürftige Menschen mit Demenz leiden nicht nur unter einer kognitiven Beeinträchtigung, sondern sind meist multimorbid und leiden auch unter körperlichen Beeinträchtigungen. Eine weitere Herausforderung in der Hauskrankenpflege stellt die Mobilisierung von Kundinnen und Kunden dar. Vor allem wenn die Pflegebedürftigen nicht mithelfen können oder wollen ist die Mobilisierung mit nur einer Pflegeperson besonders schwer. Wenn die Kraft des zu Pflegenden nachlässt und die Mobilisierung nicht vollendet werden kann, muss unter Umständen Hilfe von Angehörigen, anderen Pflegepersonen oder der Rettung geholt werden.

Als weitere Herausforderung wurden die wiederkehrenden Gesprächsthemen genannt. Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen stellen immer wieder dieselben Fragen oder äußern dieselben Sätze. Dazu kommen dann Wortfindungsstörungen, die zusammenhängende Gespräche im fortgeschrittenen Stadium kaum mehr möglich machen.

4.2. Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen

Die Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen nimmt in der mobilen Pflege eine wichtige Rolle ein. Wie bereits erwähnt, werden pflegende Angehörige ebenfalls als gleichwertige Partnerinnen und Partner gegenüber dem ausgebildeten Pflegepersonal gesehen. Die Zusammenarbeit mit dieser Personengruppe wird allerdings oftmals von den Pflegepersonen ambivalent erlebt. Auf der einen Seite werden pflegende Angehörige als Unterstützung und Erleichterung und andererseits können sie durch ihr Verhalten als Belastung wahrgenommen werden (Abbildung 4).

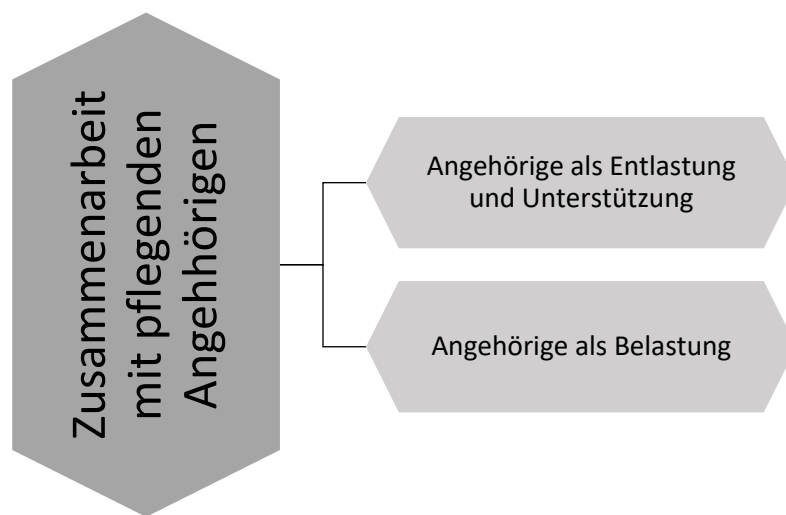


Abbildung 4: Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen

4.2.1. Angehörige als Entlastung und Unterstützung

Oft wohnen Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen in der Nähe von pflegenden Angehörigen oder sogar im selben Haus. Das Anfordern der mobilen Dienste dient meist dazu, pflegende Angehörige in ihrer Tätigkeit zu unterstützen oder zu entlasten. Doch manchmal beruht diese Unterstützung auf Gegenseitigkeit und die pflegenden Angehörigen helfen den Pflegepersonen bei diversen Handlungen. Vor allem bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, die Pflegehandlungen ablehnen oder bei denen das Vertrauen noch nicht ausreichend aufgebaut wurde, ist die Unterstützung von den pflegenden Angehörigen oft erleichternd, da sie den Kundinnen und Kunden Sicherheit bieten.

„... Der Mann hat auch natürlich dann mitgeholfen, aber durch das, dass er auch schon ein älterer Herr war und er wollte natürlich, dass wir das übernehmen ...“ (IP 02, 115-116)

Es kann dann allerdings immer wieder vorkommen, dass die pflegebedürftigen Personen auf die Angehörigen fixiert sind und die Pflegehandlungen lieber von diesen Personen durchgeführt werden sollen und nicht vom Pflegepersonal.

*„... wenn die Frau gekommen ist, da wollte er sich nur an sie halten ...“
(IP02, 144-145)*

„...sie war total auf ihren Mann fixiert ...“ (IP02, 114-115)

Vor allem jetzt während dem Ausbruch von COVID-19 haben die Angehörigen eine besonders wichtige Rolle gespielt. Viele pflegebedürftige Menschen können nicht mehr selbstständig kochen oder Lebensmittel einkaufen und greifen deswegen auf Angebote wie Essen auf Rädern, dem Hilfswerk Menüservice oder auf ein Menü aus dem Gasthaus in der näheren Umgebung zurück. Während den Ausgangsbeschränkungen hatten die Gasthäuser allerdings eine gewisse Zeit lang zugesperrt und konnten kein Essen ausliefern. Häufig es ist so, dass die Gefriertruhen in kleineren Wohnungen nicht sehr groß sind oder die Kundinnen und Kunden keinen Gefrierschrank besitzen. Somit war auch das Lagern von eingefrorenen Speisen nicht möglich. Hinzu kommt, dass viele Kundinnen und Kunden trotz alledem frische Mahlzeiten essen wollen. Somit waren viele pflegebedürftige Personen auf ihre Angehörigen und deren Kochkünste angewiesen. Eine Heimhelferin betonte in ihrem Interview auch die Wichtigkeit der Angehörigen, vor allem während so einer Situation.

„... Das ist halt immer zu kombinieren mit den Angehörigen, weil was soll der machen? Ein Mensch mit 89 Jahren, wo soll der das Essen hernehmen? Er kann selber nicht mehr, ja. Ist eingeschränkt in der Bewegung, ja. Kann zwar noch alleine auf die Toilette gehen, ja, aber sonst fast nicht mehr viel. [...] Die können sich selber nicht mehr helfen. Die brauchen für alles eine Unterstützung“ (IP04, 480-486)

Für viele pflegebedürftige, demente Menschen sind soziale Dienste oft die einzigen Kontaktpersonen. Dies hat sich auch während den Ausgangsbeschränkungen von COVID-19 nicht wirklich geändert. Wenn die Kundinnen und Kunden Bezugspersonen hatten, wurden sie auch weiterhin von diesen mit Lebensmitteln und ähnlichem versorgt.

„... Ja die Meisten haben sowieso nicht viel Kontakt gehabt oder so. Also wenige Bezugspersonen gehabt dort. Und die sind trotzdem gekommen, mit Lebensmitteln versorgt halt und so, die Kunden ...“ (IP05, 239-241)

Die Kontaktpersonen, egal ob Angehörige oder Bekannte, werden auch immer wieder von den Pflegepersonen telefonisch verständigt.

*„... Man muss sich dann sowieso mit den Angehörigen einmal in
Verbindung setzen ...“ (IP04, 509-510)*

Diese werden oftmals bei Schwierigkeiten, in Notfällen, aber auch bei Auffälligkeiten oder wenn Pflegemittel zu besorgen sind, verständigt. Angehörige unterstützen die Pflegepersonen aber nicht nur bei Problemen oder Pflegehandlungen, sondern übernehmen auch Besorgungen.

„... Das besorgen die Angehörigen oder wir halt alleine“ (IP03, 169-170)

Eine Heimhelferin erzählte von einer dementen Kundin, der es Spaß machte, die verschiedensten Malbücher auszumalen. Auch hier achteten die Angehörigen immer darauf, dass ausreichend Möglichkeiten zur Beschäftigung vorhanden waren.

*„... Und da schauen auch die Angehörigen darauf, dass sie immer was hat“
(IP04, 946-947)*

Die Unterstützung von pflegenden Angehörigen kann auch so aussehen, dass sie die Pflegekräfte bei Abwesenheit mit Notizen über aktuelle Informationen oder Besonderheiten über die pflegebedürftige Person hinterlassen. Manchmal schreiben sie auf diese Zettel auch auf, wo was zu finden ist und was nicht vergessen werden soll. Dies ist vor allem bei Betreuungsanfang sehr praktisch, da das Wohnungsumfeld der Neukundin oder des Neukunden auch für die Pflegepersonen fremd ist und sie sich dort erstmal orientieren müssen.

*„... Die schreibt wirklich einen großen A4 Zettel, hat sie liegen am Tisch ...
(IP04, 559-560)*

Diese Beispiele geben einen kleinen Einblick in die Unterstützungsarbeit, die pflegende Angehörige manchmal leisten. So froh die Pflegepersonen oft sind, wenn es Personen gibt, die sich für die Kundin oder den Kunden einsetzen und sich um diesen kümmern, gibt es allerdings auch eine Kehrseite.

4.2.2. Angehörige als Belastung

Wie schon erwähnt, wird die Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen von den Pflegepersonen oft als ambivalent gesehen. Manchmal wird die Kooperation mit den Angehörigen als größere Herausforderung angesehen als die Betreuung der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen.

*„... Das ist manchmal mehr Herausforderung mit den Angehörigen, wie mit
den Kunden selber, finde ich ...“ (IP06, 103-104)*

Viele pflegende Angehörige, vor allem zu Betreuungsbeginn, lassen die Pflegepersonen oft nicht aus den Augen und sind bei sämtlichen Pflegehandlungen in der Nähe. Auch wenn dies meist gut gemeint ist, kommen sich die Pflegepersonen unter Umständen beobachtet vor und arbeiten nicht so, wie sie es eigentlich tun würden. Auch hier muss erst mal Vertrauen aufgebaut werden. Einerseits zu den pflegebedürftigen Personen, aber auch zu den pflegenden Angehörigen, die ein Stück weit Verantwortung abgeben müssen.

„... Manchmal sind auch die Angehörigen ein Problem. Also nicht Problem, aber du würdest vieles anders machen, wenn sie nicht da sind, glaube ich. Dass man sich dann nicht, dass man da nicht beobachtet wird, aber man verhält sich dann ein bisschen anders ...“ (IP07, 327-330)

Wie in allen Familien kommt es auch bei pflegebedürftigen Menschen immer wieder zum Streit mit den Angehörigen. Vor allem bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen fehlt den pflegenden Angehörigen zum Teil das Verständnis, warum manche Dinge so gemacht werden. Hier kann es auch immer wieder zu Reibungspunkten kommen. Wenn dann kurz vor Betreuungsstart eine Diskussion zwischen Angehörigen und pflegebedürftiger Person stattgefunden hat, merkt dies dann oft auch die Pflegeperson, die an diesem Tag die Betreuung durchführen soll. Die Kundinnen und Kunden, aber auch die Bezugspersonen sind dann aufgestaut.

„... Wenn sie dann kurz vorher mit den Angehörigen Probleme gegeben hat, weil das ist immer meistens mit den Angehörigen, dann sind sie aufgestaut wenn wir kommen und dann, die können dann nicht so schnell umschalten ...“ (IP03, 54-57)

Eine Heimhelferin berichtete von einer Kundin, die von ihrer Schwiegertochter gekränkt wurde. Diese Auseinandersetzung hingte sich in den Kopf der dementen Kundin und beschäftigte sie tagelang. Auch wenn sich Pflegepersonen aus Familienstreitigkeiten heraushalten, müssen sie in der Hauskrankenpflege manchmal Seelentrösterin oder -tröster spielen und versuchen, die Kunden wiederaufzubauen und die Situation zu entschärfen.

„... Ich habe auch schon gehört von einer Kundin, dass die Schwiegertochter gesagt hat eben, dass in so einem kleinen Kopf so viel Blödheit drinnen ist, ist unglaublich. (...) Also da bin ich auch einmal gestanden und habe einmal geschluckt, ja. Und dann habe ich versucht, ihr das so halbwegs, dass sie sich nicht so kränkt, ja, also vielleicht hat sie einen schlechten Tag gehabt, war in der Arbeit viel los. Die hat das sicher nicht so gemeint, ja. Nur die Kundin ist seit einer Woche kann man sagen schon sehr, sehr traurig darüber ...“ (IP04, 196-202)

Es kommt aber nicht nur zu Streitigkeiten in der Familie, sondern manchmal gibt es auch Diskussionspunkte zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegepersonen. Ein Grund dafür kann sein, dass die Prioritätensetzung von Angehörigen und pflegendem Personal nicht immer gleich ist. Während die Prioritäten der Angehörigen oft auf der Körperpflege oder dem Haushalt liegen, setzen die Heimhilfen ihr Augenmerk auch auf andere Bereiche. So kann es dann auch immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen Angehörigen und Pflegepersonen kommen. Zum Teil fehlt den Bezugspersonen auch das Verständnis für die beruflichen Aufgaben der Heimhilfen.

„... Wir haben halt nur, was weiß ich, eine halbe Stunde, eine Dreiviertel Stunde Zeit. Da sollten wir halt auch so eine Liste (deutet lange Liste an) unterbringen, ja. Und da war erst vor kurzem ein Problem eben mit der Schwiegertochter, weil die Dame verweigert das Duschen. Schwierig, dann sie in die Dusche zu bringen oder gar nicht zu bringen. Sie will das alles alleine machen. Vergisst es aber dann natürlich. Die Dame will, dass man dann halt noch aufwaschen und diverse Haushaltstätigkeiten machen, was sich aber nicht immer ausgeht in der Zeit. Und da muss man dann schlucken. Da muss man dann wirklich schlucken ...“ (IP08, 126-133)

Manchmal kommt es dann auch vor, dass die pflegenden Angehörigen ausfällig werden oder das Pflegepersonal beleidigen.

