

Abschlussbericht

Juli 2021

STUDIE ZUR AKTUELLEN LAGE IN EINRICHTUNGEN DER STATIONÄREN UND AMBULANTEN LANGZEITPFLEGE IN BADEN-WÜRTTEMBERG (LACOVID-BA-WÜ2020)

Laufzeit: 01.08.2020–31.07.2021

**Gefördert vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und
Integration Baden-Württemberg**

Forscher*innen-Gruppe:

Prof. Dr. Astrid Elsbernd, Hochschule Esslingen

Lisa Heidecker M. A., Hochschule Esslingen

Benjamin Schüttemeier, Student im Bachelorstudiengang Pflege/Pflegemanagement,
Hochschule Esslingen

Beratung: Prof. Dr. Cornelia Mahler, Universität Tübingen

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Vorworte

1 Projektauftrag und Projektgegenstand

2 Corona-Pandemie: Gesellschaftliche und wissenschaftliche Kontextualisierung

- 2.1 Pandemie als globale gesellschaftliche und medizinische Herausforderung
- 2.2 Ausgewählte aktuelle nationale und internationale Studienlage und Entwicklungen hinsichtlich der Einrichtungen der Langzeitpflege
- 2.3 Ausgewählte politische Strategien auf Länderebene
- 2.4 Überblick zu zentralen Verordnungen im Bundesland Baden-Württemberg
- 2.5 Überblick über die Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege

3 Projektdesign und Verlauf

- 3.1 Ziele und Herausforderungen der empirischen Erhebung
- 3.2 Ethikantrag und ethische Implikationen
- 3.3 Forschungsdesign im Rahmen der qualitativen Erhebung
- 3.4 Forschungsdesign im Rahmen der quantitativen Erhebung
- 3.5 Teilnehmer*innengruppen der vorliegenden Studie im Vergleich zu den im Bund und in Baden-Württemberg liegenden Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege

4 Darstellung der Ergebnisse

4.1 Darstellung der qualitativen Ergebnisse

- 4.1.1 Einführung in die Ergebnisse
- 4.1.2 Kennzeichen der Lebenssituation der Bewohner*innen bzw. Klient*innen
- 4.1.3 Kennzeichen der Lebenssituation der Angehörigen
- 4.1.4 Kennzeichen der Arbeits- und Lebenssituation der Mitarbeiter*innen
- 4.1.5 Kennzeichen der Arbeits- und Lebenssituation der Führungspersonen
- 4.1.6 Beschaffung von und Umgang mit Schutzmaterialien sowie Testungen bzw. Teststrategie und Impfungen
- 4.1.7 Erfahrungen bzw. Umgang mit den Gesundheits- und Landratsämtern
- 4.1.8 Erfahrungen bzw. Umgang mit der Öffentlichkeit und der Presse
- 4.1.9 Erfahrungen bzw. Umgang mit Haus- und Facharzt*innen und externen Dienstleistern sowie ehrenamtlich Tätigen
- 4.1.10 Umgang mit Informationen, Regelungen und Vorgaben sowie deren Umsetzung in den Einrichtungen
- 4.1.11 Explizite Anliegen, Wünsche und Forderungen

4.2 Ergebnisse der quantitativen Befragung

- 4.2.1 Vorbemerkungen
- 4.2.2 Ergebnisdarstellung
 - 4.2.2.1 Rahmendaten
 - 4.2.2.2 Betroffenheit der Einrichtung
 - 4.2.2.3 Bewohner*innen und Kund*innen
 - 4.2.2.4 Mitarbeiter*innen
 - 4.2.2.5 Arbeitsorganisation und Digitalisierung
 - 4.2.2.6 Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen
 - 4.2.2.7 Testungen und Impfungen
 - 4.2.2.8 Schutzmaterialien und Hygienekonzepte
 - 4.2.2.9 Umgang mit Verordnungen und Handreichungen (Fragenblock, geöffnet nur für Leitungs- und Verwaltungskräfte)
 - 4.2.2.10 Presse
 - 4.2.2.11 Wünsche und Anregungen

5 Fazit und Empfehlungen

- 5.1 Vorbemerkungen
- 5.2 Gesellschaftliche Sichtbarkeit der (Pflege-)Arbeit und der Lebenswelt der Bewohner*innen und Kund*innen in der Langzeitpflege
- 5.3 Wertediskussionen und ethische Diskurse vor dem Hintergrund der individuellen und kollektiven Schutzmaßnahmen und coronabedingten Handlungsstrategien
- 5.4 Personelle Ausstattung in der Langzeitpflege
- 5.5 Belastungssituation der Mitarbeiter*innen in der Langzeitpflege
- 5.6 Reduzierung der Bürokratie, Verbesserung der Kommunikation aller Beteiligten und Digitalisierung
- 5.7 Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern
- 5.8 Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und Partizipation an Entscheidungen
- 5.9 Aus der Krise lernen und Gestaltung des Übergangs in eine Normalisierungsphase

Literaturverzeichnis

Anlagenverzeichnis

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verlauf Spanische Grippe (vgl. Sax 2020)

Abb. 2: Verlauf Corona-Pandemie bis Juni 2021 (vgl. Statista 2021a)

Abb. 3: Stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste bis 2019 (vgl. Statista 2021b)

Abb. 4: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaften bis 2019 (vgl. Statista 2021b)

Abb. 5: Ambulante Dienste nach Trägerschaften bis 2019 (vgl. Statista 2021b)

Abb. 6: Pflegeeinrichtungen nach Größe (Anzahl der Pflegebedürftigen), Stand 2019 (eigene Darstellung 2021)

Abb. 7: Ambulante Pflegedienste nach Größe (Anzahl der Pflegebedürftigen), Stand 2019 (eigene Darstellung 2021)

Abb. 8: Verteilung der stationären und teilstationären Einrichtungen nach Bundesländern, Stand 2019 (vgl. Pflegestatistik 2019a)

Abb. 9: Ambulante Pflegedienste im Ländervergleich (vgl. Pflegestatistik 2019b)

Abb. 10: Teilnehmer*innengruppen der qualitativen Befragung der vorliegenden Studie (eigene Darstellung 2020)

Abb. 11: Alter der Teilnehmer*innen der qualitativen Befragung (eigene Darstellung 2020)

Abb. 12: Bereich der Langzeitpflege (qualitative Befragung) (eigene Darstellung 2020)

Abb. 13: Alter der Teilnehmer*innen der Online-Befragung (eigene Darstellung 2021)

Abb. 14: Teilnehmer*innengruppen der Online-Befragung (eigene Darstellung 2021)

Abb. 15: Bereich der Langzeitpflege (Online-Befragung) (eigene Darstellung 2021)

Abb. 16: Verteilung der Befragten nach Alter und Geschlecht (eigene Darstellung 2021)

Abb. 17: Verteilung nach Beschäftigungsumfang und Bereich der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2021)

Abb. 18: Verteilung der zugehörigen Träger der Befragten (eigene Darstellung 2021)

Abb. 19: Verteilung nach Einrichtungsgröße und Bereich der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2021)

Abb. 20: Verteilung der Lage der Einrichtungen, in denen die Teilnehmer*innen tätig sind (eigene Darstellung 2021)

Abb. 21: Darstellung der geringen Auslastung der Betten/Plätze während der Pandemie. Zu sehen ist, ob ein*e Teilnehmer*in die Frage mit „Ja, es wurden weniger Bewohner*innen/Kund*innen als möglich betreut“ bejaht hat (eigene Darstellung 2021)

Abb. 22: Verteilung der infizierten Akteursgruppen im Verlauf der Pandemie, der in drei Zeiträume geteilt wird: 1. Welle = März bis August 2020, 2. Welle = September 2020 bis Februar 2021 und aktuell = März bis 16. Mai 2021 (eigene Darstellung 2021)

Abb. 23: Verteilung der infizierten Akteursgruppen des ambulanten Bereichs im Verlauf der Pandemie, der in drei Zeiträume geteilt wird (eigene Darstellung 2021)

Abb. 24: Verteilung der infizierten Akteursgruppen des stationären Bereichs im Verlauf der Pandemie, der in drei Zeiträume geteilt wird (eigene Darstellung 2021)

Abb. 25: Verteilung der Teilnehmer*innen, die angeben, ob mindestens ein*e Bewohner*in/Kund*in an einer SARS-CoV-2-Erkrankung gestorben ist (eigene Darstellung 2021)

Abb. 26: Veränderung der Pflegeprobleme nach den Akteursgruppen Pflegende/Betreuungskräfte und Führungs- und Verwaltungskräfte (eigene Darstellung 2021)

Abb. 27: Veränderter Unterstützungsbedarf bei Bewohner*innen/Kund*innen in Quarantäne (eigene Darstellung 2021)

Abb. 28: Veränderung der Einsamkeit unter Bewohner*innen/Kund*innen durch die Pandemie (eigene Darstellung 2021)

Abb. 29: Veränderung der Arbeitsbelastungen bei den Teilnehmer*innen – Ambulant (eigene Darstellung 2021)

Abb. 30: Veränderung der Arbeitsbelastungen bei den Teilnehmer*innen – Stationär (eigene Darstellung 2021)

Abba. 31a: Einschätzung der Belastung durch die aktuelle Arbeitssituation (im Befragungszeitraum 07. April-16. Mai 2021) der Teilnehmer*innen – Ambulant (eigene Darstellung 2021)

Abb. 31b: Einschätzung der Belastung durch die aktuelle Arbeitssituation (im Befragungszeitraum 07. April-16. Mai 2021) der Teilnehmer*innen – Stationär (eigene Darstellung 2021)

Abb. 32: Gründe der Belastungen der Teilnehmer*innen – nach Einrichtungsart und Akteursgruppen (eigene Darstellung 2021)

Abb. 33: Bewertung der Personalausstattung im Befragungszeitraum (eigene Darstellung 2021)

Abb. 34: Vergleich der Bewertung der Zusammenarbeit im Arbeitsteam vor und während der Pandemie (eigene Darstellung 2021)

Abb. 35: Angebotene Entlastungen für die Teilnehmer*innen (eigene Darstellung 2021)

Abb. 36: Verteilung der erhaltenen Zuwendung/Gratifikation unter den Teilnehmer*innen (eigene Darstellung 2021)

Abb. 37: Verteilung der gefühlten gesellschaftlichen Wahrnehmung der unter und über 40-jährigen Teilnehmer*innen im Vergleich (eigene Darstellung 2021)

Abb. 38: Veränderung der Arbeitsorganisation – nach Einrichtungsart und Akteursgruppen (eigene Darstellung 2021)

Abb. 39: Veränderung der Häufigkeit von Arbeitsbesprechungen (eigene Darstellung 2021)

Abb. 40: Verteilung der zur Verfügung stehenden digitalen Endgeräte für die Teilnehmer*innen (eigene Darstellung 2021)

Abb. 41: Vergleich der Bereiche der Langzeitpflege, ob die Kommunikation von Bewohner*innen/Kund*innen und Angehörigen durch personelle Ressourcen gefördert wird (eigene Darstellung 2021)

Abb. 42: Vergleich der Bereiche der Langzeitpflege, ob die Kommunikation von Bewohner*innen/Kund*innen und Angehörigen durch digitale Endgeräte unterstützt wird (eigene Darstellung 2021)

Abb. 43: Bewertung nur von Teilnehmer*innen aus dem Leitungs- und Verwaltungsbereich, ob es ausreichend Unterstützung vom örtlichen Gesundheitsamt/Landratsamt/Ordnungsamt gab (eigene Darstellung 2021)

Abb. 44: Bewertung, nur von Teilnehmer*innen aus dem Leitungs- und Verwaltungsbereich, mit welchen externen Dienstleistern die Zusammenarbeit während der Pandemie zufriedenstellend war (eigene Darstellung 2021)

Abb. 45: Vergleich neu geschlossener Kooperationen im Gesundheitssektor, nur von Teilnehmer*innen aus dem Leitungs- und Verwaltungsbereich beantwortet (eigene Darstellung 2021)

Abb. 46: Verteilung der wöchentlichen Testungen von Mitarbeiter*innen (eigene Darstellung 2021)

Abb. 47: Verteilung der wöchentlichen Testungen von Bewohner*innen/Kund*innen (eigene Darstellung 2021)

Abb. 48: Vergleich der genutzten Unterstützung von außen zur Durchführung der Teststrategie (eigene Darstellung 2021)

Abb. 49: Vergleich der genutzten Unterstützung von außen zur Durchführung der Teststrategie – nach Größe der Einrichtung/Dienst (eigene Darstellung 2021)

Abb. 50: Verteilung der bevorrateten Schnelltests in den Einrichtungen/Diensten – nur von Teilnehmer*innen aus dem Leitungs- und Verwaltungsbereich beantwortet (eigene Darstellung 2021)

Abb. 51: Bewertung, ob es bei der Umsetzung der Impfstrategie zu Problemen kommt (eigene Darstellung 2021)

Abb. 52: Bewertung, ob es bei der Umsetzung der Impfstrategie zu Problemen kommt – nach Lage der Einrichtung und Bereich der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2021)

Abb. 53: Bewertung, welche Schutzmaterialien nicht auf dem üblichen Preisniveau – ähnlich dem vor der Pandemie – sind (eigene Darstellung 2021)

Abb. 54: Verteilung des Vorrats von Schutzmaterialien – nur von Teilnehmer*innen aus dem Leitungs- und Verwaltungsbereich beantwortet (eigene Darstellung)

Abb. 55: Verteilung der Gründe der Probleme und Hürden, die bei der Umsetzung der geforderten Hygienemaßnahmen des Infektionsschutzgesetzes auftraten (eigene Darstellung 2021)

Abb. 56: Vergleich der Verordnungen und Handreichungen, an denen sich gut orientiert werden konnte (eigene Darstellung 2021)

Abb. 57: Einschätzung der Schwierigkeit, tagesaktuell informiert zu sein (eigene Darstellung)

Abb. 58: Einschätzung der Schwierigkeit, tagesaktuell informiert zu sein – nach Größe der Einrichtungen/Dienste und Bereiche der Langzeitpflege (eigene Darstellung)

Abb. 59: Verteilung der Möglichkeiten, die bei der Umsetzung von Verordnungen und Handreichungen gut unterstützen würden (eigene Darstellung 2021)

Abb. 60: Einschätzung der benötigten Zeit zur Umsetzung der Maßnahmen durch Verordnungen/Handreichungen – nach Größe der Einrichtungen/Dienste und Bereichen der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2021)

Abb. 61: Bewertung der fairen Darstellung durch die Presse – von Teilnehmer*innen aus dem stationären Bereich (eigene Darstellung 2021)

Abb. 62: Bewertung der fairen Darstellung durch die Presse – von Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich (eigene Darstellung 2021)

Abkürzungsverzeichnis

BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
COVID-19	Corona Virus Disease 2019
FFP2-Maske	Filtering Face Piece
IfSG	Infektionsschutzgesetz
LGA BW	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
LQV	Leistungs- und Qualitätsvereinbarung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MNS	Mund-Nase-Schutz
PCR-Test	Polymerase Chain Reaction (dt. Polymerase-Kettenreaktion)
POCT	Point of Care Testing (dt. Einzeltest, Antigen-Schnelltest)
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
RKI	Robert Koch-Institut
SARS-CoV-2	Schweres akutes respiratorisches Syndrom – Coronavirus-2
WHO	World Health Organization

Vorwort

Die hier vorgestellte Forschungsstudie zur Lage der Langzeitpflege in der Zeit der Corona-Pandemie eröffnet die Innensicht auf ein Lebens- und Arbeitsfeld, das gesellschaftlich in aller Regel nicht so beachtet oder gar beobachtet wird. Hinter den Bewohner*innen, Klient*innen, den Angehörigen und weiteren Bezugspersonen sowie den Mitarbeitenden von Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege liegen nun 16 stark beanspruchende und intensiv erlebte Monate mit scheinbar kaum zu bewältigenden Belastungen. Und viele Belastungen sind dennoch bewältigt worden – mit hohem persönlichem Engagement, mit Erfindungsreichtum, mit Geduld, mit Mut, mit Besonnenheit, mit Vertrauen und mit gegenseitigem Verständnis und bisweilen auch Nachsicht. Viele der von uns im Rahmen der Forschungsstudie interviewten Personen berichten von Erlebnissen, die sie stark prägen und die verarbeitet und in ihr weiteres Leben integriert werden müssen. Dabei haben wir leider nur mit wenigen Bewohner*innen/Klient*innen oder ihren Angehörigen sprechen können, so dass ihre Lebenswelt weiterhin weniger sichtbar wird als die der Mitarbeitenden in der Langzeitpflege. Wir durften im Verlauf der letzten elf Monate mit über 100 Personen (Bewohner*innen und ihre Angehörige, Mitarbeitende von verschiedenen Ebenen) Tiefeninterviews führen und konnten 490 Personen motivieren, an einer umfassenden Online-Befragung teilzunehmen. Dabei muss bereits hier darauf hingewiesen werden, dass sich alle Teilnehmenden selbst entschlossen haben, sich bei uns zu melden und an der Studie teilzunehmen. Dieser jetzt vorliegende Forschungsbericht stellt eine vertiefte Dokumentation der vergangenen Monate dar und zeigt, wie sich die Krise der Corona-Pandemie, die die gesamte Gesellschaft beinahe unvorbereitet getroffen hat, auf die Einrichtungen der Langzeitpflege und die Menschen, die dort leben und arbeiten bzw. zuhause betreut werden oder betreuen, ausgewirkt hat.

Wir dürfen uns herzlich bedanken für das Vertrauen, das uns von allen Seiten entgegengebracht wurde! Es ist nicht selbstverständlich, sich in einer derartigen Krise an einem Forschungsprojekt zu beteiligen und damit weitere Belastungen auf sich zu nehmen. Vor diesem Hintergrund fühlen wir eine besondere Verantwortung und haben als kleine Forscher*innen-Gruppe ebenfalls mit sehr hohem Engagement die Studie durchgeführt. An dieser Stelle möchten wir uns auch herzlich beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, insbesondere bei Dr. Tobias Schneider, Dr. Angela Postel und Barbara Zeller bedanken, die uns in der Durchführung der Studie sehr unterstützt und viele Wege eröffnet haben.

