

Z Gerontol Geriat 2019 · 52:761–766  
<https://doi.org/10.1007/s00391-018-01485-0>  
 Eingegangen: 10. August 2018  
 Überarbeitet: 31. Oktober 2018  
 Angenommen: 16. November 2018  
 Online publiziert: 26. November 2018  
 © Der/die Autor(en) 2018



Brigitte Jenull · Nadja Frate

Abteilung für Gesundheitspsychologie, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Klagenfurt, Österreich

# Wie schaffen wir den Spagat zwischen Pflege und Erwerbsarbeit?

## Eine Studie zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit an der Alpen-Adria-Universität

### Hintergrund

Sich um einen pflegebedürftigen Angehörigen zu kümmern, stellt für viele Menschen eine Alltagsrealität dar. Mit einem Prozentsatz bis zu 80 % stellen informell Pflegende das Rückgrat unseres Pflegesystems dar [1]. In Österreich bezogen im Jahr 2017 456.650 Personen, das entspricht in etwa 5 % der österreichischen Bevölkerung, Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz [2]. Die Entscheidung für eine Pflegeübernahme ist vielschichtig motiviert. Neben emotionalen Beweggründen, wie Zuneigung und Dankbarkeit, spielen moralische Werthaltungen eine große Rolle [3, 4]. Blinkert und Klie weisen darauf hin, dass in den jüngeren Generationen und den statushöheren Milieus die Bereitschaft für Pflege weniger von moralischen Erwägungen als von Kostenfaktoren beeinflusst wird. Als entscheidungsrelevant werden „Opportunitätskosten“ betrachtet, das sind jene Kosten, die entstehen, wenn durch eine Pflegeübernahme auf berufliche Karriereoptionen verzichtet werden muss [5]. Ist die Entscheidung für die Pflegeübernahme eines Angehörigen getroffen, erfolgt diese großteils ohne bzw. nur mit geringer Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen. Rudda et al. [6] sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass jeder zweite Pflegegeldbezieher ausschließlich von Angehörigen betreut wird.

Informell Pflegende sind in erster Linie Frauen – Töchter, Schwiegertöchter und Ehefrauen. Die steigenden Erwerbsquoten bei Frauen haben dies nicht wesentlich verändert. Die Betreuungsquote von berufstätigen Frauen ist jedoch deutlich geringer als die von nichtberufstätigen Frauen [7]. Ein Drittel der informell Pflegenden ist erwerbstätig und dadurch einer Mehrfachbelastung ausgesetzt [8]. Die Vereinbarkeitsproblematik verschärft sich für Personen, die sich in der sog. Sandwich-Position befinden, wenn neben Pflege und Erwerbsarbeit auch Kinderbetreuung geleistet werden muss. Die „Familie-Pflege-Arbeits-Beziehung“ bringt in jedem Fall vielfältigste Rollenanforderungen und notgedrungen auch Rollenkonflikte mit sich. Die im rollentheoretischen Modell von Siegrist et al. [9] formulierte Doppelbelastungsthese geht davon aus, dass bei Ressourcenlimitierung und Rollenüberlastung Konflikte entstehen, die negative gesundheitliche Konsequenzen mit sich bringen können. Bei einer Vielzahl an gleichzeitig bestehenden Pflichten müssen Anpassungsleistungen getroffen werden, welche die Gesundheit der Pflegepersonen, aber auch die Arbeitsleistung negativ beeinflussen können [10, 11]. Die Auswirkungen familiärer Pflege sind durch zahlreiche Studien belegt und zeigen sich in emotionalen und körperlichen Belastungen sowie in beruflichen, zeitlichen und finanziellen Einschränkungen [12–15]. Ob in

diesem Zusammenhang auch die Bereicherungshypothese eine Berechtigung hat, ist fraglich. Kolip und Hurrelmann [16] beschreiben, dass die weibliche Rollenvielfalt zu keinen gesundheitlichen Nachteilen führt, wenn subjektives Wohlbefinden und Zufriedenheit als zentrale Ressourcen zur Verfügung stehen.

Im Zentrum dieses Beitrags steht eine Standortbestimmung zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit an der Alpen-Adria-Universität (AAU) Klagenfurt (Österreich). Vor dem Hintergrund zentraler Unterschiede hinsichtlich finanzieller Bedingungen und der Arbeitsgestaltung werden die Sichtweisen und Erfahrungen sowohl vom wissenschaftlichen als auch administrativem Personal beleuchtet.

