



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der Einfluss der COVID-19 Präventionsmaßnahmen auf
das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und
Pflegekontext“

verfasst von / submitted by

Jessica Mona Cichowski

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

Wien, 2023 / Vienna 2023

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

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

Mitbetreut von / Co-Supervisor:

Danke

An meine Eltern, die mir meine Ausbildung ermöglichen

An Brigitte Lueger-Schuster und Stephan Ruben Marin für ihre Geduld und ihr Feedback

An alle Teilnehmenden für ihre Zeit und ihre Expertise

Und danke ganz besonders an meine Ma, die mich immer unterstützt und für mich da ist

Inhaltsverzeichnis

Theorie	7
Konzepte	7
Psychisches Wohlbefinden	7
Belastungsfaktoren und Ressourcen	9
COVID-19 und der Umgang mit der Pandemie	11
Verlauf der Pandemie in Österreich	13
Pandemie und Psyche – Einflüsse der Maßnahmen	15
Pandemie im stationären Langzeitpflegebereich	20
Stationäre Langzeitpflege in Österreich.....	20
Pandemie und Alter	21
Pandemie und Pflege	23
Forschungsinteresse und Forschungsfragen.....	28
Methode	29
Erhebungsverfahren	31
Das Expert*inneninterview	31
Das halbstrukturierte Leitfadeninterview.....	32
Rekrutierung	33
Die Expert*innen	34
Durchführung.....	34
Auswertung	35
Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring.....	35
Ergebnisse	40
Belastende Faktoren	40
Gesellschaftlich-politische Ebene	40
Organisationsbezogene Ebene	44
Interpersonale Ebene.....	45
Intrapersonale Ebene.....	47
Entlastende Faktoren	50
Gesellschaftlich-politische Ebene	50
Organisationsbezogene Ebene.....	51
Interpersonale Ebene.....	52
Intrapersonale Ebene.....	54
Impfung.....	56
Entlastende Faktoren	56

Belastende Faktoren	58
Andere Reaktionen	62
Psychisches Wohlbefinden der Betreuungsgruppe	63
Entlastende Faktoren	63
Belastende Faktoren	66
Besondere Betroffenheit	70
Andere Einflüsse	71
Diskussion	73
Belastende Faktoren	74
Entlastende Faktoren	76
Impfung	77
Psychisches Wohlbefinden der Betreuungsgruppe	78
Forschungsausblick	79
Limitationen	80
Fazit	80
Literaturverzeichnis	82
Abbildungsverzeichnis	97
Tabellenverzeichnis	97
Abkürzungsverzeichnis	98
Anhang	98

Einfluss von COVID-19 im Alten- und Pflegekontext

COVID-19 (engl. Coronavirus disease 2019) ist eine Infektionskrankheit, die durch den Erreger SARS-CoV-2 ausgelöst wird (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK], 2021; Velavan & Meyer, 2020; World Health Organization [WHO], 2021). Die Krankheit breitete sich zunächst in China aus, in deren Provinz Hubei sie erstmals Ende des Jahres 2019 auftrat (BMSGPK, 2021). Obwohl Details des anfänglichen Übertragungswegs noch immer unklar sind, wird ihr Ursprung auf einem Markt in Wuhan vermutet (Velavan & Meyer, 2020). Nachdem immer mehr Menschen in China erkrankten und auch Krankheitsfälle in anderen Teilen der Welt bekannt wurden, rief die WHO am 31. Januar 2020 eine *Gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite* aus (WHO, 2020). Maßnahmen zur Eindämmung der bis dahin unbekannten Erkrankung konnten eine weitere Ausbreitung nicht verhindern, sodass der Ausbruch von COVID-19 am 11. März 2020 zur weltweiten Pandemie erklärt wurde (WHO, 2020b). Im Rahmen dieser Arbeit wird sich mit den Auswirkungen der Pandemie auseinandergesetzt und untersucht, inwiefern Präventionsmaßnahmen das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext in Österreich beeinflussen.

Theoretische Konzepte

Es wird zunächst der Begriff des psychischen Wohlbefindens definiert und in Zusammenhang mit der für diese Arbeit relevanten Theorie zu Belastung und Ressourcen gebracht. Anschließend werden die Rahmenbedingungen beschrieben, innerhalb derer sich die Forschung bewegt.

Psychisches Wohlbefinden

Der in dieser Arbeit verwendete Begriff des psychischen Wohlbefindens orientiert sich an der Definition von Mayring (1991), nach der sich subjektives Wohlbefinden aus den Faktoren Belastungsfreiheit, Freude, Zufriedenheit und Glück zusammensetzt; eine Struktur,

die faktorenanalytisch gestützt wird. Somit beinhaltet das Konzept eine positive (Freude und Glück) und eine negative (Freiheit von Belastungen), sowie eine kognitive (Zufriedenheit) und eine affektive (Gefühl des Wohlbefindens) Komponente. Dabei umfasst die positive Komponente einen langfristigen Aspekt (Glück, welches sich in Form von Lebensglück im Laufe der Biographie entwickelt haben kann) und einen kurzfristigen Aspekt (Freude, welche zumeist aktuell und intensiv empfunden wird) (Mayring, 1991b). Psychisches Wohlbefinden wird als subjektiv erfahrbare Gesundheit verstanden (Rodewald, 2009) und ist verbunden mit dem Konzept der Lebensqualität, die Aspekte von Wohlbefinden aus der Perspektive der Befragten umfasst (Abraham et al., 2007; Schumacher et al., 2003). Die Frage nach dem Wohlbefinden bezieht sich demnach auf die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der psychischen Gesundheit und wird verwendet, um sowohl diese, als auch die Lebensqualität abzubilden (Abraham et al., 2009).

Eine klare Abgrenzung von psychischem Wohlbefinden und psychischer Gesundheit ist schwierig, was dazu führt, dass beide Begriffe oftmals synonym gebraucht werden (Hornberg, 2016; Schuhmacher et al., 2003). Anders als der Gesundheitsbegriff, verdeutlicht der Begriff des Wohlbefindens allerdings die Subjektivität und Komplexität des abgebildeten Bewusstseinszustands, der nicht beobachtbar ist (Trojan & Legewie, 2001, zitiert nach Hornberg, 2016). Gesundheit wird in Zusammenhang mit dem Krankheitsbegriff als dessen Gegenpol verwendet, wohingegen es sich bei Wohlbefinden um ein rein positives Konstrukt (Bauer & Jenny, 2007) und ein „originär psychologisches Konzept“ (Schumacher et al., 2003, S.11) handelt. Der Definition der WHO zufolge bezeichnet psychische Gesundheit „ein[en] Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ (2019, S.1). Der Fokus dieser Arbeit liegt auf diesem Zustand und überlässt die Ausführung seiner Implikationen im Sinne der Subjektivität den befragten Personen. Ob und

inwiefern das Ausschöpfen ihrer Fähigkeiten, die Alltagsbewältigung, das produktive Arbeiten und der Beitrag zur Gemeinschaft zum eigenen Wohlbefinden beiträgt, kann also von den Befragten selbst beurteilt werden, ohne dass diese Aspekte explizit als zu erfüllende Kriterien oder Voraussetzungen dafür gelten.

Belastungsfaktoren und Ressourcen

Gemäß dem biopsychosozialen Modell wird Gesundheit als multidimensional, prozessual und dynamisch verstanden (Egger, 2015). Es werden Faktoren aus dem biologischen, dem psychischen und dem sozialen und ökologischen Bereich erkannt, die miteinander interagieren und auf den Menschen einwirken. Der Mensch wird demnach verstanden als ein System, in dem Körper und Psyche eine Einheit bilden und in dem sich Gesundheit über die Fähigkeit desselbigen definiert, schädliche Einflüsse zu kontrollieren. Im Rahmen der Ottawa-Charta (WHO, 1986) wurde deswegen bereits der Fokus auf individuelle, soziale und physische Ressourcen gelegt, welche als elementar für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung gelten. Die Frage danach, was die menschliche Gesundheit begünstigt, und psychischer Belastung entgegenwirkt, führt zu einer Vielzahl von personalen und sozialen Ressourcen, im Weiteren Entlastungsfaktoren genannt, die von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich sein können (Trojan & Legewie, 2001, zitiert nach Hornberg, 2016). So erhebt das Essener Ressourcen-Inventar beispielsweise die personenspezifisch vorhandenen Ressourcen und unterscheidet dabei drei Ebenen. Im Bereich der personalen Ressourcen werden Merkmale wie Offenheit, Flexibilität und Selbstwirksamkeit erhoben, soziale Ressourcen beziehen sich auf positive soziale Bindungen und praktische Unterstützung und strukturelle Ressourcen erheben beispielsweise die finanzielle Sicherheit (Tagay et al., 2014). Ähnlich verhält es sich mit Belastung, welche als „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (DIN EN ISO 10075-1, 2018, S. 6, zitiert nach Ferreira & Vogt,

2021) verstanden wird und aus verschiedenen zusammenwirkenden Belastungsfaktoren besteht. Inwieweit diese als sogenannte Stressoren eine Bedrohung für den Menschen darstellen können, hängt von einem individuellen Bewertungsprozess ab, der im Rahmen des transaktionalen Stressmodells beschrieben wird (Lazarus & Folkman, 1984/2011).

Demzufolge werden potentielle Stressoren oder Belastungsfaktoren in aufeinanderfolgenden Phasen eingeschätzt und in Hinblick auf die individuellen Möglichkeiten der Person bewertet. Wird ein Stressor als bedrohlich erkannt (statt als irrelevant oder positiv) wird im Verlauf der Sekundärbewertung abgeschätzt, inwieweit er sich mithilfe der eigenen Ressourcen bewältigen lässt. Dieser Prozess kann sich bei ausbleibendem Erfolg wiederholen. Somit ist das Wohlbefinden einer Person davon abhängig, wie gut die Bewältigung der potentiellen Belastungsfaktoren mithilfe der eigenen Ressourcen gelingt (Becker et al., 2004).

Belastungsfaktoren, die von außen auf Individuen einwirken, sind hauptsächlich aus dem sozialen, arbeitsbezogenen oder biologischen Bereich und können sowohl in einer spezifischen Situation wirken wie auch über einen längeren Zeitraum (Becker et al., 2004; Lazarus, 1991). Zu den anhaltenden belastenden Faktoren gehören Überforderung bei der Arbeit und ungünstige Arbeitsbedingungen, wie beispielsweise mangelnde Anerkennung, sowie soziale Spannungen und soziale Isolation (Becker et al., 2004; Schulz et al., 2004).

Inwiefern diese potentiellen Belastungsfaktoren das psychische Wohlbefinden der Menschen, die im Alten- und Pflegekontext arbeiten und leben betrifft und welche individuellen Ressourcen sie sich zu Nutzen machen, soll weiters erörtert werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bewältigung von Stressoren entscheidend für die psychische Belastung von Individuen ist und dass die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen eine wichtige Rolle in diesem Prozess spielen. Sie können direkt auf Wohlbefinden und Gesundheit Einfluss nehmen, oder indirekt positiv auf den Zusammenhang zwischen Belastungsfaktoren und Reaktion wirken (Bovier et al., 2004). Das Wissen um und die Stärkung individueller

Ressourcen, die in Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden stehen, sind also wesentlich, um Risiken für die Gesundheit zu minimieren und diese so zu fördern (Antonovsky, 1987/1997).

COVID-19 und der Umgang mit der Pandemie

COVID-19 hat sich seit Beginn ihres Ausbruchs in verschiedenen Bereichen der Erde anders ausgewirkt, beeinflusst von verschiedenen Maßnahmen in Bezug auf ihre Eindämmung und in Abhängigkeit von Merkmalen unterschiedlicher Gruppen von Betroffenen. Eine Erkrankung ist generell häufig begleitet durch Husten, Fieber, Kurzatmigkeit und Beeinträchtigung des Geschmacks- oder Geruchssinns (BMSGPK, 2021). Die Erstellung einer Diagnose wird allerdings erschwert durch ein breites Spektrum möglicher Manifestationen, da sich COVID-19 auch in anderen Symptomen, beispielsweise im gastrointestinalen Bereich, äußern, oder gar asymptomatisch verlaufen kann (Robert Koch Institut [RKI], 2021; Velavan & Meyer, 2020). Während in circa 80% der Fälle keine stationäre Behandlung nötig ist (WHO, 2020c), kann es bei schweren Verläufen unter anderem zu Pneumonien mit Lungenversagen und Tod kommen (RKI, 2021). Auch nach der Genesung kann es noch zu Müdigkeitserscheinungen (Jäggi, 2021) und in manchen Fällen zu langanhaltenden oder erneut auftretenden Beschwerden kommen. Als *Post-COVID-Syndrom* bezeichnet man Beschwerden, die 12 Wochen nach der ursprünglichen Infektion auftreten (RKI, 2022). Der Begriff *Long-COVID* hingegen umfasst sowohl das *Post-COVID-Syndrom*, als auch Beschwerden, die nach der Erkrankung für bis zu 12 Wochen bestehen (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022). Eine Ansteckung erfolgt über Tröpfcheninfektion und dementsprechend auch über mit dem Virus behaftete Kleinstpartikel, Aerosole, die sich über längere Zeit in der Luft halten und über den respiratorischen Trakt anstecken können. Auch eine Kontaktübertragung über mit dem Virus behaftete Oberflächen kann nicht ausgeschlossen werden (RKI, 2021). Aufgrund der möglichen Übertragungswege,

haben sich einige Maßnahmen, wie das Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung, das Einhalten eines Sicherheitsabstands, häufiges Händewaschen und Lüften, als besonders sinnvoll, gerade im öffentlichen Raum erwiesen (BMSGPK, 2020). Die Maßnahmen zum Schutz vor und gegen die Verbreitung des SARS-CoV-2 Virus wirken sich stark auf das alltägliche Leben aus, insofern sie auch weitgreifende Einschränkungen, wie von verschiedenen Regierungen verhängte Lockdowns beinhalten. Als Lockdown in Zusammenhang mit COVID-19 wird das Verhängen von Anordnungen, meist von Seiten einer Regierung, bezeichnet, die eine physische Distanzierung der von den Maßnahmen Betroffenen bezeichnet und somit eine geringere Rate an Neuinfektionen und eine verlangsamte Ausbreitung der Erkrankung zum Ziel hat (Lippi et al., 2020). In erster Linie soll so einer Überforderung der Gesundheitssysteme vorgebeugt werden. Aufgrund von bisheriger Wirksamkeit in Bezug auf die Eindämmung der Ausbreitung und mangels anderer oder zunächst schwerlich verfügbarer Strategien, wie weitreichende Impfungen, wurden unterschiedliche Arten von Lockdowns in verschiedenen Bereichen der Welt in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie eingesetzt (Lippi et al., 2020). Priorisierungsrichtlinien in Bezug auf die Durchführung der Impfung wurden festgelegt, die Hospitalisierungen und Todesfälle eindämmen und zunächst besonders vulnerable Gruppen schützen, sowie deren Versorgung gewährleisten sollten. So wurden Bewohnende von Alten- und Pflegeheimen und die dortigen Arbeitskräfte auch in Österreich zuerst die Impfung ermöglicht. Neben vielen Problemen, die beispielsweise Lieferungen und Patentrechte, sowie potentielle gesundheitliche Risiken betreffen, kamen auch ethische Fragen in Zusammenhang mit dem Impfen auf (Pollak et al., 2021b; Pollak et al., 2021c). Diese beschäftigten sich mit der Vertretbarkeit der Durchsetzung von Impfpflichten, von denen, besonders nach Aufkommen von vermehrten Ablehnungen der Impfung von Seiten Arbeitender in Gesundheitsberufen, verschiedene Varianten diskutiert wurden (Druml, 2021).

Verlauf der Pandemie in Österreich

Nachdem die Zahlen von infizierten Personen in der Folge anstiegen, wurde einen Monat später, am 16. März, ein Lockdown für ganz Österreich erwirkt (COVID-19 Gesetz, 2020). Für etwa einen Monat galten Ausgangsbeschränkungen, die beispielsweise das Betreten öffentlicher Orte und den Gebrauch von öffentlichen Verkehrsmitteln nur unter bestimmten Bedingungen, wie zu beruflichen Zwecken, zu der Deckung von Grundbedürfnissen, der Abwendung von unmittelbarer Gefahr und der Unterstützung von bedürftigen Personen, beinhalteten (COVID-19 Gesetz, 2020; Pollak et al., 2020). Das Tragen eines Mund-Nasenschutzes wurde obligatorisch in den Geschäften, die noch zu Zwecken der Grundversorgung geöffnet blieben und das öffentliche Leben kam zusätzlich durch die Schließung von Sport- und Kurstätten, sowie der Gastronomie, der Einführung von Reisebeschränkungen und dem Ausfall öffentlicher Veranstaltungen fast vollständig zum Erliegen (Pollak et al., 2020). Basis für das Verhängen dieser Maßnahmen bildeten die COVID-19 Gesetze, von denen das erste am 15. März von dem österreichischen Nationalrat beschlossen wurden (COVID-19 Gesetz, 2020). Um die negativen Folgen für die österreichische Wirtschaft einzudämmen, beinhaltet dieses unter anderem ein Modell für Kurzarbeit, welches Arbeitsplätze über Zeiten von Betriebsschließungen sichern und Kündigungen vorbeugen sollte. In Bezug auf die Infektionszahlen erwiesen sich die Maßnahmen als effektiv, da es nach einem Höhepunkt der epidemiologischen Kurve am 26. März (1056 Fälle von Neuinfektionen bei einem Inzidenzwert von 54,8 österreichweit) (Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit [AGES], 2022) zu einem Abfall derselbigen kam, wurden Lockerungen der Maßnahmen ab dem 14. April beschlossen (Pollak et al., 2020). Aufgrund steigender Anzahl an Neuinfektionen wurde am 13. September von Seiten der Regierung der Beginn der zweiten pandemischen Welle und mit Ende Oktober ein Lockdown „light“ verkündet (Österreichischer Rundfunk [ORF], 2020; Pollak et al., 2021).

Ein zweiter „harter“ Lockdown wurde ab dem 17. November verhängt und sollte bis zum 6. Dezember anhalten. Kurz darauf wurde allerdings ein weiterer Lockdown für ab dem 26. Dezember verkündet. Dieser sollte bis zum 24. Jänner 2021 anhalten, wurde dann aber aufgrund der starken Ausbreitung der neuen Varianten B1.1.7 und B.1.351 bis zum 7. Februar verlängert. Außerdem wurden der bisher gängige Mund-Nasenschutz durch FFP2-Masken ersetzt und der Mindestabstand wurde von einem auf zwei Meter erhöht. Die Initiative *Alles gurgelt* begann mit dem 26. März in Wien und ermöglichte gratis PCR-Testungen, ebenfalls für die eigenhändige Durchführung und Abgabe über verschiedene Supermarktketten. Dennoch war eine dritte pandemische Welle bald absehbar, die sich dieses Mal durch stärkere regionale Unterschiede auszeichnete. Dementsprechend wurden Maßnahmen nun weniger zentral, sondern vermehrt auf Ebene der Bundesländer gesetzt. In Wien, Niederösterreich und Burgenland wurde mit dem 1. April ein weiterer Lockdown verhängt. Nach mehrmaliger Verlängerung endete dieser dritte Lockdown in Wien und Niederösterreich am 2. Mai und im Burgenland bereits am 18. April (Pollak et al., 2021b). Auch wurde aufgrund der rückläufigen Impfbereitschaft der österreichischen Bevölkerung verstärkt erwogen, eine Impfpflicht einzuführen (Pollak et al., 2021c). Diese wurde dann im November verkündet und sollte für alle im Gesundheitsbereich tätigen Menschen gelten. Auch setzte ab 15. November ein Lockdown für Ungeimpfte ein und kurz darauf wurde eine allgemeine Impfpflicht beschlossen, die mit Februar 2022 in Kraft treten sollte (Pollak et al., 2021c). Ein Lockdown für alle galt zusätzlich vom 22. November bis zum 12. Dezember, wobei jedoch die Schulen im Gegensatz zu den Bereichen des Handels und der Gastronomie, geöffnet blieben (Pollak et al., 2021c). Während Mitte bis Ende Dezember der allgemeine Lockdown in den verschiedenen Teilen Österreichs nach und nach aufgehoben wurde, blieb er für ungeimpfte Personen noch weiter bis zum 31. Januar bestehen (Walcherberger et al., 2022). Ab dem 5. Februar galt das Impfpflichtgesetz, das vorsah, unvollständige Impfungen

ab dem 15. März mit Bußgeldern zu bestrafen. Die Impfpflicht wurde mit 9. März allerdings wieder, zunächst für drei Monate, aufgehoben, da diese aufgrund milderer Krankheitsverläufe der vorherrschenden Virusvariante nun nicht mehr als verhältnismäßig betrachtet wurde. Die Infektionszahlen erreichten am 8. März mit 51344 neuen täglichen Infektionen einen neuen Höchstwert, wobei es zwar nicht zur Überlastung der Intensivstationen kam, wohl aber zu weitläufigen Ausfällen systemrelevanter Mitarbeitenden. In der Folge traten mit Ende des Monats wieder Maßnahmen in Kraft, die das Tragen von FFP2-Masken erneut vorsah, sowie die Quarantänenvorschriften bei milden Verläufen lockerten, um einem Wegfall von dringend benötigtem Personal in Krankenhäusern und Alten- und Pflegeheimen vorzubeugen (Walcherberger et al., 2022). Am 7. Juli beschloss der Nationalrat die endgültige Aufhebung der Impfpflicht (Parlamentsdirektion, 2022).

Pandemie und Psyche – Einflüsse der Maßnahmen

Mittlerweile wurde eine Anzahl an gesundheitlichen Problemen vermerkt, die in Zusammenhang mit der Pandemie und den Maßnahmen zu ihrer Eindämmung stehen. Neben körperbezogenen Beschwerden, die sich aus maßnahmenbedingten Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, Gewichtszunahme und Mangel an Sonnenlichtexposition ergeben (Lippi et al., 2020), sind Menschen auch zunehmend auf psychischer Ebene betroffen, auf der sich besonders Symptome von posttraumatischer Belastung, Angst, Depressionen und Schlafstörungen manifestieren (Brooks et al., 2020; Dragioti et al., 2021; Krishnamoorthy et al., 2020; Pappa et al., 2022; Stamu-O'Brien, 2020). Im Falle einer Infektion werden vorhandene Ängste in Bezug auf einen möglichen Krankheitsverlauf durch mangelndes Wissen über und langfristige Erfahrungen mit dem Coronavirus verstärkt (Benoy, 2020). Hinzu kommen soziale Aspekte, die sich aus der Isolation erkrankter Personen ergeben, wie Einsamkeit. Betroffene sowie Angehörige leiden unter den beschränkten Möglichkeiten, einander Beistand leisten zu können (Benoy, 2020). Auch nach Überwindung der Krankheit

haben Genesene oft mit Stigmata durch ihr soziales Umfeld zu kämpfen, von dem ausgehend ihnen oft mit Ausschluss, Misstrauen und Angst begegnet wird (Brooks et al., 2020). Von den psychischen Folgen der Pandemie sind allerdings nicht nur Erkrankte und deren Angehörige betroffen, sondern die Gesellschaft als Ganzes (Benoy, 2020). Im Bereich der pandemiebezogenen Ängste nennen Gradwohl und Gassmann (2020) folgende wesentliche Ausprägungen: Infektions- und Krankheitsängste, die sich auf die eigene Ansteckung und die Ansteckung von Mitmenschen durch die eigene Person beziehen. Verlustängste, in Bezug auf das mögliche Versterben von nahestehenden Personen. Wirtschaftliche Ängste, die finanzielle und ausbildungsbezogene Sorgen umfassen. Soziale Ängste, die sich durch die Möglichkeit von Isolation und Quarantäne ergeben und auch Stigmata und Ausgrenzungen einschließen. Versorgungsängste, die sich sowohl auf Nahrungsmittelsicherheit, als auch auf den Zugang zu Medikamenten oder medizinischer Versorgung beziehen. Und politische Ängste, die auf die Einschränkung von Rechten bezogen sind und in engem Zusammenhang mit verschiedenen verschwörungstheoretischen Ansätzen stehen. Erhebliche Anteile von Stressreaktionen in der Gesellschaft ergeben sich also, neben einem potentiellen Kontakt mit dem Virus, durch die Präventionsmaßnahmen, die somit das Aufkommen psychischer Störungen begünstigen (Benoy, 2020). Aus einer Mitteilung der WHO aus dem März 2022 geht hervor, dass weltweit innerhalb des ersten Jahres der Pandemie ein Anstieg von 25% in Bezug auf Angststörungen und Depressionen in der Allgemeinbevölkerung zu verzeichnen war (WHO, 2022). Eine Meta-Analyse von Pappa et al. (2022), die Ergebnisse aus 25 Studien beinhaltet, kommt zu gepoolten Prävalenzzahlen von 22% für Symptome von Angststörungen, 16% für depressive Symptomaten und 19% in Bezug auf Schlafstörungen für denselben Zeitraum. Krishnamoorthy et al. (2020) berichten in ihrer 50 Studien umfassenden Meta-Analyse für den Zeitraum von dem Ausbruch der Pandemie bis April 2020 hingegen von gepoolten Prävalenzzahlen von 26% für Angststörungen, 26% für

Depressionen und 30% für Schlafstörungen. Unter anderem inkludierten sie außerdem Werte für posttraumatische Belastung (27%). Obwohl der von der WHO postulierte Anstieg von 25% in Bezug auf Angststörungen und Depressionen sich nicht exakt in den Meta-Analysen abzeichnet und die Vergleichbarkeit unter anderem aufgrund unterschiedlicher Erhebungszeiträume eingeschränkt ist, wird deutlich, dass vor Allem in den besagten Bereichen ein starker Anstieg der Prävalenzzahlen stattfand. Denn die WHO erhob für einen vor der Pandemie liegenden Jahreszeitraum Prävalenzzahlen von 3.6% für Angststörungen und 4.4% für Depressionen (2017) und posttraumatische Belastungsstörungen entstanden bisher nach dem Erleben eines potentiell traumatischen Ereignisses in etwa 4% der Fälle (Liu et al., 2017). Bei Schlafstörungen variieren prä-pandemische Prävalenzzahlen stark in Abhängigkeit von Komorbiditäten im affektiven und angstbezogenen Bereich zwischen 2.3% und 25.5% und gelten somit als ein guter Indikator für psychische Belastung (Aernout, 2021). Die Störungsbilder scheinen sich in verschiedenen Gruppen unterschiedlich stark zu manifestieren. Pappa et al. (2022) stellten eine ähnlich hohe Prävalenz von Depressionen und Angststörungen unter Personal aus dem Gesundheitsbereich (17% bis 18%) und Studierenden (20%) und eine vergleichsweise höhere Prävalenz in der generellen Bevölkerung (27%) fest. Krishnamoorthy et al. (2020) fanden höhere Prävalenzen in Bezug auf Depressionen bei Gesundheitspersonal (25%) in Vergleich zu der generellen Bevölkerung (24%). Im Bereich der Angststörungen lag die Prävalenz in der generellen Bevölkerung bei 26% und in der Gruppe des Gesundheitspersonals bei 24%. Im Gegensatz zu den vernachlässigbar geringen Unterschieden im Falle von Depressionen und Angststörungen, unterschieden sich die Prävalenzen für Schlafstörungen laut Krishnamoorthy et al. (2020) stark zwischen Gesundheitspersonal (37%) und genereller Bevölkerung (7%). Diese wurden aufgrund einer zu geringen Anzahl entsprechender Studien von Pappa et al. (2022) in Bezug auf Gruppenunterschiede nicht weiter untersucht. Dragioti et al. (2022) untersuchte ebenfalls

Prävalenzen von Angststörungen, Depressionen, Schlafstörungen und posttraumatischer Belastung in Zusammenhang mit der Pandemie und Unterschieden zwischen verschiedenen Gruppen. Sie kamen dabei zu dem Schluss, dass infizierte Personen in fast allen Bereichen die höchsten Prävalenzen aufwiesen, der Wert für das Vorkommen posttraumatischer Belastung lag etwa bei 94%. Frauen sind stärker von Symptomen der angeführten Störungsbilder betroffen. Bei Studierenden und jungen Erwachsenen dominieren Angststörungen, Depressionen und Schlafstörungen, wohingegen unter älteren Menschen posttraumatische Belastung eine größere Rolle spielt. Eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse der verschiedenen Meta-Analysen gestaltet sich aufgrund der unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen und Zeiträume zwar schwierig, aber deutlich wird dennoch, dass es in den letzten zwei Jahren, in denen COVID-19 maßgeblichen Einfluss auf das Leben vieler Menschen weltweit hatte, zu einem Anstieg an Symptomaten verschiedener psychischer Störungen kam. Obwohl viele Daten auf Selbstauskünften, statt auf klinischen Diagnosen beruhen (Pappa et al., 2022), kann davon ausgegangen werden, dass die Manifestation von psychischen Störungen durch die Pandemie und einhergehende Maßnahmen begünstigt wird und große Teile der Weltbevölkerung längerfristig darunter zu leiden haben (Benoy 2020; Jäggi, 2021; Wang, 2021). Darauf weisen auch Ergebnisse aus Untersuchungen vergleichbarer Umstände aus der Vergangenheit hin, wie die von epidemiebedingten Quarantänesituationen in Zusammenhang mit dem Ebolavirus (Brooks et al., 2020). Weiters hat sich die Situation von Menschen, die bereits vor der Pandemie unter gesundheitlichen Problemen gelitten haben, verschlechtert. Durch Restriktionen, die das öffentliche Leben und den interpersonellen Kontakt einschränken, werden persönliche Tagesabläufe und Strukturen unterbrochen. Das gilt auch oft für therapeutische Tageseinrichtungen und ist besonders für bereits von Depressionen oder Suchtproblematiken betroffene Personen problematisch. Auch Wahnhaltungen von Menschen mit entsprechenden

psychischen Vorbelastungen können durch die Einführung von Präventionsmaßnahmen verstärkt werden (Benoy, 2020). Zusätzlich besteht ein höheres Risiko für Menschen mit psychischen Störungen, mit COVID infiziert zu werden und stärker an der Erkrankung zu leiden (Wang, 2021). Einfluss auf diesen Zusammenhang stellen Schwierigkeiten bei dem Abschätzen von gesundheitlichen Informationen, dem Einhalten gesetzter Präventionsmaßnahmen, dem generellen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, Obdach- oder Wohnungslosigkeit und der Aufenthalt in Umgebungen, in denen ein höheres Infektionsrisiko besteht, dar (Shinn, 2020). Auch Personen mit anderen Vorbelastungen wie Parkinsonerkrankte leiden besonders unter Maßnahmen, die Gefühle von Einsamkeit hervorrufen oder verstärken (Subramanian, 2020). Zusätzlich sind Frauen in vielerlei Hinsicht stärker von den Auswirkungen der Pandemie betroffen. So verrichten sie beruflich und unbezahlt mehr Sorgearbeit, beispielsweise in Pflegeberufen oder wenn es privat um die Pflege und/oder Betreuung von Kindern und anderen Angehörigen geht. Damit sind sie einem höheren Infektionsrisiko und zusätzlicher psychischer und körperlicher Belastung ausgesetzt (Hans-Böckler-Stiftung [HBS], 2021; UN Women Deutschland e.V., 2021). Außerdem sind Frauen häufiger von häuslicher Gewalt betroffen, die im Verlauf der Pandemie stark zugenommen hat (Ebert & Steinert, 2021; UN Women, 2021).

In Bezug auf die Präventionsmaßnahmen erweisen sich also besonders kontakt- und mobilitätsbeschränkende Maßnahmen als belastend, wie sie besonders im Falle einer individuellen Quarantänesituation, aber auch im Rahmen eines generell verhängten Lockdowns zum Tragen kommen, da sie erheblich in den Alltag und die Struktur von Menschen einschneiden (WHO, 2020d). Auch längerfristige Folgen dieser Beschränkungen finden unter anderem in sogenannter Pandemiemüdigkeit Ausdruck (Nitschke et al., 2021). Diese bezeichnet einen Zustand, in dem Gefühle von Einsamkeit, Ermüdung, Langeweile, Sorge und extremer Traurigkeit herrschen, welche in der Allgemeinbevölkerung mit

Andauern von Ausgangsbeschränkungen zunehmen (Brodeur, 2021). Diese können zusätzlich zu körperlicher Erschöpfung, Emotionsausbrüchen und Ängsten führen (Australian Psychological Society [APS], 2020; Labrague & Ballad, 2020).

Pandemie im stationären Langzeitpflegebereich

Im Folgenden wird auf die besonderen Umstände eingegangen, die sich durch die Pandemie und mit ihr einhergehende Maßnahmen für die Menschen in dem Bereich der stationären Langzeitpflege in Österreich ergeben. Daraus resultierende Belastungsfaktoren wirken sich auf verschiedene Gruppen von Personen, die auch während der Pandemie ihren Arbeits- und Lebensmittelpunkt in Alten- und Pflegeheimen haben, unterschiedlich aus.

Stationäre Langzeitpflege in Österreich

Österreichweit sind etwa 10% der Menschen auf informelle Weise in die Pflege einer bedürftigen Person in ihrem Umfeld eingebunden (Nagl-Cupal et al., 2018). Dabei sind insbesondere ältere Menschen von Pflegebedürftigkeit betroffen (Rappold & Juraszovich, 2019). Stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen Als stationäre Langzeitpflegeeinrichtung wird die Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen in einem Alten- oder Pflegeheim verstanden, die zeitlich nicht begrenzt ist. Bewohnende werden fortlaufend bei der Pflege und Hauswirtschaft unterstützt, jede*r in einem Ausmaß, das individuell auf die Bedürfnisse abgestimmt ist und eine größtmögliche Selbstbestimmtheit ermöglicht (Deutscher Pflegering GmbH [DPR], n.d.). Oft wird sich innerhalb der Einrichtungen auf ein bestimmtes Krankheitsbild spezialisiert und neben der Pflege auch ein Programm an Freizeitmöglichkeiten und therapeutischen Interventionen angeboten (DPR, n.d.). Österreichweit gibt es mit Stand Juni 2020 930 Alten- und Pflegeheime, die Platz für etwa 75200 Bewohnende bieten (BMSGPK, 2020b). So waren 2018 österreichweit 72825 Personen in Alten- und Pflegeheimen untergebracht. Dass die Zahl an Personen mit Pflegebedarf ansteigt und ein Schwund an Pflege innerhalb des familiären Rahmens zu

erwarten ist, führt laut der Pflegepersonal-Bedarfsprognose von 2019 für Österreich dazu, dass mit einem Anstieg des Bedarfs an Plätzen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zu rechnen sein wird (Rappold & Juraszovich, 2019). Demographisch betrachtet ist das Personal von Alten- und Pflegeheimen mit einem Anteil von über 80% überwiegend weiblich und zu einem Drittel über 50 Jahre alt (Rappold & Juraszovich, 2019). Letzteres hat zur Folge, dass innerhalb der nächsten Jahre vermehrt Menschen aus dem Beruf ausscheiden werden, was in Anbetracht derzeitiger Entwicklungen nicht ausgeglichen werden kann, wenn nicht in den Bereichen Personalanwerbung und –bindung Maßnahmen gesetzt werden, um einem steigenden Bedarf an Pflegebedürftigkeit in Zukunft gerecht werden zu können (Rappold & Juraszovich, 2019). Durch den Ausbruch und die Verbreitung von COVID-19 wurde dieser Mangel an personellen Ressourcen verdeutlicht, der neben dem Fehlen an Schutzausrüstung und anderem medizinischem Equipment an vielen Stellen zu Tage trat (Seebohm & Kloiber, 2021). Alten- und Pflegeheime sind somit durch die Pandemie und einhergehende Maßnahmen besonders betroffen (Barnett & Grabowski, 2020).

Pandemie und Alter

Die Vulnerabilität der Bewohnenden lässt sich auf deren Alter und damit oft einhergehende Problematiken und Vorerkrankungen zurückführen (Freedman & Nicolle, 2020). Neben Krankheiten, die verstärkt mit zunehmendem Alter auftreten, wie Adipositas (Kalish, 2016), Chronischer Obstruktiver Lungenerkrankung (Cortopassi et al., 2017) und Diabetes (American Diabetes Association [ADA], 2018) sind Bewohnende auch oftmals Einsamkeit und sozialer Isolation ausgesetzt, die als wichtige Kennzeichen sozialen Befindens gelten (Menec et al., 2019). Soziale Isolation kann einen anhaltenden Belastungsfaktoren darstellen (Becker et al., 2004; Schulz et al., 2004) und wird definiert als keine oder geringe soziale Kontakte und Verbindungen zur Gesellschaft. Somit gilt soziale Isolation als quantifizierbar, wohingegen Einsamkeit als ein subjektiv empfundenes Gefühl

von Alleinsein beschrieben wird (Perissinotto et al., 2019). Eine Studie von Fakoya et al. (2020) geht davon aus, dass die Hälfte aller Menschen über 60 von sozialer Isolation betroffen sind und ein Drittel davon Einsamkeit erfährt. Beide Faktoren stehen ihrerseits in engem Zusammenhang mit allgemein erhöhter Morbidität und Mortalität (Freedman & Nicolle, 2020; Holt-Lunstadt et al., 2015). Mit dem Ausbruch der COVID-19 Pandemie und damit einhergehenden Maßnahmen, die vor allem auf physische Distanzierung ausgerichtet waren, verschlechterte sich die Situation für viele ältere Menschen auch in den Alten- und Pflegeheimen (Freedman & Nicolle, 2020; Till et al., 2020). Gerade soziale Isolation und Einsamkeit spielen durch den Aspekt der physischen Distanzierung eine größere Rolle und sind Anhaltspunkte für Untersuchungen der Auswirkung von COVID-19 auf die psychische Gesundheit von älteren Menschen geworden (Brooke & Jackson, 2020; Fakoya et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Roy et al., 2020). Die besondere Betroffenheit von Menschen in höherem Alter, an COVID-19 zu erkranken, steht allerdings nicht nur in Verbindung mit ihren Umständen psychischer und sozialer Natur. Auch eine erhöhte Anzahl an Komorbiditäten, wie zuvor genannte, welche gehäuft im Alter auftreten, stehen in Zusammenhang mit einer erhöhten Vulnerabilität in Bezug auf eine COVID-19-Erkrankung (BMSGPK, 2020b; Roy et al., 2020; Zhang et al., 2020). Hinzu kommt, dass etwaige Vorerkrankungen klinische Manifestationen einer COVID-19-Erkrankung überdecken können, sodass diese nicht sofort als solche erkannt werden kann (D'Adamo et al., 2020). Außerdem trägt die vorherrschende Infrastruktur in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen wie Alten- und Pflegeheimen, wie der Kontakt zum Personal und anderen Bewohner*innen, dazu bei, dass dort ein erhöhtes Infektionsrisiko für alle Beteiligten besteht (BMSGPK, 2020b). Clusteranalysen verdeutlichen, wie gefährdet Bewohner*innen von Alten- und Pflegeheimen durch die Pandemie sind. Demzufolge sind bis Juni 2020 ein Drittel aller COVID-19-Todesfälle (36.8%) in Österreich auf Bewohner*innen in stationären

Langzeitpflegeeinrichtungen zurückzuführen (BMSGPK, 2020b). Somit gehören 52.1% der verstorbenen Frauen und 14.5% der verstorbenen Männer in Österreich dieser Gruppe an. Dass diese von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie besonders betroffen sind, spiegelt sich in der Letalität wider, der Menge an Verstorbenen unter den positiv auf COVID-19 getesteten Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Die Letalität der männlichen Bewohnenden betrug 33.9% und die der weiblichen Bewohnenden lag bei 25.6% (BMSGPK, 2020b). Somit lässt sich festhalten, dass Bewohner*innen von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen besonders anfällig für eine COVID-19-Erkrankung sind und zudem mit den schwersten Verläufen zu rechnen haben (D'Adamo et al., 2020).

Pandemie und Pflege

In stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sind Angehörige verschiedener Berufsgruppen tätig, von denen nur einige in den Fokus dieser Arbeit genommen werden. Das Hauptaugenmerk liegt auf dem Personal, welches direkt in die alltägliche Pflege der Bewohnenden eingebunden ist, also Pflegefachassistierende, Pflegeassistierende und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegende. Letztere durchlaufen eine dreijährige Ausbildung und sind dann befähigt, medizinische Eingriffe, wie das Setzen von Kathetern, Infusionen und Injektionen, vorzunehmen und bei chirurgischen Interventionen zu assistieren. Außerdem übernehmen sie oftmals koordinierende Aufgaben, wenn es beispielsweise um die Organisation der Pflege von Bewohnenden geht (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 1997/2022). Die Pflegeassistentenausbildung dauert in der Regel ein Jahr und umfasst unter anderem die Unterstützung pflegebedürftiger Personen in den Bereichen der Körperpflege, Mobilisierung, Ernährung und Umbettung, sowie die Zuständigkeit für Hygiene. Die Pflegefachassistentenausbildung dauert ein weiteres Jahr, in dem beispielsweise zusätzliche Kompetenzen im medizinischen Bereich erworben werden (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 1997/2022). Weiters sind in Alten- und Pflegeheimen auch Ärzt*innen,

Therapeut*innen, Psycholog*innen, Logopäd*innen und anderetätig (pflege.at, n.d.), die allerdings oft nur zu bestimmten Zeiten, auf Nachfrage oder bei Bedarf dort praktizieren und durch ihre Fachgebiete im Gegensatz zu Pflegenden meist weniger eingebunden in den Alltag der Bewohner*innen sind (Caritas Pflege, 2021; Wiener Gesundheitsverbund, 2022).

Insbesondere der Pflegeberuf erfordert oft die Arbeit in Schichten, am Wochenende und in der Nacht, was zusätzlich zu dem allgemein vorherrschenden Personalmangel bei Ausfällen und kurzfristigen Änderungen das Gefühl, durchgehend zur Verfügung stehen zu müssen, erzeugen kann. Dies erschwert es, eine Balance zwischen Arbeits- und Privatleben zu kreieren, kann zu Rollenkonflikten führen und einer Erholung im Wege stehen (Breinbauer, 2020). Neben der hohen Arbeitsbelastung, die nicht nur durch mangelnde Personalausstattung, sondern auch durch Zeitdruck besteht und sowohl physische, als auch psychische Belastung verursacht, erfahren Pflegende wenig Wertschätzung ihrer Arbeit und damit einhergehende vergleichsweise geringe Entlohnung (Breinbauer, 2020). Hinzu kommt, dass durch die Rahmenbedingungen der Arbeitsrealität eine Diskrepanz zu den Vorstellungen besteht, die durch die Ausbildung vermittelt werden. So werden Pflegende dazu ausgebildet, in ihrem Alltag mit Tod und Leid umzugehen, können aber durch den zeitlichen Druck während der Arbeit oft keine angemessene Begleitung gewährleisten (Breinbauer, 2020; Glaser & Höge, 2005). Pflegende sind also Bedingungen wie Arbeitsüberlastung durch Personalmangel, mangelnder Anerkennung ihrer Arbeit und sozialen Spannungen beispielsweise durch Rollenkonflikte ausgesetzt, die persistierende Belastungsfaktoren darstellen können (Becker et al., 2004; Schulz et al., 2004). Inwiefern welche Einflüsse sich auf verschiedene Personen auswirken, ist abhängig von einer Vielzahl an Faktoren, nicht zuletzt der individuellen Biographie der Arbeitenden (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2010). Die persönliche Bewertung spezifischer und anhaltender belastender Situationen in Zusammenhang mit den der jeweiligen Person zur Verfügung stehenden

Ressourcen beeinflusst, wie sich die Belastungsfaktoren letztendlich auf das Wohlbefinden der Pflegenden auswirkt (Becker et al., 2004; Lazarus, 1991). Es gibt Belastungsfaktoren, die im Berufsfeld der Pflege häufig auftreten, unter anderem durch deren Begünstigung durch strukturelle Probleme innerhalb dieses Bereichs. Eine Übersicht dazu wurde von Höhmann et al. (2016) erstellt, und ist in abgewandelter Form in Tabelle 1 einzusehen.

Tabelle 1*Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf*

Ebenen	Belastungsfaktoren
Makroebene	
Sozio-kulturelle, politische und gesellschaftliche Ebene	Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung Bürokratisierung (beispielsweise durchsteigende Verwaltungs- und Dokumentationsanforderungen) Wirtschaftlichkeitsaspekte (beispielsweise durch Umstrukturierungsprozesse) Monetäre Vergütung
Mesoebene	
Organisationsbezogene Ebene	Führungsstil und/oder -qualität Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten Handlungs- und Gestaltungsspielraum bei der Arbeit Arbeits(zeit)organisation (beispielsweise in Bezug auf Schichtdienste, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Überstunden) Quantitative Anforderungen
Materiell-technische Ebene	Arbeitsumgebung (beispielsweise Belästigung durch Lärm) Körperliche Anforderungen Infektionsgefährdung
Mikroebene	

Interpersonale Ebene	Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation (beispielsweise Übernahme pflegefremder Tätigkeiten und widersprüchliche oder unvereinbare Arbeitsanweisungen) Interprofessionelle Spannungen Mangelnde soziale Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte
Personal-soziopsychische Ebene	Konfrontation mit Tod, Krankheit und Leid Interaktion mit Klient*innen (beispielsweise durch starke zeitliche Beanspruchung) Psychosomatische Beschwerden Burnout Emotionale und psychische Belastungen und Stress Rollenkonflikte und moralischer Stress

Anmerkung. Angelehnt an Höhmann et al. (2016, S.74-75). Die Belastungsfaktoren (zweite Spalte) sind in verschiedenen Ebenen (erste Spalte) unterteilt. Übergeordnete Ebenen sind die Mikroebene, die Faktoren, die personenbezogen sind umfasst, die Mesoebene, die Faktoren des Arbeitsplatzes umfasst und die Makroebene, die Faktoren im Bereich des gesellschaftlichen Systems umfasst.

Neben diesen fordernden Charakteristika des Pflegeberufs werden die Arbeitsbedingungen in Alten- und Pflegeheimen pandemiebedingt prekärer und schaffen zusätzliche Stressfaktoren für Pflegende (Du et al., 2020). Studien, die in Zusammenhang mit vergangenen Pandemien durchgeführt wurden, ergaben, dass Angehörige des Gesundheitspersonal generell Angst davor haben, ihre Familien, Freund*innen und Kolleg*innen anzustecken, sich unsicher und stigmatisiert fühlen und widerwilliger arbeiten gehen oder gar eine Kündigung in Erwägung ziehen (Bai et al., 2004; Maunder et al., 2003). Außerdem besteht die Möglichkeit, dass das Verantwortungsgefühl vieler Gesundheitsarbeitenden mit ihrem Bedürfnis kollidiert, sich selbst vor einer Infektion zu schützen (Chen et al., 2005). Dadurch, dass die Pflege ein sogenanntes systemrelevantes Berufsfeld bildet, „existentiell notwendige Funktionen im Bereich der Daseinsvorsorge und (Über-)Lebenssicherung“ erfüllt (Jacob et al., 2015, S. 14), sind Pflegende während der

Pandemie durch ein erhöhtes Arbeitspensum mit einhergehender verstärkter Intensität der Arbeit zusätzlichen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt (Maben & Bridges, 2020; Schönherr & Zandonella, 2020). Sie müssen sich neben der Herausforderung, die die pandemische Situation für alle Menschen darstellt, fortlaufend an neue Regelungen in ihrem Arbeitsumfeld anpassen und sind dabei mit einem hohen Infektionsrisiko und moralischen Dilemmata, wie dem Treffen von Entscheidungen mit begrenzten Ressourcen, konfrontiert (Maben & Bridges, 2020; Shanafelt et al., 2020; BMSGPK, 2020b). Sarabia-Cobo et al. (2021) haben auf internationaler Ebene die Erfahrungen von Pflegenden in Langzeitpflegeeinrichtungen erhoben und diese in drei Kategorien zusammengefasst (Tabelle 2).

Tabelle 2

Erfahrungen von Pflegenden während COVID-19

Kategorie	Subkategorie
Angst vor der pandemischen Situation	Angst vor Ansteckung Unsicherheit und Zweifel bezüglich der eingesetzten Strategien
Gefühl der Verantwortung und Engagement zu pflegen	Zufriedenheit mit der Pflege Gefühl der Verantwortung als Pflegende Die vulnerabelsten und schutzlosesten versorgen Soziales Stigma
Emotionale Erschöpfung	Angst Depression Emotionales Burnout

Anmerkung. Aus Sarabia-Cobo et al. (2021, S.872). Übersetzung der Verfasserin.

In die erste Kategorie (*Angst vor der pandemischen Situation*) fielen Ängste in Bezug auf eine eigene Infektion und die Gefahr, Angehörige oder Bewohnende anzustecken, was sich mit den Ergebnissen von Maunder et al. (2003) deckt. Zweifel und Unsicherheiten der

Befragten bezogen sich auf Vorgehensweisen der Regierungen, das Gefühl, von Autoritäten im Stich gelassen zu werden und unzureichende materielle Ausstattung. Letztere spiegelt sich in den Ergebnissen der Studie von Zhang et al. (2020) wider, die zeigen, dass der Zugang zu persönlicher Schutzausrüstung weniger empfundene Belastung und mehr Jobzufriedenheit und physische Gesundheit voraussagte. Die zweite Kategorie (*Gefühl der Verantwortung und Engagement zu pflegen*) umfasst die Zufriedenheit mit der Pflege, die sich durch Stolz über die Tätigkeit und positive Gefühle wie Dankbarkeit der Bewohnenden und deren Angehörigen auszeichnet. Dabei haben viele Pflegende hervorgehoben, dass durch die Pandemie die Relevanz ihrer Arbeit besonders betont wurde, was sie mit Stolz erfüllt, aber zusätzlich auch Vorurteile gegenüber den Zuständen in Alten- und Pflegeheimen herrschen, die negativ und in Form von sozialer Stigmatisierung auf die Berufsgruppe der Pflegenden zurückfällt (Sarabia-Cobo et al., 2021). Innerhalb der dritten Kategorie wird emotionale Erschöpfung (*Emotionale Erschöpfung*) in Form von Ängsten, Depressionen und Burnouts zusammengefasst; Ergebnisse, die von vielen weiteren Studien gestützt werden (Du et al., 2020; Krishnamoorthy et al., 2020).

Forschungsinteresse und Forschungsfragen

Das dieser Arbeit zugrunde liegende Forschungsinteresse erwuchs aus dem Wissen um die bereits vor der Pandemie prekäre Situation in dem Bereich der stationären Langzeitpflege in Österreich und der zusätzlichen Belastung dieses Sektors durch die pandemiebedingten Maßnahmen, die besonders dort eine wichtige Rolle spielen. Es soll durch das explorative Verfahren Raum für Angehörige des Pflegebereichs geschaffen werden, damit diese auf den Umgang mit der pandemischen Situation und den Maßnahmen in ihren Arbeitsumfeldern eingehen können. Dabei soll neben der potentiellen Belastung durch Präventionsmaßnahmen auch erhoben werden, welche Ressourcen den Befragten zur Verfügung stehen und inwieweit die Maßnahmen selbst auch positive Einflüsse haben und

entlastend wirken können. Ein besonderes Augenmerk wird hierbei auf die Impfung als Präventionsmaßnahme gelegt, deren Verfügbarkeit einen Wendepunkt in dem Umgang mit der pandemischen Situation darstellt und die als kontrovers betrachtet wird (Drumml, 2021). Außerdem soll die Perspektive der Bewohnenden von Alten- und Pflegeheimen nicht außer Acht gelassen werden, die im Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht direkt, sondern nur über die Befragung des dort arbeitenden Personals erhoben werden konnte. Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

Inwiefern wirken welche Präventionsmaßnahmen belastend auf das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext?

Welche Faktoren wirken einer Belastung des psychischen Wohlbefindens von Menschen im Alten- und Pflegekontext entgegen?

Wie wirkt sich die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext aus?

Methode

Für die Klärung der Forschungsfragen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, mithilfe dessen explorativ vorgegangen wurde, um dem Anspruch qualitativer Forschung gerecht zu werden, subjektive Perspektiven abzubilden und Sinn zu rekonstruieren (Helfferich, 2011). Den Befragten soll ermöglicht werden, sich nach eigenem Ermessen zu dem Themenbereich zu äußern, ohne dass ihre Antwortmöglichkeiten durch ein strukturierteres Format eingeschränkt werden, da sowohl das dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis psychischen Wohlbefindens, als auch das möglicher Belastungsfaktoren und Ressourcen sehr subjektiv ist und demnach individuell sehr unterschiedlich ausfallen kann. Befragte sollen die Möglichkeit haben, eigene Schwerpunkte zu setzen und ihre Antworten erläutern zu können. Außerdem bietet sich ein qualitatives Design und die Durchführung von

Interviews an, da vor Allem aufgrund der beruflichen Auslastung der potentiellen Interviewpartner*innen eine geringe Stichprobengröße erwartet wird, die für eine quantitative Befragung als unzureichend eingeschätzt wurde. Für die ausgewählte Methode werden Prinzipien und Gütekriterien berücksichtigt, die im Folgenden näher beschrieben werden. Ausgehend von der Annahme, dass nicht vorausgesetzt werden kann, dass Befragte und Befragende dasselbe Sinnsystem teilen, soll unterschiedlichen Deutungen der Fragestellungen im Rahmen der qualitativen Forschung ein Raum gegeben werden. Dies wird durch die Interaktion innerhalb einer Gesprächssituation ermöglicht und lässt sich als erstes Grundprinzip qualitativer Interviews, das Prinzip der *Kommunikation*, bezeichnen (Helfferich, 2011). Ein weiteres Grundprinzip qualitativer Interviews ist laut Helfferich (2011) die *Offenheit*, nach der der geschaffene Raum den Befragten dazu dienen soll, individuell Fokusse zu legen und sich auf ihre eigene Weise auszudrücken. Weiters ist wichtig, dass in der Interaktion mit *Fremdheit und Vertrautheit* umgegangen werden kann, was bedeutet, dass sowohl eine gegenseitige Akzeptanz unterschiedlicher Sinnsysteme wie auch ein Umgang mit Bekanntem und sich selbst verstehenden Inhalten stattfindet. Wichtig ist dabei, als interviewende Person darauf zu achten, nicht unhinterfragt davon auszugehen, dass etwas, das für die eigene Person als selbstverständlich gilt, auch für die andere Person gilt. Als letztes beschreibt das Grundprinzip der *Reflexivität* die Notwendigkeit der Besinnung auf die eigene Rolle im Prozess des Verstehens während der Interviewsituation und im Prozess des Interpretierens danach (Helfferich, 2011). Um die Ergebnisse qualitativer Forschung beurteilen zu können, braucht es zudem Gütekriterien, die sich von denen der quantitativen Forschung insofern unterscheiden, als dass sie den verwendeten Methoden gerecht werden. Diese sind anders als in der quantitativen Forschung sehr spezifisch und an den jeweiligen Forschungsgegenstand angepasst (Mayring, 2002). Um die Qualität qualitativer Forschung zu sichern, werden folgende sechs Gütekriterien vorgeschlagen Das

Kriterium der *Verfahrensdokumentation* besagt, dass der gesamte Forschungsprozess transparent gemacht werden muss, sodass er für Außenstehende nachvollziehbar ist. Das beinhaltet die Erklärung des theoretischen Vorwissens, die Auswahl der Instrumente für die Datenerhebung, sowie Durchführung und Auswertung. Mit Hilfe des Kriteriums der *argumentativen Interpretationsabsicherung*, sollen Interpretationen nachvollziehbar und theoriegeleitet dargelegt werden und alternative Deutungen untersucht werden. Als Drittes soll das Kriterium der *Regelgeleitetheit* gewährleisten, dass alle Schritte der Analyse in Form von Ablaufmodellen vorab festgelegt werden. Somit soll eine Analyse der Daten schrittweise und systematisch verlaufen und auch etwaige Abweichungen von dem geplanten Modell sichtbar machen. Das Kriterium der *Gegenstandsangemessenheit* spielt in der qualitativen Forschung insofern eine Rolle, als dass sich die Forschung möglichst nahe an die Lebenswelt der Beforschten bewegen soll, diesen auf Augenhöhe begegnet und direkt mit ihnen zusammenarbeitet. Das Kriterium der *kommunikativen Validierung* besagt, dass die Interpretationen der Daten den Befragten im Anschluss noch einmal präsentiert werden sollten, um deren Gültigkeit zu überprüfen. Zuletzt wird durch das Kriterium der *Triangulation* die Wichtigkeit des Vergleichs der gewonnenen Ergebnisse betont. Verschiedene Sichtweisen und Lösungsansätze sollen zusammengetragen werden, nicht mit dem Ziel, Konformität zwischen diesen zu erreichen, sondern positive und negative Ansätze einzelner Analysewege herauszustellen.

Erhebungsverfahren

Das Expert*inneninterview

Das Expert*inneninterview eignet sich für Erhebungen in explorativen Phasen, in denen Sachverhalte noch nicht eingehend untersucht worden sind, so wie es zum Zeitpunkt der Durchführung dieser Arbeit der Fall in dem Bereich der Präventionsmaßnahmen, insbesondere der Impfung, in Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie in Alten- und

Pflegeheimen gewesen ist (Bogner & Menz, 2002a). Der Zugang zu dem untersuchten Feld ist dabei simpel und ökonomisch (Bogner & Menz, 2002a). Als Expert*innen gelten Menschen, die über bereichsspezifisches Wissen verfügen (Bogner & Menz, 2002b) und eine gesonderte Position im Kontext des zu untersuchenden Sachverhalts innehaben (Gläser & Laudel, 2010). Im Rahmen dieser Arbeit gelten Menschen, die im Pflegekontext tätig sind und Auskunft über die Verhältnisse in ihren stationären Langzeiteinrichtungen geben können als Expert*innen. Dabei werden sie nicht als Objekte der Untersuchung betrachtet (Gläser & Laudel, 2010), sondern, als Beteiligte an interessierenden Sachverhalten, die ihr Wissen zur Verfügung stellen. Es geht darum, Gemeinsamkeiten und über den individuellen Rahmen hinausgreifende Muster in den verschiedenen Expert*inneninterviews sichtbar zu machen (Meuser & Nagel, 2002).

Das halbstrukturierte Leitfadeninterview

Mit Hilfe des Leitfadens lassen sich im halbstrukturierten Leitfadeninterview sowohl Themengebiete, als auch spezifische Fragen in aufeinander folgenden Interviews bearbeiten. Dabei besteht Flexibilität in Bezug auf Reihenfolgen und Formulierungen und den Befragten wird es ermöglicht, nach ihrem eigenen Ermessen zu antworten (Gläser & Laudel, 2010). Es werden soziale Sachverhalte rekonstruiert und mit Hilfe des halbstrukturierten Leitfadeninterviews wird sichergestellt, dass sich alle Expert*innen zu den ausgewählten Themengebieten äußern können (Gläser & Laudel, 2010). Das Interesse an dem inhaltlichen Informationsgehalt steht hier gegenüber der Rekonstruktion eines möglichen Sinngehalts im Vordergrund. Die Äußerungen der Expert*innen werden als wahr beurteilt, falls es keinen Grund dazu gibt, eine Täuschung zu vermuten. Das halbstrukturierte Leitfadeninterview dient somit nicht nur der Erhebung von Fakten, sondern rechtfertigt ein vereinfachteres Transkribieren und die Konzentration auf sachdienliche Informationen während der Auswertung (Helfferich, 2011; Meuser & Nagel, 2002). Insbesondere im Bereich der

Expert*inneninterviews sind die Vorteile eines Leitfadens nach Meuser (2002), dass das thematisch begrenzte Wissen der Expert*innen bestmöglich erhoben werden kann, man der Position der befragten Personen als Expert*innen gerecht wird und dass auch die befragende Person nicht inkompetent auftritt. Der Leitfaden, der für diese Erhebung verwendet wurde, findet sich in Anhang A.

Rekrutierung

Die Rekrutierungsphase verlief vom 20. Januar bis 9. Mai 2022 und es konnten insgesamt acht Personen interviewt werden. Es wurden zunächst 83 Alten- und Pflegeheime in Wien über die auf ihren Websites angegebenen offiziellen Adressen per Mail kontaktiert und es wurde um interne Weiterleitung an Mitarbeitende gebeten. Zusätzlich wurden Träger*innen ebenfalls per Mail kontaktiert. Außerdem wurden Informationen und die Bitte um Teilnahme und damit verbundene Voraussetzungen auch mit Hilfe sozialer Netzwerke und Mundpropaganda verbreitet. Das Formular, welches dabei zum Einsatz kam, ist in Anhang B beigelegt. Es enthält grundlegende Information über Zweck und Ablauf der Studie, den Umgang mit Daten, sowie eine Einwilligungserklärung. Nachdem die Resonanz gering war, wurden die Heime, von denen noch keine Rückmeldung erfolgt war, telefonisch kontaktiert. Die Vermittlung an potentielle Interviewpartner*innen gelang meist über die Pflegedienstleitungen, die als sogenannte Gatekeeper (Helfferich, 2011) agierten, indem sie den Zugang zu den Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen und eine interne Vermittlung ermöglichten. In der letzten Phase der Rekrutierung, ab dem 4. April, wurden auch Alten- und Pflegeheime außerhalb von Wien telefonisch kontaktiert, wobei zwei weitere Personen rekrutiert werden konnten. Eine Person wurde über persönliche Kontakte rekrutiert. Die Teilnehmenden erhielten für ihre Partizipation, die auf freiwilliger Basis erfolgte, keine Entlohnung. Das geplante Ende der Rekrutierung sollte nach dem Saturationsprinzip erfolgen, laut dem der iterative Prozess der Datenerhebung und Auswertung beendet werden

kann, wenn keine neuen, für das Forschungsinteresse relevanten Informationen mehr hervorgebracht werden (Mayring, 2007). Dies konnte allerdings aufgrund der geringen Resonanz nicht erreicht werden.

Die Expert*innen

Von den acht, im Rahmen dieser Studie durchgeführten Interviews, wurde das erste als Test für die Überprüfung des Leitfadens geführt, aber mangels weiterer Teilnehmender mit in die Auswertung eingeschlossen. Von den Expert*innen waren vier diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegende, zwei Pflegeassistentenkräfte und zwei (klinische) Psycholog*innen. Das durchschnittliche Alter betrug 43 Jahre und die durchschnittliche Zeit, in der die Personen bereits im Pflegekontext tätig waren, lag bei 12.5 Jahren. Alle Teilnehmenden erfüllten die zuvor kommunizierten Voraussetzungen der Volljährigkeit und ausreichenden Deutschkenntnisse.

Durchführung

Die Interviews wurden zwischen dem 10. Februar und dem 4. Mai 2022 geführt und dauerten im Durchschnitt etwa 26 Minuten. Alle Interviews fanden telefonisch, entweder während der Arbeitszeit der Expert*innen oder in deren Freizeit statt und wurden mit Hilfe eines Diktiergeräts aufgezeichnet. Voraussetzung für die Durchführung des Interviews war die zur Kenntnisnahme der im Voraus per Mail zugesandten Teilnehmendeninformation und das Unterschreiben der Einwilligungserklärung (Anhang B). Die Expert*innen stimmten damit der Verarbeitung und Veröffentlichung Ihrer Daten in anonymisierter Form im Rahmen dieser Masterarbeit zu und wurden neben dem Zweck der Studie auch über deren genauen Ablauf und mögliche Auswirkungen auf ihre Personen aufgeklärt.