Unsere Leser*innen werden mit unterschiedlichen Erwartungen und Vorstellungen diesen Ergebnisbericht lesen; wir hoffen, durch die teilweise sehr differenzierte Ergebnisdarstellung den unterschiedlichen Ansprüchen gerecht zu werden. Für die Leser*innen, die in Einrichtungen der Langzeitpflege arbeiten oder dort betreut werden, sind viele Ergebnisse wahrscheinlich nicht neu, sondern bestätigen möglicherweise ihre eigenen Erfahrungen. Dieser Effekt tritt oft in der empirischen Sozialforschung ein und ist eher ein Hinweis auf eine gute Datensättigung. Aber sicher wird es auch Leser*innen geben, die weitere oder andere Aspekte vermissen und benennen möchten. Dies können Sie tun, in dem Sie mit uns im Nachgang der Studie Kontakt aufnehmen.

Das Schreiben des Forschungsberichtes ist in eine Zeit gefallen, in der die dritte Infektionswelle in den Einrichtungen der Langzeitpflege – vor allem aufgrund der Impfungen – nicht mehr so viele Ansteckungen und schwere Krankheitsverläufe mit sich bringt. Alle Betroffenen scheinen seit März 2021 aufzuatmen, und obwohl noch immer vielen Maßnahmen zum Infektionsschutz durchgeführt werden müssen, können endlich auch wieder andere Themen und Entwicklungen aufgegriffen werden. Dabei leitet eine Erkenntnis viele der von uns befragten Menschen: Die Corona-Pandemie hat zahlreiche Probleme sichtbar gemacht, die bereits vorher latent oder auch deutlich vorhanden waren und nicht gelöst worden sind: Personalmangel bzw. keine begründeten Personalbemessungssysteme, Personalqualifizierungsprobleme, mangelnde oder gar fehlende Digitalisierung, Konkurrenz statt Kooperation und sektorale Zersplitterung des Gesundheitswesens, mangelnde Kooperation der Gesundheitsfachberufe, starke Fokussierung auf die monetäre Seite der Gesundheits- und Pflegeversorgung der Bevölkerung, verdeckte ethische Diskurse in der Versorgungsqualität usw. Die Einrichtungen der Langzeitpflege, die Menschen, die dort arbeiten oder betreut werden, befinden sich mitten in der Gesellschaft, in einem Landkreis, in einer Stadt, in einem Wohnquartier und in einer direkten Nachbarschaft, und trotzdem scheint die Gesellschaft nur wenig über diese Versorgungsbereiche, ihre Bedingungen und Herausforderungen zu wissen. Auch sind die Lebenslagen von älteren, zumeist mehrfach erkrankten pflegebedürftigen Menschen gesamtgesellschaftlich wenig beachtet und bekannt. Diese beinahe „isolierte Welt“ wurde von der Corona-Pandemie in einer außerordentlichen Weise erschüttert. Die Gefahr, an der mit dem Coronavirus verbundenen Erkrankung zu sterben oder einen schweren Krankheitsverlauf zu haben, traf in den ersten beiden Infektionswellen insbesondere ältere pflegebedürftige Menschen, die sich zumeist in der letzten Lebensphase befinden. Darauf haben Gesellschaft, Politik und Träger der Einrichtungen für Langzeitpflege reagiert und versucht, die Betroffenen so gut wie möglich zu schützen. Eine große Welle der Solidarität und Hilfe war und ist spürbar. Allerdings waren bzw. sind die bereits vorher vorhandenen Probleme oftmals nicht in der Ausprägung und Relevanz bekannt und sichtbar, so dass mitunter auch das Verständnis eingeschränkt ist.

Vor diesem Hintergrund wird es wichtig sein, aus der Krise zu lernen und dabei auch die Zeit vor der Krise in den Blick zu nehmen. Zukünftig sollte die „Welt“ der Langzeitpflege stärker in den gesellschaftlichen Fokus genommen werden, um Vorurteile abzubauen und einen Diskurs über Lebensqualität und Rechte von pflegebedürftigen Menschen offen zu führen. Dabei muss auch diskutiert werden, wie viel Vielfalt und Heterogenität in der pflegerischen und medizinischen Versorgung ermöglicht werden soll und wie Versorgungssysteme zum Wohle der Betroffenen miteinander interagieren. Dabei verursacht Vielfalt und Heterogenität der Versorgungssysteme zumeist mehr Kosten, über die ebenfalls gesamtgesellschaftlich diskutiert werden muss.

„Aus der Krise lernen“ ist eine Forderung vieler von uns befragter Personen. Dieser Bericht will dazu beitragen und sichtbar machen, was verändert und weiterentwickelt werden kann. Leider war es uns nicht mehr möglich, die vielen Beispiele von sogenannter „Best Practice“ zu beforschen und ebenfalls darzustellen. Träger und Einrichtungen sollten gut zusammenarbeiten und auch hier die vielfältigen Erfahrungen sammeln und sichtbar machen. Dabei muss es auch darum gehen, das zu zeigen, was uns neben den vielen Herausforderungen auch immer begegnet ist: hohes, verantwortungsvolles Engagement der Mitarbeitenden auf allen Ebenen. Dies sollte nicht nur gesehen und honoriert, sondern auch zum Motor der weiteren Entwicklungen werden, denn tatsächlich haben wir in unseren Befragungen neben vielen Problemen auch viele Lösungen entdecken können. Allerdings können diese Lösungsvorschläge und -wege nur dann umfassend genutzt werden, wenn die Mitarbeitenden und Betroffenen in die weiteren Entscheidungen partizipativ eingebunden werden. Dies erfordert von den gesellschaftspolitischen Akteuren Mut und Vertrauen in die direkt in ihrer Lebens- und Arbeitswelt von den Entscheidungen betroffenen Menschen.

„Aus der Krise lernen“ bedeutet aber auch, die in der Krise entstandenen Traumatisierungen und Ängste wahrzunehmen und den Betroffenen die Möglichkeit geben, diese (miteinander und ohne einander) aufzuarbeiten. Viele Menschen sind in den vergangenen 16 Monate in Einrichtungen der Langzeitpflege erkrankt und auch gestorben, ebenso wie auch Mitarbeitende erkrankten oder starben. Diese bedrückenden Erlebnisse werden die Menschen lebenslang begleiten und sie müssen verarbeitet werden. Vor dem Hintergrund dieser Ereignisse werden auch ethische Diskurse der Langzeitpflege gesellschaftlich intensiver geführt. Dies ist sehr begrüßenswert! Dabei sollten die ethischen Diskurse rund um die Themen „Fürsorge“, „Selbstbestimmung und Autonomie“, „Sicherheit und Schutz“ und weitere Wertethemen die besondere Lebenslage der betroffenen pflegebedürftigen Menschen zum Ausgangspunkt machen. Dafür müssen diese Lebenslagen und die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen der Langzeitpflege sichtbarer und verstehbarer werden.

Auch dazu kann der Bericht beitragen, allerdings ist es wünschenswert, dass zukünftig regelmäßig und empirisch abgesichert die Lebenswelt pflegebedürftiger Menschen in ihrer Komplexität sichtbar gemacht wird.

Esslingen, 27.06.2021

Astrid Elsbernd

Vorwort des Zwischenberichtes (Januar 2021)

Im Eindruck des aktuell dramatischen Infektionsgeschehens in Deutschland, das in diesen Tagen beinahe außer Kontrolle geraten zu sein scheint, und angesichts der bedrückenden Verhältnisse in der stationären und ambulanten Langzeitpflege und den steigenden coronabedingten Todesfällen insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen, ist das Erstellen eines Zwischenberichtes zu diesem laufenden Forschungsprojekt eine große Herausforderung. In den vergangenen Monaten haben wir intensive Interviews mit den Bewohner*innen/Klient*innen, Angehörigen, Mitarbeiter*innen (überwiegend Pflegende) und Leitungspersonen aus der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg geführt. In allen Interviews wurde eine enorme emotionale Offenheit, Tiefe und inhaltliche Dichte erreicht! Wir bekamen besondere Einblicke in die Lebenswelt von Bewohner*innen/Klient*innen und ihren Angehörigen, in die Arbeits- und Lebenswelt von Pflegenden sowie in die Arbeits- und Lebenswelt von Führungspersonen. Für diese Offenheit und das Engagement möchten wir uns ausdrücklich bedanken!

Die zentrale Aufgabe unseres Projekts besteht darin, diese dargestellten Lebensrealitäten sichtbar und verstehbar zu machen. Aufgrund der außerordentlichen Vielzahl der geführten qualitativen Interviews und ihrer erheblichen Längen können wir in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit die systematische Auswertung der Interviews nur in einem gewissen Umfang leisten; auch die umfassende Ergebnisaufarbeitung und wissenschaftliche Einordnung konnte noch nicht vorgenommen werden. Wir haben uns dennoch zum Ziel gesetzt, bereits im Zwischenbericht erhebliche Einblicke in die Lebens- und Arbeitswelt zu geben, um die Themen und Diskurse der Betroffenen sicht- und verstehbar zu machen. Dabei wird ersichtlich, dass sich die in der Gesellschaft geführten Diskussionen um die Freiheitsrechte und den Schutz aller vor einer – je nach Krankheitsverlauf teilweise sehr schweren und todbringenden – Erkrankung in einem anderen Blickwinkel darstellen. Pflegebedürftige Bewohnerinnen/Klient*innen und ihre Angehörige vertrauen darauf, dass sie in der überwiegend bereits sehr anspruchsvollen Lebenslage, in der Krankheit und Pflegebedürftigkeit das alltägliche Leben bestimmen und auch erschweren, zugewandte und fachlich abgestimmte Hilfe und Unterstützung erhalten, die selbstverständlich auch den Schutz vor weiteren Erkrankungen und Beeinträchtigungen impliziert. Pflegende und ihre Führungspersonen setzten sich täglich für eine umfassend fachlich abgestimmte und menschlich zugewandte Betreuung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen ein, die sich ihnen in ihrer besonderen Lebenssituation anvertraut haben. Dabei sind Themen wie körperliches Leiden und Sterben ebenso alltagsprä-

sent wie das Führen eines psychosozial erfüllten Lebens. Diese besonderen Lebens- und Arbeitssituationen waren gesellschaftlich bereits vor der Corona-Pandemie schwer zu vermitteln.

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 ringt die Gesellschaft um die Fragen der monetären Ausstattung der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Ein wesentlicher „Streitpunkt“ ist die Personalausstattung: Seit vielen Jahren weist die Berufsgruppe der Pflegenden massiv darauf hin, dass die Personalausstattung sowohl quantitativ als auch qualitativ stark verbessert werden muss. Geriatriisch erkrankte und pflegebedürftige Menschen benötigen vor dem Hintergrund ihrer komplexen akuten und chronischen Beschwerden eine sehr fundierte Fachpflege, die sie in allen Lebensaktivitäten in den Blick nimmt und ein vielseitiges Leben auch in Anbetracht der gesundheitlich schwierigen Lage ermöglicht. Für die Berufsgruppe der Pflegenden ist es seit vielen Jahren nicht verstehbar, dass die pflegerische Personalausstattung in Deutschland nicht wenigstens das europäische Durchschnittsniveau erreicht und stattdessen sehr weit unter diesem liegt. Die Corona-Pandemie hat diesen Pflegepersonal-mangel in allen Sektoren der Gesundheitsversorgung in Deutschland schonungslos aufgedeckt. Aktuell wird von diesem Personal-mangel auch medial berichtet, politisch werden einige Forderungen gestellt. Allerdings möchte ich hier betonen, dass die jetzt sehr bedrückende personelle Situation bereits in der Vergangenheit politisch verantwortet worden ist.

Die Menschen in der Langzeitpflege – Betroffene und ihre Angehörigen, Pflegenden, andere Mitarbeiter*innen und Führungspersonen – müssen täglich mit diesen Mangelsituationen umgehen und sprichwörtlich „das Beste daraus machen“. Dabei begegnen ihnen mitunter auch Misstrauen und der Wunsch nach Kontrolle. Beispielweise werden die Maßnahmen zur Qualitätsprüfung kontinuierlich intensiviert, während die Maßnahmen zur internen Qualitätsentwicklung der Einrichtungen unter den bestehenden schwierigen Ausstattungsbedingungen stattfinden und sie hier auf nur wenig externe Unterstützung vertrauen können. Auch gesellschaftlich begegnen den Einrichtungen mitunter Misstrauen und Skepsis. Dabei kennen nur wenige die Lebens- und Arbeitsbedingungen genauer und können sich den lebhaften Alltag beispielsweise in einer Pflegeeinrichtung kaum vorstellen. Über das enorme Engagement der Einzelnen, der Organisationen und der Trägerverbände wird wenig berichtet. In der Corona-Pandemie hat sich dieses Bild verstärkt. So ist es kaum möglich, der Gesellschaft zu vermitteln, wie beispielsweise dementiell erkrankte Bewohner*innen mit Besuchs- und Bewegungseinschränkungen oder ambulant betreute Klient*innen mit der nochmals intensiveren sozialen Isolation und Einsamkeit umgehen. Pflegenden sind hier oftmals die einzigen aktiven und hilfe-

gebenden Ansprechpartner*innen. Während der Corona-Pandemie haben sie das psychosoziale Leben aktiv aufrecht gehalten, die wachsenden medizinisch-pflegerischen Aufgaben bewältigt, Bewohner*innen/Klienten in schwersten gesundheitlichen Lebenslagen beigestanden und sie im Sterben begleitet. Das war für keine*n Mitarbeiter*in, keine Führungsperson und auch nicht für die Trägervertreter*innen Berufsalltag; jedoch mussten unter den schwierigen Bedingungen der Pandemie alle über sich hinauswachsen und viele weitere Aufgaben übernehmen: Entwicklung und Umsetzung von differenzierten Hygiene-, Besucher-, Test- und Impfkonzepthen und vieles mehr.

Aus der Gesellschaft wird Pflegenden und Gesundheitseinrichtungen viel Respekt und positive Resonanz entgegengebracht. Jedoch werden die Themen und Anliegen nicht oder wenig in den gesellschaftlichen Diskurs rund um die Bewältigung der Corona-Pandemie mit einbezogen. Darüber hinaus sind ihre Lebens- und Arbeitssituationen nicht ausreichend bekannt, und wohl auch deshalb werden gesellschaftliche Wertediskurse rund um die Freiheits- und Schutzrechte möglicherweise nicht in der erforderlichen Spezifizierung geführt. Hier ist es wichtig, dass die Betroffenen und die Pflegenden in aktuellen gesellschaftspolitischen Debatten strukturell mit einbezogen werden, z. B. in die Corona Task Forces der Städte, Gemeinden und Landkreise. Die Corona Task Force Langzeitpflege Baden-Württemberg hat hier eine Vorbildfunktion, denn bei der Besetzung dieser Verantwortungsgemeinschaft wurde darauf geachtet, dass die Anliegen der Betroffenen verstärkt mit einbezogen werden. Ebenfalls darf das Initiieren dieser begleitenden Forschungsstudie, die sich auf das Beforschen der Lebens- und Arbeitswelten in der Langzeitpflege konzentriert, als ein Beitrag zur Sichtbarmachung und beginnenden Partizipation der Betroffenen gesehen werden. Hier gilt es in der zweiten Phase der Forschungsarbeit weiter anzusetzen und ein „Aus-der-Krise- Lernen“ zu fördern sowie Erkenntnisse und mögliche Lösungsstrategien strukturell zu verorten.

Die Corona-Pandemie ist ein gesellschaftlich außerordentlich tiefgreifendes und bedrohliches Infektionsgeschehen, das anscheinend auch von Wissenschaftler*innen und Fachpersonen nur begrenzt verstanden, in seiner Entstehung und Entwicklung prognostiziert und damit noch lange nicht abschließend bewertet werden kann. Die Hoffnung, durch rasche und breit angelegte Impfung weite Teile der Gesellschaft schützen zu können, wird in diesen Tagen in Handeln umgesetzt. Inwieweit sich dann die Lage der Betroffenen in der Langzeitpflege stabilisiert und wie rasch diese Stabilisierung verlaufen wird, ist heute noch unklar. Sicher ist, dass die Einrichtungen für Langzeitpflege von den Auswirkungen der Pandemie ganz unterschiedlich schwer betroffen sind. Vor diesem Hintergrund ist es sehr wichtig, dass die betroffenen Ein-

richtungen, in denen – oft viele – Menschen schwer erkrankt und gestorben sind, außerordentliche Hilfen erhalten, die das Wohl aller betroffenen Menschen fokussiert und die Verarbeitung des Geschehens auf allen Ebenen unterstützen. Wir haben den Eindruck, dass das Führen der Interviews einen kleinen Beitrag zur Verarbeitung und Heilung leisten kann. Viele Interviewte meldeten uns zurück, dass das Reden, das Erinnern, das Zuhören, das Reflektieren und mitunter auch das gemeinsame Betrauern des Erlebten heilsam und fördernd sind.

Esslingen, Januar 2021

Astrid Elsbernd

1 Projektauftrag und Projektgegenstand

Im Rahmen der ersten Gespräche mit leitenden Personen aus dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg nach Ausbruch der Covid-19-Pandemie im März 2020 kristallisierte sich heraus, dass neben der Einrichtung der so genannten „Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe“ eine begleitende Forschungsstudie im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege als sinnvoll erachtet wurde. Diesen Auftrag hat die Hochschule Esslingen in Durchführungsverantwortung von Prof. Dr. Astrid Elsbernd angenommen. Bei den Vertragsverhandlungen zeigte sich, dass grundlegende Erkenntnisse über die aktuellen Herausforderungen, die sich mit dem Infektionsgeschehen rund um Covid-19 verbinden, generiert werden sollen. Dabei geht es im Wesentlichen darum herauszufinden, welche aktuellen Probleme und Herausforderungen von den Akteuren gesehen, benannt und thematisiert werden. Dabei sollen alle möglichen Akteure der stationären und ambulanten Langzeitpflege berücksichtigt werden: Leitungspersonen, Mitarbeiter*innen aus den verschiedenen Bereichen, Bewohner*innen/Kund*innen und ihre Bezugspersonen. Es erschien von Beginn an sinnvoll, durch eine qualitativ geprägte Forschungsstrategie die vielfältigen Meinungen und Ansichten zu erheben, um einen möglichst breiten Überblick der erlebten Herausforderungen und der Unterstützungswünsche zu bekommen. Die verwendete Methodik wird in diesem Bericht an anderer Stelle genauer beschrieben. Hier sei erwähnt, dass der zunächst geplante Wechsel der Methode in eine quantitative Strategie ab Herbst 2020 in Absprache mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg nicht vollzogen wurde, da sich abzeichnete, dass bei dem sich weiter entwickelnden und intensivierenden Infektionsgeschehen die qualitative Erhebung sehr geeignet ist, um die aktuellen Entwicklungen und daraus entstehende spezifische Anforderungen an die überaus komplexen und sich rasch verändernden Situationen der Einrichtungen zu erfassen.