### Methoden

#### Studiendesign

Die Studie folgt einem „iterative sequential mixed design“, in welchem mehr als zwei quantitative und qualitative Phasen in chronologischer Reihenfolge aufeinanderfolgen [17]. Die **Abb. 1** gibt einen Überblick zu den 4 Studienbausteinen und beschreibt in Stichworten die methodische Vorgehensweise. Ausgehend von einer Onlinebefragung ( $n=919$ ) wurden im ersten Studienbaustein (2013) Mitarbeiter der AAU zu Problemfeldern und Unterstützungswünschen im Zusammenhang von Pflege

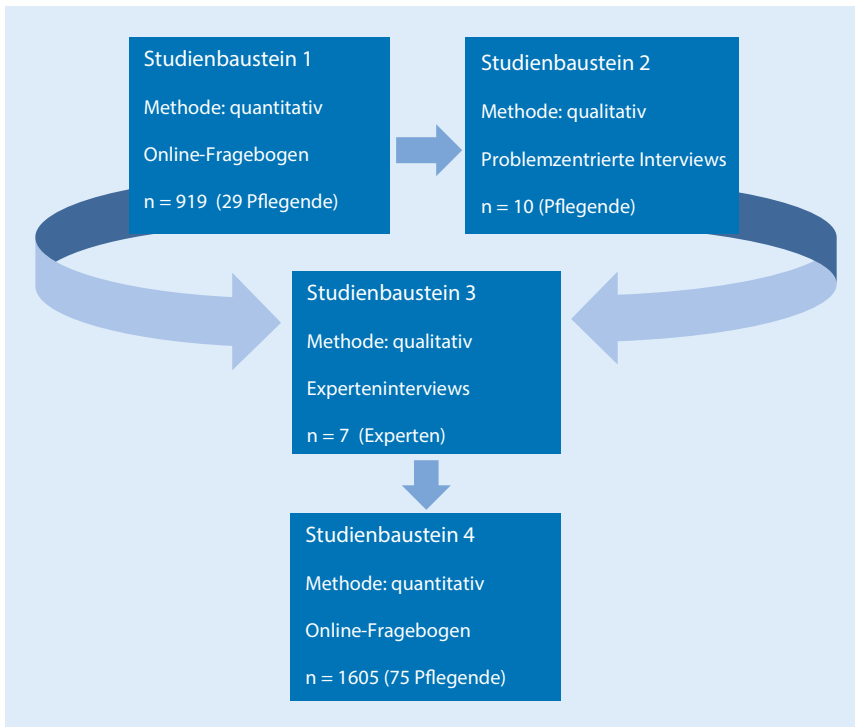


Abb. 1 ▲ Studienübersicht

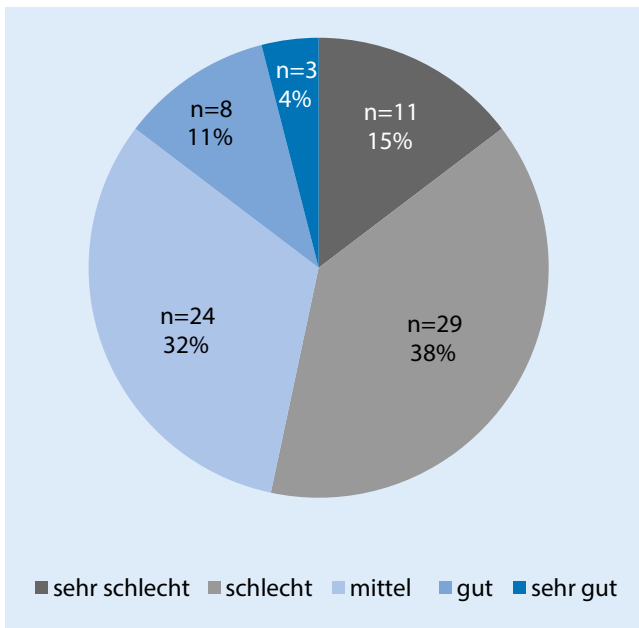


Abb. 2 ◀ Beurteilung der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit

und Erwerbsarbeit befragt. Im anschließenden Studienbaustein 2 wurden mit 10 informell Pflegenden problemzentrierte Interviews durchgeführt. Die Ergebnisse aus den beiden Studienbausteinen bildeten die Grundlage für die Erarbeitung von innerbetrieblichen Unterstützungsmaßnahmen, welche durch Experteninterviews ( $n = 7$ ; Betriebsrat,

Rektorat, Gleichstellungsbeauftragte) in Studienbaustein 3 untermauert wurden [18].