„...Und da ist halt dann die Schwiegertochter und die meint dann, wir sind nicht sehr fähig ...“ (IP08, 145-146)

Wie ernst solche Aussagen genommen werden dürfen ist jedoch fraglich, denn es ist bereits aus der Literatur bekannt, dass pflegende Angehörige oftmals großen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt sind. Veränderungen der Persönlichkeit wie bei einer demenziellen Beeinträchtigung sind dabei besonders schwer zu ertragen. Diese Belastungen steigen immer mehr mit der Länge und dem Ausmaß der Übernahme diverser Pflegehandlungen. Somit kann die häusliche Pflege durchaus als Gesundheitsrisiko für pflegende Angehörige wahrgenommen werden (Büker, 2015; Hampel, 2020). Daher benötigen auch pflegende Angehörige emotionale Unterstützung von Pflegepersonen.

„... bei Dementen ist halt immer wichtig die Angehörigen miteinzubeziehen. Weil Angehörige, der Großteil ist überfordert ...“ (IP04, 61-62)

Dieser Punkt darf vom Pflege- und Betreuungspersonal in der Hauskrankenpflege nie vergessen werden. Dazu kommt, dass die Angehörigen oft wenig Wissen über die Demenz besitzen beziehungsweise ihnen das Verständnis fehlt. So kommt es nicht selten vor, dass die

Angehörigen der Meinung sind, die pflegebedürftige, demente Person macht eine Handlung mit Absicht.

„... Was halt ganz wichtig ist auch, dass Kunden mit Demenz viel Unterstützung haben, ja. ähm die Angehörigen, wenn jetzt nur eine Tochter im Haus ist oder daneben wohnt und die sagt okay ich kümmere mich hauptsächlich, ja. Es kommt das Hilfswerk, aber die restliche Zeit kümmere ich mich. Und manches Mal werden wir gleich einmal, das ist gleich einmal wenn wir reinkommen bei der Tür so ein Angriff. „Ich weiß nicht was sie hat, gell, weil sie sucht das WC, sie sucht ihr Zimmer, sie geht dort immer hin, aber sie weiß nicht mehr wo das ist“. Und dann sagen Angehörige oft dazu, „die macht das zu Fleiß“, „die macht das mit Absicht“. Und das ist wieder dann, es gehören meistens die Angehörigen dazu betreut ein bisschen, ja. Damit die wieder ähm das vielleicht ein bisschen leichter verstehen ...“ (IP04, 84-93)

Somit benötigen die pflegenden Angehörigen nicht nur Möglichkeiten zur Aussprache, sondern generell Entlastung und Erholung und vor allem Beratung und das Zeigen von pflegerischen Fertigkeiten (Büker, 2015). Wenn die Belastungen zu groß oder die Betreuung zu Hause nicht mehr abgedeckt werden kann, überlegen viele Angehörige was sie nun weiter tun sollen. Im Endeffekt haben sie die Wahl zwischen einem Antrag für ein Pflegeheim oder dem Einstellen einer 24h- Betreuung, um eine ausreichende Pflege gewährleisten zu können. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass auch Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen ihren Lebensabend in den gewohnten vier Wänden verbringen wollen. Eine Heimhelferin beschrieb in ihrem Interview eine Situation mit einer dementen Kundin, bei der die pflegenden Angehörigen, welche im selben Haushalt wohnten, bereits an ihre Grenzen gelangt sind und zwischen einen Platz in einer Langzeitpflegeeinrichtung oder einer 24-h Betreuung überlegten.

„... Also das ist (...) da sind wir jetzt wieder dort wo ich sage okay, ist dieser Kunde nicht besser dann schon in einem Pflegeheim aufgehoben. Ich würde keinen Kunden, weil mir alle am Herzen liegen, keinen sagen sofort in ein Pflegeheim oder in eine 24- Stunden- Betreuung. Aber wenn man sieht, es wird mit Medikamenten jongliert, ähm er hat eigentlich Angst, wenn er jeden Tag das Stiegenhaus auf- und abgeht, dass er stürzt, ja. Das Angehörige schon sagen: „okay, jetzt wissen wir dann eigentlich schon nicht mehr“, ja. Oder schon Rauchmelder in der Küche montiert werden, weil öfter was vergessen wird am Herd, dann glaube ich, muss man sich schon ein paar Gedanken machen. Ja. Nehm ich eine 24- Stunden-

Betreuung? Dann kann sie in ihren eigenen vier Wänden bleiben. Oder nicht?“ (IP04, 489-497)

Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen vergessen nicht nur Informationen oder was sie zu Mittag gegessen haben. Im fortgeschrittenen Stadium kommen Symptome wie ein verdrehter Tag- Nacht- Rhythmus, zeitliche oder örtliche Verwirrung, Verlust der Kontrolle über die Blase, Verlust der Sprache oder Stimmungsschwankungen hinzu. Die Angehörigen werden oftmals nicht mehr erkannt und die Belastung der pflegenden Angehörigen steigt weiter.

„... deshalb sind manche schon am Ende, wo aber dann die Entscheidung fällt, dass sie dann diesen Kunden eventuell in ein Heim geben ...“ (IP04, 97-98)

Auch eine weitere Helferin erzählte in ihrem Interview von den großen Belastungen der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz.

„... Ich habe heute, ich war heute bei einem Kunden, eben bei dem Herrn, der was wirklich schon den Schub jetzt gehabt hat, den großen. Also die sind schwer am Überlegen. Aber jetzt nicht böse gemeint, weil sie es einfach nicht mehr schaffen. Sie schaffen es psychisch nicht mehr. Sie können auch nicht, die gehen beide arbeiten, sie können auch nicht rund um die Uhr, es wird zu viel. Es wird zu viel.“ (IP08, 115-119)

Wenn es dann wirklich zu einem Pflegeheimantrag kommt, kann oftmals nicht gesagt werden, wann ein Platz frei wird. Die Übersiedelung in ein Pflegeheim kann dann relativ schnell gehen. Einerseits wird das Freiwerden eines Platzes in einer Langzeitpflegeeinrichtung als Entlastung wahrgenommen, aber die pflegenden Angehörigen kämpfen andererseits oftmals auch mit Schuldgefühlen, weil sie wissen, dass die pflegebedürftige Person ihren Lebensabend lieber in den gewohnten vier Wänden verbringen möchte.

„... Dann ist diese Frau einen Tag vor Weihnachten glaube ich, hat das Heim angerufen und ja. Und hat gesagt, sie darf, sie könnten sie bringen, es wäre jetzt ein Platz frei. Dann kommt dazu, dass die Angehörigen ein schlechtes Gewissen bekommen, weil es einen Tag vor Weihnachten ist, ja. Viele haben auch so ein schlechtes Gewissen, aber sie sind mit dieser Situation eindeutig überfordert. Da kommen schon Krankheitssymptome bei den Angehörigen. Ewig Kopfschmerz, ewig schlecht, Verspannungen, geht nicht mehr. Ja und dann haben sie die Kundin ins Heim gegeben, weil wenn sie Nein gesagt hätten, wäre der Platz weg gewesen und dann war es

aber so, dass die Kundin drei Monate später gestorben ist ...“ (IP04, 103-111)

Viele pflegende Angehörige hinterfragen dann ihre Entscheidung und bereuen diese auch zum Teil. Aber es sollte trotzdem bedacht werden, dass das eigene Leben und die eigene Gesundheit nicht vergessen werden darf.

„... Aber man sollte trotzdem bevor man sein eigenes Leben verliert oder vergisst zu leben. Ist wirklich mein Appell. Dass man sich trotzdem mit der Familie zusammensetzt und dass man sagt, dass man sie wirklich in ein Pflegeheim gibt, wo professionelle Hilfe Tag und Nacht da ist. Weil man den Angehörigen wirklich sieht, wie sie trotzdem leiden darunter. Sie können nicht helfen, sie wollen gerne helfen ...“ (IP04, 840-844)

Zwei der acht befragten Heimehelferinnen haben ebenfalls Erfahrung als pflegende Angehörige. Doch auf für die beiden war die Rolle als pflegende Angehörige, trotz Berufsausbildung, nicht einfach. In beiden Fällen ging es um einen dementen Elternteil, wobei einer dieser beiden Fälle sogar von der eigenen Organisation betreut wurde.

„...Da habe ich mich, obwohl ich in diesem Beruf arbeite, schwergetan, weil es die eigene Mutter war.“ (IP04, 867-869)

Durch diesen Rollenwechsel haben die Heimehelferinnen auch einen neuen Einblick in die Welt der pflegenden Angehörigen bekommen. Die beiden Interviewteilnehmerinnen haben am eigenen Leib erfahren, dass die Betreuung von fremden, pflegebedürftigen Personen eine andere Art von Herausforderung ist, als das Pflegen einer nahestehenden Person.

„...Und da war für mich klar, dass die, es ist einfach so, die Angehörigen von pflegebedürftigen Personen, es ist sehr schwierig damit umzugehen. Sehr schwierig. Weil sie wahrscheinlich meiner Kollegin mehr geglaubt hat, als sie mir geglaubt hätte. Also das ist immer die Angehörigen haben es schwerer, in dem Fall war ich die Angehörige, als wie Außenstehende ...“ (IP04, 878-882)

Die andere Heimehelferin findet ebenso, dass der Umgang mit Demenz bei fremden Menschen einfacher ist.

„...Obwohl es bei fremden Personen einfacher ist, als bei dem Angehörigen ...“ (IP08, 101)

Auch wenn die Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen nicht immer einfach ist, verdienen sie großen Respekt.

„... Ich habe immer gesagt, demente Menschen, die zu Hause leben dürfen, in den eigenen vier Wänden. Die was von den Angehörigen versorgt werden. Ich finde das toll, wirklich. Also ich ziehe den Hut vor diesen Personen ...“ (IP04, 830-832)

4.2.3. Zusammenfassung

In der Hauskrankenpflege spielt die Zusammenarbeit mit den Angehörigen eine wichtige Rolle. Die pflegenden Familienmitglieder werden als gleichwertige Partnerinnen und Partner betrachtet und in Entscheidungen miteinbezogen. Während Angehörige eine wichtige Ressource für das Pflegepersonal darstellen, in Notfällen kontaktiert werden können und zum Teil organisatorische Aufgaben übernehmen, sieht doch die Mehrheit der befragten Heimhelferinnen die Angehörigen als Belastung. Dies könnte daran liegen, dass den pflegenden Angehörigen oftmals das erforderliche Wissen über das Krankheitsbild der Demenz fehlt oder sie die Erkrankung nicht wahrhaben wollen. Darüber hinaus erschweren Konflikte innerhalb der Familie sowie unterschiedliche Prioritäten von Pflegepersonen und Angehörigen die Pflegesituation. Fest steht jedoch, dass ein Großteil der pflegenden Angehörigen stark überfordert ist und ebenfalls Unterstützung und Entlastung benötigt. Diese leiden bereits selbst unter Symptomen wie Schlafmangel, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Probleme mit dem Magen. Die benötigte Unterstützung kann beispielsweise durch entlastende Gespräche oder durch das Zeigen diverser Handgriffe zur Erleichterung der Pflege stattfinden. Zum Teil äußert sich diese Entlastung auch durch längere Betreuungszeiten, damit die Angehörigen Einkäufe erledigen oder ihre eigene Psychohygiene, wie beispielsweise in ein Kaffeehaus gehen oder sich mit Freundinnen und Freunden treffen, ausüben können. Obwohl Heimhilfen die Angehörigen zum Teil als Belastung wahrnehmen, zollen sie dieser Aufgabe großen Respekt. Zwei der interviewten Heimhelferinnen waren selber schon in der Rolle der pflegenden Angehörigen und wissen, wie schwierig diese Aufgabe ist, obwohl sie eine Berufsausbildung in diesem Bereich und täglich mit pflegebedürftigen Personen zu tun haben. Leider gibt es immer wieder Angehörige, die den Heimhilfen wenig Wertschätzung und haltlose Beleidigungen entgegenbringen. Wünschenswert wäre es, wenn die pflegenden Angehörigen das Pflegepersonal in der Hauskrankenpflege ebenfalls als Partnerinnen und Partner sehen würden und somit an einem Strang gezogen werden kann. Im Mittelpunkt sollte immer das Wohl der pflegebedürftigen Person stehen.

4.3. Positive Aspekte der Betreuung

Die Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen wird aber nicht nur als Herausforderung und Belastung gesehen, sondern auch als schönes Arbeiten mit positiven Erfahrungen. In dieser Kategorie konnten folgende Subkategorien identifiziert werden (Abbildung 5):

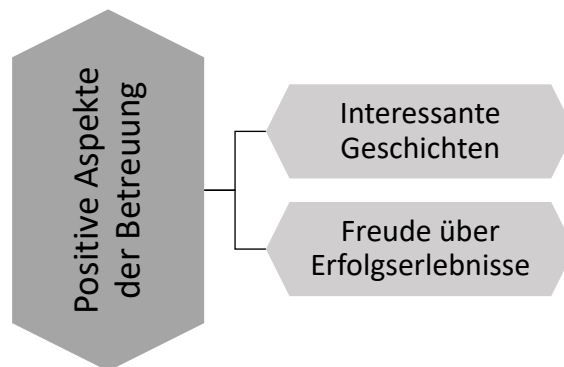


Abbildung 5: Positive Aspekte der Betreuung

Auf die Frage, ob sich die Heimhelferin an einen besonders schönen oder lustigen Moment erinnert, kam folgende Antwort:

„... Schöne Momente gibt es viele, eigentlich ...“ (IP06, 24)

Auch eine weitere Heimhelferin beschrieb das Arbeiten mit demenzbeeinträchtigten Menschen als besonders schön:

*„... Jetzt so gach, nein. Bei Demenzkranke eher nicht, das sind andere, wo ich mir denke, hm (verneinend) das sind keine schönen Momente. Nein. Nein eigentlich habe ich immer gute, positive Erfahrungen gemacht ...“
(IP03, 49-51)*

Auf die Frage, was so schön bei der Arbeit mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen ist, konnten zwei Subkategorien identifiziert werden. Einerseits das Erzählen von interessanten Geschichten und andererseits, dass die Freude über Erfolgserlebnisse bei dieser Personengruppe besonders groß ist.

4.3.1. Interessante Geschichten

Wie bereits erwähnt erzählen Menschen mit Demenz oftmals von der Vergangenheit. In den meisten Fällen werden die Geschichten aus dem zweiten Weltkrieg oder der Vergangenheit als sehr interessant und bereichernd erlebt. Auch Geheimnisse, welche jahrelang verborgen blieben, werden den Heimhelferinnen anvertraut.