Die Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege benötigen zur Bewältigung der Folgen der aktuellen Corona-Pandemie Hilfen von unterschiedlichen Stellen. Um die aktuellen Bedarfe zu erkennen und darauf zu antworten, ist es notwendig, Beurteilungen und Daten von den Einrichtungen und deren Akteuren zeitnah zu erhalten. Dies ist wichtig, um einerseits Hilfen für die größte Berufsgruppe – das Pflegepersonal – in diesen Einrichtungen zu fokussieren und andererseits die Gesamtperspektive der Einrichtung und ihrer Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens zu analysieren. Ziel ist es, den unterschiedlich handelnden Akteuren (Politik, Verbände, Träger) konkrete Hinweise auf potentielle und wirksame Unterstützungsangebote und -systeme zu geben. Durch die Dynamisierung der Erhebung kann es möglich sein, auf die jeweils aktuellen Anforderungen zu reagieren.

Folgende Fragestellungen bzw. Themen wurden bislang u. a. gezielt untersucht:

- Welche Themen haben jeweils welche Priorität für die befragten Gruppen?
- Welche Herausforderungen ergaben sich für Führungspersonen, Bewohner*innen und ihre Angehörigen sowie Klient*innen und Mitarbeiter*innen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege?
- Welche Themen und Herausforderungen existierten bereits vor der Pandemie und haben durch sie nun einen anderen Stellenwert bekommen?
- Welche Lösungsstrategien wurden gewählt?
- Welche Lösungsstrategien sollen zukünftig gewählt werden?
- Welche Informationsstrategien haben die Befragten gewählt, und wie würden sie diese in Zukunft selbst gestalten bzw. gestaltet haben wollen?
- Wo benötigen bzw. wünschen die Einrichtungen Unterstützung von außen?
- Wo benötigen bzw. wünschen die Einrichtungen mehr Autonomie in ihren Entscheidungen?
- Welche Maßnahmen haben die Bewohner*innen oder Klient*innen im Durchleben der Pandemie unterstützt und welche Maßnahmen wurden als belastend erlebt? Sehen die Befragten hier Möglichkeiten einer anderen Herangehensweise an die Infektionsgefahren?

Anhand dieser zentralen Fragen soll ein Eindruck von der aktuellen Lage in Pflegeeinrichtungen gegeben und eine Darstellung von Entwicklungen ermöglicht werden. Dabei geht es zunächst primär um die Unterstützung zur Bewältigung der Folgen der Covid-19-Pandemie. Darüber hinaus sollen diese Ergebnisse auch Aufschluss darüber geben, wie man die Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege dauerhaft so organisational konstellieren und ausstatten kann, dass sie vergleichbaren Herausforderungen zukünftig weiterhin gewachsen bleiben und eine gute, abgesicherte Versorgung der älteren Bevölkerung bieten können.

2 Corona-Pandemie: Gesellschaftliche und wissenschaftliche Kontextualisierung

2.1 Pandemie als globale gesellschaftliche und medizinische Herausforderung

Obleich auf internationaler Ebene alle Gesellschaften Wissen über und teilweise sogar Erfahrungen mit pandemischem Infektionsgeschehen haben, wurden sie anscheinend unvorbereitet von der Corona-Pandemie getroffen. Und doch gab es in Deutschland bereits bestehende Pläne, die zeigen, dass in politischen und wissenschaftlichen Kontexten durchaus Vorstellungen über eine sich möglicherweise ausbreitende Pandemie existierten. Vorweg darf schon an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass einige Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege nach eigener Einschätzung genau von diesen – in den vergangenen Jahren aktualisierten – Pandemieplänen sehr profitiert haben. Dennoch weisen uns die meisten von uns interviewten Personen darauf hin, dass sie diese Pläne zwar erneuert bzw. auch neu erstellt haben, ihre Bedeutung aber zum Zeitpunkt der Erstellung nicht als hoch eingestuft worden sei. Die Vorstellung, dass die Gesellschaft von einer Pandemie tatsächlich betroffen sein könnte, war nicht präsent. Auch als im Dezember 2019 in den Nachrichten erste Berichte aus China vom durchaus beunruhigenden Infektionsgeschehen auftauchten, führte dies nicht dazu, dass die Einrichtungen der Langzeitpflege sich auf ein Infektionsgeschehen dieses Ausmaßes vorbereiteten. Zwar sind die Einrichtungen der Langzeitpflege auf die bislang gängigen Infektionen vorbereitet (z. B. Norovirus) und haben hier auch Erfahrungen im Umgang mit sich ausbreitenden Infektionen in einer Einrichtung, doch hat sich in 2020 eine weltweite Pandemie entwickelt, mit der die Gesellschaften nicht gerechnet haben und auf die niemand umfassend vorbereitet war.

Um eine Grundlage in der Definition einer Pandemie für diese Studie festzulegen, wird die Definition der WHO zur Influenza-Pandemie vorangestellt:

„The major determinant of the severity of an influenza pandemic, as measured by the number of cases of severe illness and deaths it causes, is the inherent virulence of the virus. However, many other factors influence the overall severity of a pandemic’s impact. Even a pandemic virus that initially causes mild symptoms in otherwise healthy people can be disruptive, especially under the conditions of today’s highly mobile and closely interdependent societies. Moreover, the same virus that causes mild illness in one country can result in much higher morbidity and mortality in another. In addition, the inherent virulence of the virus can change over time as the pandemic goes through subsequent waves of national and international spread.“

(vgl. WHO, https://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/en/, abgerufen am 08.12.2020).

Ergänzend schreibt die WHO, dass eine Pandemie unterschiedliche Entwicklungen und Auswirkungen in den Ländern der Welt haben kann. Das Wesen einer Pandemie zeigt sich auch in den sich daraus entwickelnden gravierenden sozialen und wirtschaftlichen Störungen, die überwiegend dadurch entstehen, dass viele Menschen zu einem gleichen Zeitpunkt oder innerhalb kürzester Zeitabstände krank werden. Ein weiteres Risiko, das mit der schnellen Ausbreitung des Virus verbunden ist, ist die Überlastung des Gesundheitssystems. Entscheidend sind dabei die sogenannten vulnerablen Gruppen. Weitreichende Auswirkungen einer Pandemie definieren sich auch darüber, welche Altersgruppen der Bevölkerung betroffen sind und ob Vorerkrankungen oder beispielsweise die Ernährungsweise eine Rolle spielen. Die Tragweite einer Pandemie muss demnach unter Beachtung vielerlei Faktoren betrachtet werden. Ein Faktor ist, in wie vielen Wellen die Pandemie die Länder trifft. Die Pandemie tritt dabei in mindestens zwei, manchmal auch drei Wellen auf, wobei sich die Auswirkungen und die Folgen der Wellen zwischen einzelnen Ländern stark unterscheiden können (vgl. WHO, https://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/en/, abgerufen am 08.12.2020).

Grippe-Pandemien der Neuzeit (20. und 21. Jahrhundert)

Die Spanische Grippe (A/H1N1-Virus)

Die sogenannte Spanische Grippe (1918–1920) ist die bisher schwerwiegendste Influenza-Pandemie des 20. Jahrhunderts. Die Pandemie verlief in drei Wellen: Zu Beginn wurde eine kleine Welle verzeichnet, worauf eine deutlich schwerere zweite – mit einer sehr viel höheren Sterberate – nach ca. vier bis sechs Monaten folgte. Mit der dritten und letzten Welle im Frühjahr 1919 flachte die Spanische Grippe (Influenza A, Subtyp H1N1) in Deutschland bis ins Jahr 1920 hinein ab (vgl. Braun et al 2007). Die Zahl der Todesopfer kann nur geschätzt werden, da es außerhalb der USA keine verlässlichen Statistiken oder Aufzeichnungen gab. Die Forschung geht von schätzungsweise ein bis zwei Prozent der Weltbevölkerung aus, die an den Folgen der Grippe starben. In Asien und Afrika waren die meisten Opfer zu beklagen. Die Heftigkeit und die Tatsache, dass die vulnerable Gruppe aus Säuglingen und den 20- bis 40-Jährigen bestand, führten zu Angst und Spekulationen. Die sozialen und wirtschaftlichen Folgen waren durch diese Pandemie, die direkt im Anschluss an den Ersten Weltkrieg wütete, enorm hoch (vgl. Müller 2020).

Beim Betrachten der Spanischen Grippe und deren Verlauf fällt auf, dass die angeordneten Maßnahmen und Verhaltensweisen, die je nach Land bzw. Staat durchgeführt wurden, um die

Infektionszahlen zu minimieren, mit den heutigen vergleichbar waren: Kontaktbeschränkungen, Schließung von Schulen und Theater, Absage von Großveranstaltungen, Tragen einer Mund-Nase-Maske. Dabei waren je nach sozioökonomischer Lage enorme Unterschiede zwischen den Staaten und Kontinenten im Umgang mit der Pandemie zu beobachten. Auch fehlten größtenteils die wissenschaftlichen Grundlagen zur effektiven Bekämpfung der Pandemie, da Viren als Erreger bis dato noch nicht entdeckt waren (vgl. Braun et al 2007; Müller 2020).

Der Verlauf der Pandemie in mindestens drei Wellen trifft bisher auch auf die Corona-Pandemie zu. Doch auch hier kann und muss zwischen einzelnen Ländern bzw. Staaten unterschieden werden; weitere Entwicklungen und Unterschiede sind dabei größtenteils noch offen. So sind auch langfristige Auswirkungen noch nicht fassbar und werden sich erst im Fortgang der Corona-Pandemie zeigen. Die weltweite und schnelle Ausbreitung des Covid-19-Virus und der wellenartige Verlauf lassen jedenfalls starke Parallelitäten mit der Spanischen Grippe erkennen.

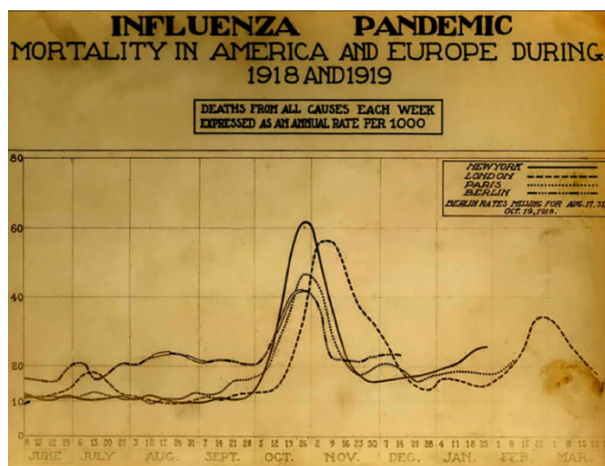


Abb. 1: Verlauf der Spanischen Grippe in Amerika und Europa (vgl. Sax 2020)

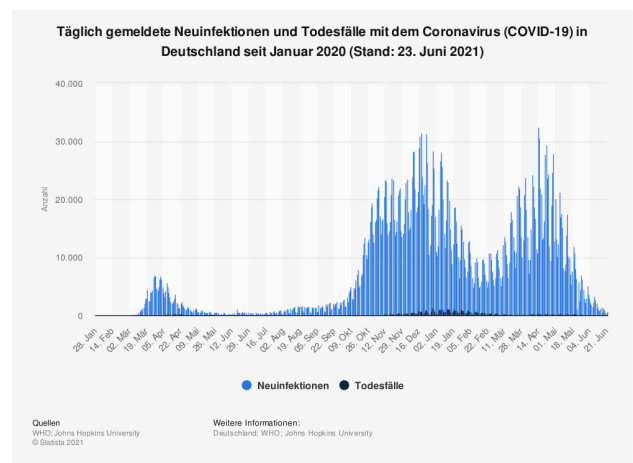


Abb. 2: Verlauf Corona-Pandemie in Deutschland bis Juni 2021 (vgl. Statista 2021a)

Die Asiatische Grippe (A/H2N2) 1957/1958

Im Jahr 1957 trat eine weitere Influenza-Grippe – die sogenannte Asiatische Grippe – auf, die ein pandemisches Ausmaß erreichte. Die ersten Fälle wurden im Jahr 1957 in China festgestellt. Durch die damals anhaltenden Spannungen des Kalten Kriegs dauerte es, bis die WHO entsprechende Informationen aus der UdSSR oder auch aus China zum Virus erhielt. Das Virus Typ A, Subtyp H2N2 hatte dabei Ähnlichkeiten mit der Russischen Grippe von 1889–1892. Auch hier ist die Übertragung durch Nutztiere wie Schweine wahrscheinlich. Innerhalb weniger Monate breitete sich das Virus zunächst über den Landweg, dann über den Seeweg auf der ganzen Welt aus. Vor allem Schiffe und die Schifffahrt spielten bei der Verbreitung im Jahr

1957 eine ausschlaggebende Rolle. Im Mai 1957 wurde der erste Fall in Europa bekannt, das erste Todesopfer wurde im Juni 1957 in Ost-Berlin bestätigt. Die Virusvariante A/H2N2 hatte die Besonderheit, dass die Weltbevölkerung zu diesem Zeitpunkt lediglich Kontakt und eine Immunität mit der Variante A/H1N1 hatte und daher gegen die Asiatische Grippe nur wenig bis gar keine Resistenzen hatte. Die vulnerable Gruppe waren daher die 15- bis 20-Jährigen, aber auch Kinder waren eher betroffen. Demnach starben an dieser Influenza geschätzt ein bis zwei Millionen Menschen; sie war somit die schwerste Influenza-Pandemie nach der Spanischen Grippe (vgl. Rengeling 2017: S.69ff.). 1958 flachte das Infektionsgeschehen der Asiatischen Grippe nach zwei Wellen ab. In Deutschland gab es lediglich kleinere Einschränkungen wie beispielsweise kurzzeitige lokale Schulschließungen (vgl. ebd.: S. 72). Unter den Maßnahmen zur Vorbeugung ist Händewaschen noch nicht zu finden, hingegen wurde das Gurgeln mit Wasserstoffsuperoxid oder die Einnahme von formalinhaltigen Tabletten empfohlen (vgl. SWR 2 2020: S. 1).

Hongkong-Grippe (A/H3N2) 1968-1970

Bei der Hongkong-Grippe gab es zunächst nur einige wenige Verdachtsmomente, publiziert beispielsweise von der Londoner Zeitung „The Times“ über die Ausbreitung eines neuen Influenza-Virus in China. Durch das bestehende totalitäre Regime und die sehr zurückhaltende Informationspolitik der Volksrepublik China zu jener Zeit wurden diese Fälle nie richtig bestätigt. Erst die vermehrten Ausbrüche in der Kronkolonie Hongkong bestätigten die Fälle von Atemwegserkrankungen mit der Möglichkeit einer pandemischen Ausbreitung. Insgesamt schien der Verlauf dennoch wesentlich weniger gravierend und milder als die Asiatische Grippe 1957/58 zu sein. Die Ausbreitung der Hongkong-Grippe kann dabei weniger gut nachkonstruiert werden, was vor allem am vermehrten Flugverkehr zu dieser Zeit liegt. Der Virus Typ A/H3N2 löste mit der Zeit den Typ A/H2N2 – die Asiatische Grippe – ab, der 1968 noch immer kursierte (vgl. Rengeling 2017: S. 73). Die Datenlage zur Hongkong-Grippe ist bis heute sehr ungenau. So schätzt die WHO, dass rund 1,5 Millionen Menschen weltweit an den Folgen starben. Dabei lässt sich nicht erklären, warum manche Staaten eher in der ersten Welle, andere nur oder gar nicht mehr von der zweiten Welle betroffen waren. Einige Hypothesen gehen von einer möglichen Resistenz durch die zuvor erlebten Influenza-Pandemien oder einer abgeschwächten Virusvariante in einigen Ländern aus. Wissenschaftlich bestätigt wurden diese Annahmen jedoch nicht (vgl. ebd.: S. 74f.). Trotz des medizinischen Fortschritts wurden Patient*innen symptomatisch behandelt, beispielsweise durch Versorgung mit Sauerstoff oder diverse Antibiotika. Einige Wissenschaftler*innen und Ärzt*innen verfolgten das langfristige Ziel, durch Immunisierung der Bevölkerung die Folgen von Influenza-Pandemien oder -

Ausbrüchen zu minimieren. Hier wurde das Instrument der Schutzimpfung genutzt. Die Forschung auf diesem Gebiet und die Wirksamkeit von Schutzimpfungen hatte sich zu diesem Zeitpunkt schon weit entwickelt: So konnten 1969 in den USA bereits 15 Millionen Impfdosen zur Bekämpfung der Hongkong-Grippe verimpft werden. Die Impfung wurde somit zum „Goldstandard der Influenzabekämpfung“ (Rengeling 2017: S. 77). Auch die Maßnahmen der Prävention durch Impfungen und die Forschung an der Entwicklung und Veränderung der Influenza-Viren wurden mit der Hongkong-Grippe stark vorangetrieben. Die Deutsche Demokratische Republik (DDR) entwickelte dabei erste Pandemiepläne, die auch für spätere Dokumente der WHO und BRD zum Umgang mit Influenza-Pandemien dienten (vgl. ebd.: S. 78f.).

Russische Grippe (A/H1N1) 1977/1978

Die Russische Grippe wird zwar zunächst als eine Pandemie eingestuft, jedoch im Verlauf auf eine Epidemie mit mehreren Ausbruchsgeschehen und Häufungen herabgestuft. Das Influenzavirus hat seinen Ursprung wahrscheinlich in China, verbreitete sich aber extrem stark in der UdSSR, wo es auch von Virologen klassifiziert wurde. Im Januar 1978 erreichte das Virus dann Europa und die USA, ein halbes Jahr später dann Südamerika und Neuseeland. Der Verlauf der Erkrankung wurde zwar als mild eingestuft – wobei auch hier wieder vermehrt Kinder und junge Erwachsene, wahrscheinlich durch die nicht vorhandene Resistenz, betroffen waren; dennoch starben mehrere hunderttausend Menschen an der Infektion. Die Russische Grippe erlangte jedoch nur wenig Aufmerksamkeit, wodurch auch keine weiteren Maßnahmen der WHO oder seitens der einzelnen Staaten ergriffen wurden (vgl. Rengeling 2017: S.82).