In diesem Beitrag werden die Daten aus Studienbaustein 4 vorgestellt. Ziel der 2016 durchgeführten Onlinevollerhebung ( $n = 1605$  AAU-Mitarbeiter) war eine Iststandanalyse zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit, um ak-

tuelle Bedarfe für den Arbeitgeber und die Betroffenen herauszuarbeiten.

## Erhebungsinstrument

Der Onlinefragebogen wurde in Anlehnung an die Studienbausteine 1 bis 3 entwickelt [18] und beinhaltet Fragen zu 3 zentralen Themenbereichen: a) Beschreibung der erlebten Pflegesituation(en) und der Vereinbarkeit mit der Berufstätigkeit, b) Herausforderungen und Belastungen informeller Pflege und c) gewünschte Unterstützungsmaßnahmen. Zusätzlich wurde den Betroffenen die Skala „Personal burnout“ des Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [19] vorgegeben.

## Datenanalyse

Alle statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows, Version 20.0, vorgenommen. Die gruppenstatistische Auswertung erfolgte über  $\chi^2$ -Tests.

## Ergebnisse

### Stichprobe

Insgesamt beteiligten sich 75 Personen, welche aktuell und/oder in der Vergangenheit einen Angehörigen pflegen/pflegten. Bei der Stichprobe handelt es sich um ein selektives Sample, da sich ausschließlich Mitarbeiter zur Teilnahme bereit erklärten, welche sich selbst als Pflegenden verstanden haben.

Der Frauenanteil lag bei 76%, und der Großteil (92%) war zwischen 30 und 59 Jahre alt.

Mehr als die Hälfte (58%) gaben an, länger als 10 Jahre an der AAU beschäftigt zu sein. Die Mitarbeiter waren jeweils zur Hälfte dem wissenschaftlichen (49%) und dem allgemeinen Universitätspersonal (51%) zugehörig. Die Mehrzahl der Befragten gab an, vollzeitbeschäftigt zu sein (61%).

### Beschreibung der Pflegesituation(en)

Mehr als die Hälfte (56%) der pflegenden Mitarbeiter lebten in einem Haushalt

mit (Ehe-)partnern. 46 der 75 informell Pflegenden an der AAU hatten Kinder (61 %), davon lebten 29 (39 %) im selben Haushalt. Des Weiteren waren 20 Kinder jünger als 15 Jahre.

Wie zu erwarten, wurde die Pflege hauptsächlich für einen Eltern- oder Schwiegerelternanteil übernommen (64 %). Die Mehrheit der zu pflegenden Personen war weiblich (57 %), und zu 72 % war diese Person 60 Jahre alt und älter. 42 % der zu Betreuenden waren in keiner Pflegestufe<sup>1</sup>.

Mehr als die Hälfte der pflegenden Mitarbeiter lebten mit der zu pflegenden Person nicht im selben Haushalt (59 %). Bei 56 % trat die Pflegebedürftigkeit plötzlich auf und bestand bei zwei Drittel (64 %) für mehr als ein Jahr. 84 % benötigten bis zu 4 h täglich für die Hilfs- und Pflegeleistungen ihrer Angehörigen.

Zwei Drittel der pflegenden Mitarbeiter berichteten von Unterstützungsleistungen durch Angehörige, 20 % nahmen Hilfe durch soziale Dienste in Anspruch. Im beruflichen Umfeld erhielten zwei Drittel der Befragten keine Unterstützung.

## Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit

Ein Drittel der pflegenden Mitarbeiter ( $n=25$ ) verschwiegen die Pflegesituation gegenüber dem Arbeitgeber, und nur wenige Mitarbeiter der AAU bezeichneten die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit (▣ **Abb. 2**) als sehr gut oder gut.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass, je älter die Mitarbeiter ( $r_s = -0,271$ ,  $p = 0,004$ ) und je länger diese an der AAU beschäftigt sind ( $r_s = -0,199$ ,  $p = 0,037$ ), die Vereinbarkeit subjektiv schlechter erlebt wurde.

