universität wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master‘s Thesis

„Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen“

verfasst von / submitted by

Harald Gsellmann

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt / Postgraduate programme code as it appears on the student record sheet:	UA 992 499
Universitätslehrgang lt. Studienblatt / Postgraduate programme as it appears on the student record sheet:	Studium Generale (MA) – Das nachberufliche Studium an der Universität Wien
Betreut von / Supervisor:	Mag. Dr. Gert Dressel

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all jenen Personen bedanken, die mich bei meinem „Studium Generale“ begleitet und motiviert haben. Bei Fertigstellung dieser Arbeit bin ich fast 63 Jahre alt – trotzdem, oder vielleicht gerade deshalb, gab es zahlreiche Menschen, die mir Mut und Kraft gegeben haben, mein Vorhaben zu Ende zu bringen.

Allen voran danke ich meinen Eltern Janette und Kurt Gsellmann, die mich einerseits durch die eigene Betroffenheit des von mir untersuchten Themas angespornt und andererseits vor vielen Jahren das Fundament zu meinem Lerneifer gelegt haben. Meine Mutter meinte schon am Beginn meiner schulischen Laufbahn immer: „Mach, was Du glaubst, aber wenn Du etwas anfängst, dann mach es auch fertig!“

Besonderer Dank gilt auch meiner lieben Frau Brigitte, die mir mit viel Verständnis oftmals zugehört hat, diverse Unterstützungsleistungen innerhalb der Familie alleine erledigt hat und mir immer Kraftquelle war, auch, wenn´s mal nicht so lief.

Ebenso will ich mich bei meinem Betreuer, Herrn Mag. Dr. Gert Dressel bedanken, der mich tatkräftig unterstützt hat und den ich immer fragen konnte – das habe ich oft gemacht – und der mir stets zeitnahe, konkrete und handlungsorientierte Möglichkeiten aufgezeigt hat, wie ich in meinem Thema noch besser vorankommen kann.

Sehr dankbar bin ich auch Frau Mag. Edith Auer, die alle anstehenden Interviews – und das waren viele - zuverlässig, rasch und korrekt transkribiert hat.

Danke weiters an meine liebe Freundin und Ex-Mitarbeiterin während meiner beruflichen Laufbahn, Monika Gleitsmann. Sie hat mir speziell bei den Gruppeninterviews durch ihre Fragetechnik und ihre spezielle Feinfühligkeit sehr geholfen, den „roten Faden“ im Fokus zu behalten.

Zu guter Letzt auch ein Danke an die pflegenden Interviewpartner*innen und deren Führungskräfte in Alters- und Pflegeheimen, sowie den Angehörigen von dementen Personen, die mir Einblick in ihre tägliche Sorgearbeit gegeben haben und das zu einer Zeit, wo die Pandemie immer noch nicht „besiegt“ ist. Sie alle leisten ganz tolle Arbeit und das soll und darf auch nicht unerwähnt bleiben.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis *2*
1. Einleitung *4*
1.1 Ausgangslage und Forschungsinteresse **5**
1.2 Forschungsfrage(n) **6**
1.3 Ziel **6**
1.4 Weg zum Ziel **6**
2. Untersuchungsfeld/Ausgangssituation *7*
2.1 Alters- und Pflegeheime **7**
2.2 Statistische Daten zu Bewohner*innen in Alters- und Pflegeheimen **9**
2.3 Demenz **10**
2.3.1 Einteilung der Demenzformen 10
2.3.2 Arten von Demenzerkrankungen 11
2.3.2.1 Alzheimer Demenz 11
2.3.2.2 Vaskuläre Demenz 18
2.3.2.3 Frontotemporale Demenz 18
2.3.2.4 Lewy-Körperchen-Demenz und Parkinson-Demenz 20
2.3.3 Demente Personen 22
2.3.4 Soziale Grundbedürfnisse 22
2.4 Auswirkung von Krisen auf Menschen mit Demenz **24**
2.4.1 Kognitive, emotionale und Verhaltensebene 24
2.4.2 Ebene der Versorgung, Betreuung und Pflege 25
2.4.3 Soziale Ebene 26
2.4.4 Medizinische Ebene 27
2.5 Pandemie(n) **30**
2.5.1 COVID-19 30
2.6 Gesetzliche Einschränkungen **32**
3. Methodisches Vorgehen *33*
3.1 Auswahl der Interviewpartner*innen, Interviewführung **33**
3.2 Auswertung **35**
4. Ergebnisse *37*
4.1 Alters- und Pflegeheime in der Pandemie **39**
4.2 Demente Personen **43**
4.2.1 Die Zeit vor Corona 43
4.2.2 Die Zeit während Corona 43
4.2.2.1 Alles ist schlagartig neu 43
4.2.2.2 Wer sind meine Bewohner*innen? 44
4.2.2.3 Abbau der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten 45
4.3 Erfahrungen von professionellen Pfleger*innen **47**
4.3.1 Die Zeit vor Corona 47
4.3.2 Die Zeit während Corona 49
4.3.2.1 Alles ist schlagartig neu 49
4.3.2.2 Erster Höhepunkt Mai 2020 52
4.3.2.3 Änderungen im kommunikativen Verhalten 54
4.3.2.4 Gesprächsthemen von Bewohner*innen und Angehörigen mit Dementen 55
4.3.2.5 Kommunikation mit Angehörigen 56

4.4 Erfahrungen von Angehörigen **59**
4.4.1 Die Zeit vor Corona 59
4.4.2 Die Zeit während Corona 60
4.4.2.1 Alles ist schlagartig neu 60
4.4.2.2 Erster Höhepunkt Mai 2020 61
4.4.2.3 Änderungen im kommunikativen Verhalten 63
4.4.2.4 Gesprächsthemen mit Bewohner*innen 64
4.5 Wie geht´s weiter, was kann man zukünftig besser machen? **66**
5. Zusammenfassung ***70***
5.1 Frage nach den Kontaktmöglichkeiten zu dementen Personen **70**
5.2 Frage nach Schwierigkeiten und neuen Möglichkeiten **71**
5.3 Frage nach neuen Handlungen, Wegen und Strategien **72**
5.4 Frage nach Erfahrungen, die in der Zukunft genutzt werden können **73**
6. Ausblick ***74***
7. Literatur-, Abbildungs-, Tabellenverzeichnis, Internetquellen ***75***
7.1 Literaturverzeichnis **75**
7.2 Abbildungsverzeichnis **78**
7.3 Tabellenverzeichnis **79**
7.4 Internetquellen **80**
8. Anhang ***81***
8.1 Projektinformation **81**
8.2 Kurzfragebogen zu den Interviewpersonen **84**
8.3 Einwilligungserklärung Einzelgespräch **85**
8.4 Einwilligungserklärung Gruppengespräch **87**
8.5 Interviewleitfaden Einzelinterview Angehörige **89**
8.6 Interviewleitfaden Gruppeninterview Angehörige **91**
8.7 Interviewleitfaden Einzelinterview Pflegende **93**
8.8 Interviewleitfaden Gruppeninterview Pflegende **95**
8.9 Codierbuch **97**
8.9.1 Übersicht der Kategorien/Subkategorien 97
8.9.2 Erklärung der Kategorien/Subkategorien 99
9. Abstract (deutsch, englisch) ***104***

1. Einleitung

Am 1. Dezember 2019 wurde der erste Fall eines bis dato unbekannten Erregers, SARS-CoV-2, in Wuhan in China bekannt und am 31. Dezember 2019 bestätigt.

Coronaviren (CoV) bilden eine große Familie von Viren, die Erkrankungen von einer normalen Erkältung bis zu schweren Krankheitsverläufen verursachen können. Ein neuartiges Coronavirus (nCoV) ist ein neuer Stamm des Virus, der bisher bei Menschen noch nicht identifiziert wurde.

Im Jänner 2020 entwickelte sich die Krankheit zur Epidemie in China. Zu diesem Zeitpunkt wurden in 18 Ländern außerhalb Chinas 98 Fälle und keine Todesfälle verzeichnet.

Am 11. Februar 2020 schlug die WHO den Namen COVID-19 für diese neue Lungenkrankheit vor und am 12. März 2020 erklärte die WHO die bisherige Epidemie offiziell zu einer weltweiten Pandemie. Bis zu diesem Zeitpunkt waren mehr als 118 000 Fälle aus 114 Ländern und insgesamt 4291 Todesfälle gemeldet worden. Mitte März 2020 war die Europäische Region der WHO zum Epizentrum der Pandemie geworden und meldete über 40% der weltweit bestätigten Fälle. Mit Stand vom 28. April 2020 entfielen 63% der weltweiten durch das Virus bedingten Mortalität auf die Europäische Region.[1]

Diese Pandemie hat massive Auswirkungen auf alle Bevölkerungsgruppen in allen Altersschichten, die noch immer andauern und uns wahrscheinlich auch zukünftig begleiten werden.

Eine besonders betroffene Gruppe sind alte und pflegebedürftige Menschen. Viele Menschen aus dieser Personengruppe gehen, manchmal gezwungenermaßen, oftmals aber auch aus weiser Voraussicht, in ein Alters- und Pflegeheim. Diese Einrichtungen standen und stehen noch immer unter enormem Druck – einerseits haben sie ihre Bewohner*innen zu schützen, andererseits sind sie auch für den Eigenschutz, also ihren eigenen Mitarbeiter*innen gegenüber verantwortlich. Das ist ein Spagat, der, wie auch aus den von mir geführten Interviews herauszulesen ist, schwierig war. Wo hört der „Fremdschutz“ auf und wo beginnt der „Eigenschutz“? Beispielhaft für diese Zeit will ich ein Zitat hier anführen:

> „[…] wir haben keine Bewohner mehr da, ich hab alle ins Krankenhaus geschickt, … ich hab geweint, geschrien, ich hab gesagt: ‚Ich weiß nicht, was ich machen soll, ich kann nicht mehr. Ich **kann** nicht mehr.‘ Und die Leiterin war auch positiv, ich hab sie angerufen und sie hat gesagt: ‚Ich kann dir nicht helfen, ruf die Direktorin an.‘ Und sie war nicht da, ich hab gesagt: ‚Mir ist es scheißegal, Sie können mich kündigen, ich geh nach Hause.‘ “ (GI3_P: 434-443)

[1] https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov, zugegriffen am 3.10.2021

1.1 Ausgangslage und Forschungsinteresse

Bis dato liegen in Österreich (und darüber hinaus) noch keine empirischen Studien vor, die nachfolgende Fragestellungen behandeln würden. Wir stecken derzeit mitten in der Pandemie. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Masterarbeit - September und Oktober 2021 – bewegen wir uns in Österreich auf eine „4. Welle“ zu und es ist weltweit noch kein Ende in Sicht. Durch das laufende Mutieren des Virus stehen Entscheider*innen ständig vor neuen Herausforderungen.

Die erschreckenden Erfahrungen aus China und auch den Zentren der Pandemie in Europa wie Italien, Frankreich und Spanien zeigten deutlich, dass vorwiegend Menschen ab dem 60. Lebensjahr und insbesondere jene mit Vorerkrankungen wie Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen, Lungenerkrankungen und geschwächtem Immunsystem zur Hauptrisikogruppe für eine Infektion mit tödlichem Ausgang zählen. Menschen mit Demenz – vorwiegend vom Alzheimer-Typ oder gemischt vaskulären Typ – zeigen in den meisten Fällen die genannten Risikofaktoren und fallen somit unter die Hochrisikogruppe im Rahmen der COVID-19-Pandemie. In Anbetracht des besonderen Risikos für Menschen mit Demenz, sollte insbesondere gerade dieser Gruppe besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Auch wenn die COVID-19-Pandemie weltweit mehr als 248 Mio. Menschen betrifft und mehr als 5 Mio. Menschen an den Folgen des Virus starben (Stand 08.11.2021, WHO),[2] zeigen auch dementielle Erkrankungen Ähnlichkeit zu einer Pandemie mit stark steigender Prävalenz. Im Gegensatz zu COVID-19 liegt die Prävalenz demenzieller Erkrankungen immerhin bei über 50 Mio. weltweit (World Alzheimer Report 2019). Auch wenn beide Entitäten weder aus ethischer noch aus medizinischer Sicht miteinander verglichen werden können, betreffen beide gemeinsame Risikogruppen und gelten als schlecht bis nicht kausal behandelbar. Fokussierend auf Menschen mit Demenz sind beide – die COVID-19 Pandemie und Demenz – nicht als nebeneinander bestehend, sondern als sich gegenseitig beeinflussende und verstärkende Entitäten anzusehen (Defrancesco et al 2020).

Da auch die Demenzen in den kommenden Jahren/Jahrzehnten zunehmen werden – laut Sozialministerium wird sich die Zahl in Österreich bis 2050 kontinuierlich verdoppeln [3] – ist ein angepasster Umgang mit Pandemien gerade auch für diese Zielgruppe zukünftig nötig. Die noch zu erstellende Studie soll einen Beitrag dazu leisten. Mein Forschungsinteresse wurde aber auch durch persönliche Erfahrungen mit Demenz geweckt, da mein Vater mittlerweile sehr dement und seit Beginn der Pandemie in Österreich auch

[2] https://covid19.who.int/, zugegriffen am 8.11.2021

[3] https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Demenz/Österreichischer-Demenzbericht.html, zugegriffen am 3.10.2021

auf einer Pflegestation ist. Daraus abgeleitet ergeben sich für mich nachfolgende Forschungsfragen.

1.2 Forschungsfrage(n)

„Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen"

- Wie gestalten sich aus der Perspektive von Angehörigen und Pflegemitarbeiter*innen die Kontaktmöglichkeiten von und mit dementen Personen in Alters- und Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie?
- Welche Schwierigkeiten, aber eventuell auch welche neuen Möglichkeiten bzw. Chancen ergeben sich dadurch für die Angehörigen und das Pflegepersonal?
- Im Spannungsfeld von physischer Distanz und virologischem Schutz einerseits und dem Bedürfnis nach Nähe und Kontakt: welche (neuen) Handlungen, Wege und Strategien wurden bzw. werden beschritten?
- Was kann man für den weiteren Verlauf bzw. für künftige Pandemien lernen, anders/besser machen?

1.3 Ziel

Das Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Auswirkungen der Pandemie auf die Beziehungen zwischen Pflegekräften und Angehörigen einerseits und den von ihnen betreuten Menschen mit Demenz in Alters- und Pflegeheimen andererseits zu untersuchen. Im Fokus stehen dabei vor allem die Perspektiven und Erfahrungen von professionell tätigen Pflegekräften in Alters- und Pflegeheimen, sowie von Angehörigen von Menschen mit Demenz.

1.4 Weg zum Ziel

Um das Ziel meiner Masterarbeit zu erreichen habe ich Einzel- und Gruppeninterviews in drei Alters- und Pflegeheimen in Wien und in einer solchen Einrichtung in Niederösterreich geführt. Interviewpartner*innen waren einerseits professionell tätige Pflegekräfte und andererseits Angehörige von dementen Personen in diesen Alters- und Pflegeheimen.

2. Untersuchungsfeld/Ausgangssituation

In diesem Kapitel werden Begriffe wie „Alters- und Pflegeheime“, „Demenz“ und deren verschiedene Formen, „Pandemien“ und davon ausschließlich COVID-19 beschrieben.

2.1 Alters- und Pflegeheime

Im Mittelalter gab es in Österreich für alte Menschen kein eigenes Heim. Es wurden Krankenhäuser gegründet, um fremde oder arme Kranke zu unterstützen. 1741 gab es in Wien 11 Grundspitäler, in denen kranke Einheimische und Fremde von unterschiedlichem Armutsgrad aufgenommen und behandelt wurden.

Unter Josef II. (1741–1790) wurden die Zuständigkeiten der Häuser in Armenhäuser, Krankenhäuser und Häuser für Waisenkinder aufgeteilt (Dont, 1904: 7–8).

Mit der Gründung des Allgemeinen Krankenhauses samt angeschlossenem Gebär-, Findel- und „Tollhaus“ 1783/84 schritt auch eine Neuorganisation der institutionellen Armenpflege in der Haupt- und Residenzstadt Wien einher.

Die Versorgungsanstalten der Stadt Wien sind zur Unterbringung und gänzlichen Erhaltung von altersschwachen oder mit körperlichen Gebrechen behafteten Personen, dann zur Unterbringung, gänzlichen Erhaltung und Pflege von blöden, epileptischen und mit unheilbaren Krankheiten behafteten Individuen bestimmt und sind daher entweder Versorgungsanstalten oder Siechenanstalten. Die Versorgung der Armen und Alten sollte nach den Vorgaben des Heimatrechtes ohne Rücksicht auf Stand, Geschlecht und Religion erfolgen, wichtig schien es aber gleichzeitig, die Versorgten *dem Anblicke des Publicums zu entziehen.* (Scheutz, 2010: 14-15)

Die zuvor beschriebenen Errungenschaften waren eine gute Basis, sind aber heutzutage nicht mehr adäquat. Viele ältere/alte Menschen leben in ihren eigenen vier Wänden. Das ist auch gut so, solange die eigene Gesundheit dies zulässt. Weiters gilt es zu bedenken, dass Menschen im höheren Alter oftmals mit Einsamkeit konfrontiert sind, meist, wenn ein Ehepartner oder gleichaltrige Freunde versterben. Eine Alternative zur häuslichen Wohnform sind die Alters- und Pflegeheime. Wichtig dabei ist, dass man sich selbst rechtzeitig im Leben mit dem Thema „Leben in einem Alters- und Pflegeheim“ auseinandersetzt, das gut überlegt, plant, innerhalb der Familie bespricht und wenn es für einen persönlich passt, dann auch umsetzt. Ein selbstbestimmter und gut vorbereiteter Einzug in ein Alters- und Pflegeheim ist einem überraschenden, krankheitsbedingten in

jedem Fall vorzuziehen, da die Eingewöhnungs- und Akzeptanzphase so besser zu bewältigen ist.
In den von mir untersuchten Alters- und Pflegeheimen haben die Bewohner*innen, wenn sie alleine einziehen, ein eigenes Zimmer, Paare können auch zu zweit in einem Appartement wohnen. In den Alters- und Pflegeheimen werden ihnen vom professionellen Heimpersonal (in weiterer Folge immer Pfleger*innen, bzw. Pflegekräfte genannt) viele Arbeiten abgenommen. Je höher die Pflegestufe, desto mehr sind auch die in Anspruch zu nehmenden Leistungen. Die Versorgung mit Mahlzeiten, ein Sanitärpaket, Unterstützung beim Wohnungsputz und bei der Wäsche sind nur ein kleiner Teil der möglichen Unterstützungsleistungen, die man in so einer Anstalt in Anspruch nehmen kann.
Sollte sich die persönliche gesundheitliche Situation im Laufe der Zeit jedoch verschlechtern, so sind in den meisten Alters- und Pflegeheimen auch sogenannte stationäre Pflegestationen vorhanden. Man kann also bei Bedarf ohne Heimwechsel und einem damit verbundenen Ortswechsel eine situationsgerechte Betreuung bekommen.

Alters- und Pflegeheime müssen sich zum einen nach den Wünschen und Bedürfnissen ihrer Bewohner*innen ausrichten, es gilt allerdings zu bedenken, dass diese Einrichtungen auch wirtschaftlich arbeiten müssen. Das widerspricht sich unter Umständen in einigen Bereichen, das muss man jedoch im Sinne des Großen und Ganzen in Kauf nehmen. Die Finanzierbarkeit ist immer ein Thema.

2.2 Statistische Daten zu Bewohner*innen in Alters- und Pflegeheimen

Die nachfolgende Auflistung zur Statistik der Betreuungs- und Pflegedienste (kurz: Pflegedienststatistik) erfolgt mit Stand Berichtsjahr 2019. Da es keine gesicherten und öffentlich zugänglichen Zahlen/Daten/Fakten zu dementen Bewohner*innen, der eigentlichen Zielgruppe meiner Masterarbeit, gibt, werde ich mich auf die Belegung in Alters- und Pflegeheimen im Allgemeinen fokussieren.

Schätzungen zufolge leben derzeit in Österreich rd. 115.000 bis 130.000 Menschen mit der Diagnose Demenz. [4] Die Dunkelziffer ist hoch, da viele Personen in häuslicher Pflege, also von keinem System erfasst sind. Die Einstufung aufgrund des Erhalts von Pflegegeld ist nicht aussagekräftig, da demente Personen als Pflegegeldbezieher nicht extra ausgewiesen werden.

Lt. Statistik Austria gibt es 8.916.845 Österreicher*innen (Stand 2020), in der Altersgruppe 65+ sind es 19,2%, also 1.712.034.[5] Da Demenz vorwiegend die letztgenannte Altersgruppe betrifft und - wenn wir die oben angeführten Schätzungen heranziehen, sprechen wir von einem Anteil von 1,37% Dementen an der Gesamtbevölkerung, bzw. 7,16% in der Altersgruppe 65+.

Wenn wir der eingangs erwähnten Schätzung von 250.000 betroffenen Menschen im Jahr 2050 folgen und die Bevölkerungsanzahl gleich lassen, so können wir hochrechnen, dass der Anteil der dementen Personen an der Gesamtbevölkerung dann 2,8%, bzw. der Anteil der Dementen an der Altersgruppe 65+ 14,6% sein wird, d.h. jeder/jede 7. Person in der Altersgruppe 65+ wird laut den Annahmen des Gesundheitsministeriums von Demenz betroffen sein.

Demgegenüber stehen (Stand Ende 2019) in Österreich 76.560 Wohn- und Pflegeplätze in Form von stationären Diensten (75.510), bzw. der Möglichkeit der Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen (850) zur Verfügung. (Statistik Austria, Statistische Nachrichten 2/2021) [6]

---

[4] https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf, zugegriffen am 3.10.2021

[5] https://pic.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html, zugegriffen am 3.10.2021

[6] https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html, zugegriffen am 13.11.2021

2.3 Demenz

Demenz ist ein Oberbegriff für verschiedene Krankheitsbilder, bei denen die **Kognition** (Gedächtnis, Denken, Lernen etc.), die **Aktivitäten** des täglichen Lebens und das **Verhalten** betroffen sind. Die Demenz ist keine einheitliche Krankheit, sondern ein "Syndrom" - eine Kombination von kognitiven Symptomen und Verhaltensveränderungen. Zu den kognitiven Symptomen gehört die Schädigung oder Zerstörung von Nervenzellen im Gehirn. Zwar ist im Alter ein gewisser Verlust von Nervenzellen üblich, im Falle einer Demenz geschieht dies aber weitaus rascher und stärker. Vor allem Gedächtnis, Sprache und die Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sind betroffen. Hinzu kommen Wahrnehmungs- und Denkstörungen, Desorientiertheit und Persönlichkeitsveränderungen. [7]

Die Bedeutung der Demenzen und die Vielzahl der damit verbundenen physischen und auch sozialen Probleme sind kaum zu fassen. Seit ihrer Wiederentdeckung in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts haben sich die Demenzen zur zahlenmäßig, wissenschaftlich und wirtschaftlich mit Abstand bedeutendsten neuropsychiatrischen Krankheitsgruppe entwickelt, die nicht allein Nervenärzte, sondern viele andere Berufsgruppen in und außerhalb der Medizin beschäftigt und eine inzwischen öffentlich ruchbare Bedrohung für alle alternden Menschen darstellt, die eingangs des neuen Jahrhunderts noch nicht überwunden ist. (Beyreuther et al., 2002: VII)

2.3.1 Einteilung der Demenzformen

Die neurologische Forschung und Wissenschaft kennt insgesamt über 50 verschiedene Demenzformen, die häufig auch als Mischformen auftreten. *Hirnorganische Demenzen* heißen deshalb **primäre Demenzen**, weil die Erkrankung direkt im Gehirn beginnt. Nach heutigem Wissen können sie weder rückgängig gemacht, noch geheilt werden. Die *neurodegenerativen Demenzen* sind zum Beispiel Alzheimer (häufigste Demenzform, ca. 60%), Lewy-Body-Demenz (ca. 20%), Frontotemporale Demenz und Parkinson-Demenz. Weiters die *vaskuläre Demenz* (ca. 15% aller Demenzformen), bei der krankhafte Veränderungen der Gehirngefäße unter anderem zu Durchblutungsstörungen des Gehirns bis zum Absterben der Gehirnzellen führen. Zusätzlich gibt es Mischformen.

Von **sekundären Demenzen** spricht man, wenn die Demenz die Folge einer anderen Grunderkrankung ist, wie Stoffwechselerkrankungen, Vergiftungserscheinungen durch Missbrauch von Medikamenten und/oder Alkohol, Vitaminmangelzuständen,

[7] https://www.caritas-pflege.at/ratgeber/demenz/formen-von-demenz/, zugegriffen am 3.10.2021

Hirnverletzungen usw. Manche Grunderkrankungen sind zumindest zum Teil behandelbar, sodass eine Rückbildung der Symptome möglich ist. [8]

2.3.2 Arten von Demenzerkrankungen

2.3.2.1 Alzheimer Demenz

Eine Demenz vom Alzheimer-Typ ist die häufigste Demenzform und wird bei ungefähr zwei Drittel aller Demenzpatient*innen diagnostiziert. Bei der Alzheimer-Krankheit kommt es zu einem langsamen Absterben von Nervenzellen, zunächst vor allem in denjenigen Hirnregionen, die für Merkfähigkeit und Gedächtnis, Denken, Sprache und Orientierung wichtig sind. [9]

Apoptose

Apoptose wird auch „programmierter Zelltod“ genannt. Damit sind Zellen gemeint, die „Selbstmord“ begehen. Während der Apoptose werden Gene aktiviert, die „Killer-Proteine“ freisetzen. Der genaue Vorgang ist noch nicht hinreichend erforscht. Der „programmierte Zelltod“ kann den Organismus schützen. Durch die Apoptose werden Zellen zerstört, die für den Körper gefährlich sind (zum Beispiel Zellen mit DNA-Schäden, die zu Krebs führen könnten). Studien haben gezeigt, dass Nervenzellen im Gehirn von Alzheimer-Patienten durch Apoptose sterben. Dies könnte durch die für Alzheimer typischen Beta-Amyloid-Ablagerungen hervorgerufen werden. Deshalb forschen viele Wissenschaftler nach Wegen, um die Apoptose bei der Alzheimer-Krankheit zu stoppen. [10]

[8] https://www.caritas-pflege.at/ratgeber/demenz/formen-von-demenz, zugegriffen am 3.10.2021
[9] https://demenz.diakonie.at/was-heisst-demenz/erkrankungsformen, zugegriffen am 3.10.2021
[10] https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/wasistalzheimer/veraenderungen-im-gehirn/, zugegriffen am 3.10.2021

Anatomie des (gesunden) Gehirns

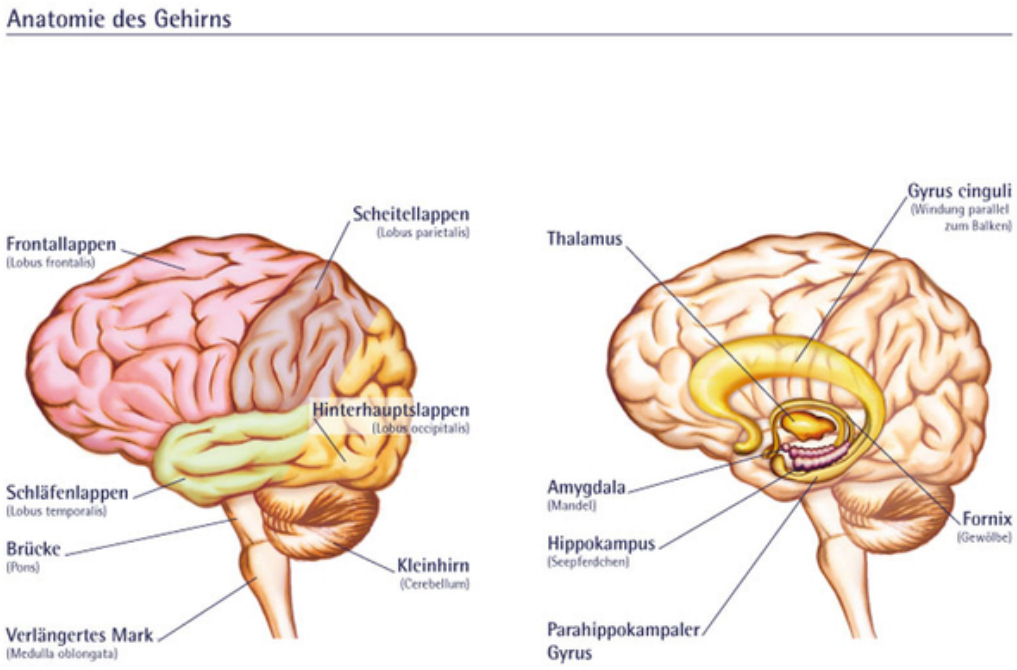

Abbildung 1 Anatomie des gesunden Gehirns (Internetquelle 1)

Abbildung links **Abbildung rechts**

Abbildung links

zeigt das seitliche äußere Gehirn mit den wichtigen Hirnlappen (Frontal-, Scheitel-, Schläfen- und Hinterhauptslappen sowie die Hirnstammstruktur (Brücke, verlängertes Mark und Kleinhirn).

Frontallappen:

unterstützt die Kontrolle der Feinmotorik, Gemüt, Zukunftsplanung, Ziel- und Prioritätensetzung.

Scheitellappen:

empfängt und verarbeitet Informationen über Temperatur, Geschmack, Berührung und Bewegung, die vom Rest des Köpers kommen. Lesen und Rechnen finden ebenfalls in dieser Region statt.

Hinterhauptslappen:

hilft visuelle Informationen zu verarbeiten.

Schläfenlappen:

Hören, Gedächtnis und Sprachfunktionen

Abbildung rechts

zeigt in Seitenansicht die Lage des limbischen Systems im Hirninneren. Das limbische System besteht aus einer Vielzahl von Strukturen inklusive Fornix, Hippokampus, Gyrus cinguli, Amygdala, dem parahippokampalen Gyrus sowie Teilen des Thalamus. Der Hippokampus ist einer der ersten Areale, die von der Alzheimer-Krankheit befallen werden. Wenn die Krankheit fortschreitet, weitet sich die Zerstörung auf die Hirnlappen aus.

Amygdala:

Limbische Struktur, die an vielen Hirnfunktionen beteiligt ist, darunter Emotion, Lernen und Gedächtnis.

Gyrus cinguli:

spielt eine Rolle bei der Entwicklung des bewussten emotionalen Erlebens.

Fornix:

eine arche-typische Struktur, die den Hippokampus mit anderen Teilen des limbischen Systems verbindet.

Hippokampus:

spielt eine wichtige Rolle bei der Bildung des Langzeitgedächtnisses.

Parahippokampaler Gyrus:

ein wichtiger verbindender Weg im limbischen System.

Thalamus:

eine wichtige Verbindungsstation zwischen Sinnen und Hirnrinde (die äußere Schicht des Gehirns besteht aus Scheitel-, Hinterhaupts-, Frontal- und Schläfenlappen). [11]

[11] https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/wasistalzheimer/veraenderungen-im-gehirn/anatomie-des-gehirns/, zugegriffen am 3.10.2021

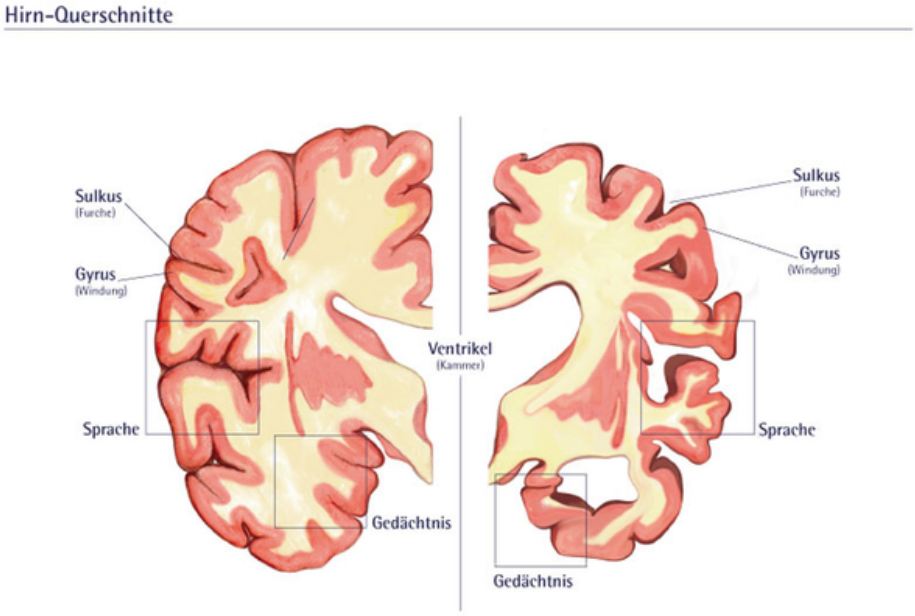

Abbildung 2 Hirn-Querschnitte (Internetquelle 2)

Diese Abbildung zeigt einen Querschnitt durch das Gehirn in Frontalansicht. Der linke Querschnitt repräsentiert ein normales Gehirn, der rechte ein Gehirn mit der Alzheimer-Krankheit.