SARS (SARS-CoV-1/Coronavirus) 2002/2003

Mit SARS (**S**chweres **A**kutes **R**espiratorisches **S**yndrom) trat im Jahr 2002 eine neue Atemwegserkrankung auf. Zeitgleich grassierte die Vogelgrippe H5N1 – vor allem im Asiatischen Raum um die Jahre 2002 und 2003. SARS betraf ca. 8.500 Menschen, wovon rund 1.000 starben. SARS und damit das Coronavirus standen zwar nicht im Zusammenhang mit der Vogelgrippe; der sich überschneidende Zeitraum der beiden Viruserkrankungen forderte aber die Weltgemeinschaft auf unterschiedlichen Ebenen heraus. SARS erhielt dabei weniger Aufmerksamkeit als die Vogelgrippe, wobei dennoch für die stark betroffenen Gebiete Quarantänemaßnahmen und Reisewarnungen ausgesprochen wurden (vgl. Rengeling 2017: S. 85ff.). SARS wurde zunächst als Epidemie, später auch als Pandemie eingestuft. Ein Zusammenhang des Virus zu den oben dargestellten Pandemien besteht nicht, dennoch sollte dieses Virus in dieser Darstellung mit aufgenommen werden, da es sich um den Vorgänger des heutigen Coronavirus SARS-CoV-2 handelt. Ende 2002 trat das Virus in China das erste Mal auf. Es wird vermutet,

dass sich der Erreger beim Handel mit Wildtieren auf den Menschen übertragen hat. Auch die „Mensch-zu-Mensch-Übertragung“ kann dem Coronavirus relativ zeitnah zum ersten Auftreten zugeschrieben werden. Die Verbreitung wurde durch viele Faktoren unterstützt, wie zum Beispiel das dichte Zusammensein vieler Menschen in öffentlichen Verkehrsmitteln oder auch an Veranstaltungsorten. Wegen einer Inkubationszeit von zwei bis sieben Tagen wird das Virus durch den Träger meist unwissentlich weiterverbreitet. Betroffen waren vor allem Asiatische Staaten wie Taiwan, China oder Singapur. In Europa gab es nur wenige vereinzelte Fälle; Deutschland zählte neun Infizierte, die alle gesundeten. Im Juli 2003 wird die Pandemie von der WHO als „unter Kontrolle“ eingestuft. Daran anschließend werden nur noch vereinzelt Fälle von Infektionen gemeldet (vgl. RND 2020: S. 1). Im Jahr 2004 wurde die Pandemie von der WHO als besiegt erklärt (vgl. Tagesschau 2020: S. 1).

Schweinegrippe (A/H1N1 2009) 2009/2010

Die sogenannte Schweinegrippe trat das erste Mal im März 2009 in Mexiko auf. Dort erkrankten innerhalb kurzer Zeit über 2.000 Personen an einer schweren Lungenerkrankung; 100 von ihnen starben daran. Insbesondere die Personengruppe der 20- bis 40-Jährigen war stark betroffen, was eine Ähnlichkeit zu den bisher bekannten Pandemien des 20. Jahrhunderts aufwies. Wieder wurden Erinnerungen an die Ausmaße der Spanischen Grippe geweckt, auch weil der Erreger einer bisher unbekannten Variante des Subtyps A/H1N1 zugeordnet werden konnte. Die Pandemiestufe der WHO wurde im April 2009 auf 5 erhöht. Mit den ersten Fällen in Europa und den Warnungen über die Möglichkeit einer weltweiten Pandemie wurde im Juni 2009 die Pandemiestufe 6 ausgerufen (vgl. Rengeling 2017: S. 89). Bis zum August 2010, dem von der WHO erklärten Ende der Pandemie, konnte das Virus in rund 214 Ländern nachgewiesen werden. Die Symptome variierten dabei nach Ansteckung zwischen leichten Erkältungssymptomen bis hin zu schweren Verläufen mit Todesfolge. Bei letzterem waren vor allem Personen mit Vorerkrankungen betroffen. Im Vergleich zu vorherigen Pandemien stellte die Schweinegrippe jedoch eine eher harmlose Influenza-Pandemie dar, die zwar weltweit verbreitet wurde, jedoch sehr viel weniger Todesfälle zur Folge hatte. Die Meinungen zu den getroffenen Handlungen und Maßnahmen zur Eindämmung der Schweinegrippe gehen dabei auseinander: Einige empfanden sie als „Panikmache“, andere bezeichneten die Maßnahmen als Übung für kommende Ausbrüche oder Pandemien. Nichtsdestotrotz können weitere Fortschritte – vor allem im Bereich der Datengenerierung und Auswertung sowie der Erforschung von Übertragung oder Impfung – verzeichnet werden (vgl. ebd.: S. 90).

Corona-Pandemie (SARS-CoV-2) seit Ende 2019

Ende des Jahres 2019 traten in China vermehrt Lungenentzündungen auf, was im Januar 2020 einem neuartigen Coronavirus – verwandt mit dem SARS-Virus von 2002/2003 – zugeschrieben wurde. Nach den Erfahrungen mit der SARS-Pandemie und dem Wissen der Möglichkeit einer „Mensch-zu-Mensch-Übertragung“ wurde die Stadt Wuhan in China unter Quarantäne gestellt sowie der Reise- und Flugverkehr stark eingeschränkt. Ziel war und ist es bis jetzt, soziale Kontakte stark einzuschränken. Die sehr schnelle Übertragungsform durch eine Tröpfchen-, Aerosol- und Kontaktinfektion des Virus fordert vor allem Abstandsregelungen, Mund-Nase-Schutz oder häufiges Händewaschen als schützende Maßnahmen (vgl. HZI o. J.: S. 1). Zu der vulnerablen Gruppe der Corona-Pandemie werden vor allem alte Menschen (über 80 Jahre) oder Personen mit Vorerkrankungen oder schwachem Immunsystem gezählt. Auch das SARS-CoV-2 zeigt ein breites Spektrum an Symptomen und Verläufen nach Ansteckung – von gänzlich symptomlosen Verläufen über sehr schwere Verläufe mit Lungenentzündungen oder -versagen bis hin zum Tod (vgl. DGUV 2020: S.1). Zu Beginn des Jahres 2021 bereiten vor allem die ersten Mutationen des Virus Sorge. Zeitgleich wird mit Hochdruck an der bereits laufenden Impfkampagne gearbeitet, um so das Virus einzudämmen. Viele Fragen wie beispielsweise die nach der Dauer einer Immunität durch Impfung oder nach Genesung sind dabei lediglich für einen kurzen Zeitraum erforscht.

2.2 Ausgewählte aktuelle nationale und internationale Studienlage und Entwicklungen hinsichtlich der Einrichtungen der Langzeitpflege

Bereits zu Beginn der ersten Infektionswelle im März 2020 wurde eine erste Studie zur Langzeitpflege in Deutschland initiiert: Die Studie der Universität Bremen mit dem Titel *„Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege“* wurde im Zeitraum vom 28. April 2020 bis zum 12. Mai 2020 durchgeführt und im Juni 2020 veröffentlicht. Ziel der Befragung war es, die Erkrankungs- und Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen zu erfassen und zu analysieren (vgl. Ostermann & Rothgang et al 2020: S. 12). Mit den Ergebnissen der Befragung sollten auch bis dato fehlende Daten zur Situation (teil-)stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen erfasst werden, um Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe aufzudecken. Die Ergebnisse der Studie basieren auf den bereinigten Rückmeldungen von 824 Pflegeheimen, 96 teilstationären Einrichtungen und 701 ambulanten Pflegediensten (vgl. ebd.: S. 15). Da die Daten zwischen den unterschiedlichen Einrichtungstypen differenzieren, werden sie in drei Kapiteln dargestellt. Zunächst wird die Lage in den Pflegeheimen dargestellt, wobei die Verbreitung des Virus, dann die personellen und materiellen

Ressourcen bzw. deren Einschränkungen, ergriffene Maßnahmen zur Eindämmung, der Umgang mit der drohenden Isolation von Heimbewohner*innen sowie – zum Schluss – die Forderungen an die Politik aufgezeigt werden (vgl. ebd.: S. 17). Daran anschließend werden die Ergebnisse der teilstationären und ambulanten Dienste wie die der Pflegeheime vorgestellt.

Im Rahmen des hier vorgelegten Berichts werden die wichtigsten Ergebnisse der Bremer Studie kurz dargestellt. Sie haben uns insbesondere bei der Entwicklung des qualitativen Befragungsinstrumentes beeinflusst.

- In 6,4 % (= 49) der befragten Pflegeheime wurden Todesfälle mit COVID-19 unter den Bewohner*innen verzeichnet, wobei bei einem Viertel dieser 49 Einrichtungen die Zahl der Todesfälle bei mindestens acht lag. Kleine Einrichtungen haben dabei einen höheren Anteil an Infizierten und Toten.
- Nur 16 % der Pflegeheime berichten von einem Personalausfall über 10 %. Einrichtungen, die stark von der Pandemie betroffen waren, weisen dabei allerdings einen höher ausgeprägten Effekt auf. Für diese Einrichtungen haben die Personalausfälle eine zusätzliche existenzielle Bedeutung. Durch die Ausfälle werden folglich auch stark gestiegene zeitliche Mehraufwendungen für Pflegekräfte erkennbar. Zum Zeitpunkt der Studie sind beinahe alle Engpässe in der Beschaffung der Schutzausrüstung behoben (vgl. ebd.: S. 17ff).
- Die Mehrheit der Befragten (92,5 %) berichtet von Testungen der Bewohner*innen bei Verdachtsfällen. Die Testergebnisse für die Bewohner*innen liegen dabei innerhalb von drei bis 14 Tagen vor; die für die Mitarbeiter*innen lassen in der Regel etwas länger auf sich warten, wobei bei stark betroffenen Einrichtungen die Testergebnisse schneller vorliegen.
- Der Zugang für Besucher*innen und Ehrenamtliche ist bei allen Einrichtungen zumindest begrenzt; bei der Hälfte der befragten Einrichtungen wird im Befragungszeitraum kein Zugang gewährt.
- Es wird durch die Befragung ersichtlich, dass die Mehrheit der Einrichtungen sich nicht auf eine Pandemie vorbereitet fühlte. In der ersten Phase mussten Einrichtungen deshalb teilweise bauliche Veränderungen vornehmen – bspw. um Isolationen sicherzustellen – Krisenteams berufen oder Maßnahmen zur Kontaktreduzierung umsetzen (vgl. ebd.: S.23ff).
- Zusätzlich wurden digitale Angebote für die Bewohner*innen erweitert, auch um Kontakte zu Angehörigen aufrechtzuerhalten (vgl. ebd.: S. 27).
- Die frei beschriebenen Wünsche der Einrichtungen beinhalten vor allem einheitliche und praktikable Handlungsempfehlungen sowie die Bereitstellung der Schutzmaterialien und die regelmäßige Testung von Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen. Die Themen der Vergütung und der Personalknappheit spielen eine ebenso wichtige Rolle (vgl. ebd.: S.30).

Die Ergebnisse der teilstationären Einrichtungen und der ambulanten Dienste unterscheiden sich im Wesentlichen dabei in wenigen Punkten: Nur vier der 96 teilstationären Einrichtungen verzeichnen einen COVID-19-Fall, wobei sich die Gesamtzahl der bestätigten Fälle auf 13 Tagesgäste beläuft. Bei lediglich drei Einrichtungen wurden Mitarbeiter*innen infiziert. Der Personalausfall ist in teilstationären Einrichtungen höher als in stationären Pflegeheimen, wodurch auch der Mehraufwand in Arbeitsstunden höher ausfällt, obwohl zwei Drittel der Einrichtungen von einem Aufnahmestopp oder der zeitweise kompletten Schließung berichten. Mehr als die Hälfte – 57,3 % – der Einrichtungen rechnen mit einem deutlichen Umsatzverlust. Demgegenüber hat sich ein weiteres Problem – nämlich die Beschaffung von Schutzausrüstung bzw. das Fehlen derselben – während des Befragungszeitraums im Wesentlichen erledigt; ein Viertel der Befragten bestätigt aber einen Mangel zu Beginn der Pandemie (vgl. ebd.: S. 31ff). Kund*innen teilstationärer Angebote und deren Angehörige wurden zu Beginn der Pandemie zu Hygienemaßnahmen und Kontakteinschränkungen geschult. Kommuniziert wird zwischen den Mitarbeiter*innen und den Kund*innen bzw. Angehörigen sowie den externen Leistungserbringern meist per Telefon, aber auch via Mail und Messengerdiensten (vgl. ebd.: S. 34ff).

Ambulante Dienste haben im Gegensatz zu den teilstationären Einrichtungen eine sehr viel höhere Zahl an Infektionen und Todesfällen zu verzeichnen. Drei von zehn Diensten verzeichnen dabei mindestens einen Verdachtsfall oder eine bestätigte Infektion, 8,7 % mindestens einen Todesfall durch COVID-19. Durch die Reduzierung der Inanspruchnahme von ambulanten Diensten erwarten rund die Hälfte der Pflegedienste einen Umsatzverlust. Auch der Personalausfall ist wie in der teilstationären Pflege sehr viel höher als in vollstationären Pflegeheimen (vgl. ebd.: S.39ff). Die Personalsituation der ambulanten Dienste ist sehr unterschiedlich: Bei einigen konnte der Mehraufwand mit einer Anpassung innerhalb des Personalmanagements gestemmt werden, andere hingegen berichten von einer starken Verringerung des Arbeits- und Personalaufwands durch den Wegfall von Kund*innen (vgl. ebd.: S.46).

Die Auswertung der Befragung zeigt, dass Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste überwiegend einen Ausbruch und ein Infektionsgeschehen in der ersten Infektionswelle vermeiden konnten. Waren allerdings Infektionsgeschehen zu verzeichnen, infizierten sich auch gleich mehrere Personen. Schnellere und umfassendere Testung bei Verdachtsfällen sowie die Möglichkeit der vorsorglichen Testungen wurde bereits während der ersten Infektionswelle gewünscht. Zudem wird gefordert, dass die Ergebnisse der Testungen sehr viel schneller vorliegen. Die Studie fordert, dass die erheblichen Belastungen des Pflegepersonals erkannt und beachtet werden müssen. Um eine Überforderung zu vermeiden, sollten Personalmangel und

Personalausfälle frühzeitig diskutiert und Lösungen gefunden werden. Die Aufmerksamkeit auf die ambulante Pflege müsse im Hinblick auf eine zweite Welle zudem stark erhöht werden.

Die bereits im Juni 2020 veröffentlichten Ergebnisse der Universität Bremen beinhalten damit viele Themen und Problematiken, die auch in der hier vorliegenden Studie entscheidende Rollen einnehmen. Die zu Beginn der Pandemie erhobenen quantitativen Daten und die veröffentlichte Studie sind dabei gute Instrumente und bieten eine Grundlage für weitere Untersuchungen. Auch Veränderungen und Entwicklungen können so verdeutlicht werden.

Eine weitere, aktuellere Studie wurde im November 2020 von der Evangelischen Arbeitsstelle für missionarische Kirchenentwicklung und diakonische Profilbildung (midi) veröffentlicht. Im Mittelpunkt der Ad-hoc-Studie stehen dabei die „Erfahrungen von Diakonie-Mitarbeitern in der Altenhilfe/-pflege und den Hospizen während der Covid-19-Pandemie“ (vgl. midi 2020: S. 4). Die Daten wurden dabei anhand eines Fragebogens erhoben, der in Frageblöcke unterteilt war, in denen wiederum detailliert nach subjektiven Einschätzungen zu unterschiedlichen Themen gefragt wurde. Die Frageblöcke beziehen sich dabei – ähnlich wie in der Studie der Universität Bremen – auf das Infektionsgeschehen, den Umgang mit der Pandemie, die Schutzausrüstung, aber auch die Arbeitssituation, den Pflegealltag oder das Gefühl, informiert zu sein sowie den gesellschaftlichen Diskurs (vgl. ebd.: S. 14ff).

Auch aus dieser Studie können die Ergebnisse in Kürze dargestellt werden: Bei rund 22 % der befragten Einrichtungen gab es unter den Bewohner*innen eine Corona-Infektion; davon gaben 18 % an, dass es auch zu Erkrankungen kam. Todesfälle in der Bewohnerschaft gab es bei 8 % der Befragten. Unter den Mitarbeiter*innen hatten 25 % der Befragungsteilnehmer*innen eine Corona-Infektion. Fast die Hälfte der Befragten gaben an, dass es coronabedingte Freistellungen gab und 70 % der Einrichtungen von Quarantänemaßnahmen und den damit verbundenen Personalausfällen betroffen waren (vgl. ebd.: S. 25f). Schutzausrüstung war vor allem während des ersten Lockdowns nicht ausreichend vorhanden. Dabei habe es zu Beginn der Pandemie vor allem an Mund-Nase-Schutz, FFP2/FFP3-Masken und Schutzkleidung gemangelt. Erst mit dem Ende des Lockdowns sei eine Entspannung zu verzeichnen gewesen. Auch die zu wenigen Testmöglichkeiten werden durch die Rückmeldungen der Befragten deutlich (vgl. ebd.: S.28f). Um das Infektionsrisiko zu minimieren, setzte die Mehrheit der Einrichtungen auf eingeschränkte Besuchs- (93 %) und Kontaktmöglichkeiten (88 %). Rund die Hälfte der Befragten musste Bereiche und Abteilungen über einen gewissen Zeitraum ganz geschlossen halten. Dennoch gab es bei fast allen Befragten Ausnahmeregelungen. Im ambulanten Bereich wurden viele Leistungen durch die Kund*innen mitunter stark reduziert (rund

73 %) (vgl. ebd.: S. 30ff). Von einer deutlich merkbaren Steigerung der Arbeitsaufwendungen und einer erhöhten Personalknappheit berichten rund zwei Drittel.

Viele Einrichtungen bestätigen eine Umverteilung des Personals innerhalb der Einrichtung oder eine Aufstockung der Wochenarbeitsstunden. Vor allem der Zusammenhalt der Kolleg*innen habe laut der Studie dazu beigetragen, dass die Mitarbeiter*innen trotz der besonderen Lage motiviert für ihre Arbeit waren. Doch wird auch ersichtlich, dass sich viele Bewohner*innen und Angehörige nur schwer an die veränderte Betreuungssituation gewöhnen konnten. Belastend sei hinzugekommen, dass Mitarbeiter*innen immerzu die Ungewissheit hätten, unwissentlich Überträger*innen des Covid-19-Virus zu sein (vgl. ebd.: S. 36ff).

Die Ergebnisse der Ad-hoc-Studie der Diakonie verdeutlichen, dass die Pandemie eine außerordentlich belastende Zeit für Mitarbeiter*innen aller Ebenen, Bewohner*innen und Angehörige ist. Die Forderungen, die sich hier ergeben, ähneln denen der Studie der Universität Bremen: Im gesellschaftlichen und politischen Diskurs müssten Themen wie Personalmangel, Arbeitsbedingungen oder das geringe Ansehen der Arbeit der Pflegekräfte mehr in den Mittelpunkt gerückt werden. Durch die Pandemie – hier sind sich beide Studien einig – habe sich die Arbeitssituation und die personelle Lage in der Langzeitpflege sehr verschärft.