<sup>1</sup> Eine wichtige Leistung zur Pflegeversorgung in Österreich stellt das Pflegegeld dar, welches Personen bei mindestens 6-monatiger, dauerhafter körperlicher, geistiger oder psychischer Beeinträchtigung gewährt wird und nach dem vorliegenden Pflegebedarf in 7 Stufen unterteilt ist (<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html>).

Z Gerontol Geriat 2019 · 52:761–766 <https://doi.org/10.1007/s00391-018-01485-0>  
© Der/die Autor(en) 2018

B. Jenull · N. Frate

## Wie schaffen wir den Spagat zwischen Pflege und Erwerbsarbeit? Eine Studie zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit an der Alpen-Adria-Universität

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Familiäre Pflegeleistungen sind eine wesentliche Stütze des Gesundheitswesens, und informell Pflegenden stehen vor der Herausforderung, Familie, Arbeit und Pflege zu koordinieren.

**Fragestellung.** Dieser Beitrag beschreibt aus Sicht von Universitätsbediensteten erlebte Pflegesituationen, damit verbundene Belastungen, Herausforderungen sowie gewünschte Unterstützungsmaßnahmen.

**Material und Methoden.** An der Onlinestudie beteiligten sich 75 Personen, welche aktuell und/oder in der Vergangenheit einen Angehörigen pflegen/pflegten.

**Ergebnisse.** Die Pflege, die voranging für die Elterngeneration und oftmals unvorbereitet

übernommen wird, verlangt ein hohes Maß an Zeit und Flexibilität. Informelle Pflege, die in 64 % der Fälle länger als ein Jahr andauerte und von einem Drittel der Befragten verschwiegen wurde, geht mit einem hohen Burn-out-Risiko einher. **Diskussion.** Informell Pflegenden benötigen Unterstützung im sozialen und im beruflichen Umfeld. Ein Bewusstsein für die Thematik zu schaffen und Tabus zu brechen, ist eine dafür notwendige Voraussetzung.

### Schlüsselwörter

Informell Pflegenden · Familiäre Pflege · Angehörige · Belastung · Burn-out

## How do we manage a balance between caring for family members and employment? A study on the compatibility between home care and employment at the Alpen-Adria-University

### Abstract

**Background.** Informal family care is an essential pillar of the healthcare system whilst informal caregivers face the huge challenge of coordinating family, the care situation as well as their employment.

**Objective.** This article describes care situations, associated burdens, challenges and desired support measures experienced by university staff.

**Material and methods.** A total of 75 people who are currently caring for or have in the past cared for a relative, participated in the online survey.

**Results.** Informal care, often undertaken at short notice for family members, consumes

a lot of time and requires a high amount of flexibility. In 64% of the reported cases the care situation lasted for more than 1 year, while being concealed by one third of the respondents and thus leading to a high risk of burnout.

**Conclusion.** Informal caregivers need support within the social and professional environment by creating an awareness of this growing and unspoken topic.

### Keywords

Informal caregivers · Home care · Relatives · Burden · Burnout

## Herausforderungen und Belastungen informeller Pflege

Konkrete Belastungssituationen informell Pflegenden werden in ▣ **Tab. 1** gruppiert aufgelistet.

Belastungen wurden durch Konflikte mit der zu pflegenden Person (57 %) erlebt, wie beispielsweise durch das Herunterspielen der Erkrankung oder die Ablehnung von externen Hilfen. Der Versuch, Erwerbstätigkeit und Pflege zu

vereinbaren, trug zu zeitlicher Belastung (67 %) und geringen Erholungszeiten (65 %) bei. Die Konfrontation mit der schlechten körperlichen Verfassung und das Gefühl der Hilflosigkeit bei einer Zustandsverschlechterung wurden als Belastungsfaktoren genannt (55 %). Im Bereich psychischer Belastungsfaktoren äußerte jede dritte befragte Person (33 %), dass schwierige Entscheidungen, wie beispielsweise die Frage nach Pflegeheimunterbringung oder lebens-