Auswertung

Die Interviews wurden unter Anwendung in Anhang C beschriebener Regeln transkribiert und die Aufnahmen anschließend gelöscht. Als Auswertungsmethode wurde die strukturierte Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gewählt, die mit Hilfe der Software MAXQDA 2022 (VERBI Software, 2022) durchgeführt wurde.

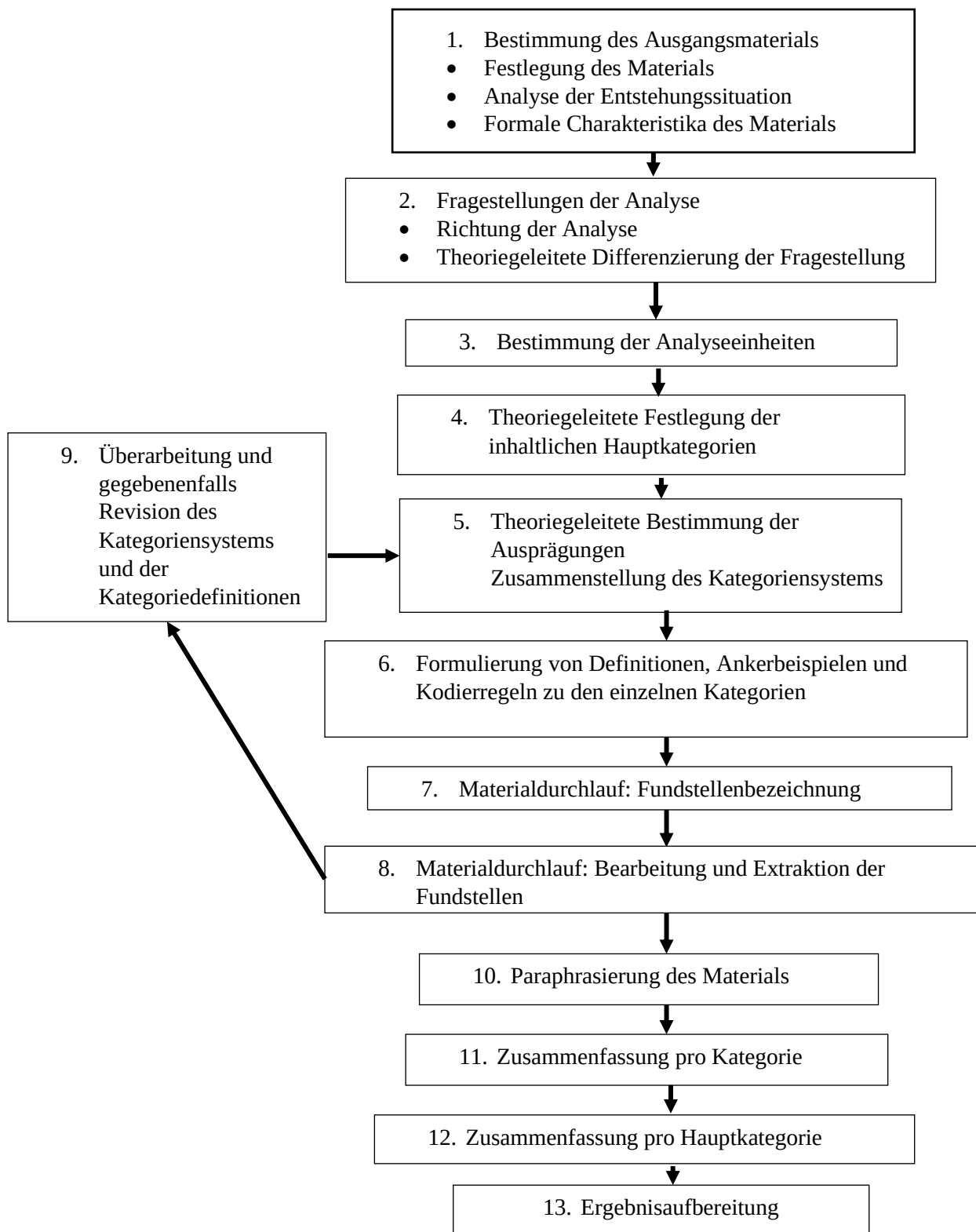
Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring

Das qualitative Verfahren der Inhaltsanalyse ist ein Instrument, mit dessen Hilfe Texte ausgewertet und ihnen systematisch Informationen entnommen werden können. Dabei werden ausgehend von dem ursprünglichen Textmaterial Informationen extrahiert und getrennt davon weiterverarbeitet. Sie eignen sich insbesondere für die Auswertung von Expert*inneninterviews (Gläser & Laudel, 2010). Inhaltsanalytische Verfahren setzen das Material in Bezug zu dessen Kontext, dem Kommunikationszusammenhang. Dabei sind sie immer gegenstandsbezogen und für das jeweilige Forschungsinteresse konstruiert. Eine Interpretation des Materials soll nicht frei, sondern regelgeleitet erfolgen, wobei alle Analyseschritte und Entscheidungsprozesse nachvollziehbar gemacht werden müssen (Mayring, 2015). Dies geschieht mit Hilfe eines für die spezifische Fragestellung passenden Ablaufmodells, dessen einzelne Schritte weiter unten näher beschrieben werden. Zunächst soll allerdings kurz auf die drei Grundformen des Interpretierens nach Mayring (2015); die *Zusammenfassung*, die *Explikation* und die *Strukturierung* eingegangen werden. Es handelt sich dabei um voneinander unabhängige Techniken, von denen die jeweils passende anhand des Materials und des Forschungsinteresses ausgewählt wird, aber auch Mischformen möglich sind. Neben der *Zusammenfassung*, die es zum Ziel hat, das Material inhaltlich auf wesentliche Aspekte zu reduzieren, und der *Explikation*, in deren Rahmen zusätzliches Material herangezogen wird, um die Interpretation zu erweitern und uneindeutige Teile des Materials näher zu deuten, wird mit Hilfe der *Strukturierung* versucht, das Material anhand

spezifischer Kriterien zu untersuchen und bestimmte Aspekte herauszugreifen.

Strukturierende Inhaltsanalysen zeichnen sich durch eine deduktive Kategorienanwendung aus. Es wird also ein zuvor theoriegeleitet festgelegtes Hauptkategoriensystem an das Material herangetragen, anhand dessen dieses dann untersucht wird. Während der Materialbearbeitung kann es ergänzt und überarbeitet werden und neue Kategorien können induktiv gebildet werden (Mayring & Fenzl, 2022). Dieses Vorgehen eignet sich insofern besonders, um das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext zu untersuchen, als dass zum Zeitpunkt der Durchführung bereits einige aktuelle Forschungsergebnisse vorlagen, auf deren Grundlage sich deduktiv ein Kategoriensystem bilden ließ, es allerdings zu einigen Bereichen, wie den Auswirkungen der Impfung noch wenig Information gab, weshalb sich die Anwendung der induktiven Kategorienbildung anbot. Es wurde die inhaltliche Strukturierung ausgewählt, um das Material in Hinblick auf seine verschiedenen inhaltlichen Bereiche zu untersuchen und zusammenzufassen (Mayring, 2015). Der Ablauf des Prozesses ist in Abbildung 1 schematisch dargestellt und wird nun näher beschrieben. Innerhalb des ersten Schrittes wird sich mit dem Ausgangsmaterial beschäftigt. Es wird festgelegt, welches Material für die Analyse herangezogen wird, also werden die Stichprobe, die Bedingungen ihrer Zusammenstellung und Aspekte der Repräsentativität und Ökonomie bedacht werden müssen. Es muss die Entstehungssituation des Materials beschrieben werden, sowie die daran beteiligten Personen und deren mögliche Hintergründe. Zuletzt muss bestimmt werden, in welcher Form das Material besteht. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde bereits auf die Befragten Personen, deren Status als Expert*innen und damit verbundene Repräsentativität für ihre jeweilige Gruppe eingegangen. Die Hintergründe der Verfasserin werden durch das theoretisch hergeleitete Forschungsinteresse deutlich, die konkrete Entstehungssituation ist im Rahmen der Durchführung beschrieben worden und als Ausgangsmaterial dienen die Transkripte der

Interviews, die sich in Anhang D1 bis D8 befinden. Im dritten Schritt werden die Analyseeinheiten bestimmt (Mayring, 2015). Dazu gehört die Festlegung von *Kodiereinheiten* (der kleinstmögliche Teil des Materials, welcher unter eine Kategorie fallen soll), *Kontexteinheiten* (der größtmögliche Teil des Materials, welcher unter eine Kategorie fallen soll) und *Auswertungseinheiten* (die Teile des Materials, welche aufeinanderfolgend ausgewertet werden sollen). Die Definitionen der Analyseeinheiten (Anhang E), sowie das vorläufige Kategoriensystem (Anhang F), welches sich gemäß der Schritte 4 und 5 aus Hauptkategorien und Ausprägungen zusammensetzt, sind dieser Arbeit angehängt. Die zu den jeweiligen Kategorien gehörenden Definitionen und Kodierregeln befinden sich in Anhang G. Ankerbeispiele für die jeweiligen Kategorien sind in den Tabellen 3 bis 17 angeführt. Nach einem ersten Probedurchlauf wurden zunächst Fundstellen für die jeweiligen Kategorien markiert (Schritt 7), die dann bearbeitet und extrahiert wurden (Schritt 8). Dies führte zu einer Überarbeitung des Kategoriensystems (Schritt 9). Die Schritte 5 bis 9 wurden fortlaufend wiederholt, was zu einer Ausweitung des Kategoriensystems führte, dessen endgültige Form in Anhang G abgebildet ist. Die extrahierten Fundstellen (Anhang H), sowie deren Paraphrasierung im Zuge von Schritt 10 (Anhang I), die sich nach Abschluss der Rekrutierungsphase und Durchführung aller Interviews ergaben, bildeten die Grundlage für die Durchführung der Schritte 11 und 12. Es ergaben sich mit der fortlaufenden Revision des Kategoriensystems, welches in seiner vorläufigen deduktiv begründeten Form 28 Kategorien umfasste, eine endgültige Anzahl von 75 Kategorien. Diese wurden folgenden vier Hauptkategorien zugeordnet: *Belastende Faktoren*, *Entlastende Faktoren*, *Impfung* und *Psychisches Wohlbefinden der Betreuungsgruppe*. Die beiden ersten Hauptkategorien umfassen Aspekte des psychischen Wohlbefindens der Befragten und wurden in Anlehnung an Höhmann et al. (2016) jeweils in die vier Ebenen *gesellschaftlich-politisch*,

Abbildung 1*Ablaufmodell des Forschungsprozesses*

Anmerkung. Angelehnt an Mayring (2015, S.98). Das Modell zeigt die verschiedenen Schritte des Forschungsprozesses mit dem Fokus auf der strukturierten Inhaltsanalyse.

organisationsbezogen, interpersonal und intrapersonal unterteilt, die deren Subkategorien ersten Grades sind. Hinzu kommt im Bereich der *gesellschaftlich-politischen Ebene* der *Belastenden Faktoren* eine Subkategorie zweiten Grades, die direkt auf die Präventionsmaßnahmen bezogen ist (*Maßnahmenbezogenes*). Im Bereich der zweiten Hauptkategorie, *Entlastende Faktoren*, bildet *Unterstützung* eine weitere Subkategorie zweiten Grades und umfasst die Kategorien *Rückhalt durch Bewohnende*, *Solidarität im Kollegium* und *Soziales Netz*. Die Hauptkategorie *Impfen* deckt in Form ihrer Subkategorien ersten Grades *Entlastende Faktoren*, *Belastende Faktoren* und *Andere Reaktionen*, die mit der Impfkampagne und deren Auswirkungen verbundenen Aspekte ab. Die Hauptkategorie, die sich mit dem *psychischen Wohlbefinden der Betreuungsgruppe* auseinandersetzt, ist ebenfalls unterteilt in die Subkategorien ersten Grades *Entlastende Faktoren* und *Belastende Faktoren* und außerdem in *Besondere Betroffenheit* und *Andere Einflüsse*. Außerdem ergaben sich drei Subkategorien dritten Grades dadurch, dass im Bereich der Kategorie *Umsetzbarkeit*, unter der Subkategorie *Maßnahmenbezogenes* ersichtlich wurde, dass sich viele Aspekte dieser Kategorie auf die Kommunikation bezogen. *Umsetzbarkeit* ist deswegen nicht nur eine eigene Kategorie, sondern umfasst als Subkategorie dritten Grades zusätzlich die Kategorie *Kommunikation*. Ebenso verhält es sich mit der Kategorie *Angst und Ungewissheit*, die als Subkategorie dritten Grades zusätzlich die Kategorien *Angst vor eigener Ansteckung* und *Angst davor, andere anzustecken* einschließt. Im Bereich der vierten Hauptkategorie, *Psychisches Wohlbefinden der Betreuungsgruppe* zeichnete sich unter der Kategorie *Mangelndes Verständnis* die Kategorie *Testen* ab, weswegen erstere ebenfalls zu einer Subkategorie dritten Grades wurde. Die Subkategorien ersten Grades, *Andere Einflüsse* und *Andere Reaktionen*, hängen nicht direkt mit dem Forschungsinteresse zusammen, bieten allerdings eine Möglichkeit, Aspekte zu inkludieren, die von den Befragten eingebracht wurden. Das System der 75 Kategorien, das drei Subkategorien dritten Grades inkludiert,

lässt sich auf zwei Subkategorien zweiten Grades, auf 15 Subkategorien ersten Grades und in vier Hauptkategorien einteilen. Die Ergebnisse wurden aufbereitet (Schritt 13), wobei sich in der Präsentation an der Kategorieneinteilung orientiert wurde, und sind im Folgenden angeführt.

Ergebnisse

Belastende Faktoren

Die erste Hauptkategorie beschäftigt sich mit den Belastungsfaktoren in der Pflege. In den Tabellen 3 bis 6 sind die Kategorien unter ihren Subkategorien mit jeweils einem Beispielzitat aus den Interviews aufgelistet. Im Weiteren wird näher auf die Kategorien eingegangen.

Gesellschaftlich-politische Ebene

Diese Subkategorie ersten Grades enthält Belastungen, die ihren Ursprung auf Ebene von Politik und Gesellschaft haben. Das inkludiert Belastungen, die unmittelbar mit den Maßnahmen in Verbindung stehen.

Tabelle 3

Belastende Faktoren auf gesellschaftlich-politischer Ebene

Kategorie	Ankerbeispiel
Personalmangel	„Ja, das Negative ist, dass man einfach diese permanente Unterbesetztheit, diesen permanenten Personalmangel hat, der jetzt natürlich noch stärker in den Vordergrund gerückt ist als vor der Pandemie. Es ist einfach ein viel zentraleres, ein noch viel zentraleres Thema.“ (E3, Abs.21)
Mangelndes Verständnis	„Dann immer weniger Verständnis von Angehörigen für die ganzen Tests, für die ganzen Maßnahmen, für die ganzen Richtlinien (-).“ (E4, Abs.17)

Mangelnde Wertschätzung	„Mit diesem Fürsorgeprinzip arbeiten sie alle miteinander schon fast seit 34, 35 Jahren, das geht mir dermaßen am oasch, das ist furchtbar! Wir haben das Problem jetzt einfach auch schon so hervorgehoben. Am Anfang sind wir beklatscht worden und jetzt werden wir bespuckt. Das ist die nächste Geschichte, wo ich mir denk „Geht’s noch?“. Und deinen Angehörigen musst du alles erklären. Ich weiß nicht, wie man da so eine Idee haben kann.“ (E3, Abs.19)
Maßnahmenbezogenes Unmittelbare Reaktionen	„Vor allem diese Maske zu tragen. Also für mich persönlich, war es mit meiner Haut sehr schlimm. Die hat komplett auf die Maske reagiert und ich musste halt die Maske 12 Stunden tragen. Am Anfang haben wir 12 Stundendienste gehabt, da musste man 12 Stunden Maske tragen, nur mit kurzer Pause und immer auf der Haut, die hat wirklich komplett reagiert darauf.“ (E8, Abs.13)
Umsetzbarkeit	„Abstand voneinander, Abstand von den Bewohnern. Psychisch ist das ein Wahnsinn. Das ist echt eine Belastung. Und nicht umsetzbar. Das ist auch wieder eine Belastung. Dass wir Maßnahmen gesetzt haben, aber uns nicht dran gehalten haben. Weil die einfach unmenschlich waren. Auch wenn man mit dem Rollstuhl unterwegs ist, da ist nicht so viel Platz, da kann man dann doch nicht daneben stehen und sagen „Das dürfen Sie nicht, das dürfen Sie nicht!“.“ (E7, Abs.47)
Kommunikation	„Und dann die Medien halt. Es ist meistens so, oft erfahre ich am Abend oder Freitag am Abend sagen sie, die Regeln im Pflegeheim haben sich geändert und dann hat man am nächsten Tag in der Früh 20 Anrufe. Das war echt extrem anstrengend. Ja, ist es immer noch.“ (E8, Abs.13)

Unverständnis	„Also wir haben alle nicht verstanden, was das bringen soll. Zum Beispiel in der Zeit, als es keinen Besuch gab, was soll es da bringen, dass wir Masken tragen? Wir haben ja selbst aufgepasst. (...) Mehr Sinn hat es vielleicht im Allgemeinen gemacht mit den Masken, also außerhalb des Pflegeheims. Aber bei uns war das einfach so, dass die Lebensqualität dermaßen unter den Masken gelitten hat.“ (E7, Abs.25)
Unstetigkeit	„Und die Richtlinien eigentlich, die sich jeden zweiten Monat oder auch manchmal einmal im Monat geändert haben. Die Coronamaßnahmen sozusagen. Das war schon, oder ist jetzt immer noch aktuell. Weil jetzt das mit der vierten Impfung kommt.“ (E5, Abs.15)

Personalmangel ist ein Faktor, der als belastend empfunden wird und unter die Subkategorie der gesellschaftlich-politischen Ebene fällt, weil Personalmangel ein strukturelles Problem in der Pflegebranche darstellt. Er besteht „nicht nur in der Pandemiezeit“ (E3, Abs.19), tritt durch diese aber weiter in den Vordergrund, was auch an „ständige[n] Dienstfreistellungen und Krankenstände(n)“ (E3, Abs.19) liegt.

Wir haben jetzt seit drei Wochen alles auf einmal. Demenzstation, die Quarantäne kommt und du musst dann mit dem Personal auskommen, was du hast. Wir haben 63 Dienste zu besetzen gehabt, das war ein Horror. Und das geht jetzt nicht nur in der Pandemiezeit so, also nicht nur in der Quarantänezeit, die wir gehabt haben. Es geht auch darum, dass wir wirklich (-) permanent unterbesetzt waren, schon seit ein paar Monaten. Und das auf einer Demenzstation, das ist einfach nicht (-) nicht mehr zum (--). Ach Gott. (...) Aber da, wenn du zu dritt am Krankenbett stehst mit 24 dementen Patienten, davon sind 20 zum Essen und zum Trinken eingeben, wie sollen wir denn das machen, bitte? Wie soll das funktionieren?! (E3, Abs.19)

Mangelndes Verständnis kommt „von Angehörigen für die ganzen Tests, für die ganzen Maßnahmen, für die ganzen Richtlinien“ (E4, Abs.17), wenn sie beispielsweise zu Besuch kommen (E4, Abs.25).

Die *Mangelnde Wertschätzung* ist eine Belastung, die von mehreren Expert*innen angesprochen

worden und in Zusammenhang mit der, in Form von Klatschen bezeugten, Anerkennung der Leistung der Pflegenden während der Pandemie gebracht worden ist: „Am Anfang sind wir beklatscht worden und jetzt werden wir bespuckt“ (E3, Abs.19), „Am Anfang waren wir die Helden, haben Applaus gekriegt, jetzt ist vom Applaus nur eine Watschn geblieben“ (E4, Abs.17). Auch hier zeigt sich, dass es sich um ein Problem handelt, welches schon vor der Pandemie bestanden hat und durch sie nur hervorgehoben wurde.

Man ist sich ziemlich einsam vorgekommen und wie es halt ist in der Pflege, wir müssen immer da sein, aber im Prinzip sieht uns keiner. Das ist halt so. Also es ist wie gesagt schwer, das Krankenpflegebild hat sich nicht viel geändert. Und die Pandemie ist halt dazugekommen. (...) und man soll ja einfach nur den Mund halten und arbeiten. Das ist das große Ziel in der Krankenpflege, seit 1988. Wir haben ja am Anfang unserer Karriere nicht einmal auf Demos gehen dürfen. Weil man das nicht darf als Krankenpflegeperson. (E3, Abs.15-19)

Im Bereich *Maßnahmenbezogenes* wird innerhalb der Kategorie *Unmittelbare Reaktionen* deutlich, dass die Maßnahmen nicht nur als „extrem anstrengend“ (E8, Abs.13) und „vermehrte Arbeit“ kreierend (E8, Abs.15) empfunden wurden, sondern auch direkte körperliche Reaktionen hervorriefen. So beispielsweise durch das Tragen von Masken über einen längeren Zeitraum: „für mich persönlich, war es mit meiner Haut sehr schlimm. Die hat komplett auf die Maske reagiert und ich musste halt die Maske 12 Stunden tragen“ (E8, Abs.13), „diese Maskenpflicht, die ist halt ein Wahnsinn. Die FFP2-Maske ist ein Horror eigentlich. Du kriegst ein Kopfweg wenn du die acht Stunden, neun Stunden permanent tragen musst“ (E3, Abs.25). Auch das regelmäßige Testen war „wirklich belastend. Nicht nur, dass es in dem Moment schmerzhaft war, dieser Stich in der Nase jeden Tag, von dem habe ich dann immer Kopfschmerzen gekriegt. Das ist was, was mich wirklich irritiert hat“ (E2, Abs.37). In Bezug auf die *Umsetzbarkeit* der Maßnahmen wurden besonders die Abstandsregelungen, das Contacttracing und die Maskenpflicht als belastend und schwer oder gar nicht umsetzbar beschrieben (E4; E7; E8). Erstere war besonders unvereinbar mit den Umständen, dass sich Bewohnende von Alten- und Pflegeheimen oft mit Rollstühlen fortbewegen, die viel Platz einnehmen können und teilweise wenig wendig sind (E7) oder Demenz haben (E8). Das Contacttracing vor allem wegen der damit verbundenen Bürokratie „extrem belastend oder ist es

immer noch“ (E4, Abs.25). Masken im Altenpflegebereich wurden als „nicht realistisch“ (E7, Abs.25) beschrieben und ließen sich auch in Kontakt mit den Angehörigen nicht umsetzen:

(...) das war nicht durchzusetzen, dass die Angehörigen die Masken anbehalten. Man brauchte nur nachsehen, egal, ob man mit Klopfen oder ohne Klopfen reingestürmt ist, haben sie die Masken nicht angehabt. Das war egal. Ja, es war schwierig umzusetzen. Also die Maskenpflicht war wirklich eigentlich nicht durchführbar. (E7, Abs.27)

Die *Kommunikation* der Maßnahmen und deren Änderungen wurde teilweise als „hart“ (E7, Abs.19) und plötzlich empfunden, was mit Angst und zusätzlicher Anstrengung verbunden war (E7; E8). Belastend war auch,

[d]ass die Maßnahmen so aufgegeben werden. Weil die Maßnahmen sehr wichtig für Pflegewohnheime ist oder für Einrichtungen auch, da sollte man vielleicht zuerst die Verwaltung informieren, dann könnte man sich erst vorbereiten und dann erst an die Bevölkerung weitergeben. Es ist sowieso im Pflegeheim sehr anstrengend, man muss die Leute versorgen, Ältere, kranke Menschen und wenn dann noch der Druck von außen kommt, das ist doch nicht wirklich notwendig. (E8, Abs.17)

Unverständnis herrschte in Bezug auf manche Maßnahmen, wie die Schilde aus Plexiglas, an denen auf der Seite vorbei geredet worden ist (E4), die Maskenpflicht und die Abstandsregelungen (E7), sowie die Besuchsregelungen, die Besucher*innen für einen Zeitraum von nur 15 Minuten erlaubten.

Wenn ich Corona habe, dann bringe ich es sowieso mit. Also für Pflegeheime hat das mit den 15 Minuten keinen Sinn gemacht. Weil wenn ich komme, sollte ich auch so lange bleiben dürfen, wie es möglich ist, nicht nur für 15 Minuten. (E8, Abs.35)

Auch die *Unstetigkeit* der Regelungen wurde als belastend empfunden (E4; E5).

Organisationsbezogene Ebene

Diese Subkategorie ersten Grades enthält Belastungen, die dem direkten Arbeitsumfeld erwachsen.

Tabelle 4*Belastende Faktoren auf organisationsbezogener Ebene*

Kategorie	Ankerbeispiel
Arbeitsweise	„Also ein negativer Faktor oder das Blöde an der Pandemie ist, dass wir blockgearbeitet haben. Das heißt immer drei Tage Dienst, zwei Tage frei, drei Tage Dienst, zwei Tage frei. Dadurch hast du nie einen richtigen Erholungswert zu Hause. Das ist der negativste Faktor, der mir jetzt einfällt.“ (E6, Abs.17)

Als belastend auf organisationsbezogener Ebene wurde die *Arbeitsweise* genannt. Diese Kategorie umschließt nicht nur die veränderte Art, arbeiten zu müssen, wie zum Beispiel die Verlagerung von Aktivitäten von der gesamten Hausebene auf die einzelnen Wohnebenen. Dies hatte zum Ziel, weniger Bewohnende an einem Ort zu versammeln, um das Infektionsrisiko zu minimieren, war für die Expert*innen aber „anstrengender“ und „schwierig“ (E1, Abs.15). Auch die Änderung der Arbeitszeiten, um ausfallendes Personal ersetzen zu können (E7) und die Arbeit in Blockdiensten, durch die wenig zwischenzeitliche Erholung möglich war (E6), war belastend.

Interpersonale Ebene

Diese Subkategorie enthält Belastungen, die sich in Zusammenhang mit der Interaktion verschiedener Akteur*innen ergeben.

Tabelle 5*Belastende Faktoren auf interpersonaler Ebene*

Kategorie	Ankerbeispiel
Konflikte mit Mitarbeitenden	„Weißt du, die Ärzte gehen mit der Masken unten und stecken alle an und die Pflege steht dann beim Patienten und muss ihn pflegen. Das ist wirklich mühsam. Jetzt

	muss ich ehrlich sagen, Gott sei Dank bin ich anonym. Sie sind ja auch nicht im Pflegewohnhaus und alles.“ (E3, Abs.19)
Vermittlung an Bewohnende	„Aber das war für mich wirklich hart, weil (-) ich ihnen dann auch immer wieder erklären musste, wieso ich das nicht machen kann, welche anderen Möglichkeiten es gibt und solche Sachen.“ (E2, Abs.37)

In Bezug auf *Konflikte mit Mitarbeitenden* berichten die Expert*innen einerseits von Problemen mit Kolleg*innen, die angeben, sich auf der Arbeit infiziert zu haben:

Dann sagen sie nämlich immer, sie haben sich bei der Arbeit angesteckt und nicht privat (*lacht*). Das gibt es ja nicht. Also wenn sie sich wirklich bei der Arbeit angesteckt haben, dann ist ja die Frage, ob sie ihre Hygienemaßnahmen nicht richtig eingehalten haben. (E3, Abs.19)

Andererseits entstehen Konflikte mit Vorgesetzten beispielsweise durch „Druck seitens der Stationsleitung“ (E6, Abs.11) und mit Angehörigen anderer Fachrichtungen, wie zum Beispiel mit Ärzt*innen. Grund hierfür sind beispielsweise das Nichteinhalten der Hygienemaßnahmen von Seiten der Ärzt*innen (E3) und dass Pflegende nicht ausreichend unterstützt werden:

Wenn du nicht mitdenkst in dem Job bist allein, ich sag dirs (*lacht*). Das ist so. Es schaut keiner auf die. Vor allen Dingen in der Akutsituation nicht. Ist ihnen alles wurscht. (...) Also Krankenpflegeperson ist immer der Dreh- und Angelpunkt. Und wenn keiner mehr da ist, die Krankenpflegeperson steht dann am Bett. Weil der Arzt, der sagt „Nein“. Der geht. (E3, Abs.23)

Auch die *Vermittlung an Bewohnende* auf interpersonaler Ebene kann belastend sein. Dabei geht es um das Weitertragen von Informationen und das Aussprechen von Einschränkungen, „die nicht von einem selber kommen, sondern quasi von außen, von den Vorgaben der

Regierung“ (E1, Abs.9). Expert*innen beschrieben diese Informationsweitergabe als „schwierig“ (E3, Abs.15) und „hart“ (E2, Abs.37).

Intrapersonale Ebene

Diese Subkategorie enthält Belastungen, die den einzelnen Personen eigen sind.

Tabelle 6

Belastende Faktoren auf intrapersonaler Ebene

Kategorie	Ankerbeispiel
Negativere Haltung zu Beruf	„Die ist erschüttert worden, das kann ich schon sagen. Weil ich den Beruf ja gerade frisch erlernt habe, ich war gerade frisch im Beruf und mir waren dadurch auch die Maßnahmen vollkommen klar, weil wir die ja gerade davor erst gelernt hatten. Aber dass es solch ein Ausmaß annehmen kann, das konnte sich keiner vorstellen. Das war für mich persönlich dann ein richtig erschwerter Einstieg in den Beruf und das hat die Sache natürlich nicht leichter gemacht. Und das hat natürlich seither mitgewirkt.“ (E7, Abs.35)
Pflichtgefühl	„Naja, auf der Demenz haben wir eigentlich immer das Beste draus gemacht. Für die halt.“ (E3, Abs.35)
Rollenkonflikte	„Und es ärgert mich wenn das bei mir passiert, weil ich schon stark in meiner Professionalität bleiben möchte. Aber wir sind ja auch alle keine Heiligen (<i>lacht</i>).“ (E3, Abs.33)
Unsicherheit und Nervosität	„Mit der Zeit dann, naja ich würde nicht sagen Aufregung, aber man ist nervöser oder ungeduldiger geworden. Weil es so viele Regelungen gibt, es gibt so viele Änderungen, man kann das gar nicht mehr verfolgen. Und somit ist man ein bisschen aufgeregter und ungeduldiger als sonst.“ (E4, Abs.13)

Depressive Symptome	„Also mir ist es psychisch nicht gut gegangen. Gleich nach der ersten Welle war es schon sehr anstrengend. Und die zweite Welle (-). Ich persönlich war dann im Krankenhaus. Ich war dann auf der Psychiatrie wegen Depressionen. (...)“ (E7, Abs.15)
Erschöpfung	„Das ist normalerweise nicht meine Art, aber es ist irgendwie die Grenze gerade, habe ich eh erklärt.“ (E3, Abs.53)
Überforderung	„Ich habe versucht, das Beste zu geben. Man überfordert sich manchmal mit der Situation, also man macht mehr als wir normalerweise machen würden wenn es keine Pandemie da gewesen wäre.“ (E2, Abs.53)
Angst und Ungewissheit	„Jeder hatte einfach nur Angst. Die Vorgesetzten haben Angst gehabt, unsere Bewohner, wir haben Angst gehabt, dass der Virus ins Haus kommt. Und dann ist das teilweise auch passiert, aber in der ersten Welle haben wir noch Glück gehabt, da gabs nur wenige, da war es ja auch noch nicht so ansteckend wie jetzt. Ja, es war halt Angst, Bedrohung, was soll man sagen.“ (E7, Abs.19)
Angst vor eigener Ansteckung	„Also am Anfang die Ungewissheit über diese Krankheit. Für mich persönlich war es zum Beispiel so, dass ich sehr sehr Bluthochdruck habe und dann habe ich Angst gehabt, diese Krankheit zu bekommen.“ (E7, Abs.19)
Angst davor, andere anzustecken	„Dann auch die Angst um die anderen. Riesige Angst, dass man auch jemanden ansteckt.“ (E7, Abs.19)

Auf intrapersonaler Ebene zeigte sich zum Beispiel, dass die Pandemie einen negativen Einfluss auf die persönliche Haltung zum eigenen Beruf haben kann (*Negative*

Haltung zu Beruf). So wurde von einer Erschütterung und einem erschwerten Einstieg in den Beruf berichtet (E7). Das *Pflichtgefühl*, was viele Expert*innen gegenüber ihrer Betreuungsgruppe, ihren Familien und ihren Kolleg*innen empfinden, kann sich auch als Belastung erweisen. So haben Pflegende versucht, zusätzlich zu ihrer sonstigen Arbeit, den Wegfall von Aktivitäten für die Bewohnenden zu kompensieren „[m]it Ballspielen und solchen Sachen“ (E3, Abs.35). *Rollenkonflikte* traten nicht nur auf der Arbeit in Zusammenhang mit der beruflichen Position auf: „Eine Stationsleitung sollte halt eigentlich immer Stabilität herzeigen und präsentieren und das geht halt eben nicht. So, jetzt bin ich privat (*lacht*). Das ist ein Wahnsinn“ (E3, Abs.19). Auch in Bezug auf die Bewohnenden, war es „sehr, sehr belastend“ (E6, Abs.11), deren einzige Sozialkontakte zu sein in Zeiten, während derer kein Besuch empfangen werden durfte. Auch die Unvereinbarkeit der Rolle als pflegende Person in Österreich mit dem Besuch der Familie im Ausland war „nicht leicht zu akzeptieren und anzunehmen“ (E2, Abs.23), wenn es durch die Maßnahmen dazu kam, dass Ein- und Ausreise nicht möglich oder nicht mit der beruflichen Tätigkeit vereinbar war. *Unsicherheit und Nervosität* bestand wegen der Neuartigkeit der pandemischen Situation und des Mangels an Wissen, wie damit umzugehen ist (E8). Auch das Gefühl, den Überblick über die Maßnahmen zu verlieren trug dazu bei (E4) und übertrug sich von den Pflegenden auf die Bewohnenden: „Es war irgendwie so schwierig das richtige Gespür dafür zu entwickeln und die sind dann auch nervös geworden, die Leute. Ist eh klar, die haben das gespürt, die Anspannung von den Pflegepersonen“ (E3, Abs.25). *Depressive Symptome* bedurften teilweise akuter Behandlung (E7) und *Erschöpfung* des Personals führte zu Kündigungen (E3). Zu *Überforderung* kam es vor allem zu Beginn der Pandemie (E2; E8). Sie entstand nicht nur aus dem Gefühl, nicht ausreichend vorbereitet zu sein (E5; E8), sondern auch, weil es „[v]iel mehr zu arbeiten als sonst [gab]. Zu viel“ (E8, Abs.13). Das hat auch Einfluss auf den Arbeitsalltag:

Was ich aber beobachtet habe ist, wenn zu viel Überforderung da ist, dass man zu wenig Geduld hat. Für für Menschen, für alles. Bei manchen Malen, bei Überforderung, ist man einfach ungeduldiger. Da hat man einfach diese Dynamik nicht mehr. (E3, Abs.33)

Viele Expert*innen berichten des Weiteren von *Angst und Ungewissheit* (E4; E7; E8): „Jeder hatte einfach nur Angst. Die Vorgesetzten haben Angst gehabt, unsere Bewohner, wir haben Angst gehabt, dass der Virus ins Haus kommt (...) es war halt Angst, Bedrohung, was soll man sagen“ (E7, Abs.19). *Angst vor eigener Ansteckung* war dabei ebenso präsent, wie die *Angst davor, andere anzustecken* (E7).

Entlastende Faktoren

Die zweite Hauptkategorie beschäftigt sich mit den Entlastungsfaktoren in der Pflege. In den Tabellen 7 bis 10 sind die Kategorien unter ihren Subkategorien mit jeweils einem Beispielzitat aus den Interviews aufgelistet. Im Weiteren wird näher auf die Kategorien eingegangen.

Gesellschaftlich-politische Ebene

Diese Subkategorie enthält entlastende Faktoren, die ihren Ursprung auf Ebene von Politik und Gesellschaft haben.

Tabelle 7

Entlastende Faktoren auf gesellschaftlich-politischer Ebene

Kategorie	Ankerbeispiel
Wirksamkeit der Maßnahmen	„Und die FFP2- Maske natürlich auch wieder (<i>lacht</i>). Weil die einen schützt und du schützt andere. Also es geht in beide Richtungen. Der Mund-Nasen-Schutz ist eigentlich nur für die anderen gewesen und mit den FFP2-Masken geht es eigentlich in

beide Richtungen. Da hab ich auch mehr Sinnhaftigkeit gesehen.“ (E3, Abs.27)

In den Expert*inneninterviews stellte sich die empfundene *Wirksamkeit der Maßnahmen* als ein entlastender Faktor auf gesellschaftlich-politischer Ebene für die Befragten heraus. Dabei werden vor allem die FFP2-Masken als sinnvoll erachtet (E3; E4). Auch das Desinfizieren und Händewaschen haben sich „wirklich bewährt, als effektive oder effektivste Maßnahmen, prophylaktische“ (E4, Abs.23). Dass regelmäßige (PCR-) Tests in den Einrichtungen durchgeführt werden, entlastet die Befragten nicht nur auf privater Ebene, weil sie so ihren eigenen Status überprüfen können (E1), sondern auch, weil asymptomatisch positive Bewohnende ausgemacht werden können. Diese können dann im weiteren Vorgehen isoliert und versorgt werden, sodass sich das Virus nicht weiter ausbreiten kann und der Gesundheitszustand der Bewohnenden genau beobachtet werden kann (E1; E4).

Organisationsbezogene Ebene

Diese Subkategorie ersten Grades enthält Entlastungen, die dem direkten Arbeitsumfeld erwachsen.

Tabelle 8

Entlastende Faktoren auf organisationsbezogener Ebene

Kategorie	Ankerbeispiel
Kontinuität	„Also in der Pflege ist es jetzt nicht so, dass man einen totalen Lockdown hatte, das haben wir nicht gespürt, weil wir arbeiten gehen mussten. So ist unser Leben noch regelmäßiger gewesen als bei den anderen. Das war ein Vorteil in der Pflege, dass man da weiterhin seine Arbeit machen können, dadurch hat man ein Ziel gehabt, man geht jetzt arbeiten, dann hat man seine Arbeit gemacht. Das war ein Vorteil. Für uns.“ (E8, Abs.21)

Gewöhnung	„Aber mittlerweile wissen sie, weiß jeder, wie die Situation ist und es ist auch ein bisschen leichter für mich geworden und auch für die Bewohner.“ (E2, Abs.15)
(Materielle) Unterstützung	„Wir hatten genügend Schutzausrüstung, das war es auch.“ (E6, Abs.25)

Auf organisationsbezogener Ebene lässt sich positiv hervorheben, dass die Expert*innen es als „persönlich sehr angenehm“ (E1, Abs.7) und „definitiv positiv“ (E1, Abs.13) empfanden, durchgehend Sozialkontakte auf der Arbeit pflegen zu können und auch während der Lockdownzeiten nie im Homeoffice sein zu müssen (*Kontinuität*). Die mittlerweile routinierten Abläufe und automatischen Vorgehensweisen bei einem positiven Fall, sorgen dafür, dass der Alltag in Alten- und Pflegeheimen im Vergleich zum Beginn der Pandemie weniger anstrengend ist; eine *Gewöhnung* an die Umstände hat stattgefunden (E2; E7; E8). „Also der Anfang war anstrengender. Jetzt haben wir uns schon an viele Schutzmaßnahmen gewöhnt und ich würde sagen, es ist immer noch sehr viel Stress, aber der Umgang ist einfach anders. Routinierter“ (E7, Abs.17). Die meisten Expert*innen haben sich innerhalb ihrer Einrichtungen ausreichend versorgt gefühlt (*(Materielle) Unterstützung*): „[W]ir hatten alles, was wir gebraucht haben (...) Die haben sich ordentlich und schnell organisiert“ (E8, Abs.19), „[W]ir haben zum Beispiel Hygienemaßnahmen, die sehr, sehr gut kommuniziert sind und auch sehr gut etabliert in der Firma“ (E7, Abs.35).

Interpersonale Ebene

Diese Subkategorie enthält Entlastungen, die sich in Zusammenhang mit der Interaktion verschiedener Akteur*innen ergeben.

Tabelle 9*Entlastende Faktoren auf interpersonaler Ebene*

Kategorie	Ankerbeispiel
Unterstützung	
Rückhalt durch Bewohnende	„Und die Bewohner auch, die tragen Maske, die helfen uns, die bleiben auf dem Zimmer wenn sie gerade getestet haben, die waren meistens sehr compliant.“ (E8, Abs.19)
Solidarität im Kollegium	„Obwohl unser Haus in der Summe gesehen ja wirklich ein super Haus ist. Also das muss man schon sagen, von der Leitung und allem.“ (E3, Abs.23)
Soziales Netz	„Okay, da würde ich auch wieder auf die sozialen Faktoren eingehen, weil ich dann Wege gefunden habe, wie ich diesen persönlichen sozialen Kontakt irgendwie (-) meistere. Wir haben versucht, dann Kontakte über soziale Medien und zwar Videotelefonie mehr zu machen als vorher. Das war etwas, was mir geholfen hat.“ (E2, Abs.25)
Besuchsverbot	„Also am besten fand ich das Besuchsverbot muss ich ehrlich sagen. Das war glaube ich auch der beste Schutz. Weil so haben wir uns alle viel sicherer gefühlt in dieser Zeit.“ (E7, Abs.25)

Positiv bewertet wurde auch der *Rückhalt durch Bewohnende*, die insgesamt „verständnisvoll“ (E4, Abs.39) reagierten. „Wir sind, ich würde sagen, mehr zusammengewachsen. Also ich sah das positiv“ (E4, Abs.39). Es herrschte ein „Teamgeist“ (E4, Abs.19) und die Bewohnenden hielten sich an die Vorgaben (E8, Abs.19).

Das ist eine ältere Generation, das ist eine Generation, die Krisen durchgemacht hat.

Also Zweiten Weltkrieg, Nachkriegszeiten. Und die haben viel mehr Verständnis als

alle anderen. Für die Krise, für Situationen und so weiter und das braucht es auch. Die Leute sind dankbarer als sonst.“ (E4, Abs.19)

Unterstützung kam auch von Seiten des Kollegiums, wo sich „alle gegenseitig Kraft gegeben [haben]“ (E8, Abs.19). Die Kolleg*innen haben sich bestärkt und „gegenseitig motiviert“ (E7, Abs.47). Und auch außerhalb des Pflegekontextes konnten Befragte auf ihr soziales Netz als Entlastung zurückgreifen: „Auch etwas, was ich jetzt aktiver gemacht habe und früher nicht, ist Sport (*lacht*) Seit zwei Jahren. Das hat mir auch gut geholfen und zwar nicht Sport alleine, sondern in der Gruppe, wieder mit Videotelefonie mit Freundinnen“ (E2, Abs.25). Als ebenfalls entlastend auf interpersonaler Ebene wurde das *Besuchsverbot* empfunden, welches nicht nur ein „Sicherheitsgefühl“ (E7, Abs.27) geboten hat, sondern auch dafür gesorgt hat, „dass sich die Angehörigen nicht negativ eingemischt haben in die Pflege“ (E5, Abs.21).

Intrapersonale Ebene

Diese Subkategorie enthält Entlastungen, die den einzelnen Personen eigen sind.

Tabelle 10

Entlastende Faktoren auf intrapersonaler Ebene

Kategorie	Ankerbeispiel
Hoffnung	„Jetzt kann ich eigentlich sagen: Erleichtert auf der einen Seite, dass die Pandemie schon, sozusagen, hoffentlich zu Ende geht.“ (E5, Abs.13)
Liebe zum Beruf	„Und ich liebe den Job auch, das ist es halt auch. Wenn du es nicht so magst wie ich, dann bist du weg. Es gibt ja nun Gott sei Dank eh genug Leute, die so eine Einstellung haben wie ich, schlimm wenn das nicht so wäre.“ (E3, Abs.53)
Erfahrung	„Aber mit 50 Jahren, da schafft man schon einen ganz guten Umgang mit der Situation.“ (E7, Abs.17)

Positivere oder unveränderte Haltung zu Beruf	„Es nervt, dieses Corona, es soll aufhören. Aber ich glaube in der Pflege und in unserem Beruf, kaum wird Corona fertig sein, wird sicher was anderes kommen. Wir sind eh konfrontiert mit vielen Krankheiten, vielen infektiösen Krankheiten auch. Also dass Corona neu ist und diese Maßnahmen, die damit kommen, sind schon nervig, aber sonst hat sich für mich mit meinem Beruf nicht viel geändert. Ich bin gerne in der Pflege, ich werde nicht gezwungen dazu.“ (E8, Abs.31)
Vermeidung von Medien	„Was mir noch geholfen hat ist, dass ich versucht habe, die Medien zu vermeiden, nicht viele Nachrichten zu lesen, halt nur das Notwendige.“ (E2, Abs.25)

Auf intrapersonaler Ebene fanden Expert*innen Entlastung in der *Hoffnung*, dass sich die Situation bald bessern (E5; E7), oder zumindest nicht verschlechtern würde und „die Coronamaßnahmen, wie sie jetzt sind, bleiben.“ (E8, Abs.49). Auch die *Liebe zum Beruf* wirkt positiv auf die Expert*innen: „Ich mache diesen Job gerne, egal ob Pandemie oder nicht Pandemie (...) ich liebe meinen Job und ich mache hoffentlich auch weiter, bis zur Pension“ (E5, Abs.33). Auch *Erfahrung* im Sinne von Lebenserfahrung mit zunehmendem Alter (E7) oder Erfahrung mit vergleichbaren Situationen, wirkt entlastend: „Weil ich aus Afrika komme und habe dort oft Krankheiten beobachtet. Nicht pandemieartig, sondern Epidemien zum Beispiel. Wir hatten oft Epidemien und ich weiß, die Impfung hilft“ (E8, Abs.25). Die eigene Haltung zum Beruf hat sich bei den meisten Befragten nicht geändert (E1; E3; E4; E5; E6; E8) oder ist positiver geworden, da die Wichtigkeit der Arbeit durch die Pandemie hervorgehoben wurde (E2). Es wurde außerdem angeführt, dass die *Vermeidung von Medien*, seien es soziale Medien oder Nachrichten, ebenfalls entlastend sein kann (E2).

Impfung

Die dritte Hauptkategorie beschäftigt sich mit der Umsetzung der Impfkampagne unter den Bewohnenden und dem Personal und deren Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext. In den Tabellen 11 bis 13 sind die Kategorien unter ihren Subkategorien mit jeweils einem Beispielzitat aus den Interviews aufgelistet. Im Weiteren wird näher auf die Kategorien eingegangen.

Entlastende Faktoren

Diese Subkategorie enthält entlastende Faktoren, die in Zusammenhang mit der Impfung stehen.

Tabelle 11

Entlastende Faktoren mit Bezug auf die Impfung

Kategorie	Ankerbeispiel
Umsetzung	„(...) und bei uns, wie gesagt, super schnell gewesen und war logistisch alles unproblematisch.“ (E1, Abs.19)
Schutz anderer	„(...) und dass ich dann die anderen dadurch auch geschützt habe. Ich habe mich am Anfang auch eigentlich nur wegen der Bewohner impfen lassen, gar nicht wegen mir selber.“ (E7, Abs.31)
Akzeptanz	„Aber im Großen und Ganzen ist es eigentlich gut angenommen worden.“ (E1, Abs.19)
Erleichterung	„Also die meisten waren halt sehr erleichtert wie die erste Impfung gekommen ist, obwohl man zu der Zeit noch gar nicht wusste, was das eigentlich bedeutet.“ (E7, Abs.29)
Hoffnung	„Also am Anfang war es gut, weil es die Hoffnung gab, dass es wieder so wird, wie es war.“ (E2, Abs.79)

Sicherheit	„Und ich hab mich halt schon von Anfang an recht geschützt gefühlt.“ (E1, Abs.21)
Beitrag leisten	„Das war für mich dann einfach so ein Gefühl von, ich habe jetzt das machen können, was ich derzeit tun kann für die Pandemie. Und somit hat sich das privat und persönlich positiv für mich ausgewirkt, ja.“ (E1, Abs.21)

Als entlastend wurde insbesondere die schnelle und gut organisierte *Umsetzung* der Impfkampagne in Alten- und Pflegeheimen genannt, die Grund dafür war, dass Bewohnende und Personal zu den ersten geimpften Personen gehörten (E1; E2) und sich nicht selbst um den Zugang zu einer Impfung kümmern mussten: „Wir sind in der Arbeit direkt geimpft worden. Das heißt, wir haben nicht irgendwie zu einer Impfstelle oder Impfbus oder sonst irgendwas müssen, sondern haben das direkt in der Arbeit machen können. Das war sehr gut“ (E6, Abs.35). Entlastend war daran, dass man mit Hilfe der Impfung zum *Schutz anderer* beitragen konnte (E7). In Bezug auf die *Akzeptanz* berichten Expert*innen, dass die Impfung an ihren jeweiligen Arbeitsstellen grundsätzlich positiv angenommen wurde (E1; E2; E4; E8). Sie selbst haben die Impfung meist befürwortet (E4; E6) und diese weiterempfohlen (E8). Die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können wurde von vielen Seiten als *Erleichterung* bezeichnet (E5; E6; E7). *Hoffnung* bestand viel, dass sich die pandemische Lage durch die Impfung verbessern würde (E2). „Die Hoffnung in diese Impfung war sehr groß (...) Obwohl wir eigentlich noch gar nicht gewusst haben, ob das hilft oder nicht. Aber wir haben halt einfach diese Hoffnung gehabt“ (E7, Abs.21). Zusätzlich vermittelte die Impfung in vielen Fällen ein Gefühl von *Sicherheit*, da sich Expert*innen selbst geschützt gefühlt haben (E1; E7; E3) und sich die Impfung positiv auf die Krankheitsverläufe ausgewirkt hat. Die infizierten Menschen hatten „fast keine Symptome“ (E8, Abs.27) und „keine schweren Verläufe (...) Weder bei Bewohnern, noch bei Mitarbeitenden“ (E4,

Abs.27). Außerdem hat sich dieses Sicherheitsgefühl auch positiv auf den Umgang miteinander ausgewirkt: „Nach den Impfungen ist es dann besser gegangen. Da hat man sich dann mehr getraut. Aber vor den Impfungen war es schon so, dass wir sie wie rohe Eier behandelt haben“ (E3; Abs.25). Einige Expert*innen empfanden es als entlastend, einen *Beitrag leisten* zu können, indem sie sich impfen ließen und beschrieben ihre Impfung beispielsweise als „Solidaritätsbeitrag“ (E3, Abs.31). „Also ja von dem her hat es mich beruhigt, dass ich da auch was dazu beitragen habe können im Solidarischen, im Gemeinschaftlichen. Aber das ist es. Ich meine, ich bin da sehr (*lacht*) solidarisch“ (E3, Abs.31).

Belastende Faktoren

Diese Subkategorie enthält belastende Faktoren, die in Zusammenhang mit der Impfung stehen.

Tabelle 12

Entlastende Faktoren mit Bezug auf die Impfung

Kategorie	Ankerbeispiel
Personalausfall	„Jaja, wir haben sehr viele Ausfälle gehabt von Pflegepersonen, die sich impfen lassen haben, weil die Impfreaktion bei manchen schon sehr stark war.“ (E3, Abs.29)
Schwierigkeiten bei der Umsetzung	„Der Zugang zum Impfstoff am Anfang war ein bisschen anders, jetzt ist es wieder die Bürokratie. Jeder muss irgendein Einverständnisformular ausfüllen, dann muss man hin- und her, viel Blablabla ist drin. Und die Handhabung von Impfstoffen ist auch eine Katastrophe, weil wenn die aufbereitet werden, ich weiß nicht, ob Sie wissen, wie das funktioniert. Bis zu fünf Impfstoffe bestellt man bei der MA70, ab fünf, fünf bis ich glaube zwölf oder so, keine Ahnung, bei MA15 und ab dreißig kann man über, naja, es ist kompliziert. Es ist diese

	viele Bürokratie, die das Ganze kaputt macht.“ (E4, Abs.29)
Druck	„Der Druck von der Chefetage. Ja, das war das Schlimmste eigentlich muss ich sagen.“ (E5, Abs.15)
Konflikte	„Dann mit der Zeit, schon vor der Debatte, ob jetzt die Impfpflicht kommen soll oder nicht, hat das zu Spannungen in der Belegschaft geführt. Bei manchen. Das hat wirklich zu Spannungen geführt. Und dann ist die Impfpflicht dazu gekommen und dass hat dann dieses Spannungsfeld noch mehr ausgeweitet. Da klaffen einfach die Ansichten auseinander und bei uns war es dann interessanterweise so, wie man es auch insgesamt gesellschaftlich beobachten kann im Großen. Bei uns im Kleinen hat sich das dann auch so ergeben, dass die zwei Lager miteinander nicht reden konnten. Weil jeder hat nur seine, beziehungsweise, es war so, dass nur die geredet haben, die nicht geimpft waren, das waren die, die so laut waren. Die anderen haben eher nur den Kopf geschüttelt, weil da war eigentlich nicht viel zu sagen. Und das war eben eine ziemliche Spannung.“ (E7, Abs.29)
Falsche Vorstellungen	„Weil alle gedacht haben „Jetzt sind wir geschützt, jetzt kann sich keiner mehr anstecken“. Aber jetzt hat sich halt mit der Zeit herausgestellt, dass das ja doch keine richtige Impfung ist, damit kann man sich nicht hundertprozentig schützen sozusagen. Man kann sich trotzdem anstecken, halt nicht mit so schweren Symptomen wie ohne Impfung. Dann hat sich die Erleichterung sozusagen in Ernüchterung geändert.“ (E5, Abs.29)
Skepsis	„Zuerst ein bisschen Zweifel, aber für mich war klar, dass wenn die Impfung kommt, ich geimpft werde. Ich habe dann am Anfang

	aber doch gedacht „Nein, ich will doch nicht, nein“.“ (E8, Abs.25)
Angst	„Ich hatte eher Angst vor der Impfung.“ (E2, Abs.49)
Psychotische Verarbeitung	„Einige Bewohner wollten sich nicht impfen lassen. Wir sind ja ein Haus mit Bewohnern, die psychiatrische Erkrankungen haben, das heißt auch viele aus dem schizophrenen/-formen Kreis. Das heißt manche haben auch dieses Impfen eher wahnhaft-psychotisch verarbeitet, waren dementsprechend nicht offen dafür, haben sich nicht impfen lassen. Und die sind dementsprechend auch nicht geimpft.“ (E1, Abs.19)

Belastend war der *Personalausfall*, der durch Impfreaktionen zusätzlich entstand (E3). Auch die Umsetzung verlief nicht in allen Fällen optimal (*Schwierigkeiten bei Umsetzung*) und war, vor allem im Vergleich zu dem Beginn der Impfkampagne, mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden (E4). Die Durchführung der Impfung war in manchen Fällen mit *Druck* von Seiten der Vorgesetzten verbunden: „[I]ch hätte mich nicht impfen lassen, hätte der Chef keinen Druck gemacht“ (E5, Abs.19), was so weit führte, dass sich Menschen gezwungen gefühlt haben, sich impfen zu lassen: „Und wir wurden dann halt, ja, meinem Empfinden nach gezwungen, doch zu impfen“ (E5, Abs.19), „[I]ch hab mir irgendwas spritzen lassen, wo ich gar nicht mit einverstanden bin“ (E5, Abs.31). Als belastend im Rahmen der Impftematik stellten sich auch *Konflikte* heraus, die sich in Form von anhaltenden Spannungen im Kollegium zeigten (E7). Es bildeten sich „zwei Lager“ (E7, Abs.29), die nicht miteinander reden konnten. Als eine „stressige Situation“ (E2, Abs.47) wurde es unter anderem empfunden, weil viele sich in der Position sahen, sich rechtfertigen zu müssen, wenn sie sich nicht impfen lassen wollten (E2) und Diskussionen in Bezug auf weniger Bezahlung (E2) und Krankenstände aufkamen: „Personal, das nicht geimpft wurde,

das hat sich dann gleich einmal im Vordergrund als krankgemeldet. Und dann mit irgendwelchen fadenscheinigen Ausreden“ (E3, Abs.19). Das Aufkommen der Debatte um die Impfpflicht hat die Situation zusätzlich belastet (E7). Auch *Falsche Vorstellungen* wirken sich belastend auf die Menschen im Alten- und Pflegekontext aus. Viele hatten sich von der Impfung mehr versprochen: „Dann hat sich die Erleichterung sozusagen in Ernüchterung geändert“ (E5; Abs.29), da Menschen sich trotz der Impfung weiter infizieren konnten.

Ich glaube, dass ein paar Leute geglaubt haben, man impft sich und juhu, die Pandemie ist vorbei. Das wurde von der Politik, von der Bundespolitik auch so angekündigt. Das hat negative Folgen, weil wir interessanterweise heuer neun positive Fälle haben, alle geimpft. Das heißt, das war auch eine, wenn man das so sehen darf, Komplikation. Die Leute haben geglaubt, sie lassen sich impfen und es ist wie der Bundeskanzler gesagt hat, die Pandemie ist vorbei für einen. Es war nicht so. Die Ungeimpften haben sich brav weiterhin an die Maßnahmen gehalten und sind negativ geblieben. (E4, Abs.31)

Unter den Bewohnenden haben falsche Vorstellungen davon geherrscht, wie sich die Impfung auswirken würde.

Aber später habe ich gemerkt, bei manchen Bewohnern, als dann halt diese Versprechungen nicht eingelöst wurden, also nicht umsetzbar waren, bei denen hieß es dann „Wieso jetzt, ich hab mich doch impfen lassen, was soll ich jetzt eine Maske tragen?“ oder „Wieso darf ich nicht mehr als (-) zwei Familienmitglieder einladen?“ und solche Sachen halt. (E2, Abs.79)

Unter den Expert*innen gab es vermehrt *Skepsis* in Bezug auf die Impfung, die beispielsweise in Zusammenhang mit eigenen Vorerkrankungen und unabsehbaren Nebenwirkungen stand (E2). „[I]ch war nicht gegen die Impfung selbst, sondern ich war mir

nicht sicher“ (E2, Abs.49). *Angst* vor der Impfung wirkte belastend (E2). Daneben wurde als weiterer Grund, wegen dem die Thematik des Impfens für Bewohnende belastend war, die *Psychotische Verarbeitung* einiger Menschen genannt. Besonders Bewohnende „mit einer schizophrenen Erkrankung im Hintergrund, haben es halt wieder sehr ablehnend angenommen und sich eben nicht impfen lassen“ (E1, Abs.39). Gerade die Impfpflicht war in diesem Zusammenhang ein Thema, was Menschen mit Psychosen zusätzlich belastet hat (E1).

Andere Reaktionen

Diese Subkategorie enthält andere Reaktionen, die in Zusammenhang mit der Impfung stehen.

Tabelle 13

Andere Reaktionen mit Bezug auf die Impfung

Kategorie	Ankerbeispiel
Fremdbestimmung	„Und die Leute, die sich nicht impfen lassen wollen, das ist meistens durch die Erwachsenenvertreter oder Angehörige, die als Impfgegner dagegen waren.“ (E4, Abs.49)
Mangelndes kognitives Auffassungsvermögen	„Manche haben es recht neutral angenommen, denen war das schlichtweg wurscht, also die haben jetzt nicht wirklich gut kognitiv erfassen können, was das Impfen überhaupt wirklich bedeutet. Aber sie waren auch nicht ablehnend. Also wenn der Arzt sagt „Lass dich impfen“ dann machen sie das auch.“ (E1, Abs.39)
Vergessen	„Weil wegen der Impfung ist es bei Ihnen so, dass sie das einfach wieder vergessen. Wenn man darüber redet, kommt es kurz auf, aber zwischendurch vergessen sie das einfach wieder.“ (E7, Abs.55)

Ein weiterer Aspekt, der in Zusammenhang mit der Impfung von Expert*innen genannt wurde, ist die *Fremdbestimmung* darüber, ob Bewohnende geimpft wurden oder nicht. Für viele haben Angehörige oder Erwachsenenvertretungen diese Entscheidung getroffen (E4; E8), was darauf zurückgeführt wurde, dass sich die Bewohnenden nicht selbst äußern konnten (E5). Ein, unter den Bewohnenden verbreitetes, *Mangelndes kognitives Auffassungsvermögen* sorgte dafür, dass Zusammenhänge nicht erkannt werden konnten (E3; E7) oder die Impfung „neutral angenommen“ (E1, Abs.39) wurde.

Das war ihnen wurscht, glaube ich. Die haben den Zusammenhang einfach nicht gekannt, dann ist das wurscht. Im Prinzip, tut eine Impfung immer weh und die reagieren ja eigentlich so wie große Dreijährige. Und natürlich ist das ein körperlicher Eingriff, mit der Injektion und den Zusammenhang, wie, was, wann, haben sie ja alle nicht verstanden. Also keiner. (E3, Abs.51)

Zusätzlich dazu war die Thematik einigen Bewohnenden nicht präsent, was an ihren Gedächtniskapazitäten lag (*Vergessen*). „Wenn man darüber redet, kommt es kurz auf, aber zwischendurch vergessen sie das einfach wieder“ (E7, Abs.55).

Psychisches Wohlbefinden der Betreuungsgruppe

Die vierte Hauptkategorie beschäftigt sich mit dem Wohlbefinden der Betreuungsgruppe, also den Bewohnenden von Alten- und Pflegeheimen. In den Tabellen 14 bis 17 sind die Kategorien unter ihren Subkategorien mit jeweils einem Beispielzitat aus den Interviews aufgelistet. Im Weiteren wird näher auf die Kategorien eingegangen.

Entlastende Faktoren

Diese Subkategorie enthält für das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe entlastende Faktoren.