Die aktuellste Studie, die hier nur in Kürze dargestellt werden soll, ist die von Eggert und Teubner vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), die im Januar 2021 erschienen ist und den Titel „Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektiven stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste“ trägt. Hintergrund der Studie ist die besondere Situation der Versorgung und der Pflege von hilfebedürftigen Menschen, die besonders stark durch die Corona-Pandemie gefährdet sind. Neben den pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten stehen die Arbeitsbedingungen der Pflegenden, ihre Belastungen, aber auch die der Angehörigen im Mittelpunkt der Untersuchung. Als Datengrundlage dienen zwei bundesweite Befragungen: Eine richtete sich dabei an Pflegedienstleitungen, Qualitätsbeauftragte und Geschäftsführende ambulanter Dienste, die zweite Befragung an Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte aus dem stationären Bereich der Langzeitpflege. Die Grundgesamtheit der Befragten setzt sich wie folgt zusammen: 1.000 Befragte aus 1.000 ambulanten Diensten und 950 Befragte aus 950 stationären Einrichtungen. Die Befragungen wurden im ambulanten Bereich zwischen dem 20. August und dem 08. September 2020 und im stationären Bereich zwischen dem 06. und 27. Juli 2020 mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) durchgeführt (vgl. Eggert/Teubner 2021: S. 2ff.).

Die zentralen Ergebnisse der Studie lassen sich wie folgt in Kürze darstellen (vgl. ebd.: S. 5ff.):

- Durch die Pandemie ist neben dem Wohlbefinden älterer pflegebedürftiger Menschen auch die gesundheitliche Versorgung und die Unterstützung – beispielsweise durch externe Dritte – gefährdet und hat stark abgenommen. Die Befragten des stationären Bereichs geben zu 61 % an, dass in mindestens einem externen Unterstützungsbereich eine Verschlechterung für die Bewohner*innen zu verzeichnen ist.
- Bewohner*innen von stationären Einrichtungen ohne Demenz (74 %) und mit Demenz (53 %) verzeichnen nach Einschätzung der Befragten eine Verschlechterung der Stimmung und Lebensfreude. Auch beim Thema Orientierung und Kognition gehen die Befragten von einer deutlich merkbaren Verschlechterung aus, wobei auch die Besuchsregelungen für enorme Einschränkungen sorgen.
- Der Wegfall von Angeboten wie der Tagespflege, Fußpflege oder die Unterstützung durch die Nachbarschaft oder den Bekanntenkreis hat negative Auswirkungen auf die Versorgungssituation der pflegebedürftigen Personen, die ambulant betreut werden.
- Pflegende Mitarbeiter*innen berichten von einem enormen Anstieg der körperlichen und psychischen Belastungen im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie. Mitarbeiter*innen aus dem stationären Bereich verzeichnen dabei einen höheren Anstieg als die Kolleg*innen aus dem ambulanten Bereich. Vor allem die zusätzlichen und auch neuen Aufgaben führen dabei zu steigenden Belastungen.
- Die Arbeitsmotivation und die Stimmung im Team der ambulanten Dienste sind dabei mehrheitlich gleichgeblieben; bei 19 % der Befragten ist sogar die Arbeitsmotivation und bei 21 % die Stimmung im Team gestiegen.
- Der gemeldete Krankenstand hat sich trotz der erhöhten Belastungen sowohl im stationären Bereich (55 %) als auch im ambulanten Bereich (70 %) mehrheitlich nicht verändert.
- Zudem wurde häufig angegeben, dass es einen Mangel an Schutzmaterialien gab. Dabei mangelte es im ambulanten Bereich „erheblich“ an Mund-Nase-Schutz (51 %), FFP2-Masken oder höherwertiger (45 %) und Hände-Desinfektionsmittel (40 %), im stationären Bereich am ehesten an FFP2-Masken oder höherwertiger (42 %), Mund-Nase-Schutz (36 %) und Schutzkittel (31 %) sowie Hände-Desinfektionsmittel (30 %).
- Dabei kann eine Beziehung zwischen dem Mangel an Schutzmaterialien und den psychischen Belastungen der Mitarbeiter*innen hergestellt werden. Befragte, die angeben, dass erheblicher Mangel an Schutzmaterial zu verzeichnen war, geben auch eher an, dass die psychischen Belastungen (eher) stark gestiegen sind.
- Die Zusammenarbeit mit externen Dritten und anderen Dienstleistern aus dem Gesundheitssektor war zum Teil gut, zum Teil gab es erhebliche Lücken. Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich geben dabei an, zu 93 % eine gute Zusammenarbeit mit Angehörigen gehabt zu haben. Am „schlechtesten“ schneiden die Gesundheitsämter ab: nur 71 % geben an, dass die Zusammenarbeit gut war. Auch im stationären Bereich waren

die Kooperationen mit Dritten überwiegend „sehr gut“ oder „eher gut“. Am besten bewertet wird die Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten (97 %), am „schlechtesten“ mit Krankenhäusern und externen Reinigungsdiensten (je 76 % der Befragten geben an, dass die Zusammenarbeit sehr gut oder eher gut war).

Zusammenfassend lässt sich durch die Ergebnisse der Studie konstatieren, dass es sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich der Langzeitpflege Veränderungen und (negative) Auswirkungen durch die Corona-Pandemie und die Krisensituation gab. Dabei ist neben den erhöhten (privaten) Belastungen der Mitarbeiter*innen auch die besondere Situation der Bewohner*innen/Klient*innen zu betrachten. Besuchseinschränkungen und der Wegfall von Dienstleistungen haben Auswirkung auf das Wohlbefinden, die Lebensfreude, Mobilität und Orientierung. Die stark veränderten Arbeitsabläufe und -inhalte der Mitarbeiter*innen wurden zusätzlich durch den Mangel an Schutzmaterial zu einer zusätzlichen Belastungsprobe. Die Kooperationen und Kommunikation in den Teams der Einrichtungen und Diensten, aber auch mit anderen Stellen des Gesundheitswesens, werden dabei mehrheitlich als positiv bewertet (vgl. ebd.: S. 25ff.).

An dieser Stelle möchten wir auch darauf hinweisen, dass während der Corona-Pandemie eine S1-Leitlinie unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft erarbeitet wurde mit dem Titel „Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID19-Pandemie – Living Guideline“. Sie wurde im Dezember 2020 veröffentlicht (AWMF 2021, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2021). Interessierten Leser*innen möchten wir dringend anraten, diese sehr gelungene Leitlinie, die nun auch als Nutzer*innen-Version vorliegt, zu lesen und in die Arbeit mit einzubeziehen.

Ausgewählte Einblicke in internationale Gesundheitssysteme und den Umgang mit der Corona-Pandemie in Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege

Um die Geschehnisse, Entscheidungen über Maßnahmen und den Umgang mit der Corona-Pandemie in Deutschland einordnen zu können, sollen im Folgenden ausgewählte europäische Länder in ihrem Gesundheitssystem und ihren Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie in Pflegeeinrichtungen in Kürze dargestellt werden. Dabei soll der Überblick lediglich zur Einordnung dienen und nicht umfassend über alle Maßnahmen in den einzelnen Ländern aufklären. Die Auswahl der Länder wurde anhand der Zugänglichkeit vorhandener Daten/Veröf-

fentlichungen getroffen. In den kommenden Monaten werden sicherlich mehr und mehr Veröffentlichungen hinzukommen, und es wird sicher von hohem Erkenntnisinteresse sein, mit welchen Strategien die Länder mit welchen Erfolgen die Corona-Pandemie und deren Folgen bewältigt haben.

Deutschland hatte im Jahr 2020 83,2 Millionen Einwohner (Statistisches Bundesamt 2021). In Deutschland gibt es bis zum 28. Juni 2021 insgesamt 3.734.489 Infizierte, wobei 90.768 Erkrankte an einer Corona-Infektion gestorben sind. In Baden-Württemberg liegt die Zahl der Infizierten bei rund 500.000 und die der Todesfälle bei 10.226 Personen. 86 % der gestorbenen Personen in Baden-Württemberg waren älter als 70 Jahre (vgl. LGA 2021b: S. 6f.). Bis zum 24. Juni 2021 können für den Bereich der Pflegeeinrichtungen insgesamt 23.224 Infizierte unter den Bewohner*innen und 12.504 Corona-Infektionen unter den Mitarbeiter*innen in Baden-Württemberg erfasst werden. Dabei zeigt sich, dass die Ausbrüche und Infektionsherde seit März 2021 in Alten- und Pflegeheimen stark rückgängig sind. Am 24.06.2021 wurde nur ein Ausbruchsgeschehen mit 15 Fällen in einer Alten- und Pflegeeinrichtung erfasst (vgl. LGA 2021c: 5ff.).

Für die gesamteuropäische Einordnung können die Fallzahlen aller europäischen Länder im Anhang (Anlage 1) eingesehen werden (vgl. Berliner Morgenpost 2021: S. 1).

Frankreich

Die Gesundheitspolitik in Frankreich ist, wie auch weitgehend alle anderen Bereiche, durch eine zentrale Verwaltung gesteuert. Daher sind auch die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die soziale Krankenversicherung zentral reguliert. Die soziale Krankenversicherung verfügt dabei über sehr viel weniger Handlungsspielräume als die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Die zentral gesteuerten Maßnahmen werden durch insgesamt 26 regionale Gesundheitsbehörden (*ARS – „Agences régionales de santé“*) in enger Kooperation mit den regional betroffenen Akteuren gestaltet und umgesetzt. Ziel ist es dabei, die Grenzen zwischen verschiedenen Bereichen wie der medizinischen Versorgung oder gesundheitlichen und sozialen Fürsorge – insbesondere für vulnerable Gruppen – aufzulösen (vgl. Gerlinger et al 2020: S.474f.).

Bei der Pandemiebekämpfung spielen vor allem diese regionalen Gesundheitsbehörden eine wichtige Rolle. Sie haben sich zwar den Anweisungen der Zentralregierung unterzuordnen, sind zugleich aber gehalten, mit den Kommunen und anderen regionalen Funktionsträgern

lokal angemessene Entscheidungen zu treffen. Die ARS hat dabei diverse Aufgaben für die einzelnen Regionen: Identifikation von Orten mit hohem Übertragungsrisiko, vorsorgliche Testung der Personen an eben diesen Orten, Screening-Kampagnen an Orten mit Ausbrüchen, Empfehlungen an betroffene Einrichtungen geben, Organisation und Verteilung von Schutzmaterialien sowie die Schaffung/Freihaltung von Behandlungskapazitäten. Dabei gab es auch in Frankreich hinsichtlich des Vorgehens bei den Schutzmaßnahmen, vor allem zu Beginn der Pandemie, Kritik. So stießen die Schließungen der Einrichtungen zu Beginn der Pandemie in einzelnen Regionen auf starken Widerstand und wurden als „zentralistische Übergriffe“ wahrgenommen. Auch die zu Beginn zurückhaltende Bereitstellung von Testungen sowie das aufgrund von Personalmangel lange Warten auf die Testergebnisse wurden kritisiert (vgl. ebd.: S. 475f.). Dabei stand auch in Frankreich der Schutz von vulnerablen Gruppen und die Eindämmung von Infektionsherden immer an erster Stelle (vgl. ebd.: S. 475).

Frankreich hatte im Jahr 2020 67,1 Millionen Einwohner (Statistisches Bundesamt 2021). Bis zum 23. Juni 2021 meldet Frankreich 5,7 Millionen Infizierte und 111.000 Todesfälle (vgl. Berliner Morgenpost 2021: S. 1).

Österreich

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Österreich ist im Wesentlichen auf Landesebene verankert. Der ÖGD wird dabei als Kontroll- und Aufsichtsorgan von Gesundheitseinrichtungen gesehen und beobachtet dabei auch mögliche neue Gefahren für die Gesundheit wie etwa Naturkatastrophen oder neue Infektionskrankheiten. Zudem ist die Ausbildung von nichtärztlichen Mitarbeiter*innen in Gesundheitsberufen Sache des ÖGD. Der Infektionsschutz, die Infektionsepidemiologie sowie das Kontaktpersonenmanagement sind dabei auf Länderebene angesiedelt. Auf Bezirksebene sind Gesundheitsämter mit Amtsärzt*innen für Verwaltung und hoheitliche Aufgaben zuständig (vgl. Gerlinger 2020: S. 477).

Zur Eindämmung der Pandemie wurden Anfang März 2020 zunächst Reisebeschränkungen, anschließend das Herunterfahren des öffentlichen und wirtschaftlichen Lebens beschlossen. Mitte März 2020 wurden dann auch strikte Besuchsverbote und Quarantäneregelungen für Pflegeheime eingeführt. Auch in Österreich wurden die anfänglichen zu geringen Testzahlen sowie die langen Wartezeiten auf die Ergebnisse kritisiert (vgl. ebd.: S. 477). Außerdem waren zu Beginn der Pandemie Masken und Sicherheitsausrüstung in Pflegeeinrichtungen, aber auch in der häuslichen Pflege, rar. Die Reisbeschränkungen hatten zudem Auswirkungen auf die bestehende große Abhängigkeit von im Haushalt lebenden, migrierten Betreuungskräften in der häuslichen Pflege. Viele aus den Nachbarländern Österreichs stammende Pfleger*innen

konnten nicht mehr einreisen. Für die Langzeitpflege wurde zudem eine Task Force eingerichtet, die Leitlinien zum Umgang mit dem Coronavirus erstellt und die Umsetzung vorantreibt und beobachtet. Für Pflegebedürftige in den Einrichtungen der Langzeitpflege mussten neue Plätze geschaffen werden, da wegen der Corona-Pandemie viele Pflegebedürftige nicht mehr ausreichend durch Angehörige oder eben Pflegekräfte aus dem Ausland gepflegt werden konnten (vgl. Schmidt et al 2020: S. 6ff.). Im Verlauf der Öffnungen wurden Teststrategien – und dadurch die Normalisierung des Lebens in Pflegeeinrichtungen – vorangetrieben. Auf lange Sicht wird jedoch häufig darauf plädiert, weniger abhängig von migrierten Pflegenden zu sein und Kampagnen zur Personalgewinnung im eigenen Land zu starten (vgl. ebd.: S. 14).

Österreich hatte im Jahr 2020 8,6 Millionen Einwohner (Statistisches Bundesamt 2021). Bis zum 23. Juni 2021 meldet Österreich insgesamt 650.000 Infizierte und 10.686 Todesfälle (vgl. Berliner Morgenpost 2021: S. 1).

Dänemark

Dänemark ist im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern sehr viel besser digitalisiert – auch oder besonders im Gesundheitssektor. So gibt es bereits seit Anfang 2019 eine App für den Gesundheitsbereich, mit der (Arzt-)Termine gebucht, Nachrichten geschrieben oder Rezepte eingeholt werden können. Diese App wurde im Zusammenhang mit der Corona-Krise um eine weitere Funktion erweitert: Videokonsultationen des Hausarztes waren nun möglich, um die Ansteckungsgefahr in den Praxen zu minimieren und die Abstandsregelungen einzuhalten. Außerdem wurde noch vor Ostern 2020 der sogenannte COVIDmeter eingeführt, in dessen Rahmen wöchentliche Umfragen stattfanden, um so einen besseren Überblick über die Ausbreitung und Infektionsherde zu erhalten. Die Teilnahme an diesem Panel ist freiwillig, trotzdem beteiligten sich bis Mitte Juni 2020 bereits 129.000 Dän*innen. Auch die Testkapazitäten wurden bereits Mitte April 2020 ausgebaut und durch die gemeinsame Initiative von Regierung, Regionen und Pharmaunternehmen mit sogenannten „Weißen Zelten“ (Teststationen) umgesetzt (vgl. Wozniak 2021: S. 1).

Gestärkt durch die hohe gesellschaftliche Unterstützung und Anerkennung war es auch in Dänemark das oberste Ziel, die höchste vulnerable Gruppe vor dem Coronavirus zu schützen. Der Fokus fiel daher auch auf die Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege. Zu Beginn der Pandemie wurde ein Lockdown für die Einrichtungen verhängt, die Testkapazitäten wurden stark erhöht und so den Bedürfnissen angepasst. Dennoch gab es auch in Dänemark viele Infektionen in Pflegeeinrichtungen, vor allem in der Zeit zu Weihnachten 2020, weil die Besuchsregelungen gelockert wurden. Damit verbunden waren auch überlastete Mitarbeiter*innen und

ein zeitweise vorhandener Personalmangel aufgrund von Quarantänemaßnahmen oder erkrankter Mitarbeiter*innen. Mitte Januar 2021 haben bereits 89 % der Bewohner*innen eine erste Impfung erhalten, durch die die Belastungen und Infektionen unter Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen deutlich abnahmen (vgl. Rostegaard 2021: S. 7ff.). Um aus der Krise zu lernen und fehlende Plätze in der Langzeitpflege zu füllen, soll es mehr kleinere, familiäre Wohngemeinschaften geben; der Lockdown in den Einrichtungen und die damit verbundenen psychischen Folgen für Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen sollen evaluiert werden und auch die Praxisnähe von Maßnahmen wird weiter diskutiert (vgl. ebd.: S. 9).

Dänemark hatte im Jahr 2020 5,8 Millionen Einwohner (Statistisches Bundesamt 2021). Bis zum 23. Juni 2021 verzeichnet Dänemark rund 292.000 Infizierte und 2.531 Todesfälle (vgl. Berliner Morgenpost 2021: S. 1).

Schweden

In Schweden ist das Gesundheitssystem ein Mehrebenensystem. Dabei ist das Ministerium für Gesundheit und soziale Angelegenheiten auf Bundesebene übergeordnet und setzt die Rahmenbedingungen bei gesundheitspolitischen Fragen. Der größte Teil beispielsweise der Finanzierung und der Sicherstellung der ambulanten und stationären Pflege liegt jedoch im Administrationsbereich der 21 Provinzen und 290 Gemeinden. Die Langzeitpflege wird dabei finanziell gänzlich von den Gemeinden verantwortet. Das Gesundheitsministerium gibt in der Corona-Pandemie das übergeordnete System vor, während dann die Gemeinden lokal und regional die Maßnahmen zum Infektionsschutz organisatorisch umsetzen. Als strategisch-fachliche Beratungsstelle kann dazu die Agentur für Öffentliche Gesundheit gesehen werden. Diese war während der Pandemie beratende Stelle für Mitarbeiter*innen in Gesundheitsberufen, verantwortlich für die Sammlung, Systematisierung und Bewertung der Gesundheitsdaten und entwickelte Leitlinien und Empfehlungen. Zudem wurden die Testmöglichkeiten hochgefahren sowie die Laborkapazitäten angepasst. Die Koordination von beispielsweise Schutzmaterialien lief zunächst über die regionalen Behörden und wurde dann auf Bundesebene organisiert und koordiniert. Die Bundesbehörde koordinierte damit den Kauf von Schutzmaterialien, aber auch eine mögliche Umverteilung zwischen den Regionen. Im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern gab es in Schweden weniger Einschränkungen, es wurde viel mehr auf die Umsetzung der Hygieneempfehlungen und Eigenverantwortlichkeit der Bürger appelliert. Dennoch gab es auch in Schweden ab Ende März 2020 Besuchsverbote in Einrichtungen der Langzeitpflege, die nach einer kurzen Lockerung während des Sommers im Winter 2020 wieder verschärft wurden (vgl. Gerling 2020: S. 472f.). Aus einer Analyse der nationalen Behörde für Gesundheit geht hervor, dass bis September 2020 knapp die Hälfte

aller an Corona Gestorbenen in Altenpflegeheimen lebte. Vor allem in Stockholm und im Ballungsraum Stockholms ist es nicht gelungen, Menschen in Altenpflegeheimen vor einer Corona-Infektion zu schützen (vgl. ebd.: S. 473).

Schweden hatte im Jahr 2020 10,3 Millionen Einwohner (Statistisches Bundesamt 2021). Bis zum 23. Juni 2021 verzeichnet Schweden insgesamt rund 1,09 Millionen Infizierte und 14.616 Todesfälle (vgl. Berliner Morgenpost 2021: S. 1).

2.3 Ausgewählte politische Strategien auf Länderebene

Auf Bundes- und Landesebene gab es eine Vielzahl von politischen Strategien und Arbeitsgruppen, die die Bekämpfung der Pandemie eingeleitet und begleitet haben. Es bedarf einer spezifischen Aufarbeitung der Strategien, Maßnahmen und Aktivitäten auf allen Ebenen und durch die verschiedenen politischen Akteure. Dies kann im Rahmen des Forschungsprojektes nicht geleistet werden. Für die Steuerung der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg sind – unter anderem – zwei strategische Entwicklungen von besonderer Bedeutung und sollen deshalb hervorgehoben werden.

Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe des Landes Baden-Württemberg

Diese Task Force wurde im März/April 2020 vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration einberufen und geleitet, um eine „Verantwortungsgemeinschaft“ zu bilden, die über alle wichtigen Fragen rund um die Corona-Pandemie und die davon betroffenen Einrichtungen der Langzeitpflege und Eingliederungshilfe beraten und gemeinsame Positionen und Handlungsempfehlungen formulieren. Die Verantwortungsgemeinschaft setzt sich unter anderem zusammen aus verantwortlichen Personen aus dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Trägern der Einrichtungen, der Liga der freien Wohlfahrtspflege, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, dem Landesseniorenrat, dem Landesgesundheitsamt, den Kranken- und Pflegekassen, den Städte-, Gemeinde- und Landkreistagen und der Wissenschaft. Die Task Force berät sich ca. alle zwei Wochen im Rahmen von digitalen Sitzungen, die in aller Regel zwei Stunden dauern. Zwischen den Sitzungen werden auch weitere Themen, Empfehlungen oder Positionspapiere schriftlich konsentiert. Die Task Force hat einen beratenden und empfehlenden Charakter und dabei die Aufgabe, die unterschiedlichen Interessen zu diskutieren und zu einer gemeinsamen und abgestimmten Strategie zu führen. Vor dem Hintergrund der vielfältigen Herausforderungen ist diese Vorgehens- und Arbeitsweise sehr wichtig. Die Aussprachen und Berichte ermöglichen

eine Positionsfindung entlang aktueller Problemstellungen in der Praxis und verbindet zugleich die Praxis mit Landes- und Trägerpolitik und auch mit der (Pflege-)Wissenschaft. So wurde auch vereinbart, dass die Ergebnisse dieser Studie in die Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe so weit wie möglich mit eingebracht werden.

Initiative Pflegereserve

Eine Strategie des Bundes (und von acht Bundesländern gestützt) zur Gewinnung weiterer ausgebildeter Pflegepersonen ist die sogenannte „Pflegereserve“. Initiiert wurde die Initiative „#pflegereserve“ aus der Zivilgesellschaft; die Website wird von der Bertelsmann Stiftung betrieben und „aktiv unterstützt durch die Bundespflegekammer, den darin organisierten Landespflegekammern, dem Deutschen Pflegerat, dem Deutschen Pflegeverband, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen, der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, den Brückenköpfen, dem Hauswirtschaftsrat, dem Sozialverband Deutschland, der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und der Digitalagentur u&i interact.“ (vgl. <https://pflegereserve.de/faq>, abgerufen am 08.12.2020).

Ihre Funktion während der Pandemie wird wie folgt beschrieben: „Durch die Covid-19-Pandemie kann es zu Engpässen in der Gesundheitsversorgung und Pflege in Deutschland kommen. #pflegereserve möchte dazu beitragen, die Engpässe zu reduzieren. Dazu suchen wir Pflegefachkräfte, außer Dienst, die bereit wären und die Möglichkeit hätten, vorübergehend einzuspringen. Diese Pflege-Reservistinnen und Pflege-Reservisten bringen wir mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zusammen, bei denen aufgrund der Pandemie besondere Personalknappheit herrscht. Die Pflegekräfte sollen abhängig von ihrer Erfahrung und ihren aktuellen Möglichkeiten eingesetzt werden – und so vor allem ihren Kolleginnen und Kollegen in der Praxis in der schwierigen Situation den Rücken freihalten.“ (vgl. <https://pflegereserve.de/faq>, abgerufen am 08.12.2020).

Der Ablauf bei Interesse wird auf der Homepage der Initiative wie folgt beschrieben: „Auf der Plattform #pflegereserve können sich Fachkräfte, die aktuell nicht oder nur teilweise in einem Pflegeberuf arbeiten, registrieren und ihre Bereitschaft kundtun, während der Covid-19-Pandemie in einem Krankenhaus, einer Pflegeeinrichtung oder einer speziellen Notfalleinrichtung einzuspringen. Den Rahmen und den Umfang ihres Engagements bestimmen die Reservisten selbst. Durch die Registrierung entsteht keine Verpflichtung. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und zuständige Behörden wiederum können auf der Plattform ihren Bedarf anmelden und die Pflege-Reservisten anfragen, deren Qualifikation und Einsatzmöglichkeiten diesem Bedarf entsprechen. Erst wenn die Pflege-Reservisten eine Anfrage annehmen, werden ihre

Kontaktaten übermittelt. Vereinbarungen zum möglichen Einsatz entstehen dann außerhalb der Plattform.“ (vgl. <https://pflegereserve.de/fag>, abgerufen am 08.12.2020).

Registrieren können sich alle Fachkräfte bis 65 Jahre. Diese Altersgrenze wurde aufgrund des Risikos bei einer Covid-19-Erkrankung für ältere Personen festgelegt. Dabei werden bewusst Fachkräfte aus der Pflege angesprochen, damit die Organisation und Eingliederung schnell und unkompliziert stattfinden kann.

Mit Stand Juli 2021 wird die *#pflegereserve* durch die Bundespflegekammer e.V. unterstützt durch das Pflege-Netzwerk Deutschland betrieben. Die Förderung erfolgt über das Bundesministerium für Gesundheit. Neben Pflegefachpersonen werden nun auch hauswirtschaftliche Kräfte und Betreuungskräfte vermittelt.

2.4 Überblick zu zentralen Verordnungen im Bundesland Baden-Württemberg

Seit Beginn der Feststellung der Corona-Pandemie durch die WHO am 12. März 2020 wurden durch die Ministerien auf Bundes- und Landesebene eine Vielzahl von Verordnungen, die mittelbar oder unmittelbar Einfluss auf die Langzeitpflege hatten/haben, erlassen. Ziel dieser Studie ist es, die Ereignisse aus Sicht der Akteure zu analysieren. Dabei kann es zum Verstehen beitragen, die wichtigsten Verordnungen (VO) bzw. deren zentralen Inhalte in zeitlichem Ablauf für das Bundesland Baden-Württemberg festzuhalten und hier darzustellen. Die folgende Übersicht ist in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg entstanden.

CoronaVO vom 16.03.2020

- Besuchsverbote u. a. in vollstationären und teilstationären Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf sowie anbietergestützten ambulant betreuten Wohngemeinschaften
- Ausnahmen vom Besuchsverbot möglich bei geeigneten Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen (z. B. für Sterbebegleitung)
- abgelöst durch CoronaVO Besuchsregelungen vom 14.05.2020

CoronaVO Heimbewohner vom 07.04.2020 bis 03.05.2020

- „Ausgangssperre“ u. a. für Bewohner*innen von stationären Pflegeeinrichtungen und anbietergestützten ambulant betreuten Wohngemeinschaften
- Verlassen der Einrichtungen nur bei triftigem Grund, insbesondere bei

- Inanspruchnahme medizinischen Versorgungsleistungen
- Versorgungsgänge für Gegenstände des täglichen Bedarfs
- Bewegung an der frischen Luft
- mit Ablauf des 03.05.2020 außer Kraft getreten
- ab 04.05.2020 nur noch Anzeigepflicht bei Verlassen der Einrichtung und Rückmeldung bei Einrichtung zur Sicherstellung der Händedesinfektion bei Rückkehr; MNS-Pflicht in den Gemeinschaftsbereichen für 14 Tage, sofern nicht unzumutbar

CoronaVO Besuchsregelungen vom 14. Mai 2020
--

- Zwei Besuche pro Tag pro Bewohner*in zulässig; mehr Besuche möglich in Ausnahmesituationen wie z. B. Sterbebegleitung
- Besuchsverbot für symptomatische Personen und Kontaktpersonen
- Pflicht zur Anmeldung des Besuchs
- grundsätzliche Abstandspflicht 1,5m für Besucher*innen zu anderen Personen; Ausnahmen möglich z. B. bei Sterbebegleitung oder Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
- Besuche im Bewohner*innen-Zimmer können ausgeschlossen werden, wenn geeignete Besucherbereiche vorhanden sind
- Besucher*innen-Erfassung zum Zwecke der Kontaktpersonennachverfolgung
- Pflicht zur Erstellung eines Besuchskonzepts

CoronaVO Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen vom 28.05.2020
--

- Zusammenführung der in der CoronaVO, CoronaVO Besuchsregelungen und CoronaVO Tages- und Nachpflege sowie Unterstützungsangebote geltenden Regelungen
- Zwei Besuche pro Tag pro Bewohner*in zulässig; mehr Besuche möglich in Ausnahmesituationen wie z. B. Sterbebegleitung
- Besuchsverbot für symptomatische Personen und Kontaktpersonen
- Pflicht zur Anmeldung des Besuchs
- Grundsätzliche Abstandspflicht 1,5m für Besucher*innen zu anderen Personen; Ausnahmen möglich z. B. bei Sterbebegleitung oder Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
- Besuche im Bewohnerzimmer können ausgeschlossen werden, wenn geeignete Besucherbereiche vorhanden sind
- Besucher*innen-Erfassung zum Zwecke der Kontaktpersonennachverfolgung
- Pflicht zur Erstellung eines Besuchskonzepts

Coronavirus-Testverordnung (TestV) vom 14.10.2020

- Möglichkeit der präventiven Testung von Bewohner*innen, Beschäftigten und Besucher*innen u. a. in Pflegeeinrichtungen
- Übernahme Sach- und Personalkosten in Pflegeheimen durch GKV
- Testung auf der Grundlage eines einrichtungs- oder unternehmensspezifischen Testkonzepts

CoronaVO vom 16.12.2020

- Besuch in Krankenhäusern und vollstationären Pflegeeinrichtungen nur nach vorherigem Antigentest *oder* Atemschutz mit FFP2- oder vergleichbarem Standard
- FFP2-Maskenpflicht (oder vergleichbarer Standard) für Beschäftigte in vollstationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten sowie zweimalige Testung pro Woche

CoronaVO vom 09.01.2021

- Besuch in Krankenhäusern und vollstationären Pflegeeinrichtungen nur nach vorherigem Antigentest *und* Atemschutz mit FFP2- oder vergleichbarem Standard

CoronaVO vom 16.01.2021

- Klarstellung, dass Pflegeheime Besucher*innen PoC-Antigen-Tests anbieten müssen
- Erweiterung der Testpflicht für Beschäftigte in Pflegeheimen auf drei Tests pro Woche
- Ausgestaltung der Testpflicht als individuelle Pflicht der Beschäftigten

CoronaVO Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen vom 16.04.2021

- Aufhebung Besucher*innen-Zahlbeschränkung auf zwei Besuche pro Tag, wenn 90 Prozent der Bewohner*innen geimpft oder genesen sind
- Ausnahme von geimpften und genesenen Besucher*innen von der vorherigen Testpflicht
- Für geimpfte/genesene Beschäftigte in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten medizinische Maske anstelle einer FFP2-Maske ausreichend
- Reduktion der Testpflicht für geimpfte/genesene Beschäftigte in Pflegeheimen auf einen Test pro Woche; Entfallen der Testpflicht für geimpfte/genesene Beschäftigte ambulanter Pflegedienste

CoronaVO Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen vom 01.07.2021

- Keine Besucher*innen-Zahlbeschränkung mehr in Inzidenzstufe 1 (7-Tage-Inzidenz bis höchstens 10)
- Keine Testpflicht mehr in Inzidenzstufe 1 für Besucher*innen
- In Inzidenzstufe 1 können Besucher*innen medizinische Maske anstelle von FFP2-Maske tragen
- Weitere Reduktion der Testpflicht in Inzidenzstufe 1
 - IS-1: Keine Testpflicht für geimpfte/genesene Beschäftigte; Testung zwei Mal pro Woche für nicht geimpfte/genesene Beschäftigte (stationär / einmal (ambulant))
 - IS2-4: Testung einmal pro Woche für geimpfte/genesene Beschäftigte / drei Mal pro Woche für nicht geimpfte/genesene Beschäftigte

Übersicht Corona-Regelungen thematisch

Besuchsregelungen in der stationären Langzeitpflege

- ab 16.03.2020: Grundsätzliches Besuchsverbot mit Ausnahmemöglichkeit z. B. im Rahmen der Sterbebegleitung
- ab 14.05.2020: Grundsätzlich zwei Besuche pro Tag und Bewohner*innen zulässig; mehr Besuche möglich z. B. im Rahmen der Sterbebegleitung
- ab 16.04.2021: Aufhebung der Besucher*innen-Zahlbeschränkung, wenn 90 Prozent der Bewohner*innen geimpft oder genesen sind
- ab 01.07.2021: Aufhebung der Besucher*innen-Zahlbeschränkung zusätzlich in Inzidenzstufe 1; Klarstellung, dass geimpfte/genesene Besucher*innen hinsichtlich der Besucher*innen-Zahlbeschränkung nicht zu berücksichtigen sind

Ausgangssperren in der stationären Langzeitpflege

- ab 07.04.2020 bis 03.05.2020: Grundsätzliche Ausgangssperre für Bewohner*innen von Pflegeheimen und anbietergestützten abWG; Verlassen der Einrichtungen nur bei triftigem Grund
- ab 04.05.2020: Verlassen der Einrichtungen jederzeit möglich ohne Einschränkung; lediglich Anzeigepflicht bei der Einrichtung (Zweck: Hinweise an Bewohner*innen zu Hygieneregeln außerhalb der Einrichtung) und Rückmeldepflicht (Zweck: Durchführung Händedesinfektion)/keine Quarantäne nach Rückkehr (!)

Testung

- ab 15.10.2020: Fakultativ präventive Testung von Bewohner*innen, Beschäftigten und Besucher*innen nach § 4 TestV des Bundes auf der Grundlage eines einrichtungsspezifischen Testkonzepts
- **Besucher*innen:**
 - ab 16.12.2020: Negativer Antigentest für Besucher*innen verpflichtend, sofern nicht FFP2-Maske getragen wird
 - ab 09.01.2021: Negativer Antigentest für Besucher*innen verpflichtend zusätzlich zu FFP2-Maske
 - ab 16.04.2021: Keine Testpflicht mehr für geimpfte/genesene Besucher
 - ab 01.07.2021: Keine Testpflicht in Inzidenzstufe 1
- **Beschäftigte:**
 - ab 16.12.2020: Zwei Mal Testung pro Woche
 - ab 16.01.2021: Drei Mal Testung pro Woche in Pflegeheimen
 - ab 16.04.2021: Reduktion der Testpflicht für geimpfte/genesene Beschäftigte auf 1 Test pro Woche; keine Testpflicht für geimpfte/genesene Beschäftigte ambulanter Pflegedienste
 - ab 01.07.2021: Weitere Reduktion der Testpflicht für nicht geimpfte/genesene Beschäftigte in Inzidenzstufe 1

Schutzmasken

- **Besucher*innen:**
 - ab 14.05.2020: Klarstellung, dass Besucher*innen MNS tragen müssen
 - ab 16.12.2020: FFP2-Maskenpflicht, sofern kein negativer Antigentest
 - ab 09.01.2021: FFP2-Maskenpflicht zusätzlich zu negativer Testung
 - ab 01.07.2021: Medizinische Maske anstelle von FFP2-Maske in Inzidenzstufe 1
- **Beschäftigte:**
 - ab 16.12.2020: FFP2-Maskenpflicht für Beschäftigte
 - ab 16.04.2021: Medizinische Maske anstelle von FFP2-Maske für geimpfte/genesene Beschäftigte

Impfen:

- Seit 27.12.2020 Impfkampagne in den Pflegeheimen; aufsuchende Impfung durch mobile Impfteams (MIT)

2.5 Überblick über die Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege

Diese Studie bezieht sich auf die Einrichtung der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg. Vor diesem Hintergrund ist es uns ein Anliegen, das Forschungsfeld ein wenig näher zu beschreiben bzw. in seinen heterogenen Strukturen verstehbar zu machen. An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass diese Einrichtungen einen gewichtigen Anteil an der gesundheitlichen bzw. pflegerischen Versorgung der Bevölkerung haben, aber selbstverständlich auch andere Einrichtungen im Gesundheitswesen an dieser Versorgung mitwirken. Insbesondere die Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzt*innen und ihre strukturellen Bedingungen wirken sich ebenfalls stark auf die Einrichtungen der Langzeitpflege aus. Hier jedoch möchten wir uns auf die Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege konzentrieren, die sich durch eine starke Heterogenität auszeichnen. Im Folgenden werden einige strukturelle Unterschiede dargestellt. Die Befragung der Einrichtungen kann auch vor diesem Hintergrund eingeordnet werden. Starke Heterogenität führt in aller Regel dazu, dass Einrichtungen, ihre Arbeitskonzepte und Weiterentwicklungspotentiale nicht gut bzw. nur bedingt miteinander verglichen werden können. Es ist zu erwarten, dass auch der Umgang mit der Covid-19-Pandemie vor diesem Hintergrund unterschiedlich und dass die Unterschiedlichkeit auch eine Stärke sein kann. Allerdings können das politische Handeln und Einwirken dadurch erschwert werden; eine genauere Betrachtung kann das Verständnis wecken, dass Richtlinien, Handreichungen, Verordnungen und Bestimmungen auf nicht vergleichbare, unterschiedliche Bedingungen in den Einrichtungen treffen und eine „Übersetzung“ in das jeweilige Setting notwendig ist. Dabei kommt den Trägern der Einrichtungen eine besondere Bedeutung zu, denn sie vertreten die Interessen der Pflegeeinrichtungen und damit auch die Heterogenität in der Versorgungslandschaft. Ziel muss dabei sein, dass die Bürger*innen in strukturell unterschiedlichen Einrichtungen der Langzeitpflege eine vergleichbar hohe Qualität erwarten dürfen. Ein Baustein ist hier die einrichtungsübergreifend konzipierte Qualitätsprüfung des MDS/MDK, ein anderer die Gremien der Selbstverwaltung (z. B. Pflege-satzkommissionen) und die generelle Zusammenarbeit aller Akteure mit dem zuständigen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration.

Überblick zu den statistischen Daten

2019 wurden bundesweit 15.380 vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen registriert, die 820.220 Pflegebedürftige betreuten. Bei der Mehrheit (74 %) handelt es sich um Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege. Rund 12 % sind sogenannte mehrgliedrige Einrichtungen, das heißt Pflegeheime, an die ambulante Pflegedienste angeschlossen sind. Die Zahl der Pflegeeinrichtungen stieg im Beobachtungszeitraum kontinuierlich: im Vergleich zu 2017 um 6,2 % (vgl. Pflegestatistik 2019: S. 33).

Auch der ambulante Bereich verzeichnet eine Steigerung der Anbieter und betreuten Pflegebedürftigen. 2019 waren bundesweit 14.688 ambulante Pflegedienste verzeichnet, die 982.604 Pflegebedürftige betreut haben. Im Vergleich zu 2017 war dies ein Zuwachs an Diensten von 4,5 %. Die Zahl der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen ist im Vergleich zu 2017 um 18,4 % gestiegen.

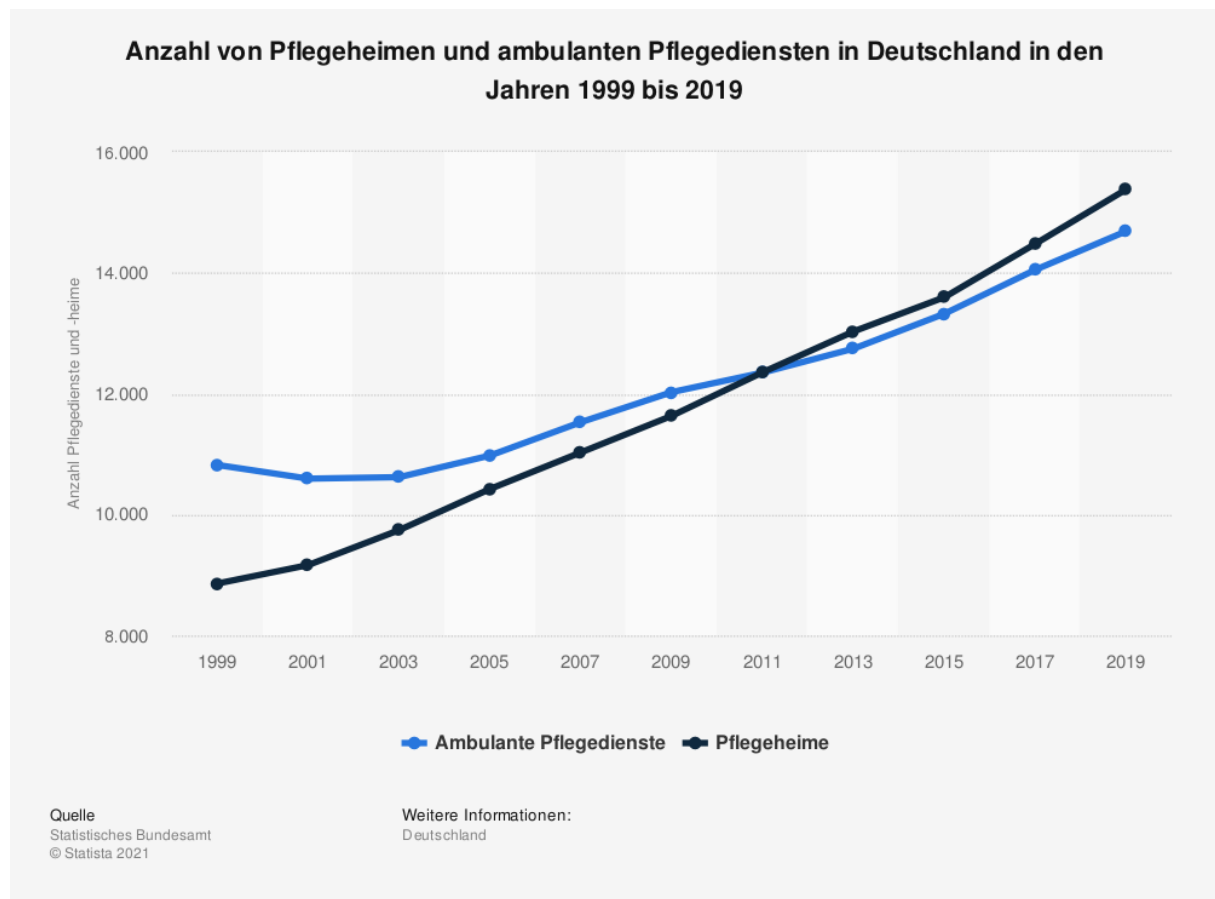


Abb. 3: Stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste bis 2019 (vgl. Statista 2021: S. 1)

Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaften

Die Mehrheit (53 %) der insgesamt 15.380 stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen befand sich 2019 in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der Einrichtungen in privater Trägerschaft betrug 43 % und liegt damit niedriger als im ambulanten Bereich. Pflegeeinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft hatten 2019 mit 4,5 % – wie im ambulanten Bereich auch – den geringsten Anteil.

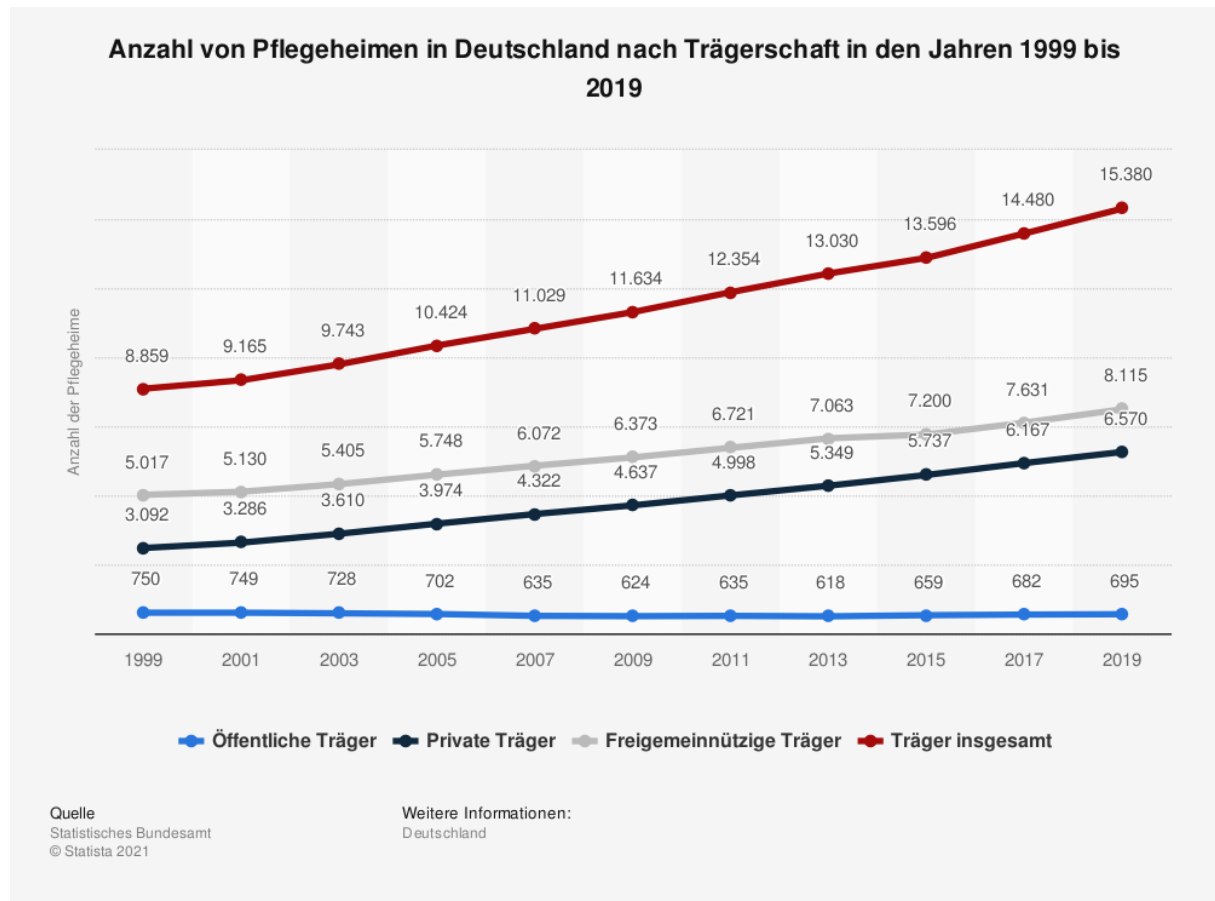


Abb. 4: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaften bis 2019 (vgl. Statista 2021: S. 1)

An dieser generellen Gewichtung hat sich im Beobachtungszeitraum nichts Wesentliches geändert. Die Anzahl von Einrichtungen in privater Trägerschaft stieg zwischen 2017 und 2019 am stärksten, nämlich um rund 6,5 % (403 Einrichtungen). Die Zahl der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft stieg um rund 6,3 %, die in öffentlicher Trägerschaft um rund 1,9 %.

Die Mehrheit (66 %) der 2019 zugelassenen 14.688 ambulanten Pflegedienste befand sich in privater Trägerschaft. Der Anteil von Pflegediensten in freigemeinnütziger Trägerschaft betrug 32 %. Entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI hatten Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft mit einem Anteil von 1,3 % den geringsten Anteil – wie im stationären Bereich auch.

Auch an dieser generellen Gewichtung hat sich im Beobachtungszeitraum nichts Wesentliches geändert. Die Anzahl von Pflegediensten in privater Trägerschaft stieg zwischen 2017 und 2019 am stärksten, nämlich um 5,7 % (+ 527 Dienste). Die Zahl der Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft stieg mit 2,3 % (+ 105 Dienste) nur marginal, und die Zahl der in öffentlicher Trägerschaft geführten Pflegedienste stieg um 3,1 % (+ 6 Dienste).

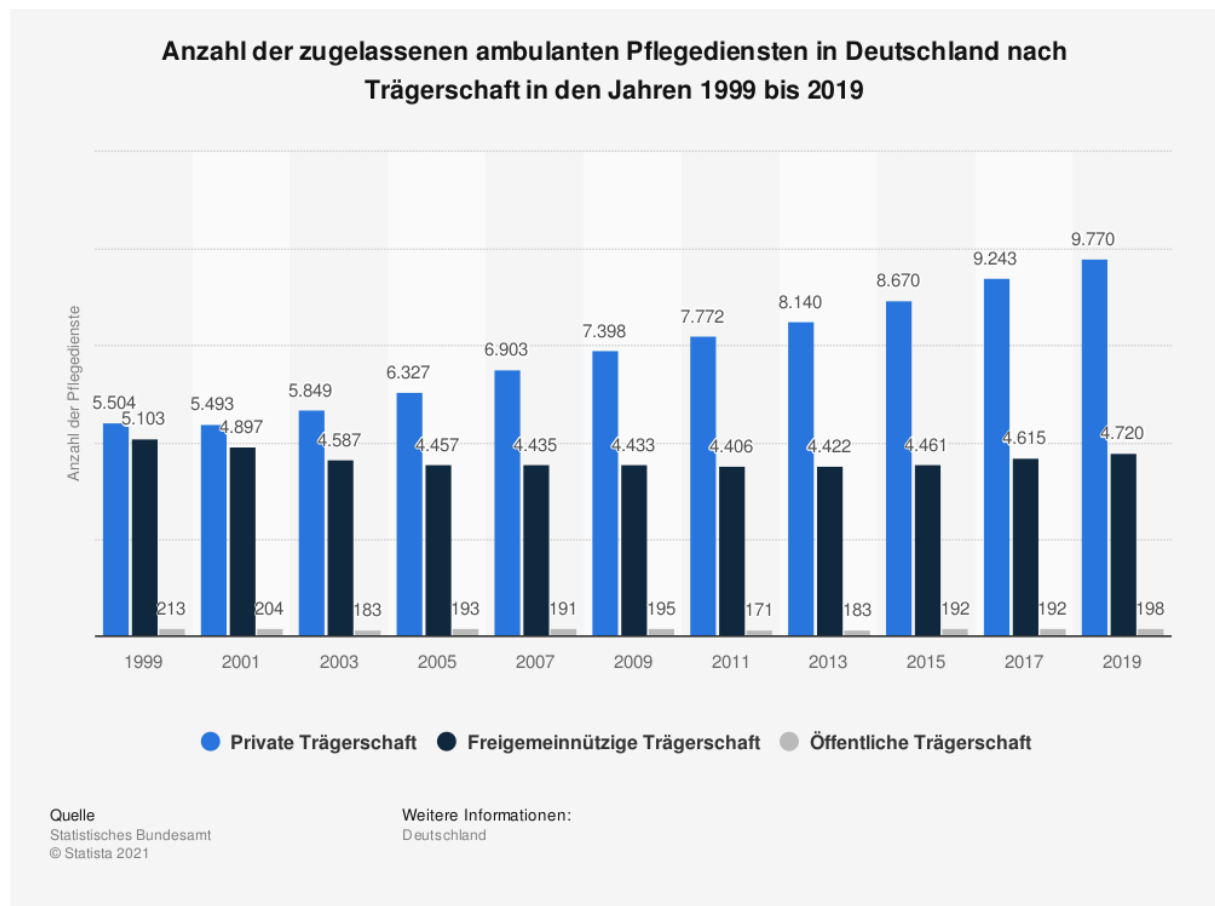


Abb. 5: Ambulante Dienste nach Trägerschaften bis 2019 (vgl. Statista 2021: S. 1)

Pflegeeinrichtungen nach Größe

Die Größe der stationären sowie teilstationären Pflegeeinrichtungen berechnet sich nach der Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen und ist daher heterogen verteilt. Die Kategorien beginnen mit „bis zu 10 Pflegebedürftige“ und reichen bis „301 und mehr Pflegebedürftige“. 2019 betreute eine Pflegeeinrichtung im Durchschnitt 62 Pflegebedürftige.

Es zeigt sich, dass private Träger eher kleinere Einrichtungen führen, die öffentlichen Träger eher die größeren. In Einrichtungen in privater Trägerschaft wurden 2019 durchschnittlich 58 Pflegebedürftige je Einrichtung betreut, Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft betreuten im Durchschnitt 65 Pflegebedürftige und Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft durchschnittlich 76 Pflegebedürftige (vgl. Pflegestatistik 2019: S. 34).

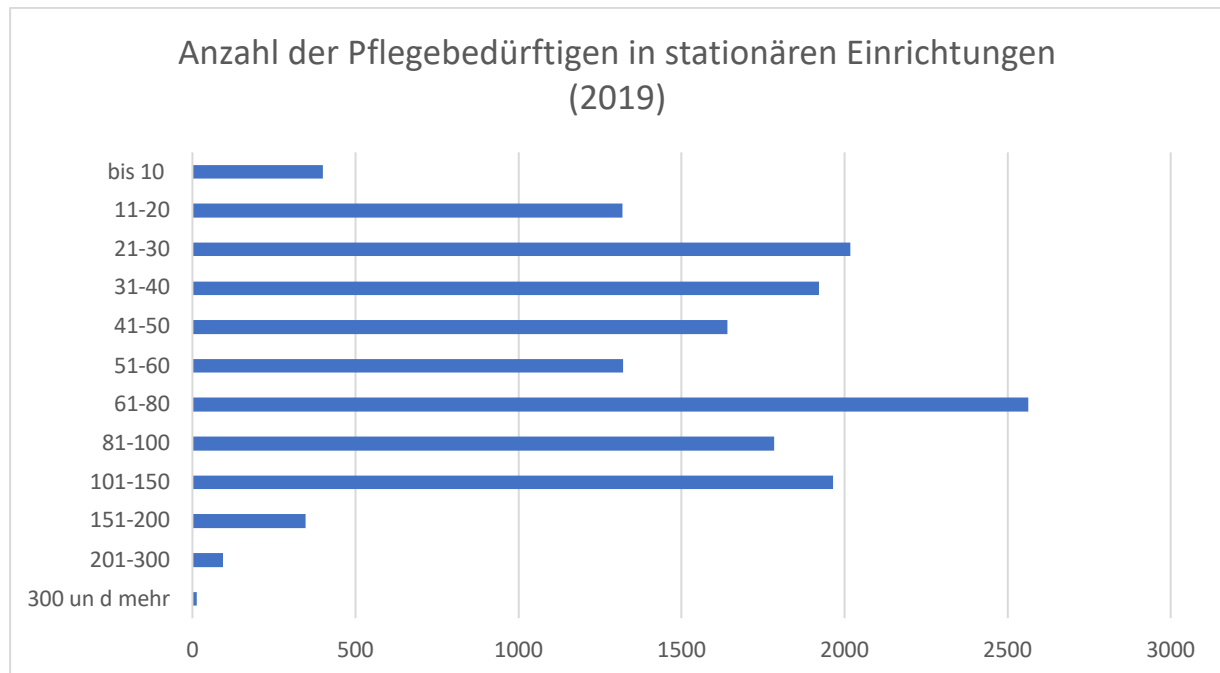


Abb. 6: Pflegeeinrichtungen nach Größe (Anzahl der Pflegebedürftigen), Stand 2019 (eigene Darstellung 2021)

Auch die Größe der ambulanten Pflegedienste wird durch die Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen je Pflegedienst bestimmt. Die Kategorien beginnen mit „bis zu 10 Pflegebedürftige“ und reichen bis „151 und mehr Pflegebedürftige“. Im Durchschnitt betreute 2019 ein ambulanter Pflegedienst 67 Pflegebedürftige je. Es zeigt sich, dass – ähnlich wie bei stationären Pflegeeinrichtungen – Pflegedienste in privater Trägerschaft kleiner waren. Hier wurden durchschnittlich 53 Pflegebedürftige je Dienst betreut. Dagegen betreuten Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft im Durchschnitt mit 96 Pflegebedürftigen je Dienst fast doppelt so viele Pflegebedürftige. Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft versorgten durchschnittlich 76 pflegebedürftige Menschen.

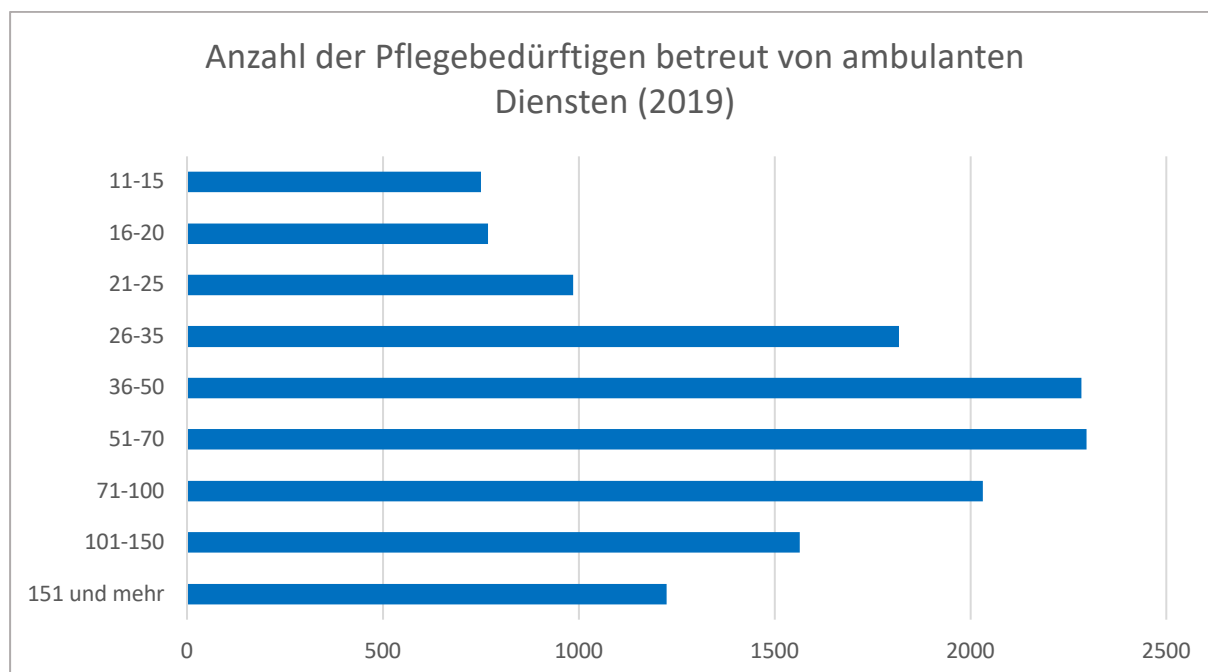


Abb. 7: Ambulante Pflegedienste nach Größe (Anzahl der Pflegebedürftigen), Stand 2019 (eigene Darstellung 2021)

Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern

Die bundesweit insgesamt 15.380 stationären und teilstationären Einrichtungen verteilen sich wie folgt auf die Bundesländer (2019):

Lfd. Nr.	Land			
		insgesamt	darunter Heime mit vollstationärer Dauerpflege ¹	Anzahl ² der betreuten Pflegebedürftigen (Durchschnitt)
1	Baden-Württemberg	1 912	1 519	57,1
2	Bayern	2 016	1 522	65,2
3	Berlin	399	299	83,2
4	Brandenburg	596	339	54,3
5	Bremen	152	96	<u>49,1</u>
6	Hamburg	206	157	88,0
7	Hessen	955	797	67,3
8	Mecklenburg-Vorpommern	498	259	<u>51,1</u>
9	Niedersachsen	1 964	1 436	59,4
10	Nordrhein-Westfalen	2 960	2 217	66,9

11	Rheinland-Pfalz	559	462	76,1
12	Saarland	197	158	<u>69,3</u>
13	Sachsen	1 058	690	57,3
14	Sachsen-Anhalt	688	449	<u>50,8</u>
15	Schleswig-Holstein	687	565	57,4
16	Thüringen	533	352	56,8
17	Deutschland	15 380	11 317	62,3

1 Das Angebot der anderen Heime setzt sich aus Kurzzeit-, Tages- und/oder Nachtpflege zusammen; 2 Relativ hohe Werte in den Ländern sind durch Fettschrift hervorgehoben - relativ niedrige durch Unterstreichung.

Abb. 8: Verteilung der stationären und teilstationären Einrichtungen nach Bundesländern, Stand 2019 (vgl. Pflegestatistik 2019a: S. 9)

Die bundesweit insgesamt 14.688 ambulanten Pflegedienste verteilen sich dabei auf Länderebene wie folgt (Stand 2019):

Lfd. Nr.	Land		
		insgesamt	betreute Pflege- bedürftige je Dienst ¹
		Anzahl	
1	Baden-Württemberg	1 203	76,9
2	Bayern	2 077	<u>56,5</u>
3	Berlin	634	60,6
4	Brandenburg	765	<u>56,9</u>
5	Bremen	115	77,4
6	Hamburg	378	59,3
7	Hessen	1 266	<u>53,6</u>
8	Mecklenburg-Vorpommern	513	60,1
9	Niedersachsen	1 350	77,2
10	Nordrhein-Westfalen	2 961	76,2
11	Rheinland-Pfalz	539	83,2
12	Saarland	124	87,3
13	Sachsen	1 149	62,2
14	Sachsen-Anhalt	645	58,4
15	Schleswig-Holstein	497	63,8
16	Thüringen	472	73,0
17	Deutschland	14 688	66,9

¹ Relativ hohe Werte in den Ländern sind durch Fettschrift hervorgehoben -relativ niedrige durch Unterstreichung.

Abb. 9: Ambulante Pflegedienste im Ländervergleich (vgl. Pflegestatistik 2019b: S. 9)

Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg gibt es (Stand 2019) rund 398.000 Pflegebedürftige. Davon wird die Mehrheit, 302.290 Betroffene, zu Hause gepflegt – mehrheitlich ausschließlich durch Angehörige. Nur rund 75.000 werden von (ambulanten) Pflegediensten betreut, wobei auch teilstationäre Angebote in diesen Werten mit inbegriffen sind. In vollstationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg befinden sich im Jahr 2019 ca. 96.000 Pflegebedürftige, also rund 24 % der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Mitbürger*innen. Insgesamt verzeichnet Baden-Württemberg 1.203 Pflegedienste mit rund 35.000 Beschäftigten und 1.912 Pflegeheime mit ca. 100.000 Beschäftigten (vgl. Statistisches Landesamt BW 2019: S. 1).

Trägerschaften

Der Träger einer Pflegeeinrichtung oder eines Pflegedienstes ist eine Institution, die die Einrichtung rechtlich vertritt. Dabei wird unterschieden in freigemeinnützige, sonstige gemeinnützige, private, öffentliche und kommunale Träger.

Freigemeinnütziger Träger

Organisationen, die den sechs genannten Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege angeschlossen sind, z. B. Landesverbände oder örtliche Verbände, müssen den entsprechend zugehörigen Verband angeben. Dabei ist zu beachten, dass manche Organisationen einem Verband angehören, der wiederum einem der sechs genannten Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege angegliedert ist. In diesem Fall gehört die Organisation ebenfalls dem zugehörigen Spitzenverband an. Von den Kirchen selbst betriebene Einrichtungen sind der gleichen Position wie die von den entsprechenden konfessionellen Verbänden (z. B. Diakonisches Werk, Deutscher Caritasverband) getragenen Einrichtungen zuzuordnen.

Sonstige gemeinnütziger Träger

Hierzu gehören die gemeinnützigen Träger, die keinem der aufgeführten sechs Spitzenverbände angeschlossen sind bzw. die einem Verband angehören, der keinem der sechs Spitzenverbände angeschlossen ist. Entsprechend werden hier auch die Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts erfasst, die nicht bereits den aufgeführten Verbänden zugeordnet wur-

den. Gemeinnützige Träger (zumeist in der Rechtsform des eingetragenen Vereins, der Stiftung oder gemeinnützigen GmbH) sind steuerbegünstigt und daher nach §§ 51 ff. Abgabenordnung durch das Finanzamt anerkannt.

Privater, Öffentlicher und Kommunalen Träger

Hierzu gehören Einrichtungen, die von privatgewerblichen oder kommunalen Trägern unabhängig von ihrer Betriebsart unterhalten werden. Hierzu gehören kommunale Betriebe in privater Rechtsform (z. B. GmbH, Stiftung), kommunale Eigenbetriebe sowie Regiebetriebe der kommunalen Verwaltung. Sonstige öffentliche Träger können z. B. der Bund, ein Land, ein höherer Kommunalverband oder eine Stiftung des öffentlichen Rechts sein. Bei Einrichtungen mit unterschiedlichen Trägern wird der Träger angegeben, der überwiegend beteiligt ist (vgl. Statistisches Landesamt BW 2015: S. 1).

3 Projektdesign und Verlauf

3.1 Ziele und Herausforderungen der empirischen Erhebung

Wie bereits im Kapitel 2 dargestellt, ist das Hauptanliegen dieser Studie, die Lebens- und Arbeitsbedingungen unter der Pandemie in der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg sichtbar zu machen. Dabei zeigt sich im Untersuchungsdesign, dass die Einrichtungen hier nicht automatisch alle in die Befragung mit einbezogen wurden, sondern nur diejenigen, die sich bei uns freiwillig gemeldet haben. Dies ist keine Zufallsauswahl, sondern eine bewusste Entscheidung der Befragten. Da die Untersuchung bislang rein qualitativ ausgerichtet ist, wird dieses Vorgehen favorisiert und zugleich erkannt, dass durch das Vorgehen nicht alle möglichen Meinungen und Stimmen dargestellt werden können. Dennoch haben wir aus unserer Sicht eine erhebliche Anzahl an Interviews führen können und somit auch teilweise gut gesättigte Daten. Leider trifft dies nicht auf die Befragung der Bewohner*innen und Angehörigen zu. Trotz intensiver und vielfältiger Versuche, mehr Interviews mit diesen Gruppen zu führen, ist es uns nicht gelungen, Probanden aus dieser Gruppe in für uns ausreichender Zahl zu gewinnen. Anstrengungen in diese Richtung sollen in der nächsten Phase des Projektes weiter intensiviert werden. Dass die Gewinnung von Probanden schwierig ist und wohl auch bleibt, hängt zum einen damit zusammen, dass wir seit März 2020 nicht in die Einrichtungen oder Haushalte der Betroffenen gehen können und daher auf ein video- oder telefongestütztes Interview angewiesen sind. Dies ist für viele Betroffene aber nicht möglich. Hinzu kommt, dass sich Bewohner*innen bei Anfrage wiederholt dahingehend geäußert haben, dass sie sich einem längeren Gespräch nicht gewachsen fühlen. Auch stellen wir fest, dass die wenigsten jemals mit solchen Interviewwünschen angesprochen wurden und daher unerfahren im Umgang mit Befragungen sind. Vor diesem Hintergrund haben wir insbesondere die befragten Mitarbeiter*innen gebeten, uns Einblicke in die Verfassung und die Schwierigkeiten der Bewohner*innen und ihrer Angehörigen zu geben und ihre Situation näher zu beschreiben. Wie dies gelungen ist, kann im entsprechenden Ergebnisteil nachgelesen werden.

Die Personen, die wir interviewen oder befragen konnten, haben die Covid-Pandemie bewusst erlebt und sich in ihr überwiegend sehr aktiv bewegt. Für alle Interviewten stellen die vergangenen Monate eine besondere Lebenszeit dar. Die Befragten haben darüber gerne und ausführlich berichtet, für einige Befragte war das Interview aber auch psychisch überaus belastend. Das Erzählen aktiviert Erinnerungen und stellt sie in einen neuen Rahmen. Beinahe alle Interviewten berichteten nach dem Gespräch, dass die Auseinandersetzung mit dieser nahen Vergangenheit für sie wichtig und unterstützend sei. Es sei eine Wertschätzung, die mit den Interviews und mit dem sich anschließenden Berichten über die Einrichtungen einhergehe.

Die meisten Befragten wünschten sich, dass alle Ergebnisse publik gemacht werden und Diskussionen über die Ausstattung der stationären und ambulanten Einrichtungen sowie über die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen angestoßen werden.

3.2 Ethikantrag und ethische Implikationen

Diese Forschungsstudie folgt den nationalen Ethik-Standards an wissenschaftliche Forschungsarbeiten. Vor dem Hintergrund überaus sensibler Daten und Themen wurde bereits im Juli 2020 ein Ethikantrag gestellt, um sicher zu gehen, dass alle Teilnehmer*innen der Studie umfassend aufgeklärt und ihre Daten geschützt sind. Darüber hinaus ist es wichtig, die Teilnehmenden insbesondere im Rahmen der Interviews so gut wie möglich zu schützen und ihnen u. a. stets die Möglichkeit zu geben, die Teilnahme zu beenden oder auch Daten im Nachhinein zurückzunehmen. Der Ethikantrag für die vorliegende Studie wurde bei der Ethik-Kommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen eingereicht. Aus dem Antrag geht hervor, dass mit der Studie und den darin enthaltenen empirischen Arbeiten keine Risiken für die Teilnehmer*innen bestehen. Unter Punkt 7 des Antrags werden Risiken bzw. Nutzen für die Studienteilnehmer mit den ethischen Implikationen wie folgt beschrieben:

Mögliche Risiken für die Teilnehmenden:

1. Qualitative Befragung

Führungspersonen und Heimbeiräte:

Es ist unwahrscheinlich, dass die Studie Risiken birgt. Es werden ungefähr 20, wenn möglich zufällige, Stichproben angestrebt. Das Vorhaben wird kurz erläutert, mit der Bitte um Beteiligung. Zur Wahrung der Anonymität werden die Interviews von einer*einem wissenschaftlich qualifizierten Mitarbeiter*in (E 13) bzw. der leitenden Professorin durchgeführt und die Teilnehmenden über die Studie umfassend informiert. Die Teilnahme ist zu jedem Zeitpunkt freiwillig. Die Teilnehmenden können auch jederzeit selbst das Interview beenden und werden darauf gesondert hingewiesen. In dieser Studie wird keine Täuschung angewendet.

Bewohner*innen, Klient*innen sowie Angehörige:

Ein Nachteil, abgesehen von einem Zeitaufwand von ca. 30 bis 45 Minuten für das Interview, entsteht ihnen durch die Teilnahme an der Studie nicht. Die interviewführende Person legt ein besonderes Augenmerk auf die Interviewführung und geht sorgfältig und sensibel mit Emotionen um. Um keine besondere Belastungssituation hervorzurufen, wird das Interview

bei Bedarf vorzeitig beendet. Die Teilnehmenden können auch jederzeit selbst das Interview beenden und werden darauf gesondert hingewiesen.

Mitarbeiter*innen:

Ein Nachteil, abgesehen von einem Zeitaufwand von ca. 30 bis 45 Minuten für das Interview, entsteht ihnen durch die Teilnahme an der Studie nicht.

2. Quantitative Befragung

Führungspersonen und Heimbeiräte:

Es ist unwahrscheinlich, dass die Studie Risiken birgt. Es wird eine Stichprobe von ungefähr 200, wenn möglich zufällige, Personen angestrebt. Die Teilnahme ist freiwillig, was sich auch durch die Kontaktaufnahme über eine E-Mail-Adresse mit dem Forschungsteam ausdrückt. Die E-Mail-Adresse wird von der Hochschule Esslingen eingerichtet und verwaltet. Die Teilnehmenden bekommen einen Link und ein Passwort zugesandt, über das die Online-Befragung stattfindet. In dieser Studie wird keine Täuschung angewendet.

Bewohner*innen, Klient*innen sowie Angehörige:

Ein Nachteil, abgesehen von einem Zeitaufwand von ca. 30 bis 45 Minuten für das Ausfüllen der Fragebögen, entsteht ihnen durch die Teilnahme an der Studie nicht.

Mitarbeiter*innen:

Ein Nachteil, abgesehen von einem Zeitaufwand von ca. 30 bis 45 Minuten für das Interview, entsteht ihnen durch die Teilnahme an der Studie nicht.

Die Genehmigung bzw. Bestätigung des am 17. Juli 2020 eingereichten Ethikantrags ging am 06. August 2020 ein.

3.3 Forschungsdesign im Rahmen der qualitativen Erhebung

Diese Studie wurde von Beginn an aktiv durch die Teilnehmer*innen der Task Force Langzeitpflege Baden-Württemberg unterstützt. Dies hatte auch den positiven Effekt, dass alle Teilnehmer*innen sich bei der Werbung zur Teilnahme an der Studie beteiligt haben. Unsere Forschungsgruppe hat wiederholt Anschreiben, die u. a. eine genaue Beschreibung der Studie enthielten, über die Mitglieder der Task Force versendet. Diese Anschreiben wurden dann an die stationären und ambulanten Einrichtungen der Langzeitpflege in Baden-Württemberg weitergeleitet und in den Einrichtungen verteilt.

Im Rahmen des Anschreibens wurden alle Gruppe angesprochen, die an dieser Studie teilnehmen können: Bewohner*innen bzw. Klient*innen, Angehörige und weitere Bezugspersonen sowie Mitarbeiter*innen und Führungspersonen.

Teilnehmer*innen im qualitativen Teil