Bei der Alzheimer-Krankheit kommt es immer zu einem Rückgang des Hirngewebes. Die Rillen oder Furchen im Gehirn, genannt Sulci (Plural von Sulcus), sind sichtbar erweitert und es zeigt sich ein Rückgang der Gyri (Plural von Gyrus), der gut entwickelten Falten an der Hirnoberfläche. Außerdem sind die Ventrikel oder Kammern im Inneren des Gehirns, die die Hirnflüssigkeit enthalten, stark erweitert. [12]

Entwicklung im Krankheitsverlauf

Im frühen Stadium der Alzheimer-Erkrankung baut das Kurzzeitgedächtnis ab, wenn die Zellen im Hippokampus, der Teil des limbischen Systems ist, degenerieren. Die Fähigkeit, tägliche Routinearbeiten zu erledigen, nimmt ab.

Wenn die Alzheimer-Krankheit sich über die Hirnrinde verteilt (die Außenhülle des Gehirns), schwindet das Urteilsvermögen, es kann zu emotionalen Ausbrüchen kommen. Außerdem ist die Fähigkeit zu sprechen beeinträchtigt.

Der Verlauf der Erkrankung führt zum Absterben von immer mehr Nervenzellen und hat unter anderem Verhaltensänderungen wie Umherwandern und Erregungszustände zur Folge. [13]

[12] https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/wasistalzheimer/veraenderungen-im-gehirn/gehirnschnitte-alzheimer-krankheit/, zugegriffen am 3.10.2021
[13] Ebd.

Veränderungen des Gehirns und der Nervenzellen

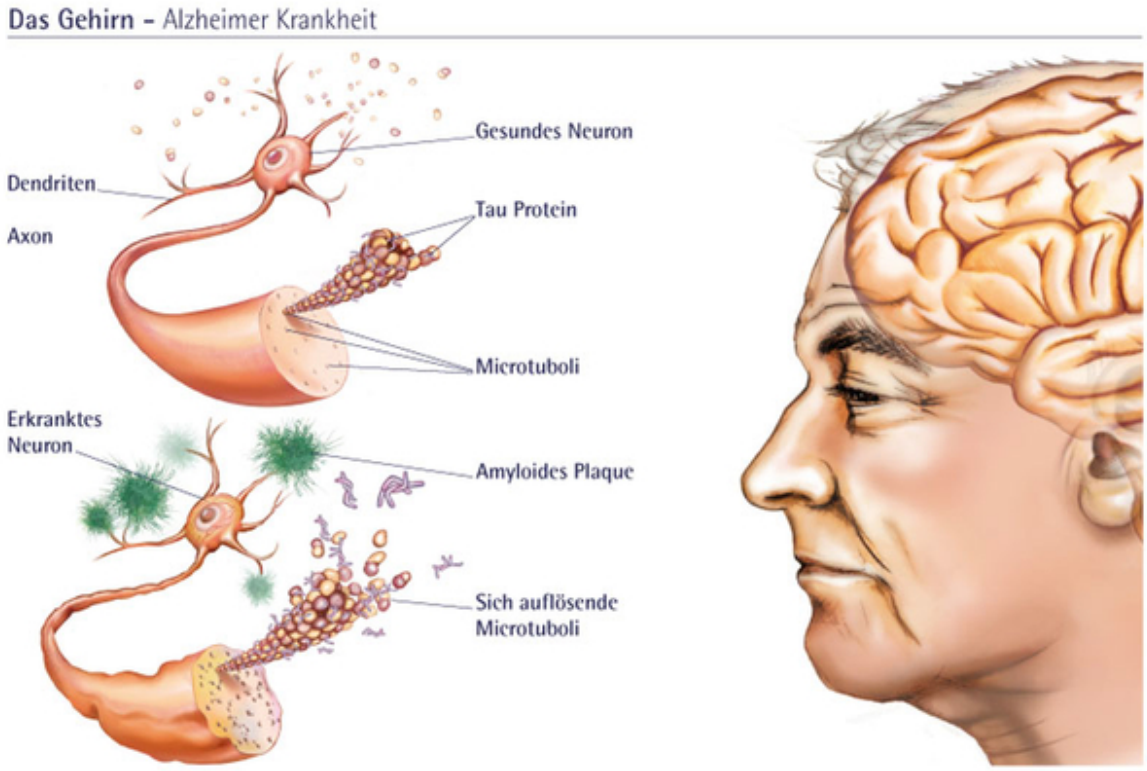

Abbildung 3 Das Gehirn - Alzheimer Krankheit (Internetquelle 3)

Beta-Amyloid Plaques

Eines der Hauptmerkmale der Alzheimer-Krankheit ist die Anhäufung amyloider Plaques zwischen Nervenzellen (Neuronen) im Gehirn. Amyloid ist der Oberbegriff für Proteinfragmente, die der Körper produziert. Beta-Amyloid ist das Fragment eines Proteins, das aus einem größeren Protein mit dem Namen APP (Amyloid-Vorläufer-Protein) herausgeschnitten wird. Im gesunden Gehirn werden diese Proteinstücke zersetzt und vernichtet. Bei der Alzheimer-Krankheit aber häufen sie sich zu harten, unauflöslichen Plaques an.

Tau-Fibrillen

Fibrillen bestehen aus unauflöslichen, gedrehten Fasern, die sich im Innern von Hirnzellen befinden. Sie bestehen überwiegend aus einem Protein mit dem Namen Tau, das Teile einer Struktur formt, die man Mikro-Tubuli (Röhrchen) nennt. Mikro-Tubuli helfen beim Transport von Nährstoffen und anderen wichtigen Substanzen von einem Teil der Nervenzelle zu einem anderen. (Das Axon ist eine lange fadenähnliche Verlängerung, welche Nervenimpulse von der Nervenzelle wegführt. Dendriten sind alle kurz verzweigten fadenförmigen Erweiterungen; sie führen Nervenimpulse zum Nervenzellkörper hin.) Bei

der Alzheimer-Krankheit ist das Tau-Protein abnormal und die mikro-tubularen Strukturen kollabieren.

Während die Alzheimer-Krankheit fortschreitet, kommt es zu einem umfassenden Rückgang von Hirngewebe. Außerdem sind die Ventrikel oder Hirnkammern, die die Hirnflüssigkeit enthalten, stark erweitert. Im frühen Stadium der Alzheimer-Krankheit baut das Kurzzeitgedächtnis ab, wenn die Zellen im Hippokampus, der Teil des limbischen Systems ist, degenerieren. [14]

Untersuchungen von Gehirnen nach dem Tod haben in Studien gezeigt, dass Tau-Fibrillen in einem engeren Zusammenhang mit den klinischen Symptomen der Alzheimer-Patienten stehen, als senile Plaques.

[14] https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/wasistalzheimer/veraenderungen-im-gehirn/veraenderte-nervenzellen/, zugegriffen am 3.10.2021

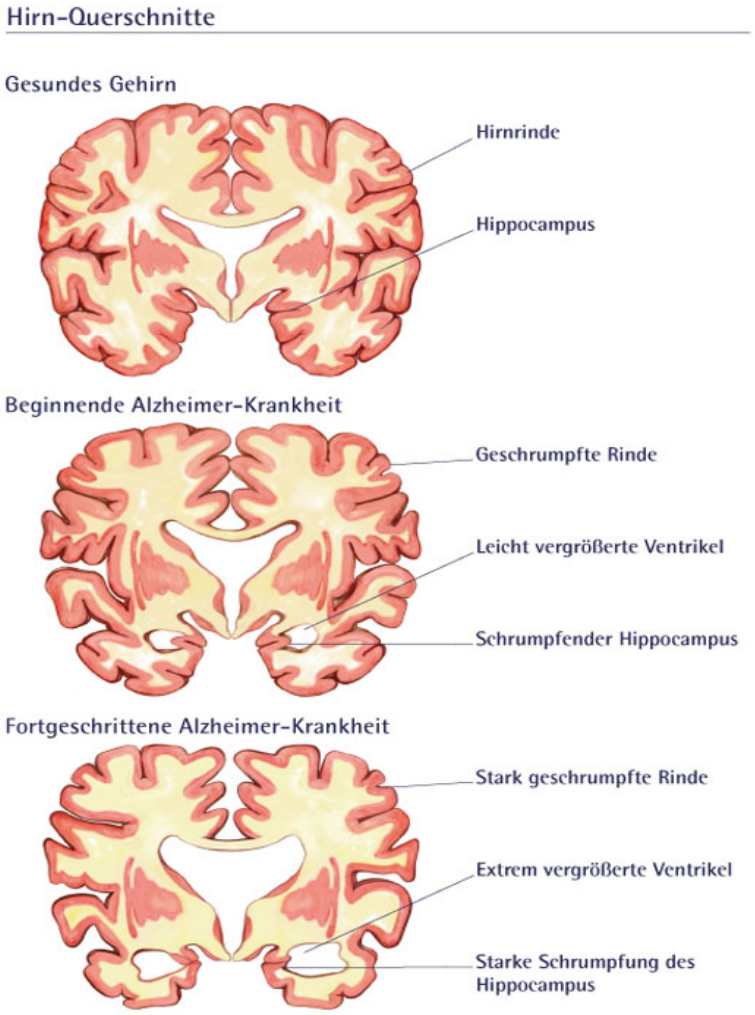

Abbildung 4 Hirn-Querschnitte (Internetquelle 4)

Neurobiologische Veränderungen bei Alzheimer Demenz:

Es gilt heute als gesichert, dass zwei Eiweißstoffe, Beta-Amyloid und Tau, für das Absterben verantwortlich sind. Diese Eiweißstoffe entstehen durch fehlgeleitete Abbauprozesse im Gehirn, lagern sich dort in Form sogenannter Plaques und Neurofibrillenbündel ab und führen letztlich zum Untergang der betroffenen Nervenzellen und Nervenzellverbindungen. Im Laufe der Erkrankung schrumpft das Hirnvolumen um bis zu 20 Prozent, die Windungsfurchen der Großhirnrinde vertiefen sich und es kommt zu einer deutlichen Erweiterung der mit Flüssigkeit gefüllten Hirnkammern, den sogenannten Ventrikeln. Bildgebende Verfahren wie die Computer- oder Magnetresonanztomographie können solche Veränderungen im mittleren und fortgeschrittenen Krankheitsstadium sichtbar machen. [15]

[15] https://demenz.diakonie.at/_Resources/Persistent/32515de9a64cba44bf1f007ef1e008c291064235/02-Alzheimer-Demenz.pdf, zugegriffen am 3.10.2021

2.3.2.2 Vaskuläre Demenz

Bei ungefähr jedem fünften Menschen, der an einer Demenz erkrankt, liegt die Ursache in Durchblutungsstörungen im Gehirn. Damit ist die sogenannte „vaskuläre Demenz“ nach der Alzheimer Demenz die häufigste Demenzform.

Der Begriff der vaskulären Demenz wird heute für eine sehr heterogene Gruppe von Erkrankungen verwendet, bei denen es aufgrund von Durchblutungsstörungen im Gehirn zu einem Absterben von Hirnzellen kommt.

Die Durchblutungsstörungen wiederum sind die Folge von geschädigten Blutgefäßen, zum Beispiel durch Gefäßverengungen, Entzündungen oder Blutungen. [16]

2.3.2.3 Frontotemporale Demenz

Bei den frontotemporalen Lobärdegenerationen, wie der Fachausdruck für eine ganze Krankheitsgruppe heißt, lassen sich drei typische klinische Bilder unterscheiden: die Frontotemporale Demenz, die Semantische Demenz und die Progrediente nicht-flüssige Aphasie.

Da die Frontotemporale Demenz mit Abstand am häufigsten auftritt, beziehen sich die folgenden Informationen schwerpunktmäßig auf diese Erkrankung. [17]

Frontotemporale Demenz (Morbus Pick)

Die Angehörigen der an einer Frontotemporalen Demenz erkrankten Person haben oft einen langen Leidensweg der Ungewissheit hinter sich, bevor sie die richtige Diagnose und damit zumindest eine Erklärung für die meist dramatischen Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen bekommen, die von Beginn an bei dieser Krankheit im Vordergrund stehen; einige Jahre sind leider immer noch keine Seltenheit.

Dafür gibt es mehrere Ursachen. **Im Anfangsstadium** werden die Symptome häufig verkannt, weil sie nicht dem Bild einer „typischen“ Demenz entsprechen, das stark von der Alzheimer-Demenz geprägt ist. Viele Betroffene werden nicht fachärztlich oder in einer Gedächtnisambulanz untersucht und erhalten deshalb auch keine hinreichend differenzierte Diagnostik, ohne die sich die richtige Diagnose kaum stellen lässt.

Die üblichen Demenz-Screening-Verfahren wie der Mini-Mental-Status-Test sind bei einer Frontotemporalen Demenz in der Regel unauffällig, weil sie nicht die relevanten Funktionsbereiche erfassen. Fehldiagnosen (z. B. Schizophrenie, Manie, Zwangsstörung)

[16] https://demenz.diakonie.at/was-heisst-demenz/erkrankungsformen, zugegriffen am 3.10.2021
[17] Ebd.

und daraus resultierende Therapieversuche, die in diesem Fall mehr Schaden als Nutzen anrichten können, sind deshalb gar nicht so selten. Dazu kommt, dass die Betroffenen meist jünger sind als „normale“ Demenzerkrankte: Die Krankheit beginnt häufig schon im mittleren Erwachsenenalter zwischen 40-60 Jahren, wobei die Spanne (21-85 Jahre) sehr groß ist.

Außerdem handelt es sich bei der Frontotemporalen Demenz um eine vergleichsweise seltene Demenzform. Auch wenn genauere Angaben fehlen, wird ihr Anteil an allen Demenzen auf höchstens 10 Prozent geschätzt. [18]

Symptome der Frontotemporalen Demenz

Der vordere Bereich des Gehirns ist für viele Funktionen zuständig, die unser Verhalten unter Berücksichtigung des sozialen Kontextes steuern, wie z. B. für das zielgerichtete Handeln, die Planungs- und Entscheidungsfähigkeit, die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstkorrektur, aber auch die Emotionsregulation oder die zielgerichtete Aufmerksamkeit. Entsprechend verändern sich bei einer Frontotemporalen Demenz vor allem die Persönlichkeit und das Verhalten der Betroffenen. Andere kognitive Fähigkeiten, wie z. B. Gedächtnis und Orientierung, sind dagegen meist nicht betroffen und können noch längere Zeit normal funktionieren.

Auch wenn sich das Krankheitsbild bei den einzelnen Personen stark unterscheiden kann, gibt es mehrere charakteristische Symptome:

Störungen beim Sozialverhalten: Typisch ist ein unangemessenes, taktloses und enthemmtes, manchmal auch distanzloses Verhalten, das die Betroffenen selbst aber nicht als solches wahrnehmen können.

Störungen des Antriebs und der Verhaltenssteuerung: Betroffene wirken häufig „wie ausgewechselt“: sie ziehen sich zurück und wirken apathisch, während sie früher aktiv und aufgeschlossen waren; oder sie werden umgekehrt antriebsgesteigert und rastlos („Wandertrieb“), während sie früher eher ruhige Menschen waren. Typisch sind auch stereotype, ritualisierte Verhaltensweisen, die immer wieder durchgeführt werden müssen.

Emotionale Verarmung: Die Fähigkeit zur Sympathie und Empathie geht verloren, die Betroffenen wirken gleichgültig oder auch gefühlskalt.

Probleme bei der Emotionserkennung: Sie verlieren die Fähigkeit, die Gefühle anderer Menschen im Gesichtsausdruck zu erkennen, besonders ausgeprägt bei negativen Gefühlen.

Verlust der Krankheitseinsicht: Sie können sich selbst nicht als krank wahrnehmen („Es

[18] Ebd.

geht mir doch gut“).

Aufmerksamkeitsstörungen: Die Betroffenen sind leicht abgelenkt, wirken zerstreut, impulsiv und haben kein Durchhaltevermögen mehr.

Sprech- und Sprachstörungen: Die Ausdrucksfähigkeit verarmt und der Antrieb zu sprechen geht immer mehr verloren, obwohl die Sprachfähigkeit selbst nicht beeinträchtigt ist. Das kann sich z.B. durch eine fehlende Spontanität, Wortkargheit oder Sprachlosigkeit, aber auch durch einen starken Rededrang, Weitschweifigkeit oder stereotype Wiederholungen äußern.

Veränderung der Ernährungsgewohnheiten: Der Verlust der Handlungs- und Selbstkontrolle, aber auch des Sättigungsgefühls führen dazu, dass die Betroffenen maßlos essen, eine Vorliebe für ganz bestimmte Speisen (manchmal muss es immer die gleiche sein) und einen Heißhunger auf Süßes entwickeln, was häufig zu einer starken Gewichtszunahme führt. [19]

2.3.2.4 Lewy-Körperchen-Demenz und Parkinson-Demenz

Beiden Erkrankungen liegt die Entstehung von sogenannten Lewy-Körperchen innerhalb von Nervenzellen im Hirnstamm und in der Hirnrinde zu Grunde, die aus anormalen Zusammenlagerungen des Eiweißes α-Synuklein bestehen. Sie wurden erstmals 1912 von dem deutschen Neurologen Friedrich Lewy beschrieben. Der Übergang zwischen beiden Erkrankungen ist fließend, die Symptome überlappen sich stark. [20]

Symptome der Lewy-Körperchen-Demenz und Parkinson-Demenz

Es gibt mehrere charakteristische Symptome, die bei vielen Betroffenen bereits in frühen Krankheitsstadien auftreten:

Fluktuation der Kognition: Die geistige Leistungsfähigkeit, aber auch der Bewusstseinszustand bzw. die Wachheit können innerhalb von Stunden oder Tagen sehr stark variieren. Das zeigt sich zum Beispiel dadurch, dass Betroffene, die eben noch bei klarem Bewusstsein waren, plötzlich geistesabwesend, schläfrig oder lethargisch sind und keinem Gespräch mehr folgen können, verworren reden oder ihren eigenen Namen nicht mehr kennen.

Wiederkehrende visuelle Halluzinationen: Die Betroffenen sehen Dinge (Menschen, Situationen usw.), die nicht da sind, oder verkennen Dinge, die da sind. Diese

[19] Ebd.
[20] Ebd.

Fehlwahrnehmungen sind typischerweise sehr komplex, detailliert und lebendig und enthalten häufig Personen oder größere Tiere. Akustische Halluzinationen sind dagegen selten. Halluzinationen werden von den meisten Betroffenen verständlicherweise als sehr belastend, manchmal auch bedrohlich erlebt und häufig gegenüber anderen Menschen aus Angst, für „verrückt“ gehalten zu werden, verschwiegen. Aber auch für die Angehörigen können ausgeprägte Halluzinationen und Wahnvorstellungen stark belastend sein.

Parkinsonismus: Die motorischen Kardinalsymptome der Parkinson-Krankheit (Muskelsteifigkeit, Verlangsamung der Bewegung, leichtes Zittern, Gesichtsstarre, Flüsterstimme, Haltungsinstabilität) finden sich nicht unbedingt bei allen DLB Erkrankten (Dementia with Lewy-Bodies) und entwickeln sich oft erst im Verlauf der Erkrankung; häufig treten auch nur einzelne Symptome auf. Ausgeschlossen werden muss jedoch, dass es sich bei diesen Bewegungsstörungen um Nebenwirkungen von Medikamenten handelt. [21]

Krankheitsverlauf der Lewy-Körperchen-Demenz und Parkinson-Demenz

Der Krankheitsverlauf ist generell von einer zunehmenden Verschlechterung und Ausweitung insbesondere der kognitiven Symptome geprägt.

Mischformen, bei denen zusätzlich Symptome einer Alzheimer-Demenz auftreten (z.B. schwere Gedächtnisstörungen), sind relativ häufig. Welche Symptome sich in welcher Phase des Krankheitsprozess entwickeln und das klinische Bild dominieren, ist individuell sehr unterschiedlich und hängt unter anderem davon ab, welche Bereiche im Gehirn besonders stark betroffen sind.

Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt nach der Diagnosestellung ca. 6-8 Jahre, es gibt aber auch deutlich schnellere oder langsamere Verläufe (2-20 Jahre). [22]

[21] Ebd.
[22] Ebd.

2.3.3 Demente Personen

Demente Personen sind prinzipiell Menschen wie Du und ich. Rein äußerlich ist dieser Personengruppe oftmals gar nichts anzumerken. Naomi Feil, eine anerkannte Persönlichkeit und Entwicklerin der Validation, einer besonderen Form des Umgangs und der Kommunikation mit Dementen, teilt den Krankheitsverlauf in 4 Phasen ein (Feil, 2020: 54 ff.)

- Phase 1 - mangelhafte Orientierung: Gefühle werden oft geleugnet, Konflikte aus der Vergangenheit werden in die Gegenwart übertragen. Sie verleugnen, konfabulieren, halten energisch und ängstlich an dem fest, was sie noch nicht verloren haben.
- Phase 2 - Zeitverwirrtheit: Personen ziehen sich vermehrt in ihre Vergangenheit zurück, oft sind Gegenstände und Personen Auslöser. Gefühle und Bedürfnisse werden wieder wichtiger und oft ungefiltert geäußert. Sie leben in ihrer eigenen Realität.
- Phase 3 - sich wiederholende Bewegungen: wiederholt durchgeführte Bewegungen ersetzen Gefühle und transportieren in die Vergangenheit zurück. Der Ausdruck dieser Gefühle und Bedürfnisse erfolgt vorwiegend über Bewegungen und Laute.
- Phase 4 - vegetieren: Vollkommener Rückzug von der Außenwelt in ihr Inneres, diese Personen kommunizieren kaum noch.

Es gab bis vor Corona (und es gibt sie ja immer noch) viele gut erforschte Methoden, die die Pflege und Betreuung von dementen Personen erleichtert und möglich gemacht haben. Corona hat von einem Tag auf den anderen die Anwendung der Methoden allerdings durch die notwendigen und auferlegten Maßnahmen einerseits eingeschränkt, andererseits auch weniger wirksam gemacht.

2.3.4 Soziale Grundbedürfnisse

Bei allen Demenzerkrankungen spielt das soziale Umfeld eine nicht zu unterschätzende Rolle. Körperliche und geistige Aktivierung, die Förderung alter und neuer sozialer Kontakte (Familie, Freunde, Tageszentren, Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige), eine ausführliche Beratung über die Krankheit und dem Umgang mit belastenden Symptomen können entscheidend dazu beitragen, die Auswirkungen der Krankheit zu erleichtern und die Lebensqualität zu verbessern. [23]

[23] https://docplayer.org/23807894-Lewy-koerperchen-demenz-und-parkinson-demenz-informationen-fuer-betroffene-und-angehoerige.html, zugegriffen am 3.10.2021

Lebensqualität wünschen sich Gesunde genauso wie Kranke. Sie wird definiert als die „subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (WHO 1995). Bisher existiert jedoch keine allgemeingültige Definition demenzspezifischer Lebensqualität. Kovacs et al. definiert diese anhand objektiver und subjektiver Faktoren. Verhaltenskompetenzen (kognitive sowie funktionelle Fähigkeiten) und die Umwelt werden als objektive Faktoren verstanden, während das Wohlbefinden und die wahrgenommene Lebensqualität als subjektive Faktoren gelten (Kovacs et al., 2016: 288). Von diesem Modell ausgehend gibt es einige weitere Ansätze, die meisten Modelle sind sich aber dahingehend einig, dass der Subjektivität ein höherer Stellenwert zukommt als der Objektivität (Gebhard/Mir, 2019: 94).
2005 publizierten Ettema und Kollegen eine weitere Definition von Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen mit Demenz mit den folgenden sieben Adaptionsaufgaben (am Beispiel der stationären Altenpflege) konfrontiert sind:

1) mit den persönlichen Einschränkungen zurechtkommen,
2) eine adäquate Pflegebeziehung entwickeln,
3) eine emotionale Balance bewahren,
4) ein positives Selbstbild erhalten,
5) sich auf eine ungewisse Zukunft vorbereiten,
6) soziale Beziehungen entwickeln und aufrechterhalten und
7) mit dem Umfeld der Pflegeeinrichtung zurechtkommen.

Diese Definition erlaubt die theoretische Annahme, dass auch im fortgeschrittenen Stadium der Demenz Lebensqualität möglich ist, da die Lebensqualität hier das Ergebnis einer gelungenen oder eben weniger gelungenen Adaption ist und nicht das Ergebnis von objektiv vorhandenen Fähigkeiten (Gebhard/Mir, 2019: 94). An einer gelungenen Adaption sind somit viele unterschiedliche Personengruppen am Betreuungsprozess dementer Personen beteiligt: Angehörige, Pflegende, Freunde, andere Heimbewohner*innen, etc. Somit ist eine wichtige Perspektive für Menschen mit Demenz in viele Hände gelegt, die zum Gelingen beitragen können. Dieses Modell widerspricht auch dem Stigma einer unvermeidlich abnehmenden Lebensqualität im Verlauf der Demenz, im Gegensatz zum Krankheitsverlauf.

2.4 Auswirkung von Krisen auf Menschen mit Demenz

Abbildung 5 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. MmD Menschen mit Demenz; BU Betreuungsumfeld (Internetquelle 5)

So wie in vielen Bereichen rund um das Thema Demenz gibt es auch hier wenige wissenschaftlich fundierte Untersuchungen. Die Österreichische Alzheimer Gesellschaft (ÖAG) berichtet in ihrem Positionspapier von einer Definition für „demenzassoziierte Krisen“ (englisches Original): „A process where there is a stressor(s) that causes an imbalance requiring an immediate decision which leads to a desired outcome and therefore crisis resolution. If the crises ist not resolved, the cicle continous.“ (Defrancesco et al 2020)

2.4.1 Kognitive, emotionale und Verhaltensebene

Defrancesco et al. beschreiben im Positionspapier der ÖAG (2020), dass Defizite in der Informationsverarbeitung und der Auf- und Erfassung von verbalen Informationen zu den typischen Symptomen der Alzheimer-Demenz, sowie auch anderen neurodegenerativen Demenzformen gehörten. Weiters wird angeführt, dass die Informationsgeschwindigkeit und -einordnung im Rahmen der Demenz in Abhängigkeit des Schweregrades der Krankheit reduziert wird.

Die betroffenen Menschen, die auf ihren Zimmern teilweise isoliert wurden, konnten auf Grund ihrer Demenz die Berichterstattung in den Medien TV, Radio und Zeitungen nicht mehr korrekt begreifen und verarbeiten. Speziell die demenztypischen Defizite im Neugedächtnis machen sich hier bemerkbar:

IH: „Die Bewohner und Bewohnerinnen mussten ja, glaub ich, dann auch in den Zimmern bleiben."
IP4: „Genau, die mussten in ihren Wohnungen bleiben, die Angehörigen durften nicht mehr herein, ..."
IH: „Zumindest nicht hinauf."
IP4: „[...] nicht hinauf, und dann zum Schluss, genau, zuerst nicht mehr hinauf. Und was ganz schlimm war für unsere BewohnerInnen aus meiner Sicht, war, es gab dann auch eine Zeitlang keine Aktivitäten mehr. Das heißt, was haben die BewohnerInnen gemacht? Sie saßen in ihren Wohnungen, haben ferngesehen. Und es gab – mir wird ganz kalt, ((lacht)) wenn ich erzähl, wirklich –, es gab die Zeit, wo ich das Gefühl hatte, dass 24 Stunden durchgehend über COVID medial Bericht erstattet wurde." (GI3_P, Pos. 208-219)

IH: „Man hat ja zu der Zeit im Fernsehen auch immer nur Bad News gehört, was ist alles schlecht und wie viele Leute sterben und da ist was weiß ich was passiert alles, na? Haben Sie da irgendwelche Rückmeldungen gekriegt oder war das auch Teil Ihrer Beobachtung? Hat man Sie gefragt, was ist da los?"
IP: „Ich habe mit vielen Leuten hier geredet, ich hab immer versucht, darüber professionell zu reden, einfach keine Panik zu machen. Es ist so, wir sind in diesem [...] Ich hab immer gesagt – und das glaub ich noch immer –, dass man nicht alles glauben soll, was man liest. Und was man denkt. Es **ist** schlimm, ist aber nicht so schlimm, wie sie dort schreiben, weil sie müssen auch diese Zeitungen verkaufen. Das war eigentlich keine Lüge, also von meinem Stand, weil ich glaub das wirklich. Ich hab nicht den starken Eindruck gehabt, dass die Leute Angst haben vor Covid, vor dem Sterben überhaupt, ich hab oft mit Leuten übers Sterben geredet und über Tod, und ich hab den Eindruck, dass sie nicht so eine starke Angst haben, aber diese Isolation, das war das Schlimmste, glaub ich, für viele." (EI7_MP, Pos. 69-70)

Wenn Menschen mit reduzierter Fähigkeit zur Entscheidungsfindung immer und immer wieder diverse Nachrichten und Berichterstattungen rund um COVID-19 alleine in ihren Zimmern verfolgen, so besteht die Gefahr, dass sie für sich unvorteilhafte, eventuell auch schädliche Entscheidungen treffen. Das betrifft jedoch eher demente Personen in der Anfangsphase ihrer Krankheit, wo sie noch nicht auf der Pflegestation leben. Denn auf den Pflegestationen ist die Kontrolle und gesundheitliche Überwachung eher gegeben als in den Einzelzimmern.

2.4.2 Ebene der Versorgung, Betreuung und Pflege

Einen wichtigen Teil der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz stellen auch nicht pharmakologische Therapiemaßnahmen wie die Ergotherapie, Musiktherapie oder körperliche und kognitive Aktivierungen dar. Diese Angebote wurden aufgrund von COVID-19 Maßnahmen immer wieder über gewisse Zeiträume reduziert, bzw. temporär ausgesetzt (Defrancesco et al. 2020). Auch liebgewonnene Abwechslungen mit therapeutischem Hintergrund, wie der Besuch von Kindergartenkindern in Alters- und Pflegeheimen oder die Arbeit mit Therapiehunden mussten großteils eingeschränkt werden.

Der „Pflegeroboter“ wurde stark diskutiert und als eine Möglichkeit gesehen, Menschen allgemein, aber auch die Personengruppe der dementen Patient*innen zu versorgen, wenn eben menschliche Pflegekräfte ausfallen. Allerdings zeigt sich gerade jetzt wieder die Wichtigkeit von sozialen Kontakten im Umgang mit Menschen mit Demenz. Diese sozialen Kontakte wiederum waren in den Phasen, wo die Alters- und Pflegeheime selbst mit Personalnotstand, -krankheiten und -ausfällen zu kämpfen hatte, sehr eingeschränkt. Die Zeit mit den Bewohner*innen war limitiert, noch weniger Pflegekräfte als in Normalzeiten waren vor Ort, damit hatten auch die Pflegenden selbst zu kämpfen:

> IP1: „Und so wie Sie auch gesagt haben, dieses Bedürfnis nach Gehört-Werden und nach Reden, das ist ja ohnehin, ohne Corona hier schon so, so groß und kann aber wirklich nur in Ansätzen, bei so vielen Bewohner*Innen in Ansätzen befriedigt werden. Und das ist das, was mich auch zusätzlich belastet hat, dass ich auch immer das Gefühl gehabt hab, naja, ich würde jetzt gerne länger bei der Bewohnerin bleiben, mit ihr sprechen, aber die Nächste wartet und braucht mich genauso. Und das hatte ich einfach immer im Hinterkopf.“ (GI3_P, Pos. 529-535)

Ein sicher noch oft zu diskutierender Bereich in der Pflege allgemein, bei der Personengruppe der Dementen jedoch besonders, wird das Spannungsfeld „versorgt“ vs. „betreut“ sein, den ich anderer Stelle in meiner Masterarbeit auch noch besprechen werde.

Ebenfalls zu erwähnen ist das Thema „Doppelbelastung“. Defrancesco et al. (2020) beziehen sich bei ihren Ausführungen zwar primär auf Pflegende im häuslichen Umfeld, das sind oft Verwandte. Jedoch haben auch professionell Pflegende diese Probleme zu meistern, wie nachfolgende Interviewpassage zeigt:

> „[…] Es ist nicht möglich, dass man nie was nach Hause nimmt, das ist nicht möglich, das sind keine Sachen, das sind Menschen, die man auch über die Zeit liebgewinnt, man schafft diese Nähe zu den Bewohnern, und du **nimmst** viele Sachen mit. […] ich hab 24 Stunden gearbeitet, weil in meinen Kopf war ständig, wie geht's der oder wie geht's dem, hat sie die Nacht überstanden. Und das hab ich gemerkt, zu Hause war ich auch nicht, also ich war einfach überfordert, ich hab keine Nerven gehabt für die Kinder, keine Nerven gehabt für nix, weil ich war noch immer dort. Und ich hab mir gesagt, das will ich nicht mehr, weil das macht kaputt, das schaffst du auch nicht jahrelang, da gehst du kaputt dran, und ich hab dann so für mich den Weg gefunden.“ (Pflegende\GI2_P: 205)

2.4.3 Soziale Ebene

Die COVID-19 Pandemie stellt durch die notwendig gewordenen Schutzmaßnahmen auf der sozialen Ebene für Menschen mit Demenz eine hohe Belastung und Herausforderung dar. Durch das Einhalten von körperlicher Distanz, das sogenannte „social distancing“, wird das Risiko für Vereinsamung und Reizdeprivation erhöht (Defrancesco et al. 2020).

In Alters- und Pflegeheimen wurden, speziell, wenn es viele akute COVID-19-Fälle in den Heimen gab, die Bewohner*innen strikt dazu angehalten, ihre Zimmer nicht zu verlassen. Viele Anweisungen wurden aufgrund der kognitiven Defizite nicht verstanden und dadurch auch oftmals nicht akzeptiert, wie man nachfolgender Aussage einer Pflegekraft entnehmen kann:

> „[...] die sonst eh schon verbal oft sehr aggressiv ist und auch die Maske nicht tragen will, und dann geht man noch zurück: ‚San S' net so bled, is jo olles a Bledsinn, wos Sie do sogn, de Maskn is a Bledsinn und der Abstand is a a Bledsinn.' " (EI4_FP, Pos. 60)

Defrancesco et al. (2020) beschreiben auch weiters, dass die COVID-19 Krise bei Menschen mit Demenz zu großer Einsamkeit führen kann, ausgelöst durch das Nichtverlassen der eigenen Zimmer. Einsamkeit wird definiert „*als eine unangenehme Erfahrung, welche erlebt wird, wenn ein Individuum einen qualitativen und quantitativen Verlust von sozialen Beziehungen über einen längeren Zeitraum erfährt.*" Einsamkeit kann in eine soziale und emotionale Ebene unterteilt werden. Auf emotionaler Ebene musste der Kontakt mit Menschen mit Demenz sehr stark auf verbale Kommunikation, z. B. per Telefon, reduziert werden, da körperliche Nähe und Berührungen auch für die Pflegekräfte tunlichst zu vermeiden waren. Auf sozialer Ebene wird die Einsamkeit z. B. durch das Untersagen von Treffen in Gruppen und von Veranstaltungen und auch dem Besuchsverbot in Alters- und Pflegeheimen gefördert (Defrancesco et al. 2020).

2.4.4 Medizinische Ebene

Auf der medizinischen Ebene und auch im Rahmen der medizinischen Versorgung haben sich für Menschen mit Demenz verschiedene Belastungen und Schwierigkeiten ergeben. Ambulante Versorgungen wurden drastisch reduziert oder überhaupt temporär eingestellt. Zahlreiche Behandlungen und schon geplante Operationen wurden kurzfristig abgesagt oder verschoben.

> IP1: „Naja, man muss sagen, ärztlich versorgt waren wir in dieser Zeit nämlich nicht. Es ist kein Heimarzt reingekommen, also ärztlich versorgt waren wir sehr schlecht. ((die Kollegin und der Kollege stimmen zu)) Es ist kein Arzt gekommen, also wir haben wirklich nur alles übers Krankenhaus machen können."
> IH: „Weil die Ärzte nicht wollten oder ...?"
> IP2: „Das weiß ich jetzt im Nachhinein gar nicht, das Haus war gesperrt und manche Ärzte sind, für die war das auch, wir haben da meistens über Telefon und über Fax um Rezepte und solche Sachen, aber wenn wir jetzt eine Visite gebraucht haben, also ..."
> IP3: „Ganz ganz selten, dass wer gekommen ist."
> IP2: „Ganz selten, dass wir da wen gehabt haben."
> IH: „Ist aber heftig."
> IP2: „Also da waren wir schon ziemlich auf uns gestellt, ja."
> IP3: „Und dann haben wir wieder von den Ärzten gehört, warum haben wir nicht angerufen. ((lacht))"

> IH: „Ja vor allem, ihr seid keine Ärzte, ihr könnt höchstens Symptome beschreiben.“
> IP2: „Ja. Und vom Krankenhaus, ja natürlich, wir haben dann auch, weil das war dann immer, schickst du wen ins Krankenhaus, wenn er zurückkommt, muss er fünf Tage in Quarantäne im Zimmer, also man hat dann schon wirklich sehr wohl überlegt, wie ernst ist es, schick ich ihn jetzt, kann ich es anders machen. Es waren ja auch die ganzen Arzttermine, wir haben ja alles verschieben müssen, Herzschrittmacher-Kontrollen, dann wieder schauen, dass man's dann ...“
> IP1: „Hüft-OP, [...]“
> IP2: „Ja, Hüft-OP, also alles verschieben müssen und irgendwo dokumentieren, dass, wenn das vorbei, wir wieder die Termine einplanen irgendwo, weil es hat dir ja keiner einen Termin gegeben, hat ja keiner gewusst ... Also **das** war dann schon sehr mühsam.“ (GI5_P, Pos. 122-133)

So kam es zu vermehrten Verlegungen von dementen Bewohner*innen in Krankenhäuser. Dies geschah teils aus Eigenschutz für die Pflegenden, teils aus „Hilflosigkeit in der aktuellen Situation“:

> IP2: „[…] wenn es jemandem schlecht ging, die haben wir alle ins Spital geschickt. Das war für uns eine Erleichterung, und die sind dort auch sicherer, weil wenn das Fieber in der Nacht immer steigt, und niemand ist bei dem Bewohner …“ (GI3_P, Pos. 96-99)

Die Alzheimer Gesellschaft (ÖAG) berichtet in ihrem Positionspapier, dass das vorrangige Ziel im Krisenmanagement bei dementen Personen gewesen wäre, Akutaufnahmen und den Transfer an Notfallaufnahmen zu vermeiden. Es sollte stattdessen ein effektives Krisenmanagement für die Patient*innen in ihrer gewohnten Umgebung gewährleistet sein. Dieses Ziel hat im Rahmen der COVID-19 Pandemie einen noch höheren Stellenwert, wurde jedoch oftmals nicht erreicht. Dabei ist bekannt, dass ein Akuttransfer gerade bei der Zielgruppe der dementen Patient*innen mit hoher Stressbelastung, Angst und Schwierigkeiten, sich in der neuen Umgebung zurechtzufinden, verbunden ist. Nicht zu vernachlässigen sind auch folgende Umstände:

- Menschen sind an Kliniken, Krankenhäusern und Notfallaufnahmen einem erheblich erhöhten Infektionsrisiko mit COVID-19 ausgesetzt.
- Durch das maßnahmenbedingte Besuchsverbot in medizinischen Einrichtungen kommt es zu einer zusätzlich belastenden sozialen Isolation der Menschen mit Demenz. Aus diesem Grund sollten insbesondere präventive Maßnahmen im Zentrum eines erfolgreichen Krisenmanagements stehen. (Defrancesco et al 2020)

All diese Faktoren können dazu führen, dass sie während ihres Krankenhausaufenthaltes ein erhöhtes Risiko haben, ein Delir zu entwickeln. Um all die zuvor betrachteten Gesichtspunkte miteinzubeziehen, sollte eine strenge Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen,

inwieweit ein Krankenhausaufenthalt unvermeidbar ist oder doch alternative Versorgungsmöglichkeiten genutzt werden können (Defrancesco et al. 2020).

2.5 Pandemie(n)

Eine Pandemie (von altgriechisch παν *pan* ‚gesamt, umfassend, alles' und δῆμος *dēmos* ‚Volk') bezeichnet eine „neu, aber zeitlich begrenzt in Erscheinung tretende, weltweite starke Ausbreitung einer Infektionskrankheit mit hohen Erkrankungszahlen und i. d. R. auch mit schweren Krankheitsverläufen." Im Unterschied zur Epidemie ist eine Pandemie örtlich nicht beschränkt. In Bezug auf die Influenza hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihren zuletzt im Mai 2017 überarbeiteten Leitlinien zum *Pandemic Influenza Risk Management* festgelegt, dass die Ausrufung einer Pandemie – also der Übergang von einer Epidemie zur Pandemie – durch den Generaldirektor der WHO erfolgt. [24]

Im Laufe der Menschheitsgeschichte gab es schon viele Pandemien. In meiner Masterarbeit will ich mich jedoch bewusst auf COVID-19 konzentrieren und die vielen anderen Pandemien bewusst hintanstellen. Wiewohl sich bei näherer Betrachtung der Versuche zur Bekämpfung Ähnlichkeiten feststellen lassen, z.B. Maskenpflicht, Ausgangs-beschränkungen, Abstand halten … u.v.m. (Vogel, Schaub, 2021)

2.5.1 COVID-19

Die COVID-19-Pandemie ist die aktuell vorherrschende Pandemie, der Erreger ist ein Virus namens SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2), es wurde Anfang 2020 als Auslöser von COVID-19 identifiziert. Coronaviren sind unter Säugetieren und Vögeln weit verbreitet. Aufgrund ihrer Fähigkeit zur homologen Rekombination können Coronaviren relativ leicht ihr Wirtsspektrum erweitern und die Artengrenze überspringen.

Sie verursachen beim Menschen vorwiegend milde Erkältungskrankheiten, können aber mitunter schwere Lungenentzündungen hervorrufen. SARS-CoV-2 verwendet das Enzym ACE-2 als Rezeptor, um in die Wirtszellen zu gelangen. Eine hohe ACE-2-Dichte besteht im Atemwegstrakt, sowie im Darm, in Gefäßzellen, in der Niere, im Herzmuskel und in anderen Organen. In meinen nachfolgenden Ausführungen hinsichtlich der näheren Beschreibung von COVID-19 beziehe ich mich auf Angaben des deutschen Robert-Koch Institutes. [25]

Übertragungswege

Der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger

[24] https://de.wikipedia.org/wiki/Pandemie, zugegriffen am 3.10.2021

[25] https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=3FFCFE34FF7B6A3EE9534D7E2D18437E.internet122?nn=13490888#doc13776792bodyText1, zugegriffen am 3.10.2021

Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen entstehen. Je nach Partikelgröße bzw. den physikalischen Eigenschaften unterscheidet man zwischen den größeren Tröpfchen und kleineren Aerosolen, wobei der Übergang zwischen beiden Formen fließend ist. Während insbesondere größere respiratorische Partikel schnell zu Boden sinken, können Aerosole auch über längere Zeit in der Luft schweben und sich in geschlossenen Räumen verteilen. Ob und wie schnell die Tröpfchen und Aerosole absinken oder in der Luft schweben bleiben, ist neben der Größe der Partikel von einer Vielzahl weiterer Faktoren, u. a. der Luftbewegung, der Temperatur, der Luftfeuchtigkeit und der Belüftung des Raumes, abhängig. Beim Aufenthalt in Räumen kann sich die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung durch Aerosole auch über eine größere Distanz als 1,5 m erhöhen, insbesondere wenn sie klein und schlecht belüftet sind. Längere Aufenthaltszeiten und besonders tiefes oder häufiges Einatmen exponierter Personen erhöhen die Inhalationsdosis. Durch die Anreicherung und Verteilung der Aerosole im Raum ist das Einhalten des Mindestabstandes zur Infektionsprävention ggf. nicht mehr ausreichend.

Eine Übertragung durch kontaminierte Oberflächen ist insbesondere in der unmittelbaren Umgebung der infektiösen Person nicht auszuschließen, da vermehrungsfähige SARS-CoV-2-Viren unter Laborbedingungen auf Flächen einige Zeit infektiös bleiben können.

Generell wird unterschieden, ob eine ansteckende Person zum Zeitpunkt der Übertragung bereits erkrankt (symptomatisch) war, ob sie noch keine Symptome entwickelt hatte (präsymptomatisches Stadium) oder ob sie auch später nie symptomatisch wurde (asymptomatische Infektion). Eine große Bedeutung haben die Übertragungen von infektiösen Personen, wenn sie bereits Krankheitszeichen (Symptome) entwickelt haben. Die Symptome einer COVID-19 Erkrankung sind vielfältig und variieren in der Ausprägung. Einer Phase mit leichten Symptomen kann später eine Phase mit schweren Symptomen und starkem Krankheitsgefühl folgen. Typische Symptome wie Fieber oder Husten können aber auch komplett fehlen. [26]

Inkubationszeit

Die Inkubationszeit gibt die Zeit von der Ansteckung bis zum Beginn der Erkrankung an. Die mittlere Inkubationszeit (Median) wird in den meisten Studien mit 5-6 Tagen angegeben. In verschiedenen Studien wurde berechnet, zu welchem Zeitpunkt 95% der Infizierten Symptome entwickelt hatten, dabei lag das 95. Perzentil der Inkubationszeit bei 10-14 Tagen. [27]

[26] Ebd.
[27] Ebd.

2.6 Gesetzliche Einschränkungen

Aufgrund meiner Forschungsfragen nach den Kontaktmöglichkeiten, Schwierigkeiten, neuen Möglichkeiten, bzw. Chancen, … in Alters- und Pflegeheimen ist es unumgänglich, sich auch mit den gesetzlichen Vorgaben bzw. Einschränkungen zu befassen. Diese betrafen im Wesentlichen:

- die Zugangsbeschränkungen von Besucher*innen
- die Reduzierung der Kontaktmöglichkeiten
- nötige Besuchsvoranmeldungen (Time Slot)
- Beschränkung der Besuchsdauer
- keine körperlichen Berührungen
- Besuche lediglich an sogenannten „Plauderplatzerln“
- Maskenpflicht (je nach Infektionslage MNS, bzw. FFP2)

Der Beginn des gesetzlichen Maßnahmenreigens, der in den einzelnen Alters- und Pflegeheimen ganz unterschiedlich umgesetzt wurde, war mit Inkrafttreten des COVID-19-Maßnahmengesetzes am 16. März 2020 (Defrancesco et al. 2020). Damals gab es nur 4 Gründe das Haus zu verlassen:

- um zur Arbeit zu gehen, wenn das notwendig ist,
- für dringend notwendige Besorgungen,
- um anderen Menschen zu helfen und
- in besonderen Fällen galt: Wer im dringenden Fall ins Freie muss, soll das ausdrücklich alleine machen oder mit den Personen, die in der gemeinsamen Wohnung wohnen.

In dieser Phase der Pandemie war jeder Besuch verboten, weil obige Gründe quasi einer „Ausgangsbeschränkung“ gleichkamen.
Je nach Infektionslage in den verschiedenen Alters- und Pflegeheimen und auch je nach Stadt/Bezirk/Bundesland wurden die Maßnahmen unter Umständen auch noch verstärkt.
Am 23.April 2020 verabschiedete die Regierung Maßnahmen zum Schutz von Risikogruppen, allerdings betraf dies lediglich Personen mit Vorerkrankungen am Arbeitsplatz. Menschen, die von Demenz betroffen sind/waren wurden von diesen Maßnahmen nicht gesondert geschützt, obwohl sie aufgrund der Altersstruktur zur Hauptrisikogruppe für eine letale COVID-19 Infektion gehören.

3. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel beschreibe ich den Verlauf des Forschungsprozesses, wie ich zu den von mir befragten Pfleger*innen in den Alters- und Pflegeheimen sowie zu den Angehörigen dementer Personen in ebendiesen Einrichtungen gekommen bin und wie diese Gespräche angelegt waren. Als Methode habe ich das problemzentrierte Interview lt. Witzel gewählt (Witzel, 2019: 210)

3.1 Auswahl der Interviewpartner*innen, Interviewführung

Bei der Auswahl der Alters- und Pflegeheime habe ich mich auf meine nähere Wohnumgebung fokussiert und bin somit in Wien und Niederösterreich geblieben. In Wien habe ich mich per E-Mail an den amtierenden Gesundheitsstadtrat Peter Hacker gewandt und überraschenderweise wurden mir binnen zwei Wochen sehr engagierte Kontaktpersonen vom Fonds Soziales Wien (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser/Häuser zum Leben) genannt, die mir bei der Auswahl der Alters- und Pflegeheime behilflich waren. Diese Gatekeeper haben mir dann ihrerseits den Kontakt zu den Pflegepersonen ermöglicht. In weiterer Folge habe ich die Direktor*innen der vorgeschlagenen Häuser per E-Mail kontaktiert, mein Vorhaben erklärt und die weitere Vorgangsweise vereinbart. Die Direktor*innen ihrerseits haben es dann übernommen ihre Mitarbeiter*innen auszuwählen/zu fragen, wobei mir alle versichert haben, dass alle Interviewpartner*innen freiwillig und gerne mitgemacht haben.
Die Interessen der Angehörigen werden vom Zu- und Angehörigenbeirat vertreten, dessen Leiterin mir bei der Kontaktierung möglicher Interviewpartner*innen behilflich war. Die Erstkontaktaufnahme erfolgte wiederum per E-Mail und jeweils einem nachfolgenden persönlichen Telefonat. Alle Interviews wurden an 3 Standorten der Häuser zum Leben geführt.

In Niederösterreich war man meinem Vorhaben gegenüber nicht so aufgeschlossen. Ich habe mich anfangs an ein Alters- und Pflegeheim nahe meinem Wohnort Wr. Neustadt gewandt. Von dort wurde ich an die Landespflegestelle Niederösterreich in St. Pölten verwiesen. Der Erstkontakt erfolgte wiederum per E-Mail, danach ein ca. 3-wöchiger E-Mailverkehr mit der dort zuständigen Leiterin. Schlußendlich kam es zu einer Absage mit der Begründung: „Es ist uns zu aufwändig, wir verbringen lieber die Zeit an/mit den Bewohner*innen“. In der Folge habe ich mich an ein anderes Alters- und Pflegeheim gewandt, das mittlerweile zur

Organisation „Haus der Barmherzigkeit“ gehört. Das Procedere bis zur Kontaktaufnahme mit den Pflegekräften war dem in Wien ähnlich, sodass ich mich hier nicht wiederholen will. Insgesamt habe ich mit Pflegekräften sechs Einzelinterviews à ca. 30 Minuten und drei Gruppeninterviews mit drei Teilnehmer*innen à ca. 90 Minuten, mit den Angehörigen vier Einzelinterviews à ca. 30 Minuten und 2 Gruppeninterviews mit ebenfalls drei Teilnehmer*innen à ca. 90 Minuten geführt. Gesamthaft ergab das eine Interviewzeit von ca. 12,5 Stunden. Alle Interviewpartner*innen haben im Vorfeld eine Einverständniserklärung zur digitalen Aufzeichnung und zur möglichen Veröffentlichung ihrer Aussagen unterschrieben und einen Kurzfragebogen zu ihrer Person ausgefüllt (im Anhang ersichtlich). Nach jedem Gespräch habe ich ein Interviewtagebuch geführt, das mir im Nachhinein eine wertvolle Rückschau auf den jeweiligen Termin ermöglichte. Bei den Gruppeninterviews hat mich eine ehemalige Arbeitskollegin als Co-Interviewerin unterstützt. Zum einen, um den Interviewfokus nicht zu verlieren, zum anderen um das Gehörte besser einordnen zu können.

Die Interviews waren folgendermaßen aufgebaut: Einer kurzen Begrüßung folgte nochmals die Aufklärung worum es geht und worum es auch genau nicht geht. Im Hauptteil des Interviews bat ich die Interviewpersonen um Geschichten/Ereignisse/Gefühle beim Umgang mit den Dementen, zeitlich getrennt nach „vor Corona“ und „während/nach Corona“. Den Abschluss bildete ein Ausblick auf zukünftige Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Corona, bzw. allfälligen weiteren Krisen, die uns noch bevorstehen könnten und das Erklären des weiteren Vorgehens. Offenheit und Vertrauen bei der Interviewdurchführung ist ein sehr wichtiges Prinzip. Der/die Interviewte hat die Möglichkeit, frei von Antwortalternativen zu antworten. Das Gespräch spielt in der qualitativen Forschung eine wichtige Rolle, so auch die Vertrautheit zwischen Interviewer*in und Interviewpartner*innen (Witzel, 2019: 211). Es wurde diese Methode gewählt, weil die teilweise Standardisierung durch den Interviewleitfaden die nachfolgende Kodierung erleichtert.

Alle Interviews wurden laufend von einer professionellen Transkribientin vollständig transkribiert, der originale Sprachgebrauch großteils beibehalten. Genannte Namen, Orte oder sonstige Aussagen, die Rückschlüsse auf die Interviewperson oder auch die betreute/verwandte demente Person ermöglicht hätten, wurden mit einem X gekennzeichnet. Zu den Transkripten wurden Interviewmemos angefertigt. Die Rückkoppelung auf meine

Forschungsfragen war mir so eher möglich, diese Memos habe ich dann auch in die nachfolgende Auswertung einbezogen.

3.2 Auswertung

Die Interviews wurden mit einem externen Aufnahmegerät (Voice Tracer) aufgezeichnet, die Steuerung des Gerätes erfolgte über ein iPad. Das erfolgte völlig geräuschlos, die Interviewten haben durch das Sprechen und den Blickkontakt mit den Interviewer*innen das Gerät nach kurzer Zeit gar nicht mehr bemerkt. Eine große Zeitanzeige hat die Steuerung der Interviewlänge erleichtert. Danach wurde die Interviews zeitnah transkribiert (Dresing, Pehl, 2018: 16).

- Es wurde wörtlich transkribiert und die Sprache leicht geglättet
- Die Satzformen, auch wenn sie grammatikalische Fehler enthielten, wurden beibehalten
- Der/die Interviewer wurde mit „IH“ bzw. „IM“, die befragten Personen z. B. mit „IP2“ (zweite befragte Person im Gruppengespräch) gekennzeichnet
- Besonders betonte Begriffe wurden unterstrichen gekennzeichnet, z. B. „Ja“.
- Lautes Sprechen wurde mit Fettschrift gekennzeichnet, z. B. „**Nein**“.
- Leises Sprechen wurde kursiv geschrieben, z. B. „*das war gar nicht angenehm*“.
- Störungen, Lautäußerungen sowie Gesprächspausen wurden in Klammern notiert, z. B. (lacht), (Handy klingelt), (räuspert sich), (…)
- Unverständliche Teile wurden mit (…?) gekennzeichnet.
- Angaben, die Rückschlüsse auf einen bestimmten Ort, eine bestimmte Person erlauben würden, wurden anonymisiert.

Nach Fertigstellung alle Transkripte wurde mit dem Bilden von Codes begonnen. Als technische Auswerteunterstützung wurde MAXQDA2020 gewählt (Kuckartz&Rädiker, 2020). Es handelt sich hierbei um ein Programm, das sehr gut die von mir gewählte Interviewform unterstützt. Man lädt den transkribierten Text und die zugehörige Audiodatei in das Programm, markiert eine interessante Stelle im Interview und weist dieser Stelle einen Begriff oder eine kurze Wortfolge zu. So arbeitet man sich Aussage um Aussage durch die Interviews und bildet Kategorien, das ist das sogenannte Codieren (Kuckartz&Rädiker, 2020: 46). Christiane Schmidt beschreibt den Vorgang der Analyse von Leitfadeninterviews (Schmidt, 2019: 447). Wobei man ausgehend von einer Basiscodierung durch mehrere Lesedurchgänge die Kategorien immer mehr verdichtet, ohne dabei die eigenen Forschungsfragen aus dem Fokus zu verlieren.

Da es bei der von mir gewählten Vorgangsweise keine angenommene Theorie bzw. Vorannahme gibt – das Thema „COVID-19 und die Auswirkungen auf demente Personen in Alters- und Pflegeheimen“ ist bisher wenig bis gar nicht beforscht und es gibt auch defacto keine Literatur darüber – habe ich das offene Codieren gewählt, also ohne Vorannahmen (Flick, 2019: 523).

Im Kapitel vier, Ergebnisse, habe ich – immer ausgehend von relevanten Interviewstellen – die daraus gewonnenen Erkenntnisse beschrieben und mit den für mich aussagekräftigsten Textstellen unterlegt. Wenn mehrere Textstellen meine Erkenntnis untermauert haben, dann habe ich auch hin und wieder mehrere Interviewpassagen angeführt. Die Textstellen wurden wortwörtlich den Transkripten entnommen und es wurde jeweils die Quelle der Aussagen offengelegt, z. B. „EI3_FA“ (Drittes Einzelinterview mit einer weiblichen Angehörigen) oder „GI2_P“ (Zweites Gruppeninterview mit Pfleger*innen). Weiters wurde die jeweilige Position im Interview offengelegt, z. B. „EI4_FP, Pos. 20“ (Position 20 im vierten Einzelinterview mit einer weiblichen Pflegerin).

Alle Transkripte, unterschriebenen Einverständniserklärungen und Projektaufklärungsbögen werden von und bei mir im Original verwahrt und sind jederzeit einsehbar.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werde ich erläutern wie viele Personen je Interviewgruppe interviewt wurden. Ich werde allerdings auf einen Vergleich der Interviews und somit auch der interviewten Personen dezidiert verzichten, da es mir in meiner Untersuchung nicht darum geht die Interviewten gegeneinander abzuwägen, sondern Erkenntnisse, sowohl von der Angehörigen-, als auch von der Pflegeseite zu beschreiben. Im Fokus meiner Untersuchung stand und steht immer die demente Person in Alters- und Pflegeheimen, das ist also mein Untersuchungsmittelpunkt. Da die dementen Personen allerdings nicht direkt befragt werden können – einerseits, weil das Gesetz genau diese Personengruppe streng schützt, andererseits weil deren Aussagen je nach Demenzgrad eventuell eingeschränkt verwendbar sind – nähere ich mich dem Thema von der Angehörigen-, bzw. von der Pflegeseite.

Insgesamt wurden 10 Einzel- und 5 Gruppeninterviews geführt, davon entfielen auf:

- Angehörige: 4 Einzel- und 2 Gruppeninterviews (à 3 Personen), Dauer: 5,0 Stunden
  - 3 Männer, das ø Lebensalter beträgt 52,33 Jahre (min. 36/max. 66)
  - 7 Frauen, das ø Lebensalter beträgt 57,00 Jahre (min. 44/max. 64)
  - das ø Lebensalter aller interviewten Angehörigen beträgt 55,60 Jahre
- Pflegende: 6 Einzel- und 3 Gruppeninterviews (à 3-4 Personen), Dauer: 7,5 Stunden
  - 4 Männer, das ø Lebensalter beträgt 40,00 Jahre (min. 30/max. 44), die ø Anzahl Berufsjahre ist 17,75 Jahre (min. 2/max. 24)
  - 12 Frauen, das ø Lebensalter beträgt 42,66 Jahre (min. 27/max. 58), die ø Anzahl Berufsjahre ist 15,33 Jahre (min. 0,5/max. 41)
  - das ø Lebensalter aller interviewten Pflegenden beträgt 42,00 Jahre (min. 27/max. 58)
  - die ø Berufsjahre aller interviewten Pflegenden betragen 15,94 Jahre (min. 0,5/max. 41)

Genauere Details, z. B. Bezugsverhältnis der Angehörigen zu den dementen Personen und eine detaillierte Aufschlüsselung des Alters der Interviewpersonen in der folgenden Tabelle.

Tabelle 1 Detailinformationen zu interviewten Personen

Angehörige				Pflegende			
Interview	Geschlecht	Alter	demente Person ist	Interview	Geschlecht	Alter	Berufsj.
Einzelinterviews				**Einzelinterviews**			
EI1_MA	m	36,00	Vater	EI4_FP	w	57,00	35,00
EI2-1_FA				EI5_FP	w	31,00	2,00
EI2-2_FA	w	53,00	Schwiegermutter	EI7_MP	m	30,00	2,00
EI3_FA	w	44,00	Tante	EI8_MP	w	27,00	4,00
EI6_FA	w	61,00	Nachbarin	EI9_MP	m	44,00	23,00
				EI10_MP	m	43,00	22,00
Einzelinterviews Summen u. Durchschnitt				**Einzelinterviews Summen u. Durchschnitt**			
	∑	Ø			∑	Ø	Ø
	m 1	36,00			m 3	39,00	15,66
	w 3	52,66			w	38,33	13,66
	Alle 4	48,50			Alle	38,66	14,66
Gruppeninterviews				**Gruppeninterviews**			
GI_1A	m	66,00	Vater	GI2_P	w	30,00	2,00
	w	59,00	Mutter		w	49,00	0,50
	w	58,00	Mutter		w	39,00	16,00
GI_4A	m	55,00	Vater		w	37,00	1,50
	w	60,00	Mutter	GI3_P	w	34,00	11,00
	w	64,00	Mutter		w	49,00	18,00
					w	47,00	18,00
				GI5_P	m	43,00	24,00
					w	58,00	41,00
					w	54,00	35,00
Gruppeninterviews Summen und Durchschnitt				**Gruppeninterviews Summen und Durchschnitt**			
	∑	Ø			∑	Ø	Ø
	m 2	60,50			m 1	43,00	24,00
	w 4	60,25			w 9	44,11	15,88
	Alle 6	60,33			Alle 10	44,00	16,70
Angehörige Summen und Durchschnitt				**Pflegende Summen und Durchschnitt**			
	∑	Ø			∑	Ø	Ø
	m 3	52,33			m 4	40,00	17,75
	w 7	57,00			w 12	42,66	15,33
	ALLE 10	55,60			ALLE 16	42,00	15,94

4.1 Alters- und Pflegeheime in der Pandemie

Die Alters- und Pflegeheime haben sich nach einer anfänglichen Phase der Unsicherheit ziemlich rasch zu einheitlichen Vorgangsweisen, gerade was den Umgang mit Menschen mit Demenz betrifft, gefunden. Beispielhaft dafür ist ein kurzer Auszug aus dem Handbuch „Pandemieplanung der Häuser zum Leben“, dessen erste Fassung im April 2020 erschien. Ich beziehe mich in weiterer Folge auf die vorläufig letzte Version vom 3. September 2021: „Trotz der COVID-19 Maßnahmen müssen Menschen mit demenziellen Erkrankungen unterstützt werden, ein möglichst alltagsnormales Leben weiter zu führen. Insbesondere in fortgeschrittenen Stadien leben Betroffene zunehmend in ihrer Gefühlswelt. Sie nehmen Angst und Verunsicherung der Betreuenden sowie Zu- und Angehörigen, die in der Corona-Krise allgemein herrschen, wahr. Sie nehmen diese Gefühle unterschiedlich und individuell auf und können dadurch auch selbst unsicherer, unruhiger, agitierter und verwirrter werden.“ (Handbuch Pandemieplanung: 77)

Um jedoch obige Anforderung erfüllen zu können, bedarf es mehrerer Betreuungsschienen, einerseits die Angehörigen und eben andererseits die Pflegenden. Das alles im Kontext der jeweilig gültigen Verordnungen. Dabei gilt es vorrangig die vulnerable Gruppe der dementen Personen zu betreuen, zu pflegen und zu schützen. Es darf aber auch nicht vergessen werden, dass die Außenwelt ebenfalls solche Bedürfnisse hat. Sowohl die Angehörigen, als auch die Pflegenden haben ja auch noch selbst Familien, die sie betreuen und schützen müssen. Sie sind also in einer Zwickmühle, die auch in den Interviews immer wieder zum Vorschein kommt.

> IP: „[…] indem man sich bemüht, dieses System und diese Strukturen in den Heimen zu verstehen und zu adaptieren und sich selber aber auch einzubringen, indem man auch mit Informationen hilft, die den Angehörigen betreffen, indem man Fragen stellt, indem man miteinander ganz offen über den Menschen, der dort betreut wird, diskutiert, spricht, es soll ein Miteinander sein und nicht zwei voneinander getrennte Komplexe.“ (EI2-2_FA, Pos. 8)

> IP: „Man muss akzeptieren, dass das (das Heim, Anmerkung des Verfassers) ein eigener Strukturbereich ist und in einer Pandemie natürlich dann umso mehr, weil das Heim muss die Bewohner schützen, das Heim muss seine Pflegekräfte schützen, weil die müssen ja funktionieren und die dürfen nicht krank werden, das ist wichtig, und da können Angehörige wirklich sehr sehr viel tun, dass sie das unterstützen.“ (EI2-2_FA, Pos. 229-234)

Den Alters- und Pflegeheimen, also eigentlich den Ausführenden, nämlich den Pflegenden, ist somit sehr viel Verantwortung aufgebürdet worden. Sie sollen dabei folgendes beachten

(Auszug aus der Handlungsanweisung für Pflegende in den Häusern zum Leben, Handbuch Pandemieplanung: 77):

- Gewohnte Routinen und Strukturen (Tagesstrukturen) beibehalten, denn für Menschen mit Demenz kann es beängstigend sein, wenn sich Routine bzw. die üblichen Abläufe plötzlich ändern. Bei Abweichungen von gewohnten Rahmenbedingungen und Strukturen sollen diese so gering wie möglich gehalten werden.
- Wiederkehrende Aktivitäten sollen zu gleichbleibenden Zeitpunkten stattfinden.
- Hygienemaßnahmen in die Aktivierung miteinbeziehen.
- Kontakte mit den Zu- und Angehörigen aufrechterhalten: Je nach Phase der Demenz sollen diese regelmäßig zum gleichen Zeitpunkt z. B. per Videotelefonat stattfinden.
- (Video)Botschaften: Freunde oder Familienangehörige schicken den Bewohner*innen Tonaufnahmen, Videobotschaften, Postkarten, Briefe oder kleine Pakete mit dem Ziel in Kontakt zu bleiben. Diese sind von den Pfleger*innen an die Bewohner*innen zu übermitteln.
- Aktivierungskisten: Schuhkarton gefüllt mit verschiedenen Gegenständen, die unterschiedliche Sinne ansprechen, z. B. Duftsackerl, Federn, Steine, Zweige, Tücher, … Diese Materialien können entweder der Jahreszeit entsprechend oder biografisch gewählt werden und geben zusätzlich Orientierung.

Weiters soll auch die Einbindung der Zu- und Angehörigen der dementen Personen vermehrt unterstützt werden (Auszug aus der Handlungsanweisung für Pflegende in den Häusern zum Leben, Handbuch Pandemieplanung: 77-78):

- Bei einer Schließung der Häuser für Angehörige aufgrund der Maßnahmen in der Krise ist es wichtig zu erheben, welche Aufgaben/Tätigkeiten/Aktivitäten üblicherweise von/mit Angehörigen erledigt werden und welche Rituale es gibt. Für diese konkreten Punkte müssen dann Alternativen gefunden werden.
- Die Kontaktaufnahme der Angehörigen per Videotelefonie, Skype etc. wird von den Mitarbeiter*innen der Pensionistenhäuser unterstützt, z. B. Tablet, Briefe vorlesen, …
- Geplante persönliche Gespräche mit Zu- und Angehörigen über die Sinnhaftigkeit der gesetzten Maßnahmen und die Wichtigkeit der gemeinsamen Umsetzung werden geführt.

Eine weitere wichtige Aufgabe von Alters- und Pflegeheimen ist die Unterstützung der eigenen Mitarbeiter*innen bei der Ausführung ihrer Pflichten.

> IP: „Aber wir haben ja so ein tolles System, das nennt sich Care Center, da schaut man hinein, das ist das Computer-Programm bei uns halt praktisch, da seh ich gleich, was ich da und dort zu tun hab. Also im Prinzip braucht man da nicht großartig, wenn man einigermaßen versiert ist oder schon ein alter Hase ist in der Branche, keine Einschulungszeit oder was, und da seh ich detailliert, das und das und das muss ich machen, und so pflege ich die Leute und schau, dass es ihnen gut geht.“ (EI10_MP, Pos. 52)

Ein weiterer Vorteil ist, dass auch in stressigen Zeiten nichts vergessen werden kann und die Nachvollziehbarkeit der Handlungen seitens der Pflegenden zu jeder Zeit gegeben ist:

> IH: „Was wird da alles geschrieben und in welcher Form? Wirklich noch geschrieben?“
> IP1: „Nein, wir haben umgestellt auf elektronisch, und wir Diplomierten planen die Sachen, und Pflegeassistenten und Heimhilfen klicken das dann ab, die Tätigkeiten, was sie gemacht haben, können sie abklicken, und zusätzlich einen Pflegebericht noch schreiben. Aber am Computer, nix mehr handschriftlich.“
> IH: „Und somit können sie auch nix vergessen.“
> IP1: „Genau.“
> IH: „Was ein Vorteil ist, na?“
> IP2: „Mhm.“
> IP1: „Und wenn sie was zusätzlich gemacht haben, dann kann man das ad hoc noch eingeben, auch noch zusätzlich.“
> IP2: „Ja genau, kann man nicht, weil dann bleibt es als offene Maßnahme und das sieht man gleich. ((alle stimmen zu))“
> IH: „Das ist gscheit auch aus der Sicht der Betroffenen, [...] wahrscheinlich die Angehörigen auch, wenn die fragen, wieso ist **das** nicht gemacht, **das** nicht gemacht, kann man sagen, **ist** gemacht.“
> IP1: „Genau, ja. Und es ist auch mit Namen dokumentiert, also jeder muss selber mit dem Namen dokumentieren und da steht auch dann der Name dabei.“ (GI2_P, Pos. 58-67)

Solche Unterstützungsprogramme wurden gut angenommen und sind gerade in Zeiten großer Unsicherheit als sehr wertvoll eingestuft worden. Natürlich darf man auch den Blickwinkel der Kontrolle der Mitarbeiter*innen nicht außer Acht lassen, dieses Thema wurde jedoch seitens der Pfleger*innen nicht dezidiert angesprochen.

Aber gerade zu Beginn der Krise, als die Arbeitsabläufe (noch) nicht gefestigt waren, war auch große Unsicherheit zu spüren, wie nachfolgende Aussage einer Pflegekraft untermauert:

> IP2: „Bei mir hat erst alles angefangen, wie wir wirklich auch Corona im Haus gehabt haben. Das war für mich halt dann so der Knackpunkt. Aber davor, ja, man hat's halt in Kauf genommen. Was mich mehr geärgert hat, war eigentlich, dass wir wirklich für **alles** zuständig waren, also dass man null Unterstützung gekriegt hat, man hat immer nur eine auf den Deckel gekriegt im Endeffekt. Die Rezeption hat ständig angerufen, wir müssen das, das und das machen, wo ich mir dann schon gedacht hab, okay, ist jetzt die Rezeption mein Vorgesetzter oder ist wirklich **mein** Vorgesetzter mein Vorgesetzter? Das war halt dann irgendwie, da hat man kurzzeitig so das Gefühl gehabt, gut, Pflege ist die unterste Schublade.“ (GI2_P, Pos. 146)

Es gab/gibt für die Zeit der Pandemie auch ganz konkrete Handlungsanweisungen seitens der Alters- und Pflegeheime. Diese sind jedoch – auch aufgrund von Unsicherheit, Stress und Angst seitens der Pflegenden nicht immer eingehalten worden, worauf folgende Aussage eindeutig schließen lässt:

> IP1: „[…] viele Kollegen haben sich halt nicht an die Vorschriften gehalten. Zum Beispiel sind sie halb ohne Schutzkleidung, natürlich werden sie von der Direktorin nicht angeschrien, aber schon heftig ...“ (GI3_P, Pos. 186)

Eine weitere wichtige Komponente aus Sicht der Anstaltsleitungen ist das Schützen und Motivieren der eigenen Belegschaft. Die Mitarbeiter*innen müssen sich untereinander vertrauen und auch die Rückendeckung der Chefetage bekommen. Die „richtigen“ Mitarbeiter*innen am „richtigen“ Platz ist die Devise, wie man folgender Aussage entnehmen kann:

> IH: „Es ist wahrscheinlich auch schwierig, da jemanden grad in einer Krisensituation von außen hereinzubekommen, das ist für beide Seiten schwer.“
> IP1: „Kennen sich nicht aus, ja, nein. In eine bestehende Struktur, wo man weiß, okay auf den kann ich mich jetzt verlassen und das macht der jetzt mit und der weiß schon, wie das alles abrennt, wen Neuen reinsetzen in dem Moment, glaub ich, würd gar nicht funktionieren.“ (GI2_P, Pos. 322-323)

4.2 Demente Personen

4.2.1 Die Zeit vor Corona

Die Zeit vor dem 11. März 2020 ist bei der Gruppe der dementen Personen UND aus deren Sicht nicht gesondert zu beschreiben, da mit keinen dementen Bewohner*innen selbst ein Interview geführt wurde. Die Begründung ist in Kapitel 3, methodisches Vorgehen, erklärt. Alle Details zum Befinden und auch zur Gefühlswelt der Dementen folgen den Aussagen der interviewten Pfleger*innen und den Angehörigen.

Vor Corona ging das Heimleben also seinen gewohnten Gang. Die Bewohner*innen in Phase 1 waren großteils noch in ihren eigenen Zimmern, diejenigen in den Phasen 2 und 3 in Tag.Familien, das ist eine Einrichtung innerhalb der Heime, wo Bewohner*innen stundenweise betreut werden können. Bewohner*innen in der Phase 4 waren überwiegend auf den Pflegestationen untergebracht. Der Tagesablauf folgte den Gewohnheiten der Menschen und konnte so gestaltet werden, wie es die Struktur der Alters- und Pflegeheime eben vorsah. Alle Personen konnten in den allgemeinen Speiseräumen ihre Mahlzeiten einnehmen, was auch für die Kommunikation untereinander sehr wichtig ist. Weiters gab es oftmals Veranstaltungen, wo es meist eine rege Beteiligung gab. Das war Abwechslung, Zeitvertreib, geselliges Beisammensein und ermöglichte den Bewohner*innen Erlebnisse zu generieren, die sie nachher dann auch ihren Angehörigen erzählen konnten.

> IP: „Heute hat die eine Dame gesagt: ‚Ja, wissen Sie, wenn ich mit Ihnen da jetzt spiel mit den Sachen da, dann denk ich gar nicht auf mein Asthma, da krieg ich gar keinen Anfall.‘ Sag ich: ‚Ja das ist aber gut, ((lacht)) obwohl der Ball, so ein weicher Ball, ich hab mir gedacht, der wird staubig sein, den müssen wir wieder einmal waschen, aber: Da krieg ich gar kein Asthma.‘ Das hat mir so gut gefallen, dass sie so abgelenkt war, dass sie nicht husten muss.“ (EI4_FP, Pos. 20)

4.2.2 Die Zeit während Corona

Die Zeit ab dem 11. März 2020 war für die dementen Bewohner*innen besonders einschneidend.

4.2.2.1 Alles ist schlagartig neu

Von einem Tag auf den anderen waren gewohnte Tagesabläufe, die jedoch gerade bei dementen Personen sehr wichtig sind, anders, scheinbar neu und eigentlich nicht zu verstehen. Angst, Unsicherheit und Unverständnis war plötzlich auf der Tagesordnung:

> IP: „Und der erste Lockdown war extrem belastend, sehr schwierig, die Bewohner durften nicht rausgehen und wir waren auch da als Pflegepersonen sehr belastet natürlich, die Bewohner mussten weinen, die Angehörigen konnten nicht reinkommen, besuchen konnten die auch nicht, und wir waren die einzige Bezugsperson, [mit der sie]

reden können oder Kontakt haben. Und wir konnten auch nicht sehr nahe zu unseren Bewohnern kommen. Vorher, wenn jemand eine Umarmung braucht, dann konnten wir das leichter machen, aber während Covid, es war sehr schwierig.“ (EI5_FP, Pos. 14)

IP: „Die haben Aggressionen, Ängste, es ist alles ganz massiv zeitweise, ja? Wo man nicht weiß, hmm, wie tu ich weiter. Aber wenn man sich selbst als Persönlichkeit da ein bissel näher dran an den einen, der es halt grad braucht – es ist oft so, dass es eine Menge grad **nicht** braucht, aber der eine fällt auf, der **braucht's**. Da muss ich mich halt dann ganz besonders hinwenden, dann kann man das wieder ein bissel auf gleich bringen, ja genau.“ (EI4_FP, Pos. 16)

In der nachfolgenden Interviewpassage kann man sehr gut und genau der Unsicherheit, der Vergesslichkeit und der Schwierigkeit der dementen Person folgen, mit den grundlegend anderen Umständen umzugehen:

IP: „Genau, korrekt, ja. Mhm. Nein, also am schlimmsten meines Erachtens nach, dieser Cut wirklich von einem Tag auf den nächsten, weil der demente Mensch, auch wenn du es ihm fünf Mal am Tag sagst, je nachdem, wie weit die Demenz fortgeschritten ist, der weiß nicht, dass es das Virus gibt. ‚Na geh wirklich, an Virus gibt's? Naa des is a Wahnsinn, und da darf jetzt kaner einikumma?‘ – ‚Jo, so is des Frau XY, so is des.‘ Zehn Minuten später: ‚Meine Angehörigen, des is a Wahnsinn, der Sohn, der rührt sich überhaupt net.‘ – ‚Jo, hob i Ihna vorhin erklärt, ich weiß, es is halt jetzt dieser Virus, is grod bled.‘ – ‚Na und do kummt er net?‘ – ‚Naa der darf jetzt net kumma.‘ – ‚Naa des is a Wahnsinn, des is jo furchtbar, furchtbar. Also dass mei Sohn heit net kummt, des is ...‘ So was halt, so in die Richtung. Wahnsinn, für uns ein Wahnsinn.“ (EI10_MP, Pos. 38)

4.2.2.2 Wer sind meine Bewohner*innen?

Ein immer wichtiger Faktor im Umgang mit dementen Personen ist die genaue Kenntnis der „Menschen hinter den Bewohner*innen“ – also wie haben diese Leute gelebt, was sind ihre Vorlieben, was wollen sie gar nicht? Gerade am Beginn der Krise hat sich jedoch die Wichtigkeit um das Hintergrundwissen über die Dementen verstärkt, wie nachfolgende Interviewpassage erläutert:

IP: „Naja, das kann man schon einmal von Anfang an sagen, wo die Leute noch sagen: ‚Ich kann alles‘, wo´s noch gar nicht angekommen ist, ‚ich kann ja sowieso noch alles.‘ Sie überspielen das dann am Anfang, sie überspielen das, wo man dann erst mit der Zeit draufkommt, hoppala, jetzt muss ich den Bewohner erst einmal kennenlernen, er war ja vielleicht im Haus, ich hab ihn immer gesehen, aber jetzt hab ich ihn dann bei mir und jetzt muss ich, okay, wo sind jetzt diese Defizite, wo geht‘s nimmer, orientierungsmäßig, kleidet er sich noch, wie schaut‘s in der Wohnung aus, kann er das allein noch händeln in der Wohnung, wie ist es mit Medikamenten. Okay, er kommt erst dann zu uns, wenn das eh ziemlich abgeklärt ist, man kommt dann trotzdem noch drauf, was ist da noch, was er braucht, was hat er für ein Bedürfnis. Ich muss immer ein bissel Biografie schauen, Biografiearbeit machen, immer im Vorhinein schon, was braucht er, wo kann ich ihn mitnehmen, wie können wir eine Gruppe gestalten, wo wir den Vormittag verbringen. Und die denken einmal nicht dran, dass sie jetzt nicht raus dürfen, dass kein Angehöriger kommen darf. ‚Was dürfen wir noch alles nicht?‘ Früher hab ich ihnen die Freiheit gelassen, wenn sie nicht bei der Gruppe sein wollten, dann wollten die halt, das Bedürfnis vors Haus zu gehen, wenn‘s schön war …“ (EI4_FP: 10)

4.2.2.3 Abbau der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten

Ein starkes äußeres Zeichen, das in unmittelbarem Zusammenhang mit den diversen Beschränkungen während der Pandemie gesehen wird, ist der Abbau des Körpers und der kognitiven Fähigkeiten, dem naturgemäß auch eine massive Einschränkung der Kontaktmöglichkeiten folgt. Dieser Umstand wurde von den Pflegenden deutlicher wahrgenommen, als von den Angehörigen. Die Pfleger*innen haben die Bewohner*innen aber zu der Zeit auch häufiger gesehen als die Angehörigen. Eine Angehörige beschreibt das folgendermaßen:

> „Das ist, glaub ich, Teil der Krankheit, das ist einfach so, das kann man nicht wirklich anhalten oder verlangsamen.“ (EI1_MA, Pos. 122)

Auf die Frage, ob man eine Verbindung herstellen könne zwischen der Abgeschiedenheit und der sich verschlechternden Krankheit, meinte der Interviewpartner:

> „Unsere Bewohner waren im Zimmer in Quarantäne, viele waren positiv. Und man konnte wirklich sehen von Tag zu Tag, wie er schlechter ausschaut, allein drinnen zu sein, er war irgendwie gelb im Gesicht, also total eine Veränderung. Und er war nicht der Einzige.“ (EI7_MP: 66)

Pflegende wiederum ordnen die Zustands- und Wesensveränderung anders ein:

> IP: „Sie war vorher schon nicht wirklich gut orientiert, sag ich einmal, sondern so Stadium eins, zwei, dass sie sich halt ein bissel mit der Zeit vertan hat und so, aber das ist eskaliert mit stationsflüchtig, verbal aggressiv, tätlich, also richtig aggressiv auch mit Hinhauen und so, also der ist es in der Zeit nicht gut gegangen.“ (EI9_MP: 104)

Während des ersten kompletten Lockdowns im Frühsommer 2020 waren die Pfleger*innen angehalten ihre Pfleglinge auf der Stufe der sogenannten „Grundversorgung“ zu behandeln, wie nachfolgende Aussage beschreibt, was ebenfalls die Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei einigen Bewohner*innen zur Folge hatte:

> IP: „Das glaub ich schon, weil man muss auch sagen, wie da ein Hotspot gewesen ist, hat's natürlich weniger Personal gegeben, das heißt, es ist auf Grundpflege reduziert worden, und natürlich kommen da die Bewohner zu kurz, weil es ist ja nicht nur Waschen und aufs Klo gehen, sondern es ist ja auch die Seniorenbetreuung, fördert sie, man macht so Training, Gedächtnistraining, und das fällt natürlich alles weg. Natürlich glaub ich dann, dass viele Leute halt schon vielleicht einen schwereren Schub kriegen oder es uns halt dann schwerer vorkommt, aber sie sind halt dann auch weniger betreut worden. Es ist halt so, weil wenn man kein Personal hat, wo soll man denn, das geht ja nicht, man kann ja nicht sagen, du arbeitest sieben Tage und Nächte durch.“ (EI8_MP: 127-128)

In einigen Fällen hat sich der Abbau des Körpers in drastischen Wesensveränderungen gezeigt, was unter den Dementen auf unterschiedlichen Arten zum Ausdruck kam:

> IP: „Und wenn nur eine Dame sagt, mit ihrem Stecken: ‚Gengan S' weg, sunst hau i Ihna den Stecken über de Haxen.‘ Also verbale Gewalt und man muss selber diese

> Aggressionen, dass man das und das nimmer kann, irgendwie hinauslassen und dann kommen halt so, [...], uh, ha ((lacht)), ich hör das nebenbei und na, da müssen wir aufpassen, damit da nicht ...“ (EI4_FP: 158)

> IP: „[…] Selten, aber doch immer wieder, ich mein, ich bin auch schon lang genug da. Na vielleicht, was Sie in der Form noch nicht gehört haben: eine Dame, eine alte betagte Dame halt, die mich begrabscht hat, aber so richtig, und auch wirklich eigentümliche obszöne Meldungen geschoben hat, wo du dir denkst, na bumm, naa net schlecht. Mit dem muss man aber auch umgehen, ich kann damit ganz gut umgehen und hab halt immer gschaut, dass ich da mit einem gewissen Schmäh halt so ein bissel drüberkomm, wissen S'? Aber kurz schluckst du dann schon, denkst dir, **so** alt und dann solche Meldungen schieben, na bumm, das mach nicht einmal ich. Wissen Sie, was ich meine?“ (EI10_MP: 107-112)

Ein weiterer Gesichtspunkt war, dass in einigen Interviews auch das medikamentöse Ruhigstellen auffälliger Patient*innen zur Sprache kam:

> IP: „Ja, Ja. Sind viele Medikamentengaben da, dass die Leute schlafen können, es sind schon ein guter Teil mit Schlafmedikation.“
> IH: „Mhm, mit Schlafmedikation, ja.“
> IP1: „Ja. Teilweise auch tagsüber mit Psychopharmaka, aber in moderaten Dosen, sag ich einmal.“
> IH: „Das ist auch ärztliche Anordnung wahrscheinlich.“ (EI9_MP: 129-133)

Die professionell Pflegenden gehen jedoch sehr routiniert mit den Veränderungen ihrer dementen Bewohner*innen um, nicht alle Veränderungen werden auch mit den Angehörigen besprochen, wie aus folgender Aussage zu entnehmen ist:

> IP: „Nein, nein, nein. Also in dem besagten Fall hab ich es nicht getan. Man bespricht's dann mit dem Hausarzt zum Beispiel oder mit dem Neurologen und da gibt's ein tolles Medikament, xxx, und wenn wer sexuell enthemmt ist, das Medikament schaut halt, dass das dann wieder ein bissel abgeflacht wird oder abgefangen.“
> IH: „Ist das eine hormonelle Geschichte oder ist das auch ein Teil der Plaque-Bildungen von der Demenz?“
> IP: „Das wird wahrscheinlich mitunter ein Teil der Demenz sein. Eine hormonelle Geschichte in dem Alter – nein, nach der Menopause gibt's da nix mehr. Also drum wird das wahrscheinlich, und das weiß man ja auch, doch ein Teil der Demenz sein, nicht bei allen, das ist mannigfach, bei einem wirkt sie sich **so** aus, beim andern **so**.“ (EI10_MP: 113-116)

Unter den Interviewpartner*innen herrschte jedoch keine Einigkeit was den eindeutigen kausalen Zusammenhang zwischen „Verschlechterung der Krankheit“ und den Einschränkungen während der Pandemie belegt.

4.3 Erfahrungen von professionellen Pfleger*innen

Pfleger*innen sind wohl im Betreuungsdreieck demente Person/Pfleger*innen/Angehörige ein besonders wichtiger Faktor. Sie arbeiten täglich direkt an und mit den Heimbewohner*innen, sowohl in der sogenannten Tag.Familie, als auch auf der Pflegestation. Sie erleben täglich wie es den Bewohner*innen aktuell geht, was sie **jetzt** benötigen, was sie **jetzt** wollen, d.h. sie erleben auch mögliche Stimmungsschwankungen, was sich in Zeiten von Corona noch zeigen wird. Mit der Zeit hat sich die Rolle der Pflegekräfte auch gewandelt, mittlerweile gibt diplomierte Pfleger*innen und Hilfskräfte. Das Aufgabengebiet ist an sich klar definiert, das hat sich jedoch während der Pandemie nicht immer bewährt.

4.3.1 Die Zeit vor Corona

Die Zeit vor Corona, also bis 10. März 2020, verlief für die Pflegenden in einem gewohnten Rhythmus ab. Dienstbeginn, Morgenbesprechung, Morgenrunde, …

Eine Pflegekraft, die ihren Beruf schon lange ausübt, beschreibt die Frage, ob es vor Corona so etwas wie einen „normalen Arbeitstagesablauf" gab so:

> IP: „Grundsätzlich einmal war's vorher Einteilung des Tagesteams, wer geht wohin, also dass die Pflegeassistenten gewusst haben, okay, ich bin dort, ich bin da, und sonst hauptsächlich dann Organisatorisches. Beim Berufsbild des Diplomierten hat sich ja einiges gewandelt, früher vor – weiß ich nicht – zehn, fünfzehn Jahren hat man noch alles gemacht, und das ist jetzt, eher weg vom Patienten hin zum Bildschirm hat sich das gewandelt, das Hauptaugenmerk des Diplomierten. Das ist in den letzten paar Jahren auf jeden Fall, vor allem seit Neuübernahme ist das stärker zutage gekommen, also ich sag einmal, bei xxx war ich nach wie vor ein Pflegehelfer, war ich Heimhilfe, war ich alles mehr oder weniger, und jetzt ist das ein bissel eher aufgesplittet worden. Das ist **dein** Tätigkeitsbereich, **deine** Verantwortung, das ist **da** und das ist **dort** und so." (EI9_MP, Pos. 9-10)

In einer Gruppendiskussion unter Pflegenden wurde obige Frage folgendermaßen beschrieben:

> IP1: „Schon."
> IH: „Eine gewisse Routine, Alltagsroutine."
> IP1: „Ja. Ich mein, wenn die Stürze, wenn die dazwischengekommen sind, mit denen rechnet man, aber man hat halt seine Arbeit erledigen können, so wie man sich das gedacht hat übern Tag verteilt."
> IP2: „Ja. Und bevor man in die Arbeit gekommen ist, man hat auch gewusst, was auf mich wartet, man konnte schon schätzen, was zu tun sein wird am Tag. Obwohl, es gibt auch Notfälle und das weiß man nicht, aber man kann mehr planen." (GI2_P, Pos. 32-35)

Die Routinearbeiten werden aber oft auch durch spontane Vorfälle unterbrochen, wie nachfolgende Aussage belegt:

> IP1: „Ja sicher, es gibt in der Früh, also es gibt eigentlich den ganzen Tag so diese Routinearbeiten, die man tagtäglich macht. Dann gibt's diese Arbeiten, die zwischendurch anfangen, was man vielleicht auch nicht vorhersehen kann.“
> IH: „Was denn zum Beispiel?“
> IP1: „Wenn jemand stürzt oder, gut, eine Aufnahme, die weiß man in Vorhinein, das ist eigentlich schon was Geplantes, oder natürlich, wenn jetzt jemand komplett unruhig ist vielleicht oder so einen Demenzschub hat und komplett unruhig wird. Ja, wie gesagt, die Stürze, die sind auch unvorhergesehene Ereignisse, die man nicht so einplanen kann, aber sonst hat man natürlich seine Routinearbeit. Wir Diplomierten natürlich die Visiten halt hauptsächlich oder Pflegeplanungen, solche Dinge, Medikamente bestellen, Zusammenarbeit mit den Pflegeassistenten, was für die Planung und fürs Assessment auch wichtig ist und so, solche Dinge.“ (GI5_P, Pos. 14-16)

Es ist natürlich keinesfalls so gewesen, dass die Pflegenden vor Corona sehr viel Zeitpuffer hatten, allerdings gab es diese nötigen Ressourcen, da einfach im normalen Tagesablauf nicht so viel auf einmal passiert ist.

Es war auch viel eher möglich das „Wichtige“ vom „Dringenden“ zu unterscheiden. Diese beiden Begriffe werden oftmals verwechselt. Viele Dinge sind (scheinbar) oft dringend, speziell in der Außensicht von anderen Personen, sind sie aber deshalb wichtig? Wie wir jedoch in einer späteren Ausführung sehen werden vermischen sich gerade diese beiden Begriffe während der Coronazeit enorm.

Der Tagesablauf in einem Alters- und Pflegeheim richtet sich, wie nachfolgende Interviewpassage bekräftigt, einerseits nach den Routinetätigkeiten der Pfleger*innen, andererseits jedoch auch nach dem Tagesablauf der Bewohner*innen. Gerade für demente Personen ist ein geregelter Tagesablauf besonders wichtig, Veränderungen werden meist mit Misstrauen begegnet:

> IP: „[…] wir haben eine Struktur, wir haben einen Ablauf, der ist geregelt. Das richtet sich nach der Pflege, nach den Mahlzeiten, das ist das Wichtigste, und so zwischendurch kommen halt diese Aktivitäten, die man halt machen kann. Am besten so was, wo man möglichst Viele einbinden kann, dass keiner aus der Gruppe fällt, weil **so** haben wir irgendwie nicht die Ressourcen an Personal, dass man sagt, ich mach mit dem einen jetzt da eine Einzelbetreuung, ganz lange irgendwas stricken, was eh schon schwierig wird, aber ich bemüh mich halt, aber es geht schlecht. Am besten ist es in einer Gruppe, wo es Spaß macht, und dann vergeht die Zeit schnell und fragt keiner nach ...“ (EI4_FP, Pos. 18)

Aktivitäten von Pfleger*innen mit Hausbewohnern, entweder in Gruppen, oder einzeln, waren vor Corona ebenfalls ein fester Bestandteil der Betreuungstätigkeit. Einerseits um die Bewohner*innen zu mobilisieren, andererseits auch um sie geistig zu fordern und fördern.

Dementen Personen ist auch (körperliche) Nähe sehr wichtig. Viel Kommunikation läuft über Berührungen und Gefühle, vieles wird mit der Mimik vermittelt. Auch hier gab es vor Corona ganz klare Vorteile, wie nachfolgende Aussagen untermauern:

> IP: „Vor Covid war's so, dass wir einfach ohne Maske reingekommen sind und wir konnten auch ganz nahekommen. Zum Beispiel in der Früh beim Frühstück durften wir am Tisch mit den Bewohnern sitzen und frühstücken und reden.“ (EI5_FP, Pos. 26)

> IP: „Naja klar, wie sollen sie einen noch kennen mit Maske, na? Und das war vor Corona schon anders, da hat man halt auch eine Beziehung aufbauen können zu den Bewohnern.“ (EI8_MP, Pos. 30)

4.3.2 Die Zeit während Corona

In diesem Kapitel sprechen wir über den Zeitraum ab dem 11. März 2020. An diesem Tag haben viele Einschränkungen begonnen, die je nach Pandemiephasen verschärft, gelockert und wieder verschärft wurden.

4.3.2.1 Alles ist schlagartig neu

In vielen Alters- und Pflegeheimen gab es für die Pflegenden massive Veränderungen, sowohl was den Umgang mit den dementen Bewohner*innen betrifft, als auch, was die arbeitsrechtliche und organisatorische Seite betrifft.

> IP: „Ja, man ist in den Dienst gekommen und es war auf einmal alles anders. Man konnte nicht seinem Gewohnten – das mach ich da und dann mach ich das – nachgehen, sondern man hat sich einmal komplett neu organisieren müssen, weil das ganze Haus auf einmal in einzelne Teilbereiche aufgeteilt war und nicht ein großer Bereich und man geht halt durch. Das war einmal am Anfang ziemlich heftig, da wieder einmal sich neu zu sortieren, neu zu orientieren, okay, ja, wie tun wir denn jetzt? Was aber dann im Endeffekt nach ein, zwei Tagen im Dienst eh wieder in so eine Art gewohnte Routine übergegangen ist, weil man dann gewusst hat, okay ja, so funktioniert's grad, so können wir miteinander das Ganze halbwegs eindämmen oder nicht noch weiter verbreitern lassen, und es hat leidlich funktioniert, sag ich einmal. Also es sind dann doch noch Fälle dazugekommen, warum, ob da jetzt die Hygienekette nicht funktioniert hat oder ob die schon vorher positiv waren und das erst nachher aufgetreten ist – hm.“ (EI9_MP, Pos. 58)

Sehr rasch wurde auch seitens der Alters- und Pflegeheime reagiert. So gab es bald ein Pandemiekonzept, das den Pflegekräften in einer Zeit, wo niemand wusste was jetzt passieren wird und wie es weitergeht, eine gewissen Grundsicherheit vermittelte:

> IP3: „März war halt, nachdem's überhaupt neu war in Österreich, jetzt im Nachhinein war's ja eigentlich harmlos, so betrachtet, aber natürlich war's neu. Man hat dann schon, wir haben dann ein Pandemiekonzept gehabt in kurzer Zeit, also das ist dann schon ziemlich schnell erstellt worden.“ (GI5_P: 62)

Am Beginn der Pandemie wurden in den Heimen Personal-Cluster gebildet, damit allfällige Ausfälle bei den Mitarbeiter*innen leichter ausgeglichen werden können. Eine dahingehende Frage wurde in einem Interview folgendermaßen beantwortet:

> „IP: „Waren wir anfangs, im ersten Lockdown, da waren wir quasi immer die Gleichen im Team.“

> IH: „Dass, wenn jemand ausfällt ...?“
> IP: „Da war der Dienstplan ein wenig anders gestaltet, da haben wir dann weniger [...] gehabt, aber halt dafür mehr oder weniger waren wir immer auf Bereitschaft, quasi sollte man verfügbar sein, sollte auf einmal wer ausfallen.“ (EI9_MP: 83-86)

Den Pflegekräften in allen Alters- und Pflegeheimen ist in der Pandemiezeit eine besondere Rolle zugefallen. Sie haben selbst Familie und ein privates soziales Umfeld, sind in ihr Arbeitsumfeld mit Kollegen*innen eingebunden, sollen/müssen sowohl die gesetzlichen, wie auch die heiminternen Vorgaben umsetzen und das alles zum Schutz und Wohl der Bewohner*innen, also ihren Schutzbefohlenen.

Das beginnt schon mit dem Eintritt zu ihrem Arbeitsplatz. Die Vorgabe dazu hat sich während der Pandemie oftmals geändert, lautet z. B. ab dem 3.9.2021 so:

- Mitarbeiter*innen dürfen ins Haus, wenn sie einen Nachweis über die Erfüllung der 3-G-Regel vorweisen können. Ein Nachweis ist für die jeweilige Geltungsdauer bereitzuhalten (Gültigkeit: PCR-Test = 48 Stunden, Antigen-Schnelltest = 24 Stunden).
- Im Fall eines positiven Testergebnisses kann das Einlassen abweichend davon dennoch erfolgen, wenn jedenfalls mindestens 48 Stunden Symptomfreiheit nach abgelaufener Infektion vorliegen und der medizinische Laborbefund einen CT-Wert > 30 ausweist und daher nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft davon ausgegangen werden kann, dass keine Ansteckungsgefahr mehr besteht. (Auszug aus der Handlungsanweisung für Pflegende in den Häusern zum Leben, vgl. Handbuch Pandemieplanung: 44)

Wie jedoch nachfolgende Interviewpassage zeigt, ist/war das nicht immer so klar ersichtlich:

> IP3: „Nein nein nein, Schnupfen hab ich gehabt und so, ja. Bin ich gekommen, das war dann irgendwie unklar, hab ich den Test gemacht, der Schnelltest war erst positiv, der zweite war negativ, der dritte war so mit ganz leichtem Strich gewesen, ich hab zu der Zeit noch gelacht, weil so schlecht hab ich mich nicht gefühlt. Ich hab dann die Schwester xxx angerufen, hab gesagt: ‚Was soll ich machen?‘ Hat sie gesagt: ‚Mach PCR-Test und geh nach Hause.‘ Hab ich gemacht, der war negativ, der PCR-Test, der ist am nächsten Tag gekommen, es war alles in Ordnung, ja aber, wie gesagt, war eine ganz komische Geschichte. Als ich gekommen bin, da waren schon, glaub ich, über hundert Bewohner ... Also für mich war das Chaos gewesen. Wir sind, wie gesagt, Pflegeassistenten, wir sind gelaufen nur den ganzen Vormittag mit Frühstück, Vitalwerte messen, bis wir beim Letzten waren, war es schon halb elf, da hast du kein Zeitgefühl mehr gehabt.“ GI2_P, Pos. 228)

Es gilt also seitens der Pflegenden die Erfüllung der Arbeitspflicht der eigenen Gesundheit und den COVID-Testergebnissen unterzuordnen.

Wenn die Pflegenden dann einmal an ihrer Arbeitsstelle waren, mussten sie sich auch vorschriftsmäßig kleiden. Da waren zuallererst die Masken das Allerwichtigste. Je nach Infektionslage war einmal die FFP2-Maske, ein anderes Mal ein gewöhnlicher Mund-Nasen-Schutz (MNS) zu tragen. Beide Maskenarten sind, wenn man sie lange Zeit und ununterbrochen tragen muss, eine große Herausforderung.

> IP1: „Aber ich weiß, ich hab zu meinen Mitarbeitern gesagt, weil voriges Jahr im Sommer haben sie gesagt: ‚Mei, wenn wir nur die Masken weg', sag ich: ‚Ihr werdet noch froh sein, wenn ihr nur die blauen Masken tragen müsst.' Jetzt sind wir schon so weit, dass wir uns freuen auf die blauen Masken." (GI5_P, Pos. 287)

Um den Umgang mit den dementen Bewohner*innen so zu bewerkstelligen, dass die Pflegenden auch weiterhin Kontakt zu den Bewohner*innen haben konnten, wurden auch manchmal kurzfristig „alternative Lösungswege" gesucht und gefunden:

> IP: „Es ist auch, die persönliche Ebene fällt halt weg, alleine schon mit den Masken, die Leute sehen einen nicht, sie verstehen einen nicht, weil natürlich das ältere Semester hört schlechter, und natürlich sollte man die Maske halt nicht ständig runterziehen." (EI8_MP, Pos. 28)

Die für Pflegepersonal ohnehin geltenden Hygienevorschriften wurden nochmals verschärft und in strikten Handlungsanweisungen festgeschrieben:

> IP: „Naja, hm, ich denke, wir passten mehr auf, also Hygiene ist jetzt am ersten Punkt." (EI7_MP, Pos. 61-62)

Ältere Menschen haben die Pflegekräfte teils nicht mehr erkannt, die Kommunikation wurde erschwert und bei der Kommunikation mit dementen Bewohner*innen musste auch des Öfteren die Maske kurzfristig entfernt werden.

> IP: „[…] bei dementen Leuten ist das Verstehen sehr schwierig, die schauen auf den Mund immer. Am Anfang war das noch schwieriger, jetzt sind sie ein bissel gewohnt diese Sachen, am Anfang, wenn wir mit einem Bewohner gesprochen haben, die haben nur geschaut, war komisch, weil die keinen Mund gesehen haben und die haben manchmal andere Bewohner angeschaut oder uns, und die haben nicht gewusst, mit wem ich jetzt **spreche**." (EI5_FP. Pos. 32)

Menschen mit Demenz neigen unter Umständen auch zu vermehrt aggressivem Verhalten. Da reicht oft schon ein Umstand, wie z. B. die getragene Maske, aus, um Aggression auszulösen, wie nachfolgende Interviewpassage mit einer Pflegekraft zeigt:

> „[...] die sonst eh schon verbal oft sehr aggressiv ist und auch die Maske nicht tragen will, und dann geht man noch zurück: ‚San S' net so bled, is jo olles a Bledsinn, wos Sie do sogn, de Maskn is a Bledsinn und der Abstand is a a Bledsinn.' " (EI4_FP, Pos. 60)

In den Alters- und Pflegeheimen ist auch immer viel Bewegung. Die Bewohner*innen können sich in den diversen Häusern natürlich frei bewegen, dazu kommen noch Besucher und Angehörige:

> IP2: „Ich merk es generell im Haus, wenn ich in der Früh rein komm, vor der Pandemie war es meiner Meinung nach belebter.“ (GI3_P, Pos. 112)

Die Pflegenden selbst haben, so wie alle, die Situation unterschätzt. Es herrschte die Meinung vor, COVID-19 wäre einer normalen saisonalen Grippe ähnlich und würde sich bald von selbst erledigen. Da es ja keine Vorerfahrungen mit Pandemien gibt, zumindest nicht unter den derzeit lebenden und arbeitenden Menschen, wusste niemand die Situation richtig einzuschätzen:

> IP3: „Na ich glaub, dass man am Anfang das ganze Ausmaß auch ein bissel unterschätzt hat, man hat nicht wirklich gewusst, was auf einen zukommt. Man hört immer in den Medien "Ausgangsbeschränkung" und Masken, und dann denkst dir, um Gottes willen, was ist denn da jetzt passiert. Man unterschätzt das Ganze, man kann das Ausmaß gar nicht begreifen. Es war irgendwie am Anfang so surreal, keine Ahnung, wie ich das erklären soll, und dann hat man aber damit, dann trifft einen das ganze Ausmaß und dann erkennt man das eigentlich, wie das wirklich ... Und es war eine extreme Herausforderung, weil dann auch natürlich die ganzen Angehörigen immer angerufen haben und wissen wollten, wie geht's der Mama, wie geht's dem Papa, man hat viele Telefonate gehabt. Man hat das ganze Gewand angehabt, man war durchgeschwitzt, man war den ganzen Tag ...“ (GI5_P, Pos. 90)

4.3.2.2 Erster Höhepunkt Mai 2020

Als die Pandemie im Mai 2020 den ersten Höhepunkt erreicht hat, wurden die Vorschriften abermals verschärft. Nun konnte man sich den Bewohner*innen nur mehr in voller Schutzkleidung nähern, was bei den dementen Bewohner*innen Irritationen hinterlassen hat. Die Frage des Interviewers nach der Häufigkeit des Wechselns der Schutzkleidung wurde von den Interviewten folgendermaßen beschrieben:

> „Anfangs eigentlich bei jedem Bewohner, bis es dann geheißen hat, die Leute, die positiv sind, jetzt könnt ihr mit demselben Schutzgewand von einem Positiven zum andern gehen, weil ja Unmengen an Müll und Material verbraucht worden sind in der Zeit, und irgendwann hat's einmal geheißen, dann halt nur mehr so ein bisserl. Dass halt dann mit einer Schutzkleidung mehrere Covid-Positive betreut worden sind.“
> IH: „Weil positiver können sie eh nimmer werden, ja, muss man schon sagen.“ (EI9_MP, Pos. 71-73)

> „Ja. Daher, okay ja, war das dann zumindest einmal so eine Zeitersparnis, weil man sich nicht wieder ausdirndln, die Brille und wieder alles desinfizieren und da und dort, schon desinfizieren die Handschuhe und so, aber du musst dich halt wieder komplett neu adjustieren. Aber das war dann schon eher am Schluss von dem Ganzen, also das Ganze hat gedauert einen Monat zirka, die richtig starke Zeit, oder waren es sechs Wochen, ich weiß es nimmer genau. Da war's dann schon ein bissel angenehmer. Aber es war dann auch angenehmer, weil die Leute auch schon besser beinander waren, die positiv waren, beziehungsweise auch leider halt einige gestorben sind dann.“ (EI9_MP, Pos. 74)

Die Belastung der pflegenden Mitarbeiter*innen ist von Tag zu Tag gestiegen. Es waren die Alters- und Pflegeheime in ihrer Struktur auch nicht vorbereitet. Jeder Bewohner, jede Bewohnerin hat ein Einzelzimmer, Paare bewohnen Zimmer für zwei Personen – aber was macht man in einer Situation wo viele Bewohner*innen relativ gleichzeitig an COVID-19 erkranken? Legt man sie zusammen? Organisiert man einen COVID-19-Trakt? Das war eine enorme logistische Herausforderung. Außerdem haben sich oft im Tagesrhythmus die Vorschriften geändert; die Mitarbeiter*innen mussten in der Zeit sehr flexibel sein:

> IP2: „Nein, wir waren fast am Ende, wirklich. Das Problem, schwierig war, niemand hat gewusst, wie wir damit umgehen. Neue Vorschriften jeden Tag, das **darf** man nicht, doch nicht, **das** machen. Vor allem, das Haus ist nicht Station, eine Station ist, kann man eine reine Seite geben, nicht unreine Seite. Im Haus ist das nicht möglich, weil es gibt Bewohner, die sind positiv, negativ, positiv, negativ. Am Anfang haben wir, also ich glaube, das Adrenalin, wir haben wahnsinnig gearbeitet, normalerweise komme ich immer pünktlich in die Arbeit, aber ich bin schon um sieben gekommen, und es gibt Tage, wo ich bis 21 Uhr gearbeitet habe, bis 22 Uhr. Und das war von in der Früh bis in die Nacht durch.“ (GI3_P, Pos. 76-84)

Die Pflegenden wurden innerhalb der Organisation in den Alters- und Pflegeheimen zu Teams geformt. Das heißt, es haben immer die gleichen Personen miteinander Dienst gemacht, in den gleichen Schichten gearbeitet. Das einerseits zum Schutz der Pflegenden, andererseits aber auch, falls evtl. ein Team ausfällt, ein anderes Team gesamthaft einspringen konnte:

> IP: „Waren wir anfangs, im ersten Lockdown, da waren wir quasi immer die Gleichen im Team. Da war der Dienstplan ein wenig anders gestaltet, da haben wir dann weniger [...] gehabt, aber halt dafür mehr oder weniger waren wir immer auf Bereitschaft, quasi sollte man verfügbar sein, sollte auf einmal wer ausfallen.“ (EI9_MP, Pos. 83-86)

Normalerweise sind die Tätigkeiten der Pflegenden strikt getrennt, Diplomierte erledigen das Organisatorische, Pflegeassistent*innen meist die Arbeit direkt an den Bewohner*innen, Fachsozialarbeiter*innen sind für Fragen um das soziale Umfeld zuständig. Das hat sich allerdings, meist aus Personalmangel, sehr oft vermischt. In der Zeit mit vielen positiven Fällen in den Institutionen wurde das auch gar nicht hinterfragt, sondern einfach gemacht – die Gesundheit und das Wohl der Bewohner*innen geht eben vor:

> IP3: „Und jeder Bewohner, aha, es geht ihr schlecht, es geht ihr gut. Manchmal denken wir, was machen wir jetzt? Sauerstoffsättigung, Fieber, Durchfall, alles. Es gibt keine Betreuung, also ich hab keine Zeit für die Bewohnerinnen, vor allem, ich bin Fachsozialbetreuerin, die Heimhelferinnen sind mit mir, also ich mach die ganzen Vitalzeichen und dann dokumentieren und dann hab ich noch Rettungseinsätze, und da muss ich noch Mitarbeiter testen.“ (GI3_P, Pos. 86-91)

Eine große Veränderung für die Pflegenden war es auch, dass mit einem Schlag die Unterstützung durch die Angehörigen weggefallen ist, durch die gesetzlichen Verordnungen

auch wegfallen mussten. Um jedoch die Bewohner*innen auch weiterhin bestens zu betreuen und um den Wegfall der Angehörigen zumindest teilweise zu kompensieren, wurden hier andere/neue Wege beschritten. Es wurden z. B. Boten- und Einkaufsdienste von den Angehörigen, bzw. auch von Dementen, deren Demenzgrad das eben noch zuließ, übernommen:

> IP: „[…] wir haben eigentlich vieles geleistet. Wir haben im ersten Lockdown organisiert vom Pflegepersonal und Betreuungspersonal, dass wir auch einkaufen gehen. Früher haben wir das nicht gehabt, aber in dieser Zeit, wo die Bewohner nicht rausgehen durften und konnten, wir haben dann alles organisiert. Wir haben die Bestellungen aufgenommen, wir sind einkaufen gegangen und haben alles verteilt wieder in den Wohnungen, wer was bestellt hat. Was wir hier zur Verfügung haben, das war eh natürlich, aber die Bewohner wollten auch von draußen ...“ (EI5_FP, Pos. 90)

4.3.2.3 Änderungen im kommunikativen Verhalten

Die zwischenmenschliche Ebene, die sich ja „vor Corona“ eher auf das Dienstliche bei der Kommunikation Pflegende/Bewohner*innen bezog, hat auch eine neue Qualität bekommen. Durch den Wegfall der Angehörigen wurde/musste auch diese Kommunikationsschiene neu überdacht werden. Das hat die Pflegenden aber auch oft vor zeitliche Probleme gestellt:

> IH: „Wenn Sie an Ihre Schützlinge, also Ihre Bewohner hier denken und da schwerpunktmäßig vielleicht an die Dementen denken, was war denn in Bezug auf die Pflege, auf die Betreuung, auf die zwischenmenschliche Komponente auf einmal anders durch COVID-19 im Vergleich zu vorher?“
> IP1: „Wir haben halt die Angehörigen ersetzen müssen, einige haben ja tatsächlich regelmäßig Besuch bekommen, und ich sag einmal, bei ein paar Bewohnern auf unserer damaligen Station hat man‘s auch nach kurzer Zeit schon gemerkt, dass die komplett vereinsamen, komplett mit der Psyche verändert sind, nach zwei, drei Wochen war‘s bei einer Dame, die hat sich dann auch nimmer wirklich erfangen davon.“ (EI9_MP, Pos. 101-102)

In einigen Fällen wurde das Pflegepersonal auch für die negativen Auswirkungen der Krise verantwortlich gemacht. Zum einen, weil sie angeblich Kommunikationswege zu den Bewohner*innen abgeschnitten haben – zumindest aus der Sicht der Angehörigen, zum anderen haben sie sich auch körperlich gegen uneinsichtige Angehörige durchsetzen müssen:

> IP2: „Haben wir nicht, im Haus drüben hat's das ja alles nicht gegeben, man hat ja nur mehr, die Türen waren alle verschlossen bis auf die Notausgänge, und da hat man dann mit einer Alarmsicherung, wenn wirklich wer das Haus verlässt. Die Dementen, waren ein Problem, ein anderes Problem waren wirklich die Wohnbewohner, die nicht verstanden haben, dass sie nicht raus dürfen, dass kein Besuch reindarf, wo die Angehörigen vorm Balkon, die im Erdgeschoss wohnen, gestanden sind. Es war mühsamer, Angehörigen und solchen Leuten zu kommunizieren und das zu erklären, warum das jetzt so ist. Weil es ist dann immer so gekommen, **wir** sind die Bösen, weil wir verbieten das Besuchen und **wir** verbieten – wir haben aber dann schon **sehr**, wir haben mit Videotelefonie, also WhatsApp und Videotelefonie dann versucht, dass sie mit den Angehörigen reden können, dass sie sie sehen können.“ (GI5_P, Pos. 110)

Dieses angebliche Abschneiden der Kommunikationswege zu den Bewohner*innen hat aber auch dann dazu geführt, dass neue Kommunikationswege auch in die Alters- und Pflegeheime Einzug gefunden haben. Zwar zögerlich, da es natürlich ein enormer zeitlicher und logistischer Aufwand für das Personal darstellt, aber es wurde gemacht – und zwar in Form von angemeldeten Livevideochats. Organisiert und durchgeführt mit Unterstützung des Pflegepersonals:

> IP: „Naja, also ich sag einmal, dass innerhalb von kürzester Zeit praktisch der Cut durchgeführt wurde, dass sie sich mit den Angehörigen nicht mehr treffen konnten. Weil ich sag jetzt einmal, 85 Prozent unserer Klienten oder Bewohner haben ja einen sehr guten oder guten Kontakt zu den Angehörigen und das gibt's halt dann nimmer. […] War schwierig. Was wir uns dann überlegt haben, war – was auch gut funktioniert hat –, dass wir halt, da hatten wir eine Praktikantin, von einer Kollegin von uns eine ganz liebe Studentin, und die haben wir dann halt eingespannt, dass sie mit dem Tablet so Videokonferenzen halt praktisch macht. Das war dann zwei Mal in der Woche, am Anfang ein Mal, dann zwei Mal in der Woche, und das hat schon ganz gut funktioniert. Wenn man halt dann schlecht hört und schlecht sieht, aber das haben wir eh bald abschätzen können, mit wem es geht und ...“ (EI10_MP, Pos. 36)

4.3.2.4 Gesprächsthemen von Bewohner*innen und Angehörigen mit Dementen

Abgesehen von der pflegerischen Kommunikation mit den Bewohner*innen gab es in der Zeit auch andere Gesprächsthemen, denn sie mussten ja teilweise die Kommunikation der Dementen mit deren Angehörigen ersetzen:

> IP: „Aber also für mich dieses, in dieser starken Corona-Zeit nette Gespräche zu führen, ohne dass Corona jetzt auch auf sie da irgendwie reinschwingt, also das war irgendwie sehr sehr herausfordernd, ja.“ (EI3_FA: 24)

Die Gesprächsthemen mit dementen Personen sind natürlich sehr davon abhängig, in welcher Demenzstufe sich die Bewohner*innen befinden. Da ist oft eine große Bandbreite vorhanden.

> IP: „Nur das, was wir sehen. Nur das, was wir sehen. Also welche Blumen blühen, welcher Vogel vorbeigeflogen ist, ob viel Laub auf dem Boden liegt, ob das Gemüsebeet, das es dort gibt, gegossen ist ...“
> IH: „Also nix Persönliches, wie geht's **dir**, wie geht's **dir**, was hast du heute gegessen.“
> IP: „Nein, nein. Wenn ich sag: ‚Wie geht's dir?‘, sagt sie drauf: ‚Gut.‘ Wenn ich sag: ‚Was hast du zu Mittag gegessen?‘, sagt sie: ‚Weiß ich nicht mehr.‘ Sie spricht zum Beispiel, früher wie sie noch gesund war, war jedes dritte Wort ‚Karli‘, ihr Mann, bin mir nicht sicher, ob ihr das jetzt noch ein Begriff ist. Sie spricht jetzt, sie ist schon sehr sehr weit zurück, sie spricht eigentlich ausschließlich von ihrer Mutter.“ (EI6_FA: 153-156)

> IP: „Ich habe mit vielen Leuten hier geredet, ich hab immer versucht, darüber professionell zu reden, einfach keine Panik zu machen. Es ist so, wir sind in diesem [...] Ich hab immer gesagt – und das glaub ich noch immer –, dass man nicht alles glauben soll, was man liest. Und was man denkt. Es **ist** schlimm, ist aber nicht so schlimm, wie sie dort schreiben, weil sie müssen auch diese Zeitungen verkaufen. Das war eigentlich keine Lüge, also von meinem Stand, weil ich glaub das wirklich. Ich hab nicht den

> starken Eindruck gehabt, dass die Leute Angst haben vor Covid, vor dem Sterben überhaupt, ich hab oft mit Leuten übers Sterben geredet und über Tod, und ich hab den Eindruck, dass sie nicht so eine starke Angst haben, aber diese Isolation, das war das Schlimmste, glaub ich, für viele.“ (EI7_MP: 69-70)

Ein derzeit in den Medien stark präsentes Thema ist die „aktive Sterbehilfe“. Ich will das Thema hier auch nur so weit einbringen, als dass es bei den dementen Bewohner*innen, zumindest wenn man den Aussagen der von mir interviewten Personen folgt, kein Thema war. Die Frage des Interviewers diesbezüglich wurde folgendermaßen beantwortet:

> „Nein. Es ist mehr im Sinn – aus meiner Erfahrung –, dass die Leute einfach sagen, wenn's passiert, passiert's. Gut, es passiert. Ich möchte ja länger leben, aber ich bin schon alt, neunzig, neunundneunzig, wir haben Leute hier, die hundertzwei sind, und ich versteh das, es ist jetzt genug. Das sind auch oft gläubige Menschen, sie sind dann, so schaut mir das aus, vorbereitet für den nächsten Schritt.“ (EI7_MP: 91-92)

4.3.2.5 Kommunikation mit Angehörigen

Gespräche mit Angehörigen haben sich auch in sehr kurzer Zeit stark gewandelt bzw. wurden sie in verschiedenen Phasen der Pandemie unterschiedlich gelebt. Der Fokus der Gespräche hat sich noch mehr in Richtung „Sorge um meine Liebsten“ verschoben, man hat in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit nur das Nötigste besprochen:

> IP: „Ja natürlich waren sie sehr besorgt, dass sie das kriegen auch, ah, wir können's nicht so geben. Wenn die Verwandten auch kommen, die geben ihren Teil her und das ist schon ganz wichtig, und das muss man dann auch irgendwie ersetzen, nicht nur arbeitsmäßig, weil manche, da kommen die Angehörigen, holen sich die Wäsche, beruhigen die Mutter, plaudern mit ihr, also ja, machen wir auch, aber es fehlt trotzdem der wichtigste Teil. Die Angehörigen sind sehr wichtig und mit denen muss man eben zusammenarbeiten, das ...“ (EI4_FP: 77-78)

Oftmals wurde die Kommunikation auch aktiv von den Pflegekräften betrieben.

> IP: „Natürlich, wir sollten die Angehörigen oft kontaktieren, telefonieren, wir haben Skype, irgend sowas gehabt, dass die Bewohner auch oft mit den Angehörigen Kontakt haben. Das war auch nicht leicht für die Angehörigen, das versteh ich auch. Und die wurden auch oft angerufen von Pflegepersonal vielleicht oder alleine von Mama, Papa, die durften auch nicht besuchen kommen, das war auch schwierig. Aber wir haben versucht, dass die doch mit den Angehörigen in Kontakt bleiben, das ermöglichen, dass die mal Video-Call, skypen mit Mama, Papa, Enkelkinder, so was haben können.“ (EI5_FP: 85-86)

> IP:2 „Ich hab dann auch immer alle Angehörigen durch angerufen und gesagt, es ist eh alles okay, um dem vorzubeugen, dass viele Anrufe kommen, also dass sie zumindest Lebenszeichen von uns bekommen, es geht den Pflegenden gut, also den Bewohnern.
> IH: Also aktiverseits vom Heim aus.“ (GI5_P: 112-113)

Die Pflegekräfte mussten jedoch bei den Gesprächen mit den Angehörigen immer die Zeit im Fokus behalten, längere Gespräche waren speziell in den Lockdownzeiten nicht möglich, wie nachfolgende Interviewpassage zeigt:

> IP3: „Mhm, das nimmt einfach diese Zeit, wertvolle Zeit weg, bis du diskutierst vielleicht fünf oder zehn Minuten über, ich sag einmal, in der Situation banale Sachen, das nimmt dir die Zeit, wo du bei den Bewohnern sein solltest und unterstützen solltest. Und das wurde nicht verstanden. Das hat uns unsere Arbeit sehr erschwert, nicht wenig, sondern sehr erschwert.“ (GI2_P: 344)

Viele Angehörige waren verständnisvoll …

> IP1: „Es hat auch verständnisvolle Angehörige gegeben, das ist außer Frage, aber ((die Kolleginnen lachen leise)) überwiegend bleiben halt die unter Anführungszeichen „Schlechten“ in Erinnerung.“ (GI2_P: 348)

Aber es gab auch die Kehrseite, die auch nicht unerwähnt bleiben soll …

Das für mich eindrucksvollste Beispiel, das mich sehr bewegt hat, da ich zu diesem Fall beide Seiten, also die Angehörigen- und die Pfleger*innenseite gehört habe, ist folgende: Eine Angehörige rief an und verlangte sehr eindrücklich, dass eine Pflegekraft doch rasch zu ihrer Mutter in den fünften Stock gehen solle, da sie ihren grünen Pullover nicht findet. Die Pflegekraft hatte dies jedoch nicht sofort erledigen können, da gleichzeitig der dringende Abtransport von vier COVID-Fällen zu organisieren und durchzuführen war …

Einige Pfleger*innen berichten auch von persönlichen Beschimpfungen, wie nachfolgende Interviewpassage belegt:

> IP2: „[…] manches Mal sind wir dann von Angehörigen auch beschimpft worden, wie ungut wir sind oder sonst was. Wir haben da schon mühsame Angehörige gehabt, wo ich mir gedacht hab, eigentlich machen wir ja eh alles, was geht und du bist noch immer der Fußabstreifer, also das war dann schon so eine Belastung.“ (GI5_P: 246)

Die Kommunikation mit den Angehörigen wurde meist dann schwierig, wenn es um aktuelle Maßnahmen und deren Umsetzung geht, da waren die Pflegekräfte sehr stark auf die Informationen ihres Managements angewiesen:

> IP2: „Dazwischen kommt aber dann wieder eine neue Verordnung, nicht? Das ist ja das Spannungsfeld, ist es jetzt richtig, was ich mache, ist es nicht richtig, was mach ich jetzt? Ist das noch die alte Verordnung, gibt's da schon was Neues? ((Zustimmung der anderen IPs))“
> IH: „Und dann ist auch noch die Realität da, nicht?“
> IP4: „Die Realität, genau. Und wenn dann natürlich so wie bei mir, ich hatte Angehörigengespräche, die bei mir angerufen haben, das war so auch mein Part, die wollten natürlich wissen, was los ist, und ich war im Prinzip ein Stück weit hilflos, weil ich im Prinzip gleich wenig wusste wie wir alle. Also ich konnte immer nur das weitergeben, was uns die Teamleitung gesagt hat, und der Angehörigen versprechen, mich wieder zu melden, wenn es Neuigkeiten oder wieder andere Informationen gibt.“ (GI3_P: 139-150)

Die Kontakte der Pflegepersonen zu den dementen Bewohner*innen ist eine wesentliche Frage meiner Masterarbeit. Sie ist jedoch nur zu beleuchten, wenn man auch die Kontakte mit den Angehörigen analysiert. Wie die im Vorfeld angesprochenen Interviewpassagen ausdrücken, gab es hier Licht und Schatten.

4.4 Erfahrungen von Angehörigen

Im Betreuungsdreieck demente Person/Pfleger*innen/Angehörige, das schon in Kapitel 4.3 erwähnt wurde, sind naturgemäß auch die Angehörigen ein sehr wichtiger Faktor. Sie sind die direkten Bezugspersonen zu den Bewohner*innen, kennen diese wohl auch am besten, kennen vor allem deren Geschichte(n) und Gewohnheiten. Eine Angehörige hat das in einem Gruppeninterview folgendermaßen formuliert:

> IP2: „Ja so soll's ja auch sein. Ich denke grad, die optimale Pflege von unseren Liebsten ist ja ein Dreieck, da gibt's als zentrale Person die zu pflegende Person, dann gibt's die Angehörigen und das Pflegepersonal. Und wenn das Dreieck gut funktioniert, dann ist auch der Pflegende gut aufgehoben. Wenn einer glaubt, er ist der Hero, dann ist das schlecht."
> IP3: „Ja."
> IH: „So hab ich das auch erlebt, so hab ich das auch wiedergespiegelt bekommen vom Pflegepersonal, denen die Angehörigenarbeit ganz ganz wichtig ist. Und auch die Biografiearbeit, grad mit den dementen Personen, kriegen sie ja von den dementen Personen am wenigsten. Aber das brauchen sie, um Anknüpfungspunkte mit dem zu Pflegenden zu bekommen. Ist ja ganz toll, wie diese Validation da funktioniert." (GI4_A: 194-196)

Sie sind auch ein ganz wichtiges Bindeglied zu den Pfleger*innen, wie nachfolgende Aussage verdeutlicht:

> IH: „Wie kriegen Sie dann Hintergrundinformation zu irgendjemandem, über die Angehörigen?"
> IP: „Wenn es Angehörige gibt, über die Angehörigen, und ansonsten vielleicht, wenn sie vorher in mobiler Pflege oder in Krankenhäusern waren, dass man sich dort Informationen holt."
> IH: „Also da gibt's Berichte wahrscheinlich, die mit dem Patienten mitgehen."
> IP: „Genau, da gibt's Berichte. Und ansonsten, wenn man keine Angehörigen hat, ist es schwierig. Da muss man halt schauen, muss man viel ausprobieren und schauen, welche Gewohnheiten halt die Personen haben und das **so** lernen, sagen wir so, ja. Die Person kennenlernen und auch was sie braucht, und das dauert halt lange." (EI8_MP, Pos. 39-42)

4.4.1 Die Zeit vor Corona

Besuche von Krankenhäusern, Alters- und Pflegeeinrichtungen etc., wenn sie über einen längeren Zeitraum erfolgen, sind immer eine mentale Herausforderung. Speziell jedoch, wenn es sich um demente Personen handelt. Man weiß nie was einen erwartet, wie ist die/der Besuchte heute vorzufinden, wie geht es ihr/ihm?

Und doch ist es ja gerade bei dem demenzbetroffenen Bewohner*innen wichtig eine bestimmte Regelmäßigkeit in die Besuche zu bekommen. Vor Corona war das auch möglich, zumindest was die Haus- und Besuchsordnungen der diversen Häuser betraf.

> IP: „Einmal in der Woche, relativ flexibel, ich konnte jederzeit hingehen, ich bin immer mit ihr eine – beim Haus xxx ist ein wirklich großer Park –, und ich bin immer mit ihr

> eine Runde gegangen, ein bis zwei Runden. Und das war ganz flexibel, man musste sich nicht anmelden, ja, das war halt sehr einfach.“ (EI6_FA, Pos. 12)

Auch der Austausch mit den Pfleger*innen, der sie mit den nötigen Detailinformationen versorgt, konnte stattfinden und trug/trägt sehr wesentlich zu dem Bild bei, das eben Pflegepersonen benötigen, sodass sie auf die Persönlichkeit ihrer Schützlinge noch besser eingehen können.

> IP: „Ich bin zur Rezeption gega-, also nein, ich bin ohne zur Rezeption zu gehen, dann schau ich immer ins Postkastl, und bin zu ihr ins Zimmer gegangen, ich plauder immer vorher ein bisschen mit den Pflegern, solang sie nicht dabei ist, weil ich nicht in ihrem Beisein das machen möchte, und die sagen mir dann immer, wie's ihr geht und wie sie mit den anderen zurechtkommt, weil sie ist ein Mensch, sie ist immer sehr sehr gerne allein gewesen, sie war sehr bezogen auf ihren Ehemann, außer dem Ehemann hat's keine Freundin gegeben, gar niemanden, keine Familie, wobei sie hätte Familie, sie hätte einen Bruder gehabt und mit dem hat sie aber vor, ich glaub, so vierzig Jahren völlig gebrochen, und der hätte auch Kinder oder der hat auch Kinder, die sie gar nicht mehr kennt, also da ist gar keine Beziehung. Und sie war immer nur auf ihren Mann bezogen, und diese Beziehung hat sie jetzt auch mich übertragen.“ (EI6_FA, Pos. 16)

Die Dauer der Besuche ist natürlich stark von den Besucher*innen abhängig und variiert in den Aussagen bei den Interviews von „wenigen Minuten“ bis zu „mehreren Stunden täglich“. Das ist einerseits von den zeitlichen Möglichkeiten der Besucher*innen und andererseits vom jeweiligen Demenzgrad und Zustand des/der Besuchten abhängig.

Wie wir im nächsten Kapitel sehen werden, hat sich das Procedere der Besuche, die nötigen Anmeldungen und die erlaubte Besuchsdauer, der Ablauf von Besuchen mit dem Auftreten von Corona deutlich verändert, was naturgemäß auch einen starken Einschnitt in der Kommunikation von Angehörigen mit Bewohner*innen zur Folge hatte.

4.4.2 Die Zeit während Corona

Wenn wir von der Zeit „während Corona“ sprechen, dann betrifft das den Zeitraum ab 11. März 2020. In dieser Phase ist es für die Angehörigen dementer Personen ebenfalls sehr schwer gewesen.

4.4.2.1 Alles ist schlagartig neu

Die Unsicherheit war groß und das Abschneiden der sozialen Beziehung, das gerade bei Dementen zu vermeiden ist, ein einschneidendes Erlebnis. Anfangs wahrscheinlich sogar mehr für die Angehörigen, als für die Bewohner*innen, das kommt aber sicher auf den Demenzgrad der im Alters- und Pflegeheim befindlichen Person an. Bei hochgradig

Dementen, die ihre Angehörigen unter Umständen gar nicht mehr erkennen, ist das anders zu sehen als bei Personen, die ihr soziales Umfeld noch wahrnehmen.

> IP: „[…] Besuche natürlich minimiert, so gut es ging, wir haben sie auf einmal pro Woche beschränkt.“ (EI2-1_FA, Pos. 2)

4.4.2.2 Erster Höhepunkt Mai 2020

Während des ersten Lockdowns in den Heimen war anfangs ein generelles Besuchsverbot, wie übrigens auch in Krankenhäusern. Da konnte man eventuell Utensilien für die Verwandten abgeben, ein persönlicher Kontakt war nicht möglich. Das ist speziell bei der Gruppe der dementen Personen nicht verstanden worden und hat die Kontaktmöglichkeiten erheblich behindert:

> IP2: „Also ich hab irgendwas gebracht für sie, Blumen oder was zum Naschen oder was auch immer, und das hab ich nur abgeben dürfen der Betreuerin, und die Mama musste hinter der Glaswand sein. Und sie hat sie dann abgelenkt, die Betreuerin und ist wieder mit ihr gegangen. Damals konnte sie allerdings noch telefonieren und da haben wir telefoniert oft.“ (GI4_A, Pos. 83)

Als sehr störend wurde seitens der Angehörigen die Voranmeldung für Besuche und die fixen Zeitfenster gesehen, die naturgemäß einer Besuchsspontanität nicht förderlich waren und auch für die Angehörigen ein anderes Zeitmanagement nötig machte, die Besuchsdauer war auch streng limitiert:

> IP: „[…] dass man eigentlich nicht kommen kann, wenn man möchte, zu Besuch.“ (EI1_MA, Pos. 10)

> IP: „[…] Zeitfenstern, die man zugesprochen bekommt.“ (EI1_MA, Pos. 10)

> IP: „Derzeit ist es so, dass ich ihn einmal in der Woche versuche zu besuchen, also sozusagen eine Stunde in der Woche.“ (EI1_MA, Pos. 12)

Bei den Angehörigen war natürlich auch die Sorge vorhanden: Stecke ich meine Verwandten eh nicht an, wie kann ich das Ansteckungsrisiko minimieren, wie kann ich mich auch selbst schützen, …? Gerade in der Zeit, als das Testen noch nicht so selbstverständlich war, die Testmöglichkeiten noch nicht so gegeben waren und man sich unter Umständen auch fürs Testen mit fixer Zeit voranmelden musste war das für die Angehörigen eine enorme Einschränkung der Kontaktmöglichkeiten zu ihren dementen Verwandten:

> IP: „Und nach Corona war's so, dass mein Bruder sie nicht mehr besucht hat, weil seine Partnerin Asthma hat und er völlig verzweifelt gesagt hat, jetzt geht gar nix mehr. Und ich hab sie, ich besuch sie seitdem einmal die Woche, und es ist tendenziell – also nach dem ersten Lockdown, im ersten Lockdown war ja gar nichts möglich –, und es ist tendenziell schwieriger, die Zeit mit ihr zu verbringen, weil ich das Gefühl hab, sie hat jetzt wieder einen Schub gemacht in dieser Isolationszeit. Also es ist im Moment so,

> dass ich leider auf die Uhr schau und nach einer drei viertel Stunde mir oft denk, ich bring sie wieder zurück, also ((lacht ein bisschen)) es ist leider, es ist immer schwieriger. Also ich hab jetzt schon, ich bring ihr immer was zum Naschen mit und dann spielt sie wieder mit dem Papierl eine halbe Stunde, und es ist schwierig, mir ihr dann einmal anzudocken.“ (EI3_FA, Pos. 20)

Wie man in obiger Interviewpassage lesen kann, waren in der Zeit des ersten Lockdowns (Zeitraum März bis Mai 2020) gar keine Besuche in den Alters- und Pflegeheimen möglich. Oftmals wurde in den Interviews auch seitens der Angehörigen „ein Demenzschub“ beobachtet, den allerdings die Pflegenden weniger oft bestätigt haben. Die Angehörigen machen dabei die Isolation verantwortlich, die es zwar zwischen ihnen – den Angehörigen – und den dementen Bewohner*innen gab, allerdings waren die Bewohner*innen selbst ja nicht vollkommen isoliert, da es natürlich weiterhin Kontakt zu den Pfleger*innen gab. Es war also die Kontaktkette zwar eingeschränkt, jedoch nicht gänzlich unterbrochen. Was wohl sicher in einigen Fällen ein Problem darstellte, war das Andocken an den/die vorherigen Besuchstermine. Da die Abstände zwischen Besuchen aufgrund von Verordnungen/heiminternen Regelungen größer wurden, haben sich die dementen Bewohner*innen schwerer an Vorbesuche erinnert und die Anwärmphase verlief anders als sonst. Auch hier ist in jedem Fall wieder der Grad der Demenz ausschlaggebend für eine korrekte Interpretation der Interviewaussagen. Auf die Frage des Interviewers, ob der Besuchte gemerkt hätte, dass die Besuchshäufigkeit weniger geworden ist, meinte die Interviewperson:

> „Natürlich. Also wie gesagt, ich glaube schon, dass er's gemerkt hat. Er freut sich natürlich auch sehr, wenn ich dann da bin und ist dann natürlich auch überwältigt, aber ich geh davon aus, dass jetzt einfach nur die Länge zwischen den Besuchen einfach schon recht, recht hoch ist und er sie auch irgendwie mitbekommt natürlich, ja, ich geh davon aus, ja.“ (EI1_MA, Pos. 21-22)

Einige Angehörige haben die Tatsache des temporären absoluten Besuchsverbotes in den jeweiligen Zimmern der Bewohner*innen anfangs nicht hingenommen, da sie aus ihrer Sicht teilweise selbst „Pflegeleistungen“ erbringen, wie nachfolgende Aussage erläutert:

> IP2: „[…] jetzt schau ich einmal, und dann hab ich mir, es gibt ja da auf der Webseite vom Gesundheitsministerium diese Covid-19-Schutzmaßnahmenverordnung, und hab da also genau zu lesen begonnen, und da sind alle Einrichtungen drinnen, und unter anderem steht da, dass Angehörige, die mehr als auf Besuch kommen, sondern in einer gewissen Weise Pflegeleistungen erbringen – wobei Pflegeleistung hätt ich es auch nicht bezeichnet wollen, aber eine Betreuungsleistung –, dass man da durchaus Ausnahmen machen kann. Und dann hab ich mich mit der Direktion in Verbindung gesetzt und hab gesagt: ‚So, wie machen wir das?‘ “ (GI1_A: 176)

Das hat aber nichts genützt, da waren die Vorgaben der von mir befragten Alters- und Pflegeheime sehr streng.

4.4.2.3 Änderungen im kommunikativen Verhalten

Um die Zeit der Besuchsslots optimal zu gestalten, wurden auch Rituale genutzt. Immer wiederkehrende Rituale, die Besuchern und Besuchten durch Standardisierung eine gewisse Kontinuität geben, zumindest denjenigen, die das aufgrund ihrer geistigen Möglichkeiten (noch) schaffen. Weiters wurde es durchaus auch positiv gesehen, dass Besuche, die nicht in den Zimmern der Bewohner*innen stattgefunden haben, durch die Trennung der Besucherplätze etwas privater abliefen:

> IP: „Aber was auch schön war, waren eben so diese Tage, wo ich gewusst hab, ich komm zu ihr, ich hab die Stunde mit ihr. Wir sind dann dort gesessen und da waren auch viele viele nette, ich hab dann mit ihr begonnen so ein bissel neue Rituale zu finden, also sie kriegt immer zuerst ein bissel Schokolade und dann tu ma Nägel lackieren, und das hat auch was sehr Schönes, dass man diesen ungestörten Slot des Besuchens hat, so blöd es klingt.“ (EI3_FA, Pos. 32)

> IP: „Und jetzt hab ich halt diesen Slot und das Plauderplatzl und da hat's hundert Prozent xxx und ich muss nicht Sorge haben, dass irgendeine von den netten Mitbewohnern sich da plötzlich involviert und ich irgendwie oft die nicht losgeworden bin.“ (EI3_FA, Pos. 32)

> IP3: „[…] ich mach's jetzt immer so, dass ich gar kein Plauderplatzl reserviere, sondern ich hol die xxx ab, geh mit ihr spazieren eine dreiviertel Stunde oder so und bring sie wieder zurück.“ (GI4_A: 111)

Bei Bewohner*innen, die noch physisch mobil sind, wurden Besuche auch oft ins Freie verlegt. Dort gab es, bevor die Impfungen begannen, zwar auch Maskenpflicht, jedoch entfiel die Beschränkung der Besuchsdauer. In vielen Alters- und Pflegeheimen wurden auch gekennzeichnete Plätze im Freien eingerichtet – ein Tisch und zwei Sessel. An diesen Plätzen galt zwar eine maximale Besuchsdauer von 30 Minuten, das aber deshalb, um allen Bewohner*innen die Möglichkeit zu geben, besucht zu werden. Bei Spaziergängen außerhalb der Heime gab es keine zeitliche Beschränkung, allerdings war zur Zeit des zweiten Lockdowns in den Pflegeeinrichtungen (Jänner 2021) Winter:

> IP: „Also so, kurz runtergezogen, ‚Hallo xxx‘, gesagt zu ihr, ‚ah xxx, du bist das‘, wieder aufgesetzt, und dann bin ich mit ihr, weil ich ja nicht in den Garten gehen konnte, auf der Straße eine Runde spazieren gegangen, so halt auf und ab gegangen. Wobei, es war viel Winterzeit auch dabei und sie ist so kälteempfindlich, also da sind wir dann immer nur zehn Minuten und dann bin ich wieder gegangen.“ (EI6_FA, Pos. 58)

> IP: „[…] die Plauderplatzerl, genau, und dann ist sie auf einer Seite gesessen, ich auf der anderen Seite, zwischen uns der Tisch. Das hab ich eben ganz ganz selten gemacht,

> weil da ist mir ihr so gut wie kein Gespräch zustande gekommen. Deswegen bin ich dann immer draußen mit ihr spazieren gegangen, und ich hab mich zwar trotzdem angemeldet, hab mich aber nicht auf das Plaudertischerl gesetzt, sondern hab schon gesagt den Pflegern hinten, sie sollen ihr bitte einen Mantel und feste Schuhe anziehen, und dann bin ich halt draußen zehn Minuten, Viertelstunde mit ihr auf- und abgegangen.“ (EI6_FA, Pos. 76)

In einigen Interviewpassagen haben mir Interviewpartner*innen erzählt, dass sie ihr eigenes Verhalten geändert haben, nämlich die eigene Einstellung vor dem Besuch. Um die dementen Verwandten nicht noch mehr zu verunsichern:

> IP1: „[…] ich geh jetzt zu ihm, ich hab nicht **einen** Gang runtergeschalten, sondern ich hab **fünf** Gänge, also von der Dynamik her, vom Tun, vom Reden, ganz ganz ganz ganz langsam. Und war öfters bei ihm, und wir sind dann in den Garten gegangen und sind also spazieren gegangen oder auch nicht, weil er konnte nicht mehr sehr gut gehen, sind wir einfach nur gesessen, und er hat dann auch schon schlecht gesprochen, ich bin einfach nur neben ihm gesessen und hab halt versucht zu hören. Und er hat sich einfach nur gefreut, wenn jemand da war.“ (GI1_A: 45)

In einigen (wenigen) Fällen wurde auch versucht, trotz Besuchsverbotes, irgendwie in direkten Kontakt mit den dementen Bewohner*innen zu kommen, teilweise sprichwörtlich „durch die Hintertüre“, wie nachfolgend zu lesen ist:

> IP2: „Und deswegen hab ich natürlich auch dann meinen Sohn eingeschleust. Aber das hat mich geärgert, weil ich mir gedacht hab, ich sage, ich bin zu allem bereit, von mir aus sollen sie mich, weiß ich nicht, einplastifizieren, damit ich da hinauf kann, damit ich mir das anschau, weil das die einzige Möglichkeit ist, um zu kommunizieren.“ (GI1_A: 23)

> IP3: „Das heißt, wir waren dann in der Situation – Hauberl, Schürze, Patscherl, Handschuhe und so weiter –, ein Mal in der Woche für eine Stunde, das ist sich ausgegangen, bin ich in die Wohnung zu ihr, wir haben dort Medikamente vorbereitet und dann bin ich wieder abgezischt. Und das ist halt über einige Zeit hinweg gegangen.“ (GI1_A: 178)

4.4.2.4 Gesprächsthemen mit Bewohner*innen

Demente Personen, deren Krankheit schon weiter fortgeschritten ist, die sich also (nach Naomi Feil) mindestens in Phase 3 befinden, vermissen ihre Angehörigen nicht (mehr). Wenn Besuch kommt, dann ist es gut, wenn nicht, dann auch. In dieser Phase der Demenz werden Angehörige oft nicht mehr erkannt und die Gesprächsthemen sind demnach enden wollend:

> IP: „Das heißt, ich bin ihr nicht abgegangen. Ich hab immer wieder telefoniert mit den Pflegern und hab gefragt, ob sie nach mir fragt oder ob's ihr eh gut geht oder sonst irgendwas, und ich hab jedes Mal die Antwort bekommen, es geht ihr wunderbar, und ich soll mir keine Sorgen machen, sie kann mich nicht mehr vermissen aufgrund ihrer Krankheit.“ (EI6_FA, Pos. 52)

IP: „Naja, es klingt jetzt nicht sehr toll, aber für mich war das jetzt kein Problem, weil sie mich nicht vermisst. Sie kann mich nicht mehr vermissen.“ (EI6_FA, Pos. 46)

IP: „[…] das Telefonat konnte natürlich nie ein persönliches Miteinander oder eine Umarmung oder so ersetzen, und **das** ist das Schwierige, weil Demenzkranke, bei Demenzkranken geht ganz viel über die Sinne, über Fühlen, über Riechen, Schmecken, ja über die ganze Sensorik. Wenn das Gehirn die Dinge nicht mehr sinnerfassend aufnehmen kann, dann geht's wirklich nur oder ausschließlich um das Übermitteln von Stimmungen.“ (EI2-1_FA: 2)

4.5 Wie geht´s weiter, was kann man zukünftig besser machen?

Meine vierte Forschungsfrage lautete „Was kann man für den weiteren Verlauf bzw. für künftige Pandemien lernen, anders/besser machen?“. Auch hierzu ergeben sich aus den Interviews interessante Ansätze, die es wert sind, in weiterer Folge näher beschrieben zu werden. In meiner nun folgenden Betrachtung dieses Teilbereichs meiner Forschungsfragen werde ich mich wiederum auf die Kommunikation mit Dementen beschränken und evtl. auch neue Möglichkeiten aufzeigen:

> IP: „[…] die Corona-Pandemie hat uns eigentlich schneller erfinderisch gemacht. Ja, es war dann so, dass Geräusche jeglicher Art, die positive Stimmungen in ihr erzeugen, dann für uns der Schlüssel waren zu einer wesentlich verbesserten Kommunikation mit ihr.“ (EI2-2_FA, Pos. 65-68)

> IP: „[…] neue Wege der quasi nonverbalen Kommunikation finden mussten und gefunden haben, und um diese zu eröffnen, hab ich zum Beispiel dran gedacht, wie es war, als meine Tochter ein Kleinkind war, das noch nicht sprechen konnte. Und mit einem Demenzkranken ist es ja ähnlich, er wird ja wieder irgendwie zum Kind und daher ist es auch gut möglich, ähnliche Kommunikationstechniken dann anzuwenden, wie man das auch bei einem Kleinkind macht.“ (EI2-2_FA, Pos. 41-47)

Als ein ganz wesentlicher Faktor in dieser, wie auch in eventuellen zukünftigen Pandemien, wird ein effektives und rasch handelndes Krisenmanagement gesehen. Einerseits von den politisch Verantwortlichen, über die Organisation der Alters- und Pflegeheime, bis hin zu den Pflegenden. Dieses Krisenmanagement muss aber auch immer wieder geübt werden, einerseits von den Pflegenden selbst und andererseits auch in der Anwendung an den Bewohner*innen – auch in Nicht-Krisenzeiten, so quasi als Übung, als Spiel:

> IP: „Demenzkranke Menschen sind ab einem gewissen Stadium genauso schutzbedürftig wie kleine Kinder und daher ist es auch für die Zukunft wichtig, ein organisiertes Krisenmanagement zu haben.“ (EI2-2_FA, Pos. 109-111)

> IP: „Krisenmanagement aber auch wie so bei Erste Hilfe ständig zu üben …“ (EI2-2_FA, Pos. 112)

> IP: „[…] Ausdruckstherapie scheint mir möglich, um Stresssituationen, die durch eine Krise ausgelöst werden können, dann darstellen zu können und verarbeiten zu können. Und das aber, wie gesagt, immer alles im Vorfeld. Und das müsste halt ausgearbeitet werden, und das regelmäßig so immer wieder einfließen lassen in die Therapieprogramme, dass im Falle, wenn eine Krise zuschlägt, es schon geübt ist. Ich finde, man hat jetzt im Laufe der Corona-Pandemie gesehen, dass es eigentlich kein vorbereitetes probates Grundkrisenmanagement gibt und gab, weder in den Heimen noch in der Politik, finde ich. Und ich denk mir, so wie in Schulen früher, da gab's ja immer diesen Feueralarm, der geübt wurde, ich weiß nicht, ob das heute noch gemacht wird, aber zu meiner Zeit war das noch, zu meiner Schulzeit, dass wir regelmäßige Feueralarmübungen gehabt haben, und ich finde, so sollte man auch regelmäßig so ein Krisenprogramm in den Heimen durchspielen, und sich dadurch immer auch mehr verbessern. Und und und. Man spürt dann im Laufe der Zeit, okay, das passt **nicht** so,

aber **das** wäre ein probates Mittel und da sprechen die Menschen auch gut drauf an und man kann das dann immer mehr vereinheitlichen und man findet dann heraus, okay, was ist für alle ein gutes Ausdrucksmittel, was ist für alle ein gutes Verarbeitungsmittel, egal in welchem Stadium der Demenz sie sind.“ (EI2-2_FA, Pos. 146-163)

Körperhygiene ist ebenfalls ein Faktor, der als sehr notwendig gesehen wird. Das ist nicht nur für zukünftige Pandemien gut, es kann auch die Weitergabe der saisonalen Grippe, die ja für alte/ältere Menschen ebenfalls sehr belastend ist, hintanhalten.

IP: „[…] Was ich **schon** super find, ist, dass man die Leute auch, dass man sagt, wascht euch die Hände, bevor ihr ins Seniorenheim geht oder tut sie desinfizieren, weil ich glaub, dass die dort generell, wurscht, ob ich jetzt die Grippe oder einen Schnupfen oder einen Magen-Darm-Virus eingeschleppt hab. Also ich glaub, eine gewisse Basishygiene und dieses Bewusstsein, dass ich als Straßenbahn- und U-Bahn-Fahrer dort vielleicht zu Leuten, die keinerlei Kontakt mit irgendwelchen Viren haben, dass ich da ein bissel Awareness schaff und sag, he, ich wasch mir die Hände und tu mich desinfizieren, bevor ich dort rein ...“ (EI3_FA, Pos. 110)

In vielen Interviewpassagen wurde speziell von den Pfleger*innen angesprochen, dass man Handlungen, Tätigkeiten, Verfahren, die gut funktioniert haben, „am Laufenden halten sollte“, also zumindest gut verschriftlichen und auch nachgelagert immer wieder bedenken. Kein Mensch weiß genau wie es mit COVID-19 weitergehen wird, wann die Pandemie für beendet erklärt werden kann und was danach passiert, daher:

IP: „Irgendeinen Plan schon einmal haben, einen Plan, wie mach ich's dann, wenn's (wieder) soweit ist. Nicht das alles wieder vergessen, sondern aus den Sachen, die jetzt im Haus waren, auch das evaluieren und schauen, was kann man da besser machen. Was kann ich mit den Leuten noch irgendwie anders machen, wenn man nicht raus kann, irgendwas muss da, ja ... Aber jetzt sind wir ja durch die Pandemie alle gescheiter, da kann man ja sagen dann, okay, jetzt gibt's plötz-, die Tests waren ja am Anfang, das war ja alles nicht da, und jetzt denk ich, man kann diese Sachen doch anwenden, die es jetzt gibt, zum Beispiel testen, wenn ein Angehöriger kommt.“ (EI4_FP, Pos. 116)

IH: „[…] solche Situationen auch hin und wieder üben. Weil wenn jetzt wieder alles vorbei ist, dann wird wieder der Normalzustand kommen und in fünf Jahren stehen wir wieder so am Anfang wie jetzt, dass man da vielleicht so Übungssequenzen, auch mit Übungen ...“
IP: „Das könnte schon. Einmal wieder eine Maske hinauf und sagen: "Könnts euch noch erinnern, wie das war?" Wie war's für jeden, so eine Runde machen: "Wie ist es **Ihnen** gegangen? Wie ist **Ihnen** gegangen?" (EI4_FP, Pos. 117-119)

Sehr wichtig ist in jeder Lebenssituation, in Krisensituationen aber besonders, das Bewahren des positiven Denkens. Das ist auch in den Interviews immer wieder angesprochen worden. Bei den dementen Personen kann man es krankheitsbedingt weder fordern, noch ansprechen. Aber man kann es durch eigenes Vorleben fördern … auch wenn man selbst nicht genau weiß, wo einen das hinführt und wie eine Sache ausgehen wird:

> IP: „Was ich gelernt habe beim ersten Lockdown, wir waren alle so verzweifelt und irgendwie verloren, gestresst, und dazwischen hab ich so irgendwie mit mir selbst gesprochen: jetzt **ist** das, ich bin jetzt drinnen, ich nehm es jetzt locker, ich gebe mein Bestes, ich mache mir keinen Stress, und **das** ist jetzt da, versuchen wir es zu meistern statt immer – was ich nicht mag, immer die Kritik, immer negativ zu denken, wieso das ist **das**, wieso **macht** ihr das, jetzt gibt es Impfung, Impfung ist schlecht, **das** ist schlecht, **das** ist schlecht. [Das mag ich alles nicht.] ‚Wieso sagt die Teamleitung das, so und so und so?', man denkt nicht daran, sie hat **auch** die Aufgabe von irgendwo bekommen, die Regelung, sie muss das auch genau wie ich machen, sie hat das nicht aus dem Bauch, das ist ..." (EI5_FP, Pos. 124)

Um demente Personen „zu erreichen" gibt es verschiedene wichtige und von Dementen selbst oft angewendete Möglichkeiten, z. B. Berührungen. Das jedoch sollte in Pandemiephasen auf jeden Fall vermieden werden. Aber man kann – und das wird bei Dementen ja gerne angewandt, da es die Kommunikation erheblich erleichtert – lächeln. Und das sogar mit Maske, wie nachfolgende Interviewpassage belegt:

> IP: „Masken für Demenzkranke so gestalten, dass die zum Beispiel einen Smiley-Mund zeigen oder einen traurigen Mund, und die Demenzkranken dann ihre Gefühle damit auch ausdrücken können, auch **mit** der Maske. Und sie haben ja dann die Möglichkeit, sich eine entsprechende Maske auszusuchen und zu wählen, weil das erkennen sie ja, die auch über Grafik vermittelt oder über Bilder vermittelten Stimmungen, die werden ja erkannt, das heißt, sie könnten dann wählen zwischen Masken. Ich bin, heute hab ich einen Smiley-Mund und an einem anderen Tag hab ich halt einen traurigen Mund, und so können auch in Krisenzeiten, wo vielleicht man das Gesicht bedecken müsste oder sich anders ausdrücken muss, kann man, könnten Demenzkranke auch ihre Gefühle so besser ausdrücken, auch mit Maske." (EI2-2_FA, Pos. 125-135)

Ein gutes Beispiel, wie sich die Relevanz eines Gegenstandes vom Negativen ins Positive wenden kann ist die Maske. Zu Beginn der Pandemie war sie etwas Schreckliches, hat ausgegrenzt, hat Menschen gekennzeichnet. Mittlerweile ist das Tragen einer Maske zu einer gewissen Normalität geworden, auch in Alters- und Pflegeheimen und auch während der Kommunikation mit dementen Personen.

> IP: „Ja, die ist krank jetzt, es ist gefährlich, die hat Maske. Alle haben Angst bekommen, aber jetzt ist es ganz normal, jeder trägt eine Maske." (EI5_FP, Pos. 134)

> IP: „[…] Masken eben zum Beispiel nichts Besonderes sein sollten und auch nicht als Einschränkung empfunden werden, und wie Kinder müssen eben auch Demenzkranke, find ich, lernen, dass es manchmal im Leben zu Situationen kommen kann, die schwieriger sind als normal. Und ja, und das gehört aber auch so ein bisschen desensibilisiert und ein bisschen trainiert, damit es für den Fall der Fälle dann nichts zu extrem Außergewöhnliches ist, was natürlich sowohl Kinder als auch demenzkranke Menschen verunsichert und auch oftmals verängstigt." (EI2-2_FA, Pos. 136-142)

Zuletzt will ich das Thema „Zusammenarbeit Angehörige/Pflegende noch einmal aufgreifen. Das wird in normalen Zeiten schon als sehr wichtig und kommunikationsfördernd gesehen, aber gerade in Krisenzeiten und wenn es eben um das

Thema „verpflegt vs. versorgt“ geht, da ist dieses Zusammenarbeiten besonders gefragt. Verpflegen kann das Alters- und Pflegeheim mit seinen/ihren Mitarbeiter*innen auch ohne Angehörige, jedoch die Bewohner*innen bestmöglich und umfänglich, eben auch unter einem sozialen Aspekt zu versorgen, das ist menschlicher mit den Angehörigen. Nachfolgende Interviewpassage drückt das aus meiner Sicht sehr konkret aus:

> IP: „Heime und Angehörige von Menschen, die sich in Heimen befinden sollen zu einem Team zusammenwachsen. Also das Team, die Teamarbeit find ich persönlich total wichtig, also dass quasi zwei Familien zu einer neuen Art familiären Einheit zusammenwachsen können, und wenn das beidseitig ermöglicht wird, dann entwickeln sich oft automatisch wirklich auch wechselseitige Anregungen und Ideen zur Bewältigung diverser Krisen, das muss jetzt gar nicht jetzt eine Pandemie sein, sondern diverser Krisen, die auftreten können.“ (EI2-2_FA, Pos. 169-176)

> IP: „Und ich glaub, dann kann man eben auch, wenn dann wirklich eine große Krise kommt, eine Pandemie oder was auch immer, dann kann man einfach, wenn man schon dieses Vertrauensverhältnis untereinander geschafft hat und diese kleine Neufamilie, diese integrative, gegründet, dann kann man auch ganz anders in Krisensituationen miteinander über alle Probleme, die sich auftun, reden. Und das ist das Wichtigste, find ich, ja, also die Kommunikation miteinander, die wertschätzende, respektvolle Kommunikation, sowohl von Angehörigen zum Heim als auch vom Heim zu den Angehörigen.“ (EI2-2_FA, Pos. 236-244)

Alters- und Pflegeheime leisten prinzipiell mit ihren Pfleger*innen hervorragende und qualitativ hochstehende Arbeit, allerdings wird der Qualitätsbegriff nicht immer gleich gesehen:

> IP: „Qualität ist nicht, dass es ein Mal gut funktioniert, sondern dass es über einen langen Zeitraum gleichermaßen gut funktioniert.“ (GI1_A, Pos. 243)

Zu guter Letzt, damit will ich meine Ausführungen zum Thema „Ausblick in die Zukunft“ schließen, ist es gut und wertvoll auf den seit 11. März 2020 gewonnenen Erkenntnissen aufzubauen, diese weiterzuentwickeln und auch den Blick für Unerwartetes zu schärfen, wie folgender Interviewausschnitt aus einem Gruppeninterview konkret anspricht:

> IH: „Wurden da neue Arbeitsablaufprozesse definiert für den Fall, dass es im Herbst wieder schwieriger wird, oder ist es eh klar ist, wie das dann laufen würde?“
> IP1: „Also ich rechne mal damit, dass die Angehörigen nicht mehr ins Appartement dürfen. ((lacht leise)) Und dass halt dann die Begleitung runter und zum Arzt und so alles wieder kommen wird. Aber mittlerweile sind wir eh ganz gut drauf eingestellt, würd ich sagen.“
> IP3: „Mhm. Ich glaub, es würde auch besser angenommen von den Bewohnern, weil die haben das schon gewusst. Ich glaube, die werden es eher akzeptieren, und wir auch als Personal, wir wissen, was auf uns ungefähr zukommt. Man kann nie ganz genau wissen, was auf einen zukommt, aber ungefähr wissen wir ja, was auf uns zukommt. Deswegen, von dieser Seite können wir uns schon vorbereiten, falls es wieder sein sollte in unserem Haus, dann wird schneller geregelt, wie alles funktionieren kann, weil man hat Erfahrungen gemacht und kann die mitnehmen.“ (GI2_P, Pos. 316-320)

5. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurden Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen von dementen Personen in Alters- und Pflegeheimen vor und während der Corona Krise in Interviews im Zeitraum Mai und Juni 2021 erhoben, codiert, ausgewertet und meine daraus gezogenen Erkenntnisse im Kapitel Vier detailliert beschrieben. Ich bin dabei meinen Forschungsfragen gefolgt.

5.1 Frage nach den Kontaktmöglichkeiten zu dementen Personen

Die Beantwortung der Frage nach den Kontaktmöglichkeiten zu den dementen Personen wurde, je nachdem, ob es sich um Angehörige oder Pflegende handelte, unterschiedlich gesehen. Bei den Angehörigen war in den Interviews deutlich die Sorge um ihre Verwandten in den Alters- und Pflegeheimen zu spüren und das wurde auch oft verbal ausgedrückt. Man konnte sie ab 11. März 2020 nicht mehr spontan sehen, persönliche Kontakte mussten stark eingeschränkt werden oder waren über einen gewissen Zeitraum überhaupt nicht möglich. Die Erreichbarkeit, speziell höhergradiger Dementer war zeitweise völlig unterbunden, da man Pflegestationen länger nicht besuchen durfte als die normalen Heimbereiche. Einige der wenigen Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme verlief – so quasi als Versuch – über vorangemeldete Onlinetermine, die mehr schlecht als recht von Erfolg gekrönt waren, da demente Personen in höheren Demenzphasen das einfach nicht mehr verstanden haben. Gut, die dementen Bewohner*innen haben ihre Angehörigen zwar gesehen, für wenige Augenblicke, denn dann haben sie irgendwo den Bildschirm berührt und der Kontakt brach ab und es musste ein neuer Versuch der Kontaktaufnahme gestartet werden. Weil ja bei diesen Gesprächen niemand außer der Pflegeperson, die das Tablet gebracht hat, anwesend war, wurde dieses von den Bewohner*innen auch sehr rasch wieder vergessen – Bildschirm finster, Erinnerung weg! Ein ungestörtes Gespräch war mit den digitalen Mitteln auch nicht möglich, da man die dementen Personen mangels der notwendigen Kenntnisse im Umgang mit den Tablets nicht alleine lassen konnte.

Bei den Pfleger*innen war das insofern anders, als der Kontakt ja weiterhin gegeben war, nur eben auf andere Art. Vorgegebene, oft sich täglich ändernde Handlungsanweisungen mussten ausgeführt werden. Die größte Schwierigkeit dabei war, das Verständnis bei den dementen Bewohner*innen herzustellen und die Notwendigkeit, die Qualität in der täglichen Arbeit trotz der Unwegsamkeiten aufrecht zu erhalten. Weiters war es auch wichtig, gerade um die dementen Schützlinge nicht nur zu verpflegen, ihnen also Essen und Trinken zu geben, sie im sozialen Sinne auch zu versorgen. Ihnen durch Gespräche Zuspruch, Sicherheit

und eine Art Geborgenheit zu geben. Dazu war eine verstärkte Biografiearbeit nötig, die dann oftmals telefonisch mit den Angehörigen erfolgen musste, was wieder einen erhöhten Arbeitsaufwand für das Pflegepersonal bedeutet hat. Keinesfalls zu vernachlässigen ist auch der Einsatz, den die Pfleger*innen speziell während der totalen Lockdowns zu erbringen hatten. Zum einen hatten/haben sie ja selbst Familie, Kinder und ein privates Umfeld, das sie schützen wollen/müssen, zum anderen müssen sie in ihrer Funktion als professionell Pflegende auch ihre dementen Bewohner*innen schützen und das alles, ohne selbst aufgerieben zu werden. Ich habe jedoch in den vielen Interviews mit den Pflegekräften sehr oft gehört, dass sie die Kraft für ihre Arbeit immer wieder aufs Neue aus der Kommunikation schöpfen. Sei es untereinander, sei es mit den Angehörigen und vor allem mit ihren Bewohner*innen!

5.2 Frage nach Schwierigkeiten und neuen Möglichkeiten

Die zweite Frage, nach den Schwierigkeiten und neuen Möglichkeiten bzw. Chancen, wurde ebenfalls sehr differenziert beantwortet. Generell war jedoch zu bemerken, dass bei beiden befragten Parteien, sowohl Angehörigen als auch Pflegekräften, die Schwierigkeiten öfter thematisiert wurden. Als solche stand bei den Angehörigen oft im Mittelpunkt: die Maske, das Abstandhalten, das phasenweise Berührungsverbot und die notwendige Anmeldung und das Reservieren von Zeitfenstern für Besuche in den Alters- und Pflegeheimen. Weiters die telefonische Erreichbarkeit und das aus Sicht der Angehörigen oftmals zögernde Handeln, wenn man angerufen hat und etwas erledigt werden soll. Weiters trat die Frage nach dem Unterschied zwischen „wichtig und dringend“ in Krisenzeiten einige Male in den Interviewaussagen in den Vordergrund. Diese Frage alleine ist es sicher wert, zukünftig weiter behandelt zu werden.

Die neuen Möglichkeiten und Chancen wurden bei den Angehörigen beim Ausstrahlen von positiven Signalen gesehen, auch wenn es ihnen selbst oftmals nicht danach ist, weil demente Personen Stimmungen stärker spüren. Weiters wurden die sogenannten und extra eingerichteten „Plauderplatzerln“ als wertvoll erachtet. Diese schaffen einen ruhigen und ungestörten Kommunikationsplatz auch außerhalb der Zimmer. Das Aufrechterhalten der vorgeschriebenen Handhygiene wird ebenfalls positiv bewertet.

Die Pfleger*innen sehen die Schwierigkeiten in der Umsetzung der Handlungsanweisungen, die zwar großteils als sinnvoll erachtet wurden, jedoch beim Einsatz an den Bewohner*innen einen starken Einschnitt in ihren täglichen Routinearbeiten bedeutet haben. Speziell die Maske stand da öfter im Mittelpunkt von Kritik, da die Bewohner*innen das Gesprochene

der Pfleger*innen nicht oder nur sehr schlecht verstanden haben. Anfangs wurden sie auch nicht erkannt, dieser Umstand hat sich dann aber rasch gelegt, da die Stimmen ja vertraut waren, auch wenn nicht jedes gesprochene Wort gleich verstanden wurde. Eine große Schwierigkeit stellte für die Pfleger*innen der persönliche Umgang mit der Pandemie dar. Sie waren in einer Zwickmühle zwischen Eigen- und Fremdschutz. Viele Pfleger*innen waren selbst Betroffene der Pandemie, entweder weil sie selbst an COVID-19 erkrankten oder durch ein krankes Familienmitglied zeitweise als Kontaktperson geführt wurden und so auch dem Dienst fernbleiben mussten.

Neue Möglichkeiten und Chancen sah ein überwiegender Anteil der Pfleger*innen am Festhalten der mittlerweile eingespielten und gut funktionierenden Struktur ihrer Arbeitsumgebung. Handlungen sollten durch regelmäßiges Üben noch mehr gefestigt werden, z. B. „Übungen“ mit den dementen Personen mit Masken, auch wenn diese nicht mehr benötigt werden.

5.3 Frage nach neuen Handlungen, Wegen und Strategien

Die dritte Frage nach neuen Handlungen, Wegen und Strategien in Bezug auf das Spannungsfeld physischer Distanz und virologischem Schutz ergab für mich wenige Ansätze. Bei den Angehörigen wurde das durch die angeordneten Maßnahmen teilweise erzwungen (Abstand, Babyelefant, teilweises temporäres Sperren der Alters- und Pflegeheime) und teilweise eingeschränkt (Maskenpflicht, Empfehlungen, körperliche Berührungen zu vermeiden). Die einzige neue Handlung, die in einem Interview zur Sprache kam, war die Unterhaltung zwischen Angehörigen und dementen Bewohner*innen von der Straße zu einem ebenerdigen Fenster ihrer Mutter. Das ist weniger neu, als den dortigen baulichen Möglichkeiten geschuldet.

Bei den Pfleger*innen ergab sich bei dieser Frage ebenfalls nichts Konkretes. Lediglich die vorgegebenen Kleidungsvorschriften und das Einhalten aller Hygieneauflagen sind hier zu erwähnen. Diese jedoch waren eine enorme Herausforderung, da sich Pfleger*innen zu Spitzenzeiten an einem Tag bis zu vierzig Mal umziehen mussten (vor jedem Kontakt mit Bewohner*innen am Gang Schutzkleidung anziehen, nach dem Kontakt wieder ausziehen, neue Schutzkleidung anziehen, um den/die nächsten Bewohner*in in den jeweiligen Zimmern versorgen zu können). Anfangs wurde die Schutzkleidung wirklich nach jedem Besuch eines Zimmers weggeworfen, nach einigen wenigen Tagen aus wirtschaftlichen Gründen im jeweiligen gerade verlassenen Zimmer aufbewahrt und einige Tage lang wiederverwendet.

5.4 Frage nach Erfahrungen, die in der Zukunft genutzt werden können

Die vierte Frage nach künftigen Pandemien und was man dann eventuell besser machen kann will ich zusammenfassend so beantworten:

- Ein sicheres und rasches Krisenmanagement, das auch nicht zögert unpopuläre Maßnahmen zeitgerecht umzusetzen.
- In dieser Pandemie gemachte Erfahrungen dokumentarisch festzuhalten.
- Zwischenzeitliche „Notfallübungen“ in definierten Zeitintervallen zu implementieren.

Wann, in welcher Form und ob so ähnliche Situationen überhaupt wieder einmal auf die Menschheit zukommen werden, ist aus heutiger Sicht offen. Krisen, krankheitsbedingte oder solche anderweitigen Ursprungs gab es in der Menschheitsgeschichte schon viele und COVID-19 wird wohl nicht die letzte gewesen sein.

6. Ausblick

Aus der Studie könnten sich eventuell neue Forschungsfragen ergeben, die es unter Umständen wert sind, näher betrachtet zu werden. Speziell was eine längere Pandemiedauer und damit verbunden wirklich „neue“ Handlungswege betrifft, sind mögliche künftige Entwicklungen und deren Anwendung an dementen Bewohner*innen in Alters- und Pflegeheimen auf ihre Wirksamkeit in neuen Studien zu untersuchen.
Die Zielgruppe der dementen Personen ist zwar aktuell gerade sehr „in den Schlagzeilen“, jedoch eher mit dem Ausblick, dass deren Anzahl dramatisch ansteigen wird und sich somit auch die Kosten drastisch erhöhen werden.

In meinem Heimatort Wiener Neustadt bin ich gerade aktiv stark in den Auf- und Ausbau eines leicht verständlichen und zugänglichen Sorgenetzes für demente Personen in ihrer eigenen häuslichen Umgebung involviert. Gemeinsam mit Caritas und einigen anderen Unterstützer*innen und aufbauend auf einem in Teilen Wiens schon gut funktionierenden Projektes soll es für Angehörige von Dementen leichter möglich sein, Hilfe zu bekommen. Das alles kostet natürlich auch (viel) Geld; an diesem Punkt der Verhandlungen mit der Stadtgemeinde stehen wir gerade … (Stand 14.11.2021)

Nachfolgend will ich ein paar persönliche Bemerkungen hier anführen:
Es ist mittlerweile schon Mitte November 2021 und ich dachte im heurigen Sommer eigentlich, dass ich in meiner Masterarbeit auch ein Kapitel „nach Corona“ schreiben werde. Jedoch die realen aktuellen Fallzahlen lassen das derzeit weltweit nicht zu. Immer noch „wütet“ das Virus wellenartig. Länder, die „die Pandemie im Sommer 2021 schon für beendet“ erklärt haben, müssen sich wiederum mit „Lockdowngedanken“ befassen, die Impfquote ist bei Weitem nicht im von der Wissenschaft geforderten Bereich. Politische Entscheidungen werden oftmals sehr zögerlich getroffen …

7. Literatur-, Abbildungs-, Tabellenverzeichnis, Internetquellen

7.1 Literaturverzeichnis

Beyreuther Konrad, *Einhäupl* Karl Max, *Förstl* Hans, *Kurz* Alexander (Hg.), Demenzen: Grundlagen und Klinik ; 101 Tabellen, Stuttgart ,2002

Defrancesco Michaela, *Bancher* Christian, *Dal-Bianco* Peter, *Hinterhuber* Hartmann, u. a., Positionspapier der Österreichische Alzheimer Gesellschaft (ÖAG): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in Österreich auf Menschen mit Demenz und deren Betreuungsumfeld – Problemfelder, Empfehlungen und Strategien, neuropsychiatrie 35, Nr. 1 (10.2020) 35–47, doi:10.1007/s40211-020-00363-9.

Dont Jakob, Das Wiener Versorgungsheim, 1904: Eine Gedenkschrift zur Eröffnung im Auftrage der Gemeinde Wien, Verlag der Gemeinde Wien, 1904

Dresing Thorsten, *Pehl* Thorsten, Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, 7. Auflage, Marburg, 2017

Dressel Gert, *Auer* Edith, *Müller* Günter, *Pichler* Barbara, *Reitinger* Elisabeth, Pflegende Angehörige erzählen und schreiben, In: Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie, Vol. 4, No. 2, 2018, p. 28-31.

Feil Naomi, *Klerk-Rubin* Vicki de, *Hoffer* Heinrich, *Valente* Eva, u. a., Validation in Anwendung und Beispielen der Umgang mit verwirrten alten Menschen, 8. Auflage (2020), Ernst Reinhard Verlag München

Flick Uwe, *Kardorff* Ernst von, *Steinke* Ines (Hg.), Qualitative Forschung: ein Handbuch, 12. Auflage, Originalausgabe, Rororo Rowohlts Enzyklopädie 55628, Reinbek bei Hamburg, 2017

Gebhard Doris, *Mir* Eva, Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz Grundlagen und Interventionen (2019), Springer Berlin, Heidelberg

Häuser zum Leben, Handbuch Pandemieplanung, Version 1.9.2021, Wien

Heimerl Katharina, Ethische Herausforderungen für die Sorgenden von Demenzerkrankten. *Imago Hominis. Demenz als ethische Herausforderung I. Quartalsschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik*, 2015, 22. Jg., Nr. 4, S. 267-276.

Heimerl Katharina, *Pichler* Barbara, *Plunger* Petra, Challenges and strategies in communication with people with dementia and their informal caregivers in community pharmacies – a narrative approach, Scandinavic Journal of Caring Sciences, Vol. 34, Issue 4, 2020, S 852-860

Kojer Marina, *Schmidl* Martina (Hg.), Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis: heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen ; mit 23 Abbildungen, 2. Auflage, Wien, 2016

Kovács László, *Kipke* Roland, *Lutz* Ralf (Hg.), Lebensqualität in der Medizin (Klausurwoche Lebensqualität in der Medizin--Messung, Konzepte, Konsequenzen), Wiesbaden, 2016

Kuckartz Udo, *Rädiker* Stefan, Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt, doi:10.1007/978-3-658-31468-2, Wiesbaden, 2020

Reitinger Elisabeth, *Pichler* Barbara, *Egger* Barbara, *Knoll* Bente, *Hofleitner* Birgit, *Plunger* Petra, *Dressel* Gert & *Heimerl* Katharina (2018). Mit Menschen mit Demenz forschen – ethische Reflexionen einer qualitativen Forschungspraxis zur Mobilität im öffentlichen Raum [52 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 19(3), Art. 19, http://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.3.3152., zugegriffen am 14.11.2021

Tatzer Verena, *Reitinger* Elisabeth, *Plunger* Petra, *Heimerl* Katharina, „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 53, S 245-250, 2020

Scheutz Martin, Zum Transfer von städtischer Wiener Altersarmut auf das Land – das Wiener Versorgungshauswesen und seine ländlichen Außenposten Mauerbach, St. Andrä und Ybbs an der Donau, o. J. 25.

Schmidt Christiane, Auswertung von Leitfadeninterviews, in *Flick* Uwe, *Kardorff* Ernst von, *Steinke* Ines (Hg.), Qualitative Forschung: ein Handbuch, 12. Auflage, S 447 – 456, Originalausgabe, Rororo Rowohlts Enzyklopädie 55628, Reinbek bei Hamburg, 2017

Schönborn Raphael, Der Demenz den Schrecken nehmen, in https://pflege-professionell.at/der-demenz-den-schrecken-nehmen, zugegriffen am 11.11.2021

Vogel Patric U. B., *Schaub* Günter A., Seuchen, alte und neue Gefahren: Von der Pest bis COVID-19, essentials, doi:10.1007/978-3-658-32953-2,Wiesbaden, 2021

Witzel Andreas, The Problem-centered Interview, Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research Vol 1 (31.01.2000) Methodical and Empirical Examples, doi:10.17169/FQS-1.1.1132.

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Anatomie des gesunden Gehirns (Internetquelle 1) 12

Abbildung 2 Hirn-Querschnitte (Internetquelle 2) 14

Abbildung 3 Das Gehirn - Alzheimer Krankheit (Internetquelle 3) 15

Abbildung 4 Hirn-Querschnitte (Internetquelle 4) 17

Abbildung 5 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. MmD Menschen mit Demenz; BU Betreuungsumfeld (Internetquelle 5) 24

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Detailinformationen zu interviewten Personen 38
Tabelle 2 Codierbuch aus MAXQDA2020 97

7.4 Internetquellen

1. https://www.alzheimer-forschung.de/fileadmin/user_upload/0_Infografik/Anatomie_Gehirn_web.jpg, zugegriffen am 3.10.2021

2. https://www.alzheimer-forschung.de/fileadmin/user_upload/0_Infografik/Gehirnschnitt_web.jpg, zugegriffen am 3.10.2021

3. https://www.alzheimer-forschung.de/fileadmin/user_upload/0_Infografik/Verlauf_Gehirnveraenderung_web.jpg, zugegriffen am 3.10.2021

4. https://www.alzheimer-forschung.de/fileadmin/_processed_/4/e/csm_3Gehirnquerschnitte_web_d0d4b67b53.jpg, zugegriffen am 3.10.2021

5. https://link.springer.com/article/10.1007/s40211-020-00363-9/figures/1 zugegriffen am 14.10.2021

6. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html, zugegriffen am 11.11.2021

8. Anhang

8.1 Projektinformation

Projektinformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Einzel- bzw. Gruppengespräch im Rahmen meiner Masterarbeit am Postgraduate Center der Uni Wien, „Studium Generale“:

„Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen“

Sehr geehrte Damen und Herren,
Ich lade Sie herzlich ein, an einem Einzel- bzw. Gruppengespräch im Zuge meiner Masterarbeit am Postgraduate Center der Uni Wien/Studiengang „Studium Generale“ mit dem Thema „Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen“ teilzunehmen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung dieser Gespräche ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

Was ist das Ziel meiner Masterarbeit?
Das Ziel meiner Masterarbeit ist es, die Auswirkungen der Pandemie auf die Beziehungen zwischen Pflegekräften und Angehörigen einerseits und den von ihnen betreuten Menschen mit Demenz in Alters- und Pflegeheimen andererseits zu untersuchen. Im Fokus stehen dabei vor allem die Perspektiven und Erfahrungen von professionell tätigen Pflegekräften in Alters- und Pflegeheimen, sowie von Angehörigen von Menschen mit Demenz.

Wie laufen die Einzel- bzw. Gruppengespräche ab?
Die Forschung verfolgt einen qualitativen Zugang. Es werden mehrere leitfadengestützte, narrativ orientierte Gruppen- und Einzelgespräche mit Pflegemitarbeiter*innen in zwei Alters- und Pflegeheimen, sowie mit Angehörigen von Menschen mit Demenz, die in Pflegeheimen leben, durchgeführt. Die aufgezeichneten Gespräche werden wortwörtlich transkribiert und anschließend weitgehend induktiv, das heißt, kategorien- und hypothesengenerierend, ausgewertet. Alle Interviewpartner*innen werden anonymisiert.

Von allen wird ein Einverständnis eingeholt. Angestrebt sind Präsenzinterviews, sollte das aus Gründen von COVID-Einschränkungen nicht oder nur teilweise möglich sein, wird auf eine digitale Variante ausgewichen.
An jedem Gruppengespräch sollen 3–5 PflegemitarbeiterInnen, bzw. Angehörige teilnehmen. Im Mittelpunkt der Gespräche stehen die Erfahrungen mit den geänderten Gegebenheiten in der Betreuung bzw. der eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten für Angehörige von dementen Personen. Gesagt und erzählt wird nur, was auch gesagt werden möchte. Moderiert werden die Gruppengespräche von mir selbst und einer vertrauten Kollegin, Fr. Monika Gleitsmann. Die Dauer pro Gruppengespräch beträgt ungefähr 90 Minuten, die der Einzelgespräche jeweils ungefähr 30 Minuten.

In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?
Die Gruppengespräche mit den Pflegemitarbeiter*innen finden an deren Arbeitsort statt, der Ort der Gespräche mit den Angehörigen wird noch festgelegt. Wir nehmen die Gruppengespräche mit einem digitalen Aufnahmegerät und einem Videogerät auf. Wir schreiben die Audioaufnahmen wörtlich ab (Transkription). Bereits während der Transkription werden alle personenbezogenen Daten (Teilnehmende und Institution) anonymisiert. Die erhobenen Daten werden inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Darstellung der Ergebnisse wird keine Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Institutionen zulassen. Zugang zu den anonymen Transkripten haben nur an der Auswertung beteiligte Forscher*innen.
Wir erheben auch einige wenige personenbezogene Daten in einem Kurzfragebogen. Diese stehen ausschließlich mir und dem Betreuer meiner Masterarbeit zur Verfügung, werden passwortgeschützt gespeichert und am Ende meiner Masterarbeit gelöscht.
Die gewonnenen Erkenntnisse werden inhaltlich aufbereitet und im Rahmen meiner Masterarbeit in dieser publiziert, dazu verwenden wir eventuell auch wörtliche, anonymisierte Zitate aus den Einzel- bzw. Gruppengesprächen.
Personen, deren Erzählungen nicht verwendet werden dürfen, können die Löschung ihrer Daten bis zum Ende der Erhebungsphase (31.08.2021) verlangen (Kontaktperson: Harald Gsellmann; E-Mail: a08352368@unet.univie.ac.at).

Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme?

Die Studie wird innovatives Wissen zu einem Thema generieren, zu dem es noch nicht ausreichend wissenschaftliche Daten gibt. Ein in der Zukunft liegender Nutzen ist, dass die Erkenntnisse aus dieser Masterarbeit zu einem verbesserten Umgang mit Menschen mit Demenz in Alters- und Pflegeheimen während Pandemien beitragen und dass dabei die Erfahrungen, Perspektiven und Expertisen der professionell Pflegenden, aber auch von den Angehörigen ernst genommen und gehört werden. Die kollektive Reflexion in der Gruppe und der Austausch über schwierige Situationen im Berufsalltag bzw. bei den Angehörigen untereinander und mit Forscher*innen, stellen oft bereits für sich genommen eine Entlastung dar.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit, ohne Angabe von Gründen, Ihre Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen und das Einzel- bzw. Gruppengespräch verlassen. Dadurch entsteht Ihnen zu keinem Zeitpunkt ein Nachteil. Wenn Sie nach dem Einzel- bzw. Gruppengespräch noch Fragen haben, können Sie mich gerne kontaktieren.

Kontaktpersonen und Möglichkeit für weitere Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit meiner Masterarbeit bzw. den Einzel- oder Gruppengesprächen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Harald Gsellmann
Ersteller der Masterarbeit & Kontaktperson

Postgraduate Center/Studium Generale
E-Mail: a08352368@unet.univie.ac.at

8.2 Kurzfragebogen zu den Interviewpersonen

Kurzfragebogen – Erhebung der soziodemografischen Daten der Teilnehmenden

im Rahmen meiner Masterarbeit am Postgraduate Center der Uni Wien, „Studium Generale“, zum Thema „Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen“

Ich/Wir bitten Sie, folgende Angaben* zu Ihrer Person zu machen:

Name	
Alter in Jahren	
Geschlecht	
Angehöriger oder Pflegender	
Verwandtschaftsgrad oder Berufsgruppe	
Anzahl der Pflegejahre oder Anzahl der Berufsjahre	

***Die Daten werden vertraulich behandelt und stehen ausschließlich dem Ersteller der gegenständlichen Masterarbeit und dem Betreuer zur Verfügung.**

Vielen Dank!

8.3 Einwilligungserklärung Einzelgespräch

Einwilligungserklärung für die Teilnahme an einem Einzelgespräch:

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben: .....
Alter in Jahren: .....

Ich erkläre mich bereit, an einem Einzelgespräch im Rahmen einer Masterarbeit - Studiengang „Studium Generale“ am Postgraduate Center der Uni Wien - „Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen“ teilzunehmen.
Die Einzelgespräche werden alleine von mir selbst, Harald Gsellmann, mit dem /der jeweiligen GesprächspartnerIn geführt. Ich wurde ausführlich und verständlich über die Zielsetzung der Gespräche und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir vom Ersteller der Masterarbeit verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.
Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich ausscheiden wollen, so kann ich dies bis zum Ende der Erhebungsphase (Ende August 2021) schriftlich bei Harald Gsellmann (Ersteller der Masterarbeit) veranlassen.
Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Einzelgespräche erhobenen Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden.
Ich stimme zu, dass meine Daten dauerhaft in anonymisierter Form elektronisch gespeichert werden. Diese Daten werden in einer nur dem Ersteller der Masterarbeit und seinem Betreuer zugänglichen Form gespeichert, die gemäß aktueller Standards gesichert ist.
Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der Erhebungsphase Ende August 2021, die Löschung meiner Daten wünschen, so kann ich dies schriftlich ohne Angabe von Gründen bei Harald Gsellmann (E-Mail: a08352368@unet.univie.ac.at) veranlassen.

Den Aufklärungsteil habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Eine Kopie dieser Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Projektleitung.

……

Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

VIELEN DANK!

8.4 Einwilligungserklärung Gruppengespräch

Einwilligungserklärung für die Teilnahme an dem Gruppengespräch:

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben: .....
Alter in Jahren: .....

Ich erkläre mich bereit, an einem Gruppengespräch im Rahmen einer Masterarbeit - Studiengang „Studium Generale“ am Postgraduate Center der Uni Wien - „Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen“ teilzunehmen.
Die Gruppengespräche werden von mir, Harald Gsellmann, selbst und Monika Gleitsmann moderiert. Ich wurde ausführlich und verständlich über die Zielsetzung der Gespräche und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir vom Ersteller der Masterarbeit verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.
Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich ausscheiden wollen, so kann ich dies bis zum Ende der Erhebungsphase (Ende August 2021) schriftlich bei Harald Gsellmann (Ersteller der Masterarbeit) veranlassen.
Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Einzel- bzw. Gruppengespräche erhobenen Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden.
Ich stimme zu, dass meine Daten dauerhaft in anonymisierter Form elektronisch gespeichert werden. Diese Daten werden in einer nur dem Ersteller der Masterarbeit und seinem Betreuer zugänglichen Form gespeichert, die gemäß aktueller Standards gesichert ist.
Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der Erhebungsphase Ende August 2021, die Löschung meiner Daten wünschen, so kann ich dies schriftlich ohne Angabe von Gründen bei Harald Gsellmann (E-Mail: a08352368@unet.univie.ac.at) veranlassen.

Den Aufklärungsteil habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Eine Kopie dieser Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Projektleitung.

……

Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

VIELEN DANK!

8.5 Interviewleitfaden Einzelinterview Angehörige

Design Einzelgespräch –
Für meine Masterarbeit im Rahmen des Studium Generale

Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen

Die Perspektive der Angehörigen

1) Einstieg (5´)

➔ Begrüßung: (3´)

- Danke für die Teilnahme. Ich will im Rahmen meiner Masterarbeit mittels Ihrer Erfahrungen versuchen Erkenntnisse zu obigem Thema herauszuarbeiten.
- Kurze Selbstvorstellung, inkl. persönlichem Bezug zum Thema
- Rahmen: Zeit max. 35 Minuten.
  Gibt es im Vorfeld Fragen dazu?
- Aufnahme, Einverständniserklärung, Anonymisierung, Datenverwendung
- Einverständnis Tonbandaufnahme einholen
  → ***Aufnahmegerät einschalten***

➔ Zum WAS und WIE: (2´)

- Großer Dank, dass SIE dabei sind. Sie als Angehörige sind ja während der Pandemie sehr gefordert! Vieles, das Ihnen vor der Pandemie nützlich und wertvoll im Kontakt mit Ihren Verwandten schien, war mit einem Schlag nicht (mehr) möglich, was hat das mit Ihnen gemacht?
- Zum WAS: Ziele des Gespräches: Verstehen, was Ihre Perspektive als Angehörige zu den veränderten Bedingungen wegen COVID-19 für demente Personen bedeutet. Welche Veränderungen wirken sich nachteilig/vorteilig auf Sie bzw. Ihre Verwandten aus? Gibt es aus Ihrer Sicht Veränderungen zur Zeit „vor Corona“ und wenn ja, würden Sie diese bitte beschreiben? Wie verläuft aus Ihrer Sicht deren Alltag jetzt im Vergleich zu „vor Corona“?
- Zum WIE: moderiertes Erzählen, ich erlaube mir evtl. nachzufragen. Im Mittelpunkt stehen Ihre Erfahrungen. Ich habe einige offene Fragen, auf die es überhaupt keine falschen Antworten gibt. Alles, was Sie erzählen, was Sie erzählen möchten, interessiert mich.

2) Hauptteil (25´)

➔ Einstiegsrunde:

- Name (wird bei der Transkription anonymisiert), in welchem Verhältnis stehen sie Zu Ihrem/Ihrer Verwandten?
- Thematischer Einstieg/„Blitzlicht“: Was ist Ihnen als erstes durch den Kopf gegangen, als Sie gefragt wurden, an einer qualitativen Studie und an einem Einzelgespräch zu diesem Thema im Rahmen einer Masterarbeit teilzunehmen? Was hat Sie dazu bewogen Ihre Teilnahme zuzusagen?

➔ **Erzählungen, die akt. Situation dementer Verwandte betreffend:**

- Bitte erzählen Sie mir eine für Sie wichtige Geschichte/eine Erfahrung/eine Situation aus Ihrem Kommunikationsalltag mit Ihren Verwandten, aus der Sie selbst eine Veränderung in Ihrer Beziehung zu bzw. bei Ihren Liebsten festgestellt haben, die sie auf Ursachen von COVID-Maßnahmen zurückführen. Zum Beispiel:
  - Was sind denn seit der Pandemie besondere Herausforderungen in der Beziehung zu Ihren Verwandten? Gibt es konkrete Erfahrungen dazu?
  - Wie erleben Sie die Pflegenden? Was gibt es da für Erfahrungen während der Pandemie?
  - Wie hat sich mit der Pandemie das Kontakt(ver)halten verändert?
  - Gibt es vielleicht auch positive bzw. schöne Erfahrungen?
  - Gab es vor der Pandemie so etwas wie ein „Ritual“ mit Ihren dementen Verwandten? z.B.: Jeden Montag Besuch, alle 2 Wochen einmal Vorlesen, …

Je nach Zeit eine nächste Erzählrunde

- Ein Thema vertiefend, das in der Runde zuvor aufgetaucht ist,
- Ein Thema (COVID-19 oder Vor-COVID-19), wenn es nicht aufgetaucht ist evtl.: neue/andere Kommunikationsmöglichkeiten; Versorgt vs. Betreut; Nähe vs. Distanz; Kontaktintensität, …

3) Zusammenfassend/Abstrahierend/Abschluss (5´)

- Auf der Basis Ihrer Geschichten/Erfahrungen, die Sie mir bislang erzählt haben: Was heißt für Sie als Angehörige der Umgang mit den geänderten Rahmenbedingungen bzw. für Ihre Verwandten? Was sollte keinesfalls so bleiben, was ist eventuell vielleicht sogar gut?
- Ist Ihnen sonst noch etwas wichtig zum Thema „demente Personen in COVID-19 Zeiten“?
- Wollen Sie sonst noch etwas sagen?
- Wie war das heute für Sie?
- Haben Sie noch Fragen?
- **Bitte Einverständniserklärung 2 x unterschreiben, eine Kopie bleibt bei Ihnen!**
- Was passiert nun weiter mit Ihren Geschichten/Daten?
- Wenn gewünscht: Rückmeldung meiner/unserer Ergebnisse, Gedanken, fertigen Masterarbeit an Sie (frühestens Frühlingsbeginn 2022)

Herzlichen Dank!

8.6 Interviewleitfaden Gruppeninterview Angehörige

Design Gruppengespräch –
Für meine Masterarbeit im Rahmen des Studium Generale

Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen

Die Perspektive der Angehörigen

1) Einstieg (15´)

➔ Begrüßung: Harald (5´)

- Danke für die Teilnahme. Monika und ich wollen im Rahmen meiner Masterarbeit Ihre Erfahrungen einholen und versuchen Erkenntnisse zu obigen Fragestellungen herauszuarbeiten.
- Kurze Selbstvorstellung Harald, inkl. persönlichem Bezug zum Thema
- Rahmen: Zeit max. 90 Minuten, Moderation HG/MG.
  Gibt es im Vorfeld Fragen dazu?
- Übergabe an Monika

➔ Kurze Selbstvorstellung: Monika (5´)

- Aufnahme, Einverständniserklärung, Anonymisierung, Datenverwendung
- Einverständnis Tonbandaufnahme einholen
  → Aufnahmegerät einschalten (Harald)
- Bitte Einverständniserklärung 2 x unterschreiben, eine Kopie bleibt bei Ihnen
- Übergabe an Harald

➔ Zum WAS und WIE: Harald (5´)

- Großer Dank, dass SIE dabei sind. Sie als Angehörige sind ja während der Pandemie sehr gefordert! Vieles, das Ihnen vor der Pandemie nützlich und wertvoll im Kontakt mit Ihren Verwandten schien, war mit einem Schlag nicht (mehr) möglich, was hat das mit Ihnen gemacht?
- Zum WAS: Ziele des Gespräches: Verstehen, was Ihre Perspektive als Angehörige zu den veränderten Bedingungen wegen COVID-19 für demente Personen bedeutet. Welche Veränderungen wirken sich nachteilig/vorteilig auf Ihre Verwandten aus? Gibt es aus Ihrer Sicht Veränderungen zur Zeit „vor Corona“ und wenn ja, würden Sie diese bitte beschreiben? Wie verläuft aus Ihrer Sicht deren Alltag jetzt im Vergleich zu „vor Corona“?
- Zum WIE: moderiertes Erzählen und einander Zuhören. Im Mittelpunkt stehen Ihre Erfahrungen (Erfahrungen, die Sie erzählen möchten), und diese dürfen in Summe sehr verschieden sein. Wir müssen uns hier nicht auf eine Wahrheit einigen – insofern auch keine Diskussion, sondern ein Dialog.

2) Hauptteil (60´)

➔ Harald: Vorstellungsrunde/Einstiegsrunde:

- Name (wird bei der Transkription anonymisiert), in welchem Verhältnis stehen sie Zu Ihrem/Ihrer Verwandten?
- Thematischer Einstieg/"Blitzlicht": Was ist Ihnen als erstes durch den Kopf gegangen, als Sie gefragt wurden, an einer qualitativen Studie und an einem Gruppengespräch zu diesem Thema im Rahmen einer Masterarbeit teilzunehmen? Was hat Sie dazu bewogen Ihre Teilnahme zuzusagen?

➔ Monika: Erzählungen, die akt. Situation dementer Verwandte betreffend:

- Bitte erzählen Sie uns eine für Sie wichtige Geschichte/eine Erfahrung/eine Situation aus Ihrem Kommunikationsalltag mit Ihren Verwandten, aus der Sie selbst eine Veränderung in Ihrer Beziehung zu bzw. bei Ihren Liebsten festgestellt haben, die sie auf Ursachen von COVID-Maßnahmen zurückführen.
  → Gegebenenfalls: Wertschätzende Resonanz von unserer Seite nach ——— erzählten Geschichten.

Harald: Je nach Zeit eine nächste Erzählrunde

- Ein Thema vertiefend, das in der Runde zuvor aufgetaucht ist,
- Ein Thema (COVID-19 oder Vor-COVID-19), wenn es nicht aufgetaucht ist

3) Harald od. Monika: Zusammenfassend/Abstrahierend (5´)

- Auf der Basis Ihrer Geschichten/Erfahrungen, die Sie uns bislang erzählt haben: Was haben Sie da herausgehört? Was heißt für Sie als Angehörige der Umgang mit den geänderten Rahmenbedingungen bzw. für Ihre Verwandten? Was sollte keinesfalls so bleiben, was ist eventuell vielleicht sogar gut?

4) Monika od. Harald: Abschließend (5´)

- Ist Ihnen sonst noch etwas wichtig zum Thema „demente Personen in COVID-19 Zeiten"?
- Wollen Sie sonst noch etwas sagen?
- Wie war das heute für Sie?

5) Harald: Schlussworte (5´)

- Haben Sie noch Fragen?
- Was passiert nun weiter mit Ihren Geschichten/Daten?
- Wenn gewünscht: Rückmeldung meiner/unserer Ergebnisse, Gedanken, fertigen Masterarbeit an Gesprächspartner*innen (frühestens Frühlingsbeginn 2022)

Herzlichen Dank!

8.7 Interviewleitfaden Einzelinterview Pflegende

Design Einzelgespräch –
Für meine Masterarbeit im Rahmen des Studium Generale

Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen

Die Perspektive der Pflegenden

1) Einstieg (5´)

➔ Begrüßung: (3´)

- Danke für die Teilnahme. Ich will im Rahmen meiner Masterarbeit mittels Ihrer Erfahrungen versuchen, Erkenntnisse zu obigen Themen herauszuarbeiten.
- Kurze Selbstvorstellung, inkl. persönlichem Bezug zum Thema
- Rahmen: Zeit max. 35 Minuten.
  Gibt es im Vorfeld Fragen dazu?

- Aufnahme, Einverständniserklärung, Anonymisierung, Datenverwendung
- Einverständnis Tonbandaufnahme einholen
  → ***Aufnahmegerät einschalten***

➔ Zum WAS und WIE: (2´)

- Großer Dank, dass SIE dabei sind. Sie als Pflegende und Ihre Pflegeeinrichtung sind ja während der Pandemie sehr gefordert!
- Zum WAS: Ziele des Gespräches: Verstehen, was Ihre Perspektive als professionell Pflegende zu den veränderten Bedingungen wegen COVID-19 für demente Personen unter Ihrer Obhut bedeutet. Welche Veränderungen wirken sich nachteilig/vorteilig auf Ihre Klienten aus? Gibt es aus Ihrer Sicht Veränderungen zur Zeit „vor Corona“ und wenn ja, würden Sie diese bitte beschreiben? Wie verläuft aus Ihrer Sicht deren Alltag jetzt im Vergleich zu „vor Corona“?
- Zum WIE: moderiertes Erzählen, ich erlaube mir evtl. nachzufragen. Im Mittelpunkt stehen Ihre Erfahrungen. Ich habe einige offene Fragen, auf die es überhaupt keine falschen Antworten gibt. Alles was Sie erzählen, was Sie erzählen möchten, interessiert mich.

2) Hauptteil (25´)

➔ Einstiegsrunde:

- Bitte nennen Sie Ihren Namen.

- Thematischer Einstieg/“Blitzlicht“: Was ist Ihnen als erstes durch den Kopf gegangen, als Sie gefragt wurden, an einer qualitativen Studie und an einem Einzelgespräch zu diesem Thema im Rahmen einer Masterarbeit teilzunehmen? Was hat Sie dazu bewogen Ihre Teilnahme zuzusagen?

➔ **Erzählungen, die akt. Situation dementer Personen betreffend:**

- Bitte erzählen Sie mir eine für Sie wichtige Geschichte/eine Erfahrung/eine Situation aus Ihrem Berufsalltag, aus der Sie selbst eine Veränderung in Ihrer Beziehung zu Ihren Klienten festgestellt haben, die sie auf Ursachen von COVID-Maßnahmen zurückführen. Zum Beispiel:
  - Was sind denn seit der Pandemie besondere Herausforderungen in der Beziehung/in der Betreuung Ihrer Klienten? Gibt es konkrete Erfahrungen dazu?
  - Wie erleben Sie die Angehörigen von Klienten? Was gibt es da für Erfahrungen während der Pandemie? Möchten Sie auch etwas über die Zusammenarbeit mit Ihren Kolleg*Innen erzählen?
  - Hat sich mit der Pandemie etwas verändert, wenn ja, bitte was?
  - Gibt es vielleicht auch positive bzw. schöne Erfahrungen?
  - Gab es vor der Pandemie so etwas wie einen typischen Arbeitstag mit Ihren dementen Klienten? Klare Abläufe? Was hat sich da verändert?

Je nach Zeit ein(e) nächste Geschichte/Ebene/anderes Thema

- Ein Thema vertiefend, das in der Runde zuvor aufgetaucht ist,
- Ein Thema (COVID-19 oder Vor-COVID-19), wenn es nicht aufgetaucht ist evtl.: neue/andere Kommunikationsmöglichkeiten; Versorgt vs. Betreut; Nähe vs. Distanz; Kontaktintensität, …

3) Zusammenfassend/Abstrahierend/Abschluss (5´)

- Auf der Basis Ihrer Geschichten/Erfahrungen, die Sie mir bislang erzählt haben: Was heißt für Sie als professionell Pflegende der Umgang mit den geänderten Rahmenbedingungen für Ihre Klienten? Was sollte keinesfalls so bleiben, was ist eventuell vielleicht sogar gut?
- Ist Ihnen sonst noch etwas wichtig zum Thema „demente Personen in COVID-19 Zeiten“?
- Wollen Sie sonst noch etwas sagen?
- Wie war das heute für Sie?
- Haben Sie noch Fragen?
- **Bitte Einverständniserklärung 2 x unterschreiben, eine Kopie bleibt bei Ihnen!!**
- Was passiert nun weiter mit Ihren Geschichten/Daten?
- Wenn gewünscht: Rückmeldung meiner/unserer Ergebnisse, Gedanken, fertigen Masterarbeit an Sie (frühestens Frühlingsbeginn 2022)

Herzlichen Dank!

8.8 Interviewleitfaden Gruppeninterview Pflegende

Design Gruppengespräch –
Für meine Masterarbeit im Rahmen des Studium Generale

Demenz und COVID-19 – Erfahrungen von Pflegepersonal und Angehörigen dementer Personen in Alters- und Pflegeheimen

Die Perspektive der Pflegenden

1) Einstieg (15´)

➔ Begrüßung: Harald (5´)

- Danke für die Teilnahme. Monika und ich wollen im Rahmen meiner Masterarbeit Ihre Erfahrungen einholen und versuchen Erkenntnisse zu obigen Fragestellungen herauszuarbeiten.
- Kurze Selbstvorstellung Harald, inkl. persönlichem Bezug zum Thema
- Rahmen: Zeit max. 90 Minuten, Moderation HG/MG.
  Gibt es im Vorfeld Fragen dazu?
- Übergabe an Monika

➔ Kurze Selbstvorstellung: Monika (5´)

- Aufnahme, Einverständniserklärung, Anonymisierung, Datenverwendung
- Einverständnis Tonbandaufnahme einholen
  → Aufnahmegerät einschalten (Harald)
- Bitte Einverständniserklärung 2 x unterschreiben, eine Kopie bleibt bei Ihnen
- Übergabe an Harald

➔ Zum WAS und WIE: Harald (5´)

- Großer Dank, dass SIE dabei sind. Ihre Pflegeeinrichtung war/ist ja während der Pandemie sehr gefordert!
- Zum WAS: Ziele des Gespräches: Verstehen, was Ihre Perspektive als professionell Pflegende zu den veränderten Bedingungen wegen COVID-19 für demente Personen unter Ihrer Obhut bedeutet. Welche Veränderungen wirken sich nachteilig/vorteilig auf Ihre Klienten aus? Gibt es aus Ihrer Sicht Veränderungen zur Zeit „vor Corona“ und wenn ja, würden Sie diese bitte beschreiben? Wie verläuft aus Ihrer Sicht deren Alltag jetzt im Vergleich zu „vor Corona“?
- Zum WIE: moderiertes Erzählen und einander Zuhören. Im Mittelpunkt stehen Ihre Erfahrungen (Erfahrungen, die Sie erzählen möchten), und diese dürfen in Summe sehr verschieden sein. Wir müssen uns hier nicht auf eine Wahrheit einigen – insofern auch keine Diskussion, sondern ein Dialog.

2) Hauptteil (60´)

➔ Harald: Vorstellungsrunde/Einstiegsrunde:

- Name (wird bei der Transkription anonymisiert), in welcher Rolle/Funktion sind sie hier?
- Thematischer Einstieg/„Blitzlicht“: Was ist Ihnen als erstes durch den Kopf gegangen, als Sie gefragt wurden, an einer qualitativen Studie und an einem Gruppengespräch zu diesem Thema im Rahmen einer Masterarbeit teilzunehmen? Was hat Sie dazu bewogen Ihre Teilnahme zuzusagen?

➔ Monika: Erzählungen, die akt. Situation dementer Personen betreffend:

- Bitte erzählen Sie uns eine für Sie wichtige Geschichte/eine Erfahrung/eine Situation aus Ihrem Berufsalltag, aus der Sie selbst eine Veränderung in Ihrer Beziehung zu Ihren Klienten festgestellt haben, die sie auf Ursachen von COVID-Maßnahmen zurückführen.
  - → Gegebenenfalls: Wertschätzende Resonanz von unserer Seite nach erzählten Geschichten.

Harald: Je nach Zeit eine nächste Erzählrunde

- Ein Thema vertiefend, das in der Runde zuvor aufgetaucht ist,
- Ein Thema (COVID-19 oder Vor-COVID-19), wenn es nicht aufgetaucht ist

3) Harald od. Monika: Zusammenfassend/abstrahierend (5´)

- Auf der Basis Ihrer Geschichten/Erfahrungen, die Sie uns bislang erzählt haben: Was haben Sie da herausgehört? Was heißt für Sie als professionell Pflegende der Umgang mit geänderten Rahmenbedingungen für Ihre Klienten? Was sollte keinesfalls so bleiben, was ist eventuell vielleicht sogar gut?

4) Monika od. Harald: Abschließend (5´)

- Ist Ihnen sonst noch etwas wichtig zum Thema „demente Personen in COVID-19 Zeiten“?
- Wollen Sie sonst noch etwas sagen?
- Wie war das heute für Sie?

5) Harald: Schlussworte (5´)

- Haben Sie noch Fragen?
- Was passiert nun weiter mit Ihren Geschichten/Daten?
- Wenn gewünscht: Rückmeldung meiner/unserer Ergebnisse, Gedanken, fertigen Masterarbeit an Gesprächspartner*innen (frühestens Frühlingsbeginn 2022)

Herzlichen Dank!

8.9 Codierbuch

8.9.1 Übersicht der Kategorien/Subkategorien

(Reihung der Subkategorien in alphabetischer Reihenfolge)

Tabelle 2 Codierbuch aus MAXQDA2020

Kategorie/Subkategorie	Häufigkeit	% zu Gesamt	% Subkat. zu Kategorie	Kategorie in Ergebn.
1 Alters- und Pflegeheime	**106**	12,50%		
1.1 Betreuungsschlüssel	7		6,60%	
1.2 Eigenschutz	10		9,43%	
1.3 Struktur	34		32,08%	X
1.4 Technische Unterstützung	12		11,32%	X
1.5 Unterstützung eigene Mitarbeiter*innen	20		18,87%	X
1.6 Unterstützung von Bewohner*innen	15		14,15%	X
1.7 Wer geht wann in so eine Einrichtung?	8		7,55%	
2 Würde eines Menschen	**21**	2,48%		
3 Demente Personen	**139**	16,39%		
3.1 Abbau des Körpers	23		16,55%	X
3.2 Andere Kontakte im Haus	5		3,60%	
3.3 Aus dem Heim ausreißen	11		7,91%	
3.4 Eigenschutz	5		3,60%	
3.5 Emotionen whrd. Besuch	6		4,32%	
3.6 Erkennen von Demenz	17		12,23%	X
3.7 Gefühle von Dementen	41		29,50%	X
3.8 Impfung	6		4,32%	
3.9 Veränd. für Demente whrd. Corona	9		6,47%	
3.10 Was brauchen Demenzkranke?	13		9,35%	
3.11 Wunsch vs. Realität	3		2,16%	
4 Pflegende	**334**	39,39%		
4.1 Aktivitäten mit Dementen	8		2,40%	X
4.2 Arbeitsalltag Pflegende vor Corona	20		5,99%	X
4.3 Arbeitsalltag Pflegende whrd. Corona	71		21,26%	X
4.4 Biografiearbeit	13		3,89%	X
4.5 Eigene Ausbildung	27		8,08%	
4.6 Eigene Ruhe finden	16		4,79%	X
4.7 Eigenschutz	13		3,89%	X
4.8 Einblick in das Leben der Pflegeperson	22		6,59%	
4.9 Gefühle von Pflegenden	66		19,76%	X
4.10 Gesprächsthemen	11		3,29%	X
4.11 Kommunikation mit Angehörigen	20		5,99%	X

Kategorie/Subkategorie	Häufigkeit	% zu Gesamt	% Subkat. zu Kategorie	Kategorie in Ergebn.
4.12 Kommunikation mit Dementen	27		8,08%	X
4.13 Kommunikation mit Kollegen*innen	10		2,99%	
4.14 Umgang mit dem Tod	10		2,99%	
5 Angehörige	**145**	17,10%		
5.1 Besuchsalltag Angehörige vor Corona	19		13,10%	X
5.2 Besuchsalltag Angehörige whrd. Corona	20		13,79%	X
5.3 Eigenschutz	3		2,07%	X
5.4 Emotionen während Besuch	5		3,45%	
5.5 Gefühle der Angehörigen	39		26,90%	
5.6 Handlungsstrategien	8		5,52%	X
5.7 Kommunikation mit Dementen	19		13,10%	X
5.8 Kommunikation mit Pflegenden	10		6,90%	X
5.9 Kontaktaufnahme	9		6,21%	X
5.10 Nähe von Bezugspersonen	5		3,45%	X
5.11 Umgehungsstrategien seitens Angeh.	4		2,76%	X
5.12 Warten auf Betreuungsplatz	4		2,76%	
6 Erfahrungen für zukünftige Pandemien	**49**	5,78%		X
7 Gesetzliche Vorgaben	**54**	6,37%		
7.1 Einschränkung	34		62,96%	
7.2 Maßnahme erzwungen	14		25,93%	X
7.3 Was ist/war nicht gut?	6		11,11%	
GESAMT:	**848**	**100,00%**		

Erklärung:

Häufigkeit: wie oft ist die Kategorie/Subkategorie in den Interviews gebildet worden

% zu Gesamt: prozentuelle Verteilung innerhalb der Kategorien zur Gesamtanzahl der Kategorien

% Subkat. zu Kategorie: prozentuelle Verteilung der Subkategorien innerhalb einer Kategorie

Kategorie bearbeitet: ist die gebildete Kategorie/Subkategorie für meine Erkenntnisse relevant

8.9.2 Erklärung der Kategorien/Subkategorien

1 Alters- und Pflegeheime

Wie sind Alters- und Pflegeheime strukturiert? Welche Aufgaben haben solche Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf eigene Mitarbeiter*innen bzw. Bewohner*innen?

1.1 Alters- und Pflegeheime >> Betreuungsschlüssel Pflegende <-> Demente

Wie viele Bewohner*innen hat eine Pflegekraft zu betreuen?

1.2 Alters- und Pflegeheime >> Eigenschutz

Handlungen der Heime zum Eigenschutz vor Versäumnissen, bzw. zum Schutz der eigenen Mitarbeiter*innen.

1.3 Alters- und Pflegeheime >> Struktur

Struktur in Heimen, wie sind sie aufgebaut, wer hat welche Funktion?

1.4 Alters- und Pflegeheime >> Technische Unterstützung

Wie und wodurch unterstützen professionelle Pflegende in Krisenzeiten die Dementen, aber mehr noch die Angehörigen?

1.5 Alters- und Pflegeheime >> Unterstützung eigene Mitarbeiter*innen

Unterstützung der professionell Pflegenden durch ihre Arbeitgeber.

1.6 Alters- und Pflegeheime >> Unterstützung von Bewohner*innen

Unterstützung von Bewohner*innen durch die Heime.

1.7 Alters- und Pflegeheime >> Wer geht wann in so eine Einrichtung?

Wann gehen Menschen in ein Alters- und Pflegeheim, geschieht das Selbstbestimmt, oder ordnet das jemand an? Wie lange sind Wartezeiten?

2 Würde eines Menschen

Was verstehen sowohl Angehörige, als auch professionelle Pfleger*innen unter „Würde"? Was ist dafür aus Sicht von Angehörigen, aber auch Pflegenden nötig/sinnvoll/real möglich?

3 Demente Personen

Der Fokus dieser Kategorie liegt bei den Dementen.

3.1 Demente Personen >> Abbau des Körpers

Wie merkt man körperliche Veränderungen im Rahmen der Demenz? Ist der Abbau durch die Pandemie evtl. sogar beschleunigt worden?

3.2 Demente Personen >> Andere Kontakte im Haus

Gibt es Kontakte von Dementen untereinander/in den Heimen?

3.3 Demente Personen >> Aus dem Heim ausreißen

Ursachen und Folgen von "Ausreißversuchen" dementer Personen aus Heimen. Warum passiert das und was geschieht dann?

3.4 Demente Personen >> Eigenschutz

Eigenschutz dementer Personen. Wie wurden Maßnahmen unter diesem Aufhänger angenommen, wurde es überhaupt als „Eigenschutz", oder eher als „Strafe" erlebt?

3.5 Demente Personen >> Emotionen während Besuch

Wie äußern sich Emotionen von Dementen? Zeigen sie welche? Wenn ja, wie äußern sie diese unter Umständen?

3.6 Demente Personen >> Erkennen von Demenz

Äußere Erkennungsmerkmale von Demenz, vorrangig aus dem Blickwinkel der Angehörigen.

3.7 Demente Personen >> Gefühle von Dementen

Wie erkennen und deuten Angehörige, bzw. professionell Pflegende, Gefühle von Dementen? Da sich demente Personen ja u.U. nicht mehr so richtig äußern können, kann evtl. über allfällige Wünsche/Bedürfnisse nur "spekuliert" werden - Auslegungssache?

3.8 Demente Personen >> Impfung

Sind Bewohner*innen geimpft, gab es da Schwierigkeiten, (wie) wurde die Impfung angenommen, wer hat es u.U. entschieden?

3.9 Demente Personen >> Veränderungen für Demente während Corona

Merkbare Veränderungen im Verhalten von Dementen während der Pandemie. Gab es diese und wie hat es sich ausgewirkt?

3.10 Demente Personen >> Was brauchen Demenzkranke?

Was benötigen Demente aus der Sicht von Angehörigen und professionell Pflegenden, wie "erreicht" man sie? Thema "versorgt" vs. "betreut"!!

3.11 Demente Personen >> Wunsch vs. Realität

Decken sich "Wunsch" und "Realität" in Bezug auf demenzkranke Personen aus Sicht der Angehörigen, als auch der professionell Pflegenden?

4 Pflegende

Der Fokus dieser Kategorie liegt bei den professionell Pflegenden.

4.1 Pflegende >> Aktivitäten mit Dementen

Was kann man/was wurde mit den Dementen unternommen - vor Corona/während Corona? Welche Aktivitäten sind/waren sinnvoll und sind auch angekommen?

4.2 Pflegende >> Arbeitsalltag Pflegende vor Corona

(Arbeits-)Tagesablauf von Pflegepersonen VOR Corona.

4.3 Pflegende >> Arbeitsalltag Pflegende während Corona

(Arbeits-)Tagesablauf von Pflegepersonen WÄHREND Corona. Was hat sich verändert?

4.4 Pflegende >> Biografiearbeit

Wie wichtig ist Biografiearbeit in der Kommunikation von professionell Pflegenden mit den Dementen, aber auch mit den Angehörigen? Wo bekommen Pflegende die Infos her (wenn es evtl. keine Angehörigen mehr gibt)?

4.5 Pflegende >> Eigene Ausbildung

Was macht den Pflegeberuf spannend, was ist dafür nötig? Warum "tut man sich das an"? Wie ist die eigene Ausbildung gelaufen, allfällige Highlights?

4.6 Pflegende >> Eigene Ruhe finden

Woraus schöpft man als professionelle Pflegekraft seine/ihre tägliche Motivation? Wo findet Pflegepersonal einen Ausgleich?

4.7 Pflegende >> Eigenschutz

Ängste/Gefühle während Corona von professionell Pflegenden und Angehörigen, die selbst auch noch Familie zu Hause haben, welche gab es da?

4.8 Pflegende >> Einblick in das Leben der Pflegeperson

Wie leben professionelle Pflegepersonen, welche privaten Aufgaben haben sie noch?

4.9 Pflegende >> Gefühle von Pflegenden

Was fühlen professionelle Pflegekräfte - während der Arbeit, aber auch im privaten Umfeld?

4.10 Pflegende >> Gesprächsthemen

Gesprächsthemen von professionellen Pflegenden mit Dementen, aber auch mit Angehörigen und Kollegen*innen.

4.11 Pflegende >> Kommunikation mit Angehörigen

Kommunikation von professionellen Pflegekräften mit Angehörigen.

4.12 Pflegende >> Kommunikation mit Dementen

Kommunikation von professionellen Pflegekräften mit Dementen.

4.13 Pflegende >> Kommunikation mit Kollegen*innen

Kommunikation von professionellen Pflegekräften mit Kollegen*innen.

4.14 Pflegende >> Umgang mit dem Tod

Thema "Tod" - wie gehen professionell Pflegende damit um?

5 Angehörige

Der Fokus dieser Kategorie liegt bei den Angehörigen.

5.1 Angehörige >> Besuchsalltag Angehörige vor Corona

Wie lange dauern Besuche VOR Corona, wie laufen sie ab und wie oft finden sie statt?

5.2 Angehörige >> Besuchsalltag Angehörige während Corona

Wie lange dauern Besuche WÄHREND Corona, wie laufen sie ab und wie oft finden sie statt?

5.3 Angehörige >> Eigenschutz

Wie haben sich Angehörige selbst geschützt?

5.4 Angehörige >> Emotionen während Besuch

Welche Emotionen waren für die Angehörigen bei Besuchen ihrer Verwandten in den Alters- und Pflegeheimen spür- bzw. erlebbar?

5.5 Angehörige >> Gefühle der Angehörigen

Gefühle von Angehörigen sowohl den Dementen, als auch den professionell Pflegenden gegenüber.

5.6 Angehörige >> Handlungsstrategien

Welche Handlungsstrategien haben Angehörige angewandt um bei ihren dementen Verwandten "Zugang" zu finden?

5.7 Angehörige >> Kommunikation mit Dementen

Wie erfolgte die Kommunikation mit den Dementen aus Sicht der Angehörigen? Welche Schwierigkeiten gab es da, was ist aber evtl. auch gut gelaufen?

5.8 Angehörige >> Kommunikation mit Pflegenden

Wie erfolgte die Kommunikation mit den professionell Pflegenden aus Sicht der Angehörigen?

5.9 Angehörige >> Kontaktaufnahme

Kontaktaufnahme von Angehörigen mit den Dementen (und evtl. umgekehrt), aber auch mit dem professionell tätigen Pflegepersonal, erfolgt immer seitens des Angehörigen oder aktiv durch Pflegende?

5.10 Angehörige >> Nähe von Bezugspersonen

Wie wichtig ist "Nähe" von Bezugspersonen? Das können Verwandte, Freunde, Nachbarn oder aber auch professionell Pflegende sein. In den Zeiten der Lockdowns waren es auch vielfach professionelle Pflegekräfte, die die Verwandtenrolle eingenommen haben.

5.11 Angehörige >> Umgehungsstrategien seitens Angehöriger

Welche Umgehungsstrategien gibt es/gab es, um trotz Verbotes doch irgendwie zu den im Heim befindlichen Verwandten zu kommen?

5.12 Angehörige >> Warten auf Betreuungsplatz

Wie lief die Wartefrist bis zum Erhalt eines Pflegeplatzes für ihre dementen Verwandten/Freunde ab? Wie lange hat das gedauert?

6 Erfahrungen für zukünftige Pandemien

Wenn wieder eine Pandemie (oder etwas Ähnliches) kommt oder COVID noch länger dauert, welche Erfahrungen wurden gemacht? Welche Verhaltensweisen sind/waren sinnvoll?

7 Gesetzliche Vorgaben

Der Fokus dieser Kategorie liegt bei den gesetzlichen Vorgaben zur Eindämmung der Pandemie.

7.1 Gesetzliche Vorgaben >> Einschränkung

Besuche werden geregelt, kanalisiert, überprüft und auch eingeschränkt.

7.2 Gesetzliche Vorgaben >> Maßnahme erzwungen

Maßnahmen, die durch Verordnungen von außen erzwungen wurden und umzusetzen waren.

7.3 Gesetzliche Vorgaben >> Was ist/war nicht gut?

Welche gesetzl. Maßnahmen/Verordnungen wurden als gut empfunden und welche nicht - wenn nicht, warum nicht?

9. Abstract (deutsch, englisch)

Ziel der gegenständlichen Arbeit ist die Untersuchung der Fragen, wie sich die Kontaktmöglichkeiten zu dementen Personen in Alters- und Pflegeheimen im Vergleich zu „vor Corona“ verändert haben, welche Schwierigkeiten und neue Möglichkeiten sich in der Betreuung/Pflege ergeben haben und wie sich das Spannungsfeld „physische Distanz/virologischer Schutz“ einerseits und „Bedürfnis nach Nähe und Kontakt“ anderseits auswirkt. Letztlich soll auch ein Blick in die Zukunft gemacht und die Frage untersucht werden, was aus der derzeitigen Krise für zukünftige Szenarien „gelernt“ wird.

Basis dieser Untersuchung sind zehn Einzel- und fünf Gruppeninterviews, je zur Hälfte mit Angehörigen und Pfleger*innen von dementen Personen, die auch schon vor Beginn der Pandemie in Alters- und Pflegeheimen betreut wurden.

Als Untersuchungsmethode wurde das problemzentrierte Interview nach Witzel gewählt. Die Interviews wurden anhand eines Gesprächsleitfadens geführt, mit einem persönlichen Kurzfragebogen ergänzt, vollständig auf einem elektronischen Medium aufgenommen und danach transkribiert.

Gesamthaft gesehen nahmen/nehmen die Alters- und Pflegeheime eine sehr wichtige Rolle bei der Betreuung der dementen Personen ein, sowohl was die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum Schutz der Bewohner*innen betrifft, aber auch zum Schutz ihrer eigenen Pflegekräfte. Für die dementen Personen hat die Zeit ab dem 11. März 2020 einschneidende Veränderungen mit sich gebracht. Zahlreiche wichtige Möglichkeiten der psychischen und körperlichen Erreichbarkeit von Dementen waren von einem Tag auf den anderen anders bzw. nicht mehr möglich, sowohl von der Angehörigen- als auch von der Pflegeseite. Es gab/gibt jedoch weiterhin gute – angepasste – Möglichkeiten, wie auch zukünftig demente Personen in Alters- und Pflegeheimen versorgt, gepflegt und betreut werden können.

This paper describes changing contact options of care home residents affected by dementia compared to pre-Corona times, and difficulties but also new possibilities arising for the care and nursing sector. Further, the conflict between “physical distance / virological protection” versus the “need for closeness and contact” is examined. Eventually, findings gained from the current crisis are reviewed with regard to possible future scenarios.

The basis for investigation are ten individual and five group interviews, half of each conducted with relatives as well as caregivers of people with dementia who were already in care institutions before the pandemic started.

The research method was the problem-centered interview according to Witzel. The guided interviews and additional biographical questionnaires were electronically recorded and promptly transcribed.

Overall, care facilities play an important role in the care of people with dementia in terms of implementing legal requirements to protect residents, but also to protect their own caregivers.

People affected by dementia faced drastic changes after March 11, 2020. Mental and physical contact was different or no longer possible from one day to the next for relatives as well as for caregivers. However, carefully adapted procedures can and will continue to ensure proper care for people with dementia.