



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„24-Stunden-Betreuungskräfte –
ihre Ressourcen und Bewältigungsstrategien“

verfasst von / submitted by

Sarah Skok

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 066330

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

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Drⁱⁿ. phil. Angela Schnelli,
Pflegefachfrau MScN

I. DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Menschen bedanken, die mich zum Studium motiviert, sowie während des Studiums bis hin zur Fertigstellung dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Allen voran möchte ich mich bei meiner Betreuerin Dr.ⁱⁿ phil. Angela Schnell für die sehr hilfreichen Zoom-Meetings und die stets unkomplizierte und kompetente Zusammenarbeit bedanken.

Ich möchte mich bei meinen Interviewteilnehmerinnen bedanken, die sich Zeit während ihrer Arbeit für mich genommen haben und mir die Fragen beantwortet haben.

Großen Dank spreche ich meiner Mutter und meinem Mann aus, die sich die Zeit genommen haben, um mich bei der inhaltlichen und organisatorischen Entwicklung dieser Masterarbeit zu unterstützen. Danke, dass ihr mir in schwierigen Zeiten meines Studiums den notwendigen Rückhalt gegeben und mich stets aufgemuntert, motiviert und meine Emotionen ertragen habt!

Abschließend möchte ich meiner Freundin Julia danken, die mit mir gemeinsam berufsbegleitend den Bachelor und den Master abgeschlossen hat und mein Ruhepol war. Auch wenn wir zwei unterschiedliche Personen in der Organisation sind, bin ich stolz auf unsere Leistung und freue mich schon auf unsere gemeinsame Mt. Blanc-Besteigung als Abschlussgeschenk nach der Babypause.

Diese Arbeit widme ich meinem verstorbenen Papa, der mein größtes Vorbild war und der mich zum Studium motivierte. Seine positive Einstellung und sein „Das machst du schon!“ fehlten mir sehr oft in Situationen, in denen ich verzweifelt war. Es tut mir sehr leid, dass er meinen Abschluss nicht mehr miterleben kann.

Ebenfalls widme ich die Arbeit meiner liebevollen verstorbenen Oma, der ich das Thema dieser Arbeit verdanke, da sie selbst eine 24-Stunden-Betreuungskraft brauchte und ich dadurch nah am Geschehen war.

II. KURZFASSUNG

Hintergrund:

Die österreichische Bevölkerung wird immer älter. Laut Statistik Austria soll sich die Zahl der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2100 verdoppelt haben. Die Pflege der älteren Menschen in Pflegeheimen ist in vielen Fällen zu teuer oder von den Betroffenen nicht erwünscht. Um zu Hause gepflegt und versorgt werden zu können, ohne dass Angehörige die Betreuung übernehmen müssen, wird auf 24-Stunden-Betreuungskräfte zurückgegriffen. Die Betreuungskräfte dieser Berufssparte sind rund um die Uhr bei den Patient*innen im Einsatz, dies oft über einen längeren Zeitraum von mehreren Wochen bis einigen Monaten. Eine geeignete und kompetente Betreuungskraft zu finden, ist nicht einfach und es herrscht ein Mangel durch den immer höher werdenden Bedarf.

Zielsetzung:

Diese Arbeit soll die psychischen und physischen Belastungen der 24-Stunden-Betreuungskräfte aufzeigen. Wobei der Fokus der Arbeit darauf liegt, wie die Betreuungskräfte mit ihren eigenen Ressourcen umgehen, um die Arbeitsbelastungen zu bewältigen bzw. welche Strategien sie zur Bewältigung der Arbeitsbelastungen anwenden.

Methode:

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Die Datenerhebung erfolgte in Form problemzentrierter Interviews, welche mittels Diktiergeräts aufgezeichnet worden ist. Die Interviewfragen bezogen sich auf die Ressourcen und auf die individuellen Coping-Strategien der 24-Stunden-Betreuungskräfte im Umgang mit Belastungen. Im Detail wurde erfragt, wie sich die Arbeitsaufgaben, welche von den Betreuer*innen beschrieben werden, auf die physische und psychische Gesundheit der Betreuungskräfte auswirken, wie diese mit schwierigen Problemen umgehen bzw. welche Lösungsstrategien sie anwenden.

Schlüsselbegriffe: 24-Stunden-Betreuung, Belastungen, Coping, Ressourcen

III. ABSTRACT

Background:

The Austrian population is getting older. According to Statistics Austria, the number of people over 65 is said to have doubled by 2100. In many cases, care for the elderly in nursing homes is too expensive or undesirable for the affected person. In order to be cared for and looked after at home without relatives having to take care of them, 24-hour-caregivers are available. The caregivers in this professional field are on duty around the clock with their clients and often over a longer period from several weeks to a few months. Finding a suitable and competent supervisor is not easy and there is a shortage due to the ever-increasing demand.

Aim:

This work should show the psychological and physical stress of the 24-hour-caregivers. The focus of the work is on how the caregivers deal with their own resources to cope with the workload or which strategies they use to cope with the workload.

Method:

A qualitative approach was chosen to answer the research question. The data was collected in the form of a problem-centered interviews, which were recorded using a dictaphone. The interview questions related to the resources and the individual coping-strategies of the 24-hour-caregivers when dealing with stress. It was asked in detail how the work tasks described by the caregivers affect the physical and mental health of the caregivers, how they deal with difficult problems and which solution strategies they use.

Keywords: 24-hour-care, stress, coping, resources

INHALTSVERZEICHNIS

I.	Danksagung	I
II.	Kurzfassung.....	II
III.	Abstract.....	III
1.	Einleitung	1
1.1.	Problemstellung und Ausgangssituation	2
1.2.	Aufbau der Arbeit	5
1.3.	Forschungslücke	6
1.4.	Forschungsziel und Forschungsfrage	7
2.	Literaturrecherche	8
2.1.	Forschungsstand.....	8
2.1.1.	Aktueller Forschungsstand	8
2.2.	24-Stunden-Betreuungskräfte	9
2.2.1.	Situation in Österreich	9
2.2.2.	Tätigkeitsbereiche	11
2.2.3.	Arbeitsmotive.....	13
2.3.	Stress	14
2.3.1.	Stressformen	15
2.3.2.	Stressbewältigung (Coping).....	15
2.3.3.	Gesundheitliche Folgen infolge von Stressbelastungen	16
2.3.4.	Stressmodell.....	17
2.3.5.	Salutogenese.....	19
3.	Methode	20
3.1.	Erhebungsmethode	20
3.2.	Sample	21
3.3.	Ethische Aspekte.....	22
3.4.	Erhebungszeitraum	23
3.5.	Erhebungsablauf	23
3.6.	Erhebungsinhalte	23
3.6.1.	Personendatenblatt	23

3.6.2.	Interviewleitfaden.....	24
3.6.3.	Datenauswertung	25
3.6.4.	Gütekriterien	26
4.	Ergebnisse	28
4.1.	Daten zu den befragten Betreuungskräften.....	28
4.2.	Rahmenbedingungen	31
4.3.	Psychische Belastungen	36
4.3.1.	Kennenlernphase einer*s neuen Patient*in	36
4.3.2.	Doppelbelastung in Beruf und Familie	37
4.3.3.	Veränderung des Gesundheitszustandes der Patient*innen	40
4.3.4.	Körperpflege und Ekel	42
4.3.5.	Verpflichtung zur ständigen Präsenz	43
4.4.	Physische Belastungen	44
4.4.1.	Erhöhter Blutdruck, Kreuzschmerzen	44
4.5.	Ressourcen	45
4.5.1.	Beweggründe und Motivation für die Berufsauswahl.....	45
4.5.2.	Kommunikationsformen und Sprachkenntnisse.....	48
4.5.3.	Positives Arbeitsverhältnis zu den Angehörigen.....	50
4.5.4.	Erleichterung des Aufenthaltes.....	51
4.6.	Bewältigungsstrategien	53
4.6.1.	Routinearbeit	53
4.6.2.	Betreuungswechsel	54
4.6.3.	Erholungs- bzw. Regenerationsphasen.....	56
4.6.4.	Abgrenzung	58
4.6.5.	Emotionen regulieren – Konflikte vermeiden	59
4.6.6.	Die richtige Medikamentendosierung	60
4.6.7.	Freizeitbeschäftigungen und Hobbys zur Verbesserung des Wohlbefindens	61
4.6.8.	Eigenen Grenzen kennen.....	64
4.6.9.	Jobwechsel.....	65
5.	Diskussion.....	66
6.	Limitation der Arbeit	76

7. Fazit	77
IV. 7.1 Handlungsempfehlungen für die Praxis.....	79
V. 7.2 Empfehlung für weiterführende Forschung.....	81
8. Literaturverzeichnis	82
9. Anhang 1: Einverständniserklärung	88
10. Anhang 2: Formblatt.....	89
11. Anhang 3: Interviewleitfaden	90

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Primäre und sekundäre Stressbewertung nach Lazarus et al. (1984) mit eigenem Beispiel	18
Abbildung 2: Das Konzept der Salutogenese, Steinbach, 2017	19

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Folgen von Stress (Bodenmann & Gmelch, 2009)	S. 16
Tabelle 2: Übersichtstabelle zu den befragten Betreuungskräften	S. 28
Tabelle3: Eigene Übersichtstabelle zu den Ergebnissen	S. 30

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ATL	Aufgaben des täglichen Lebens
EPU	Ein-Personen-Unternehmen
HBeG	Hausbetreuungsgesetz
GewO	Gewerbeordnung
HgHag	Hausgehilfen-Hausangestelltengesetz
BMSGKP	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
idgF	In der geltenden Fassung

1. Einleitung

Demografisch betrachtet ist unsere heutige Gesellschaft in Österreich eine so genannte „ageing society“. Das bedeutet, dass in Österreich die durchschnittliche Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten erheblich gestiegen ist, gleichzeitig die Geburtenrate jedoch kontinuierlich sinkt. Mit zunehmendem Alter setzt der körperliche Abbau verstärkt ein, gewisse Aufgaben des täglichen Lebens (ATL) können nur erschwert, beziehungsweise können nicht mehr selbstständig, bewältigt werden. Die Wahrscheinlichkeit, Pflege- oder Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen zu müssen, steigt daher mit zunehmendem Alter (Schön et al., 2014).

Zu Beginn der 1990er Jahre entwickelte sich in Österreich ein irregulärer Markt für die häusliche Versorgung pflegebedürftige Menschen. Diese illegale Beschäftigung von ausländischen Betreuungskräften wurde, ohne Rücksicht auf geltende Arbeits- und gewerberechtliche Bestimmungen, von der Politik bewusst geduldet. Erst im Jahre 2007 kam es im speziellen durch die Einführung des Hausbetreuungsgesetzes, sowie durch weitere Gesetzes- und Verordnungsänderungen zur Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung. In Folge wurden diese ein fixer Bestandteil und wichtiger Pfeiler des österreichischen Pflegesystems (Steiner et al., 2019).

Fünf bis sechs Prozent aller Personen, die Pflegegeld beziehen, nehmen eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch. Das Sozialministerium berichtet, dass der Großteil der Betreuungskräfte aus der Slowakei und aus Rumänien kommt. Nur 1,6 Prozent der Betreuungskräfte haben eine österreichische Staatsbürgerschaft (APA, 2017). Amnesty International kam 2021 in einem Bericht zu dem Schluss, dass diese Arbeit hauptsächlich von Frauen in einem oft prekären Arbeitsumfeld verrichtet wird. Dazu kommt, dass 24-Stunden-Betreuungskräfte oft unterbezahlt sind und während ihrer Tätigkeit wenig Wertschätzung erfahren (Amnesty International, 2021). Mit Stand Ende 2017 waren rund 62.000 Betreuer*innen, davon 95 % Frauen, aktiv in Österreich für diesen Berufszweig gemeldet (Steiner et al., 2019).

Die Vermittlung der 24-Stunden-Betreuungskräfte kann über Agenturen, sowohl als Dienstnehmer*in oder in Form einer selbstständigen Beschäftigung, auf Basis des freien Gewerbes der Personenbetreuung, erfolgen. Es gibt auch die Möglichkeit,

dass die Betreuungskräfte ohne Vermittlungsagentur direkt mit dem Auftraggeber*innen Vereinbarungen über den Betreuungsaufwand treffen. Rund 99 % der Betreuungskräfte sind als formal selbstständige Ein-Personen-Unternehmen (EPU) tätig. Für sie findet das flexible Arbeitszeitmodell mit 24-Stunden-Diensten Anwendung. Ausbildungs- und Qualifikationsnachweise sind laut Steiner et al. (2019) nicht erforderlich. Sobald jedoch Pflegegeld bezogen wird, beziehungsweise seitens des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) ein Zuschuss gewährt wird, sind qualitätssichernde Maßnahmen vorgesehen. Die Maßnahmen beinhalten Information und Beratung in Form von kostenlosen Hausbesuchen, welche durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal durchgeführt und von der Sozialversicherung veranlasst werden. Des Weiteren ist für die Auszahlung einer Förderung ein Nachweis über eine Fortbildung oder ein Nachweis über entsprechenden Praxiserwerb erforderlich (Sozialministerium, 2019).

Während der Einsatzzeit wohnen die Betreuungskräfte im Haushalt der pflegebedürftigen Person und sind für die notwendigen Betreuungsarbeiten, sowie für anfallende Hausarbeiten verantwortlich. Betreuungskräfte, die ihre Dienste über Agenturen verrichten, wechseln im Regelfall alle zwei bis drei Wochen. Betreuungskräfte, die auf unabhängiger, selbstständiger Basis arbeiten, sind an keine Regeln bzw. Vorgaben gebunden. Der Wechsel wird individuell zwischen pflegebedürftiger Person (Auftraggeber*in) und Betreuungskraft vereinbart (Bachinger, 2010).

1.1. Problemstellung und Ausgangssituation

Dadurch, dass die österreichische Bevölkerung tendenziell altert, steigt auch der Pflegebedarf. Dies bedeutet, dass Staaten Systeme und Strategien entwickeln und Maßnahmen ergreifen müssen, um den Bedarf an Langzeitpflege für ältere Menschen sichern zu können. Entsprechende Langzeitpflegemaßnahmen decken ein breites Leistungsspektrum ab, das dabei hilft, dass ältere Personen so sicher, unabhängig und selbstbestimmt wie möglich altern und leben können (Amnesty International, 2021). Von den Pflegebedürftigen wollen viele nicht in einem Pflegeheim, sondern in den eigenen vier Wänden versorgt und betreut werden.

Laut der Studie „Angehörigenpflege in Österreich“ von Nagl-Cupal et al. (2018) sind in etwa 801.000 Menschen zu Hause in unterschiedlicher Form in die Betreuung und Pflege eines anderen Menschen involviert. Oftmals versuchen Angehörige, einen Teil der Betreuungsaufgaben zu übernehmen. Jedoch schaffen es nur die Wenigsten, rund um die Uhr für die zu betreuende Person da zu sein. Hilfe und Unterstützung für die Angehörigen ermöglicht eine externe 24-Stunden-Betreuung, auf die Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige zurückgreifen können (Petry et al., 2016).

Das Modell der 24-Stunden-Betreuung im privaten Haushalt wird von immer mehr Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in Anspruch genommen, da sich für die betroffenen Personen im Vergleich zu einer Betreuung in einem Pflegeheim einige Vorteile ergeben. Schmidt et al. (2016) nennen als Vorteile die Leistbarkeit und die individuelle Versorgung der Betreuungsbedürftigen.

Als Hauptgrund für die Inanspruchnahme einer 24-Stunden-Betreuungskraft wird in der Studie von Nagl-Cupal et al. (2018) genannt, dass die betreute Person in ihrem eigenen zuhause bleiben kann und die Betreuungskraft Aufgaben bzw. Tätigkeitsfelder übernimmt, die von den pflegenden Angehörigen oftmals als unangenehm bzw. als belastend empfunden werden. Darüber hinaus entlastet die 24-Stunden-Betreuungskraft die pflegenden Angehörigen und ermöglicht es ihnen, sich eine Auszeit zu nehmen. Je höher die Pflegestufe ist, desto öfter wird eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch genommen.

Es wird erwartet, dass sich in den kommenden Jahren die Anzahl der Menschen, die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, verdoppeln wird. Dieser Bedarf spiegelt sich auch in der Anzahl von Agenturen, die 24-Stunden-Betreuungskräfte aus osteuropäischen Ländern an Privathaushalte vermitteln, wider. Da es immer schwieriger wird, geeignetes Personal für die Pflegebedürftigen zu finden, beziehen Agenturen ihr zu vermittelndes Pflegepersonal verstärkt aus osteuropäischen Ländern wie Rumänien, Slowakei, Ukraine oder Moldawien. Damit versuchen Agenturen den Bedarf an Arbeitskräfte zu decken (Höller, 2017).

Laut Bauer & Mayer (2016) sind Betreuungs- und Pflegedienstleistungen nicht nur durch nach außen sichtbare bzw. offensichtliche Tätigkeiten gekennzeichnet,

sondern beinhalten auch Aufgaben, die häufig nicht wahrgenommen werden und so im Verborgenen verbleiben. Es werden pflegerisches Fachwissen, körperliche Fähigkeiten wie Kraft, Ausdauer, Geschicklichkeit sowie soziale Fertigkeiten und Kommunikationskompetenzen vorausgesetzt (Glaser & Höge, 2005).

Die Betreuer*innen übernehmen teilweise zu ihren Betreuungstätigkeiten auch haushaltsbezogene Tätigkeiten, wie unter anderem die Zubereitung von Mahlzeiten und die Reinigung der Wohnung. Schilgen et al. (2019) beschreiben, dass Betreuer*innen im Schadensfall durch ein schwammig ausgelegtes Beschäftigungs- und Arbeitsrecht mit unzureichenden Qualitätskontrollen, Nichtzahlung des marktüblichen Mindestlohns und unklaren Haftungsrisiken zu kämpfen haben. Der besondere Arbeitskontext wird von Lutz & Schwalgin (2008) als eine „Entgrenzung der Arbeit“, also eine räumliche und zeitliche Vermischung von Arbeit und Privatsphäre, definiert. Das BMSGPK gibt einen genauen Überblick bezüglich gesetzlicher Bestimmungen und Tätigkeiten, welche die Betreuungskräfte übernehmen dürfen (Sozialministerium, 2019).

Das Arbeitsfeld der 24-Stunden-Betreuungskräfte ist von besonderen Belastungen geprägt. Um Arbeitsbelastungen und Stress bewältigen zu können, besitzt jeder Mensch individuelle Ressourcen und im Laufe des Lebens erlernte Coping-Strategien. In Abhängigkeit der Wirksamkeit dieser Ressourcen und Strategien gelingt es, Belastungen und Berufsalltag effektiv zu bewältigen, um den Beruf über einen langen Zeitraum ausüben zu können (Schilgen et al., 2019). Erfolgreiche und geeignete Bewältigungsstrategien werden als gesundheitliche Ressourcen gesehen, da sie eine verbesserte Anpassung an Lebensumstände bewirken oder eine Veränderung von schädigenden Situationen fördern. Sie helfen, ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten, destruktive situative Bedingungen zu reduzieren, befriedigende Beziehungen aufzubauen und ein emotionales Gleichgewicht zu sichern. Außerdem wird ein positiver Gesundheitszustand und Wohlbefinden gefördert (Rusch 2019). Inwieweit dieser Ansatz speziell in der 24-Stunden-Betreuung Anwendung findet, soll im Zuge dieser Arbeit erörtert und dargestellt werden.

1.2. Aufbau der Arbeit

Zu Beginn (**Kapitel 1**) der vorliegenden Arbeit werden die Ausgangssituation und die Problemstellung dargestellt, auf dessen Basis das Forschungsziel und die Forschungsfrage formuliert wurden.

Im Rahmen des **zweiten Kapitels** werden anfangs der allgemeine Forschungsstand und die Forschungslücke dargestellt. Darauf folgt eine Auseinandersetzung mit den Begriffen „24-Stunden-Betreuung“ und „Stress“. Es werden die Situation in Österreich, die Tätigkeitsbereiche und die Arbeitsmotive der 24-Stunden-Betreuungskräfte näher beleuchtet. Das Thema Stress wird im Allgemeinen aufgegriffen, insbesondere die Stressformen und die Stressbewältigung. Zudem erfolgt eine Darstellung der gesundheitlichen Folgen der Arbeit als 24-Stunden-Betreuungskraft aufgrund der Stressbelastung. Abschließend wird auf das Coping-Modell von Aaron Antonovsky näher erläutert.

Das **dritte Kapitel** umfasst die empirische Vorgehensweise. Es erfolgt unter anderem eine Darstellung der Erhebungsmethode, der ethischen Aspekte, sowie die Datenauswertung nach Braun und Clarke (2006).

Im **Kapitel 4** werden die Ergebnisse der Interviews beschrieben. Es werden die allgemeinen Rahmenbedingungen für 24-Stunden-Betreuungskräfte sowie die psychischen und physischen Belastungen dargelegt. Weiters wird auf Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Betreuungskräfte genauer eingegangen.

Die Arbeit endet mit der Diskussion (**Kapitel 5**) und dem Fazit (**Kapitel 6**). Darin werden die wichtigsten Aspekte vom Ergebnisteil zusammen mit der vorhandenen Literatur kritisch diskutiert. Darauf folgend werden die wichtigsten Inhalte der Arbeit zusammenfassend dargestellt und die Forschungsfrage beantwortet. Abschließend werden die vorherrschenden Limitationen im Rahmen der Forschungsarbeit beschrieben, Handlungsempfehlungen für die Praxis sowie Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten erläutert.

1.3. Forschungslücke

Für die Bewältigung des Arbeitsalltags als 24-Stunden-Betreuungskraft werden in der Literatur hauptsächlich die physischen und psychischen Belastungen ausgiebig erörtert. In der Literatur werden als Ressourcen Selbstwirksamkeit, gutes Arbeitsklima und Motivation angeführt (Schilgen et al., 2019). Die Ressourcen werden allerdings nur hinsichtlich des Arbeitsplatzes durch subjektive Einschätzungen von Expert*innen zusammengefasst. In diesem Kontext wenig beachtet werden jedoch die individuellen Motive und Anreize sowie die individuellen Strategien, welche Betreuungskräfte einsetzen. Diese sind subjektiv bei der Bewältigung ihrer Tätigkeit von Relevanz.

Hervorzuheben ist, dass insbesondere individuelle Coping-Strategien der Betreuungskräfte in Bezug auf das Erleben von Stress in der Literatur wenig beleuchtet werden. Diese sind aber bei der Verrichtung der großteils stressigen Arbeit von großer Bedeutung. In diesem Zusammenhang kann als Grundlage das Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) herangezogen werden. Laut diesem Modell setzt sich das Stresserleben beim Menschen sowohl aus der objektiven (Arbeits-) Belastung, als auch von der subjektiven Wahrnehmung zusammen. Als relevant erachtet werden in diesem Modell auch die persönlichen Bewertungen dieser Stressoren und die dafür verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten.

1.4. Forschungsziel und Forschungsfrage

Aus der vorangehend beschriebenen Problemstellung und der daraus resultierenden Forschungslücke ergeben sich Forschungsziel und Fragestellung wie folgt:

Ausgehend von der genannten Tatsache, dass in naher Zukunft ein Mangel an Fachkräften in der 24-Stunden-Betreuung zu erwarten ist, ist das Arbeitsumfeld von 24-Stunden-Betreuungskräften künftig weitestgehend so zu gestalten, dass diese möglichst lange, gesund und mit der notwendigen Motivation ihre Tätigkeit verrichten können.

Das konkrete Ziel dieser Arbeit ist daher, die von 24-Stunden-Betreuungskräften individuell angewandten Strategien im Umgang mit Belastungen in ihrem beruflichen Alltag aufzuzeigen, um in weiterer Folge aus den gewonnenen Erkenntnissen allgemeine Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

Die Vorgehensweise ist folgendermaßen:

- 1) Exploration der wichtigsten arbeitsbedingten Belastungsfaktoren sowie der Strategien und individuellen Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen der 24-Stunden-Betreuungskräfte in Form eines problemzentrierten mündlichen Interviews nach Andreas Witzel (1982).
- 2) Analyse und Bewertung der angewandten Strategien und Ressourcen der 24-Stunden-Betreuungskräfte im Umgang mit Belastungen.
- 3) Ableitung und Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen anhand der gewonnenen Erkenntnisse.

Die Forschungsfrage für diese Arbeit lautet:

- Welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien werden von 24-Stunden-Betreuungskräften beschrieben, mit denen sie die Anforderungen ihres Arbeitsbereiches bewältigen und damit einen Beitrag zur Aufrechterhaltung ihrer psychischen und physischen Gesundheit leisten können?

2. Literaturrecherche

2.1. Forschungsstand

2.1.1. Aktueller Forschungsstand

Schilgen et al. (2019) zeigen auf, dass insbesondere jene Patient*innen, welche an schwer ausgeprägten Formen von Demenz oder Depression leiden, oder Sterbegleitung benötigen, von den Betreuer*innen als sehr psychisch belastend erlebt werden. Des Weiteren betonen Schilgen et al. (2019), dass der begrenzte Kontakt zur Außenwelt, das ständige Bedürfnis, erreichbar zu sein, und die ständige Nähe zu kranken und älteren Menschen ebenfalls erhebliche psychische Belastungen für die Betreuer*innen darstellen. Diese These wird auch von Haberstroh et al. (2016) bestätigt: Während eines Turnus haben die 24-Stunden-Betreuungskräfte kaum Erholungsphasen. Dies wird von diesen oft als besonders herausfordernd empfunden. Speziell bei Menschen mit Demenz scheinen die Aufgaben für die Betreuungskraft nicht bewältigbar zu sein, sodass sie sich nach kurzer Zeit oft andere Familien mit einfacheren Bedingungen suchen.

Schmidt & Leichsenring (2016) geben an, dass Betreuungskräfte einen Mangel an Erholungsmöglichkeiten haben und in der Zeit, während sie in den Haushalten der pflegebedürftigen Personen anwesend sind, kaum die Möglichkeit haben, sozialen Kontakten nachzugehen. Schwiter (2019) nennt als Hauptursache für die Vernachlässigung der persönlichen sozialen Kontakte das konkrete Problem, rund um die Uhr Verantwortung für Patient*innen übernehmen zu müssen und dies manchmal sogar über einen Zeitraum von mehreren Monaten.

Giesenbauer & Glaser (2006) beschreiben, dass die Schwierigkeit für die Betreuungskraft weniger in den auszuführenden Pflegetätigkeiten liegt, sondern in den Reaktionen und Verhaltensweisen der zu Pflegenden. Da eine Interaktion aus zwei Subjekten mit unterschiedlichen Interessen entsteht, ergibt sich aus jeder Tätigkeit eine Herausforderung. Besonders in der Interaktion zwischen Betreuungsperson und Patient*in spielen laut Giesenbauer & Glaser (2006) Gefühle und Emotionen eine wichtige Rolle. Die Betreuungskraft muss dabei der zu pflegenden Person mit Empathie und Rücksichtnahme begegnen, dabei aber auch ihre eigenen Gefühle unter Kontrolle halten. Dies ist essenziell, um die Arbeit verrichten zu

können. Als Hilfestellung, um mit den Belastungen zurechtzukommen, kann es nach Schilgen et al. (2019) Betreuungskräften helfen, sich sowohl aktiv als auch emotional zu distanzieren und treffen mit den Angehörigen klare Absprachen über die Arbeitsaufgaben. Weiteres ist der Ausdruck der Dankbarkeit seitens der Patient*innen gegenüber der 24-Stunden-Betreuungskraft sehr wichtig und prägt das Verhältnis beider positiv. Als eine wichtige Bewältigungsstrategie beschreiben Schilgen et al. (2019), dass Patient*innen und Angehörigen die 24-Stunden-Betreuungskraft akzeptieren. Auch die Unterstützung durch eine dritte Person wird als Motivation erlebt.

Die Motivation, die Arbeit als Betreuungskraft gewissenhaft durchzuführen, ist breit gefächert. Die Interviewten beschreiben in Schilgen et al. (2019) mit der Tätigkeit als Betreuungskraft ihre Berufung zu finden, indem sie sich in einem helfenden Beruf engagieren. Weiters werden Krankenversicherung, ein legales Beschäftigungsverhältnis und ein geregeltes Einkommen als positiv genannt.

2.2. 24-Stunden-Betreuungskräfte

2.2.1. Situation in Österreich

Mit Inkrafttreten des Hausbetreuungsgesetzes (HBeG) am 01. Juli 2007 und einer Novellierung der Gewerbeordnung von 1994 (GewO) wurde ein grundlegender rechtlicher Rahmen für die 24-Stunden-Betreuung geschaffen. Jenen, die bis zu diesem Zeitpunkt in einem rechtlichen Graubereich befindlichen bzw. illegalen Personenbetreuungsverhältnisse tätig waren, wurde zur Rechtskonformität verholfen (Famira-Mühlberger, 2017).

Um den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden, wurden im Zuge des Legalisierungsprozesses die bestehenden rechtlichen Bestimmungen an die vorherrschende Situation angepasst. Die Legalisierung von rechtlichen Grauzonen wurde in Kauf genommen. Durch die Schaffung eines eigenen Gewerbes für die Personenbetreuung konnten arbeits- und entgeltrechtliche Bestimmungen bzw. Vorschriften umgangen werden, wodurch das bereits etablierte Modell der 24-Stunden-Betreuung ohne Anpassungen beibehalten werden konnte (Schmid, 2010).

Nach dem HBeG kann die 24-Stunden-Betreuung in Form einer selbstständigen oder unselbstständigen Erwerbstätigkeit ausgeführt werden. Nach Famira-Mühlberger (2017) ergeben sich daraus drei unterschiedliche Möglichkeiten, wie die Betreuung von Personen in Privathaushalten organisiert sein kann:

- **Arbeitgeber-Modell**

Mit Anstellung einer unselbstständigen Betreuungskraft wird der betreuungsbedürftige Haushalt (bzw. die zu betreuende Person) zum/zur Arbeitgeber*in.

- **Dienstleister-Modell**

Der betreuungsbedürftige Haushalt schließt mit einem gemeinnützigen Träger einen Vertrag ab. Die Betreuungskraft ist beim gemeinnützigen Dienstleister angestellt.

- **Selbstständigen-Modell**

Die selbstständige Betreuungskraft, welche im Besitz eines Gewerbescheines ist, wird im Rahmen eines Werkvertrages von Privathaushalten engagiert.

Wesentliche Unterschiede bei den Modellen bestehen in den arbeitsrechtlichen Bestimmungen, insbesondere in der Arbeitszeitenregelung. Die arbeitsrechtlichen Regelungen des Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetzes (HgHag) gelten für unselbstständige Betreuungskräfte. Dieses Gesetz ermöglicht Arbeitszeiten, die über den durch das Arbeitszeitgesetz vorgegebenen Rahmen hinausgehen, legt jedoch sowohl eine Mindest- als auch eine Höchstarbeitszeit fest. Für selbstständige Betreuungskräfte gibt es keine gesetzlichen Vorschriften betreffend Arbeitszeiten, Umfang ihrer Arbeitsleistung sowie Entlohnung. Das Modell als selbstständiger Betreuungskräfte ist in Österreich die meistgewählte Organisationsform der 24-Stunden-Betreuung (Bachinger, 2010). Die vorgenannten Bedingungen haben zur Folge, dass die 24-Stunden-Betreuung in Österreich maßgeblich von den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der selbstständigen Betreuungskräften geprägt ist. Bachinger (2010) weist darauf hin, dass in diesem Beschäftigungsverhältnis kaum arbeits- und sozialrechtliche Regelungen bestehen. Arbeitszeiten, Dauer der Turnusse, sowie Entlohnung müssen individuell ausgehandelt werden bzw. werden von Vermittlungsagenturen maßgeblich mitbestimmt. Die prekären Arbeitsbedingungen in der 24-Stunden-Betreuung liegen daher in jenem Bereich, der vom Legalisierungsprozess weitestgehend unberührt geblieben ist.

2.2.2. Tätigkeitsbereiche

In der Literatur wird die Fürsorgearbeit – abgeleitet vom englischen Begriff „care work“ – der Sphäre der Haushalts- bzw. Reproduktionsarbeit zugeordnet (Haidinger & Knittler, 2014; Lutz, 2008). Nach Lutz (ebd.). Der Terminus der Fürsorgearbeit beinhaltet eine Bandbreite an Tätigkeitsfeldern und Diensten des Sorgens und Kümmerns, welche insbesondere für jene Personen erbracht werden, die selbst nicht mehr dazu in der Lage wären. Dies umfasst unter anderem Betreuungs-, Versorgungs- und Erziehungsaktivitäten, die Pflege von Menschen und haushaltsnahen Dienstleistungen, als auch die Übernahme von unterstützenden und beratenden Funktionen.

Das Merkblatt „Was dürfen Personenbetreuerinnen und Personenbetreuer tun?“, herausgegeben vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK, 2021) gibt den inhaltlichen Arbeitsumfang und die Grenzen des Betreuungsverhältnisses für 24-Stunden-Betreuungskräfte wie folgt wieder:

1. Durchführung einfacher Betreuungstätigkeiten:

- *Haushaltsnahe Dienstleistungen, wie die Zubereitung von Mahlzeiten, Erledigungen von Einkäufen, Reinigungsarbeiten, Hausarbeiten und Botengänge, Gewährleistung eines gesunden Raumklimas, Betreuung von Pflanzen und Tieren, Wäsche waschen sowie ähnliche Tätigkeiten;*
- *Unterstützung bei der Lebensführung wie die Gestaltung des Tagesablaufs und Hilfe bei alltäglichen Aufgaben (bspw. Ankleiden und Unterstützung bei persönlicher Hygiene);*
- *Gesellschafterfunktion, welches das gemeinsame Zeitverbringen, Unterhaltung und Kommunikation, das Aufrechterhalten sozialer Kontakte und die Begleitung zu diversen Aktivitäten beinhaltet;*
- *Führung eines Haushaltsbuches mit Dokumentation von Ausgaben, die für die betreute Person getätigt werden mussten;*
- *Praktische Vorbereitung der betreuungsbedürftigen Person auf einen Ortswechsel, beispielsweise einen Urlaub oder einen vorübergehenden Krankenhausaufenthalt.*

2. Solange keine medizinischen bzw. pflegerischen Gründe dagegensprechen:

- *Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie der Einnahme von Medikamenten;*
- *Unterstützung bei der Körperpflege und Hilfestellung beim An- und Ausziehen;*
- *Unterstützung bei der Nutzung von Toilette oder Leibstuhl, einschließlich der Hilfe beim Wechsel von Inkontinenzprodukten;*
- *Unterstützung bzw. Hilfestellung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen sowie beim Transfer.*

3. Sofern bestimmte (einzelne) ärztliche oder pflegerische Tätigkeiten von einem Arzt bzw. einer diplomierten Pflegefachkraft übertragen worden sind:

- *Verabreichung von Medikamenten, wie zum Beispiel der Unterstützung bei der Einnahme von Tabletten;*
- *Anlegen und Wechseln von Bandagen und Verbänden;*
- *Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln;*
- *Blutabnahme zur Messung des Blutzuckerspiegels;*
- *Einfache Licht- und Wärmeanwendungen.*

Schwerpunkt in der Ausübung von Tätigkeiten der Betreuung liegen demnach in der Unterstützung bei der Lebensführung und haushaltsnahen Tätigkeiten. Nach Famira-Mühlberger (2017) wird mit der Delegation von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten der Wirkungs- und Tätigkeitsbereich der Betreuungskräfte ausgedehnt, welche in der Regel medizinischem Personal mit entsprechenden Qualifikationen vorbehalten sind. Einerseits fehlen Einfassung und Konkretisierung des weiten Spektrums an zu verrichtenden Tätigkeiten und andererseits kommt es zu Unklarheiten über die mit den Tätigkeiten verbundenen Pflichten seitens der Betreuungskräfte. Dies führt in gelebter Praxis zu einer Situation, wo davon ausgegangen werden kann, dass diese Diskrepanzen zu einer Vermischung der betreuenden und pflegerischen Tätigkeiten führt und die Pflichten weit über den arbeitsrechtlichen Rahmen hinausgehen.

2.2.3. Arbeitsmotive

Nach Bauer und Österle (2011) stellen ökonomische, arbeitsmarktpolitische, soziale und demografische sowie individuelle Arbeitsmotive die entscheidenden Beweggründe für eine Tätigkeit im 24-Stunden-Betreuungsbereich dar.

Finanzielle Motive spielen eine zentrale Rolle im Arbeitsmigrationsentschluss der Betreuungskräfte und sind in der Literatur als maßgebender Beweggrund oft vertreten. Eine hohe Arbeitslosenrate im Heimatland und damit verbundene finanzielle Engpässe werden oftmals von Betreuungskräften als Grund genannt, einer Betreuungsbeschäftigung in Österreich nachzugehen (Balounova, 2013 und Potzmann, 2009). Arbeitsmigrant*innen sehen in den höheren Verdienstmöglichkeiten die Chance, das erwirtschaftete Geld regelmäßig in die Heimat zurückzusenden. Diese Geldflüsse (auch remittances bzw. Rücküberweisungen) sind Teil der persönlichen Armutsbekämpfung und dienen der Sicherstellung von ökonomischen Grundbedürfnissen zurückgebliebener Familienmitglieder und/oder der finanziellen Unterstützung der Aus- und Weiterbildungen der eigenen Kinder (Six-Hohenbalken & Tomic, 2009).

Neben diesen ökonomischen und sozialen Argumenten werden zugleich auch intrinsische und persönliche Motive wie Weiterbildungsmöglichkeiten, die Erlernung bzw. Verbesserung der Sprachkenntnisse in der lokalen Landessprache, besserer Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem sowie stabile politische Verhältnisse genannt (Buchan, 2009). Ein weiterer Anreiz stellt die Arbeitszeitenregelung in Form von zwei- bis dreiwöchiger Turnusarbeit dar, die das Leben der Betreuungskräfte in wechselnde Phasen der Erwerbsarbeit und Nicht-Erwerbsarbeit teilen. Dadurch eröffnet sich eine Möglichkeit, das Familienleben im Heimatland mit einer Erwerbstätigkeit in Österreich zu vereinbaren (Balounova, 2013). Nach Fox (2014) ist es jedoch nur schwer einschätzbar, welchen Stellenwert genannte intrinsische Motivationen in der Wahl einer Betreuungsbeschäftigung in Österreich haben. Im Alltagsverständnis wird Fürsorgearbeit mit Zuneigung und emotionaler Verbundenheit verknüpft, frei von jedweden ökonomischen Interessen. Das Anbieten von Fürsorge gegen Bezahlung widerspricht dieser Logik. Es ist daher denkbar, dass rein monetäre Beweggründe mit weiteren intrinsischen Motiven verbunden worden sind, um moralisierenden Gegenreaktionen vorwegnehmen zu können.

2.3. Stress

1936 wurde der Begriff „Stress“ von Hans Selye, Begründer der modernen Stressforschung, erstmals in die Wissenschaft eingeführt. Stress wird als eine Reaktion des Organismus auf Ärgernisse, Anstrengungen und/oder einwirkende Belastungen definiert (Vester, 2008, as cited in Gölles, 2009). Als Stress wird der Zustand des Organismus verstanden, bei welchem durch eine innere oder äußere Bedrohung das Wohlbefinden als gefährdet wahrgenommen wird. In der Arbeitspsychologie wird zwischen Stressbelastung und Beanspruchung unterschieden (Reif et al., 2018).

Unter Stressbelastung versteht man, dass objektive Einflüsse und Reize von außen auf Person einwirken. Mögliche Faktoren, die Stress auslösen sind beispielsweise Lärm, Zeitdruck, hohe Verantwortung, Hitze oder ähnliches (Zimbardo, 1988). Beanspruchungen sind die subjektiven Folgen eines Einzelnen aufgrund von Belastung. Hier wirken belastende Bedingungen von außen auf die Betroffenen ein (Reif et al., 2018). Wenn die individuelle Einschätzung der Situation als möglicherweise schädigend oder bedrohlich für den Organismus eingestuft wird, kann Stress entstehen. Diese Form der Reaktion ist aus evolutionärer Sicht überlebenswichtig, damit durch die Aktivierung von Energiereserven auf Gefahren physisch reagiert werden kann. Walter Cannon (1915) beschreibt diese rasche und körperliche Anpassung als „Kampf- oder Fluchtreaktion“ (Aschenfeld, 2013).

Stress wird heutzutage vor allem als übergeordneter Begriff für negative Emotionen gebraucht. Es gibt kaum mehr einen Lebensbereich in der heutigen Gesellschaft, welcher nicht mit Stress assoziiert werden kann. Man spricht von Leistungs- oder Beziehungsstress, vom Stress am Arbeitsplatz und in Schulen. Sogar Urlaubs- und Freizeitaktivitäten werden mit Stress verknüpft (Gölles, 2009). Je nach Situation wirkt sich Stress auf einer kognitiven, emotionalen, körperlichen oder behavioralen (verhaltensbezogenen) Ebene auf unser physisches und psychisches Wohlbefinden aus (Bartholdt & Schütze, 2010).

2.3.1. Stressformen

Es gibt verschiedene Stressformen zwischen denen unterschieden werden kann. Um diese beurteilen zu können, werden unter anderem die Intensität, die Qualität, die zeitliche Ausdehnung und die Betroffenheit von Stress betrachtet. Zusätzlich ist es wichtig zu erkennen, ob Stresssituationen als vorhersehbar oder unvorhersehbar, als bekannt oder als neuartig erlebt werden. Inhaltlich kann von einem sozialen Stressor (z. B. Konflikte mit Arbeitskolleg*innen, Sorge um Kinder etc.), einem physikalischen Stressor (z. B. schlechte Beleuchtung, Lärmbelastung etc.), einem ökologischen Stressor (z. B. Schulden, finanzielle Sorgen etc.), einem beruflichen Stressor (z. B. Hektik, Über- oder Unterforderung etc.) oder einer Monotonie (monotone Arbeit, Reizüberflutung) unterschieden werden. In der transaktionalen Stresstheorie spielt die subjektive Bewertung der Stressoren und der verfügbaren Bewältigungsressourcen sowie ihre Bedeutung für die betreffende Person eine zentrale Rolle (Bodenmann & Gmelch, 2009).

2.3.2. Stressbewältigung (Coping)

Lazarus und Folkman (1984) verstehen unter Stressbewältigung (in Englisch Coping) einen regulativen Prozess, welcher infolge einer als persönlich stressrelevant eingeschätzten Situation ausgelöst wird. Dadurch werden Bewältigungsbemühungen aktiviert, welche Teil einer Bewertungs-Handlungs-Kette sind. Diese sind in die Gesamtdynamik des Stressprozesses integriert und erfüllen in der Transaktion zwischen Umweltgegebenheiten und Personenmerkmalen primär adaptive Funktionen. Je nach Situationsprofil können diese entweder in einer Veränderung der Umweltbedingungen (Akkommodation) oder in der eigenen Anpassung an den Stressor (Assimilation) liegen (Bodenmann & Gmelch, 2009). Laut Lazarus und Folkman (1984) wird jeder Bewältigungsversuch, unabhängig von seinem Erfolg, als Coping verstanden.

Perrez und Reicherts (1992) haben drei Bewältigungsformen vorgeschlagen:

- 1) Situationsbezogene Coping-Handlungen, die auf eine Beeinflussung der Elemente oder Situation abzielen (z. B. Passivität, aktive Einflussnahme)

- 2) Repräsentationsbezogene Copinghandlungen, die die subjektive Repräsentation objektiver Situationselemente verändern sollen (z. B. Ignorieren, Informationssuche)
- 3) Bewertungsbezogene Copinghandlungen, die die aktuellen Bewertungsmaßstäbe und Zielstrukturen zu verändern anstreben (z. B. Akzeptieren, Gefühlsberuhigung)

2.3.3. Gesundheitliche Folgen infolge von Stressbelastungen

In einer empirischen Studie die den Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten, Stresserleben und Persönlichkeit untersuchte, stellte Huber (2014) fest, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit und das aktuelle Wohlbefinden mit steigender Stressbelastung sinken. Dauer und Zunahme der Stressbelastung. Führen zu Veränderungen von Gesundheitsmustern. Um die negative Befindlichkeit besser zu regulieren, wird unkontrollierter und unregelmäßiger gegessen und auch der Konsum von Tabak und Alkohol steigt. Dadurch kommt es zu einer Abnahme der Widerstandsfähigkeit, zu körperlichen Beschwerden und zu vermehrten Schlafstörungen. In Tabelle 1 werden die kurz-, mittel- und langfristigen Folgen von Stress zusammengefasst dargestellt. Die verschiedenen Ebenen können ineinander übergehen.

Tabelle 1: Folgen von Stress (Bodenmann & Gmelch, 2009).

Ebene	Kurzfristige Folgen	Mittel- und langfristige Folgen
<i>Kognitiv- Emotional</i>	Anspannungen, Nervosität , Überempfindlichkeit, Unkonzentriertheit, Energie- und Interessenverlust, geringe Lern- und Erinnerungsfähigkeit, Gefühl der Unsicherheit und Überforderung	Hilflosigkeit, Erschöpfung , Entwicklung psychischer Störungen (psychosomatische Störungen, Depression, sexuelle Funktions- störungen, Schlafstörungen, Angst- zustände)
<i>Behavioral</i>	Gereiztheit, Aggressivität, Egozentriertheit, Konflikte/ Streitverhalten, erhöhter Nikotin-, Alkohol- und Medikamenten- konsum, schlechte sensomotorische Koordination	Mehr Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Soziale Isolation , Partnerschafts- konflikte (Trennung, Scheidung), soziale Unbeliebtheit

Physiologisch

Verspannungen (Schultern, Rücken, etc.), Übersäuerung des Magens, Verdauungsbeschwerden, erhöhte Herzfrequenz und Hormonausschüttung, Kopfschmerzen

Herz-Kreislauf-Störungen (Bluthochdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, etc.), Haltungsschäden, Migräne, Diabetes, Magengeschwüre

Die in der Tabelle fett hervorgehobenen Symptome, werden im Interview von den 24-Stunden-Betreuungskräften angeführt. Die stressreiche Arbeit kann das gesundheitsbezogene Verhalten jeder einzelnen Person beeinflussen. Für die 24-Stunden-Betreuungskräfte ist es wichtig, Stresssituationen bewusst wahrzunehmen, damit sie Symptomen entgegenwirken können.

2.3.4. Stressmodell

Jeder Mensch geht anders mit Stress um. Anhand des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus und Folkmann (1984) können die individuellen Auswirkungen, die die Stressoren beim Einzelnen hervorrufen, erklärt werden. Ob die Arbeit von der 24-Stunden-Betreuungskraft als negative oder positive Belastung erlebt wird, hängt in Anlehnung an Lazarus und Folkman (1984) von folgenden Faktoren bzw. der Zusammenhangskette ab: Wahrnehmung -> Bewertung -> Ressourcencheck. Wie eine Belastung persönlich wahrgenommen wird, hängt von der Bewertung der Person ab (= primäre Bewertung). Eine Stressreaktion tritt nur dann auf, wenn der Reiz als bedeutsam, herausfordernd oder bedrohlich wahrgenommen wird (Steinbach, 2017). Laut Lazarus und Folkman (1984) existiert Stress nicht im „Ereignis“, sondern ist vielmehr ein Ergebnis der Bewertung des stresserzeugenden Ereignisses. Sie behaupten, dass der primäre Vermittler der Transaktion der persönlichen Umgebung die Bewertung sei. Stress an sich ist nicht wichtig, aber die Bedeutung, die wir der Stresssituation geben, bestimmt die Intensität des Stresses. Positive Denker*innen werden die Stresssituation im Vergleich zu negativen Denker*innen als weniger bedrohlich einschätzen und effektiver bewältigen (Naseem & Khalid, 2010).

In der nachfolgenden sekundären Einschätzung werden die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen eingeschätzt, um die Wahrscheinlichkeit für die erfolgreiche Bewältigung einer Situation abzuwägen. Die negativen Emotionen bleiben dann aus, wenn die vorhandenen Ressourcen ausreichen und die Bewältigung der

Anforderungen als hoch eingeschätzt wird. Reichen die eigenen Ressourcen jedoch nicht aus, um eine bedrohliche Situation zu meistern, kann Stress entstehen (Michel et al., 2011). Im positiven Fall führen die vorhandenen Strategien zur Bewältigung der Situation und zu einer Wiederherstellung des körperlichen und seelischen Gleichgewichts bzw. der Gesundheit (Steinbach, 2017). Im negativen Fall können die Symptome, welche in Kapitel 2.3.3 beschrieben werden, infolge von dauerhaftem Stress auftreten. Das dargestellte Szenario in Abbildung 1 soll den möglichen Verlauf einer primären und sekundären Bewertung in einer Betreuungssituation gemäß den Stressmodell von Lazarus veranschaulichen:

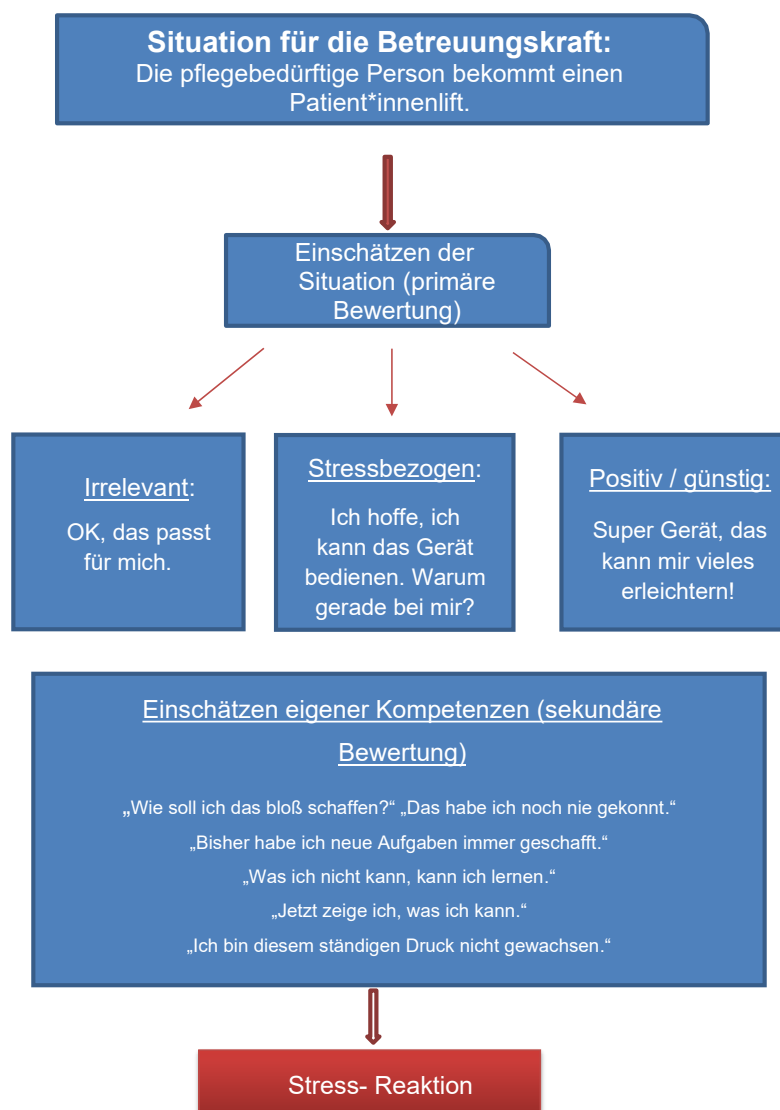


Abbildung 1: Primäre und sekundäre Stressbewertung nach Lazarus et al. (1984) mit eigenem Beispiel

2.3.5. Salutogenese

Die 24-Stunden-Betreuungskräfte benötigen für den Umgang mit kritischen Lebensereignissen, Dauerbelastungen oder Alltagsärgernissen geeignete Coping-Strategien. Ein bewährtes Coping-Modell ist der Ansatz von Aaron Antonovsky (1979). Aaron Antonovsky, der Vater der Salutogenese, konzentrierte sich in seiner Forschung auf die Gründe für Genesung und die Erhaltung der Gesundheit. Es interessierte ihn vorwiegend, wie es Menschen vor allem bei schwerwiegenden Stressoren gelingt, ihre Gesundheit zu erhalten (Schnell, 2016). Individuen, die ein starkes Kohärenzgefühl besitzen, sind besser in der Lage, generalisierte Widerstandsressourcen zur Bewältigung von stressigen Situationen für sich zu nutzen. Dies ermöglicht ihnen, sich eher in Richtung Gesundheit auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit zu bewegen (Steinbach, 2017). Das Konzept der Salutogenese kann der Abbildung 2 entnommen werden.

Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls sind:

- 1) Verstehbarkeit (die Fähigkeit, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen);
- 2) Handhabbarkeit (die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können);
- 3) und Sinnhaftigkeit (der Glaube an den Sinn des Lebens).

Ein starkes Kohärenzgefühl hilft außerdem, Ressourcen zu aktivieren, um Spannungen und Stressoren erfolgreich zu bewältigen (Mittelmak et al., 2017).

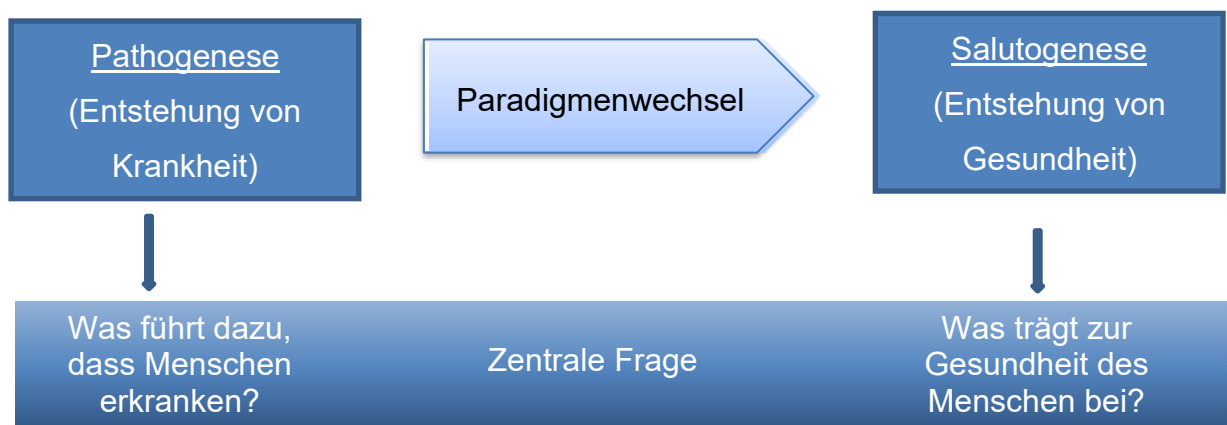


Abbildung 2: Das Konzept der Salutogenese, Steinbach, 2017

3. Methode

3.1. Erhebungsmethode

Zur Erhebung der Daten wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt und die Durchführung erfolgte mittels problemzentrierten Interviews nach Andreas Witzel (1982). Die Befragung wurde als offene, halbstrukturierte Methode durchgeführt. Den Befragten wurde ermöglicht, ihre Ansichten und Meinungen frei zu äußern, wobei sie bei Bedarf auf bestimmte Aspekte oder Problemstellungen zurückgeführt wurde. Mittels eines flexiblen Interviewleitfadens wurden von der Forscherin all jene Aspekte des Problems behandelt, welche sie als relevant befand (Kurz et al., 2009).

Andreas Witzel (1982) nennt für das problemzentrierte Interview drei vorrangige Prinzipien: die Problemzentrierung, die Gegenstandsorientierung und die Prozessorientierung.

Bei der Problemzentrierung soll an die gesellschaftliche Problemstellung angeknüpft werden, deren objektive Aspekte jedoch vor der Interviewphase beendet sein sollte. Die Ausrichtung des Verfahrens auf den Gegenstand besagt, dass es nicht ausreicht, vorgefertigte Instrumente zu übernehmen. Stattdessen sollte es spezifisch auf den zu untersuchenden Gegenstand zugeschnitten sein. Die Prozessorientierung zielt darauf ab, eine flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes zu ermöglichen, indem Daten schrittweise geprüft und gewonnen werden. Jedoch entwickelt sich die Beschaffenheit und der Zusammenhang der einzelnen Elemente erst schrittweise (Witzel, 1982, as cited in Mayring, 2016). Für die qualitative Interviewführung ist noch ein weiteres Merkmal, die Offenheit, von großer Bedeutung, damit die Interviewten frei und ohne vorgegebenen Antwortalternativen antworten kann (Kohli, 1979, as cited in Mayring, 2016). Durch diese Merkmale baut man als Interviewer*in eine stärkere Vertrauensbeziehung auf, indem der*die Befragte sich ernst genommen fühlt, um ein ehrliches, offenes und reflektiertes Interview führen zu können.

Der problemzentrierte Leitfaden wurde im Vorfeld entwickelt und bei einem Pre-Test erprobt und angepasst. Das Probeinterview diente auch als Schulung für die Interviewerin. Das Interview selbst bestand aus drei Teilen. Zum Einstieg wurden *Sondierungsfragen* verwendet, welche allgemein gehalten waren, um herauszufinden welche Bedeutung das Thema für den*die Befragte*n überhaupt hat. Die

Leitfadenfragen halten die wichtigsten Fragestellungen im Interviewleitfaden fest. Für Fragen, die nicht im Leitfaden stehen, die jedoch für die Erhaltung des Gesprächsfadens und für die Themenstellung wichtig sind, wurden spontan Ad-hoc-Fragen der Interviewerin formuliert (Mayring, 2016).

3.2. Sample

Mit der vorliegenden Studie sollte herausgefunden werden, welche persönlichen Coping-Strategien von den 24-Stunden-Betreuungskräften zur Anwendung kommen, um ihre psychische und physische Gesundheit aufrechterhalten zu können. Der Fokus wurde hierbei auf jene Betreuungskräfte gelegt, die rund um die Uhr Patient*innen betreuen. Die Rekrutierung erfolgte durch die Forscherin und richtete sich sowohl an Betreuungskräfte, die selbstständig ihre Dienste in Österreich anbieten, als auch an jene, welche über eine Agentur vermittelt werden. Es wurden acht Interviewpartner*innen für die Forschungsarbeit gesucht, die mindestens 14 Tage in einem Haushalt die Betreuung übernehmen. Die Teilnehmer*innen mussten kognitiv und sprachlich den Inhalt der Forschungsarbeit verstehen und schriftlich zur Teilnahme einwilligen. An dieser Stelle wird ergänzend darauf hingewiesen, dass die meisten in Österreich tätigen Betreuungskräfte eine andere Sprache als Deutsch als Erstsprache sprechen. Die infolge damit verbundener Sprachlücken beziehungsweise Sprachbarrieren wurden die Interviewfragen an das Sprachniveau der Betreuungskräfte angepasst und der Interviewleitfaden vorab an die Interviewteilnehmer*innen zur Durchsicht übermittelt. Mögliche Unklarheiten konnten so im Vorfeld weitestgehend beseitigt werden. Den Interviewpartner*innen ist während des Gespräches genügend Zeit gegeben worden, um die Fragen ausführlich beantworten zu können. Nonverbale Kommunikation, Bildmaterial und digitale Übersetzungshilfen sind als zusätzliche Hilfsmittel eingesetzt worden, um mögliche Sprachbarrieren zu überwinden.

Der Feldzugang ergab sich durch den privaten Zugang zu dem Thema. Da die Großmutter der Forscherin selbst eine 24-Stunden-Betreuungskraft benötigt, hatte die Forscherin die Möglichkeit, mehrere Betreuer*innen zu einer Befragung motivieren zu können. Weiteres gab es im engeren Verwandtenkreis 24-Stunden-Betreuungskräfte, die durch eine Agentur vermittelt wurden und ebenfalls befragt werden konnten.

3.3. Ethische Aspekte

Die im Belmont Report veröffentlichten Kodizes aus 1979 erfordern die nachfolgend beschriebene Vorgehensweise:

- 1) die umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmer*innen;
- 2) der Schutz jeder Person vor möglichen physischen und psychischen Schäden;
- 3) die Anonymität und der Datenschutz.

Es geht dabei um die Autonomie und Achtung der Menschenwürde, die Forschung darf keinen Schaden zufügen und die Auswahl der Teilnehmer*innen soll nicht nach Belieben, sondern frei von Sprache, Geschlecht, Ethnizität, sozialem Status usw. erfolgen (Mayer, 2019).

Die Interviewpartner*innen sind 24-Stunden-Betreuungskräfte, die bei dem*der Patient*in zuhause arbeiten. Von insgesamt acht Interviews haben sechs Interviews am jeweiligen Wohnort der Patient*innen und zwei online stattgefunden. Um ein möglichst störfreies Interview führen zu können, wurde vorab ein passendes Zeitfenster mit der Betreuungskraft definiert.

Mit der Teilnahme an dieser Studie war kein Risiko verbunden und die Teilnahme beruhte auf Freiwilligkeit, welche jederzeit widerrufen werden konnte. Ein frühzeitiger Ausstieg aus der Studie war für die Teilnehmerinnen mit keinen negativen Konsequenzen verbunden. Im Vorfeld wurden die Teilnehmerinnen umfassend über das Forschungsvorhaben informiert und aufgeklärt. Es ist eine schriftliche Einverständniserklärung („Informed consent“) eingeholt worden. Dabei wurde auch darauf eingegangen, wie mit den Daten umgegangen wird und dass aufgrund des Anonymisierungsverfahrens eine Rückverfolgung zur 24-Stunden-Betreuungskraft nicht möglich ist. Die Teilnahme hatte keinen Einfluss auf das Arbeitsverhältnis der 24-Stunden-Betreuung. Die Daten wurden im Zuge der Auswertung pseudoanonymisiert, somit war kein Rückschluss auf die befragte Person möglich.

3.4. Erhebungszeitraum

Die Interviews wurden zwischen Jänner und Februar 2022 geführt. Sechs Interviews wurden persönlich direkt am Arbeitsplatz der 24-Stunden-Betreuungskräfte geführt, zwei Gespräche wurden online via Zoom abgehalten.

3.5. Erhebungsablauf

Nach Freigabe des Exposés durch die Universität Wien, Studiengang Pflegewissenschaft, wurde mit der Durchführung der Interviews begonnen. Die im Vorfeld ausgewählten 24-Stunden-Betreuungskräfte wurden kontaktiert und es wurde ein gemeinsamer Termin ausgemacht, der sowohl für die Betreuungskraft als auch für die Patient*innen passend war. Zu Beginn des Interviewtermins wurde ein auflockerndes Gespräch mit der Betreuungskraft geführt, um diese kennenzulernen und ihr Vertrauen zu gewinnen. Die Forscherin hat sich zusätzlich ein Bild von ihrem sprachlichen Niveau gemacht. In Abhängigkeit des Sprachniveaus der Betreuungskraft wurde der Interviewleitfaden im Vorfeld durch die Forscherin im Detail erörtert. Den jeweiligen Interviewpartner*innen wurde ein grober Überblick über die Fragestellungen gegeben. Je nach Bedarf wurden die Formulierungen der Fragen an das Sprachverständnis angepasst. Bevor mit dem Interview gestartet wurde, sind die Interviewteilnehmerinnen ersucht worden, den „Informed consent“ zu unterschreiben. Einerseits, um ihre Einwilligung zu bestätigen und andererseits, um das Personendeckblatt zu ergänzen und so zur Erhebung ihrer soziodemografischen Daten beitragen zu können.

3.6. Erhebungsinhalte

3.6.1. Personendatenblatt

Das Personendeckblatt beinhaltet Fragen zu den soziodemografischen Merkmalen der interviewten Person. Es wurden das Geschlecht, die Herkunft, das Alter, der Familienstand und die Anzahl der Kinder erfragt. Weiteres wurde erhoben, ob die Person raucht, wie lange sie bereits in Österreich als Betreuungskraft arbeitet und wie lange sie bei dem*der Patient*in bereits tätig ist.

3.6.2. Interviewleitfaden

Im Interview wurden Informationen zur Arbeitstätigkeit, zu den Arbeitsabläufen, zur Arbeitsumgebung, zum sozialen Umfeld sowie zu den individuellen Umsetzungsstrategien in der Pflege der Betreuungskräfte erhoben.

Die Fragen im Interview bezogen sich auf die Ressourcen im Umgang mit Belastungen. Unter anderem wurde erhoben, in welcher Form sich die genannten Arbeitsausführungen auf die physische und psychische Gesundheit der Betreuungskräfte auswirken, wie mit schwierigen Problemen umgegangen wird und welche Lösungsstrategien angewendet werden. Der Fokus lag auf den individuellen Ressourcen und Coping-Strategien, die sowohl adaptiv als auch maladaptiv sein können.

Die Forschende versuchte einen Gesprächsrahmen zu schaffen, in welchem das Erzählen möglichst leichtfällt. Unterstützende, wertschätzende und akzeptierende Kommunikationssignale der Interviewerin haben den Betreuungskräften Präsenz und Aufmerksamkeit zu verstehen gegeben. Um sprachliche Barrieren zu überwinden und die Sprechmotivation als auch den Erzählstimulus im Interview zu steigern, wurde das Interview teilweise mit bildlichem Material als Hilfsmittel ergänzt. Konkret bedeutet dies, dass den 24-Stunden-Betreuungskräften im ersten Interviewteil, in welchem das Ausmaß des Stresserlebens in ihrer Tätigkeit erfragt wurde, fünf verschiedene Bilder von bestimmten Pflegesituationen gezeigt worden sind. Beispielhaft wurden Bilder folgender Situationen vorgelegt: Nahrung verabreichen, Angehörigengespräche, Körperpflege, Sturz und Lagerung.

Durch die Bilder sollten die Interviewten sich an eine Routineaufgabe, eine herausfordernde Tätigkeit und an eine Ausnahme-Situation erinnern und beschreiben, wie sie damit umgegangen sind. Das passende Bildmaterial, in Form von Symbolbildern wurde dem Buch „Pflege Heute“ (2019) entnommen. In den meisten Interviews wurde diese Hilfestellung nicht in Anspruch genommen, da die Betreuungskräfte selbst im Redefluss ihre eigenen Erfahrungen erzählt haben und keine zusätzliche Unterstützung erforderlich war. Bei einer Interviewteilnehmerin, der es schwerer gefallen ist auf Deutsch die richtigen Wörter zu finden, haben die Bilder Anstoß für einen guten Redefluss gegeben, um das Interview weiterführen zu können.

3.6.3. Datenauswertung

Im Anschluss an die Durchführung der Interviews, welche im Einverständnis der Teilnehmenden mittels Smartphones aufgenommen worden sind, wurden die Daten zur weiteren Auswertung schriftlich transkribiert. Die Transkription und Auswertung der erhobenen Daten erfolgte unter Anwendung der Software MAXQUDA®. Die Transkription erfolgte mit einer einfachen Zeilenschreibweise, bei der Interviewfrage und Antwort sich abwechseln. Das Transkript wurde aufgrund der unterschiedlichen Deutschkenntnisse der Interviewpartnerinnen „geglättet“, um den Lesefluss zu vereinfachen. Die Forscherin arbeitete mit den Transkriptionsregeln von Kallmeyer und Schütze (1976, as cited in Mayring, 2016). Durch dieses Transkriptionssystem können durch Sonderzeichen Auffälligkeiten der Sprache wie zum Beispiel: Lachen, Betonung, Pausen, Sprechweisen gut vermerkt werden. Nonverbale Ausdrücke gehen dadurch nicht verloren. Abgebrochene Wörter wurden ignoriert und nicht identifizierbare Wörter wurden mit (unverständlich) vermerkt. Für die Darstellung der Ankerbeispiele im Ergebnisteil erfolgte die Zitation durch Nummerierung, Alter und Zeilennummer (I2, 52, 2-4). Die aus dem Interview gewonnenen Daten wurden anschließend kodiert und in Kategorien zusammengefasst.

Für die Analyse der Interviewtexte ist die Methode der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006) verwendet worden. Diese Methode orientiert sich an den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Die thematische Analyse nach Braun und Clarke (2006) ermöglicht es die Daten induktiv zu analysieren und gibt ein Schema vor, das den Analyseprozess lenkt. Die Analyse ist jedoch kein linearer, sondern ein rekursiver Prozess, bei dem man sich während der Phasen nach Bedarf hin und her bewegen kann. Ebenso ist es ein Prozess, welcher sich im Laufe der Zeit entwickelt und nicht überstürzt werden sollte. Die folgenden Punkte beschreiben den Prozessablauf:

- 1) sich mit den Interviewtexten durch mehrmaliges Durchlesen vertraut machen, um erste Schlüsselstellen erkennen zu können;
- 2) die ersten Codes werden aus den Daten erzeugt;
- 3) Codes werden in verschiedene, potenzielle Themen sortiert und Überbegriffe zugeordnet. Es wird die Beziehung zwischen Codes, zwischen Themen und zwischen den verschiedenen Ebenen von Themen durch einen internen

Denkprozess hergestellt.

- 4) Verfeinerung der Themen: Überprüfung der codierten Datenextrakte, wiederholtes Durchlesen der Interviewtexte, um die Übereinstimmung der Codes mit den jeweiligen Themen zu überprüfen;
- 5) definieren und verfeinern der Themen und Analyse der darin enthaltenen Daten;
- 6) abschließende Analyse und Beschreibung der Ergebnisse mit anschaulichen Beispielen oder Auszügen;

3.6.4. Gütekriterien

Die Forscherin orientierte sich für die Absicherung im Zuge des Analyseprozesses an den sechs Gütekriterien nach Mayring (2016).

Das erste Gütekriterium bezieht sich auf die *Verfahrensdokumentation*. Eine detaillierte Dokumentation des Forschungsprozesses ist notwendig, damit der Prozess für andere Forscher*innen gut nachvollziehbar ist (Mayring, 2016). Das im Zuge der Studie aufbereitete Methodenkapitel und die darin beschriebene Umsetzung kann als dieses Gütekriterium gewertet werden.

Als nächstes Gütekriterium wird die *Argumentative Interpretationsabsicherung* angeführt. In qualitativ orientierten Ansätzen nimmt die Interpretation eine wichtige Rolle ein (Mayring, 2016). Daher müssen Interpretationen argumentativ begründet werden, welche im Ergebnisteil gemeinsam mit der Methode dieser Studie dargestellt wird.

Als ein weiteres Gütekriterium wird von Mayring (2016) die *Regelgeleitetheit* beschrieben. Die qualitative Forschung soll einerseits offen und flexibel sein, jedoch muss auch diese sich an bestimmte Verfahrensregeln halten. Diese Studie orientiert sich an der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006). Das regelgeleitete Vorgehen wird im Methodenkapitel beschrieben und die Umsetzung davon kann im Ergebnisteil nachgelesen werden.

Im vierten Gütekriterium wird die *Nähe zum Gegenstand* erläutert. In der qualitativen Forschung ist die Gegenstandsangemessenheit von großer Bedeutung, indem die Forschenden in die Alltagswelt der Forschungssubjekte eintreten und somit ein

Abbild ihrer natürlichen Lebenswelt erhalten (Mayring, 2016). Im Zuge der Einzelinterviews wurde darauf geachtet, eine echte und möglichst entspannte Gesprächssituation zu ermöglichen. Sechs Interviews konnten persönlich am Arbeitsplatz der 24-Stunden-Betreuungskraft stattfinden und zwei wurden online abgehalten. Da die Forschende selbst im Gesundheitsberuf arbeitet und durch ihre Großmutter viel mit 24-Stunden-Betreuungskräften zu tun hatte, beziehungsweise deren Situation kennt, wurde die Nähe zum Gegenstand vorteilhaft beeinflusst.

Im nächsten Gütekriterium der *Kommunikativen Validierung* wird thematisiert, dass die erhobenen Ergebnisse nochmals an die Teilnehmenden gesendet werden. Es wird ihnen die Möglichkeit gegeben diese zu evaluieren und anzugeben, ob sie sich damit identifizieren können (Mayring, 2016). In dieser Studie wurden die Transkripte jenen Interviewpartner*innen per E-Mail zugesandt, welche es wollten. Somit hatten sie nochmals die Möglichkeit, innerhalb eines bestimmten Zeitfensters ein Veto einzulegen oder etwas klarzustellen. Mit der Forscherin nahm während des genannten Zeitfensters keine der Teilnehmenden Kontakt auf. Weiters werden die Ergebnisse mit Zitaten der Interviewten beschrieben und bestätigt.

Als letztes Gütekriterium zeigt Mayring (2016) die Triangulation auf. Das Datenmaterial soll aus mehreren Perspektiven hinterfragt werden. Ziel der Triangulation ist es, für die Fragestellung verschiedene Lösungsansätze zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen. Gemeinsam mit einer Studienkollegin, die die Sichtweise der Angehörigen in der Zusammenarbeit mit der 24-Stunden-Betreuung in ihrer Masterarbeit behandelt, wurden die Arbeiten gegengelesen, um Zusammenhänge herauszufinden. Die Studie wurde gemeinsam in mehreren Beratungs- und Feedbackgesprächen von der betreuenden Lehrperson kritisch reflektiert und diskutiert. Dieses Feedback wurde in die Forschungsergebnisse eingearbeitet.

4. Ergebnisse

4.1. Daten zu den befragten Betreuungskräften

An der Forschungsarbeit nahmen insgesamt acht Personen, allesamt weiblich, teil. Die befragten Personen stammen aus drei verschiedenen Ländern, eine aus Ungarn, zwei aus der Slowakei und fünf aus Rumänien. Die teilnehmenden 24-Stunden-Betreuungskräfte waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 29 und 67 Jahren alt. Davon waren fünf Personen zwischen 50 und 67 Jahre und drei Personen zwischen 29 und 42 Jahre alt. Von den acht befragten Personen sind drei geschieden, eine ist verheiratet und zwei Personen sind bereits verwitwet. Eine Betreuungskraft ist ledig und die jüngste Befragte ist in einer Beziehung. Alle, bis auf die jüngste Interviewte, haben Kinder, drei der acht Betreuungskräfte sind Nichtraucherinnen. Die Befragten waren für eine Zeitspanne zwischen sechs Monaten und 16 Jahren als Betreuungskraft in Österreich tätig. Zwei der befragten Personen waren zum Zeitpunkt des Interviews erstmalig bei einem*r Patient*in tätig, die restlichen Personen betreuten schon mehrere Patient*innen. Die längste Betreuungsarbeit dauerte 11 Jahre und die kürzeste sechs Monate.

	<i>Nationalität</i>	<i>Alter</i>	<i>Geschl.- Best.</i>	<i>Familien- stand</i>	<i>Anzahl Kinder</i>	<i>RaucherIn/ NichtraucherIn</i>	<i>Beim Patienten tätig</i>	<i>Tätig in Ö</i>
12	Ungarn	58	W	geschieden	2	Raucherin	3 ½ Jahre	10 Jahre
13	Slowakei	67	W	verwitwet	3	Raucherin	2 Jahre	16 Jahre
14	Rumänien	34	W	verheiratet	1	Nichtraucherin	7 Monate	2 Jahre
15	Rumänien	56	W	geschieden	1	Raucherin	1 ½ Jahre	8 Jahre
16	Rumänien	50	W	geschieden	2	Raucherin	7 Jahre	11 Jahre
17	Slowakei	42	W	ledig	1	Raucherin	11 Jahre	11 Jahre
18	Rumänien	29	W	in einer Beziehung	Keine	Nichtraucherin	10 Monate	10 Monate
110	Rumänien	67	W	verwitwet	1	Nichtraucherin	6 Monate	5 Jahre

Tabelle 2: Übersichtstabelle zu den befragten Betreuungskräften

Zum Zeitpunkt der Befragung waren vier Personen nicht mehr als 24-Stunden-Betreuungskraft tätig. Diese arbeiten momentan in einer anderen Berufssparte, sind bereits in Pension oder gehen einer organisatorischen und administrativen Tätigkeit für einen Verein der 24-Stunden-Betreuungskräfte nach.

Es wurden zwei Personen interviewt, die in einer Agentur angestellt sind und sechs Personen, die als selbstständige Personenbetreuerinnen tätig sind.

Die Aussagen der interviewten 24-Stunden-Betreuungskräfte beziehen sich auf deren Erfahrungen, die sie während ihrer gesamten Einsatzzeit in Österreich machten. Zum Zeitpunkt der Interviews befanden sich alle 24-Stunden-Betreuungskräfte in einem zufriedenstellenden Umfeld. Die Aussagen wurden nach Themenbereichen wie physischen und psychischen Belastungen, eingesetzten Ressourcen und Bewältigungsstrategien aufgegliedert.

In der nachstehenden Tabelle sind fünf Überbegriffe mit den jeweiligen Unterpunkten definiert, die sich aus den qualitativen Interviews als Ergebnisse herauskristallisierten. Anhand der Aussagen werden den 24-Stunden-Betreuungskräften primäre Bewertungen ihrer Anforderungen zugeschrieben, die sich in Anlehnung an das Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) ergeben. In weiterer Folge werden mögliche Stressreaktionen diskutiert. Im Diskussionsteil wird zwischen positiven, bewältigbaren Faktoren und Faktoren, die eine Überbelastung darstellen, differenziert.

Rahmen- bedingungen	Psychische Belastungen	Physische Belastungen	Ressourcen	Bewältigungs- strategien
Einschulung; Ausbildung; Ausstattung	Kennenlernphase einer*s neuen Patient*in	Erhöhter Blutdruck; Kreuzschmerzen	Beweggründe und Motivation für die Berufsauswahl	Routinearbeit
Tätigkeitsprofil	Doppeltbelastung in Beruf und Familie		Kommunikations- formen und Sprachkenntnisse	Betreuungs- wechsel
Anforderung seitens der Betreuungskraft	Veränderung des Gesundheits- zustandes der Patient*innen		Positives Arbeitsverhältnis zu den Angehörigen	Erholungs- bzw. Regenerations- phasen
Fehlende Unterstützungs- angebote	Körperpflege und Ekel		Erleichterung des Aufenthaltes	Abgrenzung
Luxusprodukt zum Billigpreis	Verpflichtung zur ständigen Präsenz			Emotionen regulieren – Konflikte vermeiden
				Die richtige Medikamenten- dosierung
				Freizeit- beschäftigungen und Hobbys zur Verbesserung des Wohlbefindens
				Eigene Grenzen kennen
				Jobwechsel

Tabelle3: Eigene Übersichtstabelle zu den Ergebnissen

4.2. Rahmenbedingungen

In den Interviews werden Rahmenbedingungen angeführt, die einen Einfluss darauf haben, wie sehr die Arbeit als Belastung empfunden wird beziehungsweise wie gut die Arbeit zu bewältigen ist.

Dazu zählen insbesondere die gesetzlichen Vorschriften, die Vertragsgrundlagen, die eigene Kompetenz, aber auch die Qualität der Einschulung, die Ausstattung vor Ort sowie die Möglichkeit des professionellen Austauschs.

Einschulung/Ausbildung/Ausstattung

Der Start in einer neuen Familie ist immer eine Herausforderung für beide Seiten. Die Einschulung der Betreuungskraft wird entweder von den jeweiligen Agenturen oder von den vorherigen Kolleg*innen übernommen. Die Betreuungskräfte selbst profitieren dabei von ihren Ausbildungen im Pflegebereich. Teilweise müssen die Betreuungskräfte zusätzlich, um die Arbeit in Österreich praktizieren zu dürfen, einen Erste-Hilfe-Kurs oder Pflegekurse besuchen.

*„... und sie war sehr gute Pflegerin, sehr gute Kollegin und hat mir alles gezeigt.“
(I3, 67, 52)*

Der Arbeitsplatz muss über eine gewisse Ausstattung verfügen, damit die Betreuungskräfte ihre Arbeit ausführen können. Mithilfe der Betreuungskraft wird zu Beginn die Wohnung oder das Haus so eingerichtet, dass diese ihre Arbeit physiologisch gut verrichten kann. Die Betreuungskraft braucht ein eigenes Bett und im besten Fall ein eigenes Zimmer. Die Patient*innen brauchen zum Beispiel ein höhenverstellbares Patient*innenbett. Weitere Hilfsmittel und Pflegeprodukte müssen, abgestimmt auf die Bedürfnisse der Patient*innen, organisiert beziehungsweise besorgt werden.

„Ja also bei dieser Firma wo ich war und ich habe auch einen Ersten-Hilfe-Kurs und auch einen Pflegekurs gemacht und da hab ich quasi diese Einschulung bekommen. Am Anfang ist bei dem Patienten ein Hilfswerk gekommen eine Organisation oder so, und die haben mir gezeigt, wie ich das machen muss. Oder was ich alles machen muss, Verbandswechsel oder so und dann sind sie nicht mehr gekommen. Die Familie hat es abbestellt und dadurch habe ich diese Tätigkeit diese Aufgabe übernehmen müssen.“ (I10, 67, 22)

„... dann merk ich gleich, wenn ich als erste Betreuerin zur Familie komme, dann ist oft kein Pflegebett da, keine Hilfsmittel da, die Wohnung ist nicht für die Betreuung vorbereitet, also man muss ausmisten oftmals wenn die Betreuerin kein richtiges Bett sondern ein klappbare Couch die 30 Jahre alt ist mit Alte Matratze, dann man muss alle Sachen organisieren und liefern lassen. Viele wollen gar nicht das man Pflegebett dahingibt, weil die Mama hat ja immer das Ehebett gehabt und ich kann das ja jetzt nicht wegmachen weil sie vermisst den Papa, aber die Betreuerin kann die Dame nicht von so einem niedrigen Bett hochziehen. Du kannst das schon einen Tag, zwei Tage, aber dann muss ich ja diese Betreuer austauschen.“ (I7, 42, 126)

Tätigkeitsprofil

Das Gesetz gibt einen Rahmen vor, welche Tätigkeit von der Betreuungskraft durchgeführt werden darf. Dabei gibt es jedoch einen großen Spielraum bei der Interpretation und der individuellen Auslegung. Durch die Interviews zeigt sich, dass die Betreuungskräfte weitaus mehr Tätigkeiten übernehmen, als in den jeweiligen Betreuungsvereinbarungen festgehalten worden ist, wie zum Beispiel das Putzen der Fenster. Nach Aussagen der Interviewten sollten auch Aufgaben wie, die Gartenarbeit oder die Pflege eines Haustieres von den Betreuungskräften übernommen werden sollten.

„... und Blumen, wenn sie da sind und so aber einige erwarten viel zu viel und dann natürlich geht das nicht. Weil das ist eine Grundsache was gemacht gehört, sagt man so das man sauber ist für die Patienten und für sich selber, aber das große Putzen mache ich nicht, gut wir dürfen sowieso nicht Fenster und Vitrinen putzen, aber einige machen das.“ (I5, 56, 98)

„... jemand hat großen Garten und gesagt: „Du musst machen.“ Und ich: „Sicher nicht, du musst Gärtnerei zahlen. Das gehört nicht zu meinen Aufgaben.“ Beispiel die Hühner und Haustiere, Katze, Hund.“ (I2, 58, 374)

Es werden zusätzliche Aufgabengebiete wie zum Beispiel die Wundversorgung bei einem Dekubitus von den Betreuungskräften übernommen. Das Wissen wird durch die täglichen Besuche des professionellen Wundmanagers angelernt und damit kann in weiterer Folge die Versorgung durch die Betreuungskraft übernommen

werden, was wiederum eine finanzielle Erleichterung für die Patient*innen bewirkt. Die Betreuungskräfte unterstützen die Patient*innen ganz individuell, wo sie gebraucht werden. Dadurch müssen sie sich jeweils an die Situationen anpassen, selbst erst hineinwachsen und sich die jeweiligen Kompetenzen anlernen.

Seitens der Betreuungskräfte entsteht eine Überforderung, wenn medizinische oder pflegerische Maßnahmen, welche über das vereinbarte Tätigkeitsprofil hinausgehen, ohne ärztliche Delegation erforderlich sind bzw. seitens Angehöriger eingefordert werden. Die dadurch entstehenden Konflikte und Spannungen wirken psychisch belastend.

„... ja alles ist Wund, ich verbinde alles und mache alles... Maniküre ich mache alles. Pediküre nicht, weil das muss Spezialist kommen weil alle Zehe haben Pilz und so gewachsen und das mache ich nicht.“ (12, 58, 56)

Anforderungen seitens der Betreuungskraft

Um die Arbeit gut verrichten zu können und den langen Aufenthalt bei den Patient*innen gut zu überbrücken, haben auch Betreuungskräfte Anforderungen an die Kund*innen. Zu den Mindestanforderungen gehören ein eigenes Zimmer, ein Fernseher und Internetzugang. Als Belastung wird erlebt, wenn es aufgrund des fehlenden Internetzuganges nicht möglich ist, täglich mit der Familie zuhause im Heimatland in Kontakt treten zu können (z. B. (Video)telefonieren).

Ältere Betreuungskräfte haben mit den neuen Technologien zu kämpfen. Zum Beispiel, wenn in der Wohnung der Patient*innen kein Festnetzanschluss zur Verfügung steht, um die Familie zuhause anzurufen. Eine Betreuungskraft musste sich dafür extra ein Mobiltelefon besorgen und lernen, damit umzugehen.

Betreuungskräfte verbringen 24 Stunden bei den Patient*innen und das oft über mehrere Monate, da ist eine gewisse Privatsphäre Luxus. Andererseits haben die zu Betreuenden oftmals nicht die nötigen finanziellen Mittel und Ressourcen dafür und können daher die gewünschten Anforderungen nicht immer erfüllen.

„Ja ich finde Fernsehen und eigenes Zimmer gehören dazu, das ist meiner Meinung nach eine Pflicht sollte sein, Internet mittlerweile, auch weil alle kommunizieren gerne zuhause über WLAN und meiner Meinung nach sollte schon auch vorhanden sein.“ (15, 56, 120)

Fehlende Unterstützungsangebote

In den Interviews wird kritisiert, dass es keine Unterstützungsangebote für die 24-Stunden-Betreuungskräfte gibt. Gerade in diesem Beruf besteht ein erhöhtes Burnout-Risiko und Angebote wie Supervision oder Ähnliches fehlen. Des Weiteren bekommen die Betreuungskräfte wenig bis keine fachliche Unterstützung bei der Betreuung der Patient*innen. Vor allem die Anfangsphase von an Demenz erkrankten Patient*innen ist für die Betreuungskräfte sehr belastend und sie fühlen sich hier alleingelassen. Die Patient*innen bekommen erst nach dem Auftreten einschlägiger Symptome von ihrem Arzt Medikamente verschrieben, jedoch dauert es eine lange Zeit, bis diese richtig eingestellt sind und wirken. Währenddessen müssen die Betreuungskräfte allein mit den Folgen und Problemen der damit verbundenen Demenzerkrankung zurechtkommen.

„Nein (Kopf schütteln) ich find auch das die Betreuerinnen, aber das ist allgemein das Problem in der Pflege dass da zu wenig drauf geschaut wird und dass es da auch zu wenig Möglichkeiten und Angebote für die Betreuer und die Pfleger gibt.

So was wie eine Supervision oder einfach so Psychotherapie oder wo man anrufen kann.“ (17, 42, 68)

Luxusprodukt zum Billigpreis

Die 1:1 Betreuung ist ein Luxusprodukt, welches jedoch als Billigprodukt verkauft wird. Vor allem während der Covid-19-Pandemie galt sie als die sicherste Form der Betreuung. In dieser Zeit wurden die 24-Stunden-Betreuungskräfte mit Sonderzügen nach Österreich gebracht und sie mussten teilweise bis zu einem Sechsfachen ihrer üblichen Turnuslänge mit bestimmten Quarantäne-, Test- und Maskenauflagen arbeiten.

Der Ärger wird dadurch ausgelöst, dass die Pflegeheime öffentlich gefördert werden, die 24-Stunden-Betreuung, welche immer attraktiver bei älteren Menschen wird, aber verhältnismäßig gering unterstützt wird.

In den Interviews werden seitens der befragten Betreuungskräfte zwei Kategorien von Kund*innen unterschieden. Einerseits gibt es verständnisvolle und respektvolle Kund*innen, die gerne mehr zahlen würden, jedoch selbst nur eine geringe Pension

bekommen und sich einen Betreuungsaufwand von € 100 am Tag kaum leisten können.

Andererseits denken sich Kund*innen, dass sie für ihre Betreuungskraft Kost und Logis bereitstellen und damit auch das Recht haben, über das Ausmaß der Tätigkeiten zu bestimmen und sich nicht an Vorgaben halten müssen. Betreuungskräfte müssen sich oftmals bei Patient*innen rechtfertigen, dass sie hier in Österreich arbeiten und ihnen das Essen bezahlt wird.

„warum musst du hier arbeiten, warum du musst in Österreich arbeiten? Essen war großes Problem, weißt du das sie gesagt hat: „Du frisst mein Geld“. Ich habe gesagt: „Und du musst zahlen egal was ich esse.“ (I2, 58, 138-140)

In den Medien werden oft nur die schlechten Seiten der Betreuungskräfte dargestellt, zum Beispiel, wie ungebildet die 24-Stunden-Betreuungskräfte sind oder wie schlecht ihr Deutsch ist. Die schlechten Seiten der Kund*innen werden kaum thematisiert.

„ja und dann frag ich mich bitte, Heime werden gefördert ständig wird da Geld reingepumpt aber die Betreuung zuhause, was eigentlich zu der sichersten Form der Betreuung gehört, gerade jetzt in der Pandemie haben wir ja gemerkt, die Betreuerinnen sind zuhause mit dem Kunden geblieben, die sind nicht mal einkaufen gegangen, die haben sich ja verbarrikadiert, Ansteckungsgefahr, sehr wenige Kunden sind erkrankt in der 24-Stunden-Betreuung oder sehr wenige gestorben und diese sichere Form ist eigentlich 1:1 Betreuung. Ein Luxusprodukt wird wir für Billigprodukt verkauft. Und das gib mir keine Logik.“ (I7, 42, 114)

4.3. Psychische Belastungen

Nachstehend werden die psychischen Belastungen der interviewten Betreuungskräfte beschrieben, die einerseits vom Ausmaß der Belastung aber auch von der individuellen Bewertung aufgrund der persönlichen familiären Situation sowie der verfügbaren Ressourcen wie zum Beispiel persönliche Erfahrungen und Kompetenzen abhängen. Daraus ergibt sich wiederum in Anlehnung an das Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) die Differenzierung in gut bewältigbare Situationen und solche, die die Gefahr einer Überbelastung mit sich bringen.

4.3.1. Kennenlernphase einer*s neuen Patient*in

Der Einstieg beziehungsweise der Neuanfang bei den Patient*innen ist jedes Mal eine Herausforderung für die Betreuungskraft. Vor allem die Eingewöhnungsphase und die Unsicherheit, ob die zuständige Betreuungskraft von den Patient*innen und dessen Familie akzeptiert wird, ist psychisch belastend. In der Regel brauchen die Betreuungskräfte zwei bis drei Wochen, um die Gewohnheiten der Patient*innen und die neuen Familien kennenzulernen. In der Anfangsphase ist es wichtig eine gute Beziehung sowohl zu den Patient*innen als auch zu seinen*ihren Angehörigen aufzubauen.

Einige Betreuungskräfte bleiben, wenn die Harmonie stimmt, immer so lange, bis der*die Patient*in verstirbt. Allein der Gedanke, der*die Patient*in könnte jeden Tag versterben und sich die Betreuungskraft danach wieder auf eine neue Familie einlassen muss, löst psychischen Stress aus.

Anders stellt sich die psychische Belastung dar, wenn Patient*innen nur eine bestimmte Betreuungsperson bei sich haben beziehungsweise akzeptieren wollen und die Betreuungskraft für mehrere Monate durchgehend bleibt. Die Betreuungskraft baut in der Zeit zu den Patient*innen eine starke Bindung auf. Eine Interviewte berichtet, dass sie zu der Patientin ein sehr enges Verhältnis hat und diese sie am liebsten die ganze Zeit bei sich haben will und keine Vertretung akzeptiert hat. Für die Betreuungskraft ist es einerseits schön zu sehen, dass sie so geschätzt wird, andererseits ist es eine Belastung, da die ihr zustehende Erholungszeit in ihrer Heimat jedes Mal mit Schwierigkeiten verbunden ist.

„Also die erste Phase ist sehr wichtig da sind auch die Kunden und Angehörigen selbst überfordert, weil sie ned wissen wo, was man da genau machen soll oder wie man das oder wo fangt man an.“ (17, 42, 126)

4.3.2. Doppelbelastung in Beruf und Familie

Einige der befragten Betreuungskräfte führen eine Doppelbelastung an, die sie mit der Belastung als Pflegekraft als auch mit der Sorge und Verpflichtung um die eigene Familie beschreiben. Auf der einen Seite steht die Verantwortung für ihre Arbeit, auf der anderen Seite steht die Sorge um die Familie. Diese negativen Auswirkungen auf das mentale und physische Wohlbefinden werden jedoch in Kauf genommen, um mit dem in der Pflgetätigkeit verdienten Geld einen großen Beitrag für die eigene Familie zuhause leisten zu können.

Obwohl die häusliche Situation in der Heimat für jede der befragten Betreuungskräfte individuell ist, ist erkennbar, dass ein zunehmender Rollenkonflikt zwischen Berufstätigkeit und der nach wie vor unveränderten traditionellen Familienrolle besteht. In den meisten Fällen obliegt Frauen immer noch die Verantwortung für Hausarbeit, Pflege- und Betreuungsarbeit.

Während sie in Österreich ihrer Arbeit nachgehen und Wochen oder sogar Monate von zuhause entfernt sind, bleibt das Haus im Heimatland leer und die dortigen Aufgaben bleiben unerledigt.

„Naja gut, weil ich habe auch eigenes Haus und ich habe einen Garten, ich muss mähen und alles, Blumen gießen das geht alles kaputt. Kein Mensch geht in mein Haus, wenn ich nicht da bin. Mein Sohn arbeitet meine Tochter arbeitet und leben in einem anderen Haus und meine Tochter lebt sowieso in einer andere Ortschaft, alle arbeiten.“ (12, 58, 80)

Der Abschied von zuhause fällt, insbesondere den jungen Betreuungskräften, zumeist schwer, da sie eine lange Zeit von ihrer Familie, ihren Partner*innen und Freund*innen getrennt sind. Sie haben Heimweh.

Oftmals arbeiten die Betreuungskräfte allein in einem Dorf oder in einer Stadt, wo sie niemanden kennen und sie sich nicht mit anderen austauschen können. Auch bei den Patient*innen ist die Betreuungskraft in vielen Fällen allein mit ihm*ihr

zu Hause und hat niemanden mit dem sie sich unterhalten kann. Diese Isolation kann zu einer psychischen Belastung führen.

„Ich bin alleine kein Mensch redet mit mir.“ (I2, 58, 60)

„...auch wenn die Familie sehr gut war trotzdem hat man das Gefühl gehabt man ist zwei Wochen im goldenen Käfig (Pause) und trotzdem kann man nicht sagen ok jetzt fahre ich morgen irgendwie für zwei Tage weg ja oder halben Tag man ist wirklich dann zwei Wochen auf jemanden anderen eingestellt.“ (I7, 42, 86)

Die Betreuungskräfte wollen ihre Familien in ihren Heimatländern nicht mit ihren Sorgen belasten, da diese in vielen Fällen selbst gesundheitliche und finanzielle Probleme haben. Dadurch versuchen die Betreuungskräfte, die Probleme mit sich selbst auszumachen und sich von ihren Belastungen abzulenken. Die Sorge, ob die eigenen Kinder zu Hause allein das Haus führen und sich um alles kümmern können, während die Mama oder der Papa in Österreich arbeitet, ist jedoch ständig vorhanden.

Auch für die Zurückgebliebenen im Heimatland ist es eine große Umstellung, wenn ein Familienmitglied für eine längere Zeit in einem anderen Land arbeitet.

„Eigenes Zimmer ok, aber es war ein fremder Haushalt, es waren fremde Angewohnheiten, es war ein anderer Tagesablauf es war fremd, man hat am Anfang hier keine Freunde gehabt.“ (I7, 42, 50)

Nach ihrer Rückkehr zu ihrer eigenen Familie sind die Betreuungskräfte oft mit der Pflege ihrer Eltern oder Obsorge anderer Familienmitglieder konfrontiert. In vielen Fällen ist die eigene Mutter oder der eigene Vater in einem pflegebedürftigen Zustand und muss zu Hause betreut werden. Dies stellt eine erhebliche Belastung für die Betreuungskraft dar, da sie während ihres arbeitsintensiven Aufenthalts in Österreich eigentlich Erholung benötigen würde. In Zeiten Ihres Aufenthaltes in Österreich stellt auch das Wissen um ein krankes Familienmitglied in Ihrer Heimat eine deutliche Mehrbelastung dar.

Einige der Betreuungskräfte gehen in ihrem Heimatland einem zusätzlichen Job nach und wechseln so, ohne jegliche Arbeitspause, in das andere Arbeitsverhältnis. Die Gefahr einer Arbeitsbelastung oder psychischen Überforderung besteht, wenn

nebensides noch Familienarbeit geleistet werden muss. Die Kinder sind glücklich darüber, dass ihre Mutter oder ihr Vater endlich wieder vor Ort ist und Zeit für sie und ihre (Enkel-)kinder hat. Doch es müssen zum Teil konkurrierende berufliche und familiäre Entscheidungen getroffen werden.

„Meine Tochter ruft sowieso immer Mutti was machst du, ich brauche etwas; meine Mami was hast du gekocht ich komme; Mutti bist du zuhause bitte L. hat jetzt Training kannst du sie bitte holen, weil ich muss jetzt noch arbeiten, ja natürlich!“ (I2, 58, 110)

Dieser Spagat zwischen den doppelten Verantwortlichkeiten ist eine psychische Belastung und erschwert den Betreuungskräften die erforderliche Erholungsphase zwischen den Einsatzzeiten in Österreich. Es wird allerdings auch hervorgehoben, dass die Arbeit in Ihrer Heimat dennoch zur Erholung beitragen kann, da diese keine 24-Stunden-Dienste erfordert.

„Ich hatte nicht viel Zeit zum Erholen, weil ich bin von der Arbeit zurückgekommen zur Arbeit und mit den Kindern ist es auch nicht angenehm zu arbeiten aber es war so zumindest leichter, weil ich nur schichtmäßig im Dienst war.“ (I10, 67, 114)

Einige Betreuungskräfte beschreiben die Familienzeit in ihrer Heimat als überwiegend positiv und erholsam. Die Besuche und die gemeinsame Zeit mit ihren Töchtern, Söhnen, Enkelkindern und anderen Verwandten dienen als Ausgleich zu den Pflegetätigkeiten in Österreich

„Zuhause habe ich meine Familie, Enkelkinder und dann spazieren, und dann kochen, backen (lachen), hole die Kinder von der Schule und dann Kindergarten und dann gehe ich zu Besuch zu meiner Tochter und zu meiner zweiten Tochter. Alle zwei Töchter wohnen in meinem Dorf in der Nähe und dann gehe ich zu Besuch.“ (I3, 67, 68)

Die Zeit zuhause, unabhängig davon wie lange die Pause ist, meist zwei bis drei Wochen, wird von den Interviewten als viel zu kurz erlebt. Während des Aufenthaltes zuhause muss alles von den letzten Wochen abgearbeitet und wieder für die kommenden Wochen vorbereitet werden. Sobald die Erholung nach einiger Zeit endlich einsetzt, muss schon wieder für den nächsten Turnus gepackt werden.

Die Regeneration der körperlichen Beschwerden kann in der kurzen Pausenzeit nicht ausreichend erfolgen. Die Betreuungskraft kann zumindest jedoch psychisch wieder Kraft tanken.

Obwohl es für die Betreuungskräfte keine Seltenheit ist, von Angehörigen des Pflegebedürftigen angerufen und gebeten zu werden, früher zurückzukommen, da kein Ersatz gefunden wird, bleiben die Betreuungskräfte bei einem "Nein". Sie können sich abgrenzen und nutzen die Zeit für sich selbst, was für ihre persönliche Erholung und ihr Wohlbefinden dringend erforderlich ist.

4.3.3. Veränderung des Gesundheitszustandes der Patient*innen

Eine große Herausforderung stellt die Zustandsveränderung der Patient*innen während des Aufenthaltes für die Betreuungskraft dar. Die Patient*innen entwickeln sich in vielen Fällen während der Betreuungszeit von einer selbstständigen zu einer bettlägerigen, demenzkranken Person.

Die Arbeit als Betreuungskraft wird bei Patient*innen, die noch gehen und laufen können, aber einen mental schwachen Geisteszustand aufweisen, als sehr schwer und anstrengend beschrieben. Die Patient*innen sind teilweise bis spät in die Nacht wach und die Betreuungskraft muss ihm*ihr ständig hinterherlaufen. In der anfänglichen Demenzphase passiert es sehr häufig, dass die Patient*innen davonlaufen wollen und es nicht möglich ist, sie unbeaufsichtigt zu lassen. Das Nachlaufen erfordert viel Kraft und Ausdauer seitens der Betreuungskraft, um die Patient*innen wieder sicher nachhause zu bringen.

Weiters kann der krankheitsbedingte Verlust geistiger Fähigkeiten und die damit einhergehenden Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensstörungen vermehrt zu Gewaltausbrüchen und Wutausbrüchen gegenüber dem Pflegepersonal führen. Bei Patient*innen, die an Demenz erkrankt sind, besteht ein erhöhtes Risiko, da sie Schmerzen oder Unwohlsein oft nicht adäquat ausdrücken können. Manchmal kommt es, zu einem plötzlichen Wutanfall der Patient*innen und die Betreuungskraft wird mit körperlicher Gewalt bedroht. Diese Unsicherheit schürt Ängste, da die Betreuungskraft nicht weiß, wie sich die Gewaltausbrüche der Patient*innen fortsetzen werden. In seltenen Fällen werden die Betreuungskräfte von den Patient*innen geschlagen, was zu sichtbaren blauen Flecken auf ihrem Körper führt.

„Also zumindest mein Tag war den ganzen Tag anstrengend, weil ich hab müssen immer schauen, dass sie mich nicht haut oder mich verletzt oder sie hat diese Wutausbrüche aus dem nichts auch um 7 in der Früh beim Aufstehen gehabt oder so.“ (I4, 34, 20)

„Naja ihre Wutausbrüche und die Angst, dass sie mich vielleicht irgendwie verletzt, was sie zum Teil geschafft hat, aber es waren jetzt nicht Verletzungen das ich jetzt ins Krankenhaus gebracht werden musste. Aber es war diese Ungewissheit und diese Angst was sie jetzt wieder aufführt und was kommt jetzt wieder auf mich zu.“ (I4, 34, 76)

Mit der Zeit verschlechtert sich in vielen Fällen der Zustand der Patient*innen, sie werden bettlägerig und vor allem die verbale Kommunikationsfähigkeit bildet sich zurück.

Für eine junge befragte Betreuungskraft war es das erste Mal, dass sie den körperlichen Verfall einer Patientin miterlebte. Nach einem Demenzschub ist die Patientin komplett verwirrt und hält den Tag für die Nacht und umgekehrt. Ab diesem Zeitpunkt ist der Tag-Nacht-Rhythmus auch für die Betreuungskraft gestört.

„... jetzt geht es leichter weil sie nur im Bett liegt, aber früher war es sehr schwer wie sie noch laufen konnte, das war sehr schlecht.“ (I2, 58, 6)

Oft sind die Betreuungskräfte, besonders jene, die noch nicht so lange in diesem Beruf arbeiten mit bestimmten Situationen überfordert. Vor allem das Miterleben von Notfallsituationen mit der Notwendigkeit, Erste Hilfe zu leisten, inklusive Mund-zu-Mund-Beatmung, ist für die Betreuungskräfte ein traumatisches Erlebnis.

„(Pfu) Ja das war schon heftig also ich habe gesagt ich bin nicht einmal zwei Wochen da und wir müssen schon ins Krankenhaus.“ (I4, 34, 24)

Ein epileptischer Anfall bei einem Patienten, bei dem schnell reagiert werden musste, war für eine interviewte Betreuungskraft ein dramatisches Erlebnis. Das Lob und die Anerkennung für solche und auch andere Einsätze von den Angehörigen ist sehr wichtig und macht Mut. Die Betreuungskräfte haben rund um die Uhr eine sehr große Verantwortung, welche auf Dauer sehr belastend ist. Zum Glück sind Notfallsituationen Ausnahmesituationen.

4.3.4. Körperpflege und Ekel

Bei der Pflege von kranken und unterstützungsbedürftigen Menschen muss die Betreuungskraft die psychische und physische Nähe der Patient*innen zulassen. Die Durchführung der täglichen Körperpflege stellt für die Betreuungskräfte eine Herausforderung dar. Patient*innen wollen sich teilweise nicht duschen lassen und schreien um Hilfe. Viele können dann nur mehr mit dem Waschlappen gewaschen werden.

„Hilfe Hilfe wie sie im Bad war, ich wollte sie waschen. Ich habe zum Schluss nur mit dem Waschlappen gewischt, weil ich hab sie nicht in die Duschkabine gebracht. Also am Anfang habe ich sie in der Badewanne gebadet was sie ihr ganzes Leben nicht gemacht hat hab ich sie in die Badewanne reingebracht und es hat ihr gefallen aber zum Schluss wollte sie nicht, bei der Krankheit sie wollen sich nicht waschen.“ (I4, 34, 34)

Routineaufgaben, wie zum Beispiel Windelwechseln, lösen bei den Betreuungskräften ein Ekelgefühl aus, sodass diese unmittelbar danach nichts essen können. Starke Nerven werden von den Betreuungskräften gefordert, wenn zum Beispiel eine Patientin mit der Hand im Klo und danach mit derselben Hand, im eigenen Essen spielt.

„Ja jeden Tag in der Früh Windel wechseln, heute zum Beispiel zweimal, das mag ich nicht. Das mag ich sowieso nicht, das stinkt und pfu ich will und kann dann nichts essen.“ (I2, 58, 128)

Das Mobilisieren von den Patient*innen kostet viel Kraft und ist anstrengend. Egal ob der*die Patient*in bettlägerig, mobil oder eine Gehunterstützung braucht. Damit das Mobilisieren keine gesundheitlichen Folgen für die Betreuungskraft hat, müssen Hilfsmittel zur Erleichterung der Arbeit zur Verfügung stehen.

„Ja (lacht) und rechte Schulter auch weh aber Kreuz sowieso und ich gesagt ich hebe kein Mensch mehr, das geht nicht allein. Im Spital musst du auch nicht allein heben. Und sie hat sowieso 65 kg gehabt, das geht nicht allein, da braucht ich Unterstützung.“ (I2, 58, 248)

4.3.5. Verpflichtung zur ständigen Präsenz

Für eine 24-Stunden-Betreuungskraft ist die Verpflichtung, 24 Stunden für die Patient*innen präsent zu sein, eine große Belastung. Die Betreuungskräfte sind mental darauf eingestellt, dass jede Sekunde etwas passieren kann oder die Patient*innen eine Hilfestellung benötigen. Es macht hierbei einen wesentlichen Unterschied, ob die Patient*innen noch gehen können oder bettlägerig sind.

„... bist immer unter Druck und unter Stress und du musst immer schauen und immer bei jedem Schritt dabei sein und bei jeder Bewegung.“ (I4, 34, 46)

Während des Aufenthaltes bei den Patient*innen haben die Betreuungskräfte so gut wie keine Privatsphäre. Auf die eigenen Bedürfnisse kann zumeist keine Rücksicht genommen werden. Ein Großteil der Betreuungskräfte äußert, dass sie während eines Turnus das Gefühl verspüren, wie in einem Gefängnis eingesperrt zu sein. Trotz der Tatsache, dass die Betreuungskräfte zwei Stunden am Tag Pause haben und so die Möglichkeit besteht, an die frische Luft zu gehen, ist ständig der Gedanke im Hintergrund präsent, dass ein Notfall eintreten könnte. Infolgedessen können sie auch in ihren Ruhezeiten nicht abschalten.

„... also man merkt dann schon was es heißt wenn man keine Freiheit hat... ich hab mir oft dann mal gedacht wah ich würd so gern wieder frei sein, dass ich selbst entscheiden kann, wie ich meine Zeit einteilen kann, wenn ich jetzt auf irgendwas darauf Lust habe, ich weiß nicht irgendwas spazieren gehen, oder was ich halt möchte jederzeit machen kann... Ich hab mich gebunden gefühlt verstehst, es ist als ich ihr Leibwächter gewesen war und ich war jede Sekunde bei ihr.“ (I4, 34, 100).

„Also die zwei Wochen zuhause sind ja auch keine zwei Wochen richtige Pause oder Urlaub für manche Menschen ja und man muss in den zwei Wochen eigentlich sein eigenes Leben organisieren, organisieren ja Rechnungen, Ärzte also Einkäufe das ist dann das, was in den zwei Wochen wo du im Turnus warst stillgelegt wurde das musste ich ja nachholen.“ (I7, 42, 66)

„Abschalten nein sicher nicht nein. Also man hat immer so, wie Mutter bei Kind immer im Kopf da ist etwas, worauf man aufpassen muss.“ (I7, 42, 74)

4.4. Physische Belastungen

Nachfolgend werden die physischen Belastungen beschrieben, die von den 24-Stunden-Betreuungskräften in den Interviews genannt wurden und die als negative Stressreaktion in Anlehnung an das Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) bewertet werden.

4.4.1. Erhöhter Blutdruck, Kreuzschmerzen

Sich um die eigene physische Gesundheit zu kümmern, geht während der Arbeit als 24-Stunden-Betreuungskraft oft verloren. Entweder sind in den Interviews keine körperlichen Beschwerden angegeben worden, oder es fehlt die Zeit und Motivation, sich zusätzlich zur Arbeit mit der eigenen Gesundheit zu befassen. Die Betreuungskraft selbst betrachtet sich während des Arbeitsturnus nicht als oberste Priorität, sondern der*die Patient*in steht an erster Stelle. Betreuungskräfte, welche mobile und mithelfende Patient*innen betreuen und daher nicht schwer heben müssen, klagen weniger über körperliche Beschwerden.

„Aber für mich selbst habe ich nie was gebraucht und es war auch nicht die Zeit dafür, Gott sei Dank sag ich jetzt hab ich es nicht gebraucht aber es war jetzt nicht die Zeit das wenn ich mich jetzt verkühlt hätte oder so das ich mich um mich selbst kümmere ich war nicht die Priorität.“ (I4, 34, 98)

Durch den erhöhten Stress während des Turnus leidet eine Betreuungskraft an einem zu hohen Blutdruck, begleitet von Schwindel und Übelkeit. Vom Arzt werden den Betroffenen Medikamente verschrieben, die dafür sorgen, den Blutdruck im Normbereich zu halten. Trotz dieser körperlichen Beschwerden muss die Betreuungskraft weiterarbeiten und wird nicht von einer Vertretung abgelöst.

Ältere Betreuungskräfte klagen, dass sie sich mit 50 Jahren bereits sehr alt fühlen und mit mehreren körperlichen Problemen zu kämpfen haben. Kreuzschmerzen ist eine der häufigsten Beschwerden, die durch das Heben der Patient*innen auftreten, wenn keine technischen Hilfsmittel oder mithelfende Angehörige zur Verfügung stehen.

„... also das Schwerste war wie es mir selbst nicht gut gegangen ist, als ich um 8 Uhr in der Früh erhöhten Blutdruck hatte, da ist es mir wirklich nicht gut gegangen, mit der Arbeit, also mir ist schlecht gegangen.“ (I10, 67, 178)

Insgesamt stellt die Arbeit als 24-Stunden-Betreuungskraft eine größere psychische als körperliche Belastung dar.

4.5. Ressourcen

Die Betreuungskräfte nutzen die für sie verfügbaren Ressourcen im Umgang mit ihren Belastungen. Nachstehend folgt eine Beschreibung der erhobenen Ressourcen, die die Betreuungskräfte dazu befähigen, negative Stressreaktionen zu vermeiden und krankmachende Einflüsse zu bewältigen, ohne dabei selbst zu erkranken.

4.5.1. Beweggründe und Motivation für die Berufsauswahl

Als Hauptanreiz und Beweggrund, die Tätigkeit als Betreuungskraft auszuüben, wird als extrinsischer Motivator vor allem die gute Bezahlung genannt.

Die Betreuungskräfte verdienen ein angemessenes Einkommen und können finanzielle Unabhängigkeit genießen. Gleichzeitig wird ihre Arbeit als sinnstiftend und unverzichtbar angesehen.

„Ah zuerst der Respekt für alte Menschen und ja wie gesagt ich wollte unbedingt weiter arbeiten das ich Geld auch verdiene. Das war meine Motivation ja das ich arbeite, ohne Arbeit kann ich nicht leben geht nicht (lacht).“ (I8, 29, 164)

Die Arbeit in Österreich ermöglicht es den Betreuungskräften auch, ihre Familien in ihrer Heimat finanziell zu unterstützen und ihnen ein besseres Leben zu ermöglichen. Ein großer Teil ihres Verdienstes wird für die eigenen Kinder, Enkelkinder oder Eltern verwendet. Mit den Einnahmen können die Betreuungskräfte auch teure Behandlungen für erkrankte Familienmitglieder finanzieren. Eine der Interviewten behält beispielsweise nur 10 % ihres Verdienstes für sich.

„Für meine Zwillinge und für meine Enkelkinder, ich kaufen alles ahm Geschenke für meine Mama für meinen Bruder. Das Geld ist nicht für mich. Für mich ist vielleicht 10 % davon.“ (I6, 50, 114)

Einige Betreuungskräfte sehen sich gezwungen den Beruf zu wählen, denn sie brauchen das Geld, um ihren Kindern zum Beispiel die Studiengebühren zu finanzieren oder das Eigenheim zu renovieren.

„Ich war finanziell motiviert es war die finanzielle Motivation, ich hab das ganze Geld nachhause geschickt zu meine Mutter und wir hatten eine Baustelle und ich hab die ganzen Renovierungskosten von meinem Elternhaus das alles selber bezahlt und also was notwendig war hab ich alles finanziert und das jede Menge Geld also sag ma so meine höchste Motivation war das Finanzelle als erstes.“ (I4, 34, 110)

Obwohl einige der Befragten die finanzielle Motivation als Hauptgrund für die Wahl des Berufs als 24-Stunden-Betreuungskraft angeben, wird zugleich auch kritisiert, dass das Wohl der Patient*innen an erster Stelle stehen sollte. So sei für beide Seiten eine dauerhafte, vorteilhafte Beziehung aufzubauen.

Eine wesentliche intrinsische Motivation, welche die befragten Betreuungskräfte für die Arbeit in der 24-Stunden-Betreuung antreibt, ist die Arbeit mit den Patient*innen selbst. Die Betreuungskraft versucht den Patient*innen viel Programm zu bieten, sie so weit wie möglich in alltägliche Arbeiten miteinzubinden und so einen abwechslungsreichen Tag zu gestalten. Das macht der Betreuungskraft Spaß und ist auch für ihren Alltag eine Abwechslung. Es wird nicht als Last betrachtet, den*die Patient*in rund um die Uhr zu betreuen.

„Nein, ich freue mich ich sage ihnen ich sehr gerne, ich bin sehr froh, wenn ich helfen kann, dann freue ich mich.“ (I3, 67, 174)

Es wird geturnt, gemalt, gelesen, gerechnet, spazieren gegangen und vieles mehr. Die Betreuungskräfte machen es sich zu ihrer Aufgabe, die Patient*innen sowohl körperlich als auch geistig fit zu halten. Teilweise wird zu den Patient*innen eine intensive Bindung aufgebaut und sie werden wie die eigenen Großeltern behandelt. Dadurch wird die Arbeit gerne ausgeführt. Der Respekt vor alten Menschen ist groß und die Lebensgeschichten von jedem Einzelnen motivieren die Betreuungskräfte in ihrer Arbeit. Eine Betreuungskraft berichtet, dass sie einen Rekord aufstellte, weil sie von allen Betreuungskräften am längsten bei einem Patienten arbeitete, denn nur sie wurde akzeptiert. Das macht stolz und fördert die Selbstmotivation.

„Sie hat eine Windel gebraucht ja, aber ich habe das gerne gemacht. Es war nicht schwierig für mich, weil wenn du was gerne machst, dann es ist nicht schwierig, sie war wie meine Oma, so habe ich sie immer gesehen und gedacht.“ (18, 29, 8)

„Ich habe unheimlich gern den Leuten Geschichten zugehört was sie erlebt haben und wie das früher war und das hat mich motiviert und die Unterschiede hab ich dann immer wieder gesehen und diskutiert wie das früher war, wie das jetzt ist und so.“ (17, 42, 96)

Während des Aufenthaltes bei den Patient*innen erlebt die Mehrzahl der Interviewten positive Erfahrungen. Die Betreuungskräfte nehmen teil an schönen Erinnerungen und motivierenden Geschichten. Sie fühlen sich bei den Patient*innen und ihren Angehörigen sehr wohl und bekommen kein Heimweh. Der Betreuungskraft ist es in den meisten Fällen, möglich so zu arbeiten wie sie es möchte und sie kann sich ihren Tagesablauf selbstständig organisieren. Nur das pünktliche Mittagessen ist für die Patient*innen wichtig. Sie sind mit den gekochten Menüs immer zufrieden und essen alles. Den Haushalt der Patient*innen täglich zu führen, ist für die Betreuungskraft eine Routine-Aufgabe, die sie von zuhause gewohnt ist.

Bei vielen Patient*innen ist es kein Problem, wenn die Betreuungskraft einen Wunsch äußert. Eine große Ressource stellt das eigene Zimmer im Haus oder der Wohnung der Patient*innen dar. Ein eigenes Zimmer für die Betreuungskraft ist wichtig, damit sie sich zurückziehen und die Ruhe genießen kann. In einem großen Haus sind es oftmals sogar zwei Zimmer, die der Betreuungskraft zur Verfügung gestellt werden können, eines zum Schlafen und ein Aufenthaltsraum mit Couch und Fernseher.

„Ja also und es gab nie irgendwas, was ich gebraucht hätte was ich nicht bekommen hätte oder es war nie ein Thema also ich bin jetzt keine große Esserin oder so aber alles, was ich haben wollte oder kochen wollte, habe ich bekommen.“ (14, 34, 70)

Für die Betreuungskraft ist ein*e „leicht“ zu betreuende*r Patient*in und ein*e gute*r Patient*in eine wichtige Ressource, um lange denselben*dieselbe Patient*in betreuen zu können. Ist der*die Patient*in mobil, kann er*sie viel selbstständig machen, kann er*sie allein gelassen werden, versteht er*sie die Anforderungen der Betreuungskraft und kann diese auch umsetzen, wird laut Betreuungskraft von

einem*einer „leichten“ Patient*in gesprochen. Schläft der*die Patient*in die Nacht durch, hat wenig Ansprüche, stresst nicht, hat ein gutes Herz und wird nicht nervös, dann wird laut Betreuungskraft von einer*m „guten*er“ Patient*in gesprochen. Den*Die Patient*in nicht als eine negative Belastung zu bewerten, ist eine Ressource, um mit den eigenen psychischen und physischen Belastungen umgehen zu können. Die hundertprozentige Akzeptanz von den Patient*innen zu bekommen, Vertrauen aufbauen zu können und die positive Bindung zwischen Betreuungskraft und Patient*in zu spüren, wirkt sich ebenfalls positiv auf den Erhalt der Gesundheit aus.

Durch die starke Bindung kommt es dazu, dass eine Betreuungskraft die Pflege und Betreuung des Patienten schon seit elf Jahren übernimmt und von beiden Seiten der Wunsch besteht, dies fortzuführen.

„Ja schon ich muss sagen sie hat mich schon von Anfang an akzeptiert und sie hat mich gern gehabt und ich bin die Einzige von den Pflegerinnen, die dabei waren, die sie 100-prozentig akzeptiert und vertraut hat, also ich hab schon so eine Bindung gespürt.“ (I4, 34, 68)

4.5.2. Kommunikationsformen und Sprachkenntnisse

Die Art der Kommunikation und die Sprachkenntnisse spielen eine entscheidende Rolle in der 24-Stunden-Pflege. Die Art der Kommunikation hängt einerseits von der Sprachkompetenz der Betreuungskraft und andererseits vom Zustand der Patient*innen ab. Teilweise wird mit den Patient*innen wie mit einem Kind gesprochen oder die Betreuungskraft lernt beziehungsweise muss lernen, sich nonverbal mit ihnen zu verständigen.

„Ich habe eh mir ihr geredet und sie hat irgendwie ein Zeichen mit dem Kopf genickt oder mit den Händen, also nonverbal eher kommuniziert aber ja sie war noch teilweise da. Dann war sie wieder weg also ahm vom Geistes Bewusstsein sie war nicht immer sagen wir so vollkommen da.“ (I4, 34, 6)

Die Betreuungskräfte entwickeln im Laufe des Turnus ihren eigenen Umgang mit den Patient*innen und passen ihre Kommunikationsformen entsprechend an.

„Ja es war wie weiß i ned mit einem einjährigen Kind, wo man immer drauf schauen muss.“ (I4, 34, 8)

Betreuungskräfte, die bereits Deutsch sprechen können, haben einen großen Vorteil, denn sie können besser auf die Bedürfnisse der Angehörigen und der Patient*innen eingehen, können sich unterhalten und auch ihre eigene Meinung äußern. Darüber hinaus können sie sich verteidigen und argumentativ Aufgaben ablehnen, die nicht in ihren Verantwortungsbereich fallen.

„Ja von Anfang an, also sie waren froh, dass sie jemanden haben. Ich konnte damals schon gut Deutsch sprechen ahm meine Mutter auch so relativ gut also ja, wenn etwas zu organisieren war, wenn etwas kaputt gewesen ist dann haben wir es gemeldet und es wurde organisiert... Ich hab den Vorteil gehabt ich konnte die Sprache und ich konnte mich damals schon wehren.“ (I7, 42, 14)

Eine Erschwernis hinsichtlich der Sprachkenntnisse sind unterschiedliche Dialekte innerhalb Österreichs. Zu Beginn einer Betreuung ist demnach viel Improvisation erforderlich.

„Mein Glück war, dass ich die Sprache konnte es macht sehr viel Sinn. Es gibt sehr viele Pflegerinnen, die die Sprache nicht können. Die erste Woche habe ich nichts verstanden von dem Dialekt ich hab nur so einen Bruchteile gehört irgendein Wort und dann hab ich müssen den Zusammenhang denken uh was kann das sein.“ (I4, 34, 70)

Spricht die Betreuungskraft beim ersten Kontakt mit den Patient*innen kein Deutsch, ist die persönliche Motivation groß, so schnell wie möglich Deutsch zu erlernen. Die Betreuungskraft bekommt dabei auch die Unterstützung der Angehörigen. Dadurch erhöht sich das Selbstbewusstsein der Betreuungskraft sehr. Durch das tägliche Kommunizieren mit den Patient*innen, ist es einer Betreuungskraft bereits nach 2½ Monaten möglich, die wichtigsten deutschen Wörter für einfache Gespräche zu kennen. Mit dem Beherrschen der Sprache fällt die Kommunikation mit den Patient*innen und den Angehörigen leichter.

„Das ich gut Deutsch spreche und gewisse Telefonate mittlerweile schon erledige für sie oder Termine und ja und deswegen wahrscheinlich hängt sie so eher an mir.“ (I5, 56, 108)

4.5.3. Positives Arbeitsverhältnis zu den Angehörigen

Ein positiver Kontakt zu den Angehörigen der Patient*innen stellt eine notwendige Ressource für die Betreuungskräfte dar. Die Betreuungskräfte verbringen eine lange Zeit bei dem*der Patient*in, ein gutes Verhältnis zu den Angehörigen lässt die hohen psychischen und physischen Belastungen leichter ertragen. Im Idealfall lassen die Familien die Betreuungskräfte spüren, dass sie sie brauchen und sie nicht die Ausländer*innen sind, die nur zum Arbeiten hier sind. Die Patient*innen werden in der Betreuungszeit wiederum als Ersatzgroßeltern von den Betreuungskräften gesehen.

„Lieb alle zwei C. und R. auch sowieso, und dass ich spüre hier nicht, dass ich die Ausländerin bin und aus Ungarn komme.“ (I2, 58, 368)

„Genau also ich wurde sehr warmherzig aufgenommen und ich wurde wie ein Familienmitglied ahm betrachtet und das war kein Problem. Also das war wirklich super also von dem her hatte ich keine Schwierigkeiten.“ (I4, 34, 108)

Bei einigen Familien kann die Betreuungskraft mit ihnen am Wochenende auf Ausflüge mitfahren. In diesem Zusammenhang ist es ihr möglich, neue Orte und Plätze zu erkunden, die sie wahrscheinlich sonst nie gesehen hätte. Die Tagesausflüge werden von den Betreuungskräften als erfrischend und schön beschrieben.

„Ja viel geholfen sie waren sehr freundlich zu mir, ich bin ich mit der Familie mit dem Sohn und der Schwiegertochter auch manchmal in meiner Pause ahm wohin gefahren ja Kaffee trinken, ja spazieren, das war sehr schön (lacht).“ (I8, 29, 98)

Ein besonderes Verhältnis hatte eine Betreuungskraft, die während der Betreuungszeit unerwartet schwanger wurde. Die Angehörigen und die Patient*innen wollten, dass die Betreuungskraft weiterhin bei ihnen arbeitet. Sie bekam auch für ihr Kind ein eigenes Zimmer, konnte sich die Arbeitszeiten flexibel einteilen und war froh als Alleinerzieherin weiterhin Geld zu verdienen.

Bei schwierigen und schweren Tätigkeiten wie zum Beispiel beim Duschen oder beim Mobilisieren wird den Betreuungskräften, wenn Verwandte oder Kinder im Haus sind, geholfen. In manchen Fällen wird auch eine fixe Uhrzeit ausgemacht, zu

der die Tochter oder der Sohn zum Mobilisieren kommt. Zusätzlich erledigen die Angehörige den wöchentlichen Einkauf, besorgen die Medikamente und Pflegeartikel. An besonders anstrengenden Tagen entlasten Angehörige die Betreuungskräfte durch eine Ablöse und mit Essenslieferungen, damit sie sich erholen können. Einige Betreuungskräfte haben selbst nach der Betreuungszeit noch Kontakt zu den Patient*innen oder zu den Angehörigen, sie besuchen sich gegenseitig und telefonieren.

„Also mein zukünftiger Schwiegervater war auch im Haus, also er hat auch viel geholfen, er ist immer mit einkaufen gefahren oder ich gab ihm die Einkaufsliste und er hat das alles eingekauft also es war kein Problem von dem her.“ (I4, 34, 4)

„Jetzt kommt sie in den Rollstuhl da kommt der Sohn und das um ca. 11 Uhr. Wenn ich fertig bin mit dem Waschen und Windeln wechseln und einschmieren essen und trinken, das gebe ich alles im Bett. Und der Sohn hebt sie in den Sitz bis normal 2 Uhr. Es ist gut für ihren Körper sitzen und gut für Lunge.“ (I2, 58, 34)

Es gibt aber auch Patient*innen, die keine Angehörigen mehr haben. Für diese Patient*innen sind enge Freunde, mit denen sie in regelmäßigem Kontakt stehen, als Familienersatz sehr wichtig. Für die Betreuungskraft ist es notwendig, jemanden zu haben, an den sie sich bei Notfällen wenden kann.

„Ja aber sie hat schon ah vier Freunde, enge Freunde die auch ihre Erben sein werden und mit denen kommuniziere ich auch weil wenn irgendwas ist und wir machen auch monatlich mindestens einmal ein gemeinsames Treffen und so entweder hier oder in Gastro wenn es offen ist und so.“ (I5, 56, 116)

4.5.4. Erleichterung des Aufenthaltes

Der lange Aufenthalt in Österreich wird einer Betreuungskraft erleichtert, da ihr Ehemann, der beruflich oft in Österreich ist, bei ihr übernachten darf. In vielen Fällen arbeiten im selben Ort der Patient*innen noch andere Betreuungskräfte, die sich untereinander kennen. In den Pausen treffen sie sich, gehen spazieren oder Kaffee trinken. Das gibt ihnen Kraft und sie können sich untereinander austauschen. Bei einer Betreuungskraft arbeitet sogar die Cousine im selben Ort wie sie. Das erleichtert das Ankommen in einem fremden Land und man fühlt sich nicht so allein.

Bei einer anderen Betreuungskraft ist es sogar möglich, dass die eigene Tochter ein paar Tage zu Besuch kommt. Später arbeitet die Tochter mit ihrer Mutter gemeinsam bei der Patientin. Sie unterstützen sich gegenseitig und vor allem während der Phase, bevor die Patientin stirbt.

„So bin ich im selben Dorf, wo ich war hab ich noch ein paar Kolleginnen gehabt. Und dann sind wir spazieren zusammen gegangen oder Kaffee trinken oder plaudern. Ja war schön.“ (I8, 29, 68)

„Ja aber nicht so schwierig, weil ich habe meine Cousine im selben Dorf gehabt. Sie hat eine andere Oma gepflegt und dann habe ich mich nicht alleine irgendwie gefühlt weil ich hab gewusst, dass jemand wartet auf mich in Österreich und dass war sehr wichtig für mich, nein ich hab mich nicht alleine gefühlt wegen meiner Cousine.“ (I8, 29, 118)

Eine weitere Betreuungskraft wechselt sich mit der Betreuung mit ihrer Familie, ihrer Mutter und ihrer Tante, beim gleichen Patienten ab. Das erleichtert die Situation insofern, dass sie sich intern den Turnus selbstständig und individuell ausmachen können und sich jederzeit telefonisch Hilfe holen können. Während der Betreuungspausen sind alle im regelmäßigen Kontakt und wissen über den Zustand des Patienten Bescheid. Das macht die Arbeitsatmosphäre sehr familiär. Durch diese positiven Ereignisse fällt der Abschied von zuhause leichter und das Heimweh ist geringer.

„Ja sicher auf jeden Fall ich hab ja Glück gehabt das auch die Familie von ihr sehr gut war und ich mit meiner Mutter und mit meiner Tante arbeiten konnte also daher haben wir immer alles abgesprochen also wir waren mit meiner Mutter und mit meiner Tante täglich im Kontakt nicht nur die zwei Wochen wo ich bei der Kundin war sondern auch die zwei Wochen wo ich zuhause war, weil meine Mutter und meine Tante etwas gebraucht haben ja also ich war Monat ganzen Monat zur Verfügung. Deswegen war ja das auch so familiär also ich konnte auch in der Zeit, wo ich nicht gerade den Turnus gehabt habe, konnte ich ja hingehen.“ (I7, 42, 30)

4.6. Bewältigungsstrategien

Um mit den psychischen und physischen Belastungen zurecht zu kommen, ist die eigene Selbstfürsorge sehr bedeutsam. Jede Betreuungskraft entwickelt individuellen Strategien und versucht diese in ihrem Arbeitsalltag so gut es geht einzubauen. Damit werden negative Stressreaktionen vermieden. Die in den Interviews erfassten Bewältigungsstrategien werden nachstehend thematisch zusammengefasst und beschrieben.

4.6.1. Routinearbeit

Die Arbeitstätigkeiten, die die Betreuungskräfte ausüben, stellen für viele keine schwere Arbeit dar. Der Großteil der Aufgaben gilt als Routineaufgabe, da die Betreuungskraft schon lange in diesem Beruf arbeitet oder die in der Ausbildung erlernten Fachkenntnisse frisch im Kopf verankert sind. Die Angst, dass dem*der Patient*in etwas passieren könnte, ist nicht vorhanden.

„Nein das ist nicht schwer, weil ich bin gewohnt, weil ich habe gehabt große schwere Patienten im Krankenhaus, aber diese Patientin ist nicht schwer. nur muss helfen und ich sehr gerne helfen.“ (I3, 67, 24)

Die jahrelange Arbeit auf einer Intensivstation und die damit verbundene Konfrontation mit dem Tod hilft einer Betreuungskraft dabei, dass sie die Patient*innen jeweils bis zum Sterben betreuen kann. Weiter hilft es der Betreuungskraft, dass sie auch die Sterbebegleitung als Routineaufgabe im Betreuungssetting empfindet. Den*die jeweilige*n Patient*in bis zum Ende zu betreuen ist für viele wichtig und eine Bewältigungsstrategie, um das Erlebte zu verarbeiten und mit der Familie abschließen zu können.

*„Nein, weil ich habe gearbeitet auf der Intensivstation ich habe gehabt meistens fünf Patienten und dann alle schwer nach Operation am Kopf (pause) und fast jeden Tag jemand gestorben oder fast immer in meinem Nachtdienst.“
(I3, 67, 160)*

Routinen und strukturierte Tagesabläufe geben den Patient*innen im Alltag auch Sicherheit. Mobile Patient*innen werden in Alltagsroutinen miteinbezogen, um deren Selbstwert zu fördern. Eine Betreuungskraft vergleicht dies mit dem Aufziehen eines Kindes.

„Also ich habe jeden Tag gekocht frisch ah das war immer am Vormittag, sie war immer neben mir habe ich immer versucht ihr immer irgendwas zu machen also zu geben, weiß ich nicht Fernsehen oder sie soll keine Ahnung. Am Anfang ist es noch gegangen, dass sie mir das Gemüse wäscht oder Hauptsache sie ist beschäftigt so wie ein kleines Kind.“ (I4, 34, 4)

4.6.2. Betreuungswechsel

Die Betreuungskräfte schöpfen aus dem regelmäßigen Turnuswechsel Kraft und Motivation, um den Anforderungen im Betreuungssetting gerecht zu werden. Wenn ein Enddatum für die Betreuung definiert ist, ist dies für die Betreuungskraft beruhigend und sie kann sich entsprechend darauf einstellen.

„Ja das ist wirklich erfrischend, weil ich gewusst habe, ok jetzt das hat ein Ende und mein Ziel ist erreicht und ich kann wieder zurück nachhause und das war sehr beruhigend ja, weil es war jetzt nicht für eine unbestimmte Zeit und ich bin da eingesperrt für eine unbestimmte Zeit und ich weiß nicht was mit mir geschieht oder ich bin jetzt verpflichtet Sklave zu sein.“ (I10, 67, 192)

In vielen Fällen erfolgt ein fix eingeteilter Wechsel der Betreuungskräfte alle sieben oder 14 Tage. In anderen Fällen wird der Wechsel individuell mit den Angehörigen des*der Patient*in vereinbart.

„Normalerweise zwei Wochen, denn man spürt schon in den zwei Wochen die Müdigkeit und ich bewundere alle Betreuerinnen vor allem die aus Rumänien die drei Monate lang dableiben, das kann ich mir nicht vorstellen das ist übermenschlich, was die da leisten.“ (I7, 42, 42)

Ist den Betreuungskräften kein Datum für das Nachhause fahren bekannt oder kann der Wechsel nicht wie geplant stattfinden, sinkt die Motivation weiterzuarbeiten. Wenn keine adäquate Vertretung gefunden wird oder diese krank wird, müssen die Betreuungskräfte länger bleiben und den Bedürfnissen der Patient*innen nachkommen. Dies wird für die Gesundheit und das Wohlbefinden des*der Patient*in getan.

„Also je nachdem es ist unterschiedlich, also vor allem bei diesem Patient ist ganz unterschiedlich, weil naja sie akzeptiert, nicht jeden sie ist ein bisschen wie ich schon sagte, ja ein bisschen außergewöhnlich sag ma so, hier muss ich eine gute Vertretung ah für sie finden ja.“ (I5, 56, 34)

Die Betreuungskräfte müssen oftmals selbst eine passende Vertretung finden, die auch von den Patient*innen akzeptiert wird. In solchen Fällen erfordert es der 24-Stunden-Betreuungskraft viel Durchsetzungskraft ab, damit ihr Abreisetermin eingehalten wird und der Betreuungswechsel für alle positiv verläuft.

„Ja jetzt wo ich das Datum weiß ja aber am Anfang natürlich war ich ganz schon ja wenn man keine Datum weiß wissen sie nach zwei Monaten dann denk ich mir weil sie wissen ja ok im Durchschnitt zwei Monate dann ein drittes Monat.“ (I5, 56, 170)

Im Gegenzug zu ihrer Aufopferung erwartet die Betreuungskraft Respekt von den Patient*innen. Wird die Arbeit nicht respektiert und/oder die Betreuungskraft schlecht behandelt, versuchen sie die Familie zu wechseln.

„Ich hab gesagt sowas bin ich nicht, also wenn meine Arbeit nicht respektiert wird und ich selber als Mensch und Betreuerin dann ich hab gesagt das dann besser ist, dass wir uns trennen.“ (I5, 56, 98).

„Ich würde mir Kunden aussuchen, die ich annehme, es klingt hart ist oder so, aber ich würde nicht mehr bei Kunden bleiben, die keine Wertschätzung haben und ich würde nicht untern Preis gehen, weil da hängt ja sehr viel zusammen.“ (I7, 42, 84)

Eine der interviewten Betreuungskräfte übt die 24-Stunden-Betreuung lediglich nebenbei aus. Neben ihrem Hauptberuf als Pädagogin kann sie während der Sommerferien in ihrem Heimatland drei Monate lang ununterbrochen in Österreich als Nebenbeschäftigung als 24-Stunden-Betreuungskraft arbeiten. In dieser Zeit ist sie demselben*derselben Patient*in zugeteilt, es sei denn, derjenige oder diejenige verstirbt während dieser drei Monate. In diesem Fall muss sie zu einem*r neuen Patient*in wechseln. Der Pflegezeitraum und das Anstellungsverhältnis sind klar definiert und abgegrenzt.

„Mhm also drei Monate, ich war immer drei Monate und dann bin ich gewechselt, weil nebenbei ich als Kindergartenpädagogin gearbeitet habe und war ich während der Sommerferien immer dort drei Monate.“ (I10, 67, 30)

4.6.3. Erholungs- bzw. Regenerationsphasen

Die persönliche Regeneration während der Arbeitszeit ist von enormer Bedeutung. Sie beinhaltet nicht nur einen erholsamen Schlaf, sondern auch eine geregelte Pauseneinteilung, um sich von der Arbeit zu erholen und wieder neue Energie tanken zu können. Langfristig betrachtet sind regelmäßige Pausen- und Erholungsphasen unerlässlich, um den Beruf über mehrere Jahre hinweg ausüben zu können.

Nach dem HBeG ist die tägliche Arbeitszeit durch Ruhepausen von insgesamt mindestens drei Stunden zu unterbrechen, die auch frei von Arbeitsbereitschaft nach Abs. 2 bleiben müssen. Davon sind mindestens zwei Ruhepausen von 30 Minuten ununterbrochen zu gewähren.

„In der Pause, ich habe Pause jeden Tag zwei Stunden gehabt, jeden Tag, in diesen zwei Stunden konnte ich schlafen, spazieren gehen, einkaufen alles was ich wollte.“ (I8, 29, 64)

Den meisten Betreuungskräften ist es möglich, täglich ihre gesetzlich festgelegten Pausen in Anspruch zu nehmen oder die Arbeitsstunden zu sammeln, um so einen ganzen Tag frei zu nehmen. Eine gerechte und adäquate Regelung von Pausen- und Erholungsphasen wie auch Schlafenszeiten sind in Abstimmung auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Person, zumeist in Absprache mit den Angehörigen, beidseitig einzuhalten.

„Ich schreibe nur kurz eine SMS an die Tochter der Patientin: „Ich würd gerne kurz schwimmen gehen.“ Und sie wünscht mir dann immer viel Spaß.“ (I7, 42, 82)

Während ihrer Pausen übernehmen entweder Angehörige die Betreuung der zu pflegenden Person oder die Patient*innen können, abhängig von ihrem Gesundheitszustand, alleine gelassen werden. Oftmals wird auch die Anwesenheit einer Reinigungskraft oder eines*r Therapeut*in genutzt, um eine Pause in Anspruch nehmen zu können. Zur Erholung können zusätzlich auch die Schlafphasen der

Patient*innen genutzt werden, sowie jene Zeiten, wo seitens der Patient*innen keine Betreuungsbedarf besteht.

„Ich hätte müssen zwei Stunden frei haben und die hatte ich, wenn der M. zuhause war, da habe ich mich niedergelegt, da hab ich geschlafen.“ (I4, 34, 80)

In einigen wenigen Fällen besteht jedoch keine Möglichkeit, regelmäßig Pausen einzulegen.

„Also bei manchen Familien hatte ich überhaupt keine Zeit und bei manchen Familien wurden mir diese zwei Stunden quasi an den Wochenenden für einen vollen Nachmittag freigestellt.“ (I10, 67, 66).

Die befragten Betreuungskräfte leiden in der Regel unter einem unregelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus sowie Schlafentzug, was sich negativ auf ihre Schlafqualität auswirkt. Dazu kommt, dass der Schlaf meist nicht ausreichend erholsam ist, denn in vielen Fällen befinden sich die Zimmer der Betreuungskräfte neben dem Patient*innenzimmer und die Türe muss offengelassen werden, um jederzeit für die Patient*innen verfügbar zu sein. Es werden dadurch weniger Tiefschlafphasen erreicht. Die Betreuungskraft befindet sich auch während des Schlafes in einem Stand-By-Modus.

„Es ist immer so ein Standby sozusagen, weil du weißt nie, wann du dann aufstehen musst und machen musst also es ist immer eine Art ah ja Spannung.“ (I5, 56, 72).

Untertags ist es oft nicht möglich, dass Betreuungskräfte etwas für sich tun können, denn es gibt Zeiten, in denen sie nicht einmal die Toilette aufsuchen können, ohne die Patient*innen aus den Augen zu lassen. Dadurch werden die Pausen in vielen Fällen einfach zum Schlafen genützt, für andere Hobbies fehlt die Zeit und Motivation.

„Naja es war so ich bin nicht unbedingt jetzt ein Mensch, der so viel schläft, weil mit zunehmenden Alter schläft man weniger (lacht) also so viel Schlaf hab ich nicht gebraucht, ich hab eher Erholung von der Arbeit also das ich mich nicht verpflichtet fühle gebraucht, das eher. Jetzt nicht unbedingt schlafen aber einfach im Bett liegen und Fernschauen und einfach nichts tun.“ (I10, 67, 184).

Hierbei liegt es auch im Handlungsspielraum der Betreuungskraft, die Arbeitsdichte im Pflegealltag individuell auf den Patienten oder die Patientin abzustimmen, zu planen und zu organisieren. Die Betreuungskraft hat das Recht, sich die entsprechend erforderliche Zeit für jede Pflegemaßnahme zu nehmen. Dabei steht die Coping-Strategie „sich nicht stressen lassen“ im Vordergrund.

„Na na ich mache das immer immer so, heute machen wir heute das, morgen das immer immer etwas, muss nicht alles schnell machen, aber ich habe Zeit und langsam jeden Tag etwas.“ (I3, 67. 212)

4.6.4. Abgrenzung

Die Betreuungskräfte haben während ihres Turnus nur wenig Zeit für sich selbst. Manchmal übernehmen Familienangehörige die Betreuung der Patient*innen für einige Zeit oder die Patient*innen können alleine bleiben. Dadurch ist es der Betreuungskraft möglich, an die frische Luft zu gehen und sich vom Arbeitsstress kurz abzulenken.

Manche Patient*innen verfügen über ein Notfallband, um im Falle, dass die Betreuungskraft nicht bei ihm* ihr ist, Hilfe zu erhalten. Für die Betreuungskraft ist dieses Hilfsmittel eine Erleichterung, damit sie in Ruhe außer Haus gehen kann und keine Sorge haben muss. Trotz dieser Entlastung kann die Betreuungskraft nicht 100-prozentig abschalten, da im Hintergrund die Sorge um den* die Patient*in stets präsent ist.

„Naja ich hab versucht mich immer von den was ich machen muss abzulenken indem ich Dinge gemacht habe die ich gerne gemacht habe, aber wie gesagt es war jetzt nicht unbedingt so viel Zeit für mich selbst, nur wenn die Familienangehörigen das übernommen haben und dann konnte ich quasi wie gesagt einfach raus gehen und spazieren gehen und den Kopf frei bekommen.“ (I10, 67, 170)

Eine professionelle Abgrenzung zu den Patient*innen ist notwendig. Auch wenn die Betreuungskraft die Aufsicht über die Patient*innen, kann trotzdem immer etwas passieren. Es sollten jedoch keine Schuldgefühle oder Vorwürfe aufkommen. Die Schwierigkeit besteht darin, die auftretenden Schwierigkeiten nicht persönlich zu nehmen. Das Risiko, dass die Patient*innen stürzen, besteht sowohl in Anwesenheit

als auch in Abwesenheit der Betreuungskraft, zum Beispiel wenn die Betreuungskraft auf Pause ist. Das Abschalten ist daher während der Pause nur schwer möglich. Mit den Angehörigen sollte in dieser Hinsicht vorab ein Gespräch stattfinden, indem die Schuldfrage thematisiert wird. Ein Unfall kann sich immer ereignen, die Hauptaufgabe der Betreuungskraft ist, danach adäquat handeln zu können und die Rettungskette in Gang zu setzen. Eine Interviewte erklärt, dass sie froh ist, wenn ein Unfall oder ein Notfall entweder gar nicht oder bei jemand anderem passiert.

„Hab mir gesagt schau stürzen kann jeder und du kannst nicht jede Sekunde bei dem Menschen sein, deine Aufgabe ist dann zu helfen Rettung zu rufen, mehr kann ich also von meinem Status Personenbetreuer nicht machen und daher hab ich mir dann ned so stress gemacht.“ (I7, 42, 70)

4.6.5. Emotionen regulieren – Konflikte vermeiden

In den Interviews werden zahlreiche Gründe genannt, die sich negativ auf die Stimmung der Betreuungskräfte auswirken können. Daher ist es umso wichtiger, die eigenen Emotionen zu regulieren und die negative Stimmung nicht an die Patient*innen weiterzugeben, beziehungsweise die eigenen Emotionen der zu betreuenden Person nicht spüren zu lassen. Selbst an einem schlechten Tag oder bei schlechter Laune fühlt sich die Betreuungskraft ihrer Professionalität verpflichtet, den*die Patient*in anzulächeln und eine positive Stimmung bzw. Atmosphäre zu verbreiten. Betreuungskräfte müssen bei ihrer Arbeit dazu fähig sein, mit dieser emotionalen Dissonanz umgehen zu können.

Wichtig für die Betreuungskräfte ist es, Konflikten mit den Patient*innen aus dem Weg zu gehen, beziehungsweise es im Normalfall gar nicht dazu kommen zu lassen. Sollte der*die Patient*in einen schlechten Tag haben und nicht gut gelaunt sein, versucht die Betreuungskraft ihm*ihr auszuweichen und nicht zu stören. Aus den Interviews ist erkennbar, mit welcher optimistischen Einstellung die Betreuungskräfte ihren Beruf ausüben. Mit Humor gelingt es, viel positive Stimmung in die Betreuungsarbeit einzubringen, was eine wichtige Ressource besonders in schwierigen Arbeitssituationen mit an Demenz erkrankten Menschen ist.

„(lacht) Also mit Humor schaffst du alles ab das ist gut alles nicht so ernst nehmen.“ (I2, 58, 337)

Besonders für nahe Angehörige ist es nicht einfach zu akzeptieren, dass gewohnte Aktionen mit ihrer Mutter oder mit ihrem Vater nicht mehr möglich sind. Die Betreuungskraft versucht den Angehörigen die Auswirkungen der Krankheit zu erklären und achtet darauf, dass die Patient*innen so gut wie möglich selbstständig bleiben, auch wenn nicht alles perfekt ist.

„... dann hab ich es einfach lassen bitte du sollst einfach deinen Spaß haben, da ist es eh dunkel und den Weg hin und her müssen wir niemanden erklären warum du Sonnenbrille hast ja. Da gabs ein paar lustige Situationen.“ (I7, 42, 38)

4.6.6. Die richtige Medikamentendosierung

Ein wesentlicher Faktor für die Bewältigung der Arbeit stellt die korrekte medikamentöse Einstellung der Patient*innen dar. Vor allem bei Patient*innen, die an Demenz erkrankt sind, ist die richtige medikamentöse Behandlung sehr wichtig, denn diese erspart den Betreuungskräften schlaflose Nächte und die Angst vor dem Ungewissen. Eine Demenzphase ohne passende Medikamenteneinstellung zu durchleben, ist eine große Herausforderung für die Betreuungskräfte und auf Dauer kaum auszuhalten, da diese Phase vor allem mit Schlafentzug infolge eines gestörten Tag-Nacht-Rhythmus der Patient*innen einhergeht. Die Erfahrungen und Kompetenzen, welche die Betreuungskräfte in ihren vorherigen Betreuungssettings zu dieser Thematik gesammelt haben, ist eine wichtige Ressource.

„Am Anfang war es ruhig, also ich hatte ruhige Nächte habe ich schlafen können. (Pause) Und dann gab es eine Zeit wo ich halt wirklich auch Nachtschicht hatte und am Tag auch also das war wirklich hart, da hatte ich nicht einmal Zeit zum Schlafen, aber durch die Medikamente und durch die Medikation hat sich das irgendwie super eingependelt.“ (I4, 34, 18)

Die Betreuungskräfte sind sowohl zum eigenen Schutz als auch zum Wohle der Patient*innen bestrebt, dass die Medikamenteneinstellung gut angepasst ist. Es wird in den Interviews berichtet, dass sogar die Betreuungskraft Medikamentenempfehlungen an die Angehörigen für ein*e Ärzt*in weitergibt. Das richtige

Medikament zu finden, auf das die Patient*innen ansprechen, ist nicht einfach und dauert. Die Patient*innen kommen durch die Medikamente zur Ruhe. Dies ist sowohl für die Betreuungskräfte als auch für die ständig unruhigen, aggressiven oder nervösen Patient*innen eine große Erleichterung. Die verzweifelten Betreuungskräfte sind froh, wenn die Patient*innen ruhiggestellt sind. Der Nachteil ist, dass durch die starken Medikamente die inneren Organe in Mitleidenschaft gezogen werden können. Die Betreuungskräfte befinden sich in einem Dilemma. Es ist ihnen bewusst, dass durch die Erhöhung der Dosis der Medikamente die Abhängigkeit und die Nebenwirkungen steigen werden, jedoch ist es ihnen auch wichtig, ohne Angst und Schlafmangel weiterarbeiten zu können.

„Ich habe gewusst, ich hab gesagt ich weiß dass ich ihre Organe hin werden wenn es zu viel ist aber auf der anderen Seite sie kann jetzt nicht nur schreien und in Rage sein das war für sie auch nicht gut für ihren Körper sie war so erschöpft und dann schlief sie, also in der Nacht hat sie immer gut geschlafen Gott sei Dank.

Aber durch die Medikation.“ (I4, 34, 66)

4.6.7. Freizeitbeschäftigungen und Hobbys zur Verbesserung des Wohlbefindens

Auf das eigene Wohlbefinden und die Gesundheit zu achten, ist sehr wichtig, wird allerdings im Arbeitsstress oft vernachlässigt. Einfache Übungen für den Rücken und die Halswirbelsäule oder eine Verschreibung für Physiotherapiestunden wären optimal.

In den Interviews wurden verschiedene Tätigkeiten und Bewältigungsstrategien genannt, die sich positiv auf die psychische Gesundheit und den Gemütszustand der Betreuungskräfte auswirken. Dazu gehören Kochen, Fernsehen, Shoppen, Telefonieren mit der eigenen Familie und Freunden, Beten, Gartenarbeit, Weiterbildung, Musik hören oder auch eine Zigarette am Balkon rauchen.

Von grundlegender Bedeutung wird seitens der befragten Betreuungskräfte die Möglichkeit betont, mit ihren Verwandten und Freunden in der Heimat telefonieren oder chatten zu können. Dies ermöglicht es ihnen, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und zu pflegen, was sie als äußerst wichtig erachten.

„Ich hab immer mit meiner Mama telefoniert und sie hat mich immer ermuntert und mir immer Tipps gegeben wie ich das machen soll.“ (I4, 34, 124)

„Na ja wenn ich traurig bin versuche ich im Internet zu surfen damit ich abgelenkt werde dann schaue ich mal im Internet hinein, wenn ich müde bin lege ich mich hin und ich höre sehr gerne klassische Musik und dann hör ich diese Musik und dann ein bisschen ja entspannen...“ (I5, 56, 164)

„Ich trink sowieso keinen Alkohol also das schmeckt mir nicht wenn jemand sagt so jetzt geh ein Bier trinken nein das war keine Option für mich. Also wirklich Freunde anrufen alles rauslassen und dann zusammen lachen und dann manchmal hab ich mich auch hingelegt einfach nur ins Bett gehen und will nix hören oder ich bin dann wie gesagt ins Kino gegangen also das was in der Zeit möglich ist machen, viel ist es nicht aber immer wieder.“ (I7, 42, 94)

Oft hatten die Betreuungskräfte Glück und das Eigenheim der Patient*innen verfügt über einen Garten. Dieser kann genutzt werden, um gemeinsam mit den Patient*innen an die frische Luft zu gehen. Der Garten ermöglicht auch der Betreuungskraft allein das Haus zu verlassen, da sie im Notfall gleich wieder bei dem*der Patient*in ist.

„Ja die Patientin kommt mit mir, sitzt im Rollstuhl und kommt mit mir in den Garten und dort sitzt und schaut sie.“ (I3, 67, 202)

Die Betreuungskräfte werden oft dazu aufgefordert, sich um den Garten zu kümmern bzw. zu pflegen, obwohl dies größtenteils wiederum auch auf freiwilliger Basis geschieht. Dabei können sie ihr Hobby ausüben und gleichzeitig die Sonne im Garten genießen, besonders während der Sommermonate. Die Gartenarbeit wird als willkommene Abwechslung zum Alltag einer 24-Stunden-Betreuungskraft betrachtet.

„Mein Hobby ist im Garten zu arbeiten, das ist mein Hobby, sehr gerne arbeite ich im Garten..... ja ich habe den Garten schön gemacht, ich habe Erbsen, Kartoffeln, Zwiebeln, Knoblauch, Petersilie, Karotten eingesetzt, alles Paprika, Paradeiser, ich habe alles gemacht..... sehr gut das ist nicht Pflicht, ich will selber das machen.“ (I3, 67, 74)

Einige der befragten Betreuungskräfte bilden sich mithilfe von Fachbüchern, Kursen, Fernsehen und dem Internet weiter, um so einerseits etwas Gutes für sich selbst zu tun als auch sinnvoll beschäftigt zu sein. Durch diese Weiterbildung können sie ein besseres Verständnis für die Krankheitsbilder der Patient*innen entwickeln. Darüber hinaus tragen das Fernsehen und das Surfen im Internet zur Erweiterung ihrer Deutschkenntnisse bei.

„Internet oder schaue Fernsehen Discovery oder National Geographic das ist Programm ja was gut für meinen Kopf ist.“ (I6, 50, 56)

Um mehr Gehalt zu bekommen, werden zusätzliche Pflegekurse von den Betreuungskräften besucht. Allen Interviewten ist bewusst, dass in dieser Berufssparte immer genug Bedarf an Arbeit sein wird und man sich um die Auslastung und Arbeitsplätze keine Sorgen machen muss.

„Es waren so frustrierte Zeiten, aber ich hab mich dann weitergebildet mit dem Thema Demenz ich hab sehr viel gelesen und Kurse gemacht in der Zeit, weil ich einfach selber wollte das ich das beste ihr geben kann aber auch das ich nicht selbst durchdrehe.“ (I7, 42, 38)

Für eine befragte Betreuungskraft stellte Religion und deren Ausübung, wie Beten oder Meditation, eine weitere bedeutende Coping-Strategie dar. Die Religiosität wird als eine wichtige Ressource angesehen, auf die zurückgegriffen wird, wenn alle anderen Bewältigungsstrategien versagen.

„Ja ich hab gebetet also ja das mache ich heute auch immer schon gemacht wenn es mir schlecht geht oder mir schwer ist. Geweint hab ich nicht so viel muss ich sagen obwohl manchmal weinen ist auch eine Reinigungstherapie und hilft immer das negative loszulassen. Ich hab nicht geweint aber ich hab gebetet und das hat immer immer geholfen.“ (I4,34, 124)

Die Betreuungskräfte versuchen, diese Aktivitäten, individuell auf die Patient*innen abgestimmt, bestmöglich in ihren Arbeitsalltag zu integrieren, um sich selbst etwas Gutes zu tun.

Betreuungskräfte denken in erster Linie an die Patient*innen und wollen, dass diese gut betreut ist. Bevor die Betreuungskraft sich selbst Zeit widmet, muss von ihrer

Seite aus der*die Patient*in gut versorgt sein und das Haus oder die Wohnung sauber sein. Dadurch vergessen sie, an sich selbst zu denken und etwas für sich zu tun.

„Und das ist für mich. Überall muss es schön sein, Ordnung muss sein, die Patientin muss in Ordnung sein, das ist das erste für mich die Patientin. Wenn die Patientin ist in Ordnung dann kann ich etwas anderes machen.“ (I3, 58, 42)

4.6.8. Eigenen Grenzen kennen

Die Betreuungskräfte beachten ihre eigenen Grenzen, indem sie nur jene Patient*innen betreuen, auf die sie sich psychisch und physisch einlassen können. Sie wägen genau ab, welche Patient*innen sie sich zutrauen und welche zu schwierig beziehungsweise zu anspruchsvoll für sie sind. Sie wählen zum Beispiel Patient*innen, die eine niedrigere Pflegestufe haben und noch mobil sind, um negative Konsequenzen für die eigene Gesundheit zu vermeiden. Allgemein bekommen Betreuungskräfte, die schwierigere Fälle pflegen, auch mehr Geld. Langfristig gesehen ist es jedoch wichtig, dass jede*r auf ihre*seine eigene Gesundheit schaut. Die Betreuungskräfte nehmen weniger Gehalt in Kauf, wenn dafür das Arbeitsumfeld angenehmer ist.

„Ich hab gesagt ja ist mehr Geld aber ich kann mich jetzt nicht kaputt machen dadurch und heben kann ich nicht.“ (I4, 34, 56)

„Aber ja also ist auch eine Glücksache bei diesen Job und wenn man sich halt mehr Geld wünscht dann bekommt man halt schwierigere Fälle und dann muss man halt durchmachen und aushalten und das ist auch wieder so eine Sache. Ich war halt zufrieden mit ein bisschen weniger Geld aber dadurch hab ich mich nicht unbedingt plagen müssen.“ (I10, 67, 200)

Von Betreuungskräften wird viel verlangt. Sie müssen selbst wissen, wo ihre eigenen Grenzen sind und diese auch klar definieren. „Nein sagen“ können ist eine wichtige Coping-Strategie, die vor allem bei neuen Familien nicht immer einfach durchzusetzen ist.

„Wir haben das geklärt und ich hab immer mit der Patientin das geklärt, ich hatte zwei Mal früher gehabt wo ich auch diesbezüglich also wo ich nein gesagt habe,

hab ich K. (Chefin) angerufen und gesagt das mach ich nicht mit weil es war immer wieder das gleiche.“ (I5, 56, 96)

„Ja und das war einfach auch pausenmäßig hat sie nicht verstanden, warum weil ich bin eine 24-Stunden-Betreuerin und ich muss da sein und ich ahm hab mir dann gesagt nein das geht nicht es gibt Rahmenbedingungen ich bin ja keine Maschine die in der 24-Stunden-Betreuung arbeitet und dann bin ich ja weg.“ (I7, 42, 16)

4.6.9. Jobwechsel

Wenn die Betreuungskräfte kein Verständnis für ihre Arbeit erfahren, schlecht behandelt werden, oder in der Familie nicht willkommen sind, ziehen sie selbst die Konsequenz daraus, indem sie in seltenen Fällen sogar einen anderen Beruf suchen. Wenn die Arbeit zu gesundheitlichen Schäden führt, wird ebenso ein Jobwechsel in Erwägung gezogen.

„Ich kann das nicht mehr machen also ich versteh diese Frauen, die aus Not und aus Bedürftigkeit das machen müssen, ich versteh sie vollkommen. Und ich freue mich für jede Frau, die sich irgendwas anderes oder meistens sinds eh nur Frauen, die sich irgendwas anderes finden, dass sie sich befreien was anderes machen auch einen 8 bis 4 Uhr Job aber auch dann nicht 24 Stunden (betonend).“ (I4, 34, 74)

Die Interviewten berichten häufig, dass sie in jenen Betreuungssettings, in denen sie sich wohl fühlen, die Patient*innen bis zum Ableben betreuen und erst danach wieder einen neuen Arbeitsplatz suchen.

„Na ich sage, ich will bleiben hier bei Omi, bis Patientin nicht mehr lebt, wenn sie gestorben ist, dann mache ich ein Ende, dann habe ich schon genug gearbeitet.“ (I3, 67, 172)

5. Diskussion

Die vorliegende Masterarbeit hatte das Ziel aufzuzeigen, mit welchen Ressourcen und Bewältigungsstrategien 24-Stunden-Betreuungskräfte ihre psychische und physische Gesundheit aufrechterhalten.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass es den 24-Stunden-Betreuungskräften gelingt, ihre Arbeit zu ihrem eigenen Vorteil zu gestalten. Sie bewerten in Anlehnung an das Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) unangenehme Arbeiten nicht als Stress, sondern als bewältigbar bzw. als eine Routinearbeit. Solange sie die an sie gestellten Anforderungen verstehen, nachvollziehen können und einen Sinn darin erkennen können, führen die Belastungen, wie bei Aaron Antonovsky (1979) beschrieben, nicht zu gesundheitlichen Problemen. Zu einer negativen Stressreaktion kommt es laut Lazarus und Folkman (1984) nur dann, wenn die Betreuungskräfte Situationen als bedrohlich oder herausfordernd wahrnehmen.

Die Autorin diskutiert nachstehend die drei aus ihrer Sicht wichtigsten Kategorien, welche sich aus den Erkenntnissen der qualitativen Interviews ergeben. Die Kategorien beziehen sich auf (1) Rahmenbedingungen, (2) Umgang mit an Demenz erkrankten Patient*innen und (3) Kompetenzen zur Selbstbestimmung.

Im Anschluss werden die Erkenntnisse mit dem aktuellen Forschungsstand abgeglichen.

(1) Rahmenbedingungen

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit zeigen, dass für 24-Stunden-Betreuungskräfte zu guten Rahmenbedingungen die Ausstattung des Arbeitsplatzes zählt, um die physischen und psychischen Belastungen gering zu halten. Ein eigenes Bett, ein eigenes Zimmer, ein Internetanschluss und ein Fernseher neben z. B. Hebehilfen und einem höhenverstellbaren Krankenbett erleichtern den Aufenthalt bei den Patient*innen um einiges und erhöhen den Wohlfühlfaktor. Von den Interviewten wurden auch eine geregelte Pauseneinteilung sowie die Möglichkeit ihre Hobbies auszuüben, als ein wichtiger Faktor bei der Auswahl der Patient*innen genannt. Die Interviewten beschreiben ein gewisses Spektrum an Bewältigungsstrategien, um arbeitsfähig zu sein und auch zu bleiben. Dazu zählen die Qualität des Schlafes und ausreichende Erholungsphasen zur Regeneration während des 24-Stunden-

Betreuungssettings. Ein Enddatum für den Turnus gibt der 24-Stunden-Betreuungskraft eine gewisse Sicherheit. Ist die Betreuungskraft gezwungen, auf unbestimmte Zeit länger bei dem*der Patient*in zu bleiben, schwindet die Motivation und die Arbeitslust, welche sich wiederum negativ auf die Betreuung der Patient*innen auswirken kann. Eine solche Unklarheit widerspricht dem Kohärenzansatz nach Aaron Antonovsky (1979), da die 24-Stunden-Betreuungskraft die Handhabung nicht beeinflussen kann.

Es werden Situationen beschrieben, in denen die 24-Stunden-Betreuungskräfte ihre eigene Gesundheit hintanstellen, da die primäre Bewertung der Anforderungen von ihnen positiv ist. Sie arbeiten zum Beispiel trotz Krankheit weiter, da sie einerseits zum Wohl der Patient*innen ihre Arbeit zuverlässig erledigen möchten, da die Patient*innen auf ihre Hilfe angewiesen sind. Andererseits können sie sich keine finanziellen Einbußen erlauben. Die 24-Stunden-Betreuungskräfte sind sich in einer solchen Krankheits-Situation bewusst, dass eine Erholungsphase während des Turnus kaum möglich ist.

Die subjektiven Anforderungen der 24-Stunden-Betreuungskräfte an Rahmenbedingungen sind, wie oben dargestellt, gering, solange der monetäre Anreiz hoch genug ist. Der Hauptgrund warum Personen aus dem Ausland nach Österreich kommen und als 24-Stunden-Betreuungskräfte tätig sind, ist laut den Interviews der finanzielle Anreiz. Im Heimatland der 24-Stunden-Betreuungskräfte werden deren gelernte Berufe unterbezahlt, wodurch sie ihre Familie nicht unterstützen können. Mit dem österreichischen Einkommen sind sie finanziell unabhängig und können zusätzlich ihre Familien zuhause entlasten. Für ein besseres Einkommen in Österreich oder in anderen Ländern nehmen sie in Kauf, dass sie 24 Stunden mit den Patient*innen leben, diese betreuen und eine längere Zeit von ihrer eigenen Familie getrennt leben.

Jedoch verringern sich die Gehaltsunterschiede zwischen Österreich und den Herkunftsländern der Betreuungskräfte immer mehr. Langfristig gesehen ist zu befürchten, dass 24-Stunden-Betreuungskräfte keinen Grund bzw. Motivation mehr sehen, um für nur ein wenig mehr Geld ihre Heimat und ihre Familie für einen längeren Zeitraum zu verlassen (Schilchegger und Gruber, 2023). Eine Studie von Schaffhauser-Linzatti et al. (2022) weist auch darauf hin, dass 24-Stunden-

Betreuungskräfte im Gegensatz zu anderen Schichtarbeiter*innen keine Zusatzbezahlung für Wochenend- und Feiertagsdienste bekommen. Es ist außerdem zu befürchten, dass die 24-Stunden-Betreuungskräfte aus Österreich abwandern, weil sie in anderen Ländern wie zum Beispiel Deutschland besser bezahlt werden. Laut Hilfswerk (2023) gingen zwischen 2019 und 2022 bereits 3000 Betreuungskräfte in andere Länder, beziehungsweise ist die Vermutung, dass wieder vermehrt Schwarzarbeit betrieben wird (APA, 2023). Geschäftsführer von Malteser Care Helmut Lutz (2023) sagt: „Wenn hier nicht sofort gehandelt wird, dann riskieren wir die Unter- und Nichtversorgung von pflegebedürftigen Menschen“.

Die Rahmenbedingungen, zu denen 24-Stunden-Betreuungskräfte in Österreich arbeiten, sind von außen betrachtet als kritisch bzw. prekär zu bewerten. Bis 2006 wurde das Modell der 24-Stunden-Betreuung als „Schwarzarbeit“ geleistet, die Betreuungskräfte aus Ländern wie Rumänien, Ungarn etc. waren nicht offiziell in Österreich gemeldet und zahlten auch nicht in das Sozialversicherungssystem ein. Diese beitragsfreien Jahre fehlen bei der Berechnung des Pensionsantrittsalters. 2007 wurden zumindest gesetzliche Rahmenbedingungen und öffentliche Fördermodelle geschaffen, die eine legale Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung ermöglichen (Bachinger, 2010). Seither ist dieses Modell ein fixer Bestandteil des österreichischen Pflegesystems. Die geschaffenen Rahmenbedingungen sind auf die betreuungs- und pflegebedürftigen Personen bzw. deren Angehörige abgestimmt. Es fehlt jedoch weiterhin die Abstimmung mit den 24-Stunden-Betreuungskräften. So stellen die flexiblen und individuell gestaltbaren Pausen- und Ablöseregeln eine große Belastung für die Betreuungskräfte dar. Der Turnuswechsel sollte verbindlich geregelt sein und die 24-Stunden-Betreuungskraft sollte nicht dafür verantwortlich sein, eine geeignete Vertretung zu finden.

Die Betreuung kann in einem selbstständigen oder unselbstständigen Arbeitsverhältnis ausgeübt werden. Von den 24-Stunden-Betreuungskräften wird das Modell auf selbstständiger Basis bevorzugt, weil es finanziell auf den ersten Blick meist attraktiver wirkt, Steuern und Sozialversicherung werden erst mit Verspätung nachgefordert. Dieses Modell sieht keine offizielle Vertretungsregelung im Falle einer Erkrankung vor und auch keinen Urlaub. Die 24-Stunden-Betreuungskraft ist rund um die Uhr im Einsatz und im Falle einer Erkrankung bleibt der Betreuungskraft

nur die Möglichkeit, entweder rasch eine Vertretung zu mobilisieren, krank weiterzuarbeiten oder die betreuende Person im Stich zu lassen und nach Hause zu fahren. Selbstständige haben keinen Anspruch auf Arbeitnehmer*innenschutz

Die aktuellen Rahmenbedingungen stehen im Widerspruch zum dringenden Bedarf, den Österreich an 24-Stunden-Betreuungskräften aus anderen Ländern hat. Nur 1,6 % der 24-Stunden-Betreuungskräfte haben eine österreichische Staatsbürgerschaft (APA, 2017). Die österreichische Bevölkerung altert tendenziell und der Pflege- und Betreuungsbedarf wird von Jahr zu Jahr immer höher. Laut Schilchegger und Gruber (2023) ist es in Österreich nicht möglich, dass alle 40.000 Österreicher*innen, die momentan eine 24-Stunden-Betreuungskraft in Anspruch nehmen, durch mobile, stationäre oder ambulante Angebote versorgt und betreut werden können. Laut Statistik Austria (2021) sind 151.537 Personen Bezieher*innen von einem mobilen Dienst und es gibt 85.330 Wohn- und Pflegeplätze.

Österreich braucht Betreuungskräfte aus dem Ausland, die die Arbeit professionell und mit Freude ausüben. Die 24-Stunden-Betreuung muss eine leistbare Alternative sein, damit die pflege- und betreuungsbedürftigen Personen gut versorgt werden können und auch in ihren eigenen Wohnungen bleiben können. Eine Erhöhung der Förderung der 24-Stunden-Betreuungskräfte für Patient*innen ab Pflegestufe drei von € 640 auf € 800 pro Monat durch das Sozialministerium, wie sie ab Herbst 2023 geplant ist, ist deshalb unumgänglich (BMSGPK 2023).

Weiteres sollen auch die aus dem Ausland erworbenen Qualifikationen in Österreich schneller und einfacher anerkannt werden (BMSGPK, 2023).

Sozialorganisationen in Wien fordern zusätzlich einmal im Quartal Qualitätsvisiten durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.

Wenn es in Zukunft mehr Geld für die Betreuungskräfte geben würde, wird der Beruf dadurch automatisch attraktiver gemacht und die Betreuungskräfte wandern nicht in andere Länder ab. Kaum ein*e Österreicher*in würde den Job als 24-Stunden-Betreuungskraft für die derzeitige Bezahlung und unter den derzeit geltenden Rahmenbedingungen übernehmen.

Kritisch zu beleuchten ist die Erkenntnis, dass der finanzielle Anreiz die Hauptmotivation für die 24-Stunden-Betreuungskräfte darstellt. Werden die Erwartungen

der Betreuungskräfte nicht erfüllt, muss davon ausgegangen werden, dass jene, die höher qualifiziert sind und sich damit leichter verändern können, in besser bezahlte Länder abwandern. Das wiederum lässt befürchten, dass die Qualität der Betreuung leidet. Schon bisher ist die Qualität der geleisteten Arbeit mit den Standards, die in der Ausbildung einer österreichischen Pflegekraft verlangt werden, nicht vereinbar. Aufgrund des hohen Bedarfs gibt es aber für das Modell der 24-Stunden-Betreuung keine strengen Kriterien, was vor allem für die Patient*innen ein Nachteil ist.

Diese dargestellten Ergebnisse weisen nochmals auf die prekären und unregelmäßigen Arbeitsverhältnisse hin und jede*r sollte sich einmal selbst die Frage stellen, ob man in so einem Beruf mit diesen Verhältnissen arbeiten möchte. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese Arbeitsverhältnisse bei ausländischen Betreuungskräften toleriert werden, wenn gleichzeitig hinreichend bekannt ist, dass Österreich pflegebedürftige Menschen nicht anderweitig betreuen kann.

(2) Umgang mit an Demenz erkrankten Patient*innen

Der Gesetzgeber hat den Tätigkeitsbereich der 24-Stunden-Betreuungskraft mit der Option der „Delegation“ erweitert, wodurch auch die Übernahme von pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten legal möglich ist. Aus den Interviews geht hervor, dass die Betreuungskräfte in der Praxis viele pflegerische und ärztliche Tätigkeiten selbstständig erledigen und entscheiden müssen. Die schwierigste und häufigste Betreuung umfasst Patient*innen, die an Demenz erkrankt sind. Im nächsten Abschnitt wird über die Medikamenteneinstellung vor allem bei Patient*innen mit Demenz diskutiert.

Demenz ist ein zentrales Problem im Gesundheitswesen, da weltweit fast jedes Jahr mehr als vier Millionen Menschen neu erkranken. Demenz ist die am häufigsten auftretende und folgenreichste psychiatrische Erkrankung im fortgeschrittenen Alter. Dies hat zur Folge, dass das Hauptklientel der 24-Stunden-Betreuungskräfte aus Patient*innen besteht, die bereits an Demenz erkrankt sind oder während der Betreuungszeit daran erkranken (Händler-Schuster, 2010).

Die Ergebnisse zeigen, dass 24-Stunden-Betreuungskräfte Coping-Strategien entwickelt haben, wie sie mit an Demenz erkrankten Patient*innen umgehen. Sie nutzen ihre langjährige Berufserfahrung, um aus der Not heraus die Medikamenteneinstellung selbstständig zu übernehmen und verhindern dadurch negative Stressreaktionen für sich. In den Interviews erzählen sie, dass sie aus Erfahrung bereits wissen, welches Medikament der*die Ärzt*in verschreiben soll, damit die Patient*innen gut eingestellt werden und sie selbst ausreichend Schlaf bekommen. Die selbstständige Medikamenteneinstellung, auf welche die Betreuungskräfte zurückgreifen, wenn sie keine Hilfe von Externen bekommen, ist jedoch eine Gradwanderung. Das Medikament kann bei einer zu hohen Dosierung einen negativen Einfluss auf die Patient*innen haben. Aus den Interviews geht auch hervor, dass die 24-Stunden-Betreuungskraft zum Wohle ihrer eigenen Gesundheit und zum Selbstschutz, zur Not die Medikamente auch höher dosiert als verordnet. Die ärztliche Medikamenteneinstellung ist auch deshalb wichtig, weil das Verhalten dieser Patient*innen immer wieder Angst bei den Betreuungskräften auslöst.

Patient*innen, die an Demenz erkrankt sind, können Schmerzen oder Unwohlsein den Betreuungskräften oft nicht verbal mitteilen, sondern drücken dies entweder mit einem aggressiven, agitierten oder auch apathischen Verhalten aus. Auch Orientierungsschwierigkeiten können bei Menschen mit Demenz Erregungszustände hervorrufen (Offensive Gesunde Pflegen, 2019). Eine Studie zeigte, dass die häufigste Form der Aggression gegenüber den Betreuungskräften die verbale Aggression ist. Dies umfasst Schreien, Schimpfen, direktes infrage stellen der Kompetenz oder Beschwerden, dass die Betreuungskraft zu schnell arbeitet, zu beschäftigt ist oder Interventionen nicht ordnungsgemäß durchführt. Aggressives Verhalten von Patient*innen führt bei den Betreuungskräften zu Angst (Schnelli et al., 2020). In den Interviews erzählten Betreuungskräfte, dass sie in bestimmten Phasen der Demenz Angst vor dem*der Patient*in hatten und sich wünschten, dass sie Schulungen zu dem Thema oder einen Selbstverteidigungskurs besuchen könnten. Schnelli et al. (2020) zeigt auf, dass Betreuungskräfte nach aggressiven Vorfällen bei Patient*innen mit Demenz den Arzt seltener kontaktieren als nach Vorfällen, bei denen die Patient*innen keine Demenz hatten. Dies könnte darauf hindeuten, dass 24-Stunden-Betreuungskräfte Aggressionen bei Patient*innen mit Demenz als etwas betrachten, dass sie nicht ändern können und daher gar keine

Möglichkeit suchen, die Situation zu verbessern. Laut Hanson et al. (2015) leiden Betreuungskräfte, die aggressivem Verhalten ausgesetzt waren, eher unter Depressionen oder Schlafproblemen (as cited in Schnell 2020). Eine erhöhte Dauerbelastung bei Patient*innen mit Demenz kann dazu führen, dass die individuellen Bewältigungsmechanismen sinken und abwehrende Reaktionen ausgelöst werden, die sich in Folge wiederum negativ auf die Betreuung von Patient*innen auswirken können (Offensive Gesund leben, 2019).

Auch bei Patient*innen, die an Demenz erkrankt sind, ist es für die 24-Stunden-Betreuungskraft wichtig zu wissen, welche Aktivitäten des täglichen Lebens, wie zum Beispiel kommunizieren, ausscheiden, sich bewegen, schlafen, sich sauber halten und kleiden etc. der*die Patient*in selbstständig durchführen kann und bei welchen er*sie Hilfe braucht. Das Ziel einer Betreuungskraft sollte sein, die Eigenständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu fördern (Lauster et al., 2019). Besonders Ekel ist bei den Betreuungskräften ein großes Thema, womit sie zurechtkommen müssen. Ein „Basisekel“ gegenüber Kot, Urin und anderen Körperausscheidungen kann nicht einfach abgestellt werden. Betreuungskräfte müssen sich Techniken aneignen, um mit dem Ekel umgehen zu lernen (Offensive Gesund leben, 2019). Laut den Interviews lernten die Betreuungskräfte, den Umgang mit Körperausscheidungen und den damit verbundenen Ekel als Routine anzusehen. Als hilfreich werten sie, wenn sie von den Familien adäquate Unterstützung bekommen.

Besonders in der Anfangsphase der Demenz sind die Betreuungskräfte sehr oft auf sich allein gestellt und erhalten wenig Unterstützung von Ärzt*innen. Bis die Medikamente bei den Patient*innen wirken und sie richtig eingestellt sind, dauert es einen längeren Zeitraum. In dieser Zeit müssen die 24-Stunden-Betreuungskräfte viel aushalten bzw. auf sich nehmen. Patient*innen laufen davon, schlafen in der Nacht nicht, werden aggressiv oder sogar handgreiflich. Diese Ergebnisse sind sehr kritisch zu bewerten. Aufgrund der Tatsache, dass die Betreuungskräfte oftmals mit der Situation überfordert sind, wird im schlimmsten Fall der Gesundheit der Patient*innen durch eine Überdosierung der Medikamente geschadet. Dies steht im Widerspruch zu den in Österreich geltenden qualitativen Pflegestandards und zeigt auf, dass im Bereich Demenz noch große Versorgungslücken bestehen. Die

Betreuungskräfte werden in solchen schwierigen Situationen nicht entsprechend angeleitet bzw. begleitet.

Es entsteht der Eindruck, dass aus Ressourcenmangel und Kostenersparnis leichtfertig Aufgaben an die 24-Stunden-Betreuungskraft delegiert werden, die in einem Krankenhaus oder Pflegeheim nur von Fachpersonal übernommen werden dürfen. Die 24-Stunden-Betreuung deckt alle Tätigkeitsbereiche ab und diverse Spezialaufgaben werden an sie noch zusätzlich delegiert. Die 24-Stunden-Betreuungskraft hat in diversen Spezialbereichen jedoch keine Ausbildung wie z. B. im Wundmanagement und wird laut Interviews durch den*die Wundpfleger*in eingeschult. Danach wird erwartet, dass die 24-Stunden-Betreuungskraft auch diesen Aufgabenpart optimal übernehmen kann. Die Delegation passiert unreflektiert und eine hochqualitative Betreuung kann damit nicht sichergestellt werden.

(3) Kompetenzen zur Selbstbestimmung

Die 24-Stunden-Betreuungskräfte haben während ihrer beruflichen Laufbahn eigene Coping-Strategien entwickelt, um mit den psychischen und physischen Anforderungen umgehen zu können. Im Anschluss werden förderliche Kompetenzen von 24-Stunden-Betreuungskräften diskutiert, die als Ressourcen bewertet werden.

Die eigenen Bedürfnisse während der Betreuungszeit bei den Patient*innen verbalisieren zu können, ist von großer Bedeutung. Generell wurde in den Interviews von den Betreuungskräften berichtet, dass sie aktuell bei Patient*innen bzw. Familien arbeiten, mit denen sie sehr zufrieden sind und bei denen sie ihre Wünsche und Probleme äußern können. Zudem fühlen sie sich verstanden und gehört. Ein gutes Einverständnis zwischen den Patient*innen, den Angehörigen und der 24-Stunden-Betreuungskraft ist sehr wichtig und wirkt sich positiv auf alle Beteiligten aus (Schilgen et al., 2019). Aus den Ergebnissen zeigt sich, dass eine gute Empathiefähigkeit der 24-Stunden-Betreuungskräfte eine wichtige Ressource darstellt. Diese ermöglicht das individuelle Eingehen auf die Patient*innen.

Die 24-Stunden-Betreuungskräfte berichten auch von ihren Erfahrungen bei Familien, die die Betreuungskraft als nicht vollwertige Person wahrgenommen haben. Eine Betreuungskraft musste sich z. B. rechtfertigen, warum sie sich ein

Stück Brot mehr zum Frühstück nahm und warum sie beim Supermarkt zusätzlich ein Joghurt für sich einkaufte. In solchen Familien fühlen sich die Betreuungskräfte verständlicherweise nicht wohl und bekommen das Gefühl vermittelt, nur zum Arbeiten hier zu sein. Die Studie von Schaffhauser-Linzatti (2022) zeigt, dass sich jedoch nur 8,4 % der Betreuungskräfte von den Familienmitgliedern der Patient*innen sehr wertgeschätzt fühlen. Potzmann (2009) betont, dass sich Betreuungskräfte mit größerer Konfliktfähigkeit leichter abgrenzen können. Je länger die Betreuungskräfte im Beruf tätig sind, desto mehr nimmt auch die Fähigkeit zu, sich Aufgabenbereiche auszuverhandeln.

Manche Betreuungskräfte beschreiben, dass sie diskriminiert werden, weil sie nicht gut Deutsch sprechen und ihre Gefühle und Bedürfnisse nicht ernst genommen werden. Bereits Schilgen et al. (2019) führen aus, dass die Kommunikation zwischen der 24-Stunden-Betreuungskraft, der*dem Patient*in und den Angehörigen aufgrund der nicht ausreichenden Deutschkenntnisse erschwert wird. Aus den Interviews geht hervor, dass jene Betreuungskräfte mit besseren Deutschkenntnissen selbstbewusster waren und sich trauten ihre Meinung zu äußern bzw. den Patient*innen oder Angehörigen zu entgegenen. Durch das Beherrschen der deutschen Sprache, ist es möglich, Termine und Telefonate für die Patient*innen zu erledigen.

Wichtig ist, dass sich die Betreuungskraft während ihres Turnus abgrenzen kann und die eigenen Grenzen kennt. Das Gefühl, ständig verfügbar sein zu müssen und 24 Stunden lang von kranken oder alten Personen umgeben zu sein, stellt eine große Belastung für die Betreuungskräfte dar. Zusätzlich muss sich die Betreuungskraft an die jeweilige Stimmungslage der Patient*innen anpassen. Die Interviewten berichten, dass sie bei unpassenden Betreuungssettings rechtzeitig zu einer anderen Betreuungsfamilie wechseln oder die Betreuungsarbeit gänzlich beenden.

Ein hoher Selbstwert bei der 24-Stunden-Betreuungskraft wird anhand der Interviews als Ressource gewertet. Dieser steigt durch Lob und Anerkennung der Patient*innen und Angehörigen und durch das Bewusstsein, gebraucht zu werden.

Andererseits berichten die Betreuungskräfte in den Interviews, dass sie selbst aus psychohygienischen Gründen entscheiden, eine*n Patient*in bei Bedarf bis zum

Tod zu begleiten. Das Miterleben des Sterbens hilft den Betreuungskräften bei der Verarbeitung und beim Abschließen des Betreuungssettings.

Familien im Heimatland einer 24-Stunden-Betreuungskraft leiden ebenfalls unter der langen Trennung. Eine wichtige Erkenntnis aus den Interviews ist, dass die Betreuungskräfte in den meisten Fällen die Arbeit im Ausland nur dann annehmen, wenn diese in ihre aktuelle Lebenssituation passt. Das trifft z. B. auf junge Betreuungskräfte zu, die noch keine eigenen Kinder haben und Geld verdienen wollen oder müssen. Ältere Personen nehmen die Arbeit an, sobald ihre Kinder erwachsen sind und die Kinder selbstständig sind. Die Interviewten beschreiben ihre Arbeit als 24-Stunden-Betreuungskraft insgesamt positiv, da sie selbst entscheiden können, wann und wo sie die Arbeit ausüben und ihnen die Arbeit zu einer besseren Lebenssituation verhilft.

Für Betreuungskräfte, die nur über wenige Deutschkenntnisse verfügen, besteht die Gefahr, dass sie schwerer Anschluss bei der Familie finden bzw. sie nicht adäquat aufgenommen werden. Bei der Konfrontation mit dem*der Patient*in bzw. ihren Familien gehört viel Mut dazu. Nicht alle Betreuungskräfte verfügen über ausreichende soziale Kompetenzen, wodurch Missstände eventuell nicht angesprochen werden. Weiteres sind die Betreuungskräfte in einer finanziellen Abhängigkeit und erdulden auch negative Bedingungen. Gerade für junge 24-Stunden-Betreuungskräfte, die zum ersten Mal alleine von zuhause weg sind, sind die oben beschriebenen Kompetenzen wichtig, damit sie die genannten Herausforderungen bewältigen können.

Zusammenfassend wird auf Basis der oben diskutierten Faktoren festgehalten, dass die 24-Stunden-Betreuungskräfte über individuelle Bewältigungsmechanismen verfügen, um mit den Belastungen adäquat umzugehen und damit negative Stress-Reaktionen zu vermeiden. Wie bei Lazarus und Folkman (1984) beschrieben, hängt die wahrgenommene Belastung stark von der individuellen Bewertung der Situation ab und diese wiederum von den vorhandenen Ressourcen, Strategien und Kompetenzen.

6. Limitation der Arbeit

Insgesamt hat die Forscherin aufgrund des geringen Zeitfensters nur acht 24-Stunden-Betreuungskräfte interviewt. Eine Durchführung von mehr Interviews hätte aussagekräftigere Ergebnisse ergeben, hätte jedoch auch den inhaltlichen Rahmen der vorliegenden Masterarbeit gesprengt. Alle acht Interviewten waren Frauen und nur zwei davon bei einer Agentur angestellt. Allgemein sind laut Schaffhauser-Linzatti (2022) nur 5,2 % der 24-Stunden-Betreuungskräfte Männer. Hätten mehr Betreuungskräfte teilgenommen, die bei Agenturen angestellt sind, wäre ein besserer Vergleich zwischen einer selbstständigen und einer angestellten Betreuungskraft möglich gewesen. Zwei der Interviews wurden im Rahmen der Masterarbeit online via Zoom durchgeführt, die restlichen persönlich. Die non-verbalen Kommunikationsbotschaften konnten bei den via Zoom durchgeführten Interviews nicht erfasst werden und sind daher nicht in den Ergebnissen berücksichtigt worden.

Eine große Limitation war die Sprachbarriere. Dadurch, dass die Interviews nicht in der Muttersprache der jeweiligen Betreuungskraft stattfinden konnten, sondern die Forscherin die Interviewfragen auf Deutsch stellte, hatten einige Betreuungskräfte sicherlich Schwierigkeiten damit, die richtige Wortwahl zu den gestellten Fragen zu finden und das auszudrücken, was sie wirklich sagen wollten. Daher wäre es möglich, dass Betreuungskräfte wichtige Aussagen im Interview nicht erwähnten, da sie nicht wussten, wie sie diese auf Deutsch formulieren sollen. Die Interviews mit einem Dolmetsch zu führen, war für die Forscherin aufgrund des Aufwandes nicht machbar. Ihrer Meinung nach hatten die interviewten Betreuungskräfte jedoch einen ausreichend guten deutschen Wortschatz, um die gestellten Fragen adäquat beantworten zu können.

Alle interviewten Personen haben freiwillig an der Forschungsarbeit teilgenommen. Eine gewisse Verfälschung der Ergebnisse kann jedoch dadurch entstanden sein, dass die Forscherin die Betreuungskräfte von Bekannten empfohlen bekam. Dadurch könnte es zu einem Selektionsbias gekommen sein. Eine gewisse soziale Erwünschtheit im Antwortverhalten der Interviewten ist generell nicht auszuschließen. Dadurch, dass die Forscherin selbst im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege arbeitet und das Setting der 24-Stunden-Betreuung aus persönlicher Erfahrung kennt, könnten die Ergebnisse unbewusst beeinflusst worden sein.

7. Fazit

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit thematisiert, welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien von 24-Stunden-Betreuungskräften beschrieben werden, um diverse Anforderungen ihres Arbeitsbereiches bewältigen und damit einen Beitrag zu Aufrechterhaltung ihrer psychischen und physischen Gesundheit leisten zu können.

Zur Beantwortung dieser Frage werden nun die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit kurz dargestellt. Es werden geläufige Stressoren und Ressourcen in der 24-Stunden-Pflege aufgezeigt und in weiterer Folge konkrete Handlungsempfehlungen zur qualitativen Verbesserung des 24-Stunden-Betreuungsmodells beschrieben.

Die Arbeit in der 24-Stunden-Pflege bringt eine Vielzahl an Herausforderungen und Belastungen mit sich, denen sich die Betreuungskräfte tagtäglich stellen müssen. Sowohl psychische als auch physische Belastungen prägen das Arbeitsumfeld und erfordern von den Betreuungskräften ein hohes Maß an Einsatz und Bewältigungsfähigkeit. Die Betreuungskräfte entwickeln hierbei Strategien durch subjektive Bewertungsprozesse gemäß dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) sowie unter Einsatz von Ressourcen nach dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky, um Stresssituationen möglichst erfolgreich zu bewältigen.

Als zentrales Element und Motivation für die Wahl des Berufs als 24-Stunden-Pflegekraft werden häufig die finanziellen Vorteile genannt. Darüber hinaus erleben viele Befragte die Arbeit als sinnstiftend und positiv. Weiters werden Motivation und Arbeitszufriedenheit der Betreuungskräfte wesentlich gesteigert, wenn sie von den Angehörigen des*der Patienten*in einen wertschätzenden Umgang erfahren. Intensive Kontaktmöglichkeiten zu anderen Betreuungskräften und zur eigenen Familie kommen als weitere zentrale Ressource zur Bewältigung von Belastungen hinzu.

Für einen langen Verbleib der Betreuungskräfte im Beruf stellen individuelle Erholungsphasen während der Arbeitszeit eine notwendige Voraussetzung dar. Leider können die gesetzlich festgelegten Erholungszeiten seitens der Betreuungskräfte oft nicht eingehalten werden, da es unter anderem an geregelten Übergaben und einer Vertretung mangelt. Daher ist es von großer Bedeutung, dass die

Pflegekräfte ihr Recht auf Pausen konsequent einfordern, um einer übermäßigen Belastung sowohl psychisch als auch physisch entgegenzuwirken.

Wenn es den 24-Stunden-Betreuungskräften gelingt, die Zeit bei den Patient*innen auch für ihre eigenen Interessen zu nutzen, indem sie sich fachlich als auch sprachlich weiterbilden, wird dies als weitere Bewältigungsstrategie bewertet.

In den Interviews wurde auch die Bedeutung einer korrekten Dosierung der Medikamente als Teil einer Bewältigungsstrategie für die Betreuungskräfte erfasst. Es wurde betont, dass nur durch eine sorgfältige Anpassung der Medikation an den*die jeweiligen Patient*in sowohl der Schutz der Betreuungskraft selbst als auch das Wohlergehen des*der Patient*in gewährleistet werden kann.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Betreuungskräfte auf eine Vielzahl von individuellen Ressourcen und wirksamen Bewältigungsstrategien zurückgreifen, um eine erhöhte Widerstandsfähigkeit gegen diverse Belastungssituationen aufweisen zu können. Dem gegenüber stellt sich das Arbeitsumfeld bzw. die Arbeitsbedingungen, wie bereits in früheren Studien (z. B. Schilgen et al., 2019) erwähnt, selbst nach Einführung des Hausbetreuungsgesetzes, als wenig unterstützend und teilweise sogar prekär dar.

Angesichts dessen ist es dringend erforderlich, die Qualität der 24-Stunden-Pflegearbeit zu verbessern, indem höhere Standards eingeführt werden und entsprechend wirksame Kontrollen gewährleistet sind.

IV. 7.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Im Anschluss werden Empfehlungen, die sich aufgrund der Erkenntnisse aus den Interviews ergeben, aufgelistet:

In ganz Österreich sollten kostenlose Schlichtungsstellen, wie sie bereits in Wien von der Wirtschaftskammer für die selbstständigen 24-Stunden-Betreuungskräfte zur Verfügung stehen, angeboten werden. Diese Stellen sind dann relevant, wenn es zwischen Organisationen von Personenbetreuung und Betreuungskraft zu Konflikten kommt.

Die Betreuungskräfte bräuchten eine*n Ansprechpartner*in zum Beispiel im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz während des Aufenthaltes in Österreich, an den*die sie sich verlässlich wenden können und mit deren*dessen Hilfe sie Standards bei der Vertragsgestaltung durchsetzen könnten.

Die Qualitätskontrollen sollten ausgebaut werden, um nicht nur die Patient*innen zu schützen, sondern auch die Betreuungskräfte. Aufgrund der Regelung, dass jegliche medizinische Aufgabe an die 24-Stunden-Betreuungskraft delegiert werden kann, führt dies oft zu einer Überforderung mit der Situation. Es fehlt an Stellen, bei denen Betreuungskräfte Hilfe und Halt finden können. Aus diesem Grund bedarf es einer Hotline oder einer niederschweligen Anlaufstelle, die von diplomierten Pflegekräften betreut wird und an die sich 24-Stunden-Betreuungskräfte mit medizinischen Fragen und Unsicherheiten wenden können. Idealerweise ist die Übersetzung in die Muttersprache der Ratsuchenden gewährleistet.

Da Betreuungskräfte oft bei Patient*innen arbeiten, die schwer krank, dement oder am Ende ihrer Lebenszeit sind, sollte die Möglichkeit bestehen, jederzeit eine Supervision in Anspruch nehmen zu können. Um den qualitativen Standard zu gewährleisten, wäre sogar eine verpflichtende Supervision vorteilhaft.

Einerseits wären online Supervisionen in der Muttersprache der Betreuungskräfte notwendig, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting, andererseits bedarf es eines regelmäßigen persönlichen Austausches an zentralen Standorten. Dadurch würden sich die 24-Stunden-Betreuungskräfte untereinander kennenlernen, könnten sich gegenseitig besser unterstützen und leichter Anschluss finden. Vor

allem bei Patient*innen, die an Demenz erkrankt sind, werden Schulungen in Selbstverteidigung bzw. zur Deeskalation gewünscht.

Eine weitere Empfehlung wäre für die 24-Stunden-Betreuungskräfte während ihres Turnus-Aufenthaltes Online-Deutschkurse anzubieten und den positiven Abschluss mit Bonuszahlungen zu honorieren. Dies würde den Betreuungskräften eine persönliche Weiterentwicklung ermöglichen, indem sie ihre Sprachkenntnisse verbessern, einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen und in Folge bessere Chancen am Arbeitsmarkt in Österreich haben. Zum Beispiel wäre bei angemessenen Deutschkenntnissen die Ausbildung zur Pflegeassistenz oder Pflegefachassistenz möglich. Ein solches Anreizsystem wäre sowohl für die 24-Stunden-Betreuungskraft als auch für die langfristige Gewährleistung eines funktionierenden Pflegesystems in Österreich von Vorteil.

Um eine langfristige Sicherstellung der bereits alarmierenden Betreuungssituation von Pflegebedürftigen in Österreich gewährleisten zu können, müssen die in dieser Arbeit beschriebenen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um attraktive Arbeitsbedingungen sicherzustellen und die qualitativen Standards des 24-Stunden-Betreuungsmodells zu verbessern.

V. 7.2 EMPFEHLUNG FÜR WEITERFÜHRENDE FORSCHUNG

Als zukünftiges Forschungsthema wäre es von Interesse zu erheben, inwieweit die individuellen Bewältigungsmechanismen der 24-Stunden-Betreuungskräfte über längere Sicht den schwierigen Arbeitsbedingungen und den unzureichenden Rahmenbedingungen standhalten. Diese Studie würde über einen längeren Zeitraum untersuchen, wie lange die Betreuungskräfte tatsächlich in diesem Bereich arbeiten und wie ihnen ihre Bewältigungsstrategien dabei helfen. Interessant wäre demnach auch zu erheben, nach wie vielen Jahren Betreuungskräfte den Beruf verlassen und in welche Branche sie danach wechseln.

Ein weiterer Fokus sollte daraufgelegt werden, welche Faktoren dazu beitragen, dass die 24-Stunden-Betreuungskräfte im österreichischen Pflegesystem langfristig Fuß fassen bzw. sich weiterentwickeln können, um den Pflegemangel hierorts zu minimieren. Es wäre spannend zu erfahren, inwieweit die 24-Stunden-Betreuungskräfte von den Angehörigen oder Agenturen motiviert und gefördert werden, um die Sprache zu perfektionieren und sich weiterzubilden. Das Ziel wäre, die Betreuungskräfte langfristig in Österreich zu behalten und ihnen Alternativen im Pflegeberuf anzubieten.

Abschließend ist zu sagen, dass die Bedeutung und Nachfrage der 24-Stunden-Betreuung in Österreich stetig zunimmt und darauf geachtet werden muss, dass die Betreuungskräfte nicht zurück in ihre Heimat gehen oder in andere Länder abwandern. Durch weitere Forschungsarbeiten kann herausgefunden werden, was die Betreuungskräfte benötigen, um länger in diesem Beruf tätig zu bleiben bzw. sich in Österreich weiterzuentwickeln.

8. Literaturverzeichnis

- Amnesty International (2021). *Wir wollen nur ein paar Rechte. 24-Stunden-Betreuer*innen werden Ihre Rechte in Österreich verwehrt*. Amnesty International Ltd. London https://www.amnesty.at/media/8593/amnesty-bericht_wir-wollen-nur-ein-paar-rechte-24h-betreuung-oesterreich_juli-2021_deutsch.pdf. Abgerufen am: 19.11.2021.
- APA. (2023). *derStandard*.
<https://www.derstandard.at/story/2000144525763/sozialorganisationen-fordern-mehr-geld-fuer-24-stunden-betreuung>. Abgerufen am: 28.3.2023.
- APA. (2017). *derStandard*.
<https://www.derstandard.at/story/2000061124324/pflege-ueber-achtzig-prozent-der-betreuer-aus-slowakei-und-rumaenien>. Abgerufen am: 20.6.2023.
- Aschenfeld, B. (2013). *Diplomarbeit 2D: 4D und gendertypische Unterschiede bei Stress*. Wien: Universität Wien.
- Bachinger, A. (2010). *24-Stunden-Betreuung – gelungenes Legalisierungsprojekt oder prekäre Arbeitsmarktintegration*. SWS Rundschau, S. 399-412.
- Balounova (2013). „Selbständige Personenbetreuer/innen aus der Slowakei in der 24-Stunden-Betreuung“, Diplomarbeit.
- Bartholdt, L., & Schütze, A. (2010). *Stress im Arbeitskontext. Ursachen, Bewältigung und Prävention*. Weinheim: Beltz.
- Bauer, G., Mayer H., (2016). „Laienpflege“ als Barriere oder Unterstützung für die Professionalisierung der Pflege? Eine kritische Betrachtung der 24-Stunden-Betreuung, in: Weicht, B., Östrele, A., (Hrsg.): *Im Ausland zu Hause pflegen*, S. 59-87. Wien: LIT.
- Bauer, G. & Österle, A. (2011). *Personenbetreuung in Österreich. Motive und Beschäftigungsbedingungen der Betreuung in privaten Haushalten*. österreichische Pflegezeitschrift, S. 15–18.

- BMASGK. (16.4.2020). *Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz*. von <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/1/Seite.360535.html>. Abgerufen am: 20.12.2020.
- BMSGPK. (2021). *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*. von <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=175>. Abgerufen am: 29.1.2023.
- BMSGPK. (2023). *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*. von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/24-Stunden-Betreuung.html>. Abgerufen am: 20.6.2023.
- Bodenmann, G., & Gmelch, S. (2009). *Stressbewältigung*. In Margraf, J. & Schneider, S. (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3rd ed., Vol.2, pp. 617-629). Heidelberg: Springer.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. In *Qualitative Research in Psychology*.
- Buchan, J. (2009). *Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution?* In C.-A. Dubois, M. McKee, & E. Nolte, *Human resources for health in Europe* (S. 41-62). England: WHO.
- Famira-Mühlberger, U. (2017). *Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenbetreuung in Österreich*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, WIFO-Projektnummer: 4016.
- Fox (2014). *Lebenswelten in Bewegung. Transnationale CareMigrantinnen aus der Slowakei in der 24-StundenBetreuung in Österreich*. Diplomarbeit.
- Giesenbauer, B., & Glaser, J. (2006). *Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege – Beeinflussung fremder und eigener Gefühle*. In *Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit* (S. 59-83). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glaser, J., & Höge, T. (2005). *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*.

- Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Gölles, B. (2009). *Diplomarbeit zur Auswirkung von Stress auf das Immunsystem bei Frau und Mann*. Graz: Medizinische Universität Graz.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., & Pantel, J. (2016). *Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende*. Berlin: Springer.
- Haidinger, B., Knittler, K. (2014). *Feministische Ökonomie*. Wien: Mandelbaum.
- Händler-Schuster, D. (2010). *Emotionalität bei Demenz. Möglichkeiten einer individuellen Beziehungsgestaltung im Pflegealltag*. In Psych Pflege 2010; 16; 69- 74. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hanson, G. C., Perrin, N. A., Moss, H., Laharnar, N., & Glass, N. (2015). *Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: A cross-sectional study*. BMC Public Health, 15, 11. <https://doi.org/10.1186/s12889-014-1340-7>.
- Höller, C. (11. 11 2017). *Die Presse*. <https://www.diepresse.com/5318621/die-zahl-der-pflegebedurftigen-steigt-stark>. Abgerufen am: 29.1.2023.
- Huber, K. (2014). *Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Stresserleben und Gesundheitsverhalten – eine empirische Studie mit Studierenden (Bachelorarbeit)*. Landau: Universität Koblenz-Landau.
- Jerusalem, M., & Hopf, D. (2002). Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Zeitschrift für Pädagogik, S. 28-53.
- Knecht, A., Schuber, F. (Hrsg) (2012). *Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kurz, A., Stockhammer, C., Fuchs, S., & Meinhard, D. (2009). *Das problemzentrierte Interview*. In R. Buber, & H. H. Holzmüller, Qualitative Marktforschung (S. 463- 475). Gabler.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lutz, R. (2008). *Perspektiven der Sozialen Arbeit*. Erschienen in: Aus Politik und Zeitgeschichte: APuZ und Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung.

- Lutz, H., & Schwalgin, S. (2008). *Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung*. Leverkusen: Barbara Budrich.
- Mayer, H. (2019). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. Wien: Facultas.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. (6. Auflage). Beltz.
- Michel, A., Sonntag, K., Noefer, K. (2011). *Erfassung psychischer Belastungen: Subjektive und objektive Analysezugänge am Beispiel von Verladetätigkeiten im Logistikbereich eines internationalen Airports*. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 2011/3 (S.65).
- Mittelmark, M., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G., Pelikan, J., Linström, B., Espenes, G. (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer.
- 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*. Universität Wien.
- Naseem, Z. & Khalid, R. (2010). *Positive Thinking in Coping with Stress and Health outcomes: Literatur Review*. *Journal of Research and Reflections in Education*: June 2010, Vol. 4, No.1, pp 42- 61.
- Offensive Gesund Pflegen (Hrsg.) (2019). *Mit schwierigen Themen in der Pflege offen umgehen*. (2. Auflage). Dresden.
- Perrez, M., Reicherts, M. (1992). *A situation- behavior approach to stress and coping*. Seattle: Hogrefe&Huber Publishers.
- Petry, H., Naef, R., Dreizler, J., Rüesch, P., & Mahrer-Imhof, R. (2016). *Erfahrung von älteren Menschen und deren Familien mit einer Rund-um-die-Uhr Betreuung durch Care MigrantInnen*. *Pflege*, S. 1-14.
- Potzmann, E. (2009). *Die Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung und deren Auswirkungen auf Personenbetreuerinnen*. Diplomarbeit, Universität.
- Reif, J., Spieß, E., Stadler, P. (2018). *Effektiver Umgang mit Stress. Gesundheitsmanagement im Beruf*. Deutschlang: Springer Verlag.
- Rusch, S. (2019). *Stressmanagement. Ein Arbeitsbuch für die*

- Aus-, Fort- und Weiterbildung.* (2. Auflage). Deutschland: Springer Verlag.
- Schaffhauser-Lianzatti M., Gürtlich G., Reichmann A., (2022). *Die Situation der 24-Stunden-Betreuungskräfte in Österreich.* (1. Auflage). Wien: Holzhausen - Der Verlag.
- Schilchegger, J., Gruber, A. (2023): *Eine 24-Stunden-Betreuung ist eigentlich nicht leistbar.* *derStandard.*
<https://www.derstandard.at/story/2000146332739/eine-24-stunden-betreuung-ist-eigentlich-nicht-leistbar>. Abgerufen am: 20.6.2023.
- Schilgen, B., Savcenko, K., Nienhaus, A., & Mösko, M. (2019). *Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24-Stunden Betreuungskräften in deutschen Privathaushalten - eine qualitative Studie.* New York: Georg Thieme Verlag KG Stuttgart.
- Schmid, T. (2010). *Hausbetreuung in Österreich. Zwischen Legalisierung und Lösung.* In: Scheiwe, K., Krawietz, J. [Hrsg.]: *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt, A., & Leichsenring, K. (2016). *Der österreichische Weg der 24-Stunden-Betreuung und seine Wirkung auf Qualität und Qualitätssicherung.* Österreichische Sozialversicherung. Von Österreichische Sozialversicherung:
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714344&version=1454405894>. Abgerufen am: 20.6.2023.
- Schnell, T. (2016). *Psychologie des Lebenssinns.* Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Schnelli, A., Mayer, H., Ott, S., Zeller, A. (2020). *Experiencie of aggressive behaviour of health professionals in home care services and the role of persons with dementia.* Nursing Open.
- Schön, R., Sperlich, E., Neumann, T., & Somlyay, M. (2014). *Betreuung daheim - Schritt für Schritt zur legalen Pflege.* Wien: MANZ Verlag Wien.

- Schwiter, K. (2019). *Problematische 24- Stunden – Betreuung zu Hause*. Zürich: University of Zurich.
- Six-Hohenbalken, M. & Totic, J. (2009). *Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte*. Wien: WUV Facultas.
- Sozialministerium (2019). *Sozialministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Qualitaetssicherung.html>. Abgerufen am: 08. 12 2020.
- Statistik Austria (2020). *Statistik Austria*.
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html. Abgerufen am: 16. 11 2020.
- Statistik Austria (2021). *Statistik Austria*.
<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialleistungen/betreuungs-und-pflegedienste>. Abgerufen am: 10.6.2023.
- Steiner, J., Prieler, V., Leiblfinger, M., & Benazha, A. (2019). *Völlig legal? Rechtliche Rahmung und Legalitätsnarrative in der 24h-Betreuung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, S. 1-19.
- Steinbach H. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention für Pflege – und andere Gesundheitsberufe*. Facultas Verlag: Wien.
- Vester, F. (2008). *Phänomen Stress*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt am Main/New York.
- Zimbardo, P. (1988). *Psychologie*. 5. Auflage. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag.

9. Anhang 1: Einverständniserklärung



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich wurde von der verantwortlichen und durchführenden Person der Studie über das Ziel der Studie „24- Stunden Betreuung“ informiert. Ich hatte Möglichkeiten Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich bin über den möglichen Nutzen der Studie informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme am Interview zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme auf freiwilliger Basis erfolgt. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirkt.

Mir ist bekannt, dass das Interview aufgezeichnet, meine Daten anonym gespeichert, vertraulich behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten, noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Interview und damit der Studie.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Mitwirkenden

Ort, Datum

Unterschrift des Studienverantwortlichen

Durchführung der Studie: Skok Sarah
Studierende des Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien

unter Betreuung und Supervision von Dr. phil. Angela Schnell, Pflegefachfrau MScN

10. Anhang 2: Formblatt



FORMBLATT

Persönliches:

Alter:
Geschlecht:
Familienstand:
Kinder:
Herkunftsland:
Raucher / Nichtraucher:

Zur Tätigkeit

Wie lange üben Sie den Beruf bereits aus?
Alter des Klienten:
Welche Pflegestufe hat der/ die KlientIn:
Was ist der Grund der Betreuung:
Seit wann sind Sie bei Ihrem Klienten tätig?

Durchführung der Studie: Skok Sarah
 Studierende des Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien
 unter Betreuung und Supervision von Dr. phil. Angela Schnelli, Pflegefachfrau MScN

11. Anhang 3: Interviewleitfaden



universität
wien

INTERVIEWLEITFADEN

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Guten Tag, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben. Beschreiben Sie bitte kurz einen typischen Arbeitstag von Ihnen als 24 Stunden Betreuungskraft. Nennen Sie bitte den Grund, warum der/die Patient*in Sie braucht? Nennen Sie mir eine für Sie 1. Routine Arbeit /Aufgabe – Wie gehen Sie damit um? 2. herausfordernde Arbeit / Aufgabe - wie gehen Sie damit um? 3. und eine Ausnahme Situation – wie gehen Sie damit um? (ZB: Sturz, Dekubitusprophylaxe, Angehörigengespräche, Wohnsituation, Lagerung, Körperpflege) Beispielfotos		
Inhaltliche Aspekte:	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
Für welchen Zeitraum sind Sie bei dem/der Patient*in Arbeitstätigkeiten	Wie lange sind Sie bei einem Patienten eingeteilt? / In welchen Rhythmus findet ein Wechsel statt? Wer bzw. wie wurden Sie in die Arbeitstätigkeiten eingelernt? – was hätten sie sich mehr gewünscht?	Und sonst? Was meinen Sie damit konkret? Und weiter?
Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Was belastet Sie während ihres Aufenthaltes am meisten? (psychische)		
Inhaltliche Aspekte:	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
Kontakt zur Außenwelt, Druck, „eingesperrt sein“, reden mit Freunden / Familie	Welche Hobbies üben Sie aus? Wie oft haben Sie Kontakt zu ihrer Familie? Was tun sie sich selbst Gutes? Wie oft nehmen Sie sich eine Pause und wie gestalten sie diese?	Gibt es sonst noch was? Können Sie das genauer beschreiben? Und sonst?

Durchführung der Studie: Skok Sarah
Studierende des Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien

unter Betreuung und Supervision von Dr. phil. Angela Schnell, Pflegefachfrau, MScN



universität
wien

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Haben Sie während ihrer Arbeit körperliche Beschwerden, wenn ja – welche? (Tut Ihnen etwas weh bei der Arbeit / Haben sie Schmerzen)		
Inhaltliche Aspekte:	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	Werden die Schmerzen mehr oder weniger, wenn sie dazwischen nachhause fahren? Wie erholen Sie sich zwischen den Aufenthalten?	Können Sie noch etwas dazu erzählen? Können Sie mir das genauer beschreiben? Was meinen Sie damit konkret?
Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wie kommen Sie mit der Situation zurecht, dass sie 24 Stunden täglich für eine Person verantwortlich sind?		
Inhaltliche Aspekte:	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
Freizeitmöglichkeit, soziale Kontakte, Pausen, Bezugsperson	Wie ist ihre Wohnsituation? Wie ist ihr Verhältnis zu den Angehörigen? Wie pflegen Sie Ihre sozialen Kontakte?	Und sonst? Was meinen Sie damit konkret? Und weiter?

Durchführung der Studie: Skok Sarah
Studierende des Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien

unter Betreuung und Supervision von Dr. phil. Angela Schnelli, Pflegefachfrau, MScN



Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Was tun Sie, damit es Ihnen bei der Arbeit gut geht?		
Was tun Sie, dass Sie möglichst lange in diesem Beruf arbeiten können?		
Inhaltliche Aspekte:	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
Coping-strategien, wie gehe ich mit Stress um	Was tun sie gegen Heimweh? Wie nützen sie ihre freie Zeit? Können Sie Ihre Ihren Patient*in alleine lassen? Wie gesund fühlen sie sich auf einer Skala von 1- 10?	Gibt es sonst noch was? Können Sie das genauer beschreiben? Uns sonst?
Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wie gehen Sie mit den Belastungen in ihrer Arbeit um und was tun sie dagegen?		
Was tun Sie. wenn sie müde, traurig, erschöpft sind oder keine Lust mehr haben?		
Inhaltliche Aspekte:	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
Coping Strategien – was tue ich das es mir wieder gut geht	Mit welcher Motivation üben sie den Beruf aus?	Können Sie noch etwas dazu erzählen? Können Sie mir das genauer beschreiben? Was meinen Sie damit konkret?

Durchführung der Studie: Skok Sarah
Studierende des Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien

unter Betreuung und Supervision von Dr. phil. Angela Schnell, Pflegefachfrau, MScN