**Tab. 1** Belastungssituationen informell Pflegenden

Belastungssituationen	n	Prozent
<i>Soziale Belastungsfaktoren<sup>a</sup></i>		
Konflikte mit der zu pflegenden Person	43	57
Konflikte im sozialen Umfeld	20	27
<i>Zeitliche Belastungsfaktoren<sup>a</sup></i>		
Zeitliche Belastung durch Pflege und Haushaltsführung	50	67
Einschränkung der Freizeitaktivitäten	49	65
Organisatorischer Aufwand	46	61
Weite Entfernung zum Wohnort der zu pflegenden Person	21	28
<i>Belastungsfaktoren durch die Erkrankung der zu Pflegenden<sup>a</sup></i>		
Konfrontation mit schlechter körperlicher Verfassung	41	55
Angst vor langfristiger Pflege, Tod und Sterben	36	48
Demenz	20	27
Unzufriedenheit bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit	12	16
Unterbringungs- und Versorgungsprobleme	10	13
Wohnumfeld entspricht nicht dem Pflegebedarf	10	13
<i>Psychische Belastungsfaktoren<sup>a</sup></i>		
Schwierige Entscheidungen	25	33
Tabuisierung der Thematik	25	33

<sup>a</sup>Mehrfachnennungen waren möglich

**Tab. 2** Individuell erlebte Auswirkungen der Pflegeübernahme

Auswirkungen	n	Prozent
<i>Psychische Auswirkungen<sup>a</sup></i>		
Stress und Überlastung	49	65
Sorgen und Zukunftsängste	42	56
Trauer	23	31
Rückzug	14	19
Selbstvorwürfe	12	16
<i>Körperliche Auswirkungen<sup>a</sup></i>		
Psychosomatische Beschwerden	30	40
Gewichtsschwankungen	22	29
Erhöhte Anfälligkeit für körperliche Beschwerden	21	28
Erkrankungen des Bewegungsapparats	13	17
<i>Weitere Auswirkungen<sup>a</sup></i>		
Finanzielle Einbußen	29	39
<i>Berufliche Auswirkungen<sup>a</sup></i>		
Vermehrte Müdigkeit	33	44
Mangelnde Konzentration	32	43
Spätes Erscheinen, frühes oder kurzfristiges Verlassen des Arbeitsplatzes	30	40
Vermeidung von Überstunden, Schulungen, Dienstreisen etc.	25	33
Verzicht auf Arbeitspausen (z. B. Urlaub, Mittagspausen etc.)	21	28
Absprachen mit Kollegen	14	19
Ängste vor Entwertung der Leistungsfähigkeit	14	19
Ablenkung durch Telefongespräche mit der zu betreuenden Person	13	17
Ängste vor Arbeitsplatzverlust	11	15
Mangelndes Verständnis im betrieblichen Umfeld	7	9

<sup>a</sup>Mehrfachnennungen waren möglich

verlängernden Maßnahmen, eine Belastung darstellten. Inwieweit es durch die Pflegeübernahme zu individuell erlebten Auswirkungen kam, veranschaulicht

#### ■ Tab. 2.

Die Gegenüberstellung von allgemeinem und wissenschaftlichem Personal ergab, dass das administrative Personal häufiger an Erkrankungen des Bewegungsapparats litt ( $\chi^2 = 4,789$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,029$ ). Des Weiteren wurden finanzielle Einbußen häufiger als erwartet von Personen, welche die Pflege für die (Ehe-)partner übernahmen, berichtet ( $\chi^2 = 6,597$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,010$ ).

In der Auswertung des Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [19] zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Burn-out und der Beschäftigungsdauer ( $r_s = 0,317$ ,  $p = 0,006$ ) als auch der Anzahl der gesamten Belastungen ( $r_s = 0,322$ ,  $p = 0,005$ ). Borritz und Kristensen [19] untersuchten 1917 Personen mittels CBI und definierten „high degree of burnout“ mit Mittelwerten von 50 Punkten oder mehr, die von 22 % der Eichstichprobe erzielt wurden. Bei den informell Pflegenden der AAU liegt der „High-degree-of-burnout“-Anteil bei 51 % ( $n = 38$ ).

Bei jenen 29 Pflegenden (39 %), die neben der Erwerbsarbeit an der AAU auch mit Kindern zusammenlebten und somit die Definition der Sandwich-Position erfüllten, zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge mit Burn-out.