Tabelle 14*Entlastende Faktoren für das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe*

Kategorie	Ankerbeispiel
Wertschätzung	„Also ich glaube dass die Leute, ich würde nicht sagen dankbar, aber froh waren, dass sie als die Ersten dran waren bei der Impfung. So nach dem Motto „Die Gesellschaft hat uns nicht bis zum Schluss gelassen“ sondern eben „Wir sind die Ersten der Gesellschaft, wir sind bedeutsam“, also „Wir sind nicht im Heim abgeschoben, sondern die Leute schauen auf uns“.“ (E4, Abs.49)
Technische Hilfsmittel	„Aber wir haben das dann einfach gelöst. Wir haben uns dann einen Laptop, nicht einen Laptop (-) ein Tablet angeschafft und die Angehörigen durften dort anrufen. Und wir sind dann mit Tablets zu den Bewohnern und die haben dann so kommuniziert wenn die Bewohner das verstanden haben. Wir haben eine Bewohnerin, die 102 wird. Jetzt im Mai wird sie Geburtstag haben und mit ihrem Stiefsohn hat sie brav telefoniert. Das hat total gut funktioniert.“ (E5, Abs.41)
Solidarität unter den Bewohnenden	„(...) weil die in Krisenzeiten zusammenhalten (...)“ (E4, Abs.19)
Beschäftigung	„Ich habe gefragt, wie es ihnen ging in der Zeit, in der sie sozusagen eingesperrt waren und keine Kontakte gehabt haben. Die haben gesagt „Ja, wir haben es gut überstanden, das Pflegepersonal war für uns da“. Vor allem bei diesen Situationen versuchen wir dann, dass das Pflegepersonal mehr in der sozialen Richtung was macht, also mehr Aktivitäten als normalerweise mit den Bewohnern.“ (E2, Abs.65)
Gewöhnung	„Langsam kehrt schon wieder Normalität zurück. Das heißt mittlerweile nehmen wenige die Pandemie ernst. Die Meisten,

	glauben nicht mehr daran ist jetzt übertrieben zu sagen, aber es ist Alltag. Es ist nichts Neues. Wenn man jetzt sagt die Mitarbeiterin oder der Bewohner ist COVID-positiv: nichts. Ist okay.“ (E4, Abs.41)
Sicherheitsgefühl durch Maßnahmen	„Vielleicht die Kontrolle von den Besuchern. Weil wir normalerweise ein offenes Haus haben, man kann von vorne und von hinten reinkommen und mittlerweile mit den Coronamaßnahmen müssen alle durch den Haupteingang und da weiß man halt, wer im Haus ist und das fühlt sich auch für die Bewohner sicherer an natürlich.“ (E8, Abs.39)

Dass Bewohnende sich während der Pandemie nicht vergessen oder „im Heim abgeschoben“ (E4, Abs.49) gefühlt haben, wurde als ein entlastender Faktor (*Wertschätzung*) genannt. Die Unterstützung ihres Alltags mit *Technischen Hilfsmittel* im Bereich der Kommunikation wirkte sich positiv aus. So konnten Bewohnende mit Hilfe von Videotelefonie mit ihren Angehörigen in Kontakt bleiben. „Das ist jetzt beibehalten worden. Weil wenn die Angehörigen weit weg sind, machen wir das immer noch mit diesem Tablet, so virtuelle Gespräche“ (E5, Abs.45). Allerdings ist die Wirkung dieser Entlastungsmaßnahme abhängig von dem Zustand der Bewohnenden:

(...) [F]ür Bewohner, die orientiert sind, funktioniert es super. Für die Dementen, die in der ersten Phase der Demenz sind, auch gut. Für die anderen halt eher nicht so (-). Wir machen es trotzdem. Es ist wichtig, dass man eine bekannte Stimme hört. Egal ob und wie sie es bemerken, oder ob die Bewohner bewusst sind oder nicht. (E2, Abs.69)

Entlastung erfolgte dadurch, dass Bewohnende während der Pandemie angefangen haben, sich mehr miteinander zu beschäftigen (E7, *Solidarität unter den Bewohnenden*). Auch

Beschäftigung wirkte sich positiv auf die Bewohnenden aus. Diese wurde meist von Seniorenbetreuenden auf den einzelnen Wohnebenen angeleitet oder von Pflegenden (E2). Bei den Bewohnenden setzte ebenfalls eine *Gewöhnung* an die Situation ein. Von Expert*innen wurde es als zurückkehrende „Normalität“ (E4, Abs.41) oder „Alltag“ (E1, Abs.27) beschrieben.

Ich habe aber schon auch den Eindruck, dass sich jetzt, je länger die Pandemie ist, alles immer mehr normalisiert und nicht mehr so als Belastung spürbar ist. Ich habe das Gefühl, die Bewohner richten es sich eh so wie sie es brauchen. Eigentlich so wie wir alle glaube ich. (E1, Abs.27)

Viele Bewohnende wirkten „resistent“ (E1, Abs.7) und „gar nicht so belastet“ (E1, Abs.37), weil sie „ihrem Alltag weiterhin nachgegangen sind“ (E1, Abs.7). Ein weiterer positiver Aspekt, der sich entlastend auf das psychische Wohlbefinden der Bewohnenden auswirkte, war das *Sicherheitsgefühl durch Maßnahmen*. Expert*innen gaben an, dass verschiedene Maßnahmen das Gefühl von Sicherheit an die Bewohnenden vermittelten, wie zum Beispiel die Kontrolle von Besuchenden (E8), das Testen, die Impfung und dass Mitarbeitende Masken trugen, um sie zu schützen (E1).

Belastende Faktoren

Diese Subkategorie enthält für das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe belastende Faktoren.

Tabelle 15

Belastende Faktoren für das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe

Kategorie	Ankerbeispiel
Abstandsregelungen	„Was aber auch schwierig war, war, dass die Leute im Speisesaal Abstand halten sollten, das war auch noch eine Belastung,

	also negativ, ja. Generell. Zwei Jahre jetzt schon.“ (E7, Abs.47)
Mangelndes Verständnis	„Also ich habe (-) das Gefühl, dass es eben durch diese Einschränkungen von außen oft schwierig war für die Bewohner zu verstehen, warum das jetzt sein muss. "Warum kann ich mir denn jetzt nicht Schuhe kaufen gehen wenn Lockdown ist?", zum Beispiel. Oder "Warum kann ich denn jetzt nicht zum Interspar gehen, um mir da mein Mittagessen zu kaufen", also im Restaurant "Warum ist das jetzt nicht möglich?". Also das war sehr spürbar, dass sich das psychisch bei den Bewohnern ausgewirkt hat. Fehlendes Verständnis, warum das denn jetzt so sein muss.“ (E1, Abs.27)
Testen	„Außer diese Tests, die gehen ihnen auf die Nerven.“ (E5, Abs.39)
Konflikte	„Das war aber immer nur eine Bitte und einige haben sich da nicht dran gehalten, dann hat es Unruhe gegeben. Weil die, die sich dran gehalten haben, die es eingesehen haben, wollten auch wieder raus. Also das war auch sehr belastend.“ (E7, Abs.43)
Kommunikationsprobleme	„Und eben wie gesagt, die fehlende Mimik durch die Maske. Da haben sie sicher ein Kommunikationsproblem. Das ist sicher.“ (E3, Abs.39)
Körperkontakt	„Und ja, die Bewohner haben natürlich auch das Verlangen nach körperlichem Kontakt und so und das war dann ein Tabu. Auch zwischen uns und Bewohnern.“ (E2, Abs.31)
Gruppenaktivitäten	„Und dieses wenig soziale Miteinander, also diese Gruppendynamiken, die haben wir ja nicht mehr machen dürfen. Ja, das soziale Miteinander eigentlich, darunter haben sie sicher am meisten gelitten.“ (E3, Abs.39)

Besuchsregelungen	„(--) Belastend. Für die Bewohner. Maßnahmen. Naja (-). Ja, hauptsächlich sicher die Besucherregelungen.“ (E1, Abs.33)
Isolation	„Dieses auf dem Zimmer bleiben, nach Möglichkeit für ein paar Tage. Ja, das waren die Hauptbelastungsfaktoren.“ (E7, Abs.43)

Belastend war es für die Bewohnenden, dass es *Abstandsregelungen* in ihren Einrichtungen gab, an Orten, wo sie sich täglich aufhielten (E3; E7). Das *Mangelnde Verständnis* für die Hintergründe mancher Maßnahmen, vor allem am Anfang war ein Belastungsfaktor (E8). Genannt wurden hierbei die Einschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit (E1) und das fortlaufende Angebot der Masken in größeren Gruppen (E4), dem ein „[f]ehlendes Verständnis, warum das denn jetzt so sein muss“ (E1, Abs.27) entgegenschlug. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere das Unverständnis für das ständige *Testen* genannt: „Und manche sind da gereizt, weil wir jetzt dreimal die Woche testen müssen, die Bewohner. PCR-testen. Und manche sind schon ein bisschen grantig. Aber selbstverständlich, wenn jemand dreimal die Woche kommt und einen Abstrich machen will“ (E5, Abs.35). Des Weiteren entstanden auch Belastungen durch *Konflikte* unter den Bewohnenden, wenn diese unterschiedlich mit den Vorgaben umgegangen sind (E7). Einen weiteren Belastungsfaktor stellen *Kommunikationsprobleme* dar. Diese ergeben sich hauptsächlich durch das Tragen der FFP2-Masken, durch die große Teile des Gesichts verdeckt werden und Mimik dadurch nicht sichtbar ist. Gerade ältere Menschen, die „einen so schon schwer verstehen“ (E1, Abs.17) und die „eh schlecht sehen und hören“ (E7, Abs.25), sind auf die Mimik des Gegenübers und insbesondere das Lippenlesen angewiesen (E1; E2; E3; E7; E8). „[M]an schreit sie nur noch an“ (E1, Abs.17). Aufgrund der Wichtigkeit von gegenseitiger Verständigung, sahen sich Expert*innen oft „gezwungen“ (E7,

Abs.25), die Maske abzunehmen. Auch zwischen Bewohnenden und Angehörigen gab es, durch die Masken bedingte, Kommunikationsprobleme (E8). Aber auch die Schutzschilde aus Plexiglas, die zwischen Personen aufgestellt wurden, waren belastend. „Das haben die Bewohner halt nicht gut angenommen, weil manche von denen selbstverständlich auch nicht gut hören. Die Kommunikation war sehr schwierig zwischen Bewohnern und Angehörigen“ (E2, Abs.31). Negativ ausgewirkt hat sich der Mangel an *Körperkontakt*, der sich als Folge der Präventionsmaßnahmen einstellte. Gerade für kognitiv beeinträchtigte Menschen ist körperliche Nähe von großer Bedeutung und der Entzug dieser hat sich negativ auf das Ess-, Trink-, und Schlafverhalten der Bewohnenden und deren Gemüt ausgewirkt (E3). „Der Mensch ist ein soziales Wesen und der will einfach auch körperliche Nähe und der braucht das auch, das gibt ihm Sicherheit“ (E3, Abs.35). Eine weitere Belastung war die Veränderung oder das Wegfallen von *Gruppenaktivitäten*. Diese boten den Bewohnern ein „soziales Miteinander“ (E3, Abs.39) und eine „Routine“ (E1, Abs.33). Die Veränderung dahingehend, dass Aktivitäten in kleineren Settings und an anderen Orten stattfanden, war eine Belastung, auf die mit Unverständnis, Verärgerung und Trauer reagiert wurde (E1; E2).

(...) [D]as ist schon immer eine Zeit gewesen, die sehr belastend war. Weil die Bewohner wollen gerne irgendeine Beschäftigung haben, sie wollen gerne basteln oder singen oder tanzen oder was auch immer immer stattgefunden hat. Und das dann quasi nicht durchzuführen war dann schon immer eine negative Auswirkung für alle.
(E1, Abs.15)

Die *Besuchsregelungen* erwiesen sich als belastend für die Betreuungsgruppe, da diese ihre Angehörigen über lange Zeit hinweg nicht sehen konnten und auch Telefonate nicht immer möglich waren (E8). Die Expert*innen gaben an, dass Bewohnende durch diese Belastung „unruhiger“ (E3, Abs.35) und „traurig“ (E1, Abs.27) waren und insgesamt „sehr gelitten“ (E3, Abs.39) haben. Insbesondere die Regelung, durch die Besuche auf 15 Minuten

beschränkt wurden „war hart für sie“ (E8, Abs.33). Abschließend ist noch die *Isolation*, in deren Rahmen Bewohnende ihre Zimmer nicht verlassen konnten, als Belastungsfaktor zu nennen (E7).

Besondere Betroffenheit

Diese Subkategorie enthält Aspekte der besonderen Betroffenheit innerhalb der Betreuungsgruppe.

Tabelle 16

Aspekte der besonderen Betroffenheit von Personen (-gruppen) innerhalb der Betreuungsgruppe

Kategorie	Ankerbeispiel
Wahnhafte Verarbeitung	„(--) Naja (-) also es trifft glaube ich hauptsächlich die, die die ganze Pandemie ein bisschen wahnhaft-psychotisch verarbeiten. Die dann schon Probleme gehabt haben, sich nicht impfen lassen zu wollen, auch vielleicht die Tests verweigern, die da eher ablehnend sind. Also bei denen glaube ich, dass da ist eine gewisse Belastungssituation erkennbar ist eben.“ (E1, Abs.37)
Akzeptanz des Heims	„Oder ob man es akzeptiert, im Heim zu sein.“ (E7, Abs.51)
Sozialkontakte	„Und auf der anderen Seite die, die eigentlich viele Sozialkontakte hatten, oder viele Besuche bekommen haben. Die sind auch, meiner Meinung nach, ein bisschen belasteter von dem Ganzen.“ (E1, Abs.37)
Demenz	„Vor allem bei Dementen, die die Situation nicht verstanden haben. Wieso dürfen sie auf einmal nicht das machen, was sie üblicherweise gemacht haben?“ (E2, Abs.15)

Als Personen (-gruppen), die besonders stark durch die Maßnahmen belastet waren, wurden Bewohnende genannt, „die die ganze Pandemie ein bisschen wahnhaft-psychotisch verarbeiten. Die dann schon Probleme gehabt haben, sich nicht impfen lassen zu wollen, auch vielleicht die Tests verweigern“ (E1, Abs.37, *Wahnhafte Verarbeitung*), solche denen es schwerfällt, das Heim als ihren Wohn- und Lebensraum zu akzeptieren (E7, *Akzeptanz des Heims*) und Menschen, die für gewöhnlich viele Sozialkontakte pflegen und dementsprechend anders von Kontaktbeschränkungen betroffen waren (E1; E7). Außerdem wurde die Gruppe der Menschen mit Demenz als besonders belastet hervorgehoben (E2; E7, E3). Abhängig von dem Grad der Ausprägung, ließ sich unterschiedlich gut einschätzen, wie hoch die jeweilige Belastung der Bewohnenden ist:

Weil die, die wirklich dann in Phase oder Stufe drei oder vier der Demenz sind, von denen kriegen wir auch nicht genug mit, um zu wissen, wie genau sich diese Situation auf sie ausgewirkt hat. Aber für Personen, die auf Stufe eins und halt noch geistig da sind, war es nicht leicht. (E2, Abs.77)

Der Wegfall von therapeutischen Angeboten und Angehörigenkontakt hat zusätzlich zu der Beeinträchtigung von kognitiven Dynamiken beigetragen (E3; E7).

Wir haben richtig beobachten können, dass vor allem die mit Demenz Erkrankten und die, die gewohnt waren, täglich besucht zu werden, die haben dann völlig den Faden verloren. Also dadurch dass die Angehörigen dann nicht mehr gekommen sind. Die sind wie ein Anker. Und wenn die Angehörigen nicht kommen, dann entgleisen sie. (E7, Abs.37)

Andere Einflüsse

Diese Subkategorie enthält weitere Aspekte, die das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe beeinflussen.

Tabelle 17*Andere Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe*

Kategorie	Ankerbeispiel
Abhängigkeit von Infektionsgeschehen	„Jetzt finde ich es wieder gut. Also wir hatten ja gerade erst Corona auf der Station, sind erst wieder einigermaßen Corona-frei und jetzt geht es wieder, also jetzt blühen sie wirklich wieder auf die Bewohner.“ (E6, Abs.49)
Aktueller Wissensstand	„Aber generell ist die psychische Belastung bei den Bewohnern eher so wellenartig. Je nach dem worüber sie auch informiert sind. Man kann sie auch schützen, indem man ihnen Informationen vorenthält. Aber eigentlich tun wir das nicht, denn sie erfahren ja sowieso, was Sache ist, ja. So kann man das beschreiben.“ (E7, Abs.41)
Sterbebereitschaft	„Zu der Sterbebereitschaft habe ich noch nichts gesagt. Während Corona. Als das nämlich alles angefangen hat und die Bewohner mitbekommen haben, dass es darum geht, dass man eventuell früher stirbt, die waren bereit. Wir waren schockiert, als die meisten gesagt haben „ist doch egal, ob ich jetzt ein dreiviertel Jahr vorher sterbe oder zwei Jahre vorher sterbe“. Manche haben nur gesehen, dass man davor leidet, durch die Krankheit. Aber viele haben das nicht begriffen, warum sie vor dem Sterben geschützt werden sollen, wenn sie sich doch eigentlich darauf vorbereiten.“ (E7, Abs.57)
Mangelndes kognitives Auffassungsvermögen	„Weil unsere Bewohner sind sag ich mal so 80 plus. Und 80 Prozent oder vielleicht 85 Prozent davon sind dement. Die realisieren das gar nicht so, die Corona-Pandemie oder überhaupt irgendwelche Pandemien oder Veränderungen.“ (E5, Abs.39)

Als weitere Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe wurde das Infektionsgeschehen genannt (*Abhängigkeit von Infektionsgeschehen*). Generell war die Belastung für Bewohnende höher in Zeiten von Lockdowns (E1) oder wenn die Maßnahmen strenger wurden (E2). Aber auch das direkte Geschehen in der Einrichtung beeinflusste die Bewohnenden dahingehend, dass sie „zumindest kurzfristig“ (E7, Abs.41) stärker dadurch belastet waren, wenn es Todesfälle oder erkrankte Personen in der Einrichtung gab und sie andersherum wieder „aufblühen“ (E6, Abs.49) wenn der Virus nicht mehr in der Einrichtung umgegangen ist. Der *Aktuelle Wissensstand* kann das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe beeinflussen, was von Vorteil sein kann, wenn sie Inhalte vergessen, die sie andernfalls belasten würden (E8) oder ihnen Informationen vorenthalten werden können, um sie zu schützen (E7). Ein weiterer Aspekt ist die *Sterbebereitschaft*, die unter manchen Bewohnenden herrscht, die das Personal schockiert hat und Unverständnis bei den entsprechenden Bewohnenden dafür hervorgerufen hat, dass sie geschützt werden sollen, obwohl sie sich auf das Sterben vorbereiten (E7). Zuletzt ist hier der Aspekt des *Mangelnden kognitiven Auffassungsvermögens* zu nennen, der nicht nur in Bezug auf die Impfung eine Rolle spielt, sondern in Zusammenspiel mit den Maßnahmen dafür sorgen kann, dass viele Bewohnende die pandemische Lage nicht realisieren (E5).

Diskussion

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit sollten die Auswirkungen der COVID-19 Präventionsmaßnahmen auf das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext in Österreich untersucht werden. Es hat sich gezeigt, dass sowohl das Personal, wie auch deren Betreuungsgruppe, für ihr Umfeld spezifische Erfahrungen machen und die Pandemie die Menschen im Alten- und Pflegekontext vor besondere Herausforderungen stellt. Im Folgenden soll erst anhand der beiden ersten Hauptkategorien auf die Situation der

Beschäftigten eingegangen werden, bevor sich mit der Impfung und dem psychischen Wohlbefinden der Betreuungsgruppe auseinandergesetzt wird.

Belastende Faktoren

Bei vielen der Belastungsfaktoren, die im Verlauf der Interviews genannt worden sind, handelt es sich um Umstände, die den Pflegeberuf bereits vor der Pandemie erschwert haben, durch diese aber stärker hervorgetreten sind. So herrscht bereits seit Langem ein Mangel an pflegenden Personen, bei einem ansteigenden Bedarf an stationärer Langzeitpflege (Rappold & Juraszovich, 2019; Seebohm & Kloiber, 2021). Diesem strukturellen Problem zugrunde liegt beispielsweise die geringe Attraktivität des Berufs für Berufseinsteigende durch die damit oft verbundene hohe physische und psychische Belastung, sowie die vergleichsweise geringe monetäre Vergütung (Höhmnn et al., 2016). Dass Beschäftigten im Alten- und Pflegeheim darunter leiden, was in weiterer Folge zu ungünstigeren Arbeitsweisen führt, ist definitiv mit hoher Belastung für die Betroffenen verbunden. Der durch die Pandemie verstärkte Wegfall von Personal, sei es durch Krankheitsfälle, Verdachtsfälle oder Impfreaktionen, erschwerte die Arbeitsweise der Beschäftigten, die von Höhmnn et al. (2016) bereits vor der Pandemie als zentraler Belastungsfaktor eingestuft wurde, zusätzlich. Ein Mangel an Wertschätzung, nicht zuletzt ersichtlich in der vergleichsweise geringen Bezahlung, war schon vor dem Ausbruch von COVID-19 vorhanden (Breinbauer, 2020). Auch interprofessionelle Spannungen und Probleme in der interdisziplinären Kommunikation und Koordination, wie dass Pflegende oft fachfremde Aufgaben übernehmen müssen, waren schon allgegenwärtig (Höhmnn et al., 2016). Pandemiebedingt nahmen sie ein neues Ausmaß an, unter anderem weil Betreuende oder Therapeut*innen während der Lockdownzeiten seltener oder gar nicht mehr in den Heimen praktizierten und Pflegende zu kompensieren versuchten. Zu den bisher bestehenden Rollenkonflikten, beispielsweise in Bezug auf die Vereinbarkeit vieler Überstunden,

Schichtdiensten und Arbeit an Wochenend- und Feiertagen mit familiären Rollen, kam die Rolle als zeitweise einzige soziale Bezugsperson für Bewohnende, die über lange Zeiträume keinen Besuch bekommen durften. Weitere Belastungsfaktoren, die erst durch die Pandemie entstanden, war die Verantwortung für die Umsetzung der Maßnahmen in den Arbeitsbereichen. Dies wurde erschwert durch von den Befragten für den Alten- und Pflegekontext als unrealistisch eingestufte Vorgaben, wie das Einhalten von Abständen in beengten Räumen mit Rollstühlen, die Vermittlung der Regeln an Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und das Tragen einer Maske im Umgang mit Menschen, die stark auf Mimik und Lippenlesen angewiesen sind. Das Risiko, sich mit COVID-19 zu infizieren war für die Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen vergleichsweise höher als für andere Berufsgruppen (Höhmnn et al., 2016), weswegen ihre Angst davor, sich selbst oder andere anzustecken (Sarabia-Cobo et al., 2020), ein Faktor, der auch die restliche Bevölkerung trifft, einen anderen Hintergrund hat. Neben Ängsten stieg auch die Prävalenz depressiver Symptomaten seit Beginn der Pandemie in der Gesellschaft (WHO, 2022), was sich gepaart mit der vorherrschenden Überforderung, die oft als ein Belastungsfaktor in der Pflege genannt worden ist, zusätzlich negativ auf das psychische Wohlbefinden der dort beschäftigten Menschen auswirkt. Dass die Arbeitsbedingungen in Alten- und Pflegeheimen sich pandemiebedingt verschlechtert haben und zusätzliche Belastungsfaktoren in diesem Bereich entstanden sind (Du et al., 2020) scheint sich also bestätigt zu haben. Eine Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens vieler Expert*innen wird vor Allem in den Bereichen *Unsicherheit und Nervosität*, *Erschöpfung* und *Überforderung* deutlich, die direkt mit den erschwerten Arbeitsbedingungen und der Umsetzung der Maßnahmen zusammenhängen. Den betroffenen Personen stehen offensichtlich nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung, um direkt mit den Belastungsfaktoren umzugehen oder deren negative Auswirkungen auf ihr persönliches Wohlbefinden abzumildern. Da entsprechende

Belastungsfaktoren sich vor Allem auf gesellschaftlich-politischer Ebene befinden und Freiheit von Belastungen einen Faktor psychischen Wohlbefindens darstellt, stellt sich die Frage, inwieweit die Verantwortung, Belastungsfaktoren entgegenzuwirken auf dieser Ebene wahrgenommen werden muss, um das psychische Wohlbefinden der Pflegenden zu stärken. Neben bereits bekannten Belastungsfaktoren, wie *Personalmangel*, gilt es pandemiebedingt besonders, die Kommunikation mit und Einbindung der Pflegenden in Entscheidungsprozesse auf höherer Ebene zu verbessern. Pflegende als Expert*innen ihres Bereichs sind am besten in der Lage, die Umsetzbarkeit von Maßnahmen im Alten- und Pflegekontext beurteilen zu können und sind auch direkt dafür zuständig. Ein verstärkter direkter Dialog zwischen Pflegenden und politischen Entscheidungstragenden könnte beispielsweise dazu beitragen, dem Gefühl der *mangelnden Wertschätzung* und *Unsicherheit* in Bezug auf geltenden Maßnahmen entgegenzuwirken.

Entlastende Faktoren

Dass sich trotz mit ihnen einhergehender Probleme, die Wirksamkeit vieler Maßnahmen im Alten- und Pflegekontext zeigte, war besonders entlastend für die Beschäftigten. Eine zusätzliche Entlastung, die sich aus der Systemrelevanz des Pflegebereichs ergab, war *Kontinuität* und der anhaltende soziale Kontakt, der durch die Arbeitszeiten in den Einrichtungen gewährleistet wurde. Auch konnten Materialengpässe und mangelnde Unterstützung von Seiten der Heimleitungen nicht festgestellt werden, wie es in anderen Studien der Fall war (Sarabia-Cobo et al., 2020). Im Gegenteil nahm *Unterstützung* verschiedene Formen an und Pflegende konnten zusätzlich zu ihrem, sich außerhalb der Arbeit befindenden, sozialen Netzes auf Bewohnende und Kolleg*innen als soziale Ressourcen zurückgreifen.. Es zeigte sich also, dass die meisten Faktoren, die für die Expert*innen zu einer Entlastung beitrugen auf organisationsbezogener und interpersonaler und Ebene lagen. Auffallend ist die zeitliche Komponente der Entlastungsfaktoren

Kontinuität und *Gewöhnung* auf organisationsbezogener Ebene. Stabilität in Bezug auf die Arbeit vor Ort und die dortigen Sozialkontakte, sowie die Anpassung an die pandemische Situation und der routinierte Umgang mit den Maßnahmen haben sich über den Zeitraum der Pandemie als stetige beziehungsweise zunehmende Entlastung erwiesen. Intrapersonale Entlastungsfaktoren waren das eigene Lebensalter und vorhergehende Erfahrungen mit Epidemien und ergaben sich aus individuellen Biographien (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2010). Strategien, wie online in Gruppen Sport machen, oder Medien vermeiden wurden ebenso personenspezifisch genannt. Auch die *Liebe zum Beruf* schien den Menschen in der Pflege weitestgehend erhalten geblieben zu sein und sie darin zu bestärken, ein Ergebnis, zu dem auch Sarabia-Cobo et al. (2020) kamen.

Impfung

Die Entlastungen durch die Impfung, wie damit einhergehende *Erleichterung*, *Hoffnung* auf eine verbesserte Lage und das Gefühl von *Sicherheit*, scheinen zunächst nicht spezifisch für den Alten- und Pflegekontext zu sein. Die Umsetzung der Impfkampagne, die nach Angaben der Expert*innen besonders anfänglich sehr gut organisiert war, bezieht sich allerdings konkret auf diese Branche, die mitunter die erste war, in der flächendeckend Impfangebote gemacht wurden, und auch den Entlastungsfaktoren *Schutz anderer* und *Beitrag leisten* kommt im Kontext von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen eine besondere Bedeutung zu. Die Menschen, die dort ihren Arbeits- und Lebensmittelpunkt haben, sind fortlaufend in engem Kontakt miteinander, weswegen diesen Faktoren eine unmittelbarere Bedeutung zukommt. Das Personal beispielsweise, welches angab, sich vorwiegend wegen der Betreuungsgruppe impfen zu lassen, aus Solidarität, oder als Überzeugungsleistung, um andere in ihrer Einrichtung ebenfalls zu motivieren, hatte ein spezifisches Interesse daran, positiv auf sein direktes Umfeld einzuwirken. Die belastenden Aspekte, die in Zusammenhang mit der Impfung stehen, sind oft ebenso interpersonaler

Natur. So zum Beispiel der bereits erwähnte *Personalausfall*, aber auch die *Konflikte* innerhalb des Kollegiums und der *Druck* von Seiten der Vorgesetzten. Viele Be- und Entlastungsfaktoren in Bezug auf die Pandemie liegen auf interpersonaler Ebene, was sich auch in Zusammenhang mit der Impfung abzeichnet. Bei vielen besteht der Wunsch und die Überzeugung davon, Menschen in ihrem Umfeld durch eine eigene Impfung zu schützen, aber gleichzeitig sorgen unterschiedliche Ansichten und *Skepsis* für Konfliktpotential. Auch hier gibt es eine zeitliche Komponente, die mit *falschen Vorstellungen* über die Impfung zusammenhängt. Aus anfänglicher *Erleichterung* wurde Ernüchterung, als deutlich wurde, dass eine Impfung keinen vollständigen Schutz bedeutet und die Pandemie weiter anhielt.

In Bezug auf die Bewohnenden traten wieder Aspekte von *Vergessen*, *mangelnder kognitiver Auffassungsgabe* und die *psychotische Verarbeitung* in den Vordergrund, wie es auch in Zusammenhang mit anderen Maßnahmen, wie beispielsweise dem Testen der Fall gewesen ist. Hervorzuheben ist hier der Aspekt der *Fremdbestimmung*, der insofern eine Rolle spielte, als dass, zumindest wie von den Beschäftigten berichtet wurde, kaum eigene Abwägungen unter den Bewohnenden stattgefunden haben, da sie diese die Entscheidung nicht selbst treffen konnten und das Thema infolgedessen nicht so viel Raum einnahm wie im Kollegium. Auch unter den Bewohnenden manifestierten sich *falsche Vorstellungen* in Bezug auf die Wirksamkeit der Impfung, die zur Folge hatte, dass sich mehr Geimpfte infizierten als erwartet.

Psychisches Wohlbefinden der Betreuungsgruppe

So wie es auch bei den Pflegenden der Fall ist, wirken *Solidarität* untereinander, *Gewöhnung* und das *Sicherheitsgefühl*, das durch die Maßnahmen entstand, entlastend auf das psychische Wohlbefinden der Bewohnenden. Hinzu kommt die *Beschäftigung*, die, wenn sie denn stattfinden konnte, ebenfalls eine Entlastung war. Auch *technische Hilfsmittel*, die der Belastung durch ausbleibenden Besuch entgegenwirkten, hatten einen positiven Effekt.

Im Bereich der belastenden Faktoren zeigt sich, dass fast alle von ihnen auf interpersonaler Ebene angesiedelt sind. Damit unterscheiden sich die Befunde von denen aus den direkten Befragungen der Expert*innen, was zum einen auf die große Bedeutung von sozialem Kontakt im Alter und die Gefahr für das psychische Wohlbefinden durch den Belastungsfaktor der sozialen Isolation hinweist (Becker et al., 2004; Fakoya et al., 2020; Schulz et al., 2004) und zum anderen verdeutlicht, dass Alten- und Pflegeheime als Lebensraum einen anderen Stellenwert haben als für die dort Beschäftigten, die auch außerhalb der Einrichtungen noch ein soziales Leben führen.

Forschungsausblick

Nachdem nun mithilfe explorativer Vorgehensweise hervorgehoben wurde, auf welchen Ebenen welche Be- und Entlastungsfaktoren vorkommen, könnte man mithilfe weiterer Verfahren genauer untersuchen, wie genau sie das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext beeinflussen. Denkbar sind verschiedene Wirkmechanismen mit zusätzlichen, nicht erhobenen Variablen, die diese Zusammenhänge beeinflussen. Je mehr über solche Wirkzusammenhänge und mögliche Muster herausgefunden werden kann, desto wahrscheinlicher wird es, dass gezielter gegen Belastungsfaktoren vorgegangen werden kann und dass Entlastungsfaktoren gestärkt werden können. Auch wäre es erstrebenswert, die Gruppe der Bewohnenden direkt in Untersuchungen zu ihrem eigenen Wohlbefinden mit einzubeziehen, sofern es möglich ist. Mit Hilfe einer generell größer angelegten Vorgehensweise, ließen sich gegebenenfalls auch Muster in Bezug auf den Umgang mit Be- und Entlastungen auf personaler Ebene, also zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, und auf organisationaler Ebene, zwischen verschiedenen Einrichtungen mit unterschiedlichen Fokussen (beispielsweise auf verschiedene Krankheitsbilder oder mit Bewohnenden unterschiedlicher Altersgruppen) feststellen.

Limitationen

Limitationen ergeben sich hauptsächlich aus der kleinen Stichprobe, mit der das Saturationskriterium nicht erfüllt werden konnte.. Aufgrund der geringen Resonanz wurden Expert*innen aus Einrichtungen außerhalb Wiens rekrutiert, was bedeutet, dass für sie nicht immer im gleichen Zeitraum die gleichen Präventionsmaßnahmen galten. Es wurden Expert*innen inkludiert, die keine direkten Angehörigen eines Pflegeberufs waren, sondern (klinische) Psycholog*innen. Diese konnten zwar Auskunft über die Umstände in ihren Einrichtungen geben, gehören aber dennoch einer anderen Berufsgruppe an. Außerdem wurde eine Person inkludiert, die zum Zeitpunkt des Interviews noch keine zwei Jahre berufstätig war und deswegen keinen vollständigen Erfahrungsbericht über den gesamten Zeitraum seit Ausbruch der Pandemie geben konnte. In Bezug auf die Auswertung wurden keine weiteren Personen zu Rate gezogen und die Auswertung ist nicht den Expert*innen zur Überprüfung vorgelegt worden, weswegen die Kriterien der kommunikativen Validierung und der InterCoderreliabilität nicht erfüllt sind.

Fazit

Es wurde ersichtlich, dass pandemiebedingt sowohl belastende als auch entlastende Faktoren, die das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext beeinflussen, auf allen angeführten Ebenen vorkommen. Während manche Belastungsfaktoren direkt auf das psychische Wohlbefinden einzuwirken scheinen, wie beispielsweise Überforderung im Falle der Beschäftigten, kann anderen mit Hilfe von Entlastungsfaktoren entgegengewirkt werden, wie zum Beispiel mit technischen Hilfsmitteln beim Umgang mit Besuchsverbot und sozialer Isolation der Bewohnenden. Obwohl sich bereits bestehende Entlastungsfaktoren, wie soziale Netzwerke und die Liebe zum Beruf auch in der Pandemie positiv auf das psychische Wohlbefinden ausgewirkt haben und Belastungsfaktoren gegebenenfalls abmildern können, zeigt sich doch, dass gerade den

Belastungsfaktoren auf gesellschaftlich-politischer Ebene (wie Personalmangel und mangelnde Wertschätzung für den Pflegeberuf) wenig entgegengebracht werden kann. Diese haben sich durch die Pandemie verstärkt als belastend herausgestellt. Eine Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Entscheidungstragenden wäre, gerade im Falle eines akuten gesundheitlichen Notstands, entlastend für Betroffene und wünschenswert, da, wie sich in Bezug auf die Umsetzbarkeit einiger Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen gezeigt hat, Beschäftigte vor Ort besser einschätzen können, inwieweit diese realistisch sind. Gerade in Bezug auf die Zukunft der Pflege, die mit einer wachsenden Gruppe älterer und pflegebedürftiger Menschen konfrontiert und dabei personell schlecht ausgestattet ist, wäre es wichtig den Beruf nicht nur für Einsteigende attraktiver zu machen, sondern auch dafür Sorge zu tragen, dass die Arbeitsbedingungen für bereits Beschäftigte angenehmer gestaltet werden, was beispielsweise bei einer angemessenen monetären Vergütung beginnen könnte.

Literaturverzeichnis

- Abraham, A., Sommerhalder, K., Bolliger-Salzmänn, H., & Abel, T. (2007). *Landschaft und Gesundheit. Das Potential einer Verbindung zweier Konzepte*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern Abteilung Gesundheitsforschung.
http://p285140.mittwaldserver.info/sites/default/files/upload/Gesundheitsforschung%20Und%20Bern_Landschaft%20und%20Gesundheit.pdf
- Aernout, E., Benradia, I., Hazo, J.-B., Sy, A., Askevis-Leherpeux, F., Sebbane, D., & Roelandt, J.-L. (2021). International study of the prevalence and factors associated with insomnia in the general population. *Sleep Medicine*, 82, 186–192.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.03.028>
- Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit. (2020). *Epidemiologische Abklärung COVID-19*.
<https://www.ages.at/themen/krankheitserreger/coronavirus/epidemiologische-abklaerung-covid-19/>
- Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (2022). *AGES Dashboard COVID19. Epidemiologische Kurve Österreich* [Infographik]. <https://covid19-dashboard.ages.at/>
- American Diabetes Association (2018). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2017. *Diabetes Care*, 41(5), 917–928. <https://doi.org/10.2337/dci18-0007>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (A. Franke, Übers.). dgvt. (Original publiziert 1987).
- Australian Psychological Society (2020). *Managing lockdown fatigue*.
<https://psychology.org.au/getmedia/74e7a437-997c-4eea-a49c-30726ce94cf0/20aps-is-covid-19-public-lockdown-fatigue.pdf>

Bai, Y., Chao-Cheng, L., Chih-Yuan, L., Jen-Yeu, C., Ching-Mo, C., & Pesus, C. (2004).

Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services*, 55(9). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>

Barnett, M. L., & Grabowski, D. C. (2020). Nursing homes are ground zero for COVID-19 pandemic. *JAMA Health Forum*, 1(3), e200369.

<https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0369>

Bauer, G., & Jenny, G. (2007). Gesundheit in Wirtschaft und Gesellschaft. In K. Moser (Hrsg.), *Wirtschaftspsychologie* (2. Auflage, S.208–225). Springer.

https://doi.org/10.1007/978-3-662-43576-2_12

Becker, P., Schulz, P., & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(1), 11–23. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.12.1.11>

Benoy, C. (2020). Psychologische Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der einhergehenden Maßnahmen-Ein Überblick. In C. Benoy (Hrsg.), *COVID-19. Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche. Einschätzungen und Maßnahmen aus psychologischer Perspektive* (S.23–34). W. Kohlhammer.

Bogner, A. & Menz, W. (2002a). Expertenwissen und Forschungspraxis: die modernisierungstheoretische und die methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S.7–29). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9>

Bogner, A. & Menz, W. (2002b). Das theoriegenerierende Experteninterview.

Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz

- (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S.33–70). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9>
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13, 161–170. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000015288.43768.e4>
- Breinbauer, M. (2020). *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-32021-8>
- Brodeur, A., Clark, A. E., Fleche, S., & Powdthavee, N. (2021). COVID-19, lockdowns and well-being: Evidence from Google Trends. *Journal of Public Economics*, 193, 104346. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104346>
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2020). *Coronavirus-So schützen wir uns*. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---So-schuetzen-wir-uns.html>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2020b). *COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen, 2020*.

https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0889c607-9583-4d65-b965-5a1a53b678db/COVID19_ARH_final_Stand%204.8.2020.pdf

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

Coronavirus. <https://www.sozialministerium.at/Ministerium/Rechtliches-und-Foerderungen/Datenschutz.html>

Caritas Pflege (2021). *Pflege und Betreuung*. <https://www.caritas-pflege.at/haus-st-bernadette-1/pflege-betreuung>

Chen, C.-S., Wu, H.-Y., Yang, P., & Yen, C.-F. (2005). Psychological distress of nurses in Taiwan who worked during the outbreak of SARS. *Psychiatric Services*, 56(1), 76–79. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.1.76>

Cortopassi, F., Gurung, P., & Pinto-Plata, V. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease in elderly patients. *Clinical Geriatric Medicine*, 33(4), 539–552. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.06.006>

COVID-19 Gesetz, GP XXVII IA 396/A AB 102 S. 16. BR: AB 10287 S. 903 (2020). https://www.b-law.at/fileadmin/news/covid19/Bundesgesetzblatt_COVID-19.pdf

D’Adamo, H., Yoshikawa, T., & Ouslander, J. G. (2020). Coronavirus disease 2019 in geriatrics and long-term care: The ABCDs of COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), 912917. <https://doi.org/10.1111/jgs.16445>

Deutscher Pflegering GmbH (n.d.). *Wichtige Begriffsdefinitionen für die Themen Pflege, Kinderbetreuung und Psychosoziale Belastungen. Pflegeheim*. <https://www.pflegering.de/glossar/pflegeheim/>

Dragioti, E., Li, H., Tsitsas, G., Lee, K. H., Choi, J., Kim, J., Choi, Y. J., Tsamakis, K., Estradé, A., Agorastos, A., Vancampfort, D., Tsiptsios, D., Thompson, T., Mosina,

- A., Vakadaris, G., Fusar-Poli, P., Carvalho, A. F., Correll, C. U., Han, Y. J., ... Solmi, M. (2022). A large-scale meta-analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic. *Journal of Medical Virology*, 94(5), 1935–1949. <https://doi.org/10.1002/jmv.27549>
- Druml, C. (2021). Impfen gegen Infektionserkrankungen-eine bioethische Debatte in der Pandemie. In A. Reis, M. Schmidhuber & A. Frewer (Hrsg.), *Pandemien und Ethik. Entwicklung-Probleme-Lösungen* (S.133–149). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-63530-8>
- Du, J., Dong, L., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L., Liu, B., Zhang, M., Yin, Y., Qin, J., Bouey, J., Zhao, M., & Li, X. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *General Hospital Psychiatry*, 67, 144–145. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.03.011>
- Ebert, C., & Steinert, J. I. (2021). Prevalence and risk factors of violence against women and children during COVID-19, Germany. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(6), 429–438. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.270983>
- Egger, J. W. (2015). Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. Von der klassischen Psychosomatik zur biopsychosozialen Medizin. In J. W. Egger (Hrsg.), *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell* (S.53–83). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5_3
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 129–143. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>

Ferreira, Y., & Vogt, J. (2021). Psychische Belastung und deren Herausforderungen.

Zeitschrift für Arbeitswissenschaft. <https://doi.org/10.1007/s41449-021-00292-5>

Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: The new geriatric giants.

Canadian Family Physician, 66(3), 176–182.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108 (1997 & rev. 2022).

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_108_1/1997_108_1.pdf

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als*

Instrumente rekonstruierender Untersuchungen (4. Aufl.). Verlag für

Sozialwissenschaften.

Glaser, J., & Höge, T. (2005). *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits-*

und Gesundheitswissenschaften. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Gradwohl, G., & Gassmann, D. (2020). Umgang mit den Ängsten der Pandemiezeit. In C.

Benoy (Hrsg.), *COVID-19. Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche*.

Einschätzungen und Maßnahmen aus psychologischer Perspektive (S.72–82). W.

Kohlhammer.

Hans-Böckler-Stiftung (2021, 21. Januar). *Frauen in der Coronakrise stärker belastet*.

<https://www.boeckler.de/de/boeckler-impuls-frauen-in-der-coronakrise-starker-belastet-29949.htm>

Helffferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung*

qualitativer Interviews. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>

Höhmman, U., Lautenschläger, M., & Schwarz, L. (2016). Belastungen im Pflegeberuf:

Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J.

- Klauber und A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (S.73–89). Schattauer.
- Holt-Lunstadt, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytical review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.
<https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Hornberg, C. (2016). Gesundheit und Wohlbefinden. In U. Gebhard und T. Kistemann (Hrsg.), *Landschaft, Identität und Gesundheit. Zum Konzept der Therapeutischen Landschaften* (S.63–69). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19723-4>
- Jacob, R., Kopp, J., & Schultz, S. (2015). *Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Jäggi, C. J. (2021). Psychische Folgen. In C. J. Jäggi (Hrsg.), *Die Corona-Pandemie und ihre Folgen. Ökonomische, gesellschaftliche und psychologische Auswirkungen* (S.75–84). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-33977-7>
- Kalish, V. B. (2016). Obesity in older adults. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 43(1), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2015.10.002>
- Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., & Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293, 113380. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382>
- Labrague, L. J., & Ballad, C. A. (2020). Lockdown fatigue among college students during the COVID-19 pandemic: Predictive role of personal resilience, coping behaviors, and

health. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1905–1912.

<https://doi.org/10.1111/ppc.12765>

Lazarus, R. S. (1991). Psychological stress in the workplace. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(7), 1–13.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (2011). *Stress, appraisal, and coping*. Springer. (Original publiziert 1984). Lippi, G., Henry, B. M., Bovo, C., & Sanchis-Gomar, F. (2020).

Health risks and potential remedies during prolonged lockdowns for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Diagnosis*, 7(2), 85–90. <https://doi.org/10.1515/dx-2020-0041>

Liu, H., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Girolamo, G. de, Haro, J. M., Hinkov, H., Kawakami, N., Koenen, K. C., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2017). Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 270–281. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>

Maben, J., & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2742–2750.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15307>

Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, & R., Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 168(10), 1245–1251.

- Mayring, P. (1991). Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (S.51–70). Juventa.
- Mayring, P. (1991b). *Psychologie des Glücks*. Verlag W. Kohlhammer.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Beltz.
- Mayring, P. (2007). Generalisierung in qualitativer Forschung. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 8(3). <https://dor.org/10.17169/fqs-8.3.291>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S.691–706). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8>
- Menec, V. H., Newall, N. E., Mackenzie, C. S., Shoostari, S., & Nowicki, S. (2019). Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *PLoS ONE*, 14(2), e0211143 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211143>
- Meuser, M. & Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S.71–93). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9>
- Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., & Stöhr, D. (2018). *Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation*

pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz &
Universität Wien.

<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=664>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), & Royal College of General Practitioners (RCGP) (2022). *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19.*

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742>

Nitschke, J. P., Forbes, P. A. G., Ali, N., Cutler, J., Apps, M. A. J., Lockwood, P. L., & Lamm, C. (2021). Resilience during uncertainty? Greater social connectedness during COVID-19 lockdown is associated with reduced distress and fatigue. *British Journal of Health Psychology*, 26, 553–569. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12485>

Österreichischer Rundfunk (2020, 13. September). „Zweite Welle“. *Kurz appelliert an Bevölkerung*. ORF.at. <https://orf.at/stories/3181140/>

Pappa, S., Chen, J., Barnett, J., Chang, A., Dong, R. K., Xu, W., Yin, A., Chen, B. Z., Delios, A. Y., Chen, R. Z., Miller, S., Wan, X., & Zhang, S. X. (2022). A systematic review and meta-analysis of the mental health symptoms during the Covid-19 pandemic in Southeast Asia. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 76(2), 41–50. <https://doi.org/10.1111/brooke/pcn.13306>

Parlamentsdirektion (2022, 07. Juli). *Nationalrat beschließt einstimmig Aus für COVID-19-Impfpflicht*. https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2022/PK0843/index.shtml

Perissinotto, C., Holt-Lunstad, J., Periyakoil, V. S., & Covinsky, K. (2019). A practical approach to assessing and mitigating loneliness and isolation in older adults. *Journal*

of the American Geriatrics Society (JAGS), 67(4), 657–662.

<https://doi.org/10.1111/jgs.15746>

Pflege.at (n.d.). *Therapie & Beratung*. <https://www.pflege.at/therapeutinnen-beraterinnen>

Pollak, M., Kowarz, N., & Partheymüller, J. (2020, 3. Juni). Chronologie zur Corona-Krise in Österreich-Teil 1: Vorgeschichte, der Weg in den Lockdown, die akute Phase und wirtschaftliche Folgen. *Corona-Blog*. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog51/>

Pollak, M., Kowarz, N., & Partheymüller, J. (2021, 19. Februar). Chronologie zur Corona-Krise in Österreich-Teil 4: Erneute Lockdowns, Massentests und der Beginn der Impfkampagne. *Corona-Blog*. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog100/>

Pollak, M., Kowarz, N., & Partheymüller, J. (2021b, 19. Mai). Chronologie zur Corona-Krise in Österreich-Teil 5: Dritte Welle, regionale Lockdowns und Impffortschritt. *Corona-Blog*. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog112/>

Pollak, M., Kowarz, N., & Partheymüller, J. (2021c, 10. Dezember). Chronologie zur Corona-Krise in Österreich-Teil 6: Ein „Sommer wie damals“, der Weg in die vierte Welle, ein erneuter Lockdown und die Impfpflicht. *Corona-Blog*. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog135/>

Rappold, E., & Juraszovich, B. (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=722>

Robert Koch Institut. (2021, 26. November). *Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19*.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=F6D4D1B368F60136C367839D25936978.internet051

Robert Koch Institut (2022, 19. April). *Gesundheitliche Langzeitfolgen (Stand: 19.04.2022)*.

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html

Rodewald, R. (2009). Landschaft und Gesundheit: Verbindung zweier Konzepte. *Public*

Health Forum, 17(1), 2.e1–2.e4. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2009.01.002>

Roy, J., Jain, R., Golamari, R., Vunnam, R., & Sahu, N. (2020). COVID-19 in the geriatric

population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1437–1441.

<https://doi.org/10.1002/gps.5389>

Sarabia-Cobo, C., Pérez, V., Lorena, P., Hermosilla-Grijalbo, C., Sáenz-Jalón, M.,

Fernández-Rodríguez, A., & Alconero-Camarero, A. R. (2021). Experiences of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the COVID-19 pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 869–878.

<https://doi.org/10.1111/jan.14626>

Schönherr, D., & Zandonella, M., Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien (Hg.)

(2020). Arbeitsbedingungen und Berufsprestige von Beschäftigten in systemrelevanten Berufen in Österreich.

Schulz, P., Schlotz, W., & Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress: TICS*.

Hogrefe.

Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und

Wohlbefinden – Eine Einführung. In J. Schumacher, A. Klaiberg, & E. Brähler

(Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S.9–24).

Hogrefe.

Seeböhm, A., & Kloiber, O. (2021). Pflichten und Rechte von Gesundheitsberufen während einer Pandemie. In A. Reis, M. Schmidhuber & A. Frewer (Hrsg.), *Pandemien und Ethik. Entwicklung-Probleme-Lösungen* (S.61–77). Springer.

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-63530-8>

Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2133. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>

Shinn, A. K., & Viron, M. (2020). Perspectives on the COVID-19 pandemic and individuals with serious mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3), e1–e4.

<https://doi.org/10.4088/JCP.20com13412>

Stamu-O’Brien, C., Carniciu, S., Halvorsen, E., & Jafferany, M. (2020). Psychological aspects of COVID-19. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 19(9), 2169–2173.

<https://doi.org/10.1111/jocd.13601>

Subramanian, I., Farahnik, J., & Mischley, L. K. (2020). Synergy of pandemics-social isolation is associated with worsened Parkinson severity and quality of life. *NPJ Parkinson’s Disease*, 6(1), 28. <https://doi.org/10.1038/s41531-020-00128-9>

Tagay, S., Düllmann, S., Repic, N., Schlottbohm, E., Fünfgeld, F., & Senf, W. (2014). Das Essener Ressourcen-Inventar (ERI) – Entwicklung und Validierung. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 12(1), 72–87.

Till, B., Laido, Z., Braun, M., & Niederkrotenthaler, T. (2020). *Empfehlungen zur psychischen Gesundheit während der COVID-19-Pandemie für BetreuerInnen von*

älteren Menschen. Medizinische Universität Wien.

https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:ff2ed11b-bfb8-4fa3-b865-7c1a78a76361/20200325_Empfehlungen%20f%C3%BCr%20BetreuerInnen%20von%20C3%A4lteren%20Menschen.pdf

UN Women Deutschland e.V. (2021, Oktober). *Corona: Eine Krise der Frauen*.

<https://www.unwomen.de/aktuelles/corona-eine-krise-der-frauen.html>

Velavan, T. P., & Meyer, C. G. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine and International Health*, 25(3), 278–280. <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>

VERBI Software (2022). *MAXQDA 2022* [Computer software]. VERBI Software.

<https://www.maxqda.de/produkte/maxqda-analytics-pro>

Walcherberger, C., Holl, F., Pollak, M., Kowarz, N., & Partheymüller, J. (2022, 30. Mai).

Chronologie zur Corona-Krise in Österreich-Teil 7: Der Delta-Lockdown, die Omikron-Welle und das „Frühlingserwachen“. *Corona-Blog*.

<https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog-150-chronologie-zur-corona-krise-in-oesterreich-teil-7-der-delta-lockdown-die-omikron-welle-und-das-fruehlingserwachen/>

Wang, Q., Xu, R., & Volkow, N. D. (2021). Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: Analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry*, 20(1), 124–130.

<https://doi.org/10.1002/wps.20806>

Wiener Gesundheitsverbund (2022). *Psychologische Leistungen*.

<https://pflege.gesundheitsverbund.at/psychologische-leistungen/>

World Health Organization (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders.*

Global Health Estimates.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

World Health Organization (2019). *Psychische Gesundheit-Faktenblatt.*

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf

World Health Organization (2020, 30. Januar). *WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV).*

[https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))

World Health Organization (2020b, 11. März). *WHO Director-General's opening remarks at*

the media briefing on COVID-19-11 March 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

World Health Organization (2020c, 13. Mai). *Coronavirus disease (COVID-19).*

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

World Health Organization (2020d, 26. August). *WHO/Europe to establish a mental health*

coalition to support system reforms and COVID-19 recovery.

<https://www.who.int/europe/news/item/26-08-2020-who-europe-to-establish-a-mental-health-coalition-to-support-system-reforms-and-covid-19-recovery>

World Health Organization. (2021). *Coronavirus.* [https://www.who.int/health-](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)

[topics/coronavirus#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)

World Health Organization (2022, 2. März). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in*

prevalence of anxiety and depression worldwide. Wake-up call to all countries to step

up mental health services and support. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Zhang, J., Dong, X., Cao, Y., Yuan, Y., Yang, Y., Yan, Y., Akdis, C., & Gao, Y. (2020).

Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China.

Allergy, 75(7), 1730–1741. <https://doi.org/10.1111/all.14238>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufmodell des Forschungsprozesses 36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zentrale Belastungsfaktoren im Pflegeberuf 24

Tabelle 2: Erfahrungen von Pflegenden während COVID-19 26

Tabelle 3: Belastende Faktoren auf gesellschaftlich-politischer Ebene 39

Tabelle 4: Belastende Faktoren auf organisationsbezogener Ebene 43

Tabelle 5: Belastende Faktoren auf interpersonaler Ebene 44

Tabelle 6: Belastende Faktoren auf intrapersonaler Ebene 45

Tabelle 7: Entlastende Faktoren auf gesellschaftlich-politischer Ebene 49

Tabelle 8: Entlastende Faktoren auf organisationsbezogener Ebene 50

Tabelle 9: Entlastende Faktoren auf interpersonaler Ebene 51

Tabelle 10: Entlastende Faktoren auf intrapersonaler Ebene 53

Tabelle 11: Entlastende Faktoren mit Bezug auf die Impfung 54

Tabelle 12: Entlastende Faktoren mit Bezug auf die Impfung 57

Tabelle 13: Andere Reaktionen mit Bezug auf die Impfung 60

Tabelle 14: Entlastende Faktoren für das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe	62
Tabelle 15: Belastende Faktoren für das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe	64
Tabelle 16: Aspekte der besonderen Betroffenheit von Personen (-gruppen) innerhalb der Betreuungsgruppe	68
Tabelle 17: Andere Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe	70

Abkürzungsverzeichnis

Engl. Englisch

Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden

Anhang B: Teilnehmendeninformation und Einwilligung

Anhang C: Transkriptionsregeln

Anhang D: Interviewtranskripte (D1-D8)

Anhang E: Definition der Analyseeinheiten

Anhang F: Vorläufiges Kategoriensystem

Anhang G: Vollständiges Kategoriensystem

Anhang H: Extrahierte Fundstellen

Anhang I: Paraphrasierte Fundstellen

Anhang J: Abstract (J1-J2)

Anhang A

Interviewleitfaden

1. Wie lange sind Sie schon beruflich im Alten- und Pflegekontext tätig?

Wie lange sind Sie an Ihrem derzeitigen Arbeitsplatz tätig?

Welche Position haben Sie dort inne?
2. Konnten Sie eine Veränderung Ihres generellen psychischen Wohlbefindens seit Beginn der Pandemie – also seit Anfang 2020 – beobachten?
 - a. Wenn ja, wie würden Sie diese beschreiben?
 - b. Wie geht es Ihnen jetzt?
3. Welche Faktoren wirken sich für Sie als *Berufsbezeichnung* negativ auf Ihr Wohlbefinden aus?
4. Welche Faktoren wirken sich für Sie als *Berufsbezeichnung* positiv auf Ihr Wohlbefinden aus?
5. Welche Präventionsmaßnahmen kommen an Ihrem Arbeitsplatz zum Tragen?
 - a. Welche davon haben sich als belastend für Sie erwiesen?
 - b. Welche davon haben sich positiv auf Ihr Wohlbefinden ausgewirkt?
6. Wie hat sich die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihre Arbeit ausgewirkt?
 - a. Traten oder treten Komplikationen in diesem Zusammenhang auf?
7. Welchen Einfluss hat die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihr psychisches Wohlbefinden?
8. Hat sich Ihre persönliche Haltung gegenüber Ihrer Tätigkeit als *Berufsbezeichnung* im Verlauf der Pandemie geändert?
9. Konnten Sie Veränderungen des psychischen Wohlbefindens innerhalb Ihrer Betreuungsgruppe seit Beginn der Pandemie beobachten?

Anhang B

Teilnehmendeninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie „Der Einfluss der COVID-19 Präventionsmaßnahmen auf das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext“

Sehr geehrte*r Teilnehmende*r,

wir laden Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit, ohne Angabe von Gründen, Ihre Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen oder auch im Verlauf der Studie zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Diese Art von Studien ist notwendig, um verlässliche neue wissenschaftliche Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung von Studien ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmende*r an dieser Studie im Klaren sind.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Diese Studie setzt sich in Form von Interviews mit dem psychischen Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext auseinander. Dabei werden Expert*innen befragt, die in diesem Bereich tätig sind. Ziel ist es, die Einflüsse, die die COVID-19 Präventionsmaßnahmen, insbesondere die Möglichkeit zur Impfung, auf deren psychisches Wohlbefinden und das ihrer Betreuungsgruppe haben, näher zu untersuchen. Somit können Erkenntnisse gewonnen werden, die für den zukünftigen Umgang mit pandemischen Situationen im Alten- und Pflegekontext von Bedeutung sein können.

2. Wie läuft die Studie ab?

Es handelt sich bei dieser Studie um eine Expert*innenbefragung, die in Form von einem einmaligen Interview durchgeführt wird, welches voraussichtlich zwischen dreißig Minuten und einer Stunde dauert. Als Expert*innen gelten Personen, die in einer stationären Alten- und/oder Pflegeeinrichtung tätig sind und dies über den Verlauf der Pandemie, also innerhalb der letzten zwei Jahre waren. Nach dem Unterzeichnen und Zurücksenden der Einwilligungserklärung wird nach individueller Absprache ein Termin für das Interview fixiert, das online über einen Klienten wie zoom oder telefonisch stattfinden wird. Das Interview wird aufgezeichnet und zu weiteren Verarbeitungszwecken anschließend transkribiert. Die Gesamtzahl der Teilnehmenden ist im Vorhinein nicht vorhersagbar und ergibt sich im Verlauf der Datenanalyse. Diese Studie erfolgt im Rahmen einer Masterarbeit an der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Die Ergebnisse dieser Studie sollen wichtige Daten für die wissenschaftliche Forschung liefern und zum Erkenntnisgewinn in Bezug auf die Auswirkungen von Präventionsmaßnahmen auf das psychische Wohlbefinden während der COVID-19 Pandemie beitragen. Es ist zu hoffen, dass daraus in Zukunft Vorteile für Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen beruflich tätig sind oder diese bewohnen, erwachsen.

4. Gibt es Risiken bei der Durchführung der Studie und ist mit Beschwerden oder anderen Begleiterscheinungen zu rechnen?

Es ist nicht anzunehmen, dass durch die Erhebung etwaige Risiken und/oder Beschwerden für die Teilnehmenden entstehen. Die Belastung, die durch die Befragung in Bezug auf den beruflichen Alltag der Teilnehmenden entsteht wird als nicht höher als das Durchleben desselbigen eingeschätzt. Ein ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache ist Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Studie, da die Interviews auf Deutsch durchgeführt werden. Außerdem sollten Teilnehmende über ein Telefon oder ein Gerät verfügen, welches die Durchführung eines Interviews mithilfe eines Programmes wie beispielsweise zoom unterstützt. Alle Teilnehmenden müssen volljährig sein und über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im Bereich der (Alten-) Pflege verfügen.

5. Hat die Teilnahme an der Studie sonstige Auswirkungen auf die Lebensführung und welche Verpflichtungen ergeben sich daraus?

Die Teilnahme an der Studie hat abgesehen von dem Zeitaufwand, der durch die Planung und Durchführung des Interviews entsteht, keinerlei Einflüsse auf die Lebensführung. Es ergeben sich keine Verpflichtungen durch die Teilnahme.

6. Was ist zu tun beim Auftreten von Beschwerdesymptomen, unerwünschten Begleiterscheinungen und/oder Verletzungen?

Sollten im Verlauf der Studie irgendwelche Beschwerdesymptome, unerwünschte Begleiterscheinungen oder Verletzungen auftreten, teilen Sie diese bitte der Studienleitung mit. Als Kontaktmöglichkeit für akute psychische Krisen steht Ihnen der sozialpsychiatrische Notdienst unter der Nummer (01) 31330 zur Verfügung.

7. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?

Die Teilnahme an der Studie kann, auch ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden. Es resultieren keinerlei Nachteile aus einem Abbruch. Ein Widerruf der Teilnahme kann innerhalb von zwei Monaten nach Durchführung des Interviews erfolgen. Die Studienleitung kann ihrerseits die Teilnahme einer Person beenden, falls Teilnehmende nicht den Erfordernissen der Studie entsprechen. Die gesamte Studie wird vorzeitig beendet, falls es unerwarteterweise (siehe Abschnitt vier) zu einer Häufung von Beschwerdesymptomen und/oder unerwünschten Begleiterscheinungen unter den Teilnehmenden kommen sollte.

8. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Die Daten, die bei dieser Studie erhoben werden, werden anonymisiert, sodass sie nicht mehr einer Person zuzuordnen sind. Als solche nicht personenbezogenen Daten unterliegen sie nicht dem Datenschutz. Die gesammelten Daten werden lediglich im Rahmen dieser Studie ausgewertet und danach in Form einer Masterarbeit an der Universität Wien veröffentlicht, wobei keine Namen genannt werden und keine

Rückschlüsse auf Teilnehmende gezogen werden können. Es erfolgt eine Aufzeichnung der Interviews, welche als Grundlage für die Transkription dient, während der die Angaben, die personenbezogene Merkmale, Eigennamen und Ähnliches betreffen, anonymisiert werden. Die Audioaufzeichnungen der Interviews werden nach der Transkription gelöscht. Als Auswertungsgrundlage dienen demnach die transkribierten Interviews, die nicht mehr einer bestimmten Person zuzuordnen sind. Nur Personen, die an der Studie mitwirken haben Zugang zu den Daten und sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

9. Entstehen für die TeilnehmerInnen Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Für Teilnehmende entstehen weder Kosten, noch erfolgt eine Vergütung.

10. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für Fragen in Zusammenhang mit der Studie, beispielsweise die Rechte als Teilnehmende betreffend, steht die Studienleitung gerne zur Verfügung.

Studienleiterin: Jessica Cichowski

E-Mail: a01448758@unet.univie.ac.at

Tel.: 0043677 63791795

11. Einwilligungserklärung

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben:

.....

Geb. Datum:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie Der Einfluss der COVID-19

Präventionsmaßnahmen auf das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext teilzunehmen.

Ich bin von Jessica Cichowski ausführlich und verständlich über Zielsetzung,

Bedeutung und Tragweite der Studie und die sich für mich daraus ergebenden

Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser

Teilnehmendeninformation und Einwilligungserklärung gelesen, insbesondere den vierten Abschnitt (Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterecheinungen?).

Aufgetretene Fragen wurden mir von der Studienleitung 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 werde die

Hinweise, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, befolgen, behalte mir

jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass

mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich aus der Studie ausscheiden wollen, so kann

ich dies jeder Zeit schriftlich oder mündlich bei Jessica Cichowski veranlassen. Ich

bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen

Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden. Ich stimme zu, dass meine Daten

dauerhaft in anonymisierter elektronisch gespeichert werden. Die Daten werden in

einer nur der Projektleitung zugänglichen Form gespeichert, die gemäß aktueller

Standards gesichert ist. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt die Löschung meiner

Daten wünschen, so kann ich dies schriftlich oder telefonisch ohne Angabe von Gründen und zeitlich unbegrenzt bei Jessica Cichowski veranlassen. Den Aufklärungsteil habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. **Eine Kopie dieser Teilnehmendeninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleitung.**

(Datum und Unterschrift der*des Teilnehmenden)

.....

(Datum und Unterschrift der*des Teilnehmenden)

.....

Anhang C

Transkriptionsregeln

Die Expert*inneninterviews wurden nach Gehör und ohne zu Hilfenahme eines Transkriptionsprogrammes transkribiert. Da die Interpretation des Materials auf inhaltlicher Ebene des Gesagten erfolgte, wurden Wortwiederholungen und füllende Worte oder Laute („ähm“, „hm“) größtenteils nicht mit transkribiert. Auch Gefühlsäußerungen wurden nur übernommen, wenn sie besonders intensiv waren (lautes Lachen, Weinen) und dann in kursiver Form in Klammern angegeben (*lacht*). Auch Unterbrechungen und Geschehnisse, die nicht Teil des Interviews waren, es aber beeinflussten, wurden kursiv in Klammern beschrieben (*Telefon klingelt, kurzes Gespräch*). Pausen ab einer Länge von drei Sekunden wurden übernommen und in Form eines Bindestrichs in Klammern (-) dargestellt. Somit ist anhand der Anzahl der Bindestriche die Länge einer Pause abzulesen. Wörtliche Rede innerhalb der Redebeiträge wurde durch Anführungszeichen gekennzeichnet („“). Die Sprache wurde weitestgehend vereinheitlicht und Umgangssprache, Akzente und Dialektfärbungen bis auf vereinzelte Begriffe (platzen, oasch) angeglichen. Besondere Betonung wurde durch ein Großschreiben der Satzteile verdeutlicht (DU musst das aushalten). Diskriminierende Ausdrücke (E-Wort, nicht gegenderte Sprache) wurden beibehalten, entsprechen aber nicht der Haltung der Verfasserin.

1	Anhang D1
2	Expert*inneninterview 1
3	Datum: 10.02.2022 Dauer: 00:28:27 Durchführungsart: Telefonisch Interviewende (I): Jessica Cichowski Expertin (E): Klinische Psychologin
4	I: Vielen Dank nochmal, dass Sie sich die Zeit nehmen. Ich fange einfach mal mit der ersten Frage an, die lautet: Wie lange sind Sie schon beruflich im Alten- und Pflegekontext tätig, wie lange an Ihrem derzeitigen Arbeitsplatz und welche Position haben Sie dort inne?
5	E: Ja also, ich bin (-) kurz überlegen. Ich bin an meiner jetzigen Arbeitsstelle seit (-) bisschen was über einem Jahr. Also ich habe im November begonnen, also nicht im November der jetzt war, sondern der davor quasi. Also ein bisschen was über einem Jahr bin ich jetzt hier im Haus, das ist eigentlich mein erster Job in einem Pflegeheim und ich bin klinische Psychologin.
6	I: Und konnten Sie eine Veränderung Ihres generellen psychischen Wohlbefindens seit dem Beginn der Pandemie, also seit Anfang 2020 beobachten? Wenn ja, wie würden Sie das beschreiben und wie geht es Ihnen persönlich?
7	E: Ja, also bei mir in der Arbeit, ich bin ja quasi in der Pandemiezeit eingestiegen, kann man sagen. Bei meinem Beginn war die Pandemie schon ein gutes halbes Jahr, dementsprechend kann ich das jetzt eigentlich schwer sagen, was sich da im psychischen Wohlbefinden sehr verändert hat. Ich meine, ich habe von meinem Kollegen, der auch klinischer Psychologe ist und mit dem ich viel gesprochen habe, schon mitbekommen, dass sich natürlich einiges geändert hat, aber ich sage mal im psychischen Wohlbefinden gar nicht mal so gravierend. Ich glaube da sind unsere Bewohner auch recht (<i>lacht</i>) resistent. Ja, also weil viele einfach auch ihrem Alltag weiterhin nachgegangen sind. Aber man hat halt schon gemerkt, dass immer diese Lockdownzeiten, sage ich mal, am meisten spürbar waren. Also immer wieder: Die Bewohner wollen raus gehen, wollen vielleicht nochmal was essen gehen und es hat ja alles zu. Also da hat man schon gemerkt, dass eine gewisse Belastung spürbar ist. Ja (-). Bei mir persönlich, weil es jetzt die Frage auch war, mir ging es gut, dadurch dass ich in der Arbeit meine Sozialkontakte hatte. Auch während der Pandemie jetzt immer wieder, also dadurch, dass ich nie ein Homeoffice oder so hatte, war das für mich eigentlich persönlich sehr angenehm.
8	I: Okay. Und was würden Sie sagen, welche Faktoren sich für Sie als klinische Psychologin in dem Bereich negativ auf ihr Wohlbefinden ausgewirkt haben?
9	E: (-) Negativ (-). Naja, dadurch, dass man halt in gewisser Weise auch immer wieder Einschränkungen aussprechen muss, die nicht von einem selber kommen, sondern quasi von außen, von den Vorgaben der Regierung. Und das ist natürlich was, das spürbar ist im Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Dass durch diese Einschränkungen, die man dann ausspricht, indem man sie halt daran

..K1.3.2 Vermittlung

erinnert "Wissen Sie eh, Sie dürfen nicht rausgehen, wissen Sie, leider hat jetzt alles zu, Sie können jetzt nicht einkaufen gehen". Das war das, was ich am negativsten gespürt habe in meiner Funktion als klinische Psychologin, ja. Und sonst eigentlich, was die Pandemie an sich betrifft, lassen Sie mich überlegen (-). Ja, habe ich sonst sonst nichts.

10 I: Okay. Und welche Faktoren wirken sich für Sie als klinische Psychologin positiv auf Ihr Wohlbefinden aus?

11 E: (-) Auch jetzt wieder auf die Pandemie bezogen oder?

12 I: Ja.

..K2.2.1 Konflikt

13 E: Positiv (-). Ja, also ich kann da eigentlich nur noch einmal wiederholen, dass für mich persönlich, ich meine gut, das hat jetzt wenig mit meiner Funktion als klinische Psychologin zu tun, aber persönlich war es der Kontakt in sämtlichen Lockdownzeiten und nicht Lockdownzeiten. Da war ich auf der Arbeit, hatte meine Sozialkontakte durch die Kollegen und auch die Bewohner, das hat sich definitiv positiv auf mich ausgewirkt. In meiner Funktion als klinische Psychologin glaub ich gabs jetzt keine (-) wie gesagt, keine positiven Auswirkungen, wirklich was die Funktion oder Rolle der klinischen Psychologin betrifft. Ja.

14 I: Okay. Dann geht es jetzt im nächsten Teil so ein bisschen um die Präventionsmaßnahmen. Da ist erstmal meine allgemeine Frage, welche Präventionsmaßnahmen an Ihrem Arbeitsplatz zum Tragen gekommen sind, welche davon sich als belastend erwiesen haben und welche davon positiv sich ausgewirkt haben auf Ihr Wohlbefinden.

15 E: Ja (-) Also Präventionsmaßnahmen haben sich eigentlich (-) laufend verändert. Einerseits gabs Vorgaben der Regierung selbstverständlich, dann gabs Vorgaben von dem Träger an sich und dann gabs zum Teil auch Präventionsmaßnahmen und Vorgaben, die hausintern getroffen wurden. Und das kann man sagen, hat sich immer wieder ein bisschen verändert. Wenn ich jetzt einmal davon absehe was sich natürlich alles allgemein für alle geändert hat, also von der Regierung vorgegeben, was halt das Ding von dem Träger oder auch hausintern. Das waren dann eher so Vorgaben wie keine größere Besprechungen, die stattfinden durften, wo mehrere Mitarbeiter auf einem Platz sind. Die sollten dann eher nicht stattfinden, vor allem zu Hochzeiten wie es jetzt zum Beispiel ist mit den hohen hohen Zahlen. Dann gabs noch immer wieder Vorgaben, dass keine Gruppen stattfinden durften, also Gruppen, wo Bewohnerinnen und Bewohner sehr übergreifend zusammentreffen. Unser Haus ist nämlich auf fünf Ebenen aufgeteilt, fünf Stockwerke, und Gruppen haben dann immer im fünften Stock stattgefunden, wo dann alle aus allen Stockwerken zusammenkamen. Und es gab dann schon immer wieder Zeiten, wo diese Gruppen nicht stattfinden sollten, damit wir eben nicht zu sehr die Bewohner durcheinander, dass, falls es zu Ansteckungen kommt, dass dann nicht zu sehr übers ganze Haus übergreift. Und das ist schon immer eine Zeit gewesen, die sehr belastend war. Weil die Bewohner wollen gerne irgendeine Beschäftigung haben, sie wollen gerne basteln oder singen oder tanzen oder was

..K4.2.6 Gruppen

..K1.2.6 Gruppe

..K1.2.1 Arbeit

..K2.1.1 Wissen

..K2.1.1 Wissen

..K1.2.4 Kommunikation

war dann schon immer eine negative Auswirkung für alle. Auch für mich ist es in der Arbeitsweise natürlich anstrengender wenn man oft auch pro Wohnebene dann versucht hat, irgendein Angebot zu setzen und das gefühlt schwerer umsetzen konnte. Ist man dann im ersten Stock, dann fragen wieder die im dritten Stock, warum man denn nicht da ist, also das das war schon schwierig. Und ist auch immer wieder schwierig! Also wie gesagt, diese Maßnahmen sind mal da, mal nicht da, das wird immer sehr angepasst an die momentanen Zahlen, die es gerade gibt, also jetzt aktuell zum Beispiel sind auch keine Gruppen, die stattfinden. Genau, ja (-) und ansonsten eine große Präventionsmaßnahme bei uns ist sicher das Testen. Also wir hatten eine Zeit lang auch die Schnelltests, als etwas, das sehr oft stattgefunden hat bei uns. Übergegangen sind wir dann auch zu PCR-Tests, wo wir dann wirklich regelmäßig gurgeln. Also angefangen hat es einmal in der Woche, dann wurde es zweimal, mittlerweile können wir täglich eine Gurgelprobe abgeben. Also von den Mitarbeitern aus, was eine tolle Präventionsmaßnahme ist und die Bewohner werden auch immer wieder getestet. Ich glaube, es wird immer so ein bisschen darauf geschaut, dass es einmal im Monat stattfindet. Ich bin mir jetzt nicht ganz sicher, das ändert sich nämlich auch immer wieder von der von der Frequenz her, aber ich sag mal einmal im Monat findet es auf jeden Fall statt, dass auch die Bewohner PCR-getestet werden. Und damit haben wir zum Beispiel auch mal zwei positive Bewohner gefunden, die asymptomatisch waren, also eben keine Symptome hatten. Und es war natürlich gut, dass wir das früh erkennen konnten und entsprechend weitere Präventionsmaßnahmen treffen konnten, nämlich dass die Bewohner dann natürlich im Zimmer bleiben mussten, nicht die Wohnebene verlassen durften, damit es sich nicht auch die Ebene übergreifend ausbreiten konnte. Und natürlich dann mit vermehrten Hygienemaßnahmen, die eher die Pflege betroffen haben, als die klinische Psychologin. Natürlich auch dann vermehrt, als wir die positiven Fälle hatten. Genau. Und das sind die wichtigsten Präventionsmaßnahmen, glaube ich. Ja, einerseits das Testen der Mitarbeiter und Bewohner, die Gruppen, die immer mal wieder stattfinden, mal nicht und Besprechungen unter Mitarbeitern. Ahja und Besucherregelungen, sind auch noch eine Präventionsmaßnahme. Manches mal, auch momentan, ist es eh von der Regierung vorgegeben, dass man nur mit 2G+ auf Besuch kommen darf. Wir hatten das aber auch schon hausintern, dass wir mal gesagt haben Besucher ja, aber nicht aufs Zimmer, sondern nur im unteren Bereich. Wir haben da so einen Saal, wo man sich zurückziehen könnte, damit die Besucher nicht rauf gehen auf die Wohnebenen. Also das haben wir auch nochmal hausintern verschärft, zusätzlich zu der von der Regierung vorgegebenen Maßnahme, was die Besucherregelungen betrifft. Genau.

16 I: Okay. Dann nehme ich an, zu den Präventionsmaßnahmen, die sich positiv für Sie, auf Ihr Wohlbefinden auswirken, zählt auch das mit dem Gurgeln, dieses regelmäßige Testen? Gibt es da noch weitere?

17 E: Ja, ja auf jeden Fall. Ja, weil dadurch habe ich auch immer einen guten Einblick, einen regelmäßigen Einblick, ob irgendwas ist oder nicht. Es entlastet mich auch privat, dass dann auch gleich zu wissen, das ist sehr positiv, ja. Genau, was mir noch einfällt ist natürlich die Maske, die ist schon so *(lacht)* zum

..K4.2.4 Kommuni		Standard geworden, dass mir das jetzt als Präventionsmaßnahme fast nicht mehr eingefallen wäre. Ja, das ist natürlich auch eine wesentliche Präventionsmaßnahme bei uns im Haus, die FFP2-Maske. Und die kann man auch gleich als negativ bewerten (<i>lacht</i>) weil es natürlich wahnsinnig anstrengend ist, mit der Maske zu arbeiten. Im Kontext mit alten Menschen, die einen so schon schwer verstehen und dann mit der Maske, man schreit sie nur noch an. Die Bewohner können dadurch natürlich nicht Lippen lesen, was sie oft gut gebrauchen könnten, um jemanden besser zu verstehen. Also es ist mit der Maske natürlich sehr sehr schwierig.
	18	I: Okay. Und wie hat sich die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihre Arbeit ausgewirkt? Also inwieweit wurde innerhalb des Arbeitskontextes generell geimpft und sind dabei Komplikationen aufgetreten?
..K3.1.1 Umsetz	19	E: Ja. Also super schnell ging das bei uns im Alters- und Pflegeheim. Das waren ja grundsätzlich die Ersten die geimpft wurden, das heißt, das war bei uns wahnsinnig schnell. Wir waren mit die Ersten, die von der Gesamtbevölkerung geimpft wurden, die Bewohner und auch die Mitarbeiter. Es wurde auch echt super organisiert damals als diese Impfdosen verwaltet wurden vom Staat. So, dass bei uns im Haus eine große Impfkation stattfinden konnte. Es wurde vorab bekannt gegeben, wie viele Bewohner wir haben und welche Bewohner sich auch impfen lassen wollten, also wie viele, und auch wie viele Mitarbeiter sich ungefähr impfen lassen wollen. Dementsprechend wurden eben die Impfdosen geliefert vom, ich glaube vom Roten Kreuz, aber ich weiß es nicht mehr genau, die waren damals glaube ich noch dabei. Und das wurde dann auch alles verwaltet, eingegeben, ECard gesteckt und alles logistisch geregelt. Und wir hatten hier unsere zwei Hausärzte, die auch immer wieder da sind, die immer wieder als Konsiliarärzte bei uns im Haus sind für die Bewohner. Von den beiden Hausärzten wurden dann die Bewohner und eben auch die Mitarbeiter, die wollten, geimpft. Und das hat sich sehr positiv ausgewirkt, ja. Also die Bewohner haben es eigentlich im Großen und Ganzen recht gut angenommen. Einige Bewohner wollten sich nicht impfen lassen. Wir sind ja ein Haus mit Bewohnern, die psychiatrische Erkrankungen haben, das heißt auch viele aus dem schizophrenen/-formen Kreis. Das heißt manche haben auch dieses Impfen eher wahrhaft-psychotisch verarbeitet, waren dementsprechend nicht offen dafür, haben sich nicht impfen lassen. Und die sind dementsprechend auch nicht geimpft. Aber im Großen und Ganzen ist es eigentlich gut angenommen worden und bei uns, wie gesagt, super schnell gewesen und war logistisch alles unproblematisch.
..K3.1.3 Akzept		
..K3.2.8 Psycho		
..K3.1.3 Akzept		
..K3.1.1 Umset		
	20	I: Okay. Und welchen Einfluss hatte das mit der Impfung auf Ihr persönliches psychisches Wohlbefinden?
..K3.1.1 Umset	21	E: Ja, das war super. Also ich war eine der Ersten, die geimpft war von meinem Bekannten- und Freundes- und Familienkreis. Alle waren wahnsinnig neidisch drauf, dass ich schon die Impfung habe und sie selber nicht. Und ich hab mich halt schon von Anfang an recht geschützt gefühlt. Das war für mich dann einfach so ein Gefühl von, ich habe jetzt das machen können, was ich derzeit tun kann für die Pandemie. Und somit hat sich das privat und persönlich positiv für mich ausgewirkt, ja.
..K3.1.6 Sicher		
..K3.1.7 Beitrag		

..K2.4.4 Positives	22	I: Okay. Und hat sich Ihre persönliche Haltung gegenüber Ihrer Tätigkeit als klinische Psychologin im Verlauf der Pandemie oder also im Verlauf Ihrer Arbeit währenddessen geändert?
	23	E: (-) Gute Frage (-). Naja (-). Gute Frage. Ja, also ich meine ja, man sieht finde ich schon grundsätzlich die Belastung, die die Pandemie bringt. Ich würde aber jetzt fast gar nicht sagen, dass es allzu sehr im Haus so stark spürbar ist. Im Allgemeinen empfinde ich es halt so, dass ich die klinischen Psychologen und Psychotherapeuten als sehr wesentliches Personal empfinde, das es gerade geben kann, weil jetzt schon so wahnsinnig viele Belastungen da sind. Aber jetzt durch das Haus und in der Pandemie an sich, also wenn ich mich jetzt auf die Frage konzentriere, die sie gesagt haben, eigentlich nicht, nein. Also da hat sich für mich jetzt nichts geändert, auch in Hinblick auf meinen Beruf nicht.
	24	I: Jetzt hab ich noch einen Teil, in dem geht es ein bisschen mehr um Ihre Betreuungsgruppe. Da hab ich jetzt allgemein erstmal die Frage, ob Sie Veränderungen des psychischen Wohlbefindens innerhalb der Betreuungsgruppe seit Beginn der Pandemie beobachten konnten, oder in Ihrem Fall halt seit Sie in Ihrem Haus arbeiten und wenn ja, wie Sie die beschreiben würden und wie das derzeitige Wohlbefinden unter den Bewohnenden ist.
	25	E: Also jetzt nochmal kurz und knapp. Können Sie mir nochmal die Frage sagen <i>(lacht)</i> .
	26	I: Ja, die ist ein bisschen länger geworden. Also ob Sie generell Veränderungen des psychischen Wohlbefindens beobachten konnten in der Betreuungsgruppe seit die Pandemie begonnen hat oder seit Sie da arbeiten und wie Sie die beschreiben würden, falls das der Fall ist und wie Sie das derzeitige Wohlbefinden unter den Bewohnenden einschätzen. Eigentlich drei Fragen in eine gepackt.
..K4.2.2 Mangeln	27	E: Also ich habe (-) das Gefühl, dass es eben durch diese Einschränkungen von außen oft schwierig war für die Bewohner zu verstehen, warum das jetzt sein muss. "Warum kann ich mir denn jetzt nicht Schuhe kaufen gehen wenn Lockdown ist?", zum Beispiel. Oder "Warum kann ich denn jetzt nicht zum Interspar gehen, um mir da mein Mittagessen zu kaufen", also im Restaurant "Warum ist das jetzt nicht möglich?". Also das war sehr spürbar, dass sich das psychisch bei den Bewohnern ausgewirkt hat. Fehlendes Verständnis, warum das denn jetzt so sein muss (-). Ich hab nicht das Gefühl gehabt, dass die Bewohner irgendwie stärker destabilisiert gewesen wären oder dass es jetzt zu mehr Rückfällen kommt. Sei es jetzt im psychotischen Erleben oder in Richtung Depressionen. Also da habe ich irgendwie das Gefühl gehabt, dass das recht unabhängig von der Pandemie beobachtbar war. Da war jetzt nicht eine sonderliche Verschlechterung bei den Bewohnern bemerkbar. Es waren also wirklich eher diese Einschränkungen. Auch die Besuchsbeschränkungen. Manche haben dann doch immer wieder regelmäßig Besuch von der Familie bekommen. Da waren sie dann schon traurig, dass dann die Tochter nicht kommen kann oder eben nicht ins Zimmer kommen kann oder nur vorbeikommen kann, weil sich so schnell kein PCR-Test organisieren lässt und sie dann nicht rein dürfen und dann halt nur irgendwas schnell abgeben. Das hat man schon sehr gemerkt. Ich habe
..K4.2.7 Besuchen		
..K7.4.1.5 Gew		

...K7.4.1.5 Gewöhn

aber schon auch den Eindruck, dass sich jetzt, je länger die Pandemie ist, alles immer mehr normalisiert und nicht mehr so als Belastung spürbar ist. Ich habe das Gefühl, die Bewohner richten es sich eh so wie sie es brauchen. Eigentlich so wie wir alle glaube ich. Dass man sich dann das rausholt, was man gerade möchte, sich phasenweise weniger einschränkt und dann vielleicht mal trotzdem mehr Sozialkontakte hat auch wenn man weiß, man sollte vielleicht nicht, aber man macht es jetzt, weil es erlaubt ist. Und dann trifft man halt einmal wieder vier Personen auf einmal oder so. Also ich glaube, dass sich das auch bei den Bewohnern, so wie bei uns allen, ein bisschen normalisiert hat und mehr Alltag geworden ist. Ja.

28 I: Okay.

29 E: Wären das jetzt die drei Fragen, die ich beantwortet hab, oder habe ich jetzt irgendwas ausgelassen?

30 I: Ja, wenn Sie nichts mehr hinzufügen möchten.

31 E: Nein, ich glaube nicht.

32 I: Okay, dann frage ich mal weiter. Was würden Sie sagen, welche Maßnahmen sich Ihrer Meinung nach als belastend für die Betreuungsgruppe erwiesen haben?

...K6.2.7 Besucher

33 E: (–) Belastend. Für die Bewohner. Maßnahmen. Naja (–). Ja, hauptsächlich sicher die Besucherregelungen (–). Und das Testen eigentlich nicht, das passt, das das lassen sie zu. Die Einzelnen, die es nicht zulassen, die belastet es auch nicht, die lehnen es einfach grundsätzlich ab. Masken müssen die Bewohner nicht tragen, dementsprechend ist das jetzt nichts, was die Bewohner wirklich belastet (–). Die Gruppen, ja. Also die Gruppen schon. Wenn die Gruppen nicht stattfinden können, ist das schon eine Belastung. Das merkt man dann schon. Das ist eine Routine, die dann nicht da ist, die vielleicht ein bisschen anders stattfindet. Auch wenn es auf den Wohnebenen ist, das ist für die Bewohner schon ein ganz anderes Setting als wenn sie in den fünften Stock kommen und da merkt man schon eine Belastung. Ein Unverständnis, Verärgerung, vielleicht sind sie auch traurig, das schon. Also diese Veränderungen in in den Gruppenangeboten ist schon eine Belastung, ja.

...K6.2.6 Gruppen

34 I: Und was glauben Sie, welche Präventionsmaßnahmen sich positiv auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe ausgewirkt haben?

35 E: Also sicher dass wir Mitarbeiter Masken tragen und dementsprechend gut versuchen, die Bewohner zu schützen und die Impfung, die die Bewohner an sich schonmal gut schützt. Also wir sind wirklich ein sehr typisches Haus, glaube ich, wir haben wenige Fälle gehabt bisher, also da gibt es Pflegeheime wo es ganz anders ausgeschaut hat. Wir sind da sehr gesegnet offensichtlich (*lacht*), dass da noch nicht viel passiert ist bei uns im Haus (–). Was haben Sie jetzt gesagt, genau. Masken von uns, das Impfen, sicher auch das das Testen, ja, weil wie gesagt, wir haben dadurch mal symptomfreie Bewohner herausgefunden und somit die anderen Bewohner auch wieder besser schützen können, indem wir dann bessere Präventionsmaßnahmen, gesetzt haben. Das ist sicher auch positiv, dass wir da immer wieder so durchtesten (–). Ja, bleiben wir bei dem glaube ich.

...K7.4.1.6 Sicher

	36	I: Gibt es innerhalb Ihrer Betreuungsgruppe Menschen, die besonders von den Maßnahmen betroffen sind?
...K4.1.1 Wahnhaf	37	E: (-) Naja (-) also es trifft glaube ich hauptsächlich die, die die ganze Pandemie ein bisschen wahrhaft-psychotisch verarbeiten. Die dann schon Probleme gehabt haben, sich nicht impfen lassen zu wollen, auch vielleicht die Tests verweigern, die da eher ablehnend sind. Also bei denen glaube ich, dass da ist eine gewisse Belastungssituation erkennbar ist eben. Und auf der anderen Seite die, die eigentlich viele Sozialkontakte hatten, oder viele Besuche bekommen haben. Die sind auch, meiner Meinung nach, ein bisschen belasteter von dem Ganzen. Ansonsten habe ich das Gefühl gehabt, das wirklich Einige ihr Ding durchziehen und gar nicht so belastet gewirkt haben. Also die haben es sich eh so gerichtet wie sie es brauchen eigentlich. Ja.
...K4.1.3 Sozial		
...K7.4.1.5 Gewölle		
	38	I: Okay. Also da sind Sie jetzt eh schon ein bisschen drauf eingegangen, aber ich hab hier jetzt nochmal die Frage wie sich Ihrer Meinung nach die Möglichkeit des Impfens auf das psychische Wohlbefinden innerhalb Ihrer Betreuungsgruppe ausgewirkt hat.
...K3.1.3 Akzept	39	E: Also bei den meisten wirklich positiv. Also die meisten haben das positiv angenommen. Manche haben es recht neutral angenommen, denen war das schlichtweg wurscht, also die haben jetzt nicht wirklich gut kognitiv erfassen können, was das Impfen überhaupt wirklich bedeutet. Aber sie waren auch nicht ablehnend. Also wenn der Arzt sagt „Lass dich impfen“ dann machen sie das auch. Und andere wiederum, mit einer schizophrenen Erkrankung im Hintergrund, haben es halt wieder sehr ablehnend angenommen und sich eben nicht impfen lassen. Also wirklich, die komplette Bandbreite, wobei ich sagen würde, der Hauptteil ist eigentlich positiv. Also für die meisten positiv auch vom psychischen Wohlbefinden.
...K3.2.2 Mangel		
...K3.2.6 Psychofis		
...K3.1.3 Akzept		
	40	I: Okay. Ja, dann sind wir jetzt schon am Ende angelangt. Ich hab noch als letzte Frage, ob es etwas gibt, was Sie ergänzen möchten, worauf ich nicht eingegangen bin, was Ihnen relevant erscheint zu der Thematik.
	41	E: (-) Ich meine, ich bin natürlich in einem ein bisschen anderen Pflegeheim, als andere vielleicht sind. Das ist jetzt nicht nur dieser Gerontobereich, sondern wir sind halt wirklich mehr dieses sozial-psychiatrische. Wir haben ja auch recht junge Bewohner, also zu uns kann man ab 50 Jahren einziehen. Es wäre sicher spannend, ob ich jetzt ein bisschen anders geantwortet habe als andere Kollegen in anderen Pflegeheimen. Weil wie gesagt, für uns ist es ein bisschen eine andere Art von Pflegeheim mit unseren 50 plus (<i>lacht</i>) Bewohnern mit psychiatrischen Grunderkrankungen. Und was, wie ich finde, bei uns schon auch noch ein special Ding ist und ich weiß nicht, ob es vielleicht in anderen Pflegeheimen auch ein Thema ist, aber die Impfpflicht ist jetzt etwas, was doch bei manchen Bewohnern oder bei uns zumindestens einen Bewohner stark trifft. Der ist wahrhaft-psychotisch und hat diese Impfung abgelehnt, der möchte das nicht, war da sehr ablehnend, aber jetzt hat er doch Angst vor der Impfpflicht und weiß nicht, was das für ihn jetzt bedeutet. Das ist vielleicht auch nochmal was ganz eigenes, was
...K3.2.6 Psychofis		

...KL 2.8 Psychotia {

Problematik ist, die jetzt erst so aufkommt mit der Impfpflicht.

42

I: Ja, okay, super, vielen Dank. Wenn Sie nichts mehr hinzufügen möchten, würde ich die Aufnahme beenden.

43

E: Ja.

Anhang D2

Expert*inneninterview 2

Datum: 14.02.2022

Dauer: 00:28:00

Durchführungsart: Telefonisch

Interviewende (I): Jessica Cichowski

Expertin (E): Klinische Psychologin in Ausbildung

I: Also erstmal vielen Dank für die Teilnahme. Ich fange mal mit der ersten Frage an, die lautet „Wie lange sind Sie schon beruflich im Alten- und Pflegekontext tätig, wie lange am derzeitigen Arbeitsplatz und was ist die Position, die Sie da gerade haben?“

E: Ich muss leider sagen, dass ich Sie nicht so gut (-) höre, aber ich habe die Frage verstanden. Ich bin seit Jänner 2020 im Pflegebereich, das heißt jetzt seit ungefähr zwei Jahren. Ich habe kurz bevor die Pandemie ausgebrochen ist angefangen.

I: Okay, ich hoffe, jetzt geht es besser. Sind Sie klinische Psychologin oder Gesundheitspsychologin?

E: Ja. Ich bin nur Psychologin und klinische Psychologin in Ausbildung.

I: Okay. Und konnten Sie eine Veränderung Ihres generellen psychischen Wohlbefindens seit Beginn der Pandemie, also seit Anfang 2020 beobachten?

E: (-) Also, da ich wirklich kurz vor der Pandemie angefangen habe, ist es halt schwierig zu sagen, aber ich hab hier auch Praktikum gemacht vor Jahren, eben da wo ich arbeite und ja, es gab Veränderungen. Also nicht nur vor der Pandemie, sondern auch während der Pandemie in verschiedenen Phasen von (-) Infektionsausbrüchen. Es war immer davon abhängig, ob wir im Haus Corona gehabt haben oder nicht.

I: Und wie geht es Ihnen jetzt?

E: Entschuldigung, nochmal bitte.

I: Ich habe gefragt, wie es Ihnen jetzt gerade geht.

E: Okay. Also wie geht es mir mit der Situation, oder?

I: Genau. Seit Beginn der Pandemie und jetzt.

E: Also am Anfang war es wirklich nicht leicht, weil es was Neues war. Die Umstände waren anders. Die Aktivitäten, die wir im Haus gemacht haben, waren alle auf einmal stillgelegt und es war schwierig, dann auch mit Bewohnern darüber zu reden, zu erzählen, was gerade passiert. Vor allem bei Dementen, die die Situation nicht verstanden haben. Wieso dürfen sie auf einmal nicht das machen, was sie üblicherweise gemacht haben? Aber mittlerweile wissen sie, weiß jeder, wie die Situation ist und es ist auch ein bisschen leichter für mich geworden und auch für die Bewohner.

I: Okay, das heißt, es ist jetzt anders als noch zu Beginn der Pandemie?

..K1.3.2 Vermittlung

..K6.3.4 Demen

..K2.2.2 GewOhn

- ..K1.4.7 Überfor [17 E: Ja, die Überforderung, die es am Anfang war, ist es jetzt nicht mehr. Wir haben jetzt auch mit der Zeit gelernt, wie wir damit umgehen.
- ..K2.2.2 Gewähr [18 I: Okay (-). Und was würden Sie sagen, welche Faktoren sich für Sie als Psychologin negativ auf Ihr Wohlbefinden auswirken? Auf die Pandemie bezogen.
- 19 E: Nochmal, bitte. Ich höre wirklich nur ganz schlecht.
- 20 I: Entschuldigung. Geht es so besser?
- 21 E: Ja.
- 22 I: Also die Frage war, was Sie glauben, welche Faktoren sich für Sie als Psychologin negativ auf Ihr Wohlbefinden ausgewirkt haben in der Pandemie.
- 23 E: (-) Welche Faktoren. Also das Einzige glaube ich sind die sozialen Kontakte. Das das war etwas, das sich wirklich negativ, also nicht nur bei mir, ich glaube bei jedem ausgewirkt hat. Und die Unmöglichkeit, Familienmitglieder zu besuchen, weil ich in Österreich alleine bin. Also ich durfte dann komplett meine Familie für lange Zeit nicht besuchen und ja, das war halt nicht leicht zu akzeptieren und anzunehmen.
- ..K1.4.3 Reflexion [24 I: Okay. Und was würden Sie sagen, gibt es Faktoren, die sich innerhalb der Pandemie als positiv für Ihr Wohlbefinden herausgestellt haben?
- 25 E: Okay, da würde ich auch wieder auf die sozialen Faktoren eingehen, weil ich dann Wege gefunden habe, wie ich diesen persönlichen sozialen Kontakt irgendwie (-) meistere. Wir haben versucht, dann Kontakte über soziale Medien und zwar Videotelefonie mehr zu machen als vorher. Das war etwas, was mir geholfen hat. Was mir noch geholfen hat ist, dass ich versucht habe, die Medien zu vermeiden, nicht viele Nachrichten zu lesen, halt nur das Notwendige. Auch etwas, was ich jetzt aktiver gemacht habe und früher nicht, ist Sport (*lacht*) Seit zwei Jahren. Das hat mir auch gut geholfen und zwar nicht Sport alleine, sondern in der Gruppe, wieder mit Videotelefonie mit Freundinnen. Ja (-). Also das Wichtigste war wirklich, das ich versucht habe, die sozialen Medien zu vermeiden.
- ..K2.3.1.3 Soziale [26 I: Okay (-). Dann geht es jetzt so ein bisschen um die Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz. Da würde ich gerne wissen, welche Präventionsmaßnahmen bei Ihnen überhaupt zum Einsatz gekommen sind und welche davon für Sie persönlich belastend waren und welche positiv.
- ..K2.4.5 Verne [27 E: Also Präventionsmaßnahmen in Bezug auf Corona?
- ..K2.3.1.3 Soziale [28 I: Genau.
- ..K2.4.5 Verne [29 E: Okay. Als Erstes, ich kann mich erinnern, im März 2020 glaube ich, nein das war am 16. März, genau (-) Da wurden die Besucher abgesagt. Das heißt die Bewohner haben fast, nicht fast, sondern überhaupt keinen Besuch von draußen gekriegt, das war eine von den Maßnahmen. Als das Coronavirus ausgebrochen ist, in manchen Stationen bei uns, durften die Bewohner, die positiv waren, dann halt auch nicht den Bereich verlassen, in dem sie wohnen (-). Aber du meinst jetzt nicht psychische Maßnahmen oder sowas?

	30	I: Präventionsmaßnahmen generell, alles was Ihnen einfällt.
..K6.2.4 Kommuni	31	E: Genau. Als die Besuche dann wieder angefangen haben, haben wir immer jemanden unten gehabt, der die Körpertemperatur kontrolliert hat. Es war ein Fragebogen auszufüllen, ob die Besucher irgendwelche Symptome gehabt haben, in der letzten Zeit Kontakt zu Menschen, die positiv getestet worden sind hatten und solche Sachen. Und (-) am Anfang war es halt so, dass man die Bewohner dann nur mit so einem Schutzschild in der Mitte besuchen durfte. Das haben die Bewohner halt nicht gut angenommen, weil manche von denen selbstverständlich auch nicht gut hören. Die Kommunikation war sehr schwierig zwischen Bewohnern und Angehörigen. Und ja, die Bewohner haben natürlich auch das Verlangen nach körperlichem Kontakt und so und das war dann ein Tabu. Auch zwischen uns und Bewohnern. Für Pflegepersonen nicht, aber ich als Psychologin zum Beispiel durfte nicht viel körperlichen Einsatz machen. Ich musste Abstand halten, Maske tragen, die ganze Zeit. Was waren sonst unsere Maßnahmen? Ich muss kurz überlegen. Ja (-). Aktivitäten wurden stillgelegt, das habe ich vorherin gesagt. Singen dürfen wir nicht mehr in der Gruppe. Bewohner dürfen dann in einer Gruppe sitzen, aber nur mit mit anderen Bewohnern, die gemeinsam im gleichen Bereich leben, nicht mischen. Ja.
..K6.2.5 Körper		
..K6.2.6 Gruppen		
	32	I: Und was würden Sie sagen, was für Sie persönlich belastend war?
	33	E: In Bezug auf Corona jetzt?
	34	I: In Bezug auf die Präventionsmaßnahmen.
	35	E: Für mich persönlich?
	36	I: Genau.
..K1.1.4.1 Unruhe	37	E: Ahja, das wollte ich auch sagen. Wir müssen uns immer wieder, jeden Tag, testen, bevor wir zu arbeiten anfangen. Also schnelltesten. Und jetzt momentan zweimal die Woche PCR-Test. Und das war für mich wirklich belastend. Nicht nur, dass es in dem Moment schmerzhaft war, dieser Stich in der Nase jeden Tag, von dem habe ich dann immer Kopfschmerzen gekriegt. Das ist was, was mich wirklich irritiert hat. Aber es war nicht zu vermeiden (-). Und genau, der Kontakt mit Bewohnern. Weil, wie ich schon gesagt habe, sind unsere Bewohner alt und für viele alte Demenzzranke ist es wichtig, körperlichen Kontakt zu haben und das durften wir überhaupt nicht machen, damit wir die Bewohner schützen. Selbstverständlich, war das auch gut gemeint. Aber das war für mich wirklich hart, weil (-) ich ihnen dann auch immer wieder erklären musste, wieso ich das nicht machen kann, welche anderen Möglichkeiten es gibt und solche Sachen. Und viele Bewohner haben auch von mir verlangt, dass ich die Maske runternehme, weil sie mich nicht verstehen. Das ist auch verständlich wenn man die Mimik nicht sehen kann. Ja. Und viele von denen haben mich jetzt, also nach zwei Jahren, nie ohne Maske gesehen. Das heißt, die kennen mich nur von oben, die Augen.
..K6.1.4 Demen		
..K1.1.2 Vermittl		
..K6.2.4 Komm		
	38	I: Okay und würden Sie sagen, es gibt auch Maßnahmen, also Präventionsmaßnahmen, die sich positiv auf Ihr Wohlbefinden ausgewirkt haben?
	39	E: (-) Nein (<i>lacht</i>). Leider. Nein, sicher nicht (-). Die Maßnahmen waren

		notwendig, aber ich habe mir gewünscht, dass überhaupt nie Corona gewesen wäre und dass wir nie diese Pandemie erlebt hätten. Wenn ich dann so denke. Verstehen Sie? Positiv, nein. Es war schon schwierig und das ist es immer noch.
	40	I: Okay. Und wie hat sich die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihre Arbeit ausgewirkt? Gab es da Komplikationen?
	41	E: Nochmal. Nochmal.
	42	I: Wie hat sich die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihre Arbeit ausgewirkt und sind dabei Komplikationen aufgetreten?
	43	E: Impfen zu lassen?
	44	I: Genau.
	45	E: Ist die Frage bezogen auf mich oder allgemein?
	46	I: Beides, bezogen darauf, wie es dann auf Ihre Arbeit.
..K3.1.1 Umset	47	E: Allgemein also. Also hier bei uns hatten die Bewohner als erstes und die Mitarbeiter, die Krankheiten haben oder älter sind, die Möglichkeit, sich sofort impfen zu lassen. Wie das auf mich gewirkt hat. Das war eine stressige Situation. Es war eine stressige Phase, weil viele von den Mitarbeitern, Bewohnern und ich auch, wollten sich nicht impfen lassen. Wir wurden nicht gezwungen, das muss ich sagen. Wir wurden informiert, wir wurden gebeten, zu sagen, dass es gut für unseren Schutz ist. Aber immer wieder mussten wir uns rechtfertigen und dann gab es auch Probleme zwischen Kollegen, die üblichen Diskussionen. "Wieso nicht?", "Was denkst du wer ich bin?", "Wieso soll ich das nehmen und du nicht?". Aber ich habe auch mal gehört, dass die, die sich nicht impfen lassen wollen, weniger bezahlt kriegen sollen und solche Sachen halt. Es war am Anfang immer ein Diskussionsthema. Und es gab viele ups und downs.
..K3.2.4 Konflikt		
	48	I: Als nächste Frage habe ich noch, welchen Einfluss die Impfung auf Ihr persönliches psychisches Wohlbefinden hat, da haben Sie ja gerade eh schon ein bisschen was zu gesagt.
..K3.2.6 Skepsis	49	E: Ja, ich war nicht gegen die Impfung selbst, sondern ich war mir nicht sicher. Bevor das alles angefangen hat, hatte ich auch eine Diagnose und eine OP. Krebs, bösartigen Krebs. Und deshalb war ich mir nicht sicher, ich wollte mir halt nicht irgendwas spritzen, von dem ich nicht (<i>lacht</i>) weiß, was es bringt, oder ob es irgendwelche Nebenwirkungen hat. Ich hatte eher Angst vor der Impfung. Aber mittlerweile bin ich geimpft (<i>lacht</i>).
..K3.2.7 Angst		
	50	I: Okay und hat sich Ihr psychisches Wohlbefinden dadurch verändert, dass Sie jetzt geimpft sind?
..K3.2.6 Skepsis	51	E: Keine Ahnung, ob es sich verändert hat. Ich hab nicht mitbekommen, dass mein Wohlbefinden besser wird oder schlechter, keine Ahnung. Ich habe mich geärgert, weil ich dann nach der Impfung Probleme gekriegt habe mit meinem Zyklus. Und (-) ich hab es halt genommen, weil ich als erstes nicht fahren konnte, meine Familie nicht besuchen konnte ohne die Impfung. Sonst hätte ich es wahrscheinlich nicht genommen. Und weil ein Familienmitglied an Corona

..K1.2.6 Sleptis

gestorben ist und ich gesehen habe, dass es auch schlimm ausgehen kann *(lacht)*. Aber ich weiß nicht, noch nicht, ob ich mir was Gutes oder Schlechtes angetan habe mit dieser Impfung ehrlich gesagt.

52 I: Okay. Hat sich Ihre persönliche Haltung gegenüber Ihrem Beruf als Psychologin im Verlauf der Pandemie verändert?

..K2.4.4 Postiv

53 E: Eigentlich weiß ich nicht, was ich da sagen soll. Schon. Ich habe gesehen, wie wichtig unsere Arbeit ist. Vor allem in der Pandemie. Ja (–). Ich habe versucht, das Beste zu geben. Man überfordert sich manchmal mit der Situation, also man macht mehr als wir normalerweise machen würden wenn es keine Pandemie da gewesen wäre. Aber ich habe immer, jeden Tag, versucht, etwas Gutes zu machen, mit einem guten Gefühl nach Hause zu gehen.

..K1.4.7 Übereif

54 I: Dann hab ich jetzt noch ein paar Fragen, die drehen sich mehr um die Bewohner. Konnten Sie eine Veränderung des psychischen Wohlbefindens innerhalb Ihrer Betreuungsgruppe beobachten seit die Pandemie ist?

55 E: Augenblick (–, *spricht mit jemandem*). Es tut mir Leid.

56 I: Kein Problem. Soll ich nochmal die Frage wiederholen?

57 E: Ja, bitte.

58 I: Okay, also die Frage war ob Sie Veränderungen des psychischen Wohlbefindens innerhalb Ihrer Betreuungsgruppe beobachtet haben seit Beginn der Pandemie?

59 E: Nochmal, „Ob Sie...“?

60 I: Konnten Sie beobachten, ob es Veränderungen im psychischen Wohlbefinden der Betreuungsgruppe gibt seit Beginn der Pandemie?

..K6.4.1 Abhängig

61 E: Eigentlich schon. Also wie gesagt, ich kann jetzt nicht genau vergleichen, wie es vorher und nachher war, weil ich fast mitten in der Pandemie, also kurz vor Anfang, eingestiegen bin. Aber währenddessen konnte man halt merken, wie sich das psychische Wohlbefinden von den Bewohnern ändert. Also wenn wir dann keine, fast keine, Maßnahmen gehabt haben, wie es zum Beispiel der Fall im Sommer war, war es besser. Und wenn die Maßnahmen dann wieder angefangen haben mit den ganzen Begrenzungen gab es sicher Veränderung zum Schlechten.

62 I: Und was denken Sie, wie das jetzige Wohlbefinden unter den Bewohnenden ist?

63 E: Momentan?

64 I: Ja.

65 E: Also wir hatten jetzt im Haus Corona. Drei Wochen lang durfte ich halt nur in einen Bereich gehen, wo kein Corona gewesen ist und heute durfte ich dann wieder Bewohner besuchen, die COVID positiv waren und jetzt geheilt sind. Ich habe Freude bemerkt, dass es endlich vorbei ist, dass sie endlich rauskönnen, andere Bewohner treffen können und Familienmitglieder zu Besuch kriegen können. Ich habe gefragt, wie es ihnen ging in der Zeit, in der sie sozusagen eingesperrt waren und keine Kontakte gehabt haben. Die haben gesagt „Ja, wir

..K7.4.1.4 Beschül

..K7.4.1.4 Beschäft	66	diesen Situationen versuchen wir dann, dass das Pflegepersonal mehr in der sozialen Richtung was macht, also mehr Aktivitäten als normalerweise mit den Bewohnern.
..K6.2.4 Komm	67	I: Und was glauben Sie, welche von den Coronapräventionsmaßnahmen sich als belastend für die Betreuungsgruppe, also für die Bewohnenden erwiesen haben?
..K6.2.7 Besuch	68	E: Ja, das war am Anfang zum Beispiel das mit den Schutzschilden. Aber jetzt immer wieder wenn dann wirklich harte Maßnahmen getroffen werden, ist das belastend für alle, vor allem wenn die Bewohner keine Besucher empfangen dürfen. Aber wir versuchen dann, dass wir die Bewohner irgendwie mit Videochat und Telefonie, in Verbindung mit Familienmitgliedern zu setzen.
..K7.4.1.2 Technis	69	I: Und wie funktioniert das?
..K7.4.1.2 Technis	70	E: Nicht bei allen. Es hängt ab von dem Zustand der Bewohner. Aber für Bewohner, die orientiert sind, funktioniert es super. Für die Demenzen, die in der ersten Phase der Demenz sind, auch gut. Für die anderen halt eher nicht so (-). Wir machen es trotzdem. Es ist wichtig, dass man eine bekannte Stimme hört. Egal ob und wie sie es bemerken, oder ob die Bewohner bewusst sind oder nicht.
..K7.4.1.2 Technis	71	I: Okay. Ich habe hier noch eine Frage dazu, welche Maßnahmen sich positiv ausgewirkt haben auf das Wohlbefinden.
..K7.4.1.4 Beschäft	72	E: Genau. Das mit diesen Gesprächen halt.
..K7.4.1.4 Beschäft	73	I: Gibt es da noch andere Maßnahmen, die positiv sind für die Bewohner?
..K7.4.1.4 Beschäft	74	E: Andere Maßnahmen. Es gibt verschiedene Aktivitäten, die vor allem von Seniorenbetreuerinnen gemacht werden. Wenn es nicht die Möglichkeit gibt, dass wir die Bewohner von verschiedenen Bereichen sammeln und Aktivitäten machen, dann machen die Seniorenbetreuerinnen das in den jeweiligen Bereichen nur mit den Bewohnern dort. Und solche Aktivitäten finden jeden Tag statt. Zehn bis elf Uhr dreißig. Oder neun dreißig fängts an, in etwa. Verschiedene Aktivitäten halt, die tun gemeinsam malen, Musik hören und tanzen wenn es geht. Es hängt ab von der Beweglichkeit der Bewohner. Ansonsten lesen sie Geschichten, solche Sachen.
..K6.1.4 Demenz	75	I: Okay. Und gibt es unter den Bewohnern auch Menschen, die besonders stark betroffen sind von den Maßnahmen?
..K6.1.4 Demenz	76	E: Wie meinst du das?
..K6.1.4 Demenz	77	I: Die zum Beispiel besonders belastet sind oder die darunter mehr leiden als andere.
..K6.1.4 Demenz	78	E: Aha. Ja sicher, es ist unterschiedlich. Ziemlich unterschiedlich. Am Anfang habe ich zum Beispiel eine Bewohnerin gehabt, die hatte vor Kurzem auch ihren Mann verloren und die Schwester und dann kam COVID. Sie durfte den Sohn nicht sehen, der war das einzige Familienmitglied, das noch da war. Aber wir haben versucht, dann so gut es ging, darüber zu reden, Entlastungsgespräche zu führen, verschiedene Aktivitäten. Spazieren gegangen sind wir auch, wir haben hier in der Nähe einen Park. Sicher, es ist unterschiedlich. Auch mit Demenz. Da

...K8.1.4 Demenz

Stufe drei oder vier der Demenz sind, von denen kriegen wir auch nicht genug mit, um zu wissen, wie genau sich diese Situation auf sie ausgewirkt hat. Aber für Personen, die auf Stufe eins und halt noch geistig da sind, war es nicht leicht.

78

I: Okay und was denken Sie, wie sich das Impfen auf das psychische Wohlbefinden bei den Bewohnern ausgewirkt hat?

79

E: Wir haben Gott sei Dank eine sehr große, ich sage jetzt Gott sei Dank *(lacht)* eine sehr große Rate der Bewohner gehabt, die zugestimmt haben, sich sofort impfen zu lassen (-) und das hat sich bei denen positiv gewirkt. Weil die schon wussten, wie es auch in den Nachrichten vermittelt wird: Sobald man die Impfung hat, ist man geschützt und man kann alles machen, was man will. Aber später habe ich gemerkt, bei manchen Bewohnern, als dann halt diese Versprechungen nicht eingelöst wurden, also nicht umsetzbar waren, bei denen hieß es dann „Wieso jetzt, ich hab mich doch impfen lassen, was soll ich jetzt eine Maske tragen?“ oder „Wieso darf ich nicht mehr als (-) zwei Familienmitglieder einladen?“ und solche Sachen halt. Also am Anfang war es gut, weil es die Hoffnung gab, dass es wieder so wird, wie es war.

80

I: Okay, ja dann sind wir eigentlich auch schon am Ende angekommen mit dem Interview. Ich hab als letzte Frage noch, ob es noch etwas gibt, was Sie ergänzen möchten, was ich vergessen hab, worauf ich nicht eingegangen bin, was Ihnen wichtig erscheint.

81

E: (-) Ich muss kurz überlegen. (-) Eigentlich nicht.

82

I: Okay, dann mach ich mal die Aufnahme aus. Vielen Dank.

83

E: Okay.

...K3.1.3 Akzept

...K3.1.6 Sicher

...K3.2.5 falsche V

...K3.1.5 Hoffu

Anhang D3

Expert*inneninterview 3

Datum: 22.02.2022

Dauer: 00:33:20

Durchführungsart: Telefonisch

Interviewende (I): Jessica Cichowski

Expertin (E): Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin

I: Erstmal vielen Dank für Ihre Teilnahme, das freut mich sehr. Ich fange einfach mal oben an bei meinen Fragen. Also, wie lange sind Sie schon beruflich im Alten- und Pflegekontext tätig und wie lange am derzeitigen Arbeitsplatz?

E: Ich bin seit neunzehnhundert (-) also geht die Ausbildungszeit auch mit oder nicht? Weil am Krankenbett stehe ich seit 1985.

I: Okay, und davor haben Sie Ihre Ausbildung gemacht?

E: Also das ist eben mit Ausbildung gewesen. Im Laufe der Ausbildung 1985 bis 88 habe ich die Diplombildung gemacht und seit 1985 stehe ich am Krankenbett. Und mit 88 bin ich dann als diplomierte Krankenschwester fertig geworden am Krankenbett.

I: Okay und wie lange sind Sie jetzt an Ihrem derzeitigen Arbeitsplatz im Pflegeheim?

E: An meinem derzeitigen Arbeitsplatz bin ich jetzt seit zwei Jahren. Drei, nein warte, Blödsinn. Drei Jahre, drei Jahre.

I: Okay und Ihre Position dort?

E: Genau. Ich bin eben Diplomkrankenschwester und bin aber auch eine Fachbereitskoordinatorin. Also Stationschwestervertretung. In einer weiteren Position quasi.

I: Okay (-). Konnten Sie eine Veränderung Ihres generellen psychischen Wohlbefindens beobachten, seit die Pandemie losgegangen ist, also seit 2020.

E: Ja. Ja.

I: Wie würden Sie diese beschreiben?

E: Im Prinzip ist es ja so gewesen: Am Anfang war es irgendwie sehr unangenehm, weil ich eine der wenigen Personen war, die rausmusste. Die Straßen waren leer. Man ist sich ziemlich einsam vorgekommen und wie es halt ist in der Pflege, wir müssen immer da sein, aber im Prinzip sieht uns keiner. Das ist halt so. Also es ist wie gesagt schwer, das Krankenpflegebild hat sich nicht viel geändert. Und die Pandemie ist halt dazugekommen.

I: Okay. Und wie geht es Ihnen damit? Wie ist es gerade?

E: (-) Tschuldigung (-, schluchzt). Tschuldigung.

I: Alles in Ordnung. Sagen Sie Bescheid, wenn Sie eine Pause machen wollen.

		Problem.
..K1.4.7 Überford.	{	19
..K1.1.1 Person	{	
..K1.2.4 Konflikt	{	
..K1.4.7 Überford.	{	
..K1.4.3 Rollen	{	
..K1.1.1 Person	{	
..K1.3.1 Konflikt	{	
..K1.4.2 Pflicht	{	
..K1.1.3 Mangel	{	
..K1.3.1 Konflikt	{	
..K1.1.3 Mangel	{	
		E: Nein (-) es geht schon besser. Momentan ist es ein bisschen zu viel. Ich arbeite an einer Demenzstation als Fachbereichsleiterin und wir haben jetzt die letzten drei Wochen auch Quarantänestation gehabt. Und natürlich permanent Personalunterbesetzung und ständige Dienstfreistellungen und Krankenstände. Vor allen Dingen bei Personal, das nicht geimpft wurde, das hat sich dann gleich einmal im Vordergrund als krankgemeldet. Und dann mit irgendwelchen fadenscheinigen Ausreden. Und heute machen wir halt die Quarantänestation wieder zu, das heißt, wir haben wieder Normalbetrieb. Ja. Und dadurch ist es halt ein bisschen entspannter oder besser gesagt eigentlich erleichternder. Ja. Aber meistens ist es ja so. Bei mir funktioniert das meistens so, ich bin super (<i>lacht</i>) solange alles funktionieren muss und wenn es dann vorbei ist, kommt alles raus (<i>schluckt</i>). Schuldigung, ich muss nur eben (-, <i>entfernt sich</i>). Sonst sehen mich alle platzen (<i>lacht</i>). Ich habe es eh schon gesagt, es ist halt ein Wahnsinn. Eine Stationsleitung sollte halt eigentlich immer Stabilität herzeigen und präsentieren und das geht halt eben nicht. So, jetzt bin ich privat (<i>lacht</i>). Das ist ein Wahnsinn. Wir sind gerade fertig. Wir haben jetzt seit drei Wochen alles auf einmal. Demenzstation, die Quarantäne kommt und du musst dann mit dem Personal auskommen, was du hast. Wir haben 63 Dienste zu besetzen gehabt, das war ein Horror. Und das geht jetzt nicht nur in der Pandemiezeit so, also nicht nur in der Quarantänezeit, die wir gehabt haben. Es geht auch darum, dass wir wirklich (-) permanent unterbesetzt waren, schon seit ein paar Monaten. Und das auf einer Demenzstation, das ist einfach nicht (-) nicht mehr zum (-). Ach Gott. Und viel aufregen darfst du dich auch nicht. Das ist ja wieder schlecht und dann sagen sie, man soll (<i>Pause</i>) bei den Patienten halt nur das nötigste pflegen. Aber das Problem ist halt schon das: Du stehst dann beim Patienten und schaust den an. Die Grindraderl unter den Nägeln und weiß ich nicht was. Du musst das alles aushalten. (-) Als Krankenpflegeperson musst DU das aushalten. Diese (-, <i>schluckt</i>) permanente Unterversorgung des Menschen. Das ist das was mich so narrisch machen tut. Mit diesem Fürsorgeprinzip arbeiten sie alle miteinander schon fast seit 34, 35 Jahren, das geht mir dermaßen am oasch, das ist furchtbar! Wir haben das Problem jetzt einfach auch schon so hervorgehoben. Am Anfang sind wir beklatscht worden und jetzt werden wir bespuckt. Das ist die nächste Geschichte, wo ich mir denk „Geht's noch?“. Und deinen Angehörigen musst du alles erklären. Ich weiß nicht, wie man da so eine Idee haben kann. Weißt du, die Ärzte gehen mit der Masken unten und stecken alle an und die Pflege steht dann beim Patienten und muss ihn pflegen. Das ist wirklich mühsam. Jetzt muss ich ehrlich sagen, Gott sei Dank bin ich anonym. Sie sind ja auch nicht im Pflegewohnhaus und alles. Das ist die nächste Geschichte: Als Krankenpflegeperson darfst du ja nicht einmal die Batzen aufreißen, dann ist man halt einfach unerwünscht und man soll ja einfach nur den Mund halten und arbeiten. Das ist das große Ziel in der Krankenpflege, seit 1988. Wir haben ja am Anfang unserer Karriere nicht einmal auf Demos gehen dürfen. Weil man das nicht darf als Krankenpflegeperson. Ja! Das ist so. Ich habe drei Kinder großgezogen, bin immer 40 Stunden arbeiten gegangen, hab 20 Jahre auf einer Intensiv gearbeitet, wirklich, ich war schon was hackeln. Ich meine, ich weiß, was

_K1.1.3 Mangel

_K1.4.2 Pflicht

_K1.1.1 Person

_K1.1.4.1 Um

_K1.2.1 Konflikt

_K1.4.3 Rollenver

hackeln heißt und was Akutsituationen sind. Aber je älter ich werde, jetzt bin ich 54, ich werde 54, und ich denke mir dann schon: Irgendwann ist einmal Schluss. Irgendwann einmal muss das doch irgendwie besser werden. Das gibt es doch nicht! Ich bin wirklich die 20 Jahre auf einer Intensiv gewesen, weil diese permanente Unterbesetztheit am normalen Krankenpflegebett, das habe ich nicht ausgehalten. Das geht nicht. Und auf der Intensiv gibt es wenigstens ein bisschen eine gewisse Art von Stabilität. Ja (*lacht*) letztendlich hast du da Akutmedizin gehabt. Aber erstens einmal wenn du krank warst, hast du nicht einen halben Zusammenbruch gekriegt, weil das halt ersetzbar ist. Ich habe drei Kinder gehabt, die Pflegeurlaubstage kannst du an einer Hand abzählen, die ich gemacht habe. Eher hat mein Mann einen Pflegeurlaub gehabt und nicht ich. Aber ich habe zumindest für die Kinder ein gutes Gefühl gehabt, dass wenn irgendwas ist, kann ich und meine Kollegen leiden nicht so dermaßen darunter. Aber da, wenn du zu dritt am Krankenbett stehst mit 24 dementen Patienten, davon sind 20 zum Essen und zum Trinken eingeben, wie sollen wir denn das machen, bitte? Wie soll das funktionieren?! Und dann noch mit der Plastikschrützen und mit der Hauben und dem allen. Und Dienste besetzen ohne Ende. Und dann bist du schon so grantig auf die Leute, die sich dann noch infiziert haben. Da ist man dann schon so dermaßen grantig (*lacht*), weil man sich denkt: "Ja, hast du die Richtlinien jetzt auch wirklich eingehalten, die normalen Hygienemaßnahmen?". Dann sagen sie nämlich immer, sie haben sich bei der Arbeit angesteckt und nicht privat (*lacht*). Das gibt es ja nicht. Also wenn sie sich wirklich bei der Arbeit angesteckt haben, dann ist ja die Frage, ob sie ihre Hygienemaßnahmen nicht richtig eingehalten haben. Das kommt als nächstes dazu. Weil eigentlich bin ich erwachsen und weiß schon wann ich meine FFP2-Maske ob nehmen muss und wann nicht. Und so bin ich normalerweise nicht. Ich bin normalerweise keine Grantige, aber man wird dann einfach so, weil, du hast einfach kein Potential an Personal mehr. Und ich lache sogar in der platzerten Dynamik (*lacht*) eigentlich noch. Weil ich einfach wirklich das Beste daraus machen will, ich transformiere eh alles, aber es ist halt so.

20 I: Okay. Vielleicht können Sie das für mich nochmal ein bisschen auseinanderdifferenzieren, weil meine nächsten Fragen wären, welche Faktoren sich negativ auf Ihr Wohlbefinden als Krankenpflegerin auswirken und welche Faktoren positiv sind. Da sind Sie ja jetzt teilweise schon drauf eingegangen, aber vielleicht könnten Sie das nochmal umreißen.

_K1.1.1 Personal

_K2.2.1 (Mater)

21 E: Ja, das Negative ist das man einfach diese permanente Unterbesetztheit, diesen permanenten Personalmangel hat, der jetzt natürlich noch stärker in den Vordergrund gerückt ist als vor der Pandemie. Es ist einfach ein viel zentraleres, ein noch viel zentraleres Thema. Und das Positive ist einfach, dass die Schleifen von dem Schleusengewand bequemer ist als das normale Gewand (*lacht*). Ja, das ist super! Ich kenne das von der Intensiv, das war ein Traum. Und die Leute haben ja da diese depperten Gewänder, die du da kriegst mit Knöpfen und wo dann da zum Teil zehn Knöpfe abspringen, weil die Hose zu eng geschnitten ist oder dann wieder obi rutschen tut. Dieses hat ein Schnürle, das ist super (*lacht*). Ich sehe aus aller Scheiße, jeder Scheißsituation sehe ich ein Licht am Ende des Tunnels,

		wirklich (<i>lacht</i>). Sonst tät ich nicht so lange in diesem Job mehr sein.
	22	I: Okay. Welche Präventionsmaßnahmen kommen denn an Ihrem Arbeitsplatz zum Tragen?
..K1.3.1 Konflikte	23	E: Bei Präventionsmaßnahmen in Bezug auf die Pandemie haben wir eine FFP2-Maske, wir haben die Grillhandschuhe, wir haben die Plastikschrürzen. Am Anfang waren die FFP2-Masken sehr wie ein kleines Relikt zu behandeln, jetzt ist es so, dass wir auch die FFP2-Masken während dem Dienst, vor allen Dingen im Quarantänebereich, quasi wegtun dürfen, weil das ja auch nicht so sicher war. Da musstest du ja zwölfteinhalf Stunden mit einer Maske auskommen, was ein Schwachsinn ist, wo ich gleich gesagt habe „Nein, das machen wir sicher nicht, wir tun hier nach fünf Stunden immer die Maske weg und schmeißen sie weg, sonst hat die keinen Sinn mehr“. Aber da hat auch die kleine depperte Diplomierte drauf kommen müssen und nicht der Hygienefacharzt. Das muss man auch sagen. Wenn du das nach dem machen würdest, die hätten die die zwölfteinhalf Stunden rennen lassen. Wenn du nicht mitdenkst in dem Job bist allein, ich sag dir (<i>lacht</i>). Das ist so. Es schaut keiner auf die. Vor allen Dingen in der Akutsituation nicht. Ist ihnen alles wurscht. Obwohl unser Haus in der Summe gesehen ja wirklich ein super Haus ist. Also das muss man schon sagen, von der Leitung und allem. Aber natürlich, man sieht halt jede kleinste Kleinigkeit auch, man ist dann schon so hypersensibel. Und kommt dann auch schnell ins Verurteilen hinein. Aber in der Relation, ja. Wir haben es immer wieder gemerkt. Also Krankenpflegeperson ist immer der Dreh- und Angelpunkt. Und wenn keiner mehr da ist, die Krankenpflegeperson steht dann am Bett. Weil der Arzt, der sagt „Nein“. Der geht.
..K2.3.1.2 Sollte		
..K1.3.1 Konflikte		
	24	I: Okay nochmal zu den Präventionsmaßnahmen. Können Sie sagen, welche davon belastend waren?
..K1.1.4.1 Unnötig	25	E: Naja, diese Maskenpflicht, die ist halt ein Wahnsinn. Die FFP2-Maske ist ein Horror eigentlich. Du kriegst ein Kopfwahl wenn du die acht Stunden, neun Stunden permanent tragen musst. Dann auch das Social Distancing ist ein Horror eigentlich. Unsere dementen Patienten, die schauen sehr stark auf die Mimik der Krankenschwester oder überhaupt des Gegenübers. Wenn sie es schon inhaltstechnisch nicht mehr mitverfolgen können die verbalen Äußerungen, dann oft schon noch von der Mimik her, ob man denen wohlgesonnen ist oder nicht. Die Maske versteckt halt alles. Und auch diese körperliche Nähe, die der demente, der kognitiv beeinträchtigte Mensch braucht, das haben wir eigentlich nicht machen dürfen im Sinne von „Komm, jetzt tun wir mal kuscheln“ oder Handerl halten oder so. Ja, das war alles nur hermetisch in diesen drei Wochen und man ist dann schon ein bisschen immer wieder mehr in die in die Distanz gegangen. Eben weil das so ein valides Gut ist und weil das dann einfach so augenscheinig war. Nach den Impfungen ist es dann besser gegangen. Da hat man sich dann mehr getraut. Aber vor den Impfungen war es schon so, dass wir sie wie rohe Eier behandelt haben. Es war irgendwie so schwierig das richtige Gespür dafür zu entwickeln und die sind dann auch nervös geworden, die Leute. Ist eh klar, die haben das gespürt, die Anspannung von den Pflegepersonen.
..K4.2.4 Komm		
..K4.2.5 Kämpfer		
..K3.1.6 Sicher		
..K1.4.4 Unsch		
	26	I: Okay. Und was würden Sie sagen, welche Präventionsmaßnahmen positiv für

		Ihr persönliches Wohlbefinden waren?
..K3.1.6 Sicher	27	E: Die Impfungen haben schon ein Gefühl des Backups gegeben. Ja, also die Impfungen waren sicher ein großes Positiva, ja. Und die FFP2- Maske natürlich auch wieder (<i>lacht</i>). Weil die einen schützt und du schützt andere. Also es geht in beide Richtungen. Der Mund-Nasen-Schutz ist eigentlich nur für die anderen gewesen und mit den FFP2-Masken geht es eigentlich in beide Richtungen. Da hab ich auch mehr Sinnhaftigkeit gesehen.
..K2.1.1 Wissen	28	I: Und wie hat sich die Möglichkeit, sich impfen zu lassen auf Ihre Arbeit ausgewirkt? Würden Sie sagen, dass es da Komplikationen gab?
..K3.2.1 Personal	29	E: Jaja, wir haben sehr viele Ausfälle gehabt von Pflegepersonen, die sich impfen lassen haben, weil die Impfreaktion bei manchen schon sehr stark war. Bei den Bewohnern selber war es eigentlich weniger, die haben das eigentlich weggesteckt wie nichts. Aber ja, das waren halt schon viele Ausfälle auf einmal. Also ich war eine von den Ersten in dem Haus, die sich impfen lassen haben, einfach auch als Überzeugungsarbeitsleistung quasi. Als Leitung musst du das schon machen.
..K1.4.2 Pflichtgef	30	I: Okay und welchen Einfluss hatte dann die Möglichkeit, sich impfen zu lassen auf Ihr persönliches psychisches Wohlbefinden?
..K3.1.7 Beitrag le	31	E: Ich weiß es nicht. Im Prinzip bin ich davon überzeugt, also das ist schon sehr spirituell, dass man das bekommt, was man erhält. Oder wie sagt man das. Es hat für mich persönlich jetzt nicht wirklich einen Vorteil gegeben. Überhaupt nicht. Weil man kann sich ja trotzdem infizieren. Das einzige ist vielleicht ein bisschen mehr Stabilität. Für mich persönlich nicht, aber ich bin ein extrem solidarischer Mensch und da ist es dann wiederum gesamtheitlich gesehen natürlich viel besser. Weil erstens einmal ist man innerlich beruhigter, man hat auf alle Fälle einen Solidaritätsbeitrag geleistet, so in der Richtung. Also wenn du (<i>Telefon klingelt</i>) Sekunde (-, <i>kurzes Gespräch, Unterbrechung von 26 Sekunden</i>) Also ja von dem her hat es mich beruhigt, dass ich da auch was dazu beitragen habe können im Solidarischen, im Gemeinschaftlichen. Aber das ist es. Ich meine, ich bin da sehr (<i>lacht</i>) solidarisch. Blöd vielleicht auch (<i>lacht</i>).
	32	I: Okay und hat sich Ihre persönliche Haltung gegenüber Ihrer eigenen Tätigkeit als Krankenpflegerin im Verlauf der Pandemie geändert?
..K2.4.4 Postivem	33	E: Interessanterweise nicht, nein. Also ich bin halt einfach ein alter Has (<i>lacht</i>) und die Enttäuschung war immer schon die, dass man einfach zu wenig Personal war, was für mich jetzt irgendwie ziemlich gleich ist. Halt jetzt durch die Position selbst als Leitung, in der Ausnahmesituation, das habe ich schon extrem herausfordernd gefunden. Die Haltung zu meinem Job selbst, zu meinem Tätigkeitsfeld, ist aber die gleiche geblieben, positiv. Ich mache Dienst am Menschen und ich habe einfach diese Liebe zum Menschen. Wenn du die hast dann, glaube ich, kann man viel aushalten. Also es ist nichts verändert. Was ich aber beobachtet habe ist, wenn zu viel Überforderung da ist, dass man zu wenig Geduld hat. Für Menschen, für alles. Bei manchen Malen, bei Überforderung, ist man einfach ungeduldiger. Da hat man einfach diese Dynamik nicht mehr. Und
..K1.4.7 Überf		
..K1.4.3 Rollenkon		

..K1.4.3 Rollenkon	{	34	Professionalität bleiben möchte. Aber wir sind ja auch alle keine Heiligen (<i>lacht</i>). I: Okay, dann hätte ich jetzt noch ein paar Fragen zu Ihrer Betreuungsgruppe. Konnten Sie da generell Veränderungen des psychischen Wohlbefindens innerhalb dieser Gruppe beobachten seit die Pandemie ist? Und wie schätzen Sie das jetzige Wohlbefinden ein unter den Bewohnenden?
..K1.4.2 Pflicht	{	35	E: Naja, auf der Demenz haben wir eigentlich immer das Beste draus gemacht. Für die halt. Die sind natürlich unterversorgt weil ja auch die Therapeuten teilweise nicht ran gekommen sind an die Bewohner. Und dadurch haben sie natürlich weniger Abwechslung gehabt. Natürlich sind die dann nachher ein bisschen schlechter geworden von der kognitiven Dynamik her. Wir haben zwar versucht, zu kompensieren, denn Pflege kann ja alles. Mit Ballspielen und solchen Sachen. Aber auch jetzt in der Quarantänezeit haben wir vielleicht zwei- dreimal versucht, ein bisschen, wenn wir mehrere waren, Aktivitäten zu machen. Die Leute merken auch wenn Besuchszeit ist, also beim fehlenden Besuch von den Angehörigen, werden die dann schon unruhiger. Einerseits fordert der Angehörigenbesuch die Demenzerkrankten auch heraus, weil die Angehörigen erwarten ja gewissen Dynamiken von ihren Leuten und die überfordern sie dann teilweise. Und andererseits ist es aber schon so, dass sie auch diese körperliche Nähe brauchen, von ihren Lieben. Und das merkt man einfach. Der Mensch ist ein soziales Wesen und der will einfach auch körperliche Nähe und der braucht das auch, das gibt ihm Sicherheit. Die Ausnahmen, die haben dann teilweise ein bisschen schlechter geschlafen, weniger gegessen, weniger getrunken und waren tageweise schon aggressiver. Aber ob das jetzt durch die Pandemie war oder weil sie zu wenig Aufmerksamkeit bekommen haben, weiß ich jetzt nicht. Aber es wird so ein Zusammenspiel sein, weiß ich auch nicht, man kriegt ja auch weniger Aufmerksamkeit wenn pandemisches Geschehen ist.
..K6.3.4 Demen	{	36	I: Okay und wie ist es derzeit mit dem Wohlbefinden unter den Bewohnenden?
..K1.4.2 Pflichtgef	{	37	E: Wir haben schon zwei massive Verschlechterungen festgestellt bei den COVID-Patienten. Der Eine ist jetzt sogar im Spital, aber das nicht allein aufgrund von COVID, sondern der hat glaube ich einfach so eine hypersensitive Krise gekriegt, Epianfälle. Der war aber nicht COVID-positiv. Dieser Andere, da weiß ich jetzt nicht, ob das abhängig von der Pandemie war. Aber es ist auffällig, dass wir genau jetzt drei Notfälle in dieser Quarantänemaßnahmezeit gehabt haben, interessanterweise.
..K6.2.7 Besuch	{	38	I: Okay, dann habe ich jetzt noch eine Frage zu diesen Präventionsmaßnahmen. Was denken Sie, welche davon belastend für die Betreuungsgruppe sind?
..K6.2.5 Körperkon	{	39	E: Naja, das social distancing, das auf alle Fälle. Und dieses wenig soziale Miteinander, also diese Gruppendynamiken, die haben wir ja nicht mehr machen dürfen. Ja, das soziale Miteinander eigentlich, darunter haben sie sicher am meisten gelitten. Und eben wie gesagt, die fehlende Mimik durch die Maske. Da haben sie sicher ein Kommunikationsproblem. Das ist sicher.
..K6.2.1 Arbeit	{	40	I: Okay und gibt es auch Maßnahmen, von denen Sie glauben, dass sie sich positiv
..K6.2.6 Grupp	{		
..K6.2.4 Komm	{		

_K1.2.7 Besuchen

41 E: Nein.

42 I: Keine?

43 E: Nein, nein.

44 I: Okay. Und gibt es innerhalb der Betreuungsgruppe Menschen, die besonders stark von den Maßnahmen betroffen sind?

45 E: Von den Präventionsmaßnahmen oder Behandlungsmaßnahmen?

46 I: Von den COVID-Präventionsmaßnahmen.

47 E: Okay. Ja. Schon. Also der Besuch, die Besuchsminimierung, da haben schon ein paar sehr gelitten drunter, die halt vorher auch viel hatten.

48 I: Okay und würden Sie sagen, dass es eine bestimmte Gruppe von Leuten ist oder eher Einzelpersonen?

49 E: Bestimmte Gruppen. Entschuldigung, Einzelpersonen, Einzelpersonen. Also bei zwei drei Leuten weiß ich es ganz genau, die sind sehr traurig, dass die Tochter nicht kommen hat können.

50 I: Und was glaube Sie, wie sich die Möglichkeit des Impfens auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe so ausgewirkt hat?

_K1.2.2 Mangeln

51 E: Das war ihnen wurscht, glaube ich. Die haben den Zusammenhang einfach nicht gekannt, dann ist das wurscht. Im Prinzip, tut eine Impfung immer weh und die reagieren ja eigentlich so wie große Dreijährige. Und natürlich ist das ein körperlicher Eingriff, mit der Injektion und den Zusammenhang, wie, was, wann, haben sie ja alle nicht verstanden. Also keiner. Außer einer Patientin. Die schon. Und die wollte auch. Also eigentlich zwei. Zwei haben wir gehabt, die kognitiv besser waren, ja. Und die wollten auch.

_K1.1.3 Akzept

52 I: Dann bin ich eigentlich eh schon am Ende mit meinen Fragen, ich habe als letztes noch, ob es etwas gibt, das Sie noch ergänzen möchten, auf das ich nicht eingegangen bin.

_K1.4.6 Einschü

_K2.4.2 Liebe:

53 E: Nein, ich glaube, ich habe Sie ziemlich zugemüllt, das tut mir echt Leid (*lacht*). Das ist normalerweise nicht meine Art, aber es ist irgendwie die Grenze gerade, habe ich eh erklärt. Nein, ansonsten ist Krankenpflege einfach ein schöner Beruf. Ich empfehle ihn immer weiter, weil, man wirklich sehr stark immer wieder an seine Grenzen kommt und das muss man halt einfach. Das Berufsfeld ist schon weitflächig. Die Ergotherapeuten können sich in ihrer Fachexpertise gut abgrenzen, die Musiktherapeuten, die Physiotherapeuten, die Ärzte, die Putzfrauen, die Abteilungshelferinnen, alle. Alle können sich super in einem Tätigkeitsfeld abgrenzen. Krankenpflege nicht. Krankenpflege ist Musiktherapeutin wenn die Musiktherapeutin nicht kommen kann. Krankenpflege ist Arzt wenn der Arzt nicht kommen kann. Krankenpflege ist Abteilungshelferin wenn die Abteilungshelferin krank ist. Krankenpflege ist auch Putzfrau wenn die Putzfrau krank ist. Krankenpflege macht alles, auf jeder Ebene. Warum? Weil man den Boden mit Stuhl verschmiert im Nachtdienst nicht so lassen kann, weil der

_K1.3.1 Konflikte

...K1.3.1 Konfide

...K1.3.1 Person

...K1.4.6 Erschöpfung

...K2.4.2 Liebe:

Arzt nicht kommt. Die anderen kommen halt nicht, die sind ja dann nicht da. Aber du bist als Krankenpflegeperson immer da. Immer. Und du wirst auch zur Rechenschaft gezogen. Immer. Wurscht, hat man sie angerufen, hat man sie nicht angerufen, das, das, das, du bist immer am Erklären und Benachrichtigen. Und das bei einer permanenten Unterbesetzung. Und das ist schon langsam aber sicher zu viel. Und mich wundert es nicht, dass viele Krankenschwestern den Job wieder aufgeben. Mich wundert es gar nicht. Und Recht haben sie. Recht haben sie. Aber ich bin zu alt dafür. Und ich liebe den Job auch, das ist es halt auch. Wenn du es nicht so magst wie ich, dann bist du weg. Es gibt ja nun Gott sei Dank eh genug Leute, die so eine Einstellung haben wie ich, schlimm wenn das nicht so wäre (-). Gut.

54 I: Okay, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

55 E: Ja, ich bin dann jetzt auch weggegangen von der Station (*lacht*). Ich hoffe, ich habe Ihnen helfen können.

56 I: Ja, sehr, vielen Dank. Ich hoffe, ich habe Sie nicht zu lange abgehalten.

57 E: Nein, nein, das geht schon, ich bin ja nicht mehr auf der Intensiv, ich bin auf einer Demenzstation. Und ich bin schon aus meiner Emotion schon heraus.

58 I: Okay, dann würde ich die Aufnahme jetzt beenden.

59 E: Okay.

1	Anhang D4
2	Expert*inneninterview 4
3	Datum: 23.02.2022 Dauer: 00:17:26 Durchführungsart: Telefonisch Interviewende (I): Jessica Cichowski Experte (E): Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
4	I: Danke für die Teilnahme.
5	E: Sehr gerne.
6	I: Meine erste Frage ist, wie lange Sie schon beruflich im Alten- und Pflegekontext tätig sind, wie lange an Ihrem derzeitigen Arbeitsplatz und in welcher Position.
7	E: In Österreich seit fast zehn Jahren. Seit acht Jahren im Betrieb, seit sechs Jahren in Führungsposition.
8	I: Das heißt, wie ist dann Ihre Berufsbezeichnung jetzt?
9	E: Diplomingesundheits- und Krankenpfleger und Master of Science in Public Health.
10	I: Okay (-). Und konnten Sie eine Veränderung Ihres persönlichen psychischen Wohlbefindens beobachten seit Beginn der Pandemie, also seit Anfang 2020?
11	E: Ich habe Sie jetzt akustisch nicht, Entschuldigung mal, Sekunde, ich muss die Tür zumachen, weil ich Nebengeräusche habe, Sekunde (—). So jetzt geht es.
12	I: Okay. Also meine Frage war, ob Sie eine Veränderung Ihres persönlichen psychischen Wohlbefindens seit Beginn der Pandemie, also seit Anfang 2020, beobachten konnten.
13	E: Ja. Ich meine wie fast jeder am Anfang. Ungewissheit, Ängste. Mit der Zeit dann, naja ich würde nicht sagen Aufregung, aber man ist nervöser oder ungeduldiger geworden. Weil es so viele Regelungen gibt, es gibt so viele Änderungen, man kann das gar nicht mehr verfolgen. Und somit ist man ein bisschen aufgeregter und ungeduldiger als sonst.
14	I: Okay und wie geht es Ihnen jetzt gerade?
15	E: <i>(lacht)</i> Es kommt ein Zeitpunkt, wo man dann, ich würde nicht sagen in Wurschtigkeit geht, sondern wo man dann versucht, darüber zu lachen. Ja. So ist es.
16	I: Was würden Sie denn sagen, welche Faktoren sich für Sie als Pflegekraft negativ auf Ihr Wohlbefinden auswirken?
17	E: Die ganzen Regelungen, die rund um Wien immer wieder unterschiedlich sind. Dann immer weniger Verständnis von Angehörigen für die ganzen Tests, für die ganzen Maßnahmen, für die ganzen Richtlinien (-). Und die Tatsache, dass

..K1.4.6 Angst

..K1.4.6 Unsich

..K2.2.2 Gewöhnung

..K1.1.6.4 Unsicher

..K1.1.2 Mangel

..K1.1.3 Mangel

..K1.1.3 Mangeln	18	haben wollen und unbedingt Impfungen haben wollen und so weiter und sofort. Also die Pflege ist quasi Schuld an dem. Am Anfang waren wir die Helden, haben Applaus gekriegt, jetzt ist vom Applaus nur eine Watschn geblieben.
..K2.3.1.1 Rückhalt	19	I: Okay und welche Faktoren wirken sich für Sie positiv auf Ihr Wohlempfinden aus? E: Positiv. Positiv, positiv. Ja, der Teamgeist. Das Verständnis von den, wir sagen Bewohner, aber Sie können auch Klienten oder Kunden schreiben, für die Krise. Das ist eine ältere Generation, das ist eine Generation, die Krisen durchgemacht hat. Also Zweiten Weltkrieg, Nachkriegszeiten. Und die haben viel mehr Verständnis als alle anderen. Für die Krise, für Situationen und so weiter und das braucht es auch. Die Leute sind dankbarer als sonst, weil die in Krisenzeiten zusammenhalten und wir sowieso.
..K7.4.1.3 Soll	20	I: Okay. Jetzt geht es ein bisschen um die Präventionsmaßnahmen. Da hätte ich erstmal allgemein die Frage, welche an Ihrem Arbeitsplatz zum Tragen kommen.
..K2.3.1.2 Soll	21	E: Präventionsmaßnahmen in Bezug auf (-)?
	22	I: Präventionsmaßnahmen in Bezug auf die Pandemie. Und welche davon für Sie persönlich belastend waren und welche sich positiv für Sie ausgewirkt haben.
..K2.1.1 Wissen	23	E: Also ich finde, Desinfektion und Händewaschen, sowie FFP2-Masken, haben sich wirklich bewährt, als effektive oder effektivste Maßnahmen, prophylaktische. Dazu die Tests, also die PCR Tests vor allem. Weil wir Impfdurchbrüche gehabt haben und wir so rechtzeitig die Positiven isolieren konnten und somit eine Entstehung eines weiteren Clusters verhindern konnten.
	24	I: Und was würden Sie sagen, welche Maßnahmen waren für Sie persönlich belastend?
..K1.1.4.2 Ums	25	E: Contacttracing. Wir mussten jeden Besucher protokollieren. Mit Namen, Adresse, Telefonnummer, Datenschutzeinwilligung, es ist so viel Bürokratie. Und zu alledem selbstverständlich noch irgendwann einmal kein Verständnis von Betroffenen mehr. „Warum muss ich schon wieder?“. Also das Contacttracing war extrem belastend oder ist es immer noch. Und es kamen auch ein paar Maßnahmen, die lächerlich waren, aber gut, am Anfang haben wir alle nichts gewusst. Wie diese Plexiglasdinge. Weil wir ihnen derweil diese Plexiglasblenden hingestellt haben, haben die Leute nichts gehört und haben einfach auf der Seite miteinander geredet ohne Plexiglas. Ja.
..K1.1.2 Mangel	26	I: Okay und welche Präventionsmaßnahmen waren dann positiv für Sie persönlich?
..K1.1.4.2 Ums	27	E: Wenn man die Impfung als Prävention sehen kann, ist das schon positiv. Also die Impfung hat definitiv geholfen. Das hat man gesehen. Wir haben ein Cluster gehabt und auch wenn es Impfdurchbrüche gibt, haben wir seit der Impfung keine schweren Verläufe mehr gehabt. Weder bei Bewohnern, noch bei Mitarbeitenden. Ja. Die Impfung ist definitiv etwas, das gut ist. Und die FFP2-Maske. Ich meine, in unserem Beruf ist Händewaschen, Händedesinfizieren Gang und Gebe, deswegen war das nichts Neues.
..K1.1.4.3 Ums		
..K3.1.6 Sicherheit		
..K2.1.1 Wissen		

- 28 I: Okay. In der nächsten Frage geht es jetzt auch noch etwas konkreter um die Impfung. Wie hat sich die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihre Arbeit ausgewirkt und traten Komplikationen dabei auf?
- 29 E: Wir haben Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen im Februar voriges Jahr geimpft. Am Anfang war die Impfwillingkeit enorm und die Leute wollten sich impfen. Der Zugang zum Impfstoff am Anfang war ein bisschen anders, jetzt ist es wieder die Bürokratie. Jeder muss irgendein Einverständnisformular ausfüllen, dann muss man hin- und her, viel Blablabla ist drin. Und die Handhabung von Impfstoffen ist auch eine Katastrophe, weil wenn die aufbereitet werden, ich weiß nicht, ob Sie wissen, wie das funktioniert. Bis zu fünf Impfstoffe bestellt man bei der MA70, ab fünf, fünf bis ich glaube zwölf oder so, keine Ahnung, bei MA15 und ab dreißig kann man über, naja, es ist kompliziert. Es ist diese viele Bürokratie, die das Ganze kaputt macht. Jetzt habe ich Sie verloren. Was war noch Teil von der Frage?
- 30 I: Die Frage war, was für Komplikationen aufgetreten sind und wie sich das auf Ihre Arbeit ausgewirkt hat, das man sich hat impfen lassen können.
- 31 E: Auf der Arbeit. Ich glaube, dass ein paar Leute geglaubt haben, man impft sich und juhu, die Pandemie ist vorbei. Das wurde von der Politik, von der Bundespolitik auch so angekündigt. Das hat negative Folgen, weil wir interessanterweise heuer neun positive Fälle haben, alle geimpft. Das heißt, das war auch eine, wenn man das so sehen darf, Komplikation. Die Leute haben geglaubt, sie lassen sich impfen und es ist wie der Bundeskanzler gesagt hat, die Pandemie ist vorbei für einen. Es war nicht so. Die Ungeimpften haben sich brav weiterhin an die Maßnahmen gehalten und sind negativ geblieben.
- 32 I: Okay und was würden Sie sagen, welchen Einfluss die Möglichkeit sich impfen zu lassen auf Ihr persönliches psychisches Wohlbefinden hatte?
- 33 E: Am Anfang habe ich es sicher begrüßt, ich war dafür, ich bin ein Impfbefürworter, kein Thema. Mittlerweile, puh. Ich meine, dass ich gegen Impfen bin kann man nicht sagen, aber mir fällt nichts anderes ein. Es ist jeder Arzt, jeder kennt sich aus und mittlerweile kann ich nichts mehr von Impfen hören. Man weiß, dass man bei jeder Impfung einen ersten und zweiten Teil, Booster, Auffrischung, Auffrischung, braucht, aber mittlerweile, diese Diskussionen über Impfungen, das macht mittlerweile wirklich müde. Darüber zu reden generell. Aber ich rede mit Ihnen *(lacht)*. Ein bisschen Kraft ist noch da.
- 34 I: Okay und würden Sie sagen, dass sich Ihre persönliche Haltung gegenüber Ihrer eigenen Tätigkeit als Pflegekraft im Verlauf der Pandemie geändert hat?
- 35 E: Dass sich meine Haltung gegenüber meiner Tätigkeit geändert hat?
- 36 I: Ja.
- 37 E: (-) Nein.
- 38 I: Gut, dann hab ich jetzt noch einen Teil, in dem es um Ihre Betreuungsgruppe geht. Da wäre erstmal meine Frage, ob Sie allgemein Veränderungen des

		seit Beginn der Pandemie.
..K2.3.1.1 Rückfall	39	E: Ja, im positiven Sinne. Obwohl man im Fernsehen gesagt hat, dass alte Menschen im Pflegeheim leiden und so weiter und sofort, haben wir das nicht beobachten können. Die waren verständnisvoll. Es gab kaum Beschwerden. Auch wenn man was, unter Anführungszeichen, falsch gemacht hat, haben sie Verständnis, weil das ja während der Krise war und auch während des Lockdowns. Wir sind, ich würde sagen, mehr zusammengewachsen. Also ich sah das positiv.
	40	I: Okay. Und wie schätzen Sie das derzeitige Wohlbefinden ein unter den Bewohnenden?
..K7.4.1.5 Gesund	41	E: Langsam kehrt schon wieder Normalität zurück. Das heißt mittlerweile nehmen wenige die Pandemie ernst. Die Meisten, glauben nicht mehr daran ist jetzt übertrieben zu sagen, aber es ist Alltag. Es ist nichts Neues. Wenn man jetzt sagt die Mitarbeiterin oder der Bewohner ist COVID-positiv: nichts. Ist okay.
	42	I: Okay. Und was denken Sie welche Präventionsmaßnahmen sich als belastend für die Betreuungsgruppe erwiesen haben?
..K4.2.2 Mangeln	43	E: Ich glaube das sind Probleme mit FFP2-Masken vor allem. Das sind ältere Menschen, ich meine, die Masken tragen sie nur wenn es zumutbar ist, kein Thema, aber in größeren Gruppen versucht man, die Maske anzubieten. Mittlerweile ist auch das Angebot belastend. „Warum schon wieder?“ und „Will ich nicht“ und „Kenn ich schon“ und „Ich hab nichts“ und „Ich bin geimpft“ und und und.
	44	I: Okay. Und welche Maßnahmen glauben Sie haben sich positiv ausgewirkt auf das Wohlbefinden der Betreuungsgruppe?
..K3.1.6 Sicher	45	E: Die Impfung definitiv. Wir haben vor der Impfung ein Cluster gehabt, wir hatten Todesfälle, wir hatten Schwerverläufe. Seit der Impfung keinen positiven Fall bei den Bewohnerinnen und Bewohnern (-). Ich würde sagen, dass die Tests auch für die Betreuungsgruppe von Bedeutung sind, weil wir regelmäßig testen, also dreimal die Woche. Und wenn da wer positiv wäre, dann könnten wir die betroffene Person isolieren und die anderen wären dadurch geschützt. Also Impfung und und Tests.
..K2.1.1 Wissen	46	I: Okay. Und gibt es innerhalb der Betreuungsgruppe Menschen oder Gruppen von Menschen, die besonders stark von den Maßnahmen betroffen sind?
	47	E: Bei uns nicht, nein.
	48	I: Okay. Und wie hat sich Ihrer Meinung nach die Möglichkeit des Impfens auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe ausgewirkt?
..K7.4.1.1 Wert	49	E: Also ich glaube dass die Leute, ich würde nicht sagen dankbar, aber froh waren, dass sie als die Ersten dran waren bei der Impfung. So nach dem Motto „Die Gesellschaft hat uns nicht bis zum Schluss gelassen“ sondern eben „Wir sind die Ersten der Gesellschaft, wir sind bedeutsam“, also „Wir sind nicht im Heim abgeschoben, sondern die Leute schauen auf uns“. Das war einmal. Und die
..K3.3.1 Fremd		

...K1.3.1 Fremd

...K1.4.1.3 SoSe

Leute, die sich nicht impfen lassen wollen, das ist meistens durch die Erwachsenenvertreter oder Angehörige, die als Impfgegner dagegen waren. Aber es gab keine Spaltung zwischen Geimpften und Ungeimpften, wie gesagt, es war verständnisvoll.

50 I: Okay, ja dann bin ich eigentlich schon am Ende. Ich habe noch als letzte Frage, ob es etwas gibt, das Sie ergänzen möchten, irgendwas worauf ich vielleicht nicht eingegangen bin, was Ihnen wichtig erscheint zu dem Thema.

...K1.4.6 Erschöpf

51 E: Puh, offene Fragen. Scheiße. Nein, nicht viel. Ich meine es gibt sicher noch was. Ich sage schon langsam sind wir alle müde von der Pandemie und von Corona und der Impfung und der Impfpflicht. Nur als Tipp wenn Sie das nächste Mal wen fragen, sagen Sie einfach 15 bis 25 Minuten, klingt besser. Das ist wie als Preis 9,99 oder zehn Euro. 9,99 ist billig, zehn ist schon teuer. Ich habe mich auch selber erschrocken vor dreißig Minuten. Sie klingen so nett am Telefon, Sie können einem (-) Eskimo darf man nicht mehr sagen, aber einem Eskimo einen Kühlschrank verkaufen, hat man früher gesagt. Ich weiß nicht, wie man jetzt sagt, meine Tochter hat immer ein Problem wenn ich Eskimo sage. Okay. Ich hör jetzt eh auf.

52 I: Okay, ja. Dann danke auf jeden Fall. Dann beende ich die Aufnahme.

53 E: Okay.

	1	Anhang D5
	2	Expert*inneninterview 5
	3	Datum: 23.02.2022 Dauer: 00:19:12 Durchführungsart: Telefonisch Interviewende (I): Jessica Cichowski Expertin (E): Diplomierte Kranken- und Gesundheitspflegerin
	4	I: Vielen Dank nochmal, dass Sie teilnehmen, das freut mich sehr. Ich fange dann mal an mit meinen Fragen. Die erste wäre, wie lange Sie schon beruflich im Alten- und Pflegekontext tätig sind.
	5	E: 26 Jahre.
	6	I: Okay und wie lange sind Sie an Ihrer derzeitigen Arbeitsstelle tätig und welche Position haben Sie dort inne?
	7	E: Auch 26 Jahre. 26 Jahre. Das ist meine erste Arbeitsstelle in Österreich sozusagen. Und jetzt arbeite ich als Vertretung von der Heimbereichsleitung.
	8	I: Okay, also sind Sie
	9	E: Ich bin diplomierte Krankenschwester mit noch zusätzlichen Aufgaben, ja.
	10	I: Okay. Und konnten Sie eine Veränderung Ihres persönlichen psychischen Wohlbefindens beobachten, seitdem die Pandemie losgegangen ist, also seit Anfang 2020?
..K1.4.6 Unsich	{	11 E: Ja. Das hat viel mit Unsicherheit zu tun. Überlastung sowieso. Weil wir bei uns im Haus die Pandemie recht turbulent erlebt haben. Und weil auch viele, viele Bewohner und viele von der Pflege, ich auch persönlich, wir waren unter den Ersten, die positiv waren. Das war dann auch ein bisschen herausfordernd, anstrengend für uns, weil es gerade der Anfang war. Es war nämlich Oktober, wo es bei uns losging, und da hat sich noch keiner ausgekannt mit wie genau wir was machen, was die Richtlinien sind. Das war sehr anstrengend.
..K1.4.7 Überfr		
..K2.4.1 Hoffm	{	13 E: Jetzt kann ich eigentlich sagen: Erleichtert auf der einen Seite, dass die Pandemie schon, sozusagen, hoffentlich zu Ende geht. Aber auch wieder so ein bisschen überlastet, weil auf uns so viel Druck gemacht wird, sich wieder die vierte Impfung zu geben, wo einige Kollegen und ich persönlich auch dagegen sind.
..K3.2.3 Druck		
		12 I: Und wie geht es Ihnen jetzt?
..K3.2.3 Druck	{	15 E: Der Druck von der Chefetage. Ja, das war das Schlimmste eigentlich muss ich sagen. Und die Richtlinien eigentlich, die sich jeden zweiten Monat oder auch manchmal einmal im Monat geändert haben. Die Coronamaßnahmen sozusagen. Das war schon, oder ist jetzt immer noch aktuell. Weil jetzt das mit der vierten Impfung kommt. Und weiterhin infizieren sich die Kollegen, die genesen und
..K1.1.4.4 Unet		
..K3.2.5 Falsch		
	14	I: Was würden Sie denn sagen, welche Faktoren sich für Sie als Pflegekraft negativ auf Ihr Wohlbefinden auswirken?

...K3.2.5 Falsche V

dreimal geimpft sind, da haben wir immer wieder positive Fälle. Am Anfang war Euphorie da „Okay, jetzt haben wir die Impfung, jetzt geht es schon besser“. Ja, jetzt sind die Bewohner und das Personal eigentlich durchgeimpft zum Teil, aber jetzt, trotz der Impfung, haben wir wieder positive Fälle.

16 I: Okay und was würden Sie sagen, welche Faktoren sich positiv auf Ihr Wohlempfinden ausgeübt haben?

17 E: In Hinblick auf Corona?

18 I: Ja.

...K3.2.3 Druck

19 E: Eigentlich keine, muss ich sagen. Weil ich zu denen gehöre, die nur einmal geimpft sind. Für mich war die Impfung eh zum Schluss die Frage und eigentlich, ich hätte mich nicht impfen lassen, hätte der Chef keinen Druck gemacht. Weil nicht nur ich alleine, sondern wir alle, unsere Pflege im Wohnhaus, haben nämlich am Anfang 21, vor der ersten Impfung, an einer Antikörperstudie teilgenommen und da wurden alle Bewohner und das ganze Personal, das selbstverständlich einverstanden war, Antikörpertests durchgeführt. Und darum haben wir gewusst, wo wir stehen, welche Antikörper wir haben. Und sagen wir es so, ich habe den zweithöchsten Wert von 80 Getesteten gehabt, nach meiner Coronaerkrankung. Darum hab ich es nicht als notwendig empfunden, dass ich mich impfen lasse. Und ich habe mich alle drei Monate getestet, die Antikörper waren plus minus fast gleich bei mir und zum Teil sind die auch gestiegen. Aber nicht nur ich, sondern auch einige Kollegen von uns. Und wir wurden dann halt, ja, meinem Empfinden nach gezwungen, doch zu impfen. Dieses Jahr, leider.

20 I: Okay, ich frage jetzt erstmal was zu den Präventionsmaßnahmen. Welche sind denn an Ihrem Arbeitsplatz zum Tragen gekommen, welche davon haben sich für Sie persönlich belastend und welche positiv ausgewirkt?

...K1.1.4.1 Unruhe

21 E: Belastend ist wahrscheinlicher bei dieser Frage. Es gibt persönliche Schutzausrüstung. Dazu gehören die FFP2-Masken, die müssen wir halt durchtragen, das ganze Team, außer wir sind im Freien. Dann dürfen wir die kurz ablegen wenn wir den Abstand einhalten. Ich glaube aber, das ist für alle Berufsgruppen, die das tragen müssen anstrengend. Und wenn wir positive Fälle haben, dann kommt beim Anziehen von der ganzen Schutzausrüstung noch Schutzbrille und FFP2-Maske und Visier und so Handschuhe dazu, das war schon sehr anstrengend. Was positiv zu bewerten war, vielleicht ist das komisch, aber dass wir weniger Besucher gehabt haben. Und dass sich die Angehörigen nicht negativ eingemischt haben in die Pflege. Weil wir auch schwierige Angehörige haben, so sagt man immer bei uns, die aus eigentlich gar keinem Problem einen Elefanten machen. Zum Beispiel „Wieso hat meine Mama ein graues T-Shirt und nicht gerade ein grünes T-Shirt an?“ und wieso die Haare nach vorne, aber nicht nach rechts frisiert sind und so banale Sachen halt zum Beispiel. Und die haben dann Besuchsverbot gehabt oder der Besuch war so ein bisschen eingeschränkt und das war sehr positiv für das Krankenpflegepersonal. Klingt vielleicht komisch, aber das war das Positive daran.

...K2.1.2 Besuch

22 I: Und wie hat sich die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihre Arbeit

...K2.2.1 Personal

...K2.1.4 Erleicht

...K2.1.4 Erleichter

...K2.2.5 Falsch

...K2.2.3 Druck

ausgewirkt, traten Komplikationen dabei auf?

23 E: Bei der Impfung?

24 I: Genau.

25 E: Wie ich sagte, ich wurde erst jetzt im Jänner zum ersten Mal geimpft. Zum ersten Mal. Drei Tage Krankenstand. Ich habe alles mögliche bekommen, Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerzen. So was halt zu den Nebenwirkungen gehört. Jetzt endlich bin ich froher und ich muss jetzt nicht mehr impfen. Weil ich genesen bin, reicht mir nur eine Impfung für die nächsten sechs Monate. Schauen wir, was dann später wird.

26 I: Okay und auf der Arbeit? Haben Sie gemerkt, dass sich das da irgendwie ausgewirkt hat, als man sich hat impfen lassen können?

27 E: Eigentlich nicht. Meinen Sie nach meiner Impfung oder allgemein als wir geimpft haben.

28 I: Ja, allgemein als das möglich wurde.

29 E: Also Sie meinen als wir geimpft haben. Wir haben Jänner 21 zu impfen angefangen, gleich wie Biontech Pfizer geliefert hat nach Österreich. Das war schon eine Erleichterung. Weil alle gedacht haben „Jetzt sind wir geschützt, jetzt kann sich keiner mehr anstecken“. Aber jetzt hat sich halt mit der Zeit herausgestellt, dass das ja doch keine richtige Impfung ist, damit kann man sich nicht hundertprozentig schützen sozusagen. Man kann sich trotzdem anstecken, halt nicht mit so schweren Symptomen wie ohne Impfung. Dann hat sich die Erleichterung sozusagen in Ernüchterung geändert.

30 I: Okay. Welchen Einfluss hatte die Impfung auf Ihr persönliches psychisches Wohlbefinden?

31 E: Ich fühle mich immer noch dazu gezwungen. Genau. Da ich jetzt aber schon geimpft bin, hat der Druck schon ein bisschen nachgelassen von der Chefebene. Aber trotzdem ist das auch innerlich, ich hab mir irgendwas spritzen lassen, wo ich gar nicht mit einverstanden bin. Ich bin kein Impfgegner, weil meine Kinder geimpft sind, sogar schon dreimal. Ich bin keine Impfgegnerin, nur wenn ich weiß, ich hatte Corona, diese erste Variante, ich sage dazu immer das Originalcorona gehabt. Und ich war schon schwer krank und ich habe drei Monate gebraucht, damit ich wieder in Fahrt komme. Auch bei der Arbeit habe ich Probleme gehabt die ersten drei Monate nach Corona. Und ich weiß, ich habe mich alle drei Monate getestet auf Antikörper, die waren stabil hoch bei mir. Wieso soll ich mich dann impfen lassen? Weil jetzt haben wir auch Kollegen, die dreimal geimpft sind und positiv sind mit Corona. Und der Chef hat schon gefragt „Wann gehst du zum zweiten Mal impfen, die zweite Impfung holen?“ Da hab ich gesagt „Ich muss nicht nach dem Grünen Pass, laut Impfzertifikat. Es ist freiwillig und dieses Impfzertifikat hier ist halt gültig und vor diesem Datum gehe ich nicht freiwillig impfen.“ Trotzdem, dass ich eine Pflegeperson bin oder eine diplomierte Krankenschwester und im Pflegeheim. Trotzdem bin ich der Ansicht, wenn ich genug Antikörper habe, dann bin ich geschützt. Ich bin keine Impfgegnerin, aber

- ..K3.2.3 Druck { in meinem Fall bin ich gegen die Impfung.
- 32 I: Okay und würden Sie sagen, dass sich Ihre persönliche Haltung gegenüber Ihrer Tätigkeit als diplomierte Krankenschwester im Verlauf der Pandemie verändert hat?
- ..K2.4.4 Positive { 33 E: Nein. Überhaupt nicht. Ich mache diesen Job gerne, egal ob Pandemie oder nicht Pandemie. Sonst wäre ich nicht 26 Jahre im gleichen Pflegeheim. Und es stand nie zur Frage, auch wenn die Impfpflicht kommt. Weil manche Kollegen gesagt haben, die lassen sich nicht impfen und die gehen lieber weg von dem Beruf, wegen der Impfpflicht und so weiter. Das stand bei mir nie zur Frage. Ja, ich liebe meinen Job und ich mache hoffentlich auch weiter, bis zur Pension.
- ..K2.4.2 Liebe: 34 I: Okay, dann habe ich noch ein paar Fragen zu Ihrer Betreuungsgruppe. Konnten Sie da Veränderungen des psychischen Wohlbefindens beobachten?
- ..K4.2.2.1 Testen { 35 E: Eigentlich nicht. Außer zum Beispiel bei den Bewohnern, die öfter sagen, es geht ihnen schon auf die Nerven. Und manche sind da gereizt, weil wir jetzt dreimal die Woche testen müssen, die Bewohner. PCR-testen. Und manche sind schon ein bisschen grantig. Aber selbstverständlich, wenn jemand dreimal die Woche kommt und einen Abstrich machen will.
- 36 I: Also würden Sie sagen, es ist während der Pandemie konstant geblieben, das Wohlbefinden?
- 37 E: Ja, genau.
- 38 I: Okay und wie würden Sie deren Wohlbefinden jetzt derzeit beschreiben?
- ..K4.4.4 Mangeln { 39 E: Gleichbleibend glaube ich. Weil unsere Bewohner sind sag ich mal so 80 plus. Und 80 Prozent oder vielleicht 85 Prozent davon sind dement. Die realisieren das gar nicht so, die Corona-Pandemie oder überhaupt irgendwelche Pandemien oder Veränderungen. Außer diese Tests, die gehen ihnen auf die Nerven.
- ..K4.2.2.1 Tests { 40 I: Okay. Was glauben Sie denn, welche Präventionsmaßnahmen sich als belastend für die Betreuungsgruppe erwiesen haben?
- ..K4.2.2.1 Tests { 41 E: Genau, testen. Am Anfang, wenn wir positive Fälle von den Bewohnern gehabt haben, war Besuchsverbot für manche auch eine Belastung. Weil wir dann allgemeine Hausverbote gehabt haben. Es durfte niemand rein außer Pflegepersonen. Das war für einen Teil von den Bewohnern schon belastend, das muss man schon sagen. Aber wir haben das dann einfach gelöst. Wir haben uns dann einen Laptop, nicht einen Laptop (-) ein Tablet angeschafft und die Angehörigen durften dort anrufen. Und wir sind dann mit Tablets zu den Bewohnern und die haben dann so kommuniziert wenn die Bewohner das verstanden haben. Wir haben eine Bewohnerin, die 102 wird. Jetzt im Mai wird sie Geburtstag haben und mit ihrem Stiefsohn hat sie brav telefoniert. Das hat total gut funktioniert.
- ..K7.4.1.2 Technik { 42 I: Okay. Ja, das nimmt auch eigentlich schon meine nächste Frage ein bisschen vorweg, die wäre jetzt, welche Maßnahmen sich positiv auf das psychische

„KT.4.1.2 Technik“	43	E: Das ist halt dieses Tablet.
	44	I: Und so von den anderen Präventionsmaßnahmen?
„KT.4.1.2 Technik“	45	E: Von den Präventionsmaßnahmen? Nein, dazu fällt mir jetzt momentan nichts ein außer diesem Tablet, womit wir die Besucher so organisiert haben. Das ist jetzt beibehalten worden. Weil wenn die Angehörigen weit weg sind, machen wir das immer noch mit diesem Tablet, so virtuelle Gespräche. Aber sonst fällt mir dazu jetzt momentan nichts ein.
	46	I: Okay. Gut, dann gehe ich mal weiter. Gibt es innerhalb Ihrer Betreuungsgruppe Menschen, die besonders stark von den Maßnahmen betroffen sind?
	47	E: Nein. Nein. Also, da 85 Prozent der Menschen (—)
	48	I: Haben die alle ähnlich reagiert?
	49	E: Genau. Genau.
	50	I: Okay. Wie hat sich Ihrer Meinung nach die Möglichkeit des Impfens auf das psychische Wohlbefinden innerhalb der Betreuungsgruppe ausgewirkt?
„KT.3.1.1 Transfer“	51	E: Da wir sehr viele Geimpfte haben, war denen das egal. Weil für die Erwachsenenvertreter oder Staffholder entschieden haben, ob die geimpft werden oder nicht. Weil da viele sind, die sich auch verbal nicht mehr äußern können, da ist es schwer zu beurteilen, wie sich das da auf die ausgewirkt hat. Und an den anderen Teil, die nicht mit gemeint sind, die waren eigentlich erleichtert mit der Impfung. Weil die dann schon gewusst haben, dass sie rausgehen können, dass sie Besucher ohne Einschränkungen haben können oder ohne größere Einschränkungen empfangen können. Die haben das als Erleichterung empfunden, glaube ich, die Impfung.
„KT.1.6 Erweit.“	52	I: Okay. Ich habe als letzte Frage noch, ob es etwas gibt, was Sie ergänzen möchten, worauf ich nicht eingegangen bin.
	53	E: Nein, hoffentlich habe ich nicht zu viel geredet. Nein, weil zum Teil habe ich andere Fragen schon angesprochen oder sowas, ich habe eigentlich noch nie vorher sowas gemacht, so ein Interview. Aber nein, ich glaube, alles was ich sagen könnte und wollte, habe ich glaube ich gesagt.
	54	I: Okay super, dann beende ich jetzt die Aufnahme.
	55	E: In Ordnung.

Anhang D6

Expert*inneninterview 6

.K1.2.1 Konflikte

.K1.4.3 Rollen

.K1.2.1 Arbeitszeit

- 1 Datum: 08.03.2022
 2 Dauer: 00:11:37
 3 Durchführungsart: Telefonisch
 Interviewende (I): Jessica Cichowski
 Expert*in (E): Pflegeassistentin
- 4 I: Danke nochmal, dass Sie teilnehmen, das freut mich. Meine erste Frage ist, wie lange Sie schon beruflich im Alten- und Pflegekontext tätig sind.
- 5 E: Also hier auf der Station bin ich jetzt zweieinhalb Jahre und insgesamt mache ich den Beruf schon zehn Jahre.
- 6 I: Okay. Das klärt meine nächste Frage, wie lange Sie schon an Ihrem derzeitigen Arbeitsplatz sind.
- 7 E: (lacht)
- 8 I: Und welche Position haben Sie dort inne?
- 9 E: Ich bin Pflegeassistentin.
- 10 I: Könnten Sie eine Veränderung Ihres generellen psychischen Wohlbefindens beobachten seitdem die Pandemie losgegangen ist, also seit Anfang 2020?
- 11 E: Ja. Ja. Es ist mehr der Druck, es ist mehr (-) wie soll ich sagen, es ist mehr der Druck seitens der Stationsleitung, aber auch von mir selbst und auch von den Bewohnern. Weil wie der erste Lockdown war, der allerallererste, haben wir ja das Haus zugesperrt gehabt. Es durften keine Besucher mit herein und das war dann halt schon sehr, sehr belastend. Wenn du nur mit den Bewohnern zusammen bist sozusagen.
- 12 I: Okay und wie geht es Ihnen jetzt gerade?
- 13 E: Jetzt geht es mir gut!
- 14 I: Okay.
- 15 E: Ja (-).
- 16 I: Gut (-). Was denken Sie denn, welche Faktoren sich für sie als Pflegeassistentin negativ auf Ihr eigenes psychisches Wohlbefinden auswirken?
- 17 E: Negative Faktoren. Um Gottes Willen (lacht). Also ein negativer Faktor oder das Blöde an der Pandemie ist, dass wir blockgearbeitet haben. Das heißt immer drei Tage Dienst, zwei Tage frei, drei Tage Dienst, zwei Tage frei. Dadurch hast du nie einen richtigen Erholungswert zu Hause. Das ist der negativste Faktor, der mir jetzt einfällt.
- 18 I: Okay. Und was würden Sie sagen, gibt es positive Faktoren, die sich auf Ihr psychisches Wohlbefinden ausüben als Pflegeassistentin?
- 19 E: Während der Pandemie?

	20	I: Ja.
..K2.1.4 Erleichter	21	E: <i>(lacht)</i> Ich glaube, da gibt es keine positiven Faktoren. Oh ja, vielleicht die Impfung! Dass sich die positiv ausgewirkt hat, das war schon eine Erleichterung. Genau. Aber sonst (-) wüsste ich jetzt nichts (-).
	22	I: Okay im nächsten Teil geht es jetzt ein wenig um die Präventionsmaßnahmen. Da würde ich gerne allgemein wissen, welche Präventionsmaßnahmen an Ihrem Arbeitsplatz überhaupt zum Tragen gekommen sind.
	23	E: Während der Pandemie?
	24	I: Ja, genau. Also seit Anfang 2020.
..K2.2.3 (Mittel)	25	E: Seit Anfang 2020. Naja, die Impfungen mit letztem Jahr im Frühjahr. Wir hatten genügend Schutzausrüstung, das war es auch. Ich glaube das wars eigentlich (-).
	26	I: Okay und haben sich von den Präventionsmaßnahmen welche als belastend für Sie herausgestellt?
	27	E: Nein. Nein. Nein.
	28	I: Okay (-). Und haben sich welche positiv auf Ihr Wohlbefinden ausgewirkt?
..K2.1.4 Erleichter	29	E: Ja, natürlich die Impfungen, wie schon gesagt (-).
	30	I: Okay.
	31	E: Ja (-).
	32	I: Wie hat sich denn die Möglichkeit, sich impfen zu lassen auf Ihre Arbeit ausgewirkt, gab es da Komplikationen?
	33	E: Nein, es hat keine Komplikationen gegeben. Die erste Frage war?
	34	I: Wie sich die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihre Arbeit ausgewirkt hat.
..K2.1.1 Umsetzen	35	E: Ja. Wir sind in der Arbeit direkt geimpft worden. Das heißt, wir haben nicht irgendwie zu einer Impfstation oder Impfbus oder sonst irgendwas müssen, sondern haben das direkt in der Arbeit machen können. Das war sehr gut.
	36	I: Okay. Und was würden Sie sagen, welchen Einfluss die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihr persönliches psychisches Wohlbefinden ausgewirkt hat? Können Sie das näher beschreiben?
	37	E: Mein persönliches (-). Wie soll ich es Ihnen beschreiben?
	38	I: Was hat das mit Ihnen gemacht, wie ist es Ihnen damit gegangen?
	39	E: Nach der Impfung?
	40	I: Überhaupt mit der Möglichkeit, dass das dann ging und wie sich das entwickelt hat für Sie.
..K2.1.3 Akzeptanz	41	E: Schau. Ich find die Impfung gut und ich bin der Meinung, die Leute sollten sich

- „KL 1.3 Ablegen“ { 2G-Nachweis, ohne 3G-Nachweis, einfach ein ganz normales Leben weiterführen können.
- 42 I: Okay. Und würden Sie sagen, dass sich Ihre persönliche Haltung gegenüber Ihrer Tätigkeit als Pflegeassistent im Verlauf der Pandemie verändert hat?
- „KL 4.4 Postleiere“ { 43 E: Nein. Nein. Überhaupt nicht. Eher gleichgeblieben.
- 44 I: Okay. Dann würde ich jetzt noch etwas zu Ihrer Betreuungsgruppe fragen. Konnten Sie Veränderungen im psychischen Wohlbefinden Ihrer Betreuungsgruppe seit Beginn der Pandemie beobachten?
- 45 E: Ja. Definitiv.
- 46 I: Können Sie diese Veränderung beschreiben?
- 47 E: Naja, schau. Normalerweise können die fähigen Leute ja raus, haben Besuch gehabt. Und dann hat es geheißen, sie dürfen nicht mehr raus, sie müssen dableiben und Abstand halten. Und man hat schon gemerkt, dass die Leute dann mehr in sich gekehrt waren, nicht mehr so viel gesprochen haben. Das ist einfach stiller und leiser geworden. Also das hat man schon beobachten können. Und dass halt auch daran, möchte ich meinen, einige bei uns dran gestorben sind. Weil sie den sozialen Kontakt nicht hatten, von der Familie.
- „KA 2.7 Bewachen“ { 48 I: Und wie schätzen Sie jetzt das derzeitige Wohlbefinden ein unter den Bewohnenden?
- 49 E: Jetzt finde ich es wieder gut. Also wir hatten ja gerade erst Corona auf der Station, sind erst wieder einigermaßen Corona-frei und jetzt geht es wieder, also jetzt blühen sie wirklich wieder auf die Bewohner. Ja.
- „KA 4.1 Abhängig“ { 50 I: Und was denken Sie welche von den Präventionsmaßnahmen sich belastend für die Betreuungsgruppe ausgewirkt hat?
- 51 E: (seufzt) Ich glaube, also, bei meiner Gruppe, die ich hatte, da sind die Leute ja zum Teil 95 plus. Ja, genau. Und dann ist halt die Frage, lässt man sie noch impfen, lässt man sie nicht impfen, weißt, das war dann schon die Frage, die im Raum gestanden ist (--).
- „KL 3.1 Trennscheit“ { 52 I: Okay. Also die Impfung hat sich dann belastend ausgewirkt in ihrer Gruppe?
- 53 E: Ja, genau.
- 54 I: Und gibt es auch Maßnahmen, die sich positiv auf das Wohlbefinden innerhalb der Gruppe ausgewirkt haben?
- 55 E: Während der Pandemie meinen Sie? Oder danach? Oder jetzt?
- 56 I: Von den Präventionsmaßnahmen generell während der gesamten Zeit.
- 57 E: Ja, genau. Ich glaube, so wie das jetzt ist, ist es relativ gut. So mit den ganzen Maßnahmen, die wir getroffen haben. Dass sie wieder raus dürfen, dass Besucher wiederkommen können, dass einfach der soziale Kontakt wieder da ist. Dass wir wieder mehr mit den Bewohnern machen können. Ja.
- 58 I: Und würden Sie sagen, dass es innerhalb Ihrer Betreuungsgruppe Menschen

K3.3.1 Fremdbel {

oder Gruppen von Menschen gibt, die besonders belastet durch die Maßnahmen sind?

59 E: Nein. Würde ich nicht bei meiner Gruppe sehen, nein.

60 I: Okay, dann habe ich noch die Frage, wie sich die Impfung auf das psychische Wohlbefinden innerhalb der Gruppe ausgewirkt hat.

61 E: Ja, da war es dann hauptsächlich diese Abwägung, macht mans macht mans nicht, die schwierig war (—).

62 I: Okay.

63 E: (—)

64 I: Okay gut, dann bin ich auch schon am Ende

65 E: Wirklich, sind wir schon fertig?

66 I: Ja, ich habe nur noch die Frage, ob Sie etwas ergänzen möchten, worauf ich nicht eingegangen bin.

67 E: Nein, ich glaube Sie haben alles gefragt. Ich habe versucht, meine besten Antworten zu geben *(lacht)*.

68 I: Okay, dann würde ich die Aufnahme beenden, wenn das für Sie passt.

69 E: Ja.

Anhang D7

Expert*inneninterview 7

1 Datum: 28.04.2022

2 Dauer: 00:39:21

3 Durchführungsart: Telefonisch

Interviewende (I): Jessica Cichowski

Expertin (E): Pflegeassistentin

4 I: Vielen Dank erst nochmal, dass Sie teilnehmen.

5 E: Ja, gerne.

6 I: Erstmal wüsste ich gerne, wie lange Sie schon beruflich im Alten- und Pflegekontext arbeiten.

7 E: Also ich habe meine Ausbildung 2018 abgeschlossen und seitdem bin ich in der Altenpflege an der gleichen Stelle, in der gleichen Firma tätig.

8 I: Und was ist da Ihre Position?

9 E: Ich bin Pflegeassistentin.

10 I: Gut, dann stelle ich Ihnen jetzt mal ein paar pandemiebezogene Fragen. Erstmal würde ich gerne wissen, ob Sie beobachten konnten, ob sich Ihr generelles psychisches Wohlbefinden seitdem geändert hat, also seit Beginn der Pandemie Anfang 2020.

11 E: Seit Anfang der Pandemie?

12 I: Genau.

13 E: Also generell die psychische Befindlichkeit? Also meine jetzt? Oder von den Bewohnern?

14 I: Genau, Ihre.

15 E: Also meine. Ja, wo soll ich anfangen? *(lacht)* Also mir ist es psychisch nicht gut gegangen. Gleich nach der ersten Welle war es schon sehr anstrengend. Und die zweite Welle (-). Ich persönlich war dann im Krankenhaus. Ich war dann auf der Psychiatrie wegen Depressionen. Also da bin ich vielleicht auch ein ausschlagender Fall. Das passiert nicht jedem. Und das passiert auch nicht von heute auf morgen. Aber mir hat das den Rest gegeben. Und seitdem bin ich auch in Behandlung. Also ich bin vier Wochen dort gewesen und dann vier Wochen im Krankenstand und nach der Zeit habe ich dann wieder gearbeitet. Zwei Monate noch Vollzeit und dann nur mehr 80 Prozent.

16 I: Okay und wie geht es Ihnen jetzt?

17 E: Ja, mir geht's jetzt inzwischen (-). Also ich habe mich gut erholt. Ich habe jetzt ein bisschen sowas wie einen Rückfall gehabt, als wir hier die letzte Welle gehabt haben im Haus, weil dieses Mal haben wir auch sehr viele Positive gehabt im Haus. Und das war halt sehr anstrengend, weil wir auch andere Arbeitszeiten

„KI.4.5 Depressiv“

„KI.4.5 Depressiv“

„KI.2.1 Arbeitszeit“

..K2.4.3 Erfahn

..K2.2.2 Gewd

Und ich habe selber auch Corona gehabt. Also mir ist es da nicht so gut gegangen. Aber mit 50 Jahren, da schafft man schon einen ganz guten Umgang mit der Situation. Also der Anfang war anstrengender. Jetzt haben wir uns schon an viele Schutzmaßnahmen gewöhnt und ich würde sagen, es ist immer noch sehr viel Stress, aber der Umgang ist einfach anders. Routinierter.

18 I: Und was würden Sie sagen, welche Faktoren während der Pandemie sich negativ auf Sie als Pflegeassistentin ausgewirkt haben?

19 E: Welche Faktoren besonders negativ waren (-). Also am Anfang die Ungewissheit über diese Krankheit. Für mich persönlich war es zum Beispiel so, dass ich sehr sehr Bluthochdruck habe und dann habe ich Angst gehabt, diese Krankheit zu bekommen. Und es war noch keine Impfung, nichts, da, also das war sehr erschwerend. Dann auch die Angst um die anderen. Riesige Angst, dass man auch jemanden ansteckt. Und am Anfang ist es auch alles sehr hart kommuniziert worden, was mit Angst verbunden war, Angstmacherei auch, ja. Jeder hatte einfach nur Angst. Die Vorgesetzten haben Angst gehabt, unsere Bewohner, wir haben Angst gehabt, dass der Virus ins Haus kommt. Und dann ist das teilweise auch passiert, aber in der ersten Welle haben wir noch Glück gehabt, da gabs nur wenige, da war es ja auch noch nicht so ansteckend wie jetzt. Ja, es war halt Angst, Bedrohung, was soll man sagen.

20 I: Okay und gab es auch Faktoren, die sich positiv ausgewirkt haben auf Sie als Pflegeassistentin?

21 E: Ja genau. Also für mich war es schonmal eine gute Erleichterung, dass ich irgendwann gewusst habe, dass es eine Impfung gibt. Es war dann ja so, dass es damit gerade erst angefangen hatte, aber wir dann trotzdem sofort die Möglichkeit hatten, uns impfen zu lassen. Die Hoffnung in diese Impfung war sehr groß. Also da ist echt eine spürbare Erleichterung durchs Haus gegangen nach den ersten Impfungen. Obwohl wir eigentlich noch gar nicht gewusst haben, ob das hilft oder nicht. Aber wir haben halt einfach diese Hoffnung gehabt. Und andere Faktoren, ja, die Routine und der Alltag und das gegenseitige Bestärken, das war schon auch gut. Und Hoffnung, dass es besser wird.

22 I: Okay, dann habe ich jetzt noch Fragen zu den Präventionsmaßnahmen. Welche wurden denn bei Ihnen am Arbeitsplatz eingesetzt und welche davon haben sie als positiv und welche als negativ empfunden?

23 E: Von den Präventionsmaßnahmen?

24 I: Ja, genau.

25 E: Also am besten fand ich das Besuchsverbot muss ich ehrlich sagen. Das war glaube ich auch der beste Schutz. Weil so haben wir uns alle viel sicherer gefühlt in dieser Zeit. Und dann die Masken, das weiß ich nicht, ob das so viel Sicherheit geboten hat. Eigentlich war es eher das Ding, dass Masken im Altenpflegebereich nicht realistisch sind. Weil ich dreimal etwas sagen kann mit der Maske und die Bewohner sagen dann trotzdem „Nehmen Sie das weg, nehmen Sie das runter, ich verstehe Sie nicht.“. Und dann ist man gezwungen, weil es ja um die

..K1.4.B.1 Angste

..K1.4.B.2 Ang

..K1.1.4.2.1

..K1.4.B An

..K1.4.B An

..K3.1.4 Erleichter

..K3.1.5 Hoffn

..K3.1.4 Erleicht

..K3.1.5 Hoffn

..K2.2.2 Gewd

..K2.3.1.2 Solidar

..K2.4.1 Hoffnung

..K2.3.2 Besuche

..K1.1.4.2 Ums

..K6.2.6 Kommun

..K6.2.4 Kommunik

..K1.1.4.3 Umw

..K6.2.4 Kommunik

..K1.1.4.3 Umw

..K6.2.4 Komm

Leute eh schlecht sehen und hören, sie sind nicht umsonst im Pflegeheim. Und viele haben auch andere Erkrankungen, das sind nicht nur ein oder zwei, da gibt es viele Erkrankungen, generellen Abbau und da ist eine Verständigung natürlich extrem wichtig. Also wir haben alle nicht verstanden, was das bringen soll. Zum Beispiel in der Zeit, als es keinen Besuch gab, was soll es da bringen, dass wir Masken tragen? Wir haben ja selbst aufgepasst. In unserem Heim haben wir jetzt zwei Jahre durchgehalten. Beim ersten Mal, als wir positive Fälle hatten, wo es eigentlich noch kaum Schutzmaßnahmen gab. Dann hat es wieder aufgehört. Und auch beim letzten Mal, als es so viel ansteckender war, auch mit den ganzen Schutzmaßnahmen, wo wir schon die komplette Schutzausrüstung getragen haben. Also Mantel, Haube, Schutzbrille. Wir haben dann sogar FFP3-Masken gehabt, da wissen die meisten gar nicht, was das ist. Und es war immer so langsam. Erst waren zwei drei positiv, dann die nächsten zwei und so weiter. Also irgendwie, allgemein, auch die Belegschaft, wir haben nicht so viel von den Schutzmaßnahmen im Haus gehalten. Mehr Sinn hat es vielleicht im Allgemeinen gemacht mit den Masken, also außerhalb des Pflegeheims. Aber bei uns war das einfach so, dass die Lebensqualität dermaßen unter den Masken gelitten hat, das kann sich eigentlich niemand, der nicht hier drinnen arbeitet vorstellen, wie beeinträchtigt die Kommunikation dadurch ist. Und dann sollen wir auch noch Abstand halten. Das ist auch nicht möglich. Auf der einen Seite schon nicht in der Pflege und dann leidet auch wieder die Kommunikation darunter.

26 I: Okay, da haben Sie jetzt viel davon erzählt, was sich eher negativ ausgewirkt hat. Gibt es auch Präventionsmaßnahmen, die Sie als positiv empfunden haben?

..K2.1.2 Besuche

27 E: Ja, stimmt. Vielleicht fällt mir ja noch was ein. Ja, wie gesagt, das ohne die Besucher hat ein Sicherheitsgefühl gegeben, aber jetzt, haben wir wieder welchen. Und da hält sich natürlich niemand an die Vorschriften. Die sind dann auf das Zimmer gekommen und da brauchte man nicht nachschauen, da konnte man sicher sein, die haben die Maske abgesetzt. Also das war nicht durchzusetzen, dass die Angehörigen die Masken anbehalten. Man brauchte nur nachsehen, egal, ob man mit Klopfen oder ohne Klopfen reingestürmt ist, haben sie die Masken nicht angehabt. Das war egal. Ja, es war schwierig umzusetzen. Also die Maskenpflicht war wirklich eigentlich nicht durchführbar. Habe ich das Gefühl, das ist mein Eindruck. Positives wäre ja eben das gewesen, dass es einen Schutz und Sicherheit bietet, aber das hat uns das nicht gegeben. Das Positive daran ist weggeblieben dadurch. Und wir haben es selber gewusst, dass wir immer wieder die Maske absetzen mussten. Auch wenn wir immer wieder geschimpft haben. Und dann immer mit Abstand ohne Maske, das war wirklich einfach nicht möglich.

..K1.1.4.2 Umsetz

28 I: Dann komme ich jetzt zu der Impfung. Wie hat sich die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihre Arbeit ausgewirkt und hat es dabei Komplikationen gegeben?

..K3.1.4 Erleichter

..K3.1.3 Akzeptanz

..K3.2.4 Konflikte

29 E: Also die meisten waren halt sehr erleichtert wie die erste Impfung gekommen ist, obwohl man zu der Zeit noch gar nicht wusste, was das eigentlich bedeutet. Aber trotzdem haben sich dann die meisten impfen lassen, aber einige auch nicht. Dann mit der Zeit, schon vor der Debatte, ob jetzt die Impfpflicht kommen soll

...K1.2.4 Konflikte

hat wirklich zu Spannungen geführt. Und dann ist die Impfpflicht dazu gekommen und dass hat dann dieses Spannungsfeld noch mehr ausgeweitet. Da klaffen einfach die Ansichten auseinander und bei uns war es dann interessanterweise so, wie man es auch insgesamt gesellschaftlich beobachten kann im Großen. Bei uns im Kleinen hat sich das dann auch so ergeben, dass die zwei Lager miteinander nicht reden konnten. Weil jeder hat nur seine, beziehungsweise, es war so, dass nur die geredet haben, die nicht geimpft waren, das waren die, die so laut waren. Die anderen haben eher nur den Kopf geschüttelt, weil da war eigentlich nicht viel zu sagen. Und das war eben eine ziemliche Spannung.

30 I: Okay. Sie sind am Anfang schon ein bisschen darauf eingegangen, aber ich habe hier noch mal ein bisschen spezifischer die Frage, was für einen Einfluss die Möglichkeit, sich impfen lassen zu können auf Ihr persönliches Wohlbefinden hatte.

...K1.1.4 Erleicht

...K1.1.6 Sicher

...K1.1.2 Schutz an

31 E: Ja, das war schon eine Erleichterung. Eine ziemliche Erleichterung. Für mich persönlich und dass ich dann die anderen dadurch auch geschützt habe. Ich habe mich am Anfang auch eigentlich nur wegen der Bewohner impfen lassen, gar nicht wegen mir selber. Und bei der Belegschaft haben sich von 40 Leuten glaube ich acht bis zehn, ganz genau weiß ich es nicht, nicht impfen lassen. Jetzt glaube ich sind es nur mehr drei von denen ich weiß. Aber ich weiß ja auch nicht alles.

32 I: Würden Sie sagen, dass sich Ihre persönliche Haltung gegenüber Ihrem Beruf geändert hat durch die Pandemie?

33 E: Meine persönliche Haltung zu meinem Beruf?

34 I: Ja, Ihre Einstellung.

...K1.4.1 Negativen

35 E: Die ist erschüttert worden, das kann ich schon sagen. Weil ich den Beruf ja gerade frisch erlernt habe, ich war gerade frisch im Beruf und mir waren dadurch auch die Maßnahmen vollkommen klar, weil wir die ja gerade davor erst gelernt hatten. Aber dass es solch ein Ausmaß annehmen kann, das konnte sich keiner vorstellen. Das war für mich persönlich dann ein richtig erschwerter Einstieg in den Beruf und das hat die Sache natürlich nicht leichter gemacht. Und das hat natürlich seither mitgewirkt. Wie es mir so schlecht gegangen ist oder auch jetzt zum Schluss schwingt immer mit, dass man es anders machen sollte. Wie soll ich diese Art Leistungsanspruch mit 65 noch halten. Das kann ich mir einfach kaum mehr vorstellen. Diese körperliche und psychische Belastung. Wie? Bis 60 kann ich mir das noch vorstellen, irgendwie wird das schon funktionieren. Aber wie soll ich das bis ich 65 Jahre alt bin noch machen? Das ist unvorstellbar. Das Ausmaß ist so streng und es ist so anstrengend. Und das ist das, was mir immer Sorge macht. Was immer wieder kommt. Was auch unter den Kollegen immer da ist. Was kann man sich überlegen? Was sollte man anders machen? Was ist der Plan B? Was wenn es nicht mehr geht? Aber das ist schwierig. Eine schwierige Debatte. Ich bin jetzt 50 und da nochmal einen neuen Beruf zu erlernen. Wenn mir das vorher jemand gesagt hätte, wie anstrengend das wirklich im Alter ist, hätte ich mir das dreimal überlegt. Dann hätte ich überlegt, ob ich versuche, weiter die Ausbildung zu machen oder lieber versucht hätte, was anderes zu machen. Weiß

..K2.2.3 (Mitarbeiter)

man mag den Beruf. Ich mache das gerne. Sonst wäre ich schon längst weg. Wir haben auch zugeschaut, wie viele Kollegen aufgehört haben mit der Zeit. Die haben einfach das Handtuch geschmissen. Weil sie es sich irgendwie noch leisten haben können. Ich habe fast das Handtuch geschmissen. Eine Kollegin ist sogar zurück nach Kuba gegangen jetzt gegen Ende der Pandemie, die ist wieder nach Hause gegangen, weil schwer haben kann man es woanders auch. Obwohl ich muss sagen, bei uns, in unserem Haus sind viele Arbeitsbedingungen noch besser als in der Privatwirtschaft. Das muss ich sagen. Das was ich höre, das ist noch schlimmer. Weil wir haben zum Beispiel Hygienemaßnahmen, die sehr sehr gut kommuniziert sind und auch sehr gut etabliert in der Firma. Und was ich höre von Kollegen, die gewechselt haben, ist das anderswo nicht so. Also das ist eine Zufriedenheit und eine Unzufriedenheit zugleich.

36 I: Okay, dann kommt jetzt noch ein Teil, bei dem es um Ihre Betreuungsgruppe geht. Konnten Sie beobachten, ob es Veränderungen im psychischen Wohlbefinden innerhalb dieser Gruppe gab während der Pandemie?

..K4.2.7 Besuchen

37 E: Ja (-). Ja, das konnte ich auf jeden Fall. Auf jeden Fall hat es Veränderungen gegeben. Sehr viele negative Veränderungen. In der ersten Welle, wo es das Besuchsverbot für Verwandten und für Menschen von außerhalb gegeben hat, so positiv das auch auf der einen Seite war, so negativ war das auf der anderen auch für die Bewohner. Wir haben richtig beobachten können, dass vor allem die mit Demenz Erkrankten und die, die gewohnt waren, täglich besucht zu werden, die haben dann völlig den Faden verloren. Also dadurch dass die Angehörigen dann nicht mehr gekommen sind. Die sind wie ein Anker. Und wenn die Angehörigen nicht kommen, dann entgleisen sie. Wir haben auch beobachten können, dass sich manche Menschen plötzlich auf den Sterbeprozess vorbereitet haben, sich auf den Sterbeweg begeben haben, weil sie keinen Besuch mehr bekommen haben. Also den Anschein hat es zumindest erweckt. Man kann natürlich nicht behaupten, dass es für alle Menschen so war, aber gerade am Anfang, in der ersten Welle sind dann auch tatsächlich viele Bewohner gestorben.

..K4.3.4 Demen

..K4.2.7 Besuchen

38 I: Und was denken Sie, wie es Ihrer Betreuungsgruppe jetzt geht?

39 E: Wie es ihnen jetzt geht?

40 I: Ja.

..K4.4.1 Abhängig

41 E: Ja. Also jetzt ist das ist wirklich eigenartig gewesen, weil obwohl die Impfung da war, obwohl wir jetzt mehr Kontrolle haben, sind mehrere Leute erkrankt, auch von meiner Station jetzt vier Leute, und einfach plötzlich verstorben. Bei dreien war es absehbar, aber einer ist ganz plötzlich verstorben. Und das wo die Impfung schon einen gewissen Impfschutz geboten hat. Und das war für die anderen Bewohner auch schon, zumindest kurzfristig, eine Belastung. Aber generell ist die psychische Belastung bei den Bewohnern eher so wellenartig. Je nach dem worüber sie auch informiert sind. Man kann sie auch schützen, indem man ihnen Informationen vorenthält. Aber eigentlich tun wir das nicht, denn sie erfahren ja sowieso, was Sache ist, ja. So kann man das beschreiben.

..K4.4.2 Aktuell

42 I: Okay, was glauben Sie denn, welche Maßnahmen für die Bewohner besonders

		belastend waren?
..K4.2.4 Kommun	{	43 E: Die Maske. Die Maske und schon auch das Besuchsverbot war sehr belastend für viele. Obwohl ich auch manchmal den Eindruck bekommen habe, dass das Besuchsverbot für die Angehörigen belastender ist, als für die Bewohner. Also viele waren schon betroffen von den Bewohnern, wie ich eh vorher erzählt habe. Aber für andere war es scheinbar nicht so schlimm. Schlimmer war es, wenn die Bitte da war, dass sie auf ihrem Zimmer bleiben sollen, weil es positive Fälle im Haus gab. Das war aber immer nur eine Bitte und einige haben sich da nicht dran gehalten, dann hat es Unruhe gegeben. Weil die, die sich dran gehalten haben, die es eingesehen haben, wollten auch wieder raus. Also das war auch sehr belastend. Dieses auf dem Zimmer bleiben, nach Möglichkeit für ein paar Tage. Ja, das waren die Hauptbelastungsfaktoren.
..K4.2.7 Besuch		
..K4.2.8 Isolation		
..K4.2.3 Konflikt		
..K4.2.8 Isolation		
		44 I: Und gab es vielleicht auch Maßnahmen, die sich positiv ausgewirkt haben bei den Bewohnern?
		45 E: (-) Ja. Ich versuche was zu finden (—).
		46 I: Müssen Sie auch nicht.
..K7.4.1.3 Sollt	{	47 E: Ja, vielleicht. Also in meiner Abteilung war es dann so, dass die Bewohner sich dann angefangen haben, mehr aneinander zu halten. Es ist schwierig zu sagen, ob das jetzt pandemiebedingt ist, aber ich würde denken, eigentlich schon. Was aber auch schwierig war, war, dass die Leute im Speisesaal Abstand halten sollten, das war auch noch eine Belastung, also negativ, ja. Generell. Zwei Jahre jetzt schon. Abstand voneinander, Abstand von den Bewohnern. Psychisch ist das ein Wahnsinn. Das ist echt eine Belastung. Und nicht umsetzbar. Das ist auch wieder eine Belastung. Dass wir Maßnahmen gesetzt haben, aber uns nicht dran gehalten haben. Weil die einfach unmenschlich waren. Auch wenn man mit dem Rollstuhl unterwegs ist, da ist nicht so viel Platz, da kann man dann doch nicht daneben stehen und sagen „Das dürfen Sie nicht, das dürfen Sie nicht!“. Also das Positive waren dann eigentlich nicht die Maßnahmen an sich, sondern, dass wir sie nicht alle geduldet haben. Dass wir trotzdem den Kontakt zueinander gesucht haben, dadurch entsteht dann, dass man sich gegenseitig motiviert und füreinander da ist. Es ist ansonsten so schwierig mit den alten Leuten.
..K4.2.1 Abstand		
..K1.1.4.2 Umsetz	{	
..K2.3.1.2 Sollt		
		48 I: Glauben Sie, dass es Menschen innerhalb Ihrer Betreuungsgruppe Menschen gibt, die besonders unter den Maßnahmen leiden?
		49 E: Ja, es gibt immer welche die mehr leiden und manche, die weniger leiden.
		50 I: Und sind das eher Einzelpersonen oder Gruppen von Menschen?
..K4.3.3 Sozial	{	51 E: Das ist ganz individuell, das hat mit vielen Faktoren zu tun. Wieviele Kontakte man pflegt, mit Angehörigen zum Beispiel. Oder ob man es akzeptiert, im Heim zu sein. Es ist schwierig zu sagen, was da der Grund für einzelne Verhaltensweisen sein könnte. Ausschlaggebend ist sicher auch oft, ob man Demenz hat, damit ist man schnell immer mehr belastet gewesen von allem.
..K4.3.2 Akzept		
..K4.3.4 Demenz		
		52 I: Okay. Was denken Sie denn, wie sich die Möglichkeit, sich impfen lassen zu

.K3.1.4 Erfolg .K3.2.4 Konflikt	53	E: Ja, das habe ich ja eh schon etwas angeschnitten. Das war einerseits eine Erleichterung und andererseits Spannungen. Die Spannungen sind heute immer noch die gleichen, das ist nicht aufgelöst.
	54	I: Auch bei den Bewohnern?
.K3.3.3 Vergessen .K3.2.2 Mangel	55	E: Nein, unter den Bewohnern weniger. Weil wegen der Impfung ist es bei Ihnen so, dass sie das einfach wieder vergessen. Wenn man darüber redet, kommt es kurz auf, aber zwischendurch vergessen sie das einfach wieder. Die meisten sind gar nicht in der Lage, dass sie begreifen könnten, dass manche von ihnen geimpft sind und andere nicht. So habe ich es empfunden.
	56	I: Okay. Dann bin ich jetzt am Ende und würde noch gerne wissen, ob es irgendwas gibt, was Sie noch ergänzen möchten, was ich vielleicht vergessen habe, das Ihnen wichtig erscheint?
.K6.4.3 Sterben	57	E: Nein, ich glaube, ich habe eh viel gesagt. Ich glaube, ich habe Ihnen alles gesagt, was ich Ihnen sagen könnte. Aber wenn Sie noch Fragen haben, können Sie einfach gerne wieder anrufen. Oh ja, doch da gibt es noch was. Zu der Sterbebereitschaft habe ich noch nichts gesagt. Während Corona. Als das nämlich alles angefangen hat und die Bewohner mitbekommen haben, dass es darum geht, dass man eventuell früher stirbt, die waren bereit. Wir waren schockiert, als die meisten gesagt haben „ist doch egal, ob ich jetzt ein dreiviertel Jahr vorher sterbe oder zwei Jahre vorher sterbe“. Manche haben nur gesehen, dass man davor leidet, durch die Krankheit. Aber viele haben das nicht begriffen, warum sie vor dem Sterben geschützt werden sollen, wenn sie sich doch eigentlich darauf vorbereiten. Das war schon tragisch. Dieser Widerspruch. Ich meine, das macht einen großen Teil der psychischen Belastung in unserem Beruf aus, dass die Leute abgeschlossen haben und viele auch aufgegeben haben, das sind halt die im Pflegeheim. Es gibt ja auch 99-Jährige, die noch sehr fit sind, die sind nicht im Pflegeheim. Ins Pflegeheim kommen die Leute, die leiden, aufgeben oder durch Krankheiten sich nicht mehr selbst versorgen können. Und das macht die psychische Belastung aus. Diese vielen depressiven Verstimmungen oder Demenz. Ja. So ist das.
	58	I: Okay. Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen möchten?
	59	E: Nein, jetzt nicht mehr.
	60	I: Okay, dann beende ich jetzt die Aufnahme wenn das für Sie okay ist.
	61	E: Ja.

1	Anhang D8
2	Expert*inneninterview 8
3	Datum: 04.05.2022 Dauer: 00:31:09 Durchführungsart: Telefonisch Interviewende (I): Jessica Cichowski Expertin (E): Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
4	I: Okay, dann fange ich mal an mit meinen Fragen. Also erstmal, danke, dass Sie teilnehmen, das freut mich.
5	E: Kein Problem.
6	I: Als ersten würde ich gerne wissen, wie lange Sie schon beruflich im Alten- und Pflegekontext tätig sind.
7	E: Im Beruf arbeiten tu ich seit elf, nein zehn Jahren. Genau. Ich habe das vorher schon angefangen, ich habe circa fünf Jahre für die Ausbildung gebraucht. Ich habe die Pflegeassistentenausbildung gemacht und dann gleich drauf die zur Krankenschwester. Das heißt, fünf Jahre waren schon Ausbildung und 15 Jahre bin ich dann insgesamt mit Pflege konfrontiert.
8	I: Okay und wie lange sind Sie an dem Arbeitsplatz, wo Sie jetzt gerade sind?
9	E: Zehn Jahre. Also ich bin in dem Betrieb seit zehn Jahren, das Pflegewohnheim gibt es aber erst seit 2016, also von Anfang an war ich dabei.
10	I: Und Ihre Position dort ist
11	E: Ich bin eine diplomierte Krankenschwester. Ich bin auch im Pflegewohnheim zuständig für Hygiene und habe dann somit auch alles die ganze Zeit miterlebt, die ganzen Maßnahmen in der Pandemie.
12	I: Okay, super. Würden Sie denn sagen, dass Sie bei sich selbst eine Veränderung Ihres psychischen Wohlbefindens beobachten konnten seit Beginn der Pandemie? Also seit Anfang 2020?
13	E: Am Anfang war es ja nur in den Medien, da hieß es „Er ist in China, er kommt“. Diese Angstzustände. Aber ich dachte, war ich schon ziemlich darauf vorbereitet. Und wie dann die ersten Fälle angekommen sind, haben wir gemerkt, wir waren doch nicht so vorbereitet wie gedacht. Wir hatten Masken und Hygieneartikel, aber es ist weitergekommen und weiter und dann haben wir gemerkt, wir schaffen es nicht, es aufzuhalten. Weil am Anfang hat man gedacht, es sind eh nur zwei Monate und dann ist es vorbei. Aber wie man es dann so gehört hat in den Medien, kriegen wir es nicht gestoppt. Also am Anfang war es wirklich sehr schwer. Vor allem diese Maske zu tragen. Also für mich persönlich, war es mit meiner Haut sehr schlimm. Die hat komplett auf die Maske reagiert und ich musste halt die Maske 12 Stunden tragen. Am Anfang haben wir 12 Stundendienste gehabt, da musste man 12 Stunden Maske tragen, nur mit kurzer Pause und immer auf der Haut, die hat wirklich komplett reagiert darauf. Und

...K1.4.6 Angst

...K1.4.7 Überlebens

...K1.1.6.1 Unwohlsein

...K1.4.7 Überlebens

...K1.4.7 Übert	{	sonst. Zu viel. Und es ist sowieso in der Pflege schwer und man wird konfrontiert mit etwas was neu ist, niemand weiß so genau, was man darüber sagen kann, am Anfang zum Beispiel mit Besucherverbot und dann doch kein Besucherverbot, Mund-Nase-Schutz am Anfang und dann FFP2. Und hier in unserem Standort, wenn ein Fall im Haus ist, tragen wir auch mal die FFP3, das heißt wir sind noch eine Stufe höher. Und dann die Medien halt. Es ist meistens so, oft erfahre ich am Abend oder Freitag am Abend sagen sie, die Regeln im Pflegeheim haben sich geändert und dann hat man am nächsten Tag in der Früh 20 Anrufe. Das war echt extrem anstrengend. Ja, ist es immer noch. Aber jetzt hat man sich in der Pflege gefunden. Da haben wir jetzt Antworten für die meisten Sachen.
...K1.4.6 Unsich		
...K1.1.4.2.1 Komm	{	14 I: Okay, da wäre meine nächste Frage jetzt auch, wie es Ihnen gerade mit der Situation geht.
...K2.2.2 GewÖ		
...K2.2.2 GewÖ	{	15 E: Jetzt ist Corona nicht mehr so präsent. Es wie Grippe, wie viele andere Viren, die man kennt. Man kennt sie, man weiß, wenn man Corona hat zack zack zack das tue ich, das sind die gesetzlichen Vorgaben, das machen wir, das sind die Hygieneartikel, die nehmen wir, wir haben alles für fünf Tage vorbereitet mindestens. Wenn es uns am Freitag trifft, beispielsweise, haben wir vorgesorgt bis Dienstag, wen wir dann wieder einkaufen könne. Also jetzt geht es, wenn jemand zu uns kommt und coronapositiv ist, weiß jeder was zu tun ist, jeder weiß, was seine Aufgabe ist. Im Vergleich mit dem Anfang, macht sich mittlerweile keiner mehr so viele Sorgen. Natürlich ist vermehrte Arbeit, weil zum Beispiel muss man alles anziehen, Maske und alles und dann muss man es wieder ausziehen, dann vergisst man was, muss alles wieder anziehen oder dann läutet wieder jemand und man muss wieder hinein. Oder man ist hinein ins Zimmer voll angezogen und dann hat man woanders einen Notfall. Es sind so Kleinigkeiten, die man nicht planen kann. Man kann nicht planen, ob es einen Notfall gibt, wo man hin muss, es gibt kein Leben, was man planen kann. Das ist natürlich anstrengender als sonst, aber wir sind gut vorbereitet würde ich sagen. Man findet seine, wie nennt man das, Routine. Genau, es wird Routine. Und wenn man das dann oft macht, weiß man genau, was zu tun ist. Ja.
...K1.1.4.1 Unt		
...K2.2.2 GewÖ	{	16 I: Okay. Und was würden Sie sagen, welche Faktoren sich auf Sie als diplomierte Krankenschwester negativ ausgewirkt haben auf ihr Wohlbefinden? Sie haben ja schon das mit der Maske und Ihrer Haut erwähnt, gibt es noch andere?
...K1.1.4.2.1 Komm		
...K1.1.3 Mangel	{	17 E: Ja. Dass die Maßnahmen so aufgegeben werden. Weil die Maßnahmen sehr wichtig für Pflegewohnheime ist oder für Einrichtungen auch, da sollte man vielleicht zuerst die Verwaltung informieren, dann könnte man sich erst vorbereiten und dann erst an die Bevölkerung weitergeben. Es ist sowieso im Pflegeheim sehr anstrengend, man muss die Leute versorgen, Ältere, kranke Menschen und wenn dann noch der Druck von außen kommt, das ist doch nicht wirklich notwendig. Die Gesellschaft, also die meisten haben null, die haben keine Ahnung, wie anstrengend das ist. Es wollen alle auch sofort alles, die neuen Maßnahmen von einem Tag auf den anderen, das ist durchzuführen und das ist zu machen, ohne Rücksicht. Wenn sie zum Beispiel bei Spar sagen, jetzt müssen alle Masken aufziehen, das geht, aber im Pflegeheim da sind die Leute 95 plus, 85 plus, das sind die Armen, die gehen nicht weg, die haben keine Termine, die

..K1.2.6 Skeptik	{	Impfung kommt, ich geimpft werde. Ich habe dann am Anfang aber doch gedacht „Nein, ich will doch nicht, nein“. Weil ich aus Afrika komme und habe dort oft Krankheiten beobachtet. Nicht pandemieartig, sondern Epidemien zum Beispiel. Wir hatten oft Epidemien und ich weiß, die Impfung hilft. Und ich weiß, dass die Regierung oder die höhere Macht sich da schon Gedanken macht. Und die wollen uns beschützen, also ich glaube nicht, dass man vorhat, Leuten mit Impfungen zu schaden. Und deshalb war für mich klar, ich lasse mich impfen und ich habe auch durch meine Ausbildung und alles meine Familie beraten, sich impfen zu lassen. Für mich war das klar, dass das das Richtige ist. Man kann natürlich nicht ausschließen, dass ein paar Leute diesen Impfstoff nicht gut vertragen, aber die meisten haben es vertragen.
..K2.4.3 Erleben		
..K1.1.3 Akzeptanz		
..K1.1.3 Akzeptanz	{	26 I: Okay und wie war das auf Ihre Arbeit bezogen, im Pflegeheim?
		27 E: Ich glaube, da hat sich nicht viel geändert durch die Impfung. Man hat das halt weiterempfohlen und die Leute haben sich impfen lassen. Und trotzdem musste man sich weiter testen lassen, jeden zweiten Tag, je nach dem, wir mussten weiter Masken tragen. Also für uns hat die Impfung für die Arbeit nicht viel gebracht. Aber die Leute, die nach der Impfung Corona gehabt haben, haben natürlich fast keine Symptome gehabt, die haben nur durch Zufall erfahren, dass sie Corona haben, durchs Testen. Also das hat sich schon verändert. Von den Maßnahmen her nicht, aber dass die Leute nicht so krank werden und nicht so starke Symptome haben, das schon.
..K1.1.6 Sicherheit		28 I: Okay, meine nächste Frage wäre, wie sich das Impfen auf Sie persönlich ausgewirkt hat, auf Ihr psychisches Wohlbefinden, da haben Sie jetzt ja schon ein bisschen was zu gesagt.
		29 E: Ja, genau, da habe ich ja eigentlich schon alles erzählt. Ich habe das ein bisschen einen anderen Zugang. Ich bin glaube ich auch ein bisschen aufgeklärter, weil ich das schon oft erlebt habe in meiner Jugend, ja. Und deswegen habe ich da eine andere Ansicht.
		30 I: Okay, dann geht es jetzt bei der nächsten Frage um Ihre persönliche Haltung zu Ihrem Beruf als diplomierte Krankenschwester. Würden Sie sagen, dass sich Ihre Einstellung dazu verändert hat mit der Pandemie?
..K2.4.4 Positivität	{	31 E: Durch die Pandemie? Nicht wirklich. Es nervt, dieses Corona, es soll aufhören. Aber ich glaube in der Pflege und in unserem Beruf, kaum wird Corona fertig sein, wird sicher was anderes kommen. Wir sind eh konfrontiert mit vielen Krankheiten, vielen infektiösen Krankheiten auch. Also dass Corona neu ist und diese Maßnahmen, die damit kommen, sind schon nervig, aber sonst hat sich für mich mit meinem Beruf nicht viel geändert. Ich bin gerne in der Pflege, ich werde nicht gezwungen dazu.
		32 I: Okay. Dann geht es jetzt im nächsten Teil um Ihre Betreuungsgruppe, die Bewohnenden. Würden Sie sagen, dass sich deren Wohlbefinden im Verlauf der Pandemie verändert hat?
..K1.2.2 Mangel	{	33 E: Ja, schon. Schon. Vor allem am Anfang, weil nicht jeder die Maßnahmen
..K1.2.7 Besuch		

..K6.2.7 Besuchen

und das mit den Telefonaten ist nicht so leicht. Videocalls sind nicht leicht für alte Leute. Und Besuch war ja komplett verboten. Manchmal ging es für 15 Minuten, aber dann hatten welche Angehörige aus der Steiermark und wollen sie die dann sehen, müssen sie extra herkommen für 15 Minuten. Ja, für die Bewohner hat sich wirklich viel verändert, das war hart für sie. Ich musste arbeiten, aber konnte dann nach Hause zu meiner Familie am Abend, aber die Bewohner waren da, die haben nur uns gehabt zeitweise. Ja. Und für die Familien war das ja auch anstrengend. Manchmal haben sie angerufen und ich brauchte gerade das Telefon, dann konnten sie nicht telefonieren oder nur ganz kurz. Nein, das war schwer. Für die Bewohner war es sehr schwer.

34 I: Und was würden Sie sagen, wie es den Bewohnenden jetzt gerade geht?

35 E: Jetzt ist's locker, also viele Maßnahmen sind locker. Masken muss man tragen für den Besuch, aber sie können wieder regelmäßig Besuch haben, über Stunden, die Angehörigen brauchen keinen Termin, sie können zu Besuch kommen wann sie wollen. Sie müssen natürlich weiter testen, aber sie können kommen wann sie wollen, sie müssen nur nachweisen, dass sie getestet sind oder 3G halt und ja. Jetzt ist's ein bisschen besser. Noch nicht optimal, es ist noch nicht sehr gut, aber es geht, es ist im Vergleich viel besser. Obwohl ich nicht glaube, dass man sagen kann, je stärker die Maßnahmen sind, desto schlechter geht es ihnen, es hängt davon ab, welche Maßnahmen sie notwendig finden, welche Maßnahmen müssen gemacht werden. Weil es ja nichts bringt, wenn ich für 15 Minuten komme. Wenn ich Corona habe, dann bringe ich es sowieso mit. Also für Pflegeheime hat das mit den 15 Minuten keinen Sinn gemacht. Weil wenn ich komme, sollte ich auch so lange bleiben dürfen, wie es möglich ist, nicht nur für 15 Minuten. Und für uns, das Personal, war das natürlich auch sehr anstrengend. Wir mussten kontrollieren; Der ist gekommen und der, der muss um 10:15 Uhr raus. Also das hat ganz schön Reibungen zwischen allen Beteiligten gegeben. Ja, das war nicht leicht. Und ich will das nicht machen. Ich will auch nicht, dass man mir sagt, wie lange ich meine Mutter besuchen darf, oder meine Oma. Wenn ich schon da bin, sollte ich auch ein bisschen bleiben können. Es sind eh nie so lange Besuche, eine halbe Stunde, eine Stunde, die sagen eh von selber „Ich bin jetzt müde, ich will schlafen gehen“. Ja. Da kann man diese Energie lieber woanders investieren. Zum Beispiel bei Leuten, die keine Besucher haben. Ja. Also diese Regulation hat meiner Meinung nach nicht viel gebracht, weil wir Corona sowieso gehabt haben, von dem her.

..K1.1.4.3 Urwert

36 I: Ja. Ich habe hier auch noch eine Frage dazu, welche Maßnahmen besonders belastend für Ihre Bewohner waren, da sind wir ja dann schon beim Thema.

..K6.2.7 Besuchen

..K6.4.2 Aktuell

..K6.2.7 Besuch

..K6.2.4 Kommuni

37 E: Genau. Wirklich, diese Besuchsregelungen. Diese 15 Minuten. Mittlerweile ist es aber eh gut. Und der Vorteil bei unseren Bewohnern ist, dass sie älter sind und sie das vergessen. Sie wissen das nicht mehr. Aber ja, es war wirklich belastend für die Bewohner. Das andere ist die Maske. Das ist aber notwendig, man kann die Bewohner bei Corona nicht ohne Maske lassen. Aber teilweise mit den Besuchern nehmen die das ab die Leute. Es geht ja auch ums Erkennen und die Sprache, die Mimik, das Lippenlesen, darauf sind die angewiesen, das brauchen sie. Aber die

„K7.4.1.6 Sicherh

38 I: Und gibt es auch Maßnahmen, die sich positiv auf das psychische Wohlbefinden der Bewohner ausgewirkt haben?

39 E: Maßnahmen, die sich positiv ausgewirkt haben auf die Bewohner. Vielleicht die Kontrolle von den Besuchern. Weil wir normalerweise ein offenes Haus haben, man kann von vorne und von hinten reinkommen und mittlerweile mit den Coronamaßnahmen müssen alle durch den Haupteingang und da weiß man halt, wer im Haus ist und das fühlt sich auch für die Bewohner sicherer an natürlich. Und es ist ruhiger. Und andere Maßnahmen, die für die Bewohner gut sind, kann ich mir nicht vorstellen. Das ist schwer.

40 I: Und gibt es denn unter den Bewohnern Menschen, die besonders stark betroffen sind von den Maßnahmen?

41 E: Ja, ja, das gibt es. Manche Leute haben ja Corona gehabt ohne Symptome, die haben gar nichts davon gemerkt. Die haben getestet und gemerkt, sie haben Corona und dann mussten sie auf dem Zimmer bleiben. Warum, das haben sie dann nicht verstanden. Denen ging es wirklich nicht gut dabei. Und es gibt auch welche, die Long Covid haben und solche, die wirklich lange krank und infektiös sind und solche, die sehr unselbstständig sind und viel mehr Hilfe brauchen, die Schmerzen haben.

42 I: Und auf die Maßnahmen bezogen, gibt es da Bewohnende, für die sich die negativer auswirken?

43 E: Von den Maßnahmen?

44 I: Ja.

45 E: Ich glaube es ist auch im Pflegeheim wie überall. Manche Leute vertragen die Maske ohne Probleme, die wollen das sogar tragen und andere kriegen keine Luft und die wollen das nicht. Das ist ganz individuell. Zum Beispiel auch beim im Zimmer bleiben. Manche Leute sind ganz ruhig, die wollen nicht wissen, was draußen passiert, die sind froh wenn sie im Zimmer bleiben, am liebsten wären sie da für immer. Die ärgern sich wenn sie wieder rauskommen müssen. Und es gibt andere, die gesellig sind, die wollen Gesellschaft und die halten es keine Sekunde im Zimmer aus. Beides haben wir.

46 I: Okay. Und wie hat sich die Möglichkeit sich impfen zu lassen auf die Bewohnenden ausgewirkt?

„K3.1.3 Akzeptanz

„K3.1.1 Fremd

47 E: Also es wurde aufgeklärt durch einen Arzt und ich würde sagen, es wurde zu so 60 Prozent gut angenommen, weil es dann auch viele Impfungen gab. Einige haben mehrere Gespräche gebraucht, das wurde dann auch geklärt und meistens haben sie sich ohne Probleme impfen lassen. Und dann gibt es manche, die sind immer noch nicht geimpft und das ist ihre selbstständige, beziehungsweise die Entscheidung von den Angehörigen. Oder von den Erwachsenenvertretern. Ja. Und es wird auch natürlich mit dem Arzt kommuniziert, ob das gut ist, ob derjenige das gut vertragen wird. Aber grundsätzlich muss sich da jeder selbst entscheiden und Gott sei Dank müssen wir das nicht, denn es ist eine große Entscheidung. Wir erzählen, beziehungsweise wir bieten Gespräche durch die

„K2.4.1 Hoffnung“

- 48 Hausärzte, die Fachärzte, aber ob man sich impfen lässt, dass ist die eigene Entscheidung.
- 49 I: Okay, dann sind wir auch schon am Ende. Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen möchten, worauf ich nicht eingegangen bin, was Ihnen wichtig erscheint zu diesem Thema?
- 50 E: Ich hoffe einfach, dass die Coronamaßnahmen, wie sie jetzt sind, bleiben. Dass sie vielleicht ein bisschen ergänzt werden, aber dass sie ganz wegkommen, das glaube ich nicht. Ja. Ansonsten nichts.
- 51 I: Okay, dann würde ich die Aufnahme jetzt beenden wenn das für Sie okay ist?
- 52 E: Okay.

Anhang E**Definition der Analyseeinheiten**

Analyseeinheit	Definition
Kodiereinheit	Mindestens ein Wort mit Sinnzusammenhang, der in Richtung eine der Kategorien deutet.
Kontexteinheit	Gesamter Antworttext
Auswertungseinheit	8 Transkripte der durchgeführten Expert*inneninterviews

Anhang F**Vorläufiges Kategoriensystem**

Kurzform	Art der Erzeugung	Bezeichnung	Definition
K1	Deduktiv	Einflüsse der pandemischen Situation	Faktoren, die sich auf das allgemeine Wohlbefinden auswirken und mit der Pandemie zusammenhängen. Bezogen auf die letzten zwei Jahre.
K1.1	Deduktiv	Ansteckungsgefahr	Angst vor eigener Erkrankung an COVID-19.
K1.2	Deduktiv	Erschöpfung	Anzeichen von Ermüdung durch übermäßige Anstrengung.
K1.3	Deduktiv	Unsicherheit und Zweifel	In Bezug auf die zukünftige Entwicklung der pandemischen Lage und den Umgang mit der gegenwärtigen Situation
K1.4	Deduktiv	Depressive Symptome	Beispielsweise vermindertes Interesse und Freude an Aktivitäten, Schlafprobleme, Energieverlust.
K1.5	Deduktiv	Pflichtgefühl	Gefühl der Verantwortung gegenüber der Betreuungsgruppe.
K1.6	Deduktiv	Familiensituation	Vereinbarkeit der persönlichen und beruflichen Rollen.
K2	Deduktiv	Belastende Faktoren	Spezifische Faktoren, die sich durch das Berufsfeld in Zusammenhang mit der Pandemie ergeben und sich negativ auf den Arbeitsalltag auswirken.

K2.1	Deduktiv	Stigmatisierung	Soziale Ächtung beispielsweise durch vorherrschende Annahmen der Gesellschaft über schlechten Umgang mit Bewohnenden von Alten- und Pflegeeinrichtungen.
K2.2	Deduktiv	Mangel an Wertschätzung	Gefühl des Mangels an Anerkennung für (Alten-)Pfleger*innen.
K2.3	Deduktiv	Überforderung	Gefühl des Kontrollverlusts.
K2.4	Deduktiv	Koordination	Anpassung des Arbeitsfeldes an die pandemische Situation.
K3	Deduktiv	Entlastende Faktoren	Spezifische Faktoren, die sich durch das Berufsfeld in Zusammenhang mit der Pandemie ergeben und den Arbeitsalltag erleichtern.
K3.1	Deduktiv	Unterstützung	Durch Menschen (zum Beispiel Kolleg*innen), Institutionen (Träger*innen) und Mittel (zum Beispiel finanzielle Unterstützung).
K3.2	Deduktiv	Erfolgsaussichten	Gefühl der Wirksamkeit von angewandten Maßnahmen.
K4	Deduktiv	Präventionsmaßnahmen	Maßnahmen, die in der jeweiligen Einrichtung Anwendung fanden/finden.
K4.1	Deduktiv	Belastende Maßnahmen	Maßnahmen, die aus verschiedenen Gründen den Arbeitsalltag erschweren.
K4.1.1	Deduktiv	Umsetzung	Betrifft die Vermittlung an die Betreuungsgruppe und die Integration in den Arbeitsalltag.

K4.1.2	Deduktiv	Rolle als Kontaktperson	Veränderte Rolle durch Kontaktbeschränkungen und soziale Bedürfnisse von Bewohnenden.
K4.2	Deduktiv	Entlastende Maßnahmen	Maßnahmen, die aus verschiedenen Gründen den Arbeitsalltag erleichtern.
K4.2.1	Deduktiv	Sicherheitsgefühl	Betrifft Maßnahmen, die (subjektiv) schützend wirken.
K5	Deduktiv	Durchführung der Impfung	Umsetzung der Impfkampagne unter den Bewohnenden und dem Personal.
K5.1	Deduktiv	Negative Aspekte	Betrifft mögliche Komplikationen.
K5.1.2	Deduktiv	Skepsis	Zweifel gegenüber der Impfung.
K5.2	Deduktiv	Positive Aspekte	Betrifft Auswirkungen der Impfung, die den Arbeitsalltag erleichtern.
K5.2.1	Deduktiv	Sicherheitsgefühl	Empfinden von mehr Bewegungsfreiheit durch Gefühl von Schutz.
K6	Deduktiv	Veränderung des eigenen Wohlbefindens	Entwicklung des eigenen Wohlempfindens über die letzten zwei Jahre.
K7	Deduktiv	Veränderung des Wohlbefindens der Betreuungsgruppe	Entwicklung des vermuteten Wohlbefindens innerhalb der Betreuungsgruppe über die letzten zwei Jahre.

Anhang G
Vollständiges Kategoriensystem

Kurzform	Art der Erzeugung	Bezeichnung	Definition
K1	Deduktiv	Belastende Faktoren	Spezifische Faktoren, die sich durch das Berufsfeld in Zusammenhang mit der Pandemie ergeben und sich negativ auf den Arbeitsalltag auswirken.
K1.1	Induktiv	Gesellschaftlich-politische Ebene	Belastungen, die ihren Ursprung auf Ebene von Politik und Gesellschaft haben. Beinhaltet zum Beispiel Belastungen, die unmittelbar mit gesetzten Maßnahmen in Verbindung stehen.
K1.1.1	Induktiv	Personalmangel	Belastungen durch Ausfälle von Mitarbeitenden, die nicht ersetzt werden können und/oder Unterbesetzung von vornherein.
K1.1.2	Induktiv	Mangelndes Verständnis	Wenig oder keine Akzeptanz eigener Anliegen durch andere Personen.
K1.1.3	Deduktiv	Mangelnde Wertschätzung	Gefühl des Mangels an Anerkennung für Pflegende.
K1.1.4	Induktiv	Maßnahmenbezogenes	Unmittelbare Reaktionen und/oder Problematiken, die direkt mit den Präventionsmaßnahmen in Zusammenhang stehen.

K1.1.4.1	Induktiv	Unmittelbare Reaktionen	Betrifft sofort einsetzende Belastungen durch Maßnahmen, zum Beispiel durch Schutzausrüstung, Testen etc.
K1.1.4.2	Deduktiv	Umsetzbarkeit	Belastungen durch Probleme bei der Implementierung von Maßnahmen.
K1.1.4.2.1	Induktiv	Kommunikation	Belastung durch Schwierigkeiten in der Kommunikation der Maßnahmen an die Zuständigen in den Pflegeheimen.
K1.1.4.3	Induktiv	Unverständnis	Eigene Verständnislosigkeit in Bezug auf (manche) Maßnahmen.
K1.1.4.4	Induktiv	Unstetigkeit	Belastungen durch wechselnde und unterschiedliche Maßnahmen.
K1.2	Induktiv	Organisationsbezogene Ebene	Betrifft Belastungen, die aus dem direkten Arbeitsumfeld (dem Pflegeheim) erwachsen.
K1.2.1	Induktiv	Arbeitsweise	Belastungen durch Art der Arbeit. Betrifft zum Beispiel unvorhergesehene Schichten und zeitliche, sowie inhaltliche Anpassungen an die pandemische Situation.
K1.3	Induktiv	Interpersonale Ebene	Betrifft Belastungen, die sich in Zusammenhang

			mit der Interaktion verschiedener Akteur*innen ergeben.
K1.3.1	Induktiv	Konflikte mit Mitarbeitenden	Belastungen durch konfliktreiche Interaktionen im Kollegium, zum Beispiel durch Druck, Rollenverteilungen etc.
K1.3.2	Induktiv	Vermittlung an Bewohnende	Weitertragen von Informationen an Bewohnende.
K1.4	Induktiv	Intrapersonale Ebene	Betrifft Belastungen, die einzelnen Personen eigen sind.
K1.4.1	Induktiv	Negativere Haltung zu Beruf	Verschlechterte Einstellung zu der eigenen Tätigkeit.
K1.4.2	Deduktiv	Pflichtgefühl	Gefühl der Verantwortung (gegenüber der Betreuungsgruppe, Kolleg*innen).
K1.4.3	Deduktiv	Rollenkonflikte	Belastungen durch Unvereinbarkeit der persönlichen und beruflichen Rollen, Veränderung von Rollen im Arbeitskontext. Beinhaltet auch Ansprüche an sich selbst und daran, ein eigenes Rollenbild aufrechterhalten.
K1.4.4	Deduktiv	Unsicherheit und Nervosität	Belastungen durch empfundene Unvorhersehbarkeiten in

			Bezug auf die zukünftige Entwicklung der pandemischen Lage und den Umgang mit der gegenwärtigen Situation.
K1.4.5	Deduktiv	Depressive Symptome	Beispielsweise vermindertes Interesse und Freude an Aktivitäten, Schlafprobleme, Energieverlust.
K1.4.6	Deduktiv	Erschöpfung	Anzeichen von Ermüdung durch übermäßige Anstrengung.
K1.4.7	Deduktiv	Überforderung	Belastung durch Gefühl des Kontrollverlust und keine ausreichenden Kapazitäten, um Anforderungen zu bewältigen.
K1.4.8	Induktiv	Angst und Ungewissheit	Gefühl von starker Beklemmung im Angesicht der pandemischen Situation und deren Unabsehbarkeit.
K1.4.8.1	Deduktiv	Angst vor eigener Ansteckung	Furcht davor, an COVID-19 zu erkranken.
K1.4.8.2	Induktiv	Angst davor, andere anzustecken	Furcht davor, andere Personen mit COVID-19 zu infizieren.
K2	Deduktiv	Entlastende Faktoren	Spezifische Faktoren, die sich durch das Berufsfeld in Zusammenhang mit der Pandemie ergeben und den Arbeitsalltag erleichtern.

K2.1	Induktiv	Gesellschaftlich-politische Ebene	Entlastungen, die ihren Ursprung auf Ebene von Politik und Gesellschaft haben. Beinhaltet zum Beispiel Belastungen, die unmittelbar mit gesetzten Maßnahmen in Verbindung stehen.
K2.1.1	Deduktiv	Wirksamkeit der Maßnahmen	Gefühl der Effektivität von angewandten Maßnahmen (zum Beispiel Tests, Masken, Impfen).
K2.2	Induktiv	Organisationsbezogene Ebene	Betrifft Belastungen, die aus dem direkten Arbeitsumfeld (dem Pflegeheim) erwachsen.
K2.2.1	Induktiv	Kontinuität	Gefühl von Struktur und Beständigkeit.
K2.2.2	Induktiv	Gewöhnung	Anpassung an gegebene Umstände und erneute Etablierung routinierter Abläufe.
K2.2.3	Deduktiv	(Materielle) Unterstützung	Ausreichende Versorgung mit (Schutz-)Ausrüstung und/oder gute Koordination.
K2.3	Induktiv	Interpersonale Ebene	Betrifft Entlastungen die sich in Zusammenhang mit der Interaktion verschiedener Akteur*innen ergeben.
K2.3.1	Deduktiv	Unterstützung	Durch Menschen (zum Beispiel Kolleg*innen), Institutionen (Träger*innen) und Mittel

			(zum Beispiel finanzielle Unterstützung).
K2.3.1.1	Induktiv	Rückhalt durch Bewohnende	Entlastungen durch Bewohnende durch zum Beispiel Verständnis.
K2.3.1.2	Induktiv	Solidarität im Kollegium	Zusammenhalt des Teams.
K2.3.1.3	Induktiv	Soziales Netz	Entlastung durch Freizeitgestaltung mit anderen Menschen.
K2.3.2	Induktiv	Besuchsverbot	Entlastungen durch weniger Kontakt mit Angehörigen der Bewohnenden.
K2.4	Induktiv	Intrapersonale Ebene	Betrifft Entlastungen, die einzelnen Personen eigen sind.
K2.4.1	Induktiv	Hoffnung	Zuversichtliche Einstellung in Bezug auf eine Verbesserung oder zumindest keine Verschlechterung der pandemischen Situation.
K2.4.2	Induktiv	Liebe zum Beruf	Gefühle von Hingabe und Leidenschaft in Bezug auf das eigene Tätigkeitsfeld und/oder den eigenen Beruf.
K2.4.3	Induktiv	Erfahrung	Lebenserfahrungen, die entlastend wirken.
K2.4.4	Induktiv	Positivere oder unveränderte Haltung zu Beruf	Verbesserte oder unveränderte Haltung zu der eigenen Tätigkeit.

K2.4.5	Induktiv	Vermeidung von Medien	Reduktion oder Unterlassen des Konsums von Nachrichten.
K3	Induktiv	Impfung	Umsetzung der Impfkampagne unter den Bewohnenden und dem Personal und deren Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Menschen im Alten- und Pflegekontext.
K3.1	Deduktiv	Entlastende Faktoren	Betrifft positive Aspekte, die entlastend wirken können und in Zusammenhang mit der Impfung stehen.
K3.1.1	Induktiv	Umsetzung	Durchführung der Impfkampagne.
K3.1.2	Induktiv	Schutz anderer	Erhöhte Sicherheit der Menschen aus dem persönlichen Umfeld durch eigene Impfung.
K3.1.3	Induktiv	Akzeptanz	Befürwortung und Annahme der Impfung durch zum Beispiel Vertrauen in die Wirksamkeit und/oder die Hoffnung einer Verbesserung der pandemischen Lage.
K3.1.4	Induktiv	Erleichterung	Gefühl der Beruhigung durch das Wissen um und/oder die Durchführung der Impfung.

K3.1.5	Induktiv	Hoffnung	Zuversichtliche Einstellung in Bezug auf eine Verbesserung oder zumindest keine Verschlechterung der pandemischen Situation durch die Möglichkeit, sich impfen zu lassen.
K3.1.6	Deduktiv	Sicherheit	Gefühl von Schutz durch die Impfung und Empfinden von mehr Bewegungsfreiheit.
K3.1.7	Induktiv	Beitrag leisten	Gefühl von erfüllter Verantwortung.
K3.2	Deduktiv	Belastende Faktoren	Betrifft negative Aspekte, die belastend wirken können und in Zusammenhang mit der Impfung stehen.
K3.2.1	Induktiv	Personalausfall	Belastungen durch durch die Impfung bedingte Ausfälle von Mitarbeitenden, die nicht ersetzt werden können und/oder Unterbesetzung von vornherein.
K3.2.2	Induktiv	Schwierigkeiten bei der Umsetzung	Probleme bei der Durchführung der Impfkation.
K3.2.3	Induktiv	Druck	Gefühle von Bedrängnis und Nötigung bis hin zu Zwang durch andere Personen.
K3.2.4	Induktiv	Konflikte	Auseinandersetzungen mit anderen Personen.

K3.2.5	Induktiv	Falsche Vorstellungen	Unerfüllte Erwartungen in Bezug auf die Impfung und deren Wirksamkeit.
K3.2.6	Induktiv	Skepsis	Zweifel gegenüber der Impfung.
K3.2.7	Induktiv	Angst	Gefühle von starker Beklemmung in Bezug auf die Impfung.
K3.2.8	Induktiv	Psychotische Verarbeitung	Integration der Thematik des Impfens in wahnhafte Vorstellungen.
K3.3	Induktiv	Andere Reaktionen	Betrifft andere Aspekte, die belastend wirken können und in Zusammenhang mit der Impfung stehen.
K3.3.1	Induktiv	Fremdbestimmung	Abnahme von Entscheidungen, die die eigene Person betreffen, durch andere.
K3.2.2	Induktiv	Mangelndes kognitives Auffassungsvermögen	Unfähigkeit, Bedeutung der Impfung zu erfassen.
K3.3.3	Induktiv	Vergessen	Unfähigkeit, Geschehenes zu erinnern.
K4	Deduktiv	Psychisches Wohlbefinden der Betreuungsgruppe	Entwicklung des vermuteten psychischen Wohlempfindens innerhalb der Betreuungsgruppe über die letzten zwei Jahre.
K4.1	Induktiv	Entlastende Faktoren	Betrifft positive Aspekte, die entlastend wirken können und in

			Zusammenhang mit der Pandemie stehen.
K4.1.1	Induktiv	Wertschätzung	Gefühl, von Zuneigung und Anerkennung.
K4.1.2	Induktiv	Technische Hilfsmittel	Material, das virtuelle Kommunikation ermöglicht.
K4.1.3	Induktiv	Solidarität unter den Bewohnenden	Zusammenhalt der Bewohnenden.
K4.1.4	Induktiv	Beschäftigung	Sich mit etwas befassen können, zum Beispiel in den Bereichen Freizeit und Aktivierung.
K4.1.5	Induktiv	Gewöhnung	Anpassung an gegebene Umstände und erneute Etablierung routinierter Abläufe.
K4.1.6	Induktiv	Sicherheitsgefühl durch Maßnahmen	Gefühl des Geschütztseins durch Maßnahmen.
K4.2	Induktiv	Belastende Faktoren	Betrifft negative Aspekte, die entlastend wirken können und in Zusammenhang mit der Pandemie stehen.
K4.2.1	Induktiv	Abstandsregelungen	Belastungen durch Maßnahmen, die den Bereich des Social Distancing betreffen.
K4.2.2	Induktiv	Mangelndes Verständnis	Wenig oder keine Akzeptanz der Maßnahmen.
K4.2.2.1	Induktiv	Testen	Belastung durch Durchführung von Tests.

K4.2.3	Induktiv	Konflikte	Auseinandersetzungen unter den Bewohnenden.
K4.2.4	Induktiv	Kommunikationsprobleme	Beeinträchtigung der Verständigung durch Masken.
K4.2.5	Induktiv	Körperkontakt	Belastungen durch Mangel an physischer Nähe.
K4.2.6	Induktiv	Gruppenaktivitäten	Belastung durch Mangel an Beschäftigung in Gruppen.
K4.2.7	Induktiv	Besuchsregelungen	Belastung durch Mangel an sozialem Kontakt von außerhalb des Heims.
K4.2.8	Induktiv	Isolation	Belastung durch Isolierung nach Verdacht auf oder tatsächlicher Erkrankung an COVID-19.
K4.3	Induktiv	Besondere Betroffenheit	Gruppen von Bewohnenden, die besonders von den Maßnahmen betroffen sind.
K4.3.1	Induktiv	Wahnhafte Verarbeitung	Abhängigkeit von Betroffenheit von Psychosen.
K4.3.2	Induktiv	Akzeptanz des Heims	Abhängigkeit von Bereitwilligkeit, in einem Pflegeheim zu wohnen.
K4.3.3	Induktiv	Sozialkontakte	Abhängigkeit von Anzahl der Sozialkontakte, beziehungsweise Besucher*innen.

K4.3.4	Induktiv	Demenz	Abhängigkeit von dem Vorliegen einer Demenzerkrankung.
K4.4	Induktiv	Andere Einflüsse	Weitere Faktoren, die einen Einfluss auf die Betreuungsgruppe haben.
K4.4.1	Induktiv	Abhängigkeit von Infektionsgeschehen	Veränderung des psychischen Wohlbefindens mit Veränderungen in der pandemischen Situation.
K4.4.2	Induktiv	Aktueller Wissensstand	Abhängigkeit des psychischen Wohlbefindens vom jeweiligen Grad der Informiertheit und des Wissens.
K4.4.3	Induktiv	Sterbebereitschaft	Reaktionen auf die Maßnahmen in Abhängigkeit dazu, ob die Bereitschaft, zu sterben vorliegt.
K4.4.4	Induktiv	Mangelndes kognitives Auffassungsvermögen	Unfähigkeit, Bedeutung der Maßnahmen zu erfassen.

Anmerkung. Die Schattierungen einzelner Kategorien verlaufen entsprechend ihres Grades. Die vier Hauptkategorien sind am dunkelsten, darunter gliedern sich die jeweiligen Subkategorien ersten Grades mit einer helleren Schattierung. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde darauf verzichtet, weitere Subkategorien durch Schattierungen abzugrenzen; ihr Grad ist anhand der Kurzformen ablesbar. Aufgrund der fortlaufend neuen Bildung induktiver Kategorien, ergaben sich wenig Abgrenzungsschwierigkeiten in Bezug auf die Kodierungen. In Bezug auf das Thema der mangelndem kognitiven Auffassungsvermögen wurde entschieden, aufgrund der bestehenden Hauptkategorien, zwei verschiedene Unterkategorien zu erstellen, die sich mit den Auswirkungen der Impfung und den übrigen Maßnahmen separat befassen (K3.2.2 und K4.4.4).

Anhang H

Extrahierte Fundstellen sortiert nach Hauptkategorien und Kategorien ersten Grades

Tabelle H1

Belastende Faktoren auf gesellschaftlich-politischer Ebene

Gesellschaftlich-politische Ebene	
Personalmangel	„Und natürlich permanent Personalunterbesetzung und ständige Dienstfreistellungen und Krankenstände.“ (E3) „Wir haben jetzt seit drei Wochen alles auf einmal. Demenzstation, die Quarantäne kommt und du musst dann mit dem Personal auskommen, was du hast. Wir haben 63 Dienste zu besetzen gehabt, das war ein Horror. Und das geht jetzt nicht nur in der Pandemiezeit so, also nicht nur in der Quarantänezeit, die wir gehabt haben. Es geht auch darum, dass wir wirklich (-) permanent unterbesetzt waren, schon seit ein paar Monaten. Und das auf einer Demenzstation, das ist einfach nicht (-) nicht mehr zum (--). Ach Gott.“ (E3) „Aber da, wenn du zu dritt am Krankenbett stehst mit 24 dementen Patienten, davon sind 20 zum Essen und zum Trinken eingeben, wie sollen wir denn das machen, bitte? Wie soll das funktionieren?!“ (E3) „Ja, das Negative ist, dass man einfach diese permanente Unterbesetztheit, diesen permanenten Personalmangel hat, der jetzt natürlich noch stärker in den Vordergrund gerückt ist als vor der Pandemie. Es ist einfach ein viel zentraleres, ein noch viel zentraleres Thema.“ (E3) „Und das bei einer permanenten Unterbesetzung.“ (E3)
Mangelndes Verständnis	„Dann immer weniger Verständnis von Angehörigen für die ganzen Tests, für die ganzen Maßnahmen, für die ganzen Richtlinien (-).“ (E4) „Und zu alledem selbstverständlich noch irgendwann einmal kein Verständnis von Betroffenen mehr. „Warum muss ich schon wieder?““ (E4)
Mangelnde Wertschätzung	„Im Prinzip ist es ja so gewesen: Am Anfang war es irgendwie sehr unangenehm, weil ich eine der wenigen Personen war, die rausmusste. Die Straßen waren leer. Man ist sich ziemlich einsam vorgekommen und wie es halt ist in der Pflege, wir müssen immer da sein, aber im Prinzip sieht

uns keiner. Das ist halt so. Also es ist wie gesagt schwer, das Krankenpflegebild hat sich nicht viel geändert. Und die Pandemie ist halt dazugekommen.“ (E3)

„Mit diesem Fürsorgeprinzip arbeiten sie alle miteinander schon fast seit 34, 35 Jahren, das geht mir dermaßen am oasch, das ist furchtbar! Wir haben das Problem jetzt einfach auch schon so hervorgehoben. Am Anfang sind wir beklatscht worden und jetzt werden wir bespuckt. Das ist die nächste Geschichte, wo ich mir denk „Geht’s noch?“. Und deinen Angehörigen musst du alles erklären. Ich weiß nicht, wie man da so eine Idee haben kann.“ (E3)

„Das ist die nächste Geschichte: Als Krankenpflegeperson darfst du ja nicht einmal die Batzen aufreißen, dann ist man halt einfach unerwünscht und man soll ja einfach nur den Mund halten und arbeiten. Das ist das große Ziel in der Krankenpflege, seit 1988. Wir haben ja am Anfang unserer Karriere nicht einmal auf Demos gehen dürfen. Weil man das nicht darf als Krankenpflegeperson. Ja! Das ist so. Ich habe drei Kinder großgezogen, bin immer 40 Stunden arbeiten gegangen, hab 20 Jahre auf einer Intensiv gearbeitet, wirklich, ich war schon was hackeln. Ich meine, ich weiß, was hackeln heißt und was Akutsituationen sind. Aber je älter ich werde, jetzt bin ich 54, ich werde 54, und ich denke mir dann schon: Irgendwann ist einmal Schluss. Irgendwann einmal muss das doch irgendwie besser werden. Das gibt es doch nicht!“ (E3)

„Und die Tatsache, dass manche sozusagen glauben, dass wir Schuld daran sind. Dass wir unbedingt Tests haben wollen und unbedingt Impfungen haben wollen und so weiter und sofort. Also die Pflege ist quasi Schuld an dem. Am Anfang waren wir die Helden, haben Applaus gekriegt, jetzt ist vom Applaus nur eine Watschn geblieben.“ (E4)

„Die Gesellschaft, also die meisten haben null, die haben keine Ahnung, wie anstrengend das ist. Es wollen alle auch sofort alles, die neuen Maßnahmen von einem Tag auf den anderen, das ist durchzuführen und das ist zu machen, ohne Rücksicht. Wenn sie zum Beispiel bei Spar sagen, jetzt müssen alle Masken aufziehen, das geht, aber im Pflegeheim da sind die Leute 95 plus, 85 plus, das sind die Armen, die gehen nicht weg, die haben keine Termine, die müssen auf ihren Besuch, ihre Familie verzichten, sie müssen Maske

tragen, sie müssen Termine absagen. Vielleicht sollte man da ein bisschen anders drauf schauen.“ (E8)

Maßnahmenbezogenes

Unmittelbare Reaktionen

„Wir müssen uns immer wieder, jeden Tag, testen, bevor wir zu arbeiten anfangen. Also schnelltesten. Und jetzt momentan zweimal die Woche PCR-Test. Und das war für mich wirklich belastend. Nicht nur, dass es in dem Moment schmerzhaft war, dieser Stich in der Nase jeden Tag, von dem habe ich dann immer Kopfschmerzen gekriegt. Das ist was, was mich wirklich irritiert hat. Aber es war nicht zu vermeiden.“ (E2)

„Und dann noch mit der Plastikschrürzen und mit der Hauben und dem allen.“ (E3)

„Naja, diese Maskenpflicht, die ist halt ein Wahnsinn. Die FFP2-Maske ist ein Horror eigentlich. Du kriegst ein Kopfweh wenn du die acht Stunden, neun Stunden permanent tragen musst. Dann auch das Social Distancing ist ein Horror eigentlich.“ (E3)

„Belastend ist wahrscheinlicher bei dieser Frage. Es gibt persönliche Schutzausrüstung. Dazu gehören die FFP2-Masken, die müssen wir halt durchtragen, das ganze Team, außer wir sind im Freien. Dann dürfen wir die kurz ablegen wenn wir den Abstand einhalten. Ich glaube aber, das ist für alle Berufsgruppen, die das tragen müssen anstrengend. Und wenn wir positive Fälle haben, dann kommt beim Anziehen von der ganzen Schutzausrüstung noch Schutzbrille und FFP2-Maske und Visier und so Handschuhe dazu, das war schon sehr anstrengend.“ (E5)

„Vor allem diese Maske zu tragen. Also für mich persönlich, war es mit meiner Haut sehr schlimm. Die hat komplett auf die Maske reagiert und ich musste halt die Maske 12 Stunden tragen. Am Anfang haben wir 12 Stundendienste gehabt, da musste man 12 Stunden Maske tragen, nur mit kurzer Pause und immer auf der Haut, die hat wirklich komplett reagiert darauf.“ (E8)

„Natürlich ist vermehrte Arbeit, weil zum Beispiel muss man alles anziehen, Maske und alles und dann muss man es wieder ausziehen, dann vergisst man was, muss alles wieder

Umsetzbarkeit

anziehen oder dann läutet wieder jemand und man muss wieder hinein.“ (E8)

„Oder was auch extrem anstrengend ist, sind auch die erweiterte Hygienemaßnahmen. Hygienemaßnahmen muss man sowieso einhalten im Pflegeheim, aber die erweiterten für Corona, das ist zum Beispiel zwei Meter Abstand von Bewohnern zu halten.“ (E8)

„Contacttracing. Wir mussten jeden Besucher protokollieren. Mit Namen, Adresse, Telefonnummer, Datenschutzeinwilligung, es ist so viel Bürokratie.“ (E4)

„Also das Contacttracing war extrem belastend oder ist es immer noch.“ (E4)

„Und dann die Masken, das weiß ich nicht, ob das so viel Sicherheit geboten hat. Eigentlich war es eher das Ding, dass Masken im Altenpflegebereich nicht realistisch sind.“ (E7)

„Und da hält sich natürlich niemand an die Vorschriften. Die sind dann auf das Zimmer gekommen und da brauchte man nicht nachschauen, da konnte man sicher sein, die haben die Maske abgesetzt. Also das war nicht durchzusetzen, dass die Angehörigen die Masken anbehalten. Man brauchte nur nachsehen, egal, ob man mit Klopfen oder ohne Klopfen reingestürmt ist, haben sie die Masken nicht angehabt. Das war egal. Ja, es war schwierig umzusetzen. Also die Maskenpflicht war wirklich eigentlich nicht durchführbar. Habe ich das Gefühl, das ist mein Eindruck. Positives wäre ja eben das gewesen, dass es einen Schutz und Sicherheit bietet, aber das hat uns das nicht gegeben. Das Positive daran ist weggeblieben dadurch. Und wir haben es selber gewusst, dass wir immer wieder die Maske absetzen mussten. Auch wenn wir immer wieder geschimpft haben. Und dann immer mit Abstand ohne Maske, das war wirklich einfach nicht möglich.“ (E7)

„Abstand voneinander, Abstand von den Bewohnern. Psychisch ist das ein Wahnsinn. Das ist echt eine Belastung. Und nicht umsetzbar. Das ist auch wieder eine Belastung. Dass wir Maßnahmen gesetzt haben, aber uns nicht dran gehalten haben. Weil die einfach unmenschlich waren. Auch wenn man mit dem Rollstuhl unterwegs ist, da ist nicht so viel Platz, da kann man dann doch nicht daneben stehen und sagen „Das dürfen Sie nicht, das dürfen Sie nicht!“.“ (E7)

	„Wie soll man das Menschen mit Demenz erklären „Sie müssen jetzt Abstand halten“? Das ist ein Horror.“ (E8)
Kommunikation	„Und am Anfang ist es auch alles sehr hart kommuniziert worden, was mit Angst verbunden war“ (E7) „Und dann die Medien halt. Es ist meistens so, oft erfahre ich am Abend oder Freitag am Abend sagen sie, die Regeln im Pflegeheim haben sich geändert und dann hat man am nächsten Tag in der Früh 20 Anrufe. Das war echt extrem anstrengend. Ja, ist es immer noch.“ (E8) „Dass die Maßnahmen so aufgegeben werden. Weil die Maßnahmen sehr wichtig für Pflegewohnheime ist oder für Einrichtungen auch, da sollte man vielleicht zuerst die Verwaltung informieren, dann könnte man sich erst vorbereiten und dann erst an die Bevölkerung weitergeben. Es ist sowieso im Pflegeheim sehr anstrengend, man muss die Leute versorgen, Ältere, kranke Menschen und wenn dann noch der Druck von außen kommt, das ist doch nicht wirklich notwendig.“ (E8)
Unverständnis	„Und es kamen auch ein paar Maßnahmen, die lächerlich waren, aber gut, am Anfang haben wir alle nichts gewusst. Wie diese Plexiglasdinger. Weil wir ihnen derweil diese Plexiglasblenden hingestellt haben, haben die Leute nichts gehört und haben einfach auf der Seite miteinander geredet ohne Plexiglas.“ (E4) „Also wir haben alle nicht verstanden, was das bringen soll. Zum Beispiel in der Zeit, als es keinen Besuch gab, was soll es da bringen, dass wir Masken tragen? Wir haben ja selbst aufgepasst. In unserem Heim haben wir jetzt zwei Jahre durchgehalten. Beim ersten Mal, als wir positive Fälle hatten, wo es eigentlich noch kaum Schutzmaßnahmen gab. Dann hat es wieder aufgehört. Und auch beim letzten Mal, als es so viel ansteckender war, auch mit den ganzen Schutzmaßnahmen, wo wir schon die komplette Schutzausrüstung getragen haben. Also Mantel, Haube, Schutzbrille. Wir haben dann sogar FFP3-Masken gehabt, da wissen die meisten gar nicht, was das ist. Und es war immer so langsam. Erst waren zwei drei positiv, dann die nächsten zwei und so weiter. Also irgendwie, allgemein, auch die Belegschaft, wir haben nicht so viel von den Schutzmaßnahmen im Haus gehalten. Mehr Sinn hat es vielleicht im Allgemeinen gemacht mit den Masken, also außerhalb des Pflegeheims. Aber bei uns war

	das einfach so, dass die Lebensqualität dermaßen unter den Masken gelitten hat.“ (E7) „Und dann sollen wir auch noch Abstand halten. Das ist auch nicht möglich.“ (E7) „Weil es ja nichts bringt, wenn ich für 15 Minuten komme. Wenn ich Corona habe, dann bringe ich es sowieso mit. Also für Pflegeheime hat das mit den 15 Minuten keinen Sinn gemacht. Weil wenn ich komme, sollte ich auch so lange bleiben dürfen, wie es möglich ist, nicht nur für 15 Minuten. Und für uns, das Personal, war das natürlich auch sehr anstrengend. Wir mussten kontrollieren; Der ist gekommen und der, der muss um 10:15 Uhr raus. Also das hat ganz schön Reibungen zwischen allen Beteiligten gegeben. Ja, das war nicht leicht. Und ich will das nicht machen. Ich will auch nicht, dass man mir sagt, wie lange ich meine Mutter besuchen darf, oder meine Oma. Wenn ich schon da bin, sollte ich auch ein bisschen bleiben können. Es sind eh nie so lange Besuche, eine halbe Stunde, eine Stunde, die sagen eh von selber „Ich bin jetzt müde, ich will schlafen gehen“. Ja. Da kann man diese Energie lieber woanders investieren. Zum Beispiel bei Leuten, die keine Besucher haben. Ja. Also diese Regulation hat meiner Meinung nach nicht viel gebracht, weil wir Corona sowieso gehabt haben, von dem her.“ (E8)
Unstetigkeit	„Die ganzen Regelungen, die rund um Wien immer wieder unterschiedlich sind.“ (E4) „Und die Richtlinien eigentlich, die sich jeden zweiten Monat oder auch manchmal einmal im Monat geändert haben. Die Coronamaßnahmen sozusagen. Das war schon, oder ist jetzt immer noch aktuell. Weil jetzt das mit der vierten Impfung kommt.“ (E5)

Tabelle H2

Belastende Faktoren auf organisationsbezogener Ebene

Organisationsbezogene Ebene	
Arbeitsweise	„Auch für mich ist es in der Arbeitsweise natürlich anstrengender wenn man oft auch pro Wohnebene dann versucht hat, irgendein Angebot zu setzen und das gefühlt schwerer umsetzen konnte. Ist man dann im ersten Stock,

dann fragen wieder die im dritten Stock, warum man denn nicht da ist, also das das war schon schwierig. Und ist auch immer wieder schwierig!“ (E1)

„Also ein negativer Faktor oder das Blöde an der Pandemie ist, dass wir blockgearbeitet haben. Das heißt immer drei Tage Dienst, zwei Tage frei, drei Tage Dienst, zwei Tage frei. Dadurch hast du nie einen richtigen Erholungswert zu Hause. Das ist der negativste Faktor, der mir jetzt einfällt.“ (E6)

„Und das war halt sehr anstrengend, weil wir auch andere Arbeitszeiten bekommen haben, damit dann die ausfallenden Kollegen ersetzt werden können.“ (E7)

Tabelle H3

Belastende Faktoren auf Interpersonaler Ebene

Interpersonale Ebene	
Konflikte mit Mitarbeitenden	„Und viel aufregen darfst du dich auch nicht. Das ist ja wieder schlecht und dann sagen sie, man soll (<i>Pause</i>) bei den Patienten halt nur das nötigste pflegen. Aber das Problem ist halt schon das: Du stehst dann beim Patienten und schaust den an. Die Grindranderl unter den Nägeln und weiß ich nicht was. Du musst das alles aushalten. (-) Als Krankenpflegeperson musst DU das aushalten.“ (E3) „Weißt du, die Ärzte gehen mit der Masken unten und stecken alle an und die Pflege steht dann beim Patienten und muss ihn pflegen. Das ist wirklich mühsam. Jetzt muss ich ehrlich sagen, Gott sei Dank bin ich anonym. Sie sind ja auch nicht im Pflegewohnhaus und alles.“ (E3) „Und Dienste besetzen ohne Ende. Und dann bist du schon so grantig auf die Leute, die sich dann noch infiziert haben. Da ist man dann schon so dermaßen grantig (<i>lacht</i>), weil man sich denk: "Ja, hast du die Richtlinien jetzt auch wirklich eingehalten, die normalen Hygienemaßnahmen?". Dann sagen sie nämlich immer, sie haben sich bei der Arbeit angesteckt und nicht privat (<i>lacht</i>). Das gibt es ja nicht. Also wenn sie sich wirklich bei der Arbeit angesteckt haben, dann ist ja die Frage, ob sie ihre Hygienemaßnahmen nicht richtig eingehalten haben. Das kommt als nächstes dazu. Weil eigentlich bin ich erwachsen und weiß schon wann ich meine FFP2-Maske obi nehmen muss und wann nicht.“ (E3)

„Am Anfang waren die FFP2-Masken sehr wie ein kleines Relikt zu behandeln, jetzt ist es so, dass wir auch die FFP2-Masken während dem Dienst, vor allen Dingen im Quarantänebereich, quasi wegtun dürfen, weil das ja auch nicht so sicher war. Da musstest du ja zwölfteinhalb Stunden mit einer Maske auskommen, was ein Schwachsinn ist, wo ich gleich gesagt habe „Nein, das machen wir sicher nicht, wir tun hier nach fünf Stunden immer die Maske weg und schmeißen sie weg, sonst hat die keinen Sinn mehr“. Aber da hat auch die kleine depperte Diplomierete drauf kommen müssen und nicht der Hygienefacharzt. Das muss man auch sagen. Wenn du das nach dem machen würdest, die hätten die die zwölfteinhalb Stunden rennen lassen. Wenn du nicht mitdenkst in dem Job bist allein, ich sag dirs (*lacht*). Das ist so. Es schaut keiner auf die. Vor allen Dingen in der Akutsituation nicht. Ist ihnen alles wurscht.“ (E3)

„Aber natürlich, man sieht halt jede kleinste Kleinigkeit auch, man ist dann schon so hypersensibel. Und kommt dann auch schnell ins Verurteilen hinein. Aber in der Relation, ja. Wir haben es immer wieder gemerkt. Also Krankenpflegeperson ist immer der Dreh- und Angelpunkt. Und wenn keiner mehr da ist, die Krankenpflegeperson steht dann am Bett. Weil der Arzt, der sagt „Nein“. Der geht.“ (E3)

„Das Berufsfeld ist schon weitflächig. Die Ergotherapeuten können sich in ihrer Fachexpertise gut abgrenzen, die Musiktherapeuten, die Physiotherapeuten, die Ärzte, die Putzfrauen, die Abteilungshelferinnen, alle. Alle können sich super in einem Tätigkeitsfeld abgrenzen. Krankenpflege nicht. Krankenpflege ist Musiktherapeutin wenn die Musiktherapeutin nicht kommen kann. Krankenpflege ist Arzt wenn der Arzt nicht kommen kann. Krankenpflege ist Abteilungshelferin wenn die Abteilungshelferin krank ist. Krankenpflege ist auch Putzfrau wenn die Putzfrau krank ist. Krankenpflege macht alles, auf jeder Ebene. Warum? Weil man den Boden mit Stuhl verschmiert im Nachtdienst nicht so lassen kann, weil der nächste ausrutschen kann. Und weil du trotzdem beim Patienten bist wenn der Arzt nicht kommt. Die anderen kommen halt nicht, die sind ja dann nicht da. Aber du bist als Krankenpflegeperson immer da. Immer. Und du wirst auch zur Rechenschaft gezogen. Immer. Wurscht, hat man sie angerufen, hat man sie nicht angerufen, das, das, das, du bist immer am Erklären und Benachrichtigen.“ (E3)

	„Es ist mehr der Druck, es ist mehr (-) wie soll ich sagen, es ist mehr der Druck seitens der Stationsleitung.“ (E6)
Vermittlung an Bewohnende	„Naja, dadurch, dass man halt in gewisser Weise auch immer wieder Einschränkungen aussprechen muss, die nicht von einem selber kommen, sondern quasi von außen, von den Vorgaben der Regierung. Und das ist natürlich was, das spürbar ist im Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Dass durch diese Einschränkungen, die man dann ausspricht, indem man sie halt daran erinnert "Wissen Sie eh, Sie dürfen nicht rausgehen, wissen Sie, leider hat jetzt alles zu, Sie können jetzt nicht einkaufen gehen". Das war das, was ich am negativsten gespürt habe in meiner Funktion als klinische Psychologin, ja.“ (E1) „Die Aktivitäten, die wir im Haus gemacht haben, waren alle auf einmal stillgelegt und es war schwierig, dann auch mit Bewohnern darüber zu reden, zu erzählen, was gerade passiert.“ (E2) „Aber das war für mich wirklich hart, weil (-) ich ihnen dann auch immer wieder erklären musste, wieso ich das nicht machen kann, welche anderen Möglichkeiten es gibt und solche Sachen.“ (E2)

Tabelle H4

Belastende Faktoren auf intrapersonaler Ebene

Intrapersonale Ebene	
Negativere Haltung zu Beruf	„Die ist erschüttert worden, das kann ich schon sagen. Weil ich den Beruf ja gerade frisch erlernt habe, ich war gerade frisch im Beruf und mir waren dadurch auch die Maßnahmen vollkommen klar, weil wir die ja gerade davor erst gelernt hatten. Aber dass es solch ein Ausmaß annehmen kann, das konnte sich keiner vorstellen. Das war für mich persönlich dann ein richtig erschwerter Einstieg in den Beruf und das hat die Sache natürlich nicht leichter gemacht. Und das hat natürlich seither mitgewirkt.“ (E7)
Pflichtgefühl	„Diese (-, <i>schluchzt</i>) permanente Unterversorgung des Menschen. Das ist das was mich so narrisch machen tut.“ (E3)

	„Aber ich habe zumindest für die Kinder ein gutes Gefühl gehabt, dass wenn irgendwas ist, kann ich und meine Kollegen leiden nicht so dermaßen darunter.“ (E3) „Also ich war eine von den Ersten in dem Haus, die sich impfen lassen haben, einfach auch als Überzeugungsarbeitsleistung quasi. Als Leitung musst du das schon machen.“ (E3) „Naja, auf der Demenz haben wir eigentlich immer das Beste draus gemacht. Für die halt.“ (E3) „Wir haben zwar versucht, zu kompensieren, denn Pflege kann ja alles. Mit Ballspielen und solchen Sachen. Aber auch jetzt in der Quarantänezeit haben wir vielleicht zwei- dreimal versucht, ein bisschen, wenn wir mehrere waren, Aktivitäten zu machen.“ (E3)
Rollenkonflikte	„Eine Stationsleitung sollte halt eigentlich immer Stabilität herzeigen und präsentieren und das geht halt eben nicht. So, jetzt bin ich privat (<i>lacht</i>). Das ist ein Wahnsinn.“ (E3) „Und so bin ich normalerweise nicht. Ich bin normalerweise keine Grantige, aber man wird dann einfach so, weil, du hast einfach kein Potential an Personal mehr. Und ich lache sogar in der platzerten Dynamik (<i>lacht</i>) eigentlich noch. Weil ich einfach wirklich das Beste daraus machen will, ich transformiere eh alles, aber es ist halt so.“ (E3) „Und es ärgert mich wenn das bei mir passiert, weil ich schon stark in meiner Professionalität bleiben möchte. Aber wir sind ja auch alle keine Heiligen (<i>lacht</i>).“ (E3) „(...) aber auch von mir selbst und auch von den Bewohnern. Weil wie der erste Lockdown war, der allerallererste, haben wir ja das Haus zugesperrt gehabt. Es durften keine Besucher mit herein und das war dann halt schon sehr, sehr belastend. Wenn du nur mit den Bewohnern zusammen bist sozusagen.“ (E6) „Und die Unmöglichkeit, Familienmitglieder zu besuchen, weil ich in Österreich alleine bin. Also ich durfte dann komplett meine Familie für lange Zeit nicht besuchen und ja, das war halt nicht leicht zu akzeptieren und anzunehmen.“ (E2)
Unsicherheit und Nervosität	„Und es ist sowieso in der Pflege schwer und man wird konfrontiert mit etwas was neu ist, niemand weiß so genau,

	was man darüber sagen kann, am Anfang zum Beispiel mit Besucherverbot und dann doch kein Besucherverbot, Mund-Nase-Schutz am Anfang und dann FFP2.“ (E8) „Es war irgendwie so schwierig das richtige Gespür dafür zu entwickeln und die sind dann auch nervös geworden, die Leute. Ist eh klar, die haben das gespürt, die Anspannung von den Pflegepersonen.“ (E3) „Das hat viel mit Unsicherheit zu tun.“ (E5) „Mit der Zeit dann, naja ich würde nicht sagen Aufregung, aber man ist nervöser oder ungeduldiger geworden. Weil es so viele Regelungen gibt, es gibt so viele Änderungen, man kann das gar nicht mehr verfolgen. Und somit ist man ein bisschen aufgeregter und ungeduldiger als sonst.“ (E4)
Depressive Symptome	„Also mir ist es psychisch nicht gut gegangen. Gleich nach der ersten Welle war es schon sehr anstrengend. Und die zweite Welle (-). Ich persönlich war dann im Krankenhaus. Ich war dann auf der Psychiatrie wegen Depressionen. Also da bin ich vielleicht auch ein ausschlagender Fall. Das passiert nicht jedem. Und das passiert auch nicht von heute auf morgen. Aber mir hat das den Rest gegeben. Und seitdem bin ich auch in Behandlung. Also ich bin vier Wochen dort gewesen und dann vier Wochen im Krankenstand und nach der Zeit habe ich dann wieder gearbeitet. Zwei Monate noch Vollzeit und dann nur mehr 80 Prozent.“ (E7) „Ich habe jetzt ein bisschen sowas wie einen Rückfall gehabt.“ (E7)
Erschöpfung	„Das ist normalerweise nicht meine Art, aber es ist irgendwie die Grenze gerade, habe ich eh erklärt.“ (E3) „Und das ist schon langsam aber sicher zu viel. Und mich wundert es nicht, dass viele Krankenschwestern den Job wieder aufgeben. Mich wundert es gar nicht. Und Recht haben sie. Recht haben sie. Aber ich bin zu alt dafür.“ (E3) „Ich meine es gibt sicher noch was. Ich sage schon langsam sind wir alle müde von der Pandemie und von Corona und der Impfung und der Impfpflicht.“ (E4)
Überforderung	„Aber ich dachte, war ich schon ziemlich darauf vorbereitet. Und wie dann die ersten Fälle angekommen sind, haben wir gemerkt, wir waren doch nicht so vorbereitet wie gedacht. Wir hatten Masken und Hygieneartikel, aber es ist

weitergekommen und weiter und dann haben wir gemerkt, wir schaffen es nicht, es aufzuhalten. Weil am Anfang hat man gedacht, es sind eh nur zwei Monate und dann ist es vorbei. Aber wie man es dann so gehört hat in den Medien, kriegen wir es nicht gestoppt. Also am Anfang war es wirklich sehr schwer.“ (E8)

„Und psychisch auch. Und es gab viel zu tun, viel zu arbeiten. Viel mehr zu arbeiten als sonst. Zu viel.“ (E8)

„Momentan ist es ein bisschen zu viel.“ (E3)

„Bei mir funktioniert das meistens so, ich bin super (*lacht*) solange alles funktionieren muss und wenn es dann vorbei ist, kommt alles raus (*schluchzt*). Tschuldigung, ich muss nur eben (-, *entfernt sich*). Sonst sehen mich alle platzen (*lacht*). Ich habe es eh schon gesagt, es ist halt ein Wahnsinn.“ (E3)

„Was ich aber beobachtet habe ist, wenn zu viel Überforderung da ist, dass man zu wenig Geduld hat. Für für Menschen, für alles. Bei manchen Malen, bei Überforderung, ist man einfach ungeduldiger. Da hat man einfach diese Dynamik nicht mehr.“ (E3)

„Überlastung sowieso. Weil wir bei uns im Haus die Pandemie recht turbulent erlebt haben. Und weil auch viele, viele Bewohner und viele von der Pflege, ich auch persönlich, wir waren unter den Ersten, die positiv waren. Das war dann auch ein bisschen herausfordernd, anstrengend für uns, weil es gerade der Anfang war. Es war nämlich Oktober, wo es bei uns losging, und da hat sich noch keiner ausgekannt mit wie genau wir was machen, was die Richtlinien sind. Das war sehr anstrengend.“ (E5)

„Ja, die Überforderung, die es am Anfang war.“ (E2)

„Ich habe versucht, das Beste zu geben. Man überfordert sich manchmal mit der Situation, also man macht mehr als wir normalerweise machen würden wenn es keine Pandemie da gewesen wäre.“ (E2)

Angst und Ungewissheit

„Diese Angstzustände.“ (E8)

„Angstmacherei auch, ja.“ (E7)

„Jeder hatte einfach nur Angst. Die Vorgesetzten haben Angst gehabt, unsere Bewohner, wir haben Angst gehabt, dass der Virus ins Haus kommt. Und dann ist das teilweise auch passiert, aber in der ersten Welle haben wir noch Glück

	gehabt, da gabs nur wenige, da war es ja auch noch nicht so ansteckend wie jetzt. Ja, es war halt Angst, Bedrohung, was soll man sagen.“ (E7)
	„Ungewissheit, Ängste.“ (E4)
Angst vor eigener Ansteckung	„Also am Anfang die Ungewissheit über diese Krankheit. Für mich persönlich war es zum Beispiel so, dass ich sehr sehr Bluthochdruck habe und dann habe ich Angst gehabt, diese Krankheit zu bekommen.“ (E7)
Angst davor, andere anzustecken	„Dann auch die Angst um die anderen. Riesige Angst, dass man auch jemanden ansteckt.“ (E7)

Tabelle H5

Entlastende Faktoren auf gesellschaftlich-politischer Ebene

Gesellschaftlich-politische Ebene	
Wirksamkeit der Maßnahmen	„Und die FFP2- Maske natürlich auch wieder (<i>lacht</i>). Weil die einen schützt und du schützt andere. Also es geht in beide Richtungen. Der Mund-Nasen-Schutz ist eigentlich nur für die anderen gewesen und mit den FFP2-Masken geht es eigentlich in beide Richtungen. Da hab ich auch mehr Sinnhaftigkeit gesehen.“ (E3) „Also angefangen hat es einmal in der Woche, dann wurde es zweimal, mittlerweile können wir täglich eine Gurgelprobe abgeben. Also von den Mitarbeitern aus, was eine tolle Präventionsmaßnahme ist und die Bewohner werden auch immer wieder getestet. Ich glaube, es wird immer so ein bisschen darauf geschaut, dass es einmal im Monat stattfindet. Ich bin mir jetzt nicht ganz sicher, das ändert sich nämlich auch immer wieder von der von der Frequenz her, aber ich sag mal einmal im Monat findet es auf jeden Fall statt, dass auch die Bewohner PCR-getestet werden. Und damit haben wir zum Beispiel auch mal zwei positive Bewohner gefunden, die asymptomatisch waren, also eben keine Symptome hatten. Und es war natürlich gut, dass wir das früh erkennen konnten und entsprechend weitere Präventionsmaßnahmen treffen konnten, nämlich dass die Bewohner dann natürlich im Zimmer bleiben mussten, nicht die Wohnebene verlassen durften, damit es sich nicht auch die Ebene übergreifend ausbreiten konnte.“ (E1)

„Ja, weil dadurch habe ich auch immer einen guten Einblick, einen regelmäßigen Einblick, ob irgendwas ist oder nicht. Es entlastet mich auch privat, dass dann auch gleich zu wissen, das ist sehr positiv, ja.“ (E1)

„Also ich finde, Desinfektion und Händewaschen, sowie FFP2-Masken, haben sich wirklich bewährt, als effektive oder effektivste Maßnahmen, prophylaktische. Dazu die Tests, also die PCR Tests vor allem. Weil wir Impfdurchbrüche gehabt haben und wir so rechtzeitig die Positiven isolieren konnten und somit eine Entstehung eines weiteren Clusters verhindern konnten.“ (E4)

„Und die FFP2-Maske. Ich meine, in unserem Beruf ist Händewaschen, Händedesinfizieren Gang und Gebe, deswegen war das nichts Neues.“ (E4)

„Ich würde sagen, dass die Tests auch für die Betreuungsgruppe von Bedeutung sind, weil wir regelmäßig testen, also dreimal die Woche. Und wenn da wer positiv wäre, dann könnten wir die betroffene Person isolieren und die anderen wären dadurch geschützt. Also Impfung und Tests.“ (E4)

Tabelle H6

Entlastende Faktoren auf organisationsbezogener Ebene

Organisationsbezogene Ebene	
Kontinuität	„Also in der Pflege ist es jetzt nicht so, dass man einen totalen Lockdown hatte, das haben wir nicht gespürt, weil wir arbeiten gehen mussten. So ist unser Leben noch regelmäßiger gewesen als bei den anderen. Das war ein Vorteil in der Pflege, dass man da weiterhin seine Arbeit hat machen können, dadurch hat man ein Ziel gehabt, man geht jetzt arbeiten, dann hat man seine Arbeit gemacht. Das war ein Vorteil. Für uns.“ (E8) „Bei mir persönlich, weil es jetzt die Frage auch war, mir ging es gut, dadurch dass ich in der Arbeit meine Sozialkontakte hatte. Auch während der Pandemie jetzt immer wieder, also dadurch, dass ich nie ein Homeoffice oder so hatte, war das für mich eigentlich persönlich sehr angenehm.“ (E1)

Gewöhnung

„Ja, also ich kann da eigentlich nur noch einmal wiederholen, dass für mich persönlich, ich meine gut, das hat jetzt wenig mit meiner Funktion als klinische Psychologin zu tun, aber persönlich war es der Kontakt in sämtlichen Lockdownzeiten und nicht Lockdownzeiten. Da war ich auf der Arbeit, hatte meine Sozialkontakte durch die Kollegen und auch die Bewohner, das hat sich definitiv positiv auf mich ausgewirkt.“ (E1)

„Aber jetzt hat man sich in der Pflege gefunden. Da haben wir jetzt Antworten für die meisten Sachen.“ (E8)

„Jetzt ist Corona nicht mehr so präsent. Es wie Grippe, wie viele andere Viren, die man kennt. Man kennt sie, man weiß, wenn man Corona hat zack zack zack das tue ich, das sind die gesetzlichen Vorgaben, das machen wir, das sind die Hygieneartikel, die nehmen wir, wir haben alles für fünf Tage vorbereitet mindestens. Wenn es uns am Freitag trifft, beispielsweise, haben wir vorgesorgt bis Dienstag, wenn wir dann wieder einkaufen können. Also jetzt geht es, wenn jemand zu uns kommt und coronapositiv ist, weiß jeder was zu tun ist, jeder weiß, was seine Aufgabe ist. Im Vergleich mit dem Anfang, macht sich mittlerweile keiner mehr so viele Sorgen.“ (E8)

„Das ist natürlich anstrengender als sonst, aber wir sind gut vorbereitet würde ich sagen. Man findet seine, wie nennt man das, Routine. Genau, es wird Routine. Und wenn man das dann oft macht, weiß man genau, was zu tun ist.“ (E8)

„Und insgesamt geht es mittlerweile ganz gut, jeder weiß, wir müssen an diesem Tag testen, wir haben einen Termin, also das geht alles automatisch jetzt. Und die Mitarbeit, dass jeder weiß, was zu tun ist, woher hole ich die Sachen. Das hat jeder lernen müssen und meiner Meinung nach ist es ganz gut mittlerweile geworden.“ (E8)

„Also der Anfang war anstrengender. Jetzt haben wir uns schon an viele Schutzmaßnahmen gewöhnt und ich würde sagen, es ist immer noch sehr viel Stress, aber der Umgang ist einfach anders. Routinierter.“ (E7)

„(...) die Routine und der Alltag.“ (E7)

„(lacht) Es kommt ein Zeitpunkt, wo man dann, ich würde nicht sagen in Wurschtigkeit geht, sondern wo man dann versucht, darüber zu lachen. Ja. So ist es.“ (E4)

	„Aber mittlerweile wissen sie, weiß jeder, wie die Situation ist und es ist auch ein bisschen leichter für mich geworden und auch für die Bewohner.“ (E2) „ist es jetzt nicht mehr. Wir haben jetzt auch mit der Zeit gelernt, wie wir damit umgehen.“ (E2)
(Materielle) Unterstützung	„Und ansonsten von den Gesetzen her, vom Arbeitgeber haben wir auch alles zur Verfügung gestellt bekommen, Masken, also uns ist es gut gegangen, wir hatten alles, was wir gebraucht haben. Das was man in den Medien gehört hat, dass es nicht genug Masken oder was gibt, das haben wir nicht erlebt. Das kann ich nur sagen, von unserem Betrieb, das haben wir nicht gespürt. Die haben sich ordentlich und schnell organisiert.“ (E8) „Und das Positive ist einfach, dass die Schleifen von dem Schleusengewand bequemer ist als das normale Gewand (<i>lacht</i>). Ja, das ist super! Ich kenne das von der Intensiv, das war ein Traum. Und die Leute haben ja da diese depperten Gewänder, die du da kriegst mit Knöpfen und wo dann da zum Teil zehn Knöpfe abspringen, weil die Hose zu eng geschnitten ist oder dann wieder obi rutschen tut. Dieses hat ein Schnürle, das ist super (<i>lacht</i>).“ (E3) „Wir hatten genügend Schutzausrüstung, das war es auch.“ (E6) „Obwohl ich muss sagen, bei uns, in unserem Haus sind viele Arbeitsbedingungen noch besser als in der Privatwirtschaft. Das muss ich sagen. Das was ich höre, das ist noch schlimmer. Weil wir haben zum Beispiel Hygienemaßnahmen, die sehr sehr gut kommuniziert sind und auch sehr gut etabliert in der Firma. Und was ich höre von Kollegen, die gewechselt haben, ist das anderswo nicht so. Also das ist eine Zufriedenheit und eine Unzufriedenheit zugleich.“ (E7)

Tabelle H7

Entlastende Faktoren auf interpersonalen Ebene

Interpersonale Ebene
Unterstützung

Rückhalt durch Bewohnende	„Und die Bewohner auch, die tragen Maske, die helfen uns, die bleiben auf dem Zimmer wenn sie gerade getestet haben, die waren meistens sehr compliant.“ (E8) „Ja, der Teamgeist. Das Verständnis von den, wir sagen Bewohner, aber Sie können auch Klienten oder Kunden schreiben, für die Krise. Das ist eine ältere Generation, das ist eine Generation, die Krisen durchgemacht hat. Also Zweiten Weltkrieg, Nachkriegszeiten. Und die haben viel mehr Verständnis als alle anderen. Für die Krise, für Situationen und so weiter und das braucht es auch. Die Leute sind dankbarer als sonst.“ (E4) „Ja, im positiven Sinne. Obwohl man im Fernsehen gesagt hat, dass alte Menschen im Pflegeheim leiden und so weiter und sofort, haben wir das nicht beobachten können. Die waren verständnisvoll. Es gab kaum Beschwerden. Auch wenn man was, unter Führungszeichen, falsch gemacht hat, haben sie Verständnis, weil das ja während der Krise war und auch während des Lockdowns. Wir sind, ich würde sagen, mehr zusammengewachsen. Also ich sah das positiv.“ (E4)
Solidarität im Kollegium	„Das Team. Bei uns bei der Arbeit haben sich alle gegenseitig Kraft gegeben.“ (E8) „Obwohl unser Haus in der Summe gesehen ja wirklich ein super Haus ist. Also das muss man schon sagen, von der Leitung und allem.“ (E3) „(...) das gegenseitige Bestärken (...)“ (E7) „Also das Positive waren dann eigentlich nicht die Maßnahmen an sich, sondern, dass wir sie nicht alle geduldet haben. Dass wir trotzdem den Kontakt zueinander gesucht haben, dadurch entsteht dann, dass man sich gegenseitig motiviert und füreinander da ist. Es ist ansonsten so schwierig mit den alten Leuten.“ (E7) „(...) und wir sowieso.“ (E4)
Soziales Netz	„Okay, da würde ich auch wieder auf die sozialen Faktoren eingehen, weil ich dann Wege gefunden habe, wie ich diesen persönlichen sozialen Kontakt irgendwie (-) meistere. Wir haben versucht, dann Kontakte über soziale Medien und zwar Videotelefonie mehr zu machen als vorher. Das war etwas, was mir geholfen hat.“ (E2)

	„Auch etwas, was ich jetzt aktiver gemacht habe und früher nicht, ist Sport (<i>lacht</i>) Seit zwei Jahren. Das hat mir auch gut geholfen und zwar nicht Sport alleine, sondern in der Gruppe, wieder mit Videotelefonie mit Freundinnen.“ (E2)
Besuchsverbot	„Was positiv zu bewerten war, vielleicht ist das komisch, aber dass wir weniger Besucher gehabt haben. Und dass sich die Angehörigen nicht negativ eingemischt haben in die Pflege. Weil wir auch schwierige Angehörige haben, so sagt man immer bei uns, die aus eigentlich gar keinem Problem einen Elefanten machen. Zum Beispiel „Wieso hat meine Mama ein graues T-Shirt und nicht gerade ein grünes T-Shirt an?“ und wieso die Haare nach vorne, aber nicht nach rechts frisiert sind und so banale Sachen halt zum Beispiel. Und die haben dann Besuchsverbot gehabt oder der Besuch war so ein bisschen eingeschränkt und das war sehr positiv für das Krankenpflegepersonal. Klingt vielleicht komisch, aber das war das Positive daran.“ (E5) „Also am besten fand ich das Besuchsverbot muss ich ehrlich sagen. Das war glaube ich auch der beste Schutz. Weil so haben wir uns alle viel sicherer gefühlt in dieser Zeit.“ (E7) „Ja, wie gesagt, das ohne die Besucher hat ein Sicherheitsgefühl gegeben, aber jetzt, haben wir wieder welchen.“ (E7)

Tabelle H8

Entlastende Faktoren auf intrapersonaler Ebene

Intrapersonale Ebene	
Hoffnung	„Ich hoffe einfach, dass die Coronamaßnahmen, wie sie jetzt sind, bleiben. Dass sie vielleicht ein bisschen ergänzt werden, aber dass sie ganz wegkommen, das glaube ich nicht.“ (E8) „Jetzt kann ich eigentlich sagen: Erleichtert auf der einen Seite, dass die Pandemie schon, sozusagen, hoffentlich zu Ende geht.“ (E5) „Und Hoffnung, dass es besser wird.“ (E7)
Liebe zum Beruf	„Nein, ansonsten ist Krankenpflege einfach ein schöner Beruf. Ich empfehle ihn immer weiter, weil, man wirklich sehr stark immer wieder an seine Grenzen kommt und das muss man halt einfach.“ (E3) „Und ich liebe den Job auch, das ist es halt auch. Wenn du es nicht so magst wie ich, dann bist du weg. Es gibt ja nun Gott

	sei Dank eh genug Leute, die so eine Einstellung haben wie ich, schlimm wenn das nicht so wäre.“ (E3)
	„Ich mache diesen Job gerne, egal ob Pandemie oder nicht Pandemie. Sonst wäre ich nicht 26 Jahre im gleichen Pflegeheim. Und es stand nie zur Frage, auch wenn die Impfpflicht kommt. Weil manche Kollegen gesagt haben, die lassen sich nicht impfen und die gehen lieber weg von dem Beruf, wegen der Impfpflicht und so weiter. Das stand bei mir nie zur Frage. Ja, ich liebe meinen Job und ich mache hoffentlich auch weiter, bis zur Pension.“ (E5)
Erfahrung	„Weil ich aus Afrika komme und habe dort oft Krankheiten beobachtet. Nicht pandemieartig, sondern Epidemien zum Beispiel. Wir hatten oft Epidemien und ich weiß, die Impfung hilft.“ (E8)
	„Aber mit 50 Jahren, da schafft man schon einen ganz guten Umgang mit der Situation.“ (E7)
Positivere oder unveränderte Haltung zu Beruf	„Nicht wirklich. Es nervt, dieses Corona, es soll aufhören. Aber ich glaube in der Pflege und in unserem Beruf, kaum wird Corona fertig sein, wird sicher was anderes kommen. Wir sind eh konfrontiert mit vielen Krankheiten, vielen infektiösen Krankheiten auch. Also dass Corona neu ist und diese Maßnahmen, die damit kommen, sind schon nervig, aber sonst hat sich für mich mit meinem Beruf nicht viel geändert. Ich bin gerne in der Pflege, ich werde nicht gezwungen dazu.“ (E8)
	„Interessanterweise nicht, nein. Also ich bin halt einfach ein alter Has (<i>lacht</i>) und die Enttäuschung war immer schon die, dass man einfach zu wenig Personal war, was für mich jetzt irgendwie ziemlich gleich ist. Halt jetzt durch die Position selbst als Leitung, in der Ausnahmesituation, das habe ich schon extrem herausfordernd gefunden. Die Haltung zu meinem Job selbst, zu meinem Tätigkeitsfeld, ist aber die gleiche geblieben, positiv. Ich mache Dienst am Menschen und ich habe einfach diese Liebe zum Menschen. Wenn du die hast dann, glaube ich, kann man viel aushalten. Also es ist nichts verändert.“ (E3)
	„Im Allgemeinen empfinde ich es halt so, dass ich die klinischen Psychologen und Psychotherapeuten als sehr wesentliches Personal empfinde, das es gerade geben kann, weil jetzt schon so wahnsinnig viele Belastungen da sind. Aber jetzt durch das Haus und in der Pandemie an sich, also

	wenn ich mich jetzt auf die Frage konzentriere, die sie gesagt haben, eigentlich nicht, nein. Also da hat sich für mich jetzt nichts geändert, auch in Hinblick auf meinen Beruf nicht.“ (E1)
	„Nein. Überhaupt nicht.“ (E5)
	„Nein. Nein. Überhaupt nicht. Eher gleichgeblieben.“ (E6)
	„Nein.“ (E4)
	„Eigentlich weiß ich nicht, was ich da sagen soll. Schon. Ich habe gesehen, wie wichtig unsere Arbeit ist. Vor allem in der Pandemie. Ja (--).“ (E2)
Vermeidung von Medien	„Was mir noch geholfen hat ist, dass ich versucht habe, die Medien zu vermeiden, nicht viele Nachrichten zu lesen, halt nur das Notwendige.“ (E2)
	„Also das Wichtigste war wirklich, das ich versucht habe, die sozialen Medien zu vermeiden.“ (E2)

Tabelle H9

Entlastende Faktoren in Zusammenhang mit der Impfung

Entlastende Faktoren	
Umsetzung	„Also super schnell ging das bei uns im Alters-und Pflegeheim. Das waren ja grundsätzlich die Ersten die geimpft wurden, das heißt, das war bei uns wahnsinnig schnell. Wir waren mit die Ersten, die von der Gesamtbevölkerung geimpft wurden, die Bewohner und auch die Mitarbeiter. Es wurde auch echt super organisiert damals als diese Impfdosen verwaltet wurden vom Staat. So, dass bei uns im Haus eine große Impfkation stattfinden konnte. Es wurde vorab bekannt gegeben, wie viele Bewohner wir haben und welche Bewohner sich auch impfen lassen wollten, also wie viele, und auch wie viele Mitarbeiter sich ungefähr impfen lassen wollen. Dementsprechend wurden eben die Impfdosen geliefert vom, ich glaube vom Roten Kreuz, aber ich weiß es nicht mehr genau, die waren damals glaube ich noch dabei. Und das wurde dann auch alles verwaltet, eingegeben, ECard gesteckt und alles logistisch geregelt. Und wir hatten hier unsere zwei Hausärzte, die auch immer wieder da sind, die immer wieder als Konsiliarärzte bei uns im Haus sind für die Bewohner. Von den beiden Hausärzten wurden dann die Bewohner und eben auch die Mitarbeiter, die

	wollten, geimpft. Und das hat sich sehr positiv ausgewirkt, ja.“ (E1) „(...) und bei uns, wie gesagt, super schnell gewesen und war logistisch alles unproblematisch.“ (E1) „Ja, das war super. Also ich war eine der Ersten, die geimpft war von meinem Bekannten- und Freundes- und Familienkreis. Alle waren wahnsinnig neidisch drauf, dass ich schon die Impfung habe und sie selber nicht.“ (E1) „Wir sind in der Arbeit direkt geimpft worden. Das heißt, wir haben nicht irgendwie zu einer Impfstelle oder Impfbus oder sonst irgendwas müssen, sondern haben das direkt in der Arbeit machen können. Das war sehr gut.“ (E6) „Also hier bei uns hatten die Bewohner als erstes und die Mitarbeiter, die Krankheiten haben oder älter sind, die Möglichkeit, sich sofort impfen zu lassen.“ (E2)
Schutz anderer	„(...) und dass ich dann die anderen dadurch auch geschützt habe. Ich habe mich am Anfang auch eigentlich nur wegen der Bewohner impfen lassen, gar nicht wegen mir selber.“ (E7)
Akzeptanz	„Und ich weiß, dass die Regierung oder die höhere Macht sich da schon Gedanken macht. Und die wollen uns beschützen, also ich glaube nicht, dass man vorhat, Leuten mit Impfungen zu schaden. Und deshalb war für mich klar, ich lasse mich impfen und ich habe auch durch meine Ausbildung und alles meine Familie beraten, sich impfen zu lassen. Für mich war das klar, dass das das Richtige ist.“ (E8) „Man hat das halt weiterempfohlen und die Leute haben sich impfen lassen.“ (E8) „Also es wurde aufgeklärt durch einen Arzt und ich würde sagen, es wurde zu so 60 Prozent gut angenommen, weil es dann auch viele Impfungen gab. Einige haben mehrere Gespräche gebraucht, das wurde dann auch geklärt und meistens haben sie sich ohne Probleme impfen lassen.“ (E8) „Außer einer Patientin. Die schon. Und die wollte auch. Also eigentlich zwei. Zwei haben wir gehabt, die kognitiv besser waren, ja. Und die wollten auch.“ (E3)

Erleichterung

„Also die Bewohner haben es eigentlich im Großen und Ganzen recht gut angenommen.“ (E1)

„Aber im Großen und Ganzen ist es eigentlich gut angenommen worden.“ (E1)

„Also bei den meisten wirklich positiv. Also die meisten haben das positiv angenommen.“ (E1)

„Also wirklich, die komplette Bandbreite, wobei ich sagen würde, der Hauptteil ist eigentlich positiv. Also für die meisten positiv auch vom psychischen Wohlbefinden.“ (E1)

„Ich find die Impfung gut und ich bin der Meinung, die Leute sollten sich impfen lassen, damit wir endlich wieder zu irgendeiner Normalität kommen, ohne 2G-Nachweis, ohne 3G-Nachweis, einfach ein ganz normales Leben weiterführen können.“ (E6)

„Aber trotzdem haben sich dann die meisten impfen lassen.“ (E7)

„Wir haben Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen im Februar voriges Jahr geimpft. Am Anfang war die Impfwilligkeit enorm und die Leute wollten sich impfen.“ (E4)

„Am Anfang habe ich es sicher begrüßt, ich war dafür, ich bin ein Impfbefürworter, kein Thema.“ (E4)

„Wir haben Gott sei Dank eine sehr große, ich sage jetzt Gott sei Dank (*lacht*) eine sehr große Rate der Bewohner gehabt, die zugestimmt haben, sich sofort impfen zu lassen.“ (E2)

„Jetzt endlich bin ich froher und ich muss jetzt nicht mehr impfen. Weil ich genesen bin, reicht mir nur eine Impfung für die nächsten sechs Monate. Schauen wir, was dann später wird.“ (E5)

„Wir haben Jänner 21 zu impfen angefangen, gleich wie Biontech Pfizer geliefert hat nach Österreich. Das war schon eine Erleichterung.“ (E5)

„Und an den anderen Teil, die nicht mit gemeint sind, die waren eigentlich erleichtert mit der Impfung. Weil die dann schon gewusst haben, dass sie rausgehen können, dass sie Besucher ohne Einschränkungen haben können oder ohne größere Einschränkungen empfangen können. Die haben das als Erleichterung empfunden, glaube ich, die Impfung.“ (E5)

	„Oh ja, vielleicht die Impfung! Dass sich die positiv ausgewirkt hat, das war schon eine Erleichterung. Genau. Aber sonst (-) wüsste ich jetzt nichts (-).“ (E6) „Ja, natürlich die Impfungen, wie schon gesagt (--).“ (E6) „Also für mich war es schonmal eine gute Erleichterung, dass ich irgendwann gewusst habe, dass es eine Impfung gibt.“ (E7) „Also da ist echt eine spürbare Erleichterung durchs Haus gegangen nach den ersten Impfungen.“ (E7) „Also die meisten waren halt sehr erleichtert wie die erste Impfung gekommen ist, obwohl man zu der Zeit noch gar nicht wusste, was das eigentlich bedeutet.“ (E7) „Ja, das war schon eine Erleichterung. Eine ziemliche Erleichterung.“ (E7) „(...) einerseits eine Erleichterung (...)“ (E7)
Hoffnung	„Die Hoffnung in diese Impfung war sehr groß.“ (E7) „Obwohl wir eigentlich noch gar nicht gewusst haben, ob das hilft oder nicht. Aber wir haben halt einfach diese Hoffnung gehabt.“ (E7) „Also am Anfang war es gut, weil es die Hoffnung gab, dass es wieder so wird, wie es war.“ (E2)
Sicherheit	„Aber die Leute, die nach der Impfung Corona gehabt haben, haben natürlich fast keine Symptome gehabt, die haben nur durch Zufall erfahren, dass sie Corona haben, durchs Testen. Also das hat sich schon verändert. Von den Maßnahmen her nicht, aber dass die Leute nicht so krank werden und nicht so starke Symptome haben, das schon.“ (E8) „Nach den Impfungen ist es dann besser gegangen. Da hat man sich dann mehr getraut. Aber vor den Impfungen war es schon so, dass wir sie wie rohe Eier behandelt haben.“ (E3) „Die Impfungen haben schon ein Gefühl des Backups gegeben. Ja, also die Impfungen waren sicher ein großes Positiva, ja.“ (E3) „Und ich hab mich halt schon von Anfang an recht geschützt gefühlt.“ (E1) „Für mich persönlich.“ (E7)

	„Wenn man die Impfung als Prävention sehen kann, ist das schon positiv. Also die Impfung hat definitiv geholfen. Das hat man gesehen. Wir haben ein Cluster gehabt und auch wenn es Impfdurchbrüche gibt, haben wir seit der Impfung keine schweren Verläufe mehr gehabt. Weder bei Bewohnern, noch bei Mitarbeitenden. Ja. Die Impfung ist definitiv etwas, das gut ist.“ (E4) „Die Impfung definitiv. Wir haben vor der Impfung ein Cluster gehabt, wir hatten Todesfälle, wir hatten Schwerverläufe. Seit der Impfung keinen positiven Fall bei den Bewohnerinnen und Bewohnern (-).“ (E4) „und das hat sich bei denen positiv gewirkt. Weil die schon wussten, wie es auch in den Nachrichten vermittelt wird: Sobald man die Impfung hat, ist man geschützter und man kann alles machen, was man will.“ (E2)
Beitrag leisten	„Ich weiß es nicht. Im Prinzip bin ich davon überzeugt, also das ist schon sehr spirituell, dass man das bekommt, was man erhält. Oder wie sagt man das. Es hat für mich persönlich jetzt nicht wirklich einen Vorteil gegeben. Überhaupt nicht. Weil man kann sich ja trotzdem infizieren. Das einzige ist vielleicht ein bisschen mehr Stabilität. Für mich persönlich nicht, aber ich bin ein extrem solidarischer Mensch und da ist es dann wiederum gesamtheitlich gesehen natürlich viel besser. Weil erstens einmal ist man innerlich beruhigter, man hat auf alle Fälle einen Solidaritätsbeitrag geleistet, so in der Richtung. Also wenn du <i>(Telefon klingelt)</i> Sekunde (-, kurzes Gespräch, Unterbrechung von 26 Sekunden) Also ja von dem her hat es mich beruhigt, dass ich da auch was dazu beitragen habe können im Solidarischen, im Gemeinschaftlichen. Aber das ist es. Ich meine, ich bin da sehr <i>(lacht)</i> solidarisch. Blöd vielleicht auch <i>(lacht)</i>.“ (E3) „Das war für mich dann einfach so ein Gefühl von, ich habe jetzt das machen können, was ich derzeit tun kann für die Pandemie. Und somit hat sich das privat und persönlich positiv für mich ausgewirkt, ja.“ (E1)

Tabelle H10

Belastende Faktoren in Zusammenhang mit der Impfung

Belastende Faktoren

Personalausfall	„Jaja, wir haben sehr viele Ausfälle gehabt von Pflegepersonen, die sich impfen lassen haben, weil die Impfreaktion bei manchen schon sehr stark war.“ (E3) „Wie ich sagte, ich wurde erst jetzt im Jänner zum ersten Mal geimpft. Zum ersten Mal. Drei Tage Krankenstand. Ich habe alles mögliche bekommen, Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerzen. So was halt zu den Nebenwirkungen gehört.“ (E5)
Schwierigkeiten bei Umsetzung	„Der Zugang zum Impfstoff am Anfang war ein bisschen anders, jetzt ist es wieder die Bürokratie. Jeder muss irgendein Einverständnisformular ausfüllen, dann muss man hin- und her, viel Blablabla ist drin. Und die Handhabung von Impfstoffen ist auch eine Katastrophe, weil wenn die aufbereitet werden, ich weiß nicht, ob Sie wissen, wie das funktioniert. Bis zu fünf Impfstoffe bestellt man bei der MA70, ab fünf, fünf bis ich glaube zwölf oder so, keine Ahnung, bei MA15 und ab dreißig kann man über, naja, es ist kompliziert. Es ist diese viele Bürokratie, die das Ganze kaputt macht.“ (E4)
Druck	„Aber auch wieder so ein bisschen überlastet, weil auf uns so viel Druck gemacht wird, sich wieder die vierte Impfung zu geben, wo einige Kollegen und ich persönlich auch dagegen sind.“ (E5) „Der Druck von der Chefetage. Ja, das war das Schlimmste eigentlich muss ich sagen.“ (E5) „Weil ich zu denen gehöre, die nur einmal geimpft sind. Für mich war die Impfung eh zum Schluss die Frage und eigentlich, ich hätte mich nicht impfen lassen, hätte der Chef keinen Druck gemacht. Weil nicht nur ich alleine, sondern wir alle, unsere Pflege im Wohnhaus, haben nämlich am Anfang 21, vor der ersten Impfung, an einer Antikörperstudie teilgenommen und da wurden alle Bewohner und das ganze Personal, das selbstverständlich einverstanden war, Antikörpertests durchgeführt. Und darum haben wir gewusst, wo wir stehen, welche Antikörper wir haben. Und sagen wir es so, ich habe den zweithöchsten Wert von 80 Getesteten gehabt, nach meiner Coronaerkrankung. Darum hab ich es nicht als notwendig empfunden, dass ich mich impfen lasse. Und ich habe mich alle drei Monate getestet, die Antikörper waren plus minus fast gleich bei mir und zum Teil sind die auch gestiegen. Aber nicht nur ich, sondern auch einige

Kollegen von uns. Und wir wurden dann halt, ja, meinem Empfinden nach gezwungen, doch zu impfen. Dieses Jahr, leider.“ (E5)

„Ich fühle mich immer noch dazu gezwungen. Genau. Da ich jetzt aber schon geimpft bin, hat der Druck schon ein bisschen nachgelassen von der Chefebene. Aber trotzdem ist das auch innerlich, ich hab mir irgendwas spritzen lassen, wo ich gar nicht mit einverstanden bin. Ich bin kein Impfgegner, weil meine Kinder geimpft sind, sogar schon dreimal. Ich bin keine Impfgegnerin, nur wenn ich weiß, ich hatte Corona, diese erste Variante, ich sage dazu immer das Originalcorona gehabt. Und ich war schon schwer krank und ich habe drei Monate gebraucht, damit ich wieder in Fahrt komme. Auch bei der Arbeit habe ich Probleme gehabt die ersten drei Monate nach Corona. Und ich weiß, ich habe mich alle drei Monate getestet auf Antikörper, die waren stabil hoch bei mir. Wieso soll ich mich dann impfen lassen? Weil jetzt haben wir auch Kollegen, die dreimal geimpft sind und positiv sind mit Corona. Und der Chef hat schon gefragt „Wann gehst du zum zweiten Mal impfen, die zweite Impfung holen?“ Da hab ich gesagt „Ich muss nicht nach dem Grünen Pass, laut Impfzertifikat. Es ist freiwillig und dieses Impfzertifikat hier ist halt gültig und vor diesem Datum gehe ich nicht freiwillig impfen.“ Trotzdem, dass ich eine Pflegeperson bin oder eine diplomierte Krankenschwester und im Pflegeheim. Trotzdem bin ich der Ansicht, wenn ich genug Antikörper habe, dann bin ich geschützt. Ich bin keine Impfgegnerin, aber in meinem Fall bin ich gegen die Impfung.“ (E5)

Konflikte

„Vor allen Dingen bei Personal, das nicht geimpft wurde, das hat sich dann gleich einmal im Vordergrund als krankgemeldet. Und dann mit irgendwelchen fadenscheinigen Ausreden.“ (E3)

„Dann mit der Zeit, schon vor der Debatte, ob jetzt die Impfpflicht kommen soll oder nicht, hat das zu Spannungen in der Belegschaft geführt. Bei manchen. Das hat wirklich zu Spannungen geführt. Und dann ist die Impfpflicht dazu gekommen und dass hat dann dieses Spannungsfeld noch mehr ausgeweitet. Da klaffen einfach die Ansichten auseinander und bei uns war es dann interessanterweise so, wie man es auch insgesamt gesellschaftlich beobachten kann im Großen. Bei uns im Kleinen hat sich das dann auch so ergeben, dass die zwei Lager miteinander nicht reden

konnten. Weil jeder hat nur seine, beziehungsweise, es war so, dass nur die geredet haben, die nicht geimpft waren, das waren die, die so laut waren. Die anderen haben eher nur den Kopf geschüttelt, weil da war eigentlich nicht viel zu sagen. Und das war eben eine ziemliche Spannung.“ (E7)

„(...) andererseits Spannungen. Die Spannungen sind heute immer noch die gleichen, das ist nicht aufgelöst.“ (E7)

„Mittlerweile, puh. Ich meine, dass ich gegen Impfen bin kann man nicht sagen, aber mir fällt nichts anderes ein. Es ist jeder Arzt, jeder kennt sich aus und mittlerweile kann ich nichts mehr von Impfen hören. Man weiß, dass man bei jeder Impfung einen ersten und zweiten Teil, Booster, Auffrischung, Auffrischung, braucht, aber mittlerweile, diese Diskussionen über Impfungen, das macht mittlerweile wirklich müde. Darüber zu reden generell. Aber ich rede mit Ihnen (*lacht*). Ein bisschen Kraft ist noch da.“ (E4)

„Das war eine stressige Situation. Es war eine stressige Phase, weil viele von den Mitarbeitern, Bewohnern und ich auch, wollten sich nicht impfen lassen. Wir wurden nicht gezwungen, das muss ich sagen. Wir wurden informiert, wir wurden gebeten, zu sagen, dass es gut für unseren Schutz ist. Aber immer wieder mussten wir uns rechtfertigen und dann gab es auch Probleme zwischen Kollegen, die üblichen Diskussionen. "Wieso nicht?", "Was denkst du wer ich bin?", "Wieso soll ich das nehmen und du nicht?". Aber ich habe auch mal gehört, dass die, die sich nicht impfen lassen wollen, weniger bezahlt kriegen sollen und solche Sachen halt. Es war am Anfang immer ein Diskussionsthema. Und es gab viele ups und downs.“ (E2)

Falsche Vorstellungen

„Und weiterhin infizieren sich die Kollegen, die genesen und dreimal geimpft sind, da haben wir immer wieder positive Fälle. Am Anfang war Euphorie da „Okay, jetzt haben wir die Impfung, jetzt geht es schon besser“. Ja, jetzt sind die Bewohner und das Personal eigentlich durchgeimpft zum Teil, aber jetzt, trotz der Impfung, haben wir wieder positive Fälle.“ (E5)

„Weil alle gedacht haben „Jetzt sind wir geschützt, jetzt kann sich keiner mehr anstecken“. Aber jetzt hat sich halt mit der Zeit herausgestellt, dass das ja doch keine richtige Impfung ist, damit kann man sich nicht hundertprozentig schützen sozusagen. Man kann sich trotzdem anstecken, halt nicht mit

	so schweren Symptomen wie ohne Impfung. Dann hat sich die Erleichterung sozusagen in Ernüchterung geändert.“ (E5) „Auf der Arbeit. Ich glaube, dass ein paar Leute geglaubt haben, man impft sich und juhu, die Pandemie ist vorbei. Das wurde von der Politik, von der Bundespolitik auch so angekündigt. Das hat negative Folgen, weil wir interessanterweise heuer neun positive Fälle haben, alle geimpft. Das heißt, das war auch eine, wenn man das so sehen darf, Komplikation. Die Leute haben geglaubt, sie lassen sich impfen und es ist wie der Bundeskanzler gesagt hat, die Pandemie ist vorbei für einen. Es war nicht so. Die Ungeimpften haben sich brav weiterhin an die Maßnahmen gehalten und sind negativ geblieben.“ (E4) „Aber später habe ich gemerkt, bei manchen Bewohnern, als dann halt diese Versprechungen nicht eingelöst wurden, also nicht umsetzbar waren, bei denen hieß es dann „Wieso jetzt, ich hab mich doch impfen lassen, was soll ich jetzt eine Maske tragen?“ oder „Wieso darf ich nicht mehr als (-) zwei Familienmitglieder einladen?“ und solche Sachen halt.“ (E2)
Skepsis	„Zuerst ein bisschen Zweifel, aber für mich war klar, dass wenn die Impfung kommt, ich geimpft werde. Ich habe dann am Anfang aber doch gedacht „Nein, ich will doch nicht, nein“.“ (E8) „Ja, ich war nicht gegen die Impfung selbst, sondern ich war mir nicht sicher. Bevor das alles angefangen hat, hatte ich auch eine Diagnose und eine OP. Krebs, bösartigen Krebs. Und deshalb war ich mir nicht sicher, ich wollte mir halt nicht irgendwas spritzen, von dem ich nicht (<i>lacht</i>) weiß, was es bringt, oder ob es irgendwelche Nebenwirkungen hat.“ (E2) „Keine Ahnung, ob es sich verändert hat. Ich hab nicht mitbekommen, dass mein Wohlbefinden besser wird oder schlechter, keine Ahnung. Ich habe mich geärgert, weil ich dann nach der Impfung Probleme gekriegt habe mit meinem Zyklus. Und (-) ich hab es halt genommen, weil ich als erstes nicht fahren konnte, meine Familie nicht besuchen konnte ohne die Impfung. Sonst hätte ich es wahrscheinlich nicht genommen. Und weil ein Familienmitglied an Corona gestorben ist und ich gesehen habe, dass es auch schlimm ausgehen kann (<i>lacht</i>). Aber ich weiß nicht, noch nicht, ob ich mir was Gutes oder Schlechtes angetan habe mit dieser Impfung ehrlich gesagt.“ (E2)

Angst	„Ich hatte eher Angst vor der Impfung.“ (E2)
Psychotische Verarbeitung	„Einige Bewohner wollten sich nicht impfen lassen. Wir sind ja ein Haus mit Bewohnern, die psychiatrische Erkrankungen haben, das heißt auch viele aus dem schizophrenen/-formen Kreis. Das heißt manche haben auch dieses Impfen eher wahnhaft-psychotisch verarbeitet, waren dementsprechend nicht offen dafür, haben sich nicht impfen lassen. Und die sind dementsprechend auch nicht geimpft.“ (E1) „Und andere wiederum, mit einer schizophrenen Erkrankung im Hintergrund, haben es halt wieder sehr ablehnend angenommen und sich eben nicht impfen lassen.“ (E1) „Und was, wie ich finde, bei uns schon auch noch ein special Ding ist und ich weiß nicht, ob es vielleicht in anderen Pflegeheimen auch ein Thema ist, aber die Impfpflicht ist jetzt etwas, was doch bei manchen Bewohnern oder bei uns zumindestens einen Bewohner stark trifft. Der ist wahnhaft-psychotisch und hat diese Impfung abgelehnt, der möchte das nicht, war da sehr ablehnend, aber jetzt hat er doch Angst vor der Impfpflicht und weiß nicht, was das für ihn jetzt bedeutet. Das ist vielleicht auch nochmal was ganz eigenes, was ich jetzt aber nicht unerwähnt lassen wollte. So dass das vielleicht noch eine Problematik ist, die jetzt erst so aufkommt mit der Impfpflicht.“ (E1)

Tabelle H11

Andere Reaktionen in Zusammenhang mit der Impfung

Andere Reaktionen	
Fremdbestimmung	„Und dann gibt es manche, die sind immer noch nicht geimpft und das ist ihre selbstständige, beziehungsweise die Entscheidung von den Angehörigen. Oder von den Erwachsenenvertretern.“ (E8) „Da wir sehr viele Geimpfte haben, war denen das egal. Weil für die Erwachsenenvertreter oder Staffholder entschieden haben, ob die geimpft werden oder nicht. Weil da viele sind, die sich auch verbal nicht mehr äußern können, da ist es schwer zu beurteilen, wie sich das da auf die ausgewirkt hat.“ (E5) „(seufzt) Ich glaube, also, bei meiner Gruppe, die ich hatte, da sind die Leute ja zum Teil 95 plus. Ja, genau. Und dann ist

	halt die Frage, lässt man sie noch impfen, lässt man sie nicht impfen, weißt, das war dann schon die Frage, die im Raum gestanden ist (--).“ (E6) „Ja, da war es dann hauptsächlich diese Abwägung, macht mans macht mans nicht, die schwierig war (---).“ (E6) „Und die Leute, die sich nicht impfen lassen wollen, das ist meistens durch die Erwachsenenvertreter oder Angehörige, die als Impfgegner dagegen waren.“ (E4)
Mangelndes kognitives Auffassungsvermögen	„Das war ihnen wurscht, glaube ich. Die haben den Zusammenhang einfach nicht gekannt, dann ist das wurscht. Im Prinzip, tut eine Impfung immer weh und die reagieren ja eigentlich so wie große Dreijährige. Und natürlich ist das ein körperlicher Eingriff, mit der Injektion und den Zusammenhang, wie, was, wann, haben sie ja alle nicht verstanden. Also keiner.“ (E3) „Manche haben es recht neutral angenommen, denen war das schlichtweg wurscht, also die haben jetzt nicht wirklich gut kognitiv erfassen können, was das Impfen überhaupt wirklich bedeutet. Aber sie waren auch nicht ablehnend. Also wenn der Arzt sagt „Lass dich impfen“ dann machen sie das auch.“ (E1) „Die meisten sind gar nicht in der Lage, dass sie begreifen könnten, dass manche von ihnen geimpft sind und andere nicht. So habe ich es empfunden.“ (E7)
Vergessen	„Weil wegen der Impfung ist es bei Ihnen so, dass sie das einfach wieder vergessen. Wenn man darüber redet, kommt es kurz auf, aber zwischendurch vergessen sie das einfach wieder.“ (E7)

Tabelle H12

Entlastende Faktoren in Bezug auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe

Entlastende Faktoren	
Wertschätzung	„Also ich glaube dass die Leute, ich würde nicht sagen dankbar, aber froh waren, dass sie als die Ersten dran waren bei der Impfung. So nach dem Motto „Die Gesellschaft hat uns nicht bis zum Schluss gelassen“ sondern eben „Wir sind die Ersten der Gesellschaft, wir sind bedeutsam“, also „Wir

	sind nicht im Heim abgeschoben, sondern die Leute schauen auf uns“.“ (E4)
Technische Hilfsmittel	„Aber wir haben das dann einfach gelöst. Wir haben uns dann einen Laptop, nicht einen Laptop (-) ein Tablet angeschafft und die Angehörigen durften dort anrufen. Und wir sind dann mit Tablets zu den Bewohnern und die haben dann so kommuniziert wenn die Bewohner das verstanden haben. Wir haben eine Bewohnerin, die 102 wird. Jetzt im Mai wird sie Geburtstag haben und mit ihrem Stiefsohn hat sie brav telefoniert. Das hat total gut funktioniert.“ (E5) „Das ist halt dieses Tablet.“ (E5) „Nein, dazu fällt mir jetzt momentan nichts ein außer diesem Tablet, womit wir die Besucher so organisiert haben. Das ist jetzt beibehalten worden. Weil wenn die Angehörigen weit weg sind, machen wir das immer noch mit diesem Tablet, so virtuelle Gespräche.“ (E5) „Nicht bei allen. Es hängt ab von dem Zustand der Bewohner. Aber für Bewohner, die orientiert sind, funktioniert es super. Für die Dementen, die in der ersten Phase der Demenz sind, auch gut. Für die anderen halt eher nicht so (-). Wir machen es trotzdem. Es ist wichtig, dass man eine bekannte Stimme hört. Egal ob und wie sie es bemerken, oder ob die Bewohner bewusst sind oder nicht.“ (E2) „Das mit diesen Gesprächen halt.“ (E2)
Solidarität unter den Bewohnenden	„Also in meiner Abteilung war es dann so, dass die Bewohner sich dann angefangen haben, mehr aneinander zu halten. Es ist schwierig zu sagen, ob das jetzt pandemiebedingt ist, aber ich würde denken, eigentlich schon.“ (E7) „(...) weil die in Krisenzeiten zusammenhalten (...)“ (E4)
Beschäftigung	„Aber es gab keine Spaltung zwischen Geimpften und Ungeimpften, wie gesagt, es war verständnisvoll.“ (E4) „Ich habe gefragt, wie es ihnen ging in der Zeit, in der sie sozusagen eingesperrt waren und keine Kontakte gehabt haben. Die haben gesagt „Ja, wir haben es gut überstanden, das Pflegepersonal war für uns da“. Vor allem bei diesen Situationen versuchen wir dann, dass das Pflegepersonal mehr in der sozialen Richtung was macht, also mehr Aktivitäten als normalerweise mit den Bewohnern.“ (E2)

Gewöhnung

„Andere Maßnahmen. Es gibt verschiedene Aktivitäten, die vor allem von Seniorenbetreuerinnen gemacht werden. Wenn es nicht die Möglichkeit gibt, dass wir die Bewohner von verschiedenen Bereichen sammeln und Aktivitäten machen, dann machen die Seniorenbetreuerinnen das in den jeweiligen Bereichen nur mit den Bewohnern dort. Und solche Aktivitäten finden jeden Tag statt. Zehn bis elf Uhr dreißig. Oder neun dreißig fängt an, in etwa. Verschiedene Aktivitäten halt, die tun gemeinsam malen, Musik hören und tanzen wenn es geht. Es hängt ab von der Beweglichkeit der Bewohner. Ansonsten lesen sie Geschichten, solche Sachen.“ (E2)

„Ich meine, ich habe von meinem Kollegen, der auch klinischer Psychologe ist und mit dem ich viel gesprochen habe, schon mitbekommen, dass sich natürlich einiges geändert hat, aber ich sage mal im psychischen Wohlbefinden gar nicht mal so gravierend. Ich glaube da sind unsere Bewohner auch recht (*lacht*) resistent. Ja, also weil viele einfach auch ihrem Alltag weiterhin nachgegangen sind.“ (E1)

„Ich habe aber schon auch den Eindruck, dass sich jetzt, je länger die Pandemie ist, alles immer mehr normalisiert und nicht mehr so als Belastung spürbar ist. Ich habe das Gefühl, die Bewohner richten es sich eh so wie sie es brauchen. Eigentlich so wie wir alle glaube ich. Dass man sich dann das rausholt, was man gerade möchte, sich phasenweise weniger einschränkt und dann vielleicht mal trotzdem mehr Sozialkontakte hat auch wenn man weiß, man sollte vielleicht nicht, aber man macht es jetzt, weil es erlaubt ist. Und dann trifft man halt einmal wieder vier Personen auf einmal oder so. Also ich glaube, dass sich das auch bei den Bewohnern, so wie bei uns allen, ein bisschen normalisiert hat und mehr Alltag geworden ist.“ (E1)

„Ansonsten habe ich das Gefühl gehabt, das wirklich Einige ihr Ding durchziehen und gar nicht so belastet gewirkt haben. Also die haben es sich eh so gerichtet wie sie es brauchen eigentlich.“ (E1)

„Langsam kehrt schon wieder Normalität zurück. Das heißt mittlerweile nehmen wenige die Pandemie ernst. Die Meisten, glauben nicht mehr daran ist jetzt übertrieben zu sagen, aber es ist Alltag. Es ist nichts Neues. Wenn man jetzt sagt die

	Mitarbeiterin oder der Bewohner ist COVID-positiv: nichts. Ist okay.“ (E4)
Sicherheitsgefühl durch Maßnahmen	„Vielleicht die Kontrolle von den Besuchern. Weil wir normalerweise ein offenes Haus haben, man kann von vorne und von hinten reinkommen und mittlerweile mit den Coronamaßnahmen müssen alle durch den Haupteingang und da weiß man halt, wer im Haus ist und das fühlt sich auch für die Bewohner sicherer an natürlich.“ (E8) „Also sicher dass wir Mitarbeiter Masken tragen und dementsprechend gut versuchen, die Bewohner zu schützen und die Impfung, die die Bewohner an sich schonmal gut schützt. Also wir sind wirklich ein sehr typisches Haus, glaube ich, wir haben wenige Fälle gehabt bisher, also da gibt es Pflegeheime wo es ganz anders ausgesehen hat. Wir sind da sehr gesegnet offensichtlich (<i>lacht</i>), dass da noch nicht viel passiert ist bei uns im Haus (-). Was haben Sie jetzt gesagt, genau. Masken von uns, das Impfen, sicher auch das das Testen, ja, weil wie gesagt, wir haben dadurch mal symptomfreie Bewohner herausgefunden und somit die anderen Bewohner auch wieder besser schützen können, indem wir dann bessere Präventionsmaßnahmen, gesetzt haben. Das ist sicher auch positiv, dass wir da immer wieder so durchtesten.“ (E1)

Tabelle H13

Belastende Faktoren in Bezug auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe

Belastende Faktoren	
Abstandsregelungen	„Naja, das social distancing, das auf alle Fälle.“ (E3) „Was aber auch schwierig war, war, dass die Leute im Speisesaal Abstand halten sollten, das war auch noch eine Belastung, also negativ, ja. Generell. Zwei Jahre jetzt schon.“ (E7)
Mangelndes Verständnis	„Vor allem am Anfang, weil nicht jeder die Maßnahmen verstanden hat.“ (E8) „Also ich habe (-) das Gefühl, dass es eben durch diese Einschränkungen von außen oft schwierig war für die Bewohner zu verstehen, warum das jetzt sein muss. "Warum kann ich mir denn jetzt nicht Schuhe kaufen gehen wenn Lockdown ist?", zum Beispiel. Oder "Warum kann ich denn

	jetzt nicht zum Interspar gehen, um mir da mein Mittagessen zu kaufen", also im Restaurant "Warum ist das jetzt nicht möglich?". Also das war sehr spürbar, dass sich das psychisch bei den Bewohnern ausgewirkt hat. Fehlendes Verständnis, warum das denn jetzt so sein muss.“ (E1) „Ich glaube das sind Probleme mit FFP2-Masken vor allem. Das sind ältere Menschen, ich meine, die Masken tragen sie nur wenn es zumutbar ist, kein Thema, aber in größeren Gruppen versucht man, die Maske anzubieten. Mittlerweile ist auch das Angebot belastend. „Warum schon wieder?“ und „Will ich nicht“ und „Kenn ich schon“ und „Ich hab nichts“ und „Ich bin geimpft“ und und und.“ (E4).
Testen	„Eigentlich nicht. Außer zum Beispiel bei den Bewohnern, die öfter sagen, es geht ihnen schon auf die Nerven. Und manche sind da gereizt, weil wir jetzt dreimal die Woche testen müssen, die Bewohner. PCR-testen. Und manche sind schon ein bisschen grantig. Aber selbstverständlich, wenn jemand dreimal die Woche kommt und einen Abstrich machen will.“ (E5) „Außer diese Tests, die gehen ihnen auf die Nerven.“ (E5) „Genau, testen.“ (E5)
Konflikte	„Das war aber immer nur eine Bitte und einige haben sich da nicht dran gehalten, dann hat es Unruhe gegeben. Weil die, die sich dran gehalten haben, die es eingesehen haben, wollten auch wieder raus. Also das war auch sehr belastend.“ (E7)
Kommunikationsprobleme	„Das andere ist die Maske. Das ist aber notwendig, man kann die Bewohner bei Corona nicht ohne Maske lassen. Aber teilweise mit den Besuchern nehmen die das ab die Leute. Es geht ja auch ums Erkennen und die Sprache, die Mimik, das Lippenlesen, darauf sind die angewiesen, das brauchen sie.“ (E8) „Unsere dementen Patienten, die schauen sehr stark auf die Mimik der Krankenschwester oder überhaupt des Gegenübers. Wenn sie es schon inhaltstechnisch nicht mehr mitverfolgen können die verbalen Äußerungen, dann oft schon noch von der Mimik her, ob man denen wohlgesonnen ist oder nicht. Die Maske versteckt halt alles.“ (E3)

„Und eben wie gesagt, die fehlende Mimik durch die Maske. Da haben sie sicher ein Kommunikationsproblem. Das ist sicher.“ (E3)

„Genau, was mir noch einfällt ist natürlich die Maske, die ist schon so (*lacht*) zum Standard geworden, dass mir das jetzt als Präventionsmaßnahme fast nicht mehr eingefallen wäre. Ja, das ist natürlich auch eine wesentliche Präventionsmaßnahme bei uns im Haus, die FFP2-Maske. Und die kann man auch gleich als negativ bewerten (*lacht*) weil es natürlich wahnsinnig anstrengend ist, mit der Maske zu arbeiten. Im Kontext mit alten Menschen, die einen so schon schwer verstehen und dann mit der Maske, man schreit sie nur noch an. Die Bewohner können dadurch natürlich nicht Lippen lesen, was sie oft gut gebrauchen könnten, um jemanden besser zu verstehen. Also es ist mit der Maske natürlich sehr sehr schwierig.“ (E1)

„Weil ich dreimal etwas sagen kann mit der Maske und die Bewohner sagen dann trotzdem „Nehmen Sie das weg, nehmen Sie das runter, ich verstehe Sie nicht.“. Und dann ist man gezwungen, weil es ja um die Kommunikation geht. Es liegt natürlich nicht nur daran, an der Maske, weil die Leute eh schlecht sehen und hören, sie sind nicht umsonst im Pflegeheim. Und viele haben auch andere Erkrankungen, das sind nicht nur ein oder zwei, da gibt es viele Erkrankungen, generellen Abbau und da ist eine Verständigung natürlich extrem wichtig.“ (E7)

„(...) das kann sich eigentlich niemand, der nicht hier drinnen arbeitet vorstellen, wie beeinträchtigt die Kommunikation dadurch ist.“ (E7)

„Auf der einen Seite schon nicht in der Pflege und dann leidet auch wieder die Kommunikation darunter.“ (E7)

„Die Maske. Die Maske.“ (E7)

„Und (-) am Anfang war es halt so, dass man die Bewohner dann nur mit so einem Schutzschild in der Mitte besuchen durfte. Das haben die Bewohner halt nicht gut angenommen, weil manche von denen selbstverständlich auch nicht gut hören. Die Kommunikation war sehr schwierig zwischen Bewohnern und Angehörigen.“ (E2)

„Und viele Bewohner haben auch von mir verlangt, dass ich die Maske runternehme, weil sie mich nicht verstehen. Das ist

	auch verständlich wenn man die Mimik nicht sehen kann.“ (E2)
	„Ja, das war am Anfang zum Beispiel das mit den Schutzschilden.“ (E2)
Körperkontakt	„Und auch diese körperliche Nähe, die der demente, der kognitiv beeinträchtigte Mensch braucht, das haben wir eigentlich nicht machen dürfen im Sinne von „Komm, jetzt tun wir mal kuscheln“ oder Handerl halten oder so. Ja, das war alles nur hermetisch in diesen drei Wochen und man ist dann schon ein bisschen immer wieder mehr in die in die Distanz gegangen. Eben weil das so ein valides Gut ist und weil das dann einfach so augenscheinig war.“ (E3)
	„Und andererseits ist es aber schon so, dass sie auch diese körperliche Nähe brauchen, von ihren Lieben. Und das merkt man einfach. Der Mensch ist ein soziales Wesen und der will einfach auch körperliche Nähe und der braucht das auch, das gibt ihm Sicherheit. Die Ausnahmen, die haben dann teilweise ein bisschen schlechter geschlafen, weniger gegessen, weniger getrunken und waren tageweise schon aggressiver. Aber ob das jetzt durch die Pandemie war oder weil sie zu wenig Aufmerksamkeit bekommen haben, weiß ich jetzt nicht. Aber es wird so ein Zusammenspiel sein, weiß ich auch nicht, man kriegt ja auch weniger Aufmerksamkeit wenn pandemisches Geschehen ist.“ (E3)
	„Und ja, die Bewohner haben natürlich auch das Verlangen nach körperlichem Kontakt und so und das war dann ein Tabu. Auch zwischen uns und Bewohnern.“ (E2)
Gruppenaktivitäten	„Und dieses wenig soziale Miteinander, also diese Gruppendynamiken, die haben wir ja nicht mehr machen dürfen. Ja, das soziale Miteinander eigentlich, darunter haben sie sicher am meisten gelitten.“ (E3)
	„Und es gab dann schon immer wieder Zeiten, wo diese Gruppen nicht stattfinden sollten, damit wir eben nicht zu sehr die Bewohner durchmischen, dass, falls es zu Ansteckungen kommt, dass dann nicht zu sehr übers ganze Haus übergreift. Und das ist schon immer eine Zeit gewesen, die sehr belastend war. Weil die Bewohner wollen gerne irgendeine Beschäftigung haben, sie wollen gerne basteln oder singen oder tanzen oder was auch immer immer stattgefunden hat. Und das dann quasi nicht durchzuführen

	war dann schon immer eine negative Auswirkung für alle.“ (E1) „(-). Die Gruppen, ja. Also die Gruppen schon. Wenn die Gruppen nicht stattfinden können, ist das schon eine Belastung. Das merkt man dann schon. Das ist eine Routine, die dann nicht da ist, die vielleicht ein bisschen anders stattfindet. Auch wenn es auf den Wohnebenen ist, das ist für die Bewohner schon ein ganz anderes Setting als wenn sie in den fünften Stock kommen und da merkt man schon eine Belastung. Ein Unverständnis, Verärgerung, vielleicht sind sie auch traurig, das schon. Also diese Veränderungen in in den Gruppenangeboten ist schon eine Belastung, ja.“ (E1) „Ja (--). Aktivitäten wurden stillgelegt, das habe ich vorhin gesagt. Singen dürfen wir nicht mehr in der Gruppe. Bewohner dürfen dann in einer Gruppe sitzen, aber nur mit mit anderen Bewohnern, die gemeinsam im gleichen Bereich leben, nicht mischen.“ (E2)
Besuchsregelungen	„Und die haben teilweise voll lange ihre Familien nicht gesehen und das mit den Telefonaten ist nicht so leicht. Videocalls sind nicht leicht für alte Leute. Und Besuch war ja komplett verboten. Manchmal ging es für 15 Minuten, aber dann hatten welche Angehörige aus der Steiermark und wollen sie die dann sehen, müssen sie extra herkommen für 15 Minuten. Ja, für die Bewohner hat sich wirklich viel verändert, das war hart für sie. Ich musste arbeiten, aber konnte dann nach Hause zu meiner Familie am Abend, aber die Bewohner waren da, die haben nur uns gehabt zeitweise. Ja. Und für die Familien war das ja auch anstrengend. Manchmal haben sie angerufen und ich brauchte gerade das Telefon, dann konnten sie nicht telefonieren oder nur ganz kurz. Nein, das war schwer. Für die Bewohner war es sehr schwer.“ (E8) „Wirklich, diese Besuchsregelungen. Diese 15 Minuten.“ (E8) „Aber ja, es war wirklich belastend für die Bewohner.“ (E8) „Die Leute merken auch wenn Besuchszeit ist, also beim fehlenden Besuch von den Angehörigen, werden die dann schon unruhiger. Einerseits fordert der Angehörigenbesuch die Demenzerkrankten auch heraus, weil die Angehörigen

	erwarten ja gewissen Dynamiken von ihren Leuten und die überfordern sie dann teilweise.“ (E3)
	„Also der Besuch, die Besuchsminimierung, da haben schon ein paar sehr gelitten drunter, die halt vorher auch viel hatten.“ (E3)
	„Es waren also wirklich eher diese Einschränkungen. Auch die Besuchsbeschränkungen. Manche haben dann doch immer wieder regelmäßig Besuch von der Familie bekommen. Da waren sie dann schon traurig, dass dann die Tochter nicht kommen kann oder eben nicht ins Zimmer kommen kann oder nur vorbeikommen kann, weil sich so schnell kein PCR-Test organisieren lässt und sie dann nicht rein dürfen und dann halt nur irgendwas schnell abgeben. Das hat man schon sehr gemerkt.“ (E1)
	„(--) Belastend. Für die Bewohner. Maßnahmen. Naja (-). Ja, hauptsächlich sicher die Besucherregelungen.“ (E1)
Isolation	„Schlimmer war es, wenn die Bitte da war, dass sie auf ihrem Zimmer bleiben sollen, weil es positive Fälle im Haus gab.“ (E7)
	„Dieses auf dem Zimmer bleiben, nach Möglichkeit für ein paar Tage. Ja, das waren die Hauptbelastungsfaktoren.“ (E7)

Tabelle H14

Besondere Betroffenheit von Menschen innerhalb der Betreuungsgruppe

Besondere Betroffenheit	
Wahnhafte Verarbeitung	„(--) Naja (-) also es trifft glaube ich hauptsächlich die, die die ganze Pandemie ein bisschen wahnhaft-psychotisch verarbeiten. Die dann schon Probleme gehabt haben, sich nicht impfen lassen zu wollen, auch vielleicht die Tests verweigern, die da eher ablehnend sind. Also bei denen glaube ich, dass da ist eine gewisse Belastungssituation erkennbar ist eben.“ (E1)
Akzeptanz des Heims	„Oder ob man es akzeptiert, im Heim zu sein.“ (E7)
Sozialkontakte	„Und auf der anderen Seite die, die eigentlich viele Sozialkontakte hatten, oder viele Besuche bekommen haben. Die sind auch, meiner Meinung nach, ein bisschen belasteter von dem Ganzen.“ (E1)

	„Wie viele Kontakte man pflegt, mit Angehörigen zum Beispiel.“ (E7)
Demenz	„Die sind natürlich unterversorgt weil ja auch die Therapeuten teilweise nicht rangekommen sind an die Bewohner. Und dadurch haben sie natürlich weniger Abwechslung gehabt. Natürlich sind die dann nachher ein bisschen schlechter geworden von der kognitiven Dynamik her.“ (E3) „Wir haben richtig beobachten können, dass vor allem die mit Demenz Erkrankten und die, die gewohnt waren, täglich besucht zu werden, die haben dann völlig den Faden verloren. Also dadurch dass die Angehörigen dann nicht mehr gekommen sind. Die sind wie ein Anker. Und wenn die Angehörigen nicht kommen, dann entgleisen sie.“ (E7) „Es ist schwierig zu sagen, was da der Grund für einzelne Verhaltensweisen sein könnte. Ausschlaggeben ist sicher auch oft, ob man Demenz hat, damit ist man schnell immer mehr belastet gewesen von allem.“ (E7) „Vor allem bei Dementen, die die Situation nicht verstanden haben. Wieso dürfen sie auf einmal nicht das machen, was sie üblicherweise gemacht haben?“ (E2) (-). Und genau, der Kontakt mit Bewohnern. Weil, wie ich schon gesagt habe, sind unsere Bewohner alt und für viele alte Demenzkranke ist es wichtig, körperlichen Kontakt zu haben und das durften wir überhaupt nicht machen, damit wir die Bewohner schützen.“ (E2) „Sicher, es ist unterschiedlich. Auch mit Demenz. Da hängt es von der Phase der Demenz ab. Weil die, die wirklich dann in Phase oder Stufe drei oder vier der Demenz sind, von denen kriegen wir auch nicht genug mit, um zu wissen, wie genau sich diese Situation auf sie ausgewirkt hat. Aber für Personen, die auf Stufe eins und halt noch geistig da sind, war es nicht leicht.“ (E2)

Tabelle H15

Andere Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe

Andere Einflüsse	
Abhängigkeit von Infektionsgeschehen	„Aber man hat halt schon gemerkt, dass immer diese Lockdownzeiten, sage ich mal, am meisten spürbar waren.“

	Also immer wieder: Die Bewohner wollen raus gehen, wollen vielleicht nochmal was essen gehen und es hat ja alles zu. Also da hat man schon gemerkt, dass eine gewisse Belastung spürbar ist.“ (E1) „Jetzt finde ich es wieder gut. Also wir hatten ja gerade erst Corona auf der Station, sind erst wieder einigermaßen Corona-frei und jetzt geht es wieder, also jetzt blühen sie wirklich wieder auf die Bewohner.“ (E6) „Also jetzt ist das ist wirklich eigenartig gewesen, weil obwohl die Impfung da war, obwohl wir jetzt mehr Kontrolle haben, sind mehrere Leute erkrankt, auch von meiner Station jetzt vier Leute, und einfach plötzlich verstorben. Bei dreien war es absehbar, aber einer ist ganz plötzlich verstorben. Und das wo die Impfung schon einen gewissen Impfschutz geboten hat. Und das war für die anderen Bewohner auch schon, zumindest kurzfristig, eine Belastung.“ (E7) „Also wie gesagt, ich kann jetzt nicht genau vergleichen, wie es vorher und nachher war, weil ich fast mitten in der Pandemie, also kurz vor Anfang, eingestiegen bin. Aber währenddessen konnte man halt merken, wie sich das psychische Wohlbefinden von den Bewohnern ändert. Also wenn wir dann keine, fast keine, Maßnahmen gehabt haben, wie es zum Beispiel der Fall im Sommer war, war es besser. Und wenn die Maßnahmen dann wieder angefangen haben mit den ganzen Begrenzungen gab es sicher Veränderung zum Schlechten.“ (E2)
Aktueller Wissensstand	„Und der Vorteil bei unseren Bewohnern ist, dass sie älter sind und sie das vergessen. Sie wissen das nicht mehr.“ (E8) „Aber generell ist die psychische Belastung bei den Bewohnern eher so wellenartig. Je nach dem worüber sie auch informiert sind. Man kann sie auch schützen, indem man ihnen Informationen vorenthält. Aber eigentlich tun wir das nicht, denn sie erfahren ja sowieso, was Sache ist, ja. So kann man das beschreiben.“ (E7)
Sterbebereitschaft	„Zu der Sterbebereitschaft habe ich noch nichts gesagt. Während Corona. Als das nämlich alles angefangen hat und die Bewohner mitbekommen haben, dass es darum geht, dass man eventuell früher stirbt, die waren bereit. Wir waren schockiert, als die meisten gesagt haben „ist doch egal, ob ich jetzt ein dreiviertel Jahr vorher sterbe oder zwei Jahre vorher sterbe“. Manche haben nur gesehen, dass man davor leidet,

	durch die Krankheit. Aber viele haben das nicht begriffen, warum sie vor dem Sterben geschützt werden sollen, wenn sie sich doch eigentlich darauf vorbereiten.“ (E7)
Mangelndes kognitives Auffassungsvermögen	„Weil unsere Bewohner sind sag ich mal so 80 plus. Und 80 Prozent oder vielleicht 85 Prozent davon sind dement. Die realisieren das gar nicht so, die Corona-Pandemie oder überhaupt irgendwelche Pandemien oder Veränderungen.“ (E5)

Anhang I

Paraphrasierte Fundstellen sortiert nach Hauptkategorien und Kategorien ersten Grades

Tabelle I1

Belastende Faktoren auf gesellschaftlich-politischer Ebene

Gesellschaftlich-politische Ebene	
Personalmangel	Ständige Personalunterbesetzung, Dienstfreistellungen und Krankenstände. (E3) Permanente Unterbesetzung auf der Demenzstation, auch schon vor der Pandemie. Seit drei Wochen besonders schlimm wegen zusätzlicher Quarantäne (E3) Von 24 müssen 20 Demenzkranke von 3 Mitarbeitenden mit Nahrung versorgt werden (E3) Permanente Unterbesetztheit und Personalmangel ist durch Pandemie ein zentraleres Thema geworden (E3) Permanente Unterbesetzung (E3)
Mangelndes Verständnis	Immer weniger Verständnis der Angehörigen für Maßnahmen (E4) Kein Verständnis der Betroffenen mehr (E4)
Mangelnde Wertschätzung	Es war einsam und unangenehm, als Pflegende immer arbeiten zu müssen. Pflegende müssen immer da sein, aber sie werden nicht gesehen. Das Krankenpflegebild bleibt unverändert, die Pandemie ist hinzugekommen (E3) Probleme in der Pflege wurden schon hervorgehoben. Zuerst wurde geklatscht, dann gespuckt. Angehörigen muss man alles erklären (E3) Von Pflegenden wird erwartet, sich nicht zu beschweren. Habe immer viel gearbeitet, auch im Akut- und Intensivkontext und Kinder großgezogen und es ist immer noch nicht besser geworden (E3) Die Pflege ist Schuld an den Maßnahmen, einstige Anerkennung ist verschwunden (E4) Maßnahmen sind in der Pflege nicht so einfach umsetzbar, wie in anderen Bereichen. Dafür herrscht kein Verständnis in der Bevölkerung (E8)

Maßnahmenbezogenes Unmittelbare Reaktionen	Ständiges Testen verursacht Kopfschmerzen (E2) Belastung durch Plastikschürzen und Hauben (E3) FFP2-Masken 8 Stunden lang zu tragen verursacht Kopfschmerzen. Social Distancing ist belastend. (E3) Tragen der persönlichen Schutzausrüstung ist belastend, anstrengender noch bei zusätzlicher Ausstattung im Kontakt mit positiven Fällen (E5) Hautprobleme durch Tragen der Maske in 12-Stundenschichten (E8) Mehr Arbeit durch Ankleiden mit Schutzausrüstung (E8) Erweiterte Hygienemaßnahmen, wie das Einhalten von zwei Metern Abstand ist anstrengend (E8)
Umsetzbarkeit	Contacttracing und dazugehörige Bürokratie ist belastend (E4) Contacttracing ist belastend (E4) Masken im Altenpflegebereich sind nicht realistisch umsetzbar und bieten nicht unbedingt Sicherheit (E7) Maskenpflicht ist bei Angehörigen, die zu Besuch sind, nicht umsetzbar. Auch selbst musste man immer wieder die Maske widerwillig absetzen. Dadurch blieben Gefühle von Schutz und Sicherheit aus (E7) Abstandsregelungen sind nicht umsetzbar, vor allem mit Rollstühlen. Belastend ist, sich nicht an die Maßnahmen halten zu können (E7) Es ist schwierig, Menschen mit Demenz die Abstandsregelungen zu vermitteln (E8)
Kommunikation	Anfänglich harte Kommunikation schuf Angst (E7) Durch die Medien erfahre ich von Regeländerungen im Pflegeheim und muss dazu vermehrt Anrufe beantworten (E8) Zusätzlicher Druck von außen, weil Maßnahmen nicht erst intern an Pflegeheime vermittelt werden (E8)
Unverständnis	Plexiglaswände waren unnütz, aber anfangs hat man sich nicht gut ausgekannt (E4)

Unstetigkeit	Lebensqualität im Pflegeheim leidet unter Maskenpflicht. Unverständnis für Maßnahmen, wenn wir im Haus aufpassen (E7)
	Abstand halten ist nicht möglich (E7)
	Besuchszeiten von 15 Minuten waren ansteckungstechnisch unnütz und mit viel bürokratischem Aufwand und moralischem Konflikt verbunden (E8)
	Regelungen sind in Wien unterschiedlich (E4)
	Maßnahmen ändern sich häufig. Thema der vierten Impfung wird aktuell (E5)

Tabelle I2*Belastende Faktoren auf organisationsbezogener Ebene*

Organisationsbezogene Ebene	
Arbeitsweise	Es ist anstrengend, Angebote pro Wohnebene umsetzen zu müssen (E1)
	Durch Blockarbeit geht der Erholungswert verloren (E6)
	Geänderte Arbeitszeiten, um ausfallende Kollegen zu ersetzen sind anstrengend (E7)

Tabelle I3*Belastende Faktoren auf Interpersonaler Ebene*

Interpersonale Ebene	
Konflikte mit Mitarbeitenden	Man darf sich nicht aufregen, soll nur das nötigste pflegen und muss den Zustand der Pateinten aushalten (E3)
	Ärzte tragen keine Masken, stecken Patienten an und die Pflege muss sich dann um sie kümmern. Anonym zu sein, ist erleichternd (E3)
	Wut auf Personal, das ausfällt und behauptet, sich bei der Arbeit angesteckt zu haben, weil die sich entweder nicht an die Hygienemaßnahmen halten, oder sich doch privat infiziert haben (E3)
	In der Pflege muss man auf sich selbst schauen und mitdenken, da der Hygienefacharzt es im Gegensatz zu mir

	für sinnvoll hielt, FFP2-Masken 12 Stunden lang durchgehend zu tragen (E3)
	Man wird hypersensibel und verurteilt schneller. Kranken (E3)
	Die Krankenpflege können sich im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen in ihrem Tätigkeitsfeld nicht abgrenzen, sind immer da und werden für alles verantwortlich gemacht (E3)
	Druck von der Stationsleitung (E6)
Vermittlung an Bewohnende	Es ist belastend, dass man als klinische Psychologin die Einschränkungen, die von der Regierung kommen an die Bewohnenden weitergeben muss (E1)
	Es ist schwierig, die Bewohnenden über den Wegfall der Aktivitäten und das Geschehen zu informieren (E2)
	Es war hart, Veränderungen erklären zu müssen (E2)

Tabelle I4*Belastende Faktoren auf intrapersonaler Ebene*

Intrapersonale Ebene	
Negativere Haltung zu Beruf	Berufseinstieg wurde durch Pandemie erschwert. Einstellung zu Beruf wurde erschüttert durch unerwartet heftiges Ausmaß der Pandemie (E7)
Pflichtgefühl	Permanente Unterversorgung des Menschen ist belastend (E3) Für Kinder und Kollegen ist es bei derzeitiger Arbeit verkraftbar, wenn ich entfalle (E3) Als Leitung muss man sich, um zu überzeugen impfen lassen (E3) Auf der Demenzstation versuchen wir für die Patienten das Beste draus zu machen (E3) Die Pflege hat versucht, zu kompensieren und auch während der Quarantäne Aktivitäten zu setzen (E3)
Rollenkonflikte	Es geht nicht, als Stationsleitung immer Stabilität zu vermitteln (E3) Ich werde ungewollt wütend wegen des Personalmangels, versuche aber trotzdem das Beste draus zu machen (E3)

	Es ärgert mich, wenn ich unprofessionell bin (E3)
	Es war belastend, besonders während des ersten Lockdowns, allein mit den Bewohnern zu sein (E6)
	Es war schwer zu akzeptieren, dass ich meine Familie nicht sehen konnte und allein in Österreich bin (E2)
Unsicherheit und Nervosität	Konfrontation mit Neuem und wechselnden Informationen belastet die Pflege zusätzlich (E8)
	Bewohnende spüren die Anspannung, die sich aus der Nervosität des Personals ergibt (E3)
	Persönliches Wohlbefinden verändert durch Unsicherheit (E5)
	Mehr Nervosität, Ungeduld und Aufregung durch wechselnde Regelungen (E4)
Depressive Symptome	Vier Wochen Krankenhausaufenthalt und weitere vier Wochen Krankenstand in der zweiten pandemischen Welle, seitdem in Behandlung und Reduktion der Arbeitszeit (E7)
	Aktueller Rückfall (E7)
Erschöpfung	Ich bin gerade an einer Grenze (E3)
	Krankenschwestern haben Recht damit, zu kündigen, weil es langsam zu viel wird. Aber ich selbst bin zu alt dafür (E3)
	Langsam sind alle müde von der Corona und der Impfthematik (E4)
Überforderung	Wir waren nicht so gut vorbereitet wie gedacht und die Pandemie breitete sich schneller aus und dauert länger als gedacht (E8)
	Es gab zu viel Arbeit (E8)
	Momentan ist es zu viel (E3)
	Ich funktioniere, solange ich muss, danach kommt alles raus (E3)
	Die Überforderung macht ungeduldig (E3)
	Überforderung am Anfang durch eigene Infektion und viele betroffene Bewohner. Sich noch nicht auszukennen war anstrengend (E5)
	Am Anfang gab es Überforderung (E2)

	Ich gebe mein bestes und bin manchmal überfordert, weil ich mehr leiste, als gewöhnlich (E2)
Angst und Ungewissheit	Angstzustände (E8)
	Angstmacherei (E7)
	Alle im Haus hatten Angst vor dem Virus (E7)
	Ungewissheit, Ängste (E4)
Angst vor eigener Ansteckung	Ungewissheit über die Krankheit und Angst vor Ansteckung durch eigenen Bluthochdruck (E7)
Angst davor, andere anzustecken	Angst, jemanden anzustecken (E7)

Tabelle H5

Entlastende Faktoren auf gesellschaftlich-politischer Ebene

Gesellschaftlich-politische Ebene	
Wirksamkeit der Maßnahmen	FFP2-Masken sind sinnvoller als der Mundschutz, weil sie in beide Richtungen schützen (E3)
	Regelmäßig durchgeführte PCR-Tests sind eine gute Präventionsmaßnahme. Dadurch konnten asymptomatische Bewohner früh genug isoliert und eine Verbreitung verhindert werden (E1)
	Der regelmäßige Einblick entlastet mich auch privat (E1)
	FFP2-Masken, Desinfektion, Händewaschen und PCR Tests sind die effektivsten Maßnahmen. Durch letztere konnten Impfdurchbrüche erkannt werden (E4)
	Die FFP2-Maske (E4)
	Impfen und regelmäßiges Testen schützt auch die Bewohner (E4)

Tabelle I6

Entlastende Faktoren auf organisationsbezogener Ebene

Organisationsbezogene Ebene	
-----------------------------	--

Kontinuität	Vorteil durch regelmäßigeres Leben durch fortdauernde Arbeit und ein damit verbundenes Ziel in der Pflege (E8) Es war angenehm, meine Sozialkontakte auf der Arbeit zu haben und kein Homeoffice haben zu müssen (E1) Sozialkontakte mit Kollegen und Bewohnern auf der Arbeit zu haben, war positiv (E1)
Gewöhnung	In der Pflege hat man für die meisten Sachen Antworten gefunden (E8) Verglichen mit der anfänglichen Situation, wissen jetzt alles, was sie zu tun haben und Corona ist weniger präsent und besorgniserregend. Wir sind für fünf Tage im Voraus vorbereitet. (E8) Auch wenn es anstrengender als sonst ist, sind wir gut vorbereitet und routinierter (E8) Alle wissen mittlerweile, was zu tun ist (E8) Routinierter Umgang mit dem Stress und Gewöhnung an Schutzmaßnahmen (E7) Routine und Alltag (E7) Man versucht mit der Zeit, darüber zu lachen (E4) Mittlerweile kennen alle die Situation und es ist leichter geworden (E2) Wir haben gelernt, damit umzugehen (E2)
(Materielle) Unterstützung	Ordentliche und schnelle Organisation im Betrieb. Arbeitgeber hat alle Materialien zur Verfügung gestellt (E8) Das Schleusengewand ist bequem (E3) Wir hatten genügend Schutzausrüstung (E6) Bei uns ist es besser als in der Privatwirtschaft. Die Hygienemaßnahmen wurden gut kommuniziert. (E7)

Tabelle I7*Entlastende Faktoren auf interpersonaler Ebene*

Interpersonale Ebene
Unterstützung

Rückhalt durch Bewohnende	Bewohner halten sich an die Vorgaben (E8) Ältere Menschen haben Erfahrung mit Krisen, sind dankbarer und zeigen mehr Verständnis als andere (E4) Bewohnende sind verständnisvoll und beschweren sich kaum. Wir sind zusammengewachsen (E4)
Solidarität im Kollegium	Auf der Arbeit haben wir uns gegenseitig Kraft gegeben (E8) Unser Haus ist insgesamt gut, die Leitung auch (E3) „Gegenseitiges Bestärken (E7) Es ist positiv, dass wir nicht alle Maßnahmen geduldet haben und so Kontakt hatten, füreinander da waren und uns gegenseitig motiviert haben (E7) Und wir (E4)
Soziales Netz	Kontakt über soziale Medien und Videotelefonie hat mir geholfen (E2) Sport in der Gruppe via Videotelefonie hat mir geholfen (E2)
Besuchsverbot	Positiv für das Krankenpflegepersonal war, dass schwierige Angehörige während des Besuchsverbot nicht ins Haus durften (E5) Durch das Besuchsverbot haben wir uns alle sicherer gefühlt (E7) Ohne die Besucher gab es ein Sicherheitsegefühl (E7)

Tabelle I8*Entlastende Faktoren auf intrapersonaler Ebene*

Intrapersonale Ebene	
Hoffnung	Ich hoffe, dass die jetzigen Maßnahmen bleiben (E8) Ich bin erleichtert, dass die Pandemie zu Ende geht (E5) Hoffnung, dass es besser wird (E7)
Liebe zum Beruf	Krankenpflege ist ein schöner Beruf, weil man an seine Grenzen kommt (E3) Ich liebe den Job und andere auch (E3) Ich liebe meinen Job und mache ihn auch weiter, wenn die Impfpflicht kommt und bis zur Pension (E5)

Erfahrung	Durch Erfahrung mit Epidemien weiß ich, dass Impfen hilft (E8)
	Mit 50 Jahren kann man mit der Situation umgehen (E7)
Positivere oder unveränderte Haltung zu Beruf	Ich bin genervt von Corona, aber in der Pflege gibt es auch andere Krankheiten und ich bin gerne dort (E8)
	Durch meine Liebe zum Menschen bleibt meine Haltung unverändert positiv. Ich bin an Enttäuschung und zu wenig Personal gewöhnt, auch wenn die Position als Leitung in dieser Ausnahmesituation besonders herausfordernd war (E3)
	Für mich hat sich nichts geändert. Klinische Psychologen und Psychotherapeuten sind wichtiges Personal, gerade bei solchen Belastungen (E1)
	Nein(E5)
	Nein. Gleichgeblieben (E6)
	Nein (E4)
	Unsere Arbeit ist vor allem in der Pandemie wichtig (E2)
Vermeidung von Medien	Es hat mir geholfen, Medien zu vermeiden (E2)
	Das Wichtigste war, dass ich versucht habe, die sozialen Medien zu vermeiden (E2)

Tabelle I9*Entlastende Faktoren in Zusammenhang mit der Impfung*

Entlastende Faktoren	
Umsetzung	Die Verwaltung, Lieferung und Durchführung der Impfung im Heim verlief schnell und geregelt (E1)
	Es war schnell und logistisch unproblematisch.“ (E1)
	Es war positiv, eine der ersten Geimpften zu sein in meinem Umfeld (E1)
	Es war gut, sich direkt auf der Arbeit impfen lassen zu können (E6)
	Bewohner und Mitarbeiter mit Vorerkrankungen konnten sich zuerst impfen lassen (E2)

Schutz anderer	Ich habe mich anfangs nur wegen der Bewohner impfen lassen (E7)
Akzeptanz	Ich glaube nicht, dass die Regierung vorhat, mit der Impfung Schaden anzurichten. Die Impfung war das Richtige für mich und ich habe auch anderen dazu geraten (E8) Man hat es weiterempfohlen und die Leute haben sich impfen lassen (E8) In ärztlichen Gesprächen wurde aufgeklärt und die Mehrheit hat sich impfen lassen (E8) Zwei kognitiv fitte Patientinnen wollten sich impfen lassen (E3) Die Bewohner haben es gut angenommen (E1) Es ist gut angenommen worden (E1) Die meisten haben es positiv angenommen (E1) Für die meisten war es positiv für das psychische Wohlbefinden (E1) Ich finde die Impfung gut und denke, alle sollten sich impfen lassen, damit Normalität wieder einkehrt (E6) Die meisten haben sich impfen lassen (E7) Am Anfang war die Impfwilligkeit enorm (E4) Am Anfang war ich dafür (E4) Viele Bewohner haben sich sofort impfen lassen (E2)
Erleichterung	Ich bin froh, genesen zu sein, weil ich mich deswegen erstmal nicht wieder impfen lassen muss (E5) Das war schon eine Erleichterung (E5) Sie waren erleichtert, weil sie wieder rausgehen und Besuch empfangen konnten (E5) Das war schon eine Erleichterung (E6) Die Impfungen (E6) Für mich war es eine Erleichterung zu wissen, dass es eine Impfung gibt (E7) Es ist echt eine spürbare Erleichterung durchs Haus gegangen nach den ersten Impfungen (E7)

	Die meisten waren erleichtert, als die erste Impfung gekommen ist (E7)
	Das war schon eine Erleichterung (E7)
	Eine Erleichterung (E7)
Hoffnung	Die Hoffnung in die Impfung war groß (E7)
	Wir haben Hoffnung gehabt, obwohl wir noch nicht wussten, ob es hilft (E7)
	Am Anfang gab es Hoffnung, dass es wieder so wird, wie es war (E2)
Sicherheit	Nach der Impfung hatten Infizierte keine starken Symptome und wurden nur zufällig durch das Testen identifiziert (E8)
	Nach der Impfung war es besser, weil man sich mehr getraut hat (E3)
	Die Impfungen waren sicher ein großes Positiva (E3)
	Ich habe mich von Anfang an geschützt gefühlt (E1)
	Für mich persönlich (E7)
	Die Impfung hat geholfen, da wir trotz Cluster und Impfdurchbrüchen keine schweren Verläufe mehr hatten (E4)
	Seit der Impfung hatten wir keinen positiven Fall mehr, davor gab es Cluster und Todesfälle (E4)
	Sobald man die Impfung hat, ist man geschützt und kann alles machen, was man will (E2)
Beitrag leisten	Außer mehr Stabilität habe ich keinen persönlichen Vorteil gesehen, aber ich habe einen Solidaritätsbeitrag leisten können (E3)
	Es war positiv, getan zu haben, was ich derzeit konnte (E1)

Tabelle I10

Belastende Faktoren in Zusammenhang mit der Impfung

Belastende Faktoren	
Personalausfall	Wir haben viele Ausfälle gehabt von Pflegepersonen, die sich impfen lassen haben, weil die Impfreaktion bei manchen stark war (E3)

	Ich hatte nach der ersten Impfung Schüttelfrost, Fieber und Kopfschmerzen und war 3 Tage im Krankenstand (E5)
Schwierigkeiten bei Umsetzung	Der Zugang zu Impfstoffen wird durch bürokratische Hürden erschwert (E4)
Druck	Auf uns wird Druck gemacht, sich die vierte Impfung geben zu lassen, wo einige Kollegen und ich dagegen sind (E5) Der Druck von der Chefetage war das Schlimmste (E5) Ich hätte mich nicht impfen lassen, hätte der Chef keinen Druck gemacht. Durch eine Antikörperstudie im Haus kannte ich meinen Wert, der nach der Erkrankung hoch war, weswegen ich es nicht nötig gefunden habe, mich impfen zu lassen. Ich und einige Kollegen wurden gezwungen (E5) Der Druck hat nachgelassen, nachdem ich mich impfen ließ. Ich bin keine Impfgegnerin, aber wenn ich genug Antikörper habe, bin ich geschützt und brauche keine Impfung, solange mein Grüner Pass gültig ist (E5)
Konflikte	Das Personal, das nicht geimpft wurde, hat sich mit Ausreden krankgemeldet (E3) Es gab schon vor der Debatte um die Impfpflicht Spannungen in der Belegschaft, die dadurch stärker wurden. Beide konnten nicht miteinander reden (E7) Die Spannungen sind noch nicht aufgelöst (E7) Mittlerweile machen diese Diskussionen über Impfungen müde (E4) Viele von den Mitarbeitern, Bewohnern und ich, wollten sich nicht impfen lassen. Wir wurden nicht gezwungen, sondern informiert, mussten uns aber rechtfertigen. Es gab Diskussionen und Probleme zwischen Kollegen (E2)
Falsche Vorstellungen	Genesene und geimpfte Kollegen infizieren sich weiter und nach der anfänglichen Euphorie haben wir wieder positive Fälle trotz der Impfung (E5) Es hat sich herausgestellt, dass das keine richtige Impfung ist, mit der man sich hundertprozentig schützen kann. Da wurde aus Erleichterung Ernüchterung (E5) Es wurde von der Politik, vermittelt, dass die Pandemie vorbei sei, wenn man sich impfen ließe, was viele glaubten.

	Während die Ungeimpften sich weiter an die Maßnahmen hielten, infizierten sich die Geimpften (E4)
	Es zeigte sich bei den Bewohnern, dass die Versprechen nicht eingelöst wurden (E2)
Skepsis	Nach ersten Zweifeln war für mich klar, dass wenn die Impfung kommt, ich geimpft werde (E8)
	Ich war mir nicht sicher. Ich hatte Krebs und eine OP, deshalb wollte ich mir nichts spritzen, von dem ich nicht weiß, was es bringt, oder ob es irgendwelche Nebenwirkungen hat (E2)
	Keine Ahnung. Ich habe mich geärgert, weil ich dann nach der Impfung Probleme gekriegt habe mit meinem Zyklus. Ich habe mich impfen lassen, damit ich zu meiner Familie fahren kann und weil ein Familienmitglied an Corona gestorben ist und ich gesehen habe, dass es auch schlimm ausgehen kann (E2)
Angst	Ich hatte Angst vor der Impfung (E2)
Psychotische Verarbeitung	Manche Bewohner wollten sich nicht impfen lassen und haben das Impfen wahnhaft-psychotisch verarbeitet (E1)
	Andere mit einer schizophrenen Erkrankung im Hintergrund, haben es abgelehnt (E1)
	Die Impfpflicht trifft einen wahnhaft-psychotischen Bewohner stark, der die Impfung abgelehnt hat und jetzt hat er Angst (E1)

Tabelle I11

Andere Reaktionen in Zusammenhang mit der Impfung

Andere Reaktionen	
Fremdbestimmung	Manche sind noch nicht geimpft und das ist ihre selbstständige, beziehungsweise die Entscheidung von den Angehörigen oder den Erwachsenenvertretern (E8)
	Denen war das egal, weil für die Erwachsenenvertreter oder Staffholder entschieden haben, ob sie geimpft werden oder nicht. Viele können sich verbal nicht mehr äußern und es ist schwer zu beurteilen, wie sich das auf die ausgewirkt hat (E5)
	Die Leute sind zum Teil 95 oder älter und dann ist halt die Frage, ob man sie noch impfen lässt (E6)

	Die Abwägung, ob man es macht, war schwierig (E6)
	Leute, die nicht geimpft sind, sind das wegen der Erwachsenenvertreter oder Angehörigen, die als Impfgegner dagegen waren (E4)
Mangelndes kognitives Auffassungsvermögen	Die haben den Zusammenhang nicht erkannt. Eine Impfung tut weh und die reagieren wie große Dreijährige. Den Zusammenhang haben sie alle nicht verstanden. (E3)
	Die haben es nicht kognitiv erfassen können, was das Impfen bedeutet, aber sie waren auch nicht ablehnend. Sie machen es, wenn der Arzt das sagt (E1)
	Die meisten sind nicht in der Lage zu begreifen, dass manche von ihnen geimpft sind und andere nicht (E7)
Vergessen	Wenn man darüber redet, kommt es kurz auf, aber zwischendurch vergessen sie das einfach wieder (E7)

Tabelle I12

Entlastende Faktoren in Bezug auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe

Entlastende Faktoren	
Wertschätzung	Die Leute waren froh, dass sie als erstes dran waren mit der Impfung und haben sich nicht von der Gesellschaft vergessen gefühlt (E4)
Technische Hilfsmittel	Wir haben ein Tablet angeschafft, auf dem Angehörige anrufen konnten (E5)
	Dieses Tablet (E5)
	Das Tablet, mit dem wir die Besucher organisiert haben, ist beibehalten worden, weil manche Angehörige weit weg sind (E5)
	Für Bewohner, die orientiert sind und für die Dementen in der ersten Phase funktioniert es, für die anderen nicht. Wir machen es trotzdem, weil es wichtig ist, eine bekannte Stimme zu hören (E2)
	Diese Gespräche (E2)
Solidarität unter den Bewohnenden	Die Bewohner haben sich, wahrscheinlich pandemiebedingt, mehr aneinandergehalten (E7)

	Sie halten in Krisenzeiten zusammen (E4)
	Es gab keine Spaltung zwischen Geimpften und Ungeimpften, es war verständnisvoll (E4)
Beschäftigung	Das Pflegepersonal war für sie da, während sie isoliert waren und haben auch Aktivitäten gesetzt (E2)
	Wenn es nicht die Möglichkeit gibt, dass wir die Bewohner von verschiedenen Bereichen sammeln und Aktivitäten machen, dann machen die Seniorenbetreuerinnen das in den jeweiligen Bereichen nur mit den Bewohnern täglich dort (E2)
Gewöhnung	Im psychischen Wohlbefinden hat sich nichts gravierend geändert, die Bewohner sind resistent und viele sind ihrem Alltag weiter nachgegangen (E1)
	Je länger die Pandemie ist, desto normalisierter und weniger belastend ist es. Bei den Bewohnern, so wie bei uns allen, hat es sich normalisiert und ist Alltag geworden (E1)
	Einige ziehen ihr Ding durch und sind nicht so belastet (E1)
	Langsam kehrt Normalität zurück und wenige nehmen die Pandemie noch ernst, es ist Alltag (E4)
Sicherheitsgefühl durch Maßnahmen	Die Kontrolle von den Besuchern, die jetzt alle durch den Haupteingang müssen. So weiß man, wer im Haus ist und das fühlt sich auch für die Bewohner sicherer an (E8)
	Dass wir Mitarbeiter Masken tragen und versuchen, die Bewohner zu schützen. Und die Impfung und das Testen. (E1)

Tabelle I13

Belastende Faktoren in Bezug auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe

Belastende Faktoren	
Abstandsregelungen	Das Social Distancing (E3)
	Es war belastend, dass Leute im Speisesaal Abstand halten sollten (E7)
Mangelndes Verständnis	Vor allem am Anfang haben nicht alle die Maßnahmen verstanden (E8)

	Durch die Einschränkungen von außen war es oft schwierig für die Bewohner zu verstehen, warum das so sein muss (E1)
	Ältere Menschen tragen FFP2-Masken wenn es zumutbar ist, in größeren Gruppen ist mittlerweile das Angebot dieser schon belastend (E4)
Testen	Bewohner sind genervt und gereizt, weil sie einmal in der Woche einen PCR-Test machen müssen (E5)
	Die Tests gehen ihnen auf die Nerven (E5)
	Testen (E5)
Konflikte	Es gab Unruhe, weil sich einige an das drinnen Bleiben gehalten haben und andere nicht (E7)
Kommunikationsprobleme	Bewohner müssen Masken tragen, nehmen sie aber bei Besuch ab, weil sie auf Mimik angewiesen sind (E8)
	Durch die Maske wird die Mimik versteckt, was für demente Patienten, die weniger verbal kommunizieren, schlecht ist (E3)
	Kommunikationsproblem durch verdeckte Mimik (E3)
	Arbeiten mit FFP2-Masken ist schwierig, weil es anstrengt und man sich schwerer versteht. Bewohner brauchen es, Lippen lesen zu können (E1)
	Verständigung und Kommunikation sind wichtig bei Menschen mit Erkrankungen und wird beeinträchtigt durch das Tragen der Maske (E7)
	Die Kommunikation ist beeinträchtigt (E7)
	Die Kommunikation leidet unter der Abstandsregelung (E7)
	Die Maske (E7)
	Die Kommunikation zwischen Bewohnern und Angehörigen wurde durch Schutzschilde erschwert (E2)
	Bewohner verlangen verständlicherweise, das Abnehmen der Maske, weil sie nichts verstehen (E2)
	Die Schutzschilde (E2)
Körperkontakt	Gerade demente und kognitiv beeinträchtigte Menschen brauchen Körperkontakt, was nicht möglich war wegen der Distanz, die gewahrt werden musste (E3)

	Weniger Aufmerksamkeit und körperliche Nähe, besonders von Angehörigen, entzieht Bewohnern Sicherheit, macht sie aggressiver und verursacht Schlafprobleme und dass weniger gegessen und getrunken wird (E3)
	Bewohner wollen körperlichen Kontakt zu Mitarbeitenden, was ein Tabu war (E2)
Gruppenaktivitäten	AM meisten haben sie unter dem nicht mehr stattfindenden sozialen Miteinander gelitten (E3) Entfall der Beschäftigungen hat negative Auswirkungen auf alle (E1) Veränderungen in den Gruppenangeboten ist belastend für Bewohner, da sie Routine schaffen. Sie sind verärgert, traurig und zeigen Unverständnis (E1) Aktivitäten wurden ausgesetzt oder fanden nur mit weniger Bewohnern statt (E2)
Besuchsregelungen	Für die Bewohner und auch für Angehörige waren Besuchsregelungen schwer. Videocalls und Telefonie waren nicht leicht umsetzbar (E8) Die 15 Minuten-Besuchsregelungen (E8) Es war belastend für die Bewohner (E8) Bewohner werden unruhiger bei fehlendem Angehörigenbesuch. Dieser überfordert Demenzerkrankte teilweise (E3) Unter Besuchsminimierung haben die, die zuvor viel Besuch hatten gelitten (E3) Bewohner waren traurig wegen der Besuchsregelungen und der damit verbundenen Umstände (E1) Die Besucherregelungen (E1)
Isolation	Bitte, auf dem Zimmer zu bleiben bei positiven Fällen war schlimm (E7) Ein paar Tage auf dem Zimmer bleiben war ein Hauptbelastungsfaktor (E7)

Tabelle I14*Besondere Betroffenheit von Menschen innerhalb der Betreuungsgruppe*

Besondere Betroffenheit	
Wahnhafte Verarbeitung	Belastung ist erkennbar bei Menschen, die die Pandemie wahnhaft-psychotisch verarbeiten (E1)
Akzeptanz des Heims	Ob man es akzeptiert, im Heim zu sein (E7)
Sozialkontakte	Besondere Belastung von Bewohnern, die viele Sozialkontakte hatten (E1)
	Wie viel Kontakt man zu Angehörigen pflegt (E7)
Demenz	Demenz Erkrankte unterversorgt durch mangelnden Kontakt mit Therapeuten und weniger Abwechslung. Dadurch bauten sie kognitiv ab (E3)
	Demenz Erkrankte litten unter Ausbleiben von täglichem Angehörigenbesuch (E7)
	Mit Demenz ist man schneller belastet (E7)
	Demente haben die Situation nicht verstanden (E2)
	Ausbleibender körperlicher Kontakt mit Demenz Erkrankten (E2)
	Für Menschen mit Demenz im Anfangsstadium war es nicht leicht, bei weiter fortgeschrittenen lässt sich das schwer einschätzen (E2)

Tabelle I15*Andere Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden der Betreuungsgruppe*

Andere Einflüsse	
Abhängigkeit von Infektionsgeschehen	Während der Lockdownzeiten war die Belastung am stärksten spürbar (E1)
	Bewohner blühen wieder auf, nachdem Corona nicht mehr im Haus ist (E6)
	Versterbende Leute, trotz Impfschutz, sind belastend für andere Bewohner (E7)
	Mit weniger Maßnahmen im Sommer war es besser, wenn Maßnahmen wieder anfangen gab es Veränderungen zum Schlechten (E2)
Aktueller Wissensstand	Dass ältere Bewohner schnell vergessen, ist von Vorteil (E8)

	Psychische Belastung ist abhängig davon, worüber Bewohner informiert sind. Man könnte sie schützen, indem man ihnen Wissen vorenthält (E7)
Sterbebereitschaft	Viele Bewohner waren bereit, zu sterben und haben nicht verstanden, wieso sie davor geschützt werden sollen (E7)
Mangelndes kognitives Auffassungsvermögen	Unsere Bewohner sind 80 plus, 80 Prozent oder 85 Prozent davon dement, die realisieren das nicht (E5)

Anhang J

Anhang J1-Abstract auf Deutsch

Diese Studie untersucht Belastungsfaktoren und Entlastungsfaktoren, die in Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie auf Menschen im Alten- und Pflegekontext einwirken, sowie die Auswirkungen der Impfung auf das psychische Wohlbefinden dieser Personengruppen. Es wurden Expert*inneninterviews mit acht Beschäftigten von Alten- und Pflegeheimen in Österreich durchgeführt und anschließend mithilfe qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet, woraus sich 75 Kategorien ergaben. Im Bereich der Belastungen spielten *Personalmangel*, *Mangelnde Wertschätzung* und die *Umsetzbarkeit* Maßnahmen eine Rolle. Entlastend wirkten beispielsweise *Gewöhnung*, *Solidarität im Kollegium* und *Liebe zum Beruf*. Als positiv an der Impfung wurde die dadurch entstandene *Sicherheit* genannt und die Möglichkeit einen *Beitrag leisten* zu können. Die Gruppe der älteren Menschen war hauptsächlich durch Regelungen, die die *Kommunikation* einschränkten und den direkten *Körperkontakt* verboten belastet, wohingegen *Technische Hilfsmittel* Belastung entgegenwirken konnte. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse der Studie den Bedarf der Arbeitenden im Alten- und Pflegekontext, ausreichend unterstützt und wertgeschätzt zu werden, damit sie auch in Zeiten der COVID-19 Pandemie ihre Arbeit ohne zusätzliche Belastungen durchführen können.

Schlagwörter: Alten- und Pflegeheime, Belastung, Entlastung, Impfung, psychisches Wohlbefinden, COVID-19

Anhang J2-Abstract auf Englisch

This study examines stressors and resources and their potential influences on the psychological well-being of people in nursing home settings as well as the impact of the vaccination in the context of the COVID-19 pandemic on those groups. Therefore, interviews were conducted with eight experts who were all working in nursing homes in Austria. Mayring's qualitative content analysis (2015) was used to examine the results, which could be grouped in 75 categories. Those included *staff shortage*, *lacking appreciation* and the *feasibility* of the restrictions on the level of stressors. As resources *habituation*, *solidarity among co-workers* and *job affinity* were for example mentioned. Positive impacts in terms of the vaccination were *security* and the *ability to contribute*. The group of elderly people, living in the nursing homes, was negatively affected by restrictions concerning interferences with *communication* and *physical contact*. *Technical devices* were able to help reduce stress. All in all, it became obvious that people working in nursing homes need more and sufficient support, as well as appreciation for what they do to stay healthy and keep on working in times of the pandemic.

Keywords: nursing homes, stressors, resources, vaccination, psychological well-being, COVID-19