„... Ja. Im Großen und Ganzen muss ich sagen, eben wenn sie nicht diese Aggressionen haben, ist es eigentlich schöner mit den Demenzkranken, dass ich die betreue, als andere. Manche. Weil die erzählen so viel von früher. Was sie gestern oder heute zu Mittag gegessen haben, das wissen sie eh nicht mehr. Aber von früher, da kann ich denen so viel hinaus locken, ja. Geheimnisse werden erzählt, ja und das gefällt mir ...“ (IP03, 100-104)

Für demenzbetroffene Menschen ist die Durchführung von Pflegehandlungen wie beispielsweise der Körperpflege, wie schon mehrfach erwähnt, zum Teil nicht so wichtig. Viel wichtiger ist für diese Personengruppe, vor allem wenn sie viel alleine sind und niemanden zum Plaudern haben, Gespräche zu führen und zuzuhören. So sagte eine Kundin zu einer Heimhelferin:

„... ich brauche euch nicht nur für die Pflege, also eigentlich für die Pflege bräuchte ich euch ja gar nicht, aber ich brauche euch für das Herz und für die Seele, sagt sie immer. Und, ähm und du bist ganz tief drinnen ...“ (IP01, 71-73)

Diese Aussage zeigt auch auf, welche Bindung zum Teil zwischen Pflegeperson und pflegebedürftiger Person entsteht. Bei dieser Kundin haben die Heimhelferinnen den richtigen Zugang gefunden und konnten wertvolles Vertrauen aufbauen.

4.3.2. Freude über Erfolgserlebnisse

Bei der Betreuung von demenzbetroffenen Menschen kommt es immer wieder zur Ablehnung von Pflegehandlungen. Umso größer ist dann die Freude, wenn diverse Handlungen zugelassen oder Vertrauen aufgebaut werden. Diese Momente werden als Erfolgserlebnisse wahrgenommen. Eine Heimhelferin erzählte von einem dementen Kunden, der während den Ausgangsbeschränkungen von COVID-19 nicht mehr ins Gasthaus gehen durfte und daraufhin in eine Depression verfiel. Vorher sprach er, trotz relativ langer Betreuungszeit, wenig mit dem Pflegepersonal und vertraute sich diesen auch nicht an. Dieser Lockdown hatte für den Kunden die Auswirkung, dass er Vertrauen zum Pflegepersonal finden und sich öffnen konnte.

„... Der hat so viel geplaudert und erzählt von früher. Dann hat er mir seine Wand gezeigt, da hat er die Welt darauf, und überall sind die Stecknadeln drinnen, wo er schon überall auf Urlaub war. Habe ich mir gedacht, um Gottes Willen, wenn mir der jetzt alle Urlaube erzählt, bin ich ja drei Wochen da, gell. Der ist viel gereist, gell. Und der ist so offen geworden und redet auf einmal so viel ...“ (IP03, 243-247)

An diesem Tag, erzählt die Heimhelferin, überzog sie sogar die Betreuungszeit, obwohl diese sonst immer zu lange war. Aber der Kunde konnte sich öffnen und diesen Moment wollte die Heimhelferin auch auskosten.

In den Interviews wurden die Kundinnen und Kunden oft als freundliche, zugängliche, anhängliche Menschen beschrieben, vor allem in der Anfangsphase der Demenz. Trotzdem kann passieren, dass sie automatische Handlungen wie beispielsweise das Stiegen steigen oder Gehen vergessen. So kann das Singen von alten Liedern ebenfalls zu Erfolgserlebnissen führen.

„... wir sind hinaufgegangen und sie hat vergessen, wie das funktioniert, eine Stufe zu steigen. Weil die hatte so eine riesen große Treppe. Ich habe mich mit ihr hingesetzt, dann haben wir gesungen und dann ist sie aufgestanden und ist im Takt von dem Lied die Stufen hinauf. Ohne irgendetwas. Und vorher hat sie nicht gewusst, dass sie den Fuß heben muss. Und dann haben wir, „Ich geh mit dem Bi- Ba- Butzemann“ haben wir gesungen. Weil das hat sie gekannt. Ich geh mit meinem Bi- Ba- Butzemann um den Kreis herum und auf einmal ist sie aufgestanden und die Stufen hinaufgegangen. Von selber. Ohne irgendwas, dass ich ihr sage, heben Sie den Fuß ...“ (IP07, 60-67)

4.3.3. Zusammenfassung

In der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz ist besonders wichtig, mit dieser Personengruppe in Kontakt zu treten und sich auf die Beziehung einzulassen (Brooker & Latham, 2016). Die Beziehung von Mensch zu Mensch ist hier wichtiger als alles andere (Klug & Jagsch, 2017). Wenn Pflegepersonen wertschätzen, dass alle Menschen eine einzigartige Geschichte zu erzählen haben und sie Zugang zu diesen Menschen finden, kann das herausfordernde Krankheitsbild der Demenz auch sehr schöne und bereichernde Momente für die Betreuungspersonen bereitstellen. Einige der demenzbetroffenen Kundinnen und Kunden wurden als besonders fröhlich, offen und liebenswürdig beschrieben. Eine besondere Bereicherung ist, wenn Pflegepersonen merken, dass die betroffenen Personen Vertrauen gewinnen und sie Pflegehandlungen zulassen, die sie vorher nicht toleriert haben.

Erfolgserlebnisse werden bei dieser Personengruppe auffallend stark wahrgenommen und die Freude darüber ist wesentlich größer als bei Menschen ohne demenzielle Beeinträchtigung. Das plötzliche Zulassen diverser Pflegehandlungen oder das Vertrauen fassen und Geschichten erzählen wird als Anerkennung der eigenen Bemühungen angesehen.

4.4. Erschwerende Rahmenbedingungen

Die Qualität der Pflege und Betreuung ist nicht nur von den Pflegepersonen, sondern auch von den äußeren Rahmenbedingungen abhängig. In den Interviews wurden einige Rahmenbedingungen geäußert, welche den Pflegealltag bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen erschweren können. Diese werden in Abbildung 6 dargestellt.

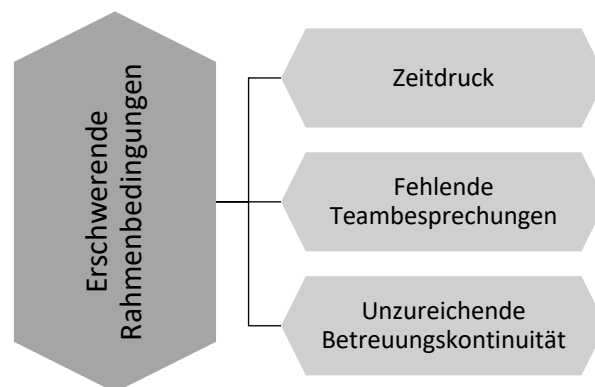


Abbildung 6: Erschwerende Rahmenbedingungen

4.4.1. Zeitdruck

Der Faktor Zeit spielt in der Hauskrankenpflege und bei der Betreuung von Menschen mit Demenz eine entscheidende Rolle. Die Kundinnen und Kunden zahlen in der Hauskrankenpflege die Zeit, die die Einsatzkräfte bei ihnen verbringen oder für sie Besorgungen tätigen. Die Abrechnung erfolgt in viertel Stunden Schritten. Die minimale Betreuungszeit für einen Einsatz der Berufsgruppe Heimhilfe beträgt dreißig Minuten. Die Einschätzung der benötigten Betreuungszeit erfolgt über eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson in Abstimmung damit, was sich die pflegebedürftige Person leisten kann. In den Interviews wurde allerdings sehr häufig berichtet, dass zu wenig Betreuungszeit zur Verfügung steht.

„... Nein eigentlich, zu viel ist nirgends. Bei manchen ist es gerade ausreichend, aber bei manchen ist es zu wenig ...“ (IP05, 80-81)

Eine andere Heimhelferin meinte ebenfalls, dass die Zeit in der mobilen Pflege für Gespräche oder dergleichen nicht gegeben ist. Manche pflegebedürftigen Menschen benötigen mehr Unterstützung in den verschiedensten Bereichen, als durch das Pflegepersonal abgedeckt werden kann.

*„... aber die Zeit ja meistens nicht gegeben ist bei uns in der mobilen Pflege. Logisch, weil diese Zeit haben wir nicht, meistens leider, ja ...“
(IP06, 36-37)*

Ein weiterer Punkt ist, dass die Betreuungszeit in der Hauskrankenpflege nicht nach Belieben verlängert werden kann, da die Touren durch eine Einsatzplanerin oder -planer zeitlich streng eingeteilt werden. Somit bedeutet eine Verlängerung bei einer der ersten Kundinnen oder Kunden, eine Verzögerung und Verspätung bei allen nachfolgenden pflegebedürftigen Menschen innerhalb dieser Tour.

*„... Die Zeit ist eng begrenzt und der nächste Kunde wartet halt auch ...“
(IP08, 154-155)*

Verspätungen in der Tour führen oftmals zu Stress, da die geplanten Einsatzzeiten ungefähr eingehalten werden sollten. Die Fahrtzeit zwischen zwei Einsätzen ist in der Tour nicht mit eingeplant und diese Zeit sollte vom Pflegepersonal auch irgendwie wieder eingeholt werden. Nachdem demenzbetroffene Menschen aber oftmals sehr feinfühlig sind, merken sie relativ schnell, wenn die Pflegeperson unter Stress oder Zeitdruck steht. Dies hat dann auch negative Auswirkungen auf die Pflege- oder Betreuungssituation.

„... Da merken glaube ich die Kunden schon, dass wir unter Zeitdruck stehen und dann ist es auch nicht angenehm ...“ (IP02, 245-246)

Dies kann dann sogar dazu führen, dass sich pflegebedürftige Personen während der Mobilisation oder Pflege versteifen. Wenn diese Personen dann gegen die Pflegeperson arbeiten, wird das Durchführen der Pflegeleistung für beide Seiten unangenehm und anstrengend. Dies sollte so gut wie möglich vermieden werden.

„... wenn der Patient schon merkt, dass wir schon unter Zeitdruck stehen, versteifen sie sich dann ...“ (IP02, 242-243)

In den Interviews wurde auch immer wieder genannt, dass vor allem für das Führen von Gesprächen, die für eine positive Pflegebeziehung wichtig wären, oftmals keine Zeit bleibt.

„... dass eigentlich nicht mehr viel Zeit bleibt, ja, dass ich sage, okay, ich kann ein bisschen ein Gespräch führen, dass der auch ein bisschen Kommunikation hat ...“ (IP04, 398-399)

Die Heimhilfen arbeiten auch nicht immer mit der Kundin oder dem Kunden zusammen. Bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten entscheidet zwar die pflegebedürftige Person was zu tun ist, aber dies bedeutet nicht, dass sich beide dann während der Durchführung dieser Handlung im selben Raum aufhalten. So kann es vorkommen, dass die Heimhilfe zwar eine Stunde bei der Kundin oder dem Kunden sind, aber diesen nicht wirklich sieht, weil sie beispielsweise im Obergeschoss aufwäscht, lüftet und Betten überzieht, während die zu betreuende Person im Erdgeschoss fernsieht. Die gemeinsame Zeit ist, wenn keine Tätigkeit, wie die Körperpflege oder das Spazieren gehen, direkt am Menschen durchgeführt wird, limitiert. Umso mehr freuen sich die Heimhilfen dann, wenn Betreuungszeit übrigbleibt und sie diese mit der pflegebedürftigen Person gemeinsam verbringen können.

„... es ist schon schön, wenn man sich manches Mal Zeit nehmen kann, einfach zuhören ...“ (Interview 08, Absatz 68)

Vor allem die alleinlebenden, dementen Kundinnen und Kunden genießen es, wenn sich die Pflegepersonen Zeit zum Zuhören nehmen. Diese Personen haben ja oftmals sonst den restlichen Tag über keine Ansprechperson und sind alleine. Auch die Pflegepersonen genießen diese Zeit im sonst eher stressigen Berufsalltag, denn die Zeit nimmt in der Hauskrankenpflege eine sehr große und wichtige Rolle ein.

4.4.2. Fehlende Teambesprechungen

Normalerweise finden im Hilfswerk Niederösterreich alle zwei Wochen Praxisteamgespräche statt. Bei diesen Praxisteamgesprächen kommt das gesamte Team zusammen und es wird über Kundinnen und Kunden gesprochen, Schwierigkeiten ausgetauscht oder Besonderheiten weitergegeben. Darüber hinaus werden neue Arbeitskolleginnen und -kollegen vorgestellt und allgemeine, wichtige Informationen weitergegeben. Seit Beginn von COVID- 19 wurden diese Teambesprechungen allerdings abgesagt. Die Folge daraus ist, dass die Heimhilfen über mangelnden Informationsaustausch klagen.

„... weil wir eben keine Infos haben, keine Besprechungen haben. Ich würde mir mehr wünschen, mehr Infos über jeden Kunden ...“ (IP08, 232-234)

Dazu kommt, dass sich die diensthabenden Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege nicht vor Dienstbeginn auf der Station treffen und sich austauschen können, sondern direkt zu den Kundinnen und Kunden fahren. Daher findet der Kontakt derzeit meist nur telefonisch statt, wobei sich auch hier Herausforderungen ergeben. Da die eng begrenzte Zeit bei den Kundinnen und Kunden auch diesen gehört und nicht mit Telefonaten zwischen Arbeitskolleginnen und -kollegen verbracht werden sollte, müssen die Anrufe während der

Fahrzeit getätigt werden. Die Person, mit der Informationen ausgetauscht werden sollen, muss aber dann ebenfalls zu dieser Zeit gerade frei sprechen können und im Dienst sein. Dies funktioniert nicht immer und braucht oft mehrere Anläufe. Wichtige Informationen, wie Zustandsverschlechterungen, Stürze oder Auffälligkeiten müssen auch an die Primary Nurse weitergeleitet werden. Die Heimhilfen wollen das diplomierte Pflegepersonal aber nicht zu oft anrufen, da diese ebenfalls viel zu tun haben. In einem Interview berichtete eine Heimhelferin, dass sie derzeit teamintern sehr viel untereinander telefonieren.

*„... So wie es halt jetzt ist, wir telefonieren sehr viel untereinander ...
(IP08, 232)*

Während die Heimhilfen untereinander sehr viel telefonieren, bestehen teilweise Hemmungen, das diplomierte Pflegepersonal öfter anzurufen, da diese, laut der Heimhelferin, unter Stress stehen.

„... Und man hat auch Probleme mit Kunden, wo man sich dann selbst oft denkt „Nein, da brauche ich jetzt nicht anrufen, weil ich will ja niemanden belästigen“. Bei einer Besprechung redet man halt über das Ganze darüber. Ja, das wäre halt wichtig ...“ (IP08, 261-263)

Trotz alledem haben sie immer ein offenes Ohr und versuchen immer aktiv zuzuhören und für die Teammitglieder da zu sein.

„...unsere Diplomierten sind auch im Stress. Wirklich massivst oft im Stress. Und ein Ohr haben sie immer ...“ (IP08, 209-210)

Ein weiteres Problem, dass durch die fehlenden Teambesprechungen auftritt ist, dass neue Kolleginnen und Kollegen sich im Team noch nicht vorstellen konnten. Dies ist nicht nur für die neuen Teammitglieder belastend, sondern auch für die bereits bestehenden. So klagte eine Heimhelferin über die derzeitigen organisatorischen Änderungen und über den unbekannten Zuwachs im Team.

„... Und wie ich schon gesagt habe zuerst, ich kenne so viele Mitarbeiter und Kolleginnen nicht, weil das schon so ein Ausmaß hat und wir selber nur ganz selten zusammenkommen und so, nen. Und das tut mir schon weh. Und das. Wir haben uns auch gegenseitig immer verständigt und angerufen, wenn ich gewusst habe, die Kollegin hat morgen Dienst und heute war irgendwas Schlechtes oder extrem Positives, dann habe ich sie informiert. Wir haben immer so eine Übergabe gemacht, nen. Das gibt es alles nicht mehr. Und das tut mir leid ...“ (IP03, 178-184)

Dieses Thema hat auch eine weitere Interviewteilnehmerin erwähnt.

„... Genauso würde ich mir auch wünschen ähm dass man die neuen Kollegen kennenlernt. Wir haben jetzt zwei, drei Kollegen angeblich aufgenommen. Keine Ahnung wer es ist, wie sie ausschauen. Die Unterschriften in der Dokumentationsmappe kenne ich nicht ...“ (IP08, 234-237)

Diese Aussagen geben einen kleinen Einblick, wie wichtig der Zusammenhalt im Team ist. Nicht nur für die Heimhilfen, sondern für alle Berufsgruppen in der Hauskrankenpflege. Gerade dadurch, dass sich die Pflegepersonen bei Dienstbeginn nicht sehen und austauschen können, nimmt der Zusammenhalt im Team einen wichtigen Stellenwert ein. In der Hauskrankenpflege wird zwar Großteils alleine gearbeitet, aber es müssen trotzdem alle an einem Strang ziehen und zusammenhalten. Die Teambesprechungen dienen einerseits zum Austausch, aber andererseits auch zum Teambuilding.

4.4.3. Unzureichende Betreuungskontinuität

Von den Interviewpartnerinnen wurde auch immer wieder angesprochen, dass der ständige Wechsel von den Pflegepersonen für eine positive Pflegebeziehung nicht fördernd ist. Vor allem Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen benötigen längere Zeit, um sich auf eine Pflegeperson einzustellen und ihr zu vertrauen. Daher ist es für diese Personengruppe und für die Pflegebeziehung eher kontraproduktiv, wenn ständig andere Pflegepersonen zur Betreuung kommen. Die befragten Heimhilfen sehen die Anwendung der Bezugspflege für diese Personengruppe als besonders wichtig.

„... Das ist so eine Frage, dass man da zum Beispiel immer die gleichen hinfahren, gerade zu Demenzkranken. Weil sie sich ja nicht auskennen. Die muss da klarkommen, mit fünf, sechs verschiedene, nen ...“ (IP07, 349-351)

Auch eine weitere Heimhelferin favorisierte die Anwendung der Bezugspflege bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen.

„... Dass es vielleicht noch besser wäre, dass nicht immer ein Wechsel der Leute die kommen, sondern vielleicht immer dieselben Leute, weil demenzerkrankte Leute, finde ich, sich einfacher tun, wenn immer dieselben Personen dann kommen, ja ...“ (IP06, 13-15)

Menschen mit Demenz erkennen oftmals nahestehende Personen nicht mehr. Geschweige denn das Pflegepersonal, auch wenn sie schon jahrelang betreut werden. Während COVID-

19 kommt erschwerend das Tragen eines Mund- Nasen- Schutzes hinzu. Im ersten Moment sehen die Kundinnen und Kunden nur eine verummte Person.

*„... Es ist sehr schwer jetzt mit den Masken für die Kunden. Erstens weil sie, es ist oft schon, wenn man ein Haus betritt, ja, es ist oft besser, ähm wenn man ein Stück die Maske hinunterzieht, wenn man noch im Vorraum ist, damit die Kunden sehen, wer da überhaupt hineinkommt bei der Tür ...“
(IP04, 686-689)*

Dieser Anblick kann auch die ein oder andere pflegebedürftige Person verschrecken und sie bekommt Angst. Im ersten Augenblick können die Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen nicht verstehen, wer in diesem Moment bei der Tür hineinkommt und wieso das halbe Gesicht verdeckt ist.

„... schrecklich. Auf einmal haben sie mich immer so angeschaut. Die hat solche großen Augen bekommen, die hat mich nicht erkannt ...“ (IP07, 146-147)

Dazu kommt, dass viele Kundinnen und Kunden, die schon schlechter hören, von den Lippen ablesen oder zumindest sehen, dass gerade mit ihnen gesprochen wird. Dies können sie allerdings mit dem Mund- Nasen- Schutz nicht mehr. Auf dieses Problem spielte auch eine Interviewteilnehmerin an.

„... Also ich muss sagen die Kunden, es sind viele dabei, die uns bitten, was wir natürlich nicht machen, aber „bitte tut eure Maske weg. Ich sehe nichts.“ Ich habe mir jetzt schon ein Visier gekauft, ich habe mir gedacht, das ist besser, weil sie sehen gerade die Augen bei der Maske und ich versuche immer laut zu lachen, das sie merken, dass ich lache, wenn ich die Maske auf habe. Ja. Es ist halt schwer, es ist wirklich schwer ... “ (IP08, 465-469)

Da die Kundinnen und Kunden aufgrund der derzeitigen Situation und Maßnahmen prinzipiell schlecht erkennen, von wem sie gerade betreut oder gepflegt werden, ist ein ständiger Wechsel vom Pflegepersonal bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen noch schwieriger. Doch nicht nur für die pflegebedürftigen Personen ist der ständige Wechsel herausfordernd. Auch für Pflegepersonen ist meist der erste Betreuungseinsatz bei einer Kundin oder einem Kunden schwierig.

„... Wenn ich das erste Mal wo hineingehe, dann weiß ich gar nichts. Die muss man erst einmal kennenlernen ... “ (IP04, 324-325)

Eine Heimhelferin berichtete von einer Situation am Anfang ihrer Berufskarriere als Heimhilfe bei einer dementen Kundin. Da die Interviewteilnehmerin noch neu war und nur wenige Kundinnen und Kunden kannte, wusste sie über diese Kundin fast nichts. Für Menschen mit Demenz ist es immer sehr schwierig, wenn zur Betreuung komplett fremde Personen kommen, die sich erst zurechtfinden müssen und die Räumlichkeiten noch nicht kennen. Diese Pflegepersonen kennen die Biografie dieser Kundinnen und Kunden noch nicht, müssen erst die Abläufe entdecken und herausfinden, wo die benötigten Gegenstände zu finden sind. Solche Situationen können dann für neue Heimhilfen auch überfordernd und entmutigend sein, da Menschen mit Demenz unter starken Stimmungsschwankungen leiden und es nicht mögen, wenn etwas außerhalb der Routine stattfindet.

„... Als ich angefangen habe, habe ich eine Kundin gehabt, die mich zum Weinen gebracht hat, ja. Ich konnte ihr nichts recht machen. Ich habe selber angefangen, wusste, dass es schwierig ist mit Demente, ja, aber dass es so schwierig ist, ja, das war mir dann auch fern natürlich. Und ähm, ja. Alles was ich gemacht habe, war Dreck. Sie hat, ob ich zu blöd bin für das und das und ja so Beschimpfungen sind sehr wohl dabei,“ (IP04, 277-282)

Diese Situation beschreibt, dass es nicht nur für die dementen, pflegebedürftigen Personen herausfordernd ist, wenn eine neue Person kommt, sondern auch umgekehrt. Trotz alledem sollten zu Menschen mit Demenz immer dieselben Personen zur Betreuung kommen, da diese erstens die Abläufe kennen und zweitens somit auch eine positive Pflegebeziehung gefördert werden kann. Wenn das Vertrauen immer weiter aufgebaut wird, kann auch die Biografie besser ausgearbeitet werden. Das Vorhandensein einer Biografie- Arbeit erleichtert dann auch für neue Teammitglieder den Einstieg bei diesen dementen Kundinnen und Kunden.

4.4.4. Zusammenfassung

Der enorme Zeitdruck, die fehlenden Teambesprechungen und die unzureichende Betreuungskontinuität wurden als erschwerende, äußere Rahmenbedingungen in der Hauskrankenpflege genannt. Fast alle Interviewpartnerinnen berichteten von massivem Zeitdruck, gerade bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. Vor allem wurde beklagt, dass nicht ausreichend Zeit für das Führen von Gesprächen mit den Kundinnen und Kunden zu Verfügung steht. Es ist auch herausfordernd für die Heimhilfen, den pflegebedürftigen Personen den Zeitdruck nicht spüren zu lassen, da sie sich sonst versteifen und die Pflegehandlungen erschwert werden.

Als weiteres Hindernis wurden die fehlenden Teambesprechungen, vor allem durch COVID-19 verursacht, genannt. Im Unterschied zu stationären Pflegeeinrichtungen treffen sich die

diensthabenden Pflegepersonen vor Dienstbeginn nicht auf der Station und haben eine Dienstübergabe. Sie fahren meist direkt zu den Kundinnen und Kunden hin und haben lediglich die Dokumentationsmappe, um sich über Änderungen zu informieren. Daher sind die regelmäßig stattfindenden Praxisteamgespräche für den Austausch von Informationen, vor allem für die Heimhilfen, besonders wichtig. Da die Durchführung dieser Besprechungen derzeit nicht möglich ist, sind die Heimhilfen darauf angewiesen, sich telefonisch über Änderungen auszutauschen. Trotzdem klagen sie über mangelnden Informationsfluss. Schwierig ist auch, dass sich neue Kolleginnen und Kollegen derzeit im Team nicht vorstellen und eingliedern können.

Als dritter Punkt wurde die unzureichende Betreuungskontinuität genannt. Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen benötigen Zeit, um sich auf eine Pflegeperson einzustellen. Zeit, die in der Hauskrankenpflege oftmals nicht zur Verfügung steht. Daher befürworten die befragten Heimhilfen das System der Bezugspflege, da sich somit die zu betreuende Person nicht immer auf neue Pflegepersonen einstellen muss, sondern immer die gleichen zur Betreuung kommen. Diese Personen kennen dann auch die genauen Abläufe bei den Kundinnen und Kunden und können somit das Vertrauen zur pflegebedürftigen Person immer weiter ausbauen und eine positive Pflegebeziehung fördern. Dies ist jedoch organisatorisch oft nicht möglich. Erschwerend kommt hinzu, dass die pflegebedürftigen Personen ihre Betreuerinnen und Betreuer aufgrund des Mund- Nasen- Schutzes nicht erkennen. Dies kann auch dazu führen, dass Pflegehandlungen abgelehnt werden. Aber auch für die Pflegepersonen ist es schwierig, sich immer wieder auf neue demente Kundinnen und Kunden einzustellen, da die sich nicht immer mitteilen können und somit Vorlieben langsam herausgefunden werden müssen.

4.5. Strategien

Die Datenauswertung der zweiten Forschungsfrage „**Welche Strategien wenden Heimhilfen an, um Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen besser betreuen zu können?**“ ergab folgende Subkategorien:



Abbildung 7: Strategien

4.5.1. Persönliche Einstellung

Mit der Subkategorie „Persönliche Einstellung“ wird verstanden, dass die interviewten Heimhelferinnen dem Krankheitsbild Demenz unterschiedlich gegenüberstanden. Während einige Interviewpersonen eine sehr positive Sicht- und Umgangsweise in Bezug auf Menschen mit Demenz aufwiesen, betrachteten die anderen das Krankheitsbild eher negativ und als belastend.

Positive Sichtweise

Einige der Interviewpartnerinnen stehen dem Thema Demenz sehr positiv gegenüber. Auch wenn es immer wieder zu Herausforderungen kommt, überwiegt die positive Sichtweise. Eine Heimhelferin war der Meinung, dass ihre Persönlichkeit Grund dafür sein könnte:

„... aber eigentlich so wie ich halt eigentlich bin und dem gegenüber trete, also habe ich jetzt eigentlich nicht so /. Ich bin halt so (lacht). Ja. Ich weiß nicht. Wie gesagt, ich habe da keine Probleme halt damit, nen. Auch wenn mir die jetzt fünfzig Mal dasselbe erzählt oder was, nen. Und nein, ich bin, wie gesagt, ganz normal zu denen, wie zu den anderen auch und ähm (...) ja ...“ (IP01, 103-107)

Eine andere Heimhelferin beschrieb ihre Ausstrahlung als ausschlaggebend dafür. Sie ist der Meinung, wenn sie bei jemandem mit einem Lächeln hineinkommt, hellt sich die Stimmung der

anderen Person ebenso auf. Wenn sie mit einem ernsten oder traurigen Blick den Raum betritt, spiegelt sich dies auch auf die Kundinnen und Kunden. So ist ihr „Erfolgsrezept“ beim Umgang mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen ein Lächeln im Gesicht und gute Laune zu haben.

„... Immer ein Lächeln im Gesicht. Und gut gelaunt. Auch wenn ich selber nicht gut gelaunt bin, aber das überspielen und ja. Das wirkt Wunder, finde ich ...“ (IP03, 140-141)

Negative Sichtweise

Allerdings gibt es auch Heimhelferinnen und vermutlich auch Heimhelfer, die das Arbeiten mit Menschen mit Demenz stark belastend finden. Vor allem wenn diese Menschen, welche sie oft über Jahre hinweg betreuen, einen erneuten Schub haben und etwas verlernen, wird dies als belastend empfunden.

„... Eher nicht, weil für mich ist das immer traurig, wenn ich das sehe, wie die Leute so abbauen“ (IP05, 65-66)

Auf die Nachfrage, ob es ihr bei der Betreuung von Menschen mit Demenz selber nicht gut geht, antwortete sie folgendes:

„... Weil wenn ich sehe, wie die abbauen und sich nicht mehr zurechtfinden oder die Schmerzen nicht ausdrücken können oder die Bedürfnisse nicht ausdrücken können ...“ (IP05, 69-71)

Auch eine andere Heimhelferin beschrieb, dass das Verlernen von automatischen Vorgängen, wie dem Schlucken, schwer mitanzusehen ist und sich die Betreuungspersonen dann auch oft hilflos fühlen. Vor allem wenn die pflegebedürftige Person noch äußern kann, was sie gerne möchte, aber die Ausführung nicht funktioniert, ist dies schwierig für andere beteiligte Personen zum Aushalten.

„... Das hässliche bei der Frau H. war, die hat dann verlernt zu schlucken und du stehst hilflos daneben. Sie sagt, sie hat einen Durst und du gibst ihr das Glas oder Strohalm, egal, und du gibst es ihr in den Mund hinein und sie weiß nicht, was sie tun muss, dass sie / ...“ (IP07, 184-187)

Es ist auch zu erwähnen, dass viele Kundinnen und Kunden, auch mit Demenz, jahrelang von mobilen Diensten versorgt werden. Gerade bei dementen Kundinnen und Kunden fällt es dann schwer, den Abbau mitanzusehen.

Die persönliche Einstellung beeinflusst stark, wie die Heimhilfen mit dem herausfordernden Krankheitsbild der Demenz umgehen. Während die einen versuchen immer das positive zu

sehen und auch positiv gestimmt in die Betreuungssituation hineingehen, betrachten die anderen das Arbeiten mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen prinzipiell als belastend. In diesem Kontext wird vor allem das Mitansehen des Verfalls der demenzbetroffenen Kundinnen und Kunden genannt. Es fällt den Betreuungspersonen schwer, wenn sich der Zustand der betroffenen Personen verschlechtert und sie gewisse Tätigkeiten verlernen.

4.5.2. Distanz zur Arbeit

Als weitere Strategie um mit herausfordernden Situationen im Umgang mit Menschen mit Demenz wurde die Distanz zur Arbeit genannt. Unter der Distanz zur Arbeit zählt einerseits das Abschalten können nach einem Dienst, unter Umständen verbunden mit Bewegung an der frischen Luft und andererseits das Ablassen von Frust.

Es ist für Pflegepersonen, vor allem in der Hauskrankenpflege, sehr wichtig auch abzuschalten und den Arbeitstag hinter sich zu lassen. Da sämtliche Personen in der Hauskrankenpflege über ein Diensthandy verfügen und dies auch mit nach Hause nehmen, fällt es manchen schwer, dieses nach Dienstende abzdrehen und nicht mehr erreichbar zu sein. Das Diensthandy spielt nicht nur zur Zeiterfassung oder zum Sehen des Dienstplanes beziehungsweise der Tour eine wichtige Rolle, sondern es ist vor allem in der mobilen Pflege ein wichtiges Kommunikationsmittel. Der meiste Informationsaustausch erfolgt, neben der Dokumentation, über Telefonate. Auch außerhalb der Dienstzeit kommt es immer wieder vor, dass das Diensthandy in die Hand genommen wird, um beispielsweise nachzusehen, ob sich der nächste Dienst geändert hat. Gerade deshalb, und darauf weisen auch die Interviewteilnehmerinnen hin, ist es wichtig, außerhalb der Arbeit abzuschalten und die Freizeit zu genießen. Es muss eine gewisse Distanz zur Arbeit gehalten werden, um ein Burn- Out zu vermeiden.

„... Und man muss abschalten und dann sagen aus. Jetzt habe ich frei. Oder jetzt bin ich im Urlaub und ich will nichts hören und nichts. Und das mache ich wirklich. Also da, das ist etwas, wo ich mir denke, das braucht man. Und es ist auch das Wochenende sehr wichtig oder wenn man frei hat, dass man einen Abstand hat. Ganz einfach. Weil man merkt dann schon, dass es auch manches Mal an die Substanz doch geht, eben wenn sie so schlecht gelaunt sind. Wenn sie so viel aufarbeiten. Jetzt die ganzen Probleme hören wir natürlich von den Kunden ...“ (IP08, 494-500)

Auch die Fahrtzeiten zwischen den Kundinnen und Kunden werden oftmals genutzt, um für kurze Zeit abzuschalten. So kann auch garantiert werden, dass die nächste pflegebedürftige Person die Aufmerksamkeit bekommt, die ihm zusteht.

„... und dass man dann wirklich abschaltet und in der Hauskrankenpflege, ich sage immer, es ist anstrengend, aber wenn ich von einem zum anderen Kunden fahre, versuche ich einfach abzuschalten, ja. Und mich einfach, das eine wo ich hinauskomme, hinter mir zu lassen und mich vorzubereiten auf das andere, wo ich dann hingeh, ja. Und wir fahren sowieso oft sieben Minuten, ja. Wir haben eh ein bisschen Strecken, weitläufigere und da habe ich die Chance, dass ich da ein bisschen abschalten kann, ja. Also dass man für den nächsten Kunden ganz einfach wieder bereit ist. Dass man das nicht nur mitschleppt, ja. Und dass man ganz einfach keinen Stress ausübt.“ (IP04, 741-749)

4.5.3. Bewegung an der frischen Luft

Die Subkategorien „Distanz zur Arbeit“ und „Bewegung an der frischen Luft“ fließen zum Teil ineinander. Einige Interviewpartnerinnen haben erwähnt, dass sie sich zum Abschalten am besten in der Natur bewegen. So flüchten sich manche nach einem stressigen oder ereignisreichen Arbeitstag an die frische Luft oder spülen sich den Stress unter der Dusche ab.

„... Bewegung in der Natur. Ich gehe dann walken oder ja sitze am Balkon. Und tue nichts (lacht). Das Erste ist immer duschen. Das ist Entspannung halt, nen. Ja. Und dann halt irgendwie, wenn es geht, in der Natur spazieren gehen ...“ (IP05, 153-155)

Auch eine andere Heimehelferin sieht die Bewegung an der frischen Luft als Mittel um Abschalten zu können und den Arbeitsalltag hinter sich zu lassen.

„... ich habe einen Hund und ich bin täglich mit meinem Hund unterwegs und da wird mein Kopf auch einfach freier. Das muss ich ganz ehrlich sagen, das ist so ...“ (IP08, 80-81)

Die Ausführung von Sport oder Bewegung generell reduziert Stress. Die Bewegung an der frischen Luft hilft den Kopf frei zu bekommen und durchatmen zu können. So gesehen hilft sie nicht nur zur Entspannung oder als Wohltat für den Körper, sondern auch, um erfolgreich abschalten zu können und somit eine Distanz zur Arbeit zu bewahren.

4.5.4. Frust ablassen

Als weitere Strategie, um wieder einen freien Kopf zu bekommen, wurde genannt, dass bei Kolleginnen und Kollegen der Frust abgelassen wird. Wenn beispielsweise die Prioritäten von den Angehörigen und den Pflegepersonen auseinandergehen und dies bekommt eine Heimehelferin ab oder die demente Person lehnt sämtliche Pflegehandlungen ab, kann das

Frustration auslösen. Dieser Frust muss auch bei Arbeitskolleginnen und -kollegen oder bei Vorgesetzten abgelassen werden, um ein positives Weiterarbeiten zu ermöglichen.

„... Oder man hat einmal seinen Frust abgelassen, wenn etwas nicht gepasst hat oder bei einem Kunden etwas war, dann geht man ganz anders wieder hinaus.“ (IP08, 242-244)

Eine Heimehelferin erzählte, aus welchen Gründen sie manchmal Teammitglieder anruft. In dieser Schilderung nannte sie auch, dass manche Telefonate nur zum Frust ablassen dienen.

„... Du wirst das eh wissen. Ich muss dir das schnell erzählen und dann geht es dir eh wieder besser. Ob das jetzt dement ist oder nicht, das ist egal, aber manchmal regst du dich ja doch auf über Dinge, die eigentlich nicht so wichtig sind und unwichtig sind, aber es belastet dich und dann, wenn du es dir von der Seele redest, geht es dir ja eigentlich wieder besser und du kannst wieder“ (IP07, 243-247)

Um den Arbeitsalltag hinter sich zu lassen und eine Distanz zu erhalten, ist das Abschalten besonders wichtig. Einige Pflegepersonen sprechen mit anderen Kolleginnen und Kollegen über herausfordernde oder belastende Situationen und lassen so ihren Frust ab. Nicht, um eine Lösung zu bekommen, sondern um einfach darüber zu reden. Die anderen bekommen ihren Ausgleich in der Natur durch Bewegung an der frischen Luft. Das Reden mit Kolleginnen und Kollegen sowie die Durchführung körperlicher Betätigung in der Natur werden auch in der Literatur als besonders hilfreich genannt, um Stress abbauen zu können (Kurze, 2015; Horn, Brause & Schaeffer, 2011). Diese Subkategorie ist auch ein Hinweis darauf, wie wichtig guter Zusammenhalt im Team ist.

4.5.5. Zusammenhalt im Team

Der Zusammenhalt und der Austausch im Team wurde schon mehrfach in dieser Masterthesis genannt. In der Hauskrankenpflege besteht ein Team aus mehreren Berufsgruppen. Alle beteiligten Personen in diesem Team verfolgen dasselbe Pflege- und Betreuungsziel bei den jeweiligen Kundinnen und Kunden (Ertl et al., 2017). In den Interviews wurde auch mehrmals die Wichtigkeit des Zusammenhaltes im Team genannt.

„... wie ich da angefangen habe, das war ein Traum. Wir waren ein super Team. Das war wirklich familiär“ (IP03, 175-176)

Auch eine weitere Heimehelferin bestätigte, dass der Zusammenhalt in den Teams gut funktioniert und für ein positives Arbeitsklima wichtig ist.

„... wir haben ja eigentlich eh unser Team, da wo das gut funktioniert. Also eigentlich so von der PN natürlich ja“ (IP06, 65-66)

Vor allem für die Heimhilfen ist es relevant, eine Ansprechperson zu haben, an die sie sich bei Schwierigkeiten oder Problemen wenden können.

„Aber ja, Ansprechpartner würde es schon geben“ (IP02, 275)

Der Zusammenhalt im Team ist aber nicht nur für ein positives Arbeitsklima oder ein angenehmes Arbeiten wichtig, sondern auch, um an einem Strang zu ziehen. Denn es gibt immer wieder Kundinnen und Kunden, die versuchen, das Pflegepersonal gegeneinander auszuspielen.

„... Und was auch ganz wichtig ist, dass wir alle an einem Strang ziehen, ja. Wenn das so ist, wenn ich sage, okay, ich darf das nicht machen. Das darf jetzt nicht sein. Dann ist es so. Dass da keine Ausnahme gemacht wird oder wie auch immer. Wir haben auch, wir dürfen zum Beispiel auf keine Leiter steigen, ja. Nur weil es jetzt einer Kundin einfällt da oben ist jetzt irgendwie was, was da hinunter gehört, dass wirklich alle bei dem bleiben, was sie sagen. Was wir dürfen und nicht. Das nicht einer sagt, ich mache ich ihnen das heute. Und die Kunden wissen das, ja. Die sagen zu der nächsten die kommt „Na gut, aber die andere hat das gemacht“. Und dann haben wir schon, dann hast du schon verloren, ja. Da hat man verloren.“ (IP04, 725-733)

Solche Situationen können aber nur verhindert werden, wenn die Teammitglieder untereinander kommunizieren und sich austauschen. Sonst hätten solche Kundinnen und Kunden leichtes Spiel.

4.5.6. Zusammenfassung

Der Zusammenhalt und Austausch im Team spielt in der Hauskrankenpflege eine wichtige Rolle. Es ist bedeutsam, dass nicht nur Informationen, sondern auch Verhaltensregeln ausgetauscht werden, da pflegebedürftige Personen immer wieder versuchen das Pflegepersonal gegeneinander auszuspielen. Ein gutes Team muss an einem Strang ziehen, ein gemeinsames Pflege- und Betreuungsziel verfolgen und zusammenhalten. Die Wichtigkeit des Teams wurde in fast jedem Interview genannt.

4.6. Maßnahmen

Die Datenauswertung der dritten Forschungsfrage „**Welche Maßnahmen können gesetzt werden, um den Umgang mit den bestehenden Herausforderungen positiv zu beeinflussen?**“ ergab folgende Subkategorien:

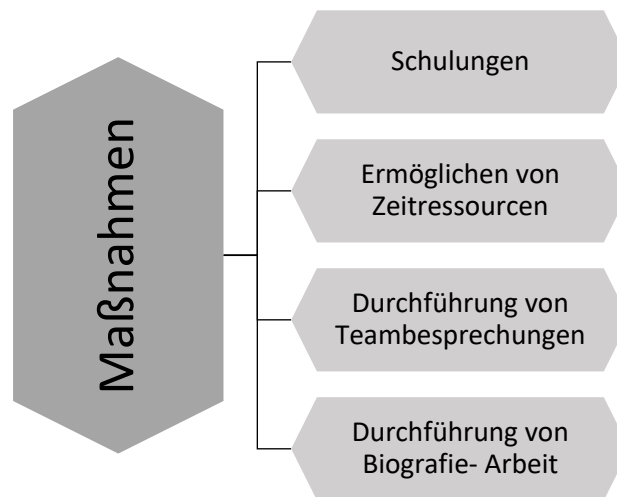


Abbildung 8: Maßnahmen

4.6.1. Schulungen

Die mobile Pflege entwickelt sich langsam, aber stetig zu einer Disziplin mit hohen Qualitätsansprüchen (Fichtinger & Rabl, 2014). Um diesen Qualitätsansprüchen gerecht zu werden, sind auch Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege verpflichtet Fort- und Weiterbildungen zu besuchen. Das Hilfswerk Niederösterreich bietet intern eine große Palette an Fort- und Weiterbildungen, angepasst an jede Berufsgruppe, an. Darunter befinden sich auch spezielle Schulungen mit dem Thema Demenz, woran auch die interviewten Heimhelferinnen großes Interesse zeigten.

„... für uns Heimhilfen vor allem, wäre es sehr wichtig, dass wir verschiedenste Arten von Schulungen bekommen ...“ (IP02, 162-163)

Eine Heimhelferin konnte bis zum Zeitpunkt des Interviews noch keine Schulung über das Thema „Demenz“ besuchen, würde dies aber bei nächster Möglichkeit gerne. Diese Heimhelferin hat auch erwähnt, wie froh sie über die bisherigen Weiterentwicklungen in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen ist.

„Obwohl es mich sehr interessiert hätte, weil die Demenz eigentlich, ja. Ich bin eigentlich froh, dass es jetzt soweit ist, dass man mit Menschen, die dement sind so gut umgeht eigentlich ...“ (IP08, 85-87)

Die Demenz ist keine seltene Krankheit mehr. Es werden immer mehr Langzeitpflegeeinrichtungen mit einem Schwerpunkt auf Demenz gebaut. Für die pflegenden Angehörigen werden ebenfalls mehr Angebote zur Entlastung entwickelt. Außerdem wird versucht bei betroffenen Personen die Lebensqualität auch nach Erhalt der Demenz-Diagnose so hoch wie möglich zu halten und das Leben so frei wie möglich zu gestalten. Um dies zu gewährleisten, haben Schulungen und das Weiterverbreiten von Wissen über Demenz eine große Bedeutung.

Die Wichtigkeit dieser Schulungen wurde auch in den Interviews betont.

„... Deswegen sind sehr wichtig die Schulungen, was wir vorgeschlagen bekommen, wo man dann die Schulungen besuchen kann ...“ (IP02, 73-74)

Eine Heimehelferin meinte, dass die Weiterbildungen zwar guttun, aber im Endeffekt jede Pflegeperson für sich selber herausfinden muss, welche Strategie am besten bei welchen Kundinnen und Kunden funktioniert.

„... Na die Weiterbildungen tun schon gut. Aber ich glaube noch immer, du musst es selber ausprobieren, was am besten bei wem funktioniert ...“ (IP07, 288-289)

Um den Heimhilfen ein Nachlesen zu ermöglichen, wird ihnen nach der Fortbildung auch ein Handbuch zu Verfügung gestellt.

„... Wir haben schon über Demenz gesprochen, ja. Wir haben so ein Handbuch bekommen, nen. Und da kann man eh jederzeit nachlesen, was man eigentlich, wie man mit einem Kunden umgehen kann halt ...“ (IP05, 195-197)

Die speziellen Fort- und Weiterbildungen sind auch für die Heimhilfen in der Hauskrankenpflege wichtig. Der Großteil der interviewten Personen findet, dass aus jeder Fort- oder Weiterbildung etwas mitgenommen werden kann, auch wenn das Thema schon öfter behandelt wurde. Wichtig ist auch, dass ihnen Material zu Verfügung gestellt wird, wo sie jederzeit nachlesen können, wie sie am besten mit bestimmten Situationen umgehen sollen. Von besonderer Bedeutung sind vor allem Fort- und Weiterbildungen für neue Pflegepersonen, da bei diesen meist noch keine Berufserfahrung vorhanden ist und durch die Ausbildung nicht alle relevanten Inhalte beigebracht werden können. Durch die Sicherstellung, dass alle neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Schulung in Demenz absolviert haben, kann auch davon ausgegangen werden, dass alle Pflegepersonen in diesen Organisationen am gleichen Stand sind und somit könnten herausfordernde Situationen verringert werden.

4.6.2. Ermöglichen von Zeitressourcen

Pflegepersonen stehen in der Hauskrankenpflege unter enormen Zeitdruck. Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen benötigen oftmals längere Zeit für Pflegehandlungen, da sie Schritt für Schritt angeleitet werden müssen. Dies benötigt ebenfalls Zeit.

„...Was ganz ganz wichtig ist - jeden Schritt erklären, ja. Alles was ich bei den Kunden mache, muss ich vorher sagen. Ich kann den Kunden nicht einfach angreifen und irgendein Leiberl in die Höhe ziehen. Das geht gar nicht, ja. Jeden Schritt erklären ...“ (IP04, 564-566)

Menschen mit Demenz verlieren zum Teil auch das Zeitgefühl, so kann es passieren, dass sie für manche Handlungen länger benötigen. Dies verlangt von den Pflegepersonen oftmals viel Geduld.

„... Wenn sie extrem langsam sind. Mit dem Anziehen oder sonst irgendetwas. Das ist schon, ja. Das beansprucht schon ...“ (IP03, 116-117)

Wenn Kundinnen und Kunden bei Pflegehandlungen oder auch bei Dingen wie beispielsweise dem Ankleiden längere Zeit benötigen, muss dies ebenfalls in die ohnehin knappe Zeiteinteilung miteingeplant werden. Der Wunsch nach mehr Zeit ist trotzdem bei fast allen Interviewpartnerinnen vorhanden. Auf die Frage, ob der Interviewpartnerin Maßnahmen zur Verbesserung der bestehenden Herausforderungen einfallen würden, sagte eine HeimbefürworterIn folgendes:

„... Ja mehr Zeit und mehr Zeit, da müssten die Leute wieder mehr Geld haben und das ist eigentlich ein Kreislauf. Eigentlich mehr Zeit ...“ (IP06, 108-109)

Wenn mehr Zeit vorhanden wäre, könnten die Pflegepersonen besser auf die Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen eingehen. Oft würde laut einer HeimbefürworterIn schon eine viertel Stunde mehr reichen.

„... Da würde eine viertel Stunde oft schon wirklich helfen, wenn man länger bleiben kann ...“ (IP08, 157-158)

Wünschenswert wäre es, wenn für Menschen mit Demenz mehr Zeit zu Verfügung stehen würde. Doch wie eine HeimbefürworterIn bereits gesagt hat ist dies ein Kreislauf. Wenn mehr Zeit benötigt wird, müssen die pflegebedürftigen Personen mehr zahlen und oft scheitert es an den finanziellen Möglichkeiten, auch wenn Pflegegeld vorhanden ist.

4.6.3. Durchführung von Teamgesprächen

Die Interviews haben deutlich gemacht, dass die Heimhelferinnen ein großes Verlangen nach Teambesprechungen haben. Aufgrund der derzeitigen Situation mit COVID 19 sind diese aber momentan nicht möglich. Durch das Nicht- Stattfinden von den Teambesprechungen fehlen nicht nur Informationen, sondern neue Kolleginnen und Kollegen können sich auch im Team nicht vorstellen. Diese Tatsache bringt meist Unruhe und Verunsicherung in ein Team. Überlegenswert wäre die Durchführung von digitalen Teambesprechungen, wenn die technischen Voraussetzungen dies erlauben. Dies betonte auch eine Heimhelferin in ihrem Interview:

„... Und wenn es halt nicht geht, ich weiß nicht ob es einmal möglich wäre einmal, ich weiß nicht, irgendwie so eine Videokonferenz oder ich weiß nicht, was es alles gibt. Ich weiß, dass ist das, was uns da jetzt momentan seit der Corona Zeit wirklich extrem fehlt ... “ (IP08, 237-240)

In dieser Hinsicht würde noch großes Verbesserungspotential zu Verfügung stehen. Die Wichtigkeit der Teambesprechungen dürfen auch in Zeiten von COVID-19 nicht vergessen werden. Das Team muss sich untereinander über die Kundinnen und Kunden austauschen können.

4.6.4. Durchführung von Biografie-Arbeit

Vor allem bei der Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen spielt in der Hauskrankenpflege die Biografie-Arbeit eine große Rolle. Die Kenntnisse der Biografie der zu betreuenden Kundinnen und Kunden dienen dem Verstehen. Die Biografie-Arbeit beeinflusst alle Aspekte der Pflege. Es geht um Anerkennung und um Wertschätzung. Nur wenn die pflegebedürftige Person kennengelernt wird, kann auf die individuellen Bedürfnisse eingegangen werden (Zegelin & Langner, 2020).

„... die Biografie ist auch sehr wichtig bei den Demenzkranken, dass wir wissen, woran man ist, woran es liegt, warum bin ich jetzt dement oder beziehungsweise in welchem Stadium. Manche waren früher sehr lebenswürdige Menschen und heute sind sie oder in ihrer Erkrankung sind sie sehr aggressiv. Ja. Das muss eine Vorgeschichte haben von früher, was meine Erfahrung eben, man muss es eben zuerst erfahren, was der Kunde früher war, wie er war, was er erlebt hat, was er nicht erlebt hat. Gute Sachen, schlechte Sachen und damit, dass ich weiß, wie ich jetzt auf die Kundin oder wie die Kunden auf mich reagieren, wenn ich jetzt sie berühre und vielleicht will sie das gar nicht. Man muss das ganz einfach

herausfinden und dann dementsprechend dann eben reagieren“ (IP02, 94-103)

Das Wissen über die Biografie der Kundinnen und Kunden erleichtert auch den Arbeitsalltag.

„... Und wenn man das weiß, wenn man das liest, dann versteht man alles, ja. Dann versteht man nicht nur sondern tut man sich als Pflegeperson leichter“ (IP04, 236-238)

Die Biografie-Arbeit nimmt in der Hauskrankenpflege einen wichtigen Stellenwert ein und sollte unbedingt mehr gefördert werden. Nur wenn die Biografie der Kundinnen und Kunden bekannt ist, können etwaige Reaktionen auch verstanden und Pflegehandlungen angepasst werden. Ziel in der Hauskrankenpflege ist ja, der pflegebedürftigen Person ein weitestgehend angenehmes Leben und eine dementsprechend hohe Lebensqualität zu ermöglichen. Um dies gewährleisten zu können muss allerdings ausreichend Zeit für Biografie-Arbeit zur Verfügung stehen. Das Bekanntsein der Biografie erleichtert das Arbeiten und die Pflege von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen.

4.6.5. Zusammenfassung

In den Interviews kristallisierten sich vier Maßnahmen als besonders wichtig heraus, um den bestehenden Herausforderungen in Bezug auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz entgegenzuwirken. Einerseits die Schulungen, welche regelmäßig besucht werden sollten. Nicht nur, damit neue Erkenntnisse in der Praxis Anwendung finden, sondern auch um bereits bestehendes Wissen wiederaufzufrischen. Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten ebenfalls so eine Schulung besuchen, damit alle Pflegepersonen am gleichen Wissensstand sind. Im Endeffekt muss dann jede Pflegeperson für sich selber herausfinden, mit welcher Strategie er oder sie am besten arbeiten kann. Als zweite Subkategorie wurde das Ermöglichen von Zeitressourcen genannt, da der Zeitdruck in der Hauskrankenpflege sehr hoch ist. Der Wunsch nach mehr Zeit, vor allem für Gespräche, ist bei fast allen Interviewteilnehmerinnen vorhanden. Allerdings bedeutet mehr Zeit bei den Kundinnen und Kunden, dass diese auch mehr bezahlen müssten und dies ist finanziell nicht immer möglich. Daher muss in der Hauskrankenpflege aus der zur Verfügung stehenden Zeit das Beste herausgeholt werden. Die dritte Subkategorie „Durchführung von Teamgesprächen“ wird in dieser Masterthesis immer wieder erwähnt. Doch der Wunsch nach Teambesprechungen, auch während COVID-19 ist sehr hoch. Teambesprechungen sind wichtig für das gesamte Team. Einerseits um neue Kolleginnen und Kollegen kennenzulernen und andererseits, um über die Herausforderungen bei Kundinnen und Kunden zu sprechen. Bei diesen Besprechungen kommen alle zu Wort und es können gemeinsam Lösungen gefunden werden. Solange die Teambesprechungen aufgrund der COVID-19 Einschränkungen nicht persönlich

stattfinden können, sollten diese über Onlinekonferenzen abgehalten werden. Der mangelnde Informationsfluss wurde mehrmals erwähnt und scheint auch eine große Belastung für die Heimhelferinnen zu sein.

Die „Durchführung der Biografie-Arbeit“, als letzte Subkategorie, spielt in der Arbeit mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen ebenfalls eine große Rolle. Dies sollte unbedingt mehr gefördert und durchgeführt werden. Mit dem Wissen über die Lebensgeschichte von Menschen mit Demenz, werden auch Pflegehandlungen erleichtert. Darüber hinaus können die Reaktionen und auch die Aktion von dem pflegebedürftigen Menschen besser nachvollzogen werden. Nur wenn eine Pflegeperson über die Vorlieben, Abneigungen, Stärken und Schwächen eines dementen Menschen, der sich vielleicht nicht mehr gut oder ausreichend äußern kann, Bescheid weiß, kann er diesen auch bestmöglich pflegen und betreuen. Das höchste Ziel in der Hauskrankenpflege oder allgemein bei der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen sollte immer die Erhaltung der Lebensqualität sein. Doch dafür muss bekannt sein, was dieser Mensch gerne hat und was nicht.

5. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung analysiert und mit vorhandenen wissenschaftlichen Studien in Beziehung gesetzt.

Die Demenz führt zu einer Krise der öffentlichen Gesundheit. Diese Erkrankung hat massive psychische, physische, soziale und wirtschaftliche Auswirkungen auf die Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, aber auch auf ihre Betreuerinnen und Betreuer und die Angehörigen (Centers of Disease Control and Prevention; 2019, ÖAG, 2019; WHO, 2020). Die Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen ist für alle Personen, die an der Pflege und Betreuung beteiligt sind, egal ob formell oder informell, eine permanente stressreiche Belastung (Ziegler et al., 2016, Haberstroh, Neumeyer & Pantel, 2011). Die professionelle, unterstützende Pflege dieser Personengruppe ist nach wie vor einer der schwierigsten Aufgabenbereiche in der Pflege (Schneider und Deufert, 2014). Dies haben auch die Interviews bestätigt. Die Interviewpersonen berichteten nicht nur von einigen Belastungen und Herausforderungen, sondern auch von großteils überforderten, pflegenden Angehörigen. Diese klagten oftmals über Hilfslosigkeit oder Überforderung. Sie können mit der Persönlichkeitsveränderung der betroffenen Person nur schwer umgehen oder mangelnde Orientierungsfähigkeit nicht verstehen. Eine Heimehelferin berichtete von auftretenden Symptomen wie Magenschmerzen, Verspannungen oder Kopfschmerzen bei den pflegenden Angehörigen. Lucke (2010) konnte ebenfalls feststellen, dass die pflegenden Angehörigen bei der Versorgung von Menschen mit Demenz zu Hause über massive Belastungen und Informationsdefiziten klagen. Tatzer, Reitingner, Plunger und Heimerl (2020) beschreiben ebenso, dass die pflegenden Angehörigen unter Belastungen, verbunden mit stressbedingten Erkrankungen, leiden. Lucke (2010) schrieb auch, dass die pflegenden Angehörigen zwar über Entlastungsangebote, wie die mobile Pflege, Bescheid wussten, aber keine fremden Personen in ihrem Haus wollen. Diese Aussage lässt sich mit zwei Ergebnissen dieser Arbeit verknüpfen. Einerseits, dass nicht nur zu den pflegebedürftigen Personen ein Zugang gefunden und Vertrauen aufgebaut werden muss, sondern auch zu den Angehörigen. Andererseits, wenn die pflegenden Angehörigen keine fremden Personen im Haus haben wollen, diese aber benötigen, kann es dazu kommen, dass sie jeden Schritt der Pflegepersonen beobachten. Eine Heimehelferin nannte dies auch in ihrem Interview. In solchen Fällen werden die Angehörigen als Belastung wahrgenommen.

Einen Zugang zu den pflegebedürftigen Menschen zu finden wurde in den Interviews mehrmals genannt. Dies ist vor allem bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz schwierig, da diese zum Teil nicht mehr ihre Angehörigen erkennen oder die Betreuungskontinuität nicht regelmäßig gegeben ist. Eine anerkennende Beziehungsgestaltung ist für eine anerkennende Pflege grundlegend (Bartholomeyczik & Halek, 2017). In der Hauskrankenpflege ist die Erhaltung und Förderung der Lebensqualität allerdings eines der höchsten Ziele. Das

Konstrukt der Lebensqualität hat sich in den letzten Jahren zu einem Schlüsselkonzept in der Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen entwickelt. Der Erhalt und die Förderung dieser stellt aber alle beteiligten Pflege- und Betreuungspersonen aufgrund des progredienten Verlaufs der Demenz vor Herausforderungen (Kruse, 2010; Oppikofer, 2013; Bartholomeyczik & Halek, 2017). In den Interviews wurde immer wieder genannt, dass das Durchführen der Biografie-Arbeit zu einem besseren Verständnis der Reaktionen des Pflegebedürftigen führt. Auch Kruse (2010) bestätigt dies, indem er sagt, dass eine detaillierte Kenntnis der Lebensumstände, verbunden mit den Beurteilungen und den Gefühlen, die die demenzbetroffenen Personen mit diesen Lebensumständen verbinden, für die Erhaltung der Lebensqualität essentiell ist. Bollig, Jung- Henkel und Fuchs- Hlinka (2007) beschreiben ebenfalls, dass das biografische Wissen und somit auch die Durchführung der Biografie-Arbeit die Verstehens- und Handlungskompetenz erhöhen und die Kommunikation erleichtern. Darüber ermöglicht das biografische Wissen mehrere Zugangswege zu den Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und somit kann auch Vertrauen aufgebaut werden (Bollig et al., 2007; Bartholomeyczik & Halek, 2017). Dies bestätigt auch die Aussagen der Interviewpartnerinnen und gibt zu denken, ob die Durchführung und Anwendung der Biografie-Arbeit nicht in allen Bereichen der Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen umfassend eingesetzt werden sollte. Vor allem in Settings, in denen eine Langzeitbetreuung von dieser Personengruppe gegeben ist, könnte das umfassende Wissen der Biografie die Herausforderungen minimieren.

Dazu kommt, dass Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen mit Fortschreiten der Erkrankung laut Haberstroh et al. (2011) ihre Selbstständigkeit verlieren. So kann es passieren, dass ihnen die verschiedenen Schritte, die beispielsweise für die Körperpflege notwendig sind, nicht mehr bewusst sind. Wenn dies der Fall ist, benötigen diese Menschen Unterstützung bei der Körperpflege. In den Interviews wurde allerdings berichtet, dass die Kundinnen und Kunden mit Demenz genau diese Handlung aber oft ablehnen. Ein Grund dafür könnte laut Haberstroh et al. (2011) sein, dass der oder die Betroffene nicht versteht, was mit ihr oder ihm gemacht wird. Dies kann wiederum Gefühle wie Angst und Hilflosigkeit, aber auch Aggression und Wut auslösen, die an den Pflegepersonen ausgelassen wird (Haberstroh et al., 2011). Sieben der acht befragten Heimhelferinnen wurden in ihrer beruflichen Tätigkeit bereits mit aggressivem oder herausforderndem Verhalten konfrontiert. Eine Heimhelferin berichtete sogar von sexueller Belästigung. Dieses schwer zu beeinflussende, herausfordernde Verhalten führt oftmals zu Hilflosigkeit und Überforderung der Pflegepersonen (Höwler, 2008), welche in den Interviews teilweise auch genannt wurde. Auch bei der Ablehnung von Pflegehandlungen könnte sich das Wissen über die Biografie der dementen Kundinnen und Kunden als nützlich erweisen, um die Pflege bestmöglich durchführen zu können.

In den Interviews wurden auch einige erschwerende Rahmenbedingungen in der Hauskrankenpflege genannt. Dazu zählt der ständig herrschende Zeitdruck, welcher auch in der Literatur zu finden ist (Leichsenring, Schulmann & Gasior, 2015). So wurde in der Untersuchung von Leichsenring et al. (2015) der Zeitdruck als wichtigster Einflussfaktor für eine gute Pflegequalität genannt. Dieser wird unter anderem auch als Begründung für fehlende Teambesprechungen genannt (Leichsenring et al., 2015). Die fehlenden Teambesprechungen, laut den Heimhilfen hauptsächlich verursacht durch COVID-19, werden ebenfalls als Belastung in der mobilen Pflege angesehen. Den interviewten Heimhilfen fehlt der regelmäßige Austausch unter Kolleginnen und Kollegen. Dieser Austausch hat allerdings auch Einfluss auf die Zusammenarbeit und somit auch auf die Qualität der Pflege. Deshalb ist die Durchführung von Teambesprechungen unter Einhaltung der Sicherheitsbestimmungen oder unter Zuhilfenahme von beispielsweise Videokonferenzen unabdingbar. Darüber hinaus sollten auch Schulungen über das Thema „Demenz“ vor allem für Heimhilfen stattfinden. Ihnen fehlen oftmals Wissen oder Strategien, welche in diesen Schulungen nähergebracht werden. In der Untersuchung von Leichsenring et al. (2015) wurde unter anderem eine gute Zusammenarbeit und Weiterbildungsmöglichkeiten beispielsweise über die Demenz als Voraussetzungen für gute Pflege genannt. Dies stimmt auch mit den Aussagen der Heimhilfen überein.

6. Schlussfolgerung

Mit dem Hintergrund der steigenden Prävalenz sowie Inzidenz und den in der Masterarbeit beschriebenen Herausforderungen zeigt sich ein deutlicher Handlungsbedarf. Die Demenz darf allerdings nicht nur als Herausforderung gesehen werden. In den Interviews wurden einige schöne und durchaus positive Momente mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen genannt. So herausfordernd das Verhalten zum Teil auch sein kann, so schön ist die Pflege und Betreuung dieser Personengruppe. Einige der Heimhelferinnen berichteten, dass sie Kundinnen und Kunden mit Demenz gerne betreuen, da die Betreuung mit diesen manchmal sehr lustig und interessant ist. Erfolgserlebnisse wurden bei diesen pflegebedürftigen Menschen ebenfalls stärker erlebt.

Die meisten Menschen haben den Wunsch, ihren Lebensabend zu Hause zu verbringen. Wie in dieser Masterthesis bereits erwähnt, sollte auch eine Demenzerkrankung kein Grund sein, um diesen Wunsch nicht zu erfüllen. Es sollte immer der Mensch, die individuellen Bedürfnisse und der individuelle Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden (Offensive Gesunde Pflege, 2015). Um diesen Wunsch entsprechen zu können, ist eine Betreuung durch die Hauskrankenpflege aus Sicht der Forscherin die beste Option, solange der Pflegebedarf nicht zu hoch wird. Dafür benötigt es auch pflegende Angehörige, welche dringend entlastet werden müssen. Den Wunsch nach Entlastung äußerten pflegende Angehörige zudem in einer Studie zur Angehörigenpflege in Österreich (Nagl-Cupal et al., 2018). Auch die Pflegepersonen müssen entlastet werden. Für diese Entlastung könnte eine umfassende Schulung in Bezug auf eine person- zentrierte und gendersensible Kommunikation der erste Schritt sein. Die Wirksamkeit von Kommunikationstrainings wurde bereits überprüft. Diese können unter anderem die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz verbessern, eine positive Beziehungsherstellung sowie einen Wissens- und Kompetenzzuwachs bei Betreuenden und Angehörigen beeinflussen (Heimerl, Reitingner & Eggenberger, 2016).

Die Demenz zählt nach wie vor zu einer der größten Belastungen in der Pflege und Betreuung. Für die weitere Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz ist darüber hinaus wichtig, die bestehenden Herausforderungen zu reduzieren und ein positives Arbeitsklima zu schaffen. Als Herausforderungen in der Hauskrankenpflege wurden vor allem die Rahmenbedingungen, die pflegenden Angehörigen und das herausfordernde Verhalten genannt.

- **Erschwerende Rahmenbedingungen:** Der enorme Zeitdruck wurde als eine der größten Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen in der Hauskrankenpflege genannt. Darüber hinaus haben das Fehlen von Teambesprechungen und das Nicht- Abhalten von Schulungen über das Thema „Demenz“ negative Auswirkungen auf den Pflegealltag. Vor allem für die Heimhilfen, der größten Berufsgruppe in der mobilen Pflege, stellt dies eine große

Belastung dar und führt immer wieder zu Überforderungen. Als weiterer Punkt wurde die unzureichende Betreuungskontinuität, vor allem bei Menschen mit Demenz, genannt, da so immer wieder der Zugang neu gefunden und Vertrauen aufgebaut werden muss.

- **Pflegende Angehörige erschweren die Pflege und Betreuung:** Während die Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen in den Interviews einerseits als Entlastung gesehen wurden, beschrieben die Heimhilfen, dass diese oftmals hinderlicher und herausfordernder bei der Durchführung der Pflege und Betreuung sind, als die dementen Personen. Es wurde auch genannt, dass die Angehörigen aufgrund der hohen Belastungen ebenfalls mitbetreut werden müssten, wozu allerdings oft keine oder nicht ausreichend Zeit bleibt. Diese benötigen emotionale Unterstützung und die Möglichkeit zur Aussprache.
- **Herausforderndes Verhalten:** Das Ablehnen von Pflegehandlungen, oft in Kombination mit aggressivem Verhalten, wurde ebenfalls als sehr belastend empfunden. Mit der Durchführung der Biografie-Arbeit könnte das herausfordernde Verhalten besser verstanden werden, da somit die Pflegepersonen mehr über das Leben der Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen wissen würden. Somit kann nicht nur leichter Zugang gefunden, sondern auch Abneigungen vermieden werden.

Als Strategien für den Umgang mit demenzbetroffenen Menschen konnte generell die persönliche Einstellung gegenüber dieser Erkrankung, die Bewegung an der frischen Luft und der Zusammenhalt im Team identifiziert werden.

Das Ermöglichen von Zeitressourcen, die Durchführung der Biografie-Arbeit und von Teamgesprächen und das Besuchen von Schulungen wurden als Maßnahmen zur positiven Beeinflussung der derzeitigen Herausforderungen von den Interviewpartnerinnen genannt.

In dieser Masterthesis wurde die Sichtweise von Heimhelferinnen von allgemeinen ambulanten Diensten erforscht. Diese Arbeit gibt keinen Aufschluss darüber, wie die Sichtweise von Heimhilfen aussieht, die bei mobilen Diensten arbeiten, die sich auf psychiatrische und chronische Erkrankungen spezialisiert haben. Es wäre auch interessant zu erforschen, ob es Unterschiede bezüglich der Herausforderungen und Maßnahmen in den unterschiedlichen Organisationen und Anbietern der Hauskrankenpflege gibt, da das Hilfswerk Niederösterreich, im Vergleich zu anderen Organisationen, bereits einen Schwerpunkt in Demenz aufweist. Darüber hinaus sollte erforscht werden, wie die Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen verbessert und erleichtert werden könnte.

7. Literaturverzeichnis

- Alltag, S., Conrad, I. & Riedel- Heller, S. (2019). Pflegebelastungen bei älteren Angehörigen von Demenzerkrankten und deren Einfluss auf die Lebensqualität. Eine systematische Literaturübersicht. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2019 (52), 477-486. doi: <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1424-6>
- Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (2017). Pflege von Menschen mit Demenz. In: Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (2017). Pflege- Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer.
- Bollig, G., Jung- Henkel, B. & Fuchs- Hlinka, G. (2007). Kommunikation mit dementen Menschen – Herausforderung und Chance für interprofessionelle Palliative- Care- Teams. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2007 (8), 123-126. doi: 10.1055/s-2007-986182
- Borchart, D., Galatsch, M., Dichter, M., Schmidt, S. G. & Hasselhorn, H. (2011). Gründe von Pflegenden ihre Einrichtung zu verlassen – Ergebnisse der NEXT- Studie. Zugriff am 21.09.2020 unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019). Pflegepersonal- Bedarfsprognose für Österreich. Eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). Qualitative Methoden. In: Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-662-07299-8_6
- Böhmer, M. (2012). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. *Sozial Extra* 2012 (36), 29-31. doi: <https://doi-org.wn.idm.oclc.org/10.1007/s12054-012-0059-x>
- Bretbacher, C. (2017). Primary Nursing. Zurück zu den Wurzeln der mobilen Pflege. *Pro Care* 2017 (22), 6-9. doi: <https://doi-org.wn.idm.oclc.org/10.1007/s00735-017-0826-9>
- Brooker, D. & Latham, I. (2016). Person- Centered Dementia Care. Making Services Better with the VIPS Framework. Second Edition. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher.
- Büker, Ch. (2015). Pflegende Angehörige stärken: Information, Schulung und Beratung als Aufgabe der professionellen Pflege. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Caritas & Du (2015) Pflegeassistent / in und Fachsozialbetreuer / in (Altenarbeit). Zugriff am 10.09.2020 unter <https://www.caritas-stpoelten.at/hilfe-angebote/menschen-mit-pflegebedarf/betreuen-und-pflegen-zu-hause/berufsfelder-in-der-pflege/pflegeassistent-und-fachsozialbetreuer-altenarbeit/>
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). Alzheimer's Disease. Zugriff am 08.12.2019 unter: <https://www.cdc.gov/aging/aginginfo/alzheimers.htm>

- Ertl, R., Kratzer, U. & Leichsenring, K. (2017). Hauskrankenpflege. Wissen – planen – umsetzen. 4. Überarbeitete Auflage. Wien: Facultas.
- Fichtinger, C. & Rabl, R. (2014). Arbeitsumfeld Hauskrankenpflege: Herausforderungen in der ambulanten Pflege erkennen und meistern. Wien: Springer.
- Flick, U. (2002). Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung: Wege zur Herstellung und Verwendung verabler Daten. In: Schaeffer, D. & Müller- Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung (S. 203-220). Bern: Hans Huber.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K. & Pantel, J. (2011). Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. 2. Auflage. Berlin: Springer.
- Hampel, S. (2020). Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2020 (53), 29-34. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01665-6>
- Heimerl, K., Reitinger, E. & Eggenberger, E., Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Sektion III (Hg) (2016). Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen zur person- zentrierten und gendersensiblen Kommunikation für Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen, Wien.
- Hilfswerk Niederösterreich (2020). Das Hilfswerk Niederösterreich in Kürze. Der soziale Nahversorger in Niederösterreich. Für Niederösterreich. Zugriff am 11.09.2020 unter <https://www.hilfswerk.at/niederoesterreich/jobs/arbeitgeber-hilfswerk/das-hilfswerk-auf-einen-blick/>
- Horn, A., Brause, M. & Schaeffer, D. (2011). Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Prävention und Gesundheitsforschung* 2011 (4), 262-269. doi: 10.1007/s11553-011-0308-z
- Höwler, E. (2008). Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Erleben und Strategien Pflegender. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klug, G. & Jagsch, C. (2017). Gemeindenahe psychosoziale Versorgung von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2017 (50), 609-615. doi: <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1316-1>
- Krenn, M. (2003). Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen. Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA). Wien
- Kruse, A. (2010). Die Lebensqualität demenzkranker Menschen erfassen und positiv beeinflussen – eine fachliche und ethische Herausforderung. In: Deutscher Ethikrat (2012). Tagungsdokumentation. Demenz – Ende der Selbstbestimmung.
- Kurze, J. (2015). Stress lass nach!. *Heilberufe. Das Pflegemagazin*, 67 (6), 59-61.
- Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung. 5. Überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.

- Leichsenring, K., Schulmann, K. & Gasior, K. (2015). Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege. Wien: Arbeiterkammer
- Lucke, M. (2010). Demenz in der Pflege im häuslichen und stationären Bereich – wo klemmt es?. In: Deutscher Ethikrat (2012). Tagungsdokumentation. Demenz – Ende der Selbstbestimmung.
- Manthey, M. & Mischo-Kelling M. (Hrsg.). Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 3. Überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hans Huber
- Mayer, H. (2015). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium. Wien: Facultas.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12. Überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse - Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 20(3), 1-15. <https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3343>
- Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr, D., Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Universität Wien.
- NÖ Sozialbetreuungsgesetz (2007). Zugriff am 28.01.2020 unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrNO&Gesetzesnummer=20000958>
- Offensive Gesund Pflegen (2015). Die andere Welt erkennen. Erfolgreiche Konzepte für die Pflege Demenzkranker. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dresden.
- Oppikofer, S. (2013). Informationsblatt. Lebensqualität von Menschen mit einer Demenzerkrankung. Bern. BAG
- Österreichische Alzheimer Gesellschaft (2019). Was ist Demenz. Zugriff am 08.12.2019 unter <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/was-ist-demenz/>
- Österreichische Gesundheitskasse (2020). Medizinische Hauskrankenpflege. Zugriff am 09.09.2020 unter <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.837702>
- Polacsek, M., Goh, A., Malta, S., Hallam, B., Gahan, L., Cooper, C., Low, L.-F., Livingston, G., Panayiotou, A., Loi, S., Omoro, M., Savvas, S., Batchelor, F., Ames, D., Doyle, C., Scherer, S. & Dow, B. (2019). "I know they are not trained in dementia": Addressing the need for specialist dementia training for home care workers. *Health Soc Care Community*; 00:1–10. <https://doi.org/10.1111/hsc.12880>
- Promenz (2021). Über uns. Zugriff am 02.03.2021 unter <https://www.promenz.at/ueber-uns/>

- Rappold, E. & Juraszovich, B., Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2019). Pflegepersonal- Bedarfsprognose für Österreich. Wien
- Schaeffer, D. & Müller- Mundt, G. (Hrsg.) (2002). Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schneider, C & Bengough, T, Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium (Hg) (2014). Einleitung. In Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., Griebler, R. (Hg.) (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014 (19-21)., Wien
- Schneider, C. & Deufert, D., Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium (Hg.) (2014). Pflege und Betreuung im Kontext aktueller Veränderungen. In Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., Griebler, R. (Hg.) (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014 (19-21)., Wien
- Statista (2020). Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich nach Geschlecht von 2009 bis 2019 (in Jahren). Zugriff am 21.09.2020 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/18642/umfrage/lebenserwartung-in-oesterreich/>
- Statistik Austria (2018). Haushaltsprognose 2018. Zugriff am 05.12.2019 unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushaltsprognosen/index.html
- Statistik Austria (2018). Pflegedienstleistungsstatistik. Zugriff am 17.11.2019 unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/061957.html
- Tatzer, V. C., Reitingner, E., Plunger, P. & Heimerl, K. (2020). „Wenn es nicht schlimmer wird, kann ich damit leben“. Bedürfnisse und Erfahrungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz in Österreich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2020 (53), 245-250. doi: <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01581-9>
- Wancata, J., Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium (Hg.) (2011): Studien und Hochrechnungen für Österreich. In Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., Griebler, R. (Hg.) (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014 (19-21)., Wien
- World Health Organization (2020). Dementia. Zugriff am 28.12.2019 unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Zegelin, A. & Langner, B. (2020). Mehr Biografie- Arbeit, bitte!. Interaktion mit der Vergangenheit. *Heilberufe* 2020 (72), 34-36. doi: <https://doi-org.wn.idm.oclc.org/10.1007/s00058-020-1425-x>
- Ziegler, A., Bernet, M., Metzenthin, P., Conca, A. & Hahn, S. (2016). Arbeitsbelastungen von Pflegehelfenden in Schweizer Alters- und Pflegeheimen. Nichtlineare kanonische

Korrelationsanalyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(6), 512-519. doi: 10.1007/s00391-016-1083-4. Berlin Heidelberg: Springer.

8. Anhang

8.1. Informationsschreiben



Interviewpartnerinnen und -partner gesucht!

Liebe Heimehelferinnen und Heimehelfer!

Ich studiere Pflegewissenschaft an der Universität Wien und arbeite im Hilfswerk Niederösterreich (DLE Wiener Neustadt Land) als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Im Rahmen meiner Abschlussarbeit schreibe ich über Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit Demenz in der mobilen Pflege. In dieser Arbeit möchte ich untersuchen, welchen Herausforderungen sich Heimehilfen bei der Betreuung von demenzbetroffenen Menschen täglich stellen.

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, bin ich auf Ihre Mithilfe und Erfahrungen angewiesen. Aus diesem Grund suche ich Interviewpartnerinnen und -partner, die als Heimehilfen im Hilfswerk Niederösterreich arbeiten, im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Menschen mit Demenz betreuen und bereit wären, sich circa eine Stunde für ein Interview bereitzustellen. Aufgrund der derzeitigen Lage und den Ausgangsbeschränkungen der Bundesregierung werden die Interviews über Skype durchgeführt. Während dem Interview werden keine personenbezogenen Daten abgefragt, die Gespräche werden bei der Auswertung pseudonymisiert und die Ergebnisse so dargestellt, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Ich versichere Ihnen, dass ich mit dem Inhalt des Gespräches vertraulich und respektvoll umgehen und die Daten nur zum Zweck meiner Masterarbeit verwendet werden.

Ich wäre Ihnen über Ihre Mithilfe sehr dankbar und bitte Sie, sich telefonisch unter 0676/878712337 oder per E-Mail unter isabella.treitner@hotmail.com bei mir zu melden!

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen,

Isabella Treitner

8.2. Einverständniserklärung



universität
wien

Institut für Pflegewissenschaft

Alser Straße 23/12

1080 Wien

Web:

<https://pflgewissenschaft.univie.ac.at>

Forschungsvorhaben: Masterarbeit mit dem Arbeitstitel

„Herausforderungen von Heimhilfen im Umgang mit Menschen mit Demenz. Eine qualitative Erhebung in der Hauskrankenpflege“

Datenerhebung durchgeführt von Isabella TREITNER, 11733535

Interviewteilnehmer/in:

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich über das Forschungsvorhaben ausreichend informiert wurde. Es ist mir bewusst, dass meine Teilnahme an der Datenerhebung freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann. Ich bin damit einverstanden, dass das Interview aufgezeichnet wird und später in Schriftform übertragen werden kann. Ich wurde darüber informiert, dass meine Aussagen abschnittsweise in wissenschaftlichen Arbeiten und Publikationen zitiert werden können. Dazu wird folgendes vereinbart (bitte eine der folgenden Optionen auswählen und ankreuzen):

- ☐ 1A. Meine Aussagen dürfen abschnittsweise in wissenschaftlichen Arbeiten und Publikationen zitiert werden, ohne dass personenbezogene Daten pseudonymisiert werden müssen. Angaben zu meiner Person wie Telefonnummer, Emailadresse oder Postadresse werden nicht veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben.
- ☐ 1B. Meine Aussagen dürfen abschnittsweise in wissenschaftlichen Arbeiten und Publikationen zitiert werden, jedoch ausschließlich in pseudonymisierter Form, sodass keine Rückschlüsse auf meine Person gezogen werden können.

.....
Ort und Datum

.....
Name und Unterschrift

8.3. Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Vorab

- Einverständniserklärung einholen
- Nochmals Intention und Ablauf erklären
- Anonymität betonen
- **Tonband einschalten**

Einstiegsfrage

Aufgrund des demografischen Wandels und der längeren Lebenserwartung leben immer mehr Menschen mit einer Form von Demenz. In Folge dessen spielt die Betreuung und Pflege von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen eine immer größere Rolle. Wie lange arbeiten Sie bereits als Heimhilfe in der mobilen Pflege und in welchem Ausmaß haben Sie mit Menschen mit Demenz zu tun?

Wenn Sie in Ihrem Arbeitsalltag an den Einsatz bei einer Frau oder einem Mann mit Demenz denken, was fällt Ihnen da Besonderes ein?

- Fallen Ihnen besonders schöne oder lustige Momente im Umgang mit Menschen mit Demenz ein?
- Gibt es Unterschiede bei der Betreuung von Menschen mit Demenz im Vergleich zu Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen?
- Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Betreuung von demenzbetroffenen Menschen?

Hilfreiche Strategien

Was haben Sie im Umgang mit Menschen mit Demenz als besonders hilfreich erlebt? Was als eher hinderlich?

- Welche Strategien (persönliche oder durch Weiterbildungen) haben sich bei der Betreuung von Menschen mit Demenz als hilfreich erwiesen?
- Angenommen, Sie müssen eine neue Kollegin / einen neuen Kollegen direkt nach der Ausbildung einschulen. Gibt es einen Tipp, den Sie dem Kollegen / der Kollegin beim Umgang mit Menschen mit Demenz mitgeben würden?

Rahmenbedingungen

Was erleben Sie an Ihren Arbeitsbedingungen als förderlich bzw. hinderlich für die Betreuung von Menschen mit Demenz?

- Wie sieht es mit der zeitlichen Organisation aus, mit Besorgungen, ...?
- Was könnte die Organisation, in der Sie arbeiten zur Verbesserung der Arbeitssituation beitragen?