## Unterstützungsmaßnahmen

Auf die Frage nach hilfreichen, unterstützenden Maßnahmen sprachen sich die pflegenden AAU-Mitarbeiter in erster Linie für eine flexible Arbeitsortgestaltung, welche Heim- oder Telearbeit ermöglicht (75 %), aus. Mehr als die Hälfte fanden eine Sensibilisierung der Führungskräfte hinsichtlich der Bedeutung und Aktualität des Themas erstrebenswert. Jeder zweite pflegende Mitarbeiter (55 %) möchte Mehraufwand, wie beispielsweise Dienstreisen, Sitzungen etc., in der Zeit der Pflege vermeiden. Kurzfristige, individuelle Lösungen zur Arbeitszeitreduzierung und ein Entgegenkommen bei Terminvereinbarungen wären für die Hälfte der Betroffenen (51 %) eine Hilfe.

Des Weiteren sollten Informationen zu Pflegeleistungen, Unterstützungs-, Präventions- und Interventionsmaßnahmen leicht zugänglich gemacht werden (37%). Wünsche nach psychologischer Unterstützung korrelierten hochsignifikant mit der Anzahl genannter Belastungen ( $r_s = 0,433, p > 0,001$ ).

## Diskussion

Die Beteiligung an der vorliegenden Studie bestätigt, dass die Vereinbarkeit ein wichtiges, wenn auch im universitären Setting wenig diskutiertes Thema ist. Die geringe Beteiligung von knapp 5% im Vergleich zu 3% bei der Ersterhebung im Jahr 2013 [18] kann mit Desinteresse, aber auch mit einer Tabuisierung des Themas zu tun haben. Zumindest gab ein Drittel der Befragten an, dass sie aus Angst oder Scham die Pflege verheimlichen. Ein weiterer Erklärungsansatz könnte sein, dass sich viele Betroffene nicht als Pflegenden verstehen. Aus der einschlägigen Literatur geht hervor, dass Angehörige zwischen „kümmern“, „für den anderen da sein“ und „pflegen“ oft schwer differenzieren können [20].

Erwartungsgemäß war der Großteil der pflegenden Mitarbeiter weiblich. Dies entspricht der Literatur, in der von einer etwa 70%igen Frauenbeteiligung bei berufstätigen Pflegepersonen ausgegangen wird [20, 21]. Die Fragen zur Haushaltssituation ergaben, dass sich mehr als ein Drittel in der sog. Sandwich-Position befanden und neben der Erwerbsarbeit für Kinder und pflegende Angehörige Verantwortung tragen. Für diese Personen-gruppe konnte weder ein Beleg für die Belastungs- noch die Bereicherungshypothese gefunden werden. In erster Linie wurde die Pflege für die Eltern-generation übernommen. Bei mehr als der Hälfte trat die Pflegebedürftigkeit plötzlich auf. Für die informell Pflegenden bedeutet dieses plötzliche Ereignis, dass keine Zeit bleibt, sich darauf einzustellen oder vorzubereiten. Keine Zeit zu überlegen, ob und unter welchen Umständen eine Pflegeübernahme möglich ist. Rasches Handeln ist notwendig und erfordert bei allen Beteiligten massive Anpassungsleistungen. Gerade für kurzfristige oder plötzlich auftretende Pflegeverhältnisse braucht es auch

am Arbeitsort schnelle und flexible Lösungen. Für den Großteil der pflegenden Mitarbeiter (64%) dauerte das Pflegeverhältnis länger als ein Jahr, und 16% benötigten mehr als 4 Stunden täglich für die Hilfs- und Pflegeleistungen. In Anbetracht hoher Vollzeitbeschäftigung (61%) stellt sich einmal mehr die Frage, wie dieser Spagat zu schaffen ist.

Auf die Frage zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit gaben 54% der Befragten an, diese sei „schlecht“ oder „sehr schlecht“, 15% beurteilten sie als „sehr gut“ oder „gut“. Es zeigte sich, dass die Beurteilung der Vereinbarkeit mit höherem Alter und längerer Beschäftigungsdauer schlechter ausfiel. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass mit höherem Alter die Mehrfachbelastung schlechter bewältigt werden kann und es mehr Unterstützung vonseiten des Arbeitgebers bräuchte. In der 2013 durchgeführten Ersterhebung an der AAU bezeichneten 37% der Mitarbeiter die Vereinbarkeit als (sehr) schlecht und mit nahezu identischen 14% als (sehr) gut [18].

Aus der Literatur ist bekannt, dass sich 70% der informell Pflegenden über die Norm belastet fühlen [8]. Die hier befragten AAU-Mitarbeiter dokumentierten eine Fülle an Belastungen, Herausforderungen und Einschränkungen, die sich aus der Vereinbarkeit Familie, Pflege und Erwerbsarbeit zu ergeben scheinen. Die am häufigsten genannten Auswirkungen waren, dass die Betroffenen unter Stress und Überlastung, psychosomatischen Beschwerden sowie vermehrter Müdigkeit und mangelnder Konzentration litten. Unterschiede zwischen wissenschaftlichem und administrativem Personal konnten kaum gefunden werden.

Erschwerend kommt hinzu, dass in der vorliegenden Erhebung ein Drittel aller Befragten angab, das Pflegeverhältnis vor dem Arbeitgeber verheimlicht bzw. nicht angesprochen zu haben. Ist dies der Fall, werden Anpassungsleistungen vorgenommen, welche mit dem Arbeitgeber nicht vereinbart wurden. Diese Anpassungsleistungen stellen den Versuch dar, der Mehrfachtanforderung gerecht zu werden und zeigen sich v. a. in zeitlichen Umstrukturierungen oder der Reduktion der Arbeitszeit. Des Weiteren werden

zugunsten der Pflege Erholungsphasen eingeschränkt, welche der Regeneration dienen sollten. In Folge kann es zu einer geringen Verlässlichkeit sowie zu Produktivitätsverlust kommen [21]. Ein relativ geringer Prozentsatz (15%) äußerte Ängste vor einem Arbeitsplatzverlust. Es ist davon auszugehen, dass diese Bedenken in einem anderen Arbeitsumfeld weit höhere Ausmaße annehmen könnten. Insgesamt müssen aber auch die hier befragten Personen als Hochrisikogruppe für Burn-out bezeichnet werden.

Auch wenn der Anteil erwerbstätiger Personen mit Pflegeverpflichtung an der AAU gering ausgeprägt ist, wird doch deutlich, dass es Unterstützungsmaßnahmen von betrieblicher Seite braucht. Anknüpfend an die vorliegenden Ergebnisse wurde ein konkreter Maßnahmenkatalog für die AAU erarbeitet, der eine flexible Arbeitsort- und Arbeitszeitgestaltung sowohl für das wissenschaftliche als auch das administrative Personal, interne Fortbildungen zur Sensibilisierung der Führungskräfte sowie die Aufnahme der Thematik in Mitarbeitergespräche umfasst. Darüber hinaus sind internetbasierte Informations-, Unterstützungs- und Interventionsprogramme initiiert worden. In den genannten Aspekten kann die Universität mit einem positiven Blick auf die Pflegeübernahme erwerbstätiger Menschen eine Vorreiterrolle einnehmen und Handlungsoptionen und Lösungsvorschläge für ein wichtiges sozial- und gesundheitspolitisches Ziel erarbeiten.

## Limitationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können aufgrund der kleinen Stichprobe und des universitären Settings nicht auf andere Bereiche übertragen oder generalisiert werden.

## Fazit für die Praxis

- Die Gesellschaft ist gefordert, informelle Pflege als Arbeit anzuerkennen und wertzuschätzen.
- Ängste vor Entwertung der Leistungsfähigkeit, Arbeitsplatzverlust und mangelndes Verständnis im betrieblichen Umfeld tragen bei

pflegenden Mitarbeitern zur Tabuisierung der Thematik bei.

- Um unterstützende Maßnahmen in einem Unternehmen etablieren zu können, ist eine Sensibilisierung von Führungskräften für die Thematik eine notwendige Voraussetzung.
- Informell Pflegende benötigen rasche Unterstützung bei plötzlich auftretenden Pflegeverhältnissen. Neben einer flexiblen Arbeitsortgestaltung braucht es kurzfristige, individuelle Lösungen zur Arbeitszeitreduzierung in Zeiten der Pflegeübernahme.
- Belastungen, physische und psychische Auswirkungen, die sich aus einer „Familie-Pflege-Arbeits-Konstellation“ ergeben, dürfen nicht unterschätzt werden. Zukünftige Forschungsvorhaben sollten ihr Interesse auf andere Berufsbereiche ausweiten, da informell Pflegende als Hochrisikogruppe für Burn-out erkannt werden müssen.

### Korrespondenzadresse

#### Ao. Univ.-Prof. Dr. Brigitte Jenull

Abteilung für Gesundheitspsychologie, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt  
Universitätsstraße 65–67, 9020 Klagenfurt,  
Österreich  
Brigitte.jenull@aau.at

**Funding.** Open access funding provided by University of Klagenfurt.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** B. Jenull und N. Frate geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

### Literatur

1. Statistik Austria (2018) Bundespflegegeld-bezieherinnen und -bezieher sowie Ausgaben für das Bundespflegegeld. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundespflegegeld/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html). Zugegriffen: 21. Okt. 2018
2. OECD Publishing (2011) OECD health policy studies help wanted? Providing and paying for long-term care: providing and paying for long-term care
3. Döhner H, Kohler S, Lüdecke D (2007) Pflege durch Angehörige – Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der europäischen Untersuchung EUROFAMCARE. Informationsd Altersfr 3:9–14
4. Perrig-Chiello P, Hutchison S, Höpflinger F (2011) Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Suisse Latine (Forschungsbericht). AgeCare-SuisseLatine, Schweiz
5. Blinkert B, Klie T (2004) Solidarität in Gefahr? Vincentz, Hannover
6. Rudda J, Fürstl-Grasser M, Rubisch M (2008) Neue Tendenzen der Pflegevorsorge in Österreich. [https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB134004\\_Rudda%20et%20al\\_Pflegevorsorge-Artikel.pdf](https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB134004_Rudda%20et%20al_Pflegevorsorge-Artikel.pdf). Zugegriffen: 8. Aug. 2018
7. Lüdecke D, Mnich E, Melchiorre GM et al (2007) Familiäre Pflege älterer Menschen in Europa unter einer Geschlechterperspektive. Z Frauenforsch Geschlechterstud 2:85–101
8. Pochobradsky E, Bergmann F, Brix-Samoylenko H et al (2005) Situation pflegender Angehöriger. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien
9. Siegrist J (2007) Effort-reward imbalance model. In: Fink G (Hrsg) Encyclopedia of stress. Academic Press, Oxford, S 893–896
10. Albrecht S (2008) Burnout – Der Weg danach. Burnout im Lichte von Theorie und Praxis. VDM, Saarbrücken
11. Dammert M (2009) Angehörige im Visier der Pflegepolitik: Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung. VS, Wiesbaden
12. Butterworth P, Pymont C, Rodgers B et al (2010) Factors that explain the poorer mental health of caregivers: results from a community survey of older australians. Aust N Z J Psychiatry 44:616–624
13. Gutzmann H, Zank S (2005) Demenzielle Erkrankungen. Kohlhammer, Stuttgart
14. Kummer K, Budnick A, Blüher S et al (2010) Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Ressourcen und Risiken – Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Präz Gesundheitsf 5:89–94
15. Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. Robert Koch – Institut, Berlin
16. Kolip P, Hurrelmann K (2002) Geschlecht – Gesundheit – Krankheit. Eine Einführung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich. Huber, Bern, S 13–31
17. Teddlie C, Tashakkori A (2009) Foundations of mixed methods research. Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences. SAGE, Thousand Oaks
18. Frate N, Jenull B (2015) Can we manage a balance between care and employment? The compatibility of informal care and employment at the Alpen-Adria university. Adv Appl Sociol 5:207–217
19. Borritz M, Kristensen TS (2000) Copenhagen Burnout Inventory. Normative data from a representative Danish population on personal burnout. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/omi/copenhagen%20burnout%20inventory%20-%20normative%20data%20from%20a%20representative%20danish%20population.pdf>. Zugegriffen: 25. Juli 2018
20. Mühlmann R, Ludescher M, Trukeschitz B et al (2009) Auswirkungen informeller Pflegetätigkeit auf das Erwerbsverhalten und Konsequenzen für ArbeitgeberInnen. Ein Literatursurvey (Forschungsbericht). Forschungsinstitut für Altersökonomie, Wien
21. Kytir J, Schrittwieser K (2003) Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege (Ergebnisse des Mikrozensus). Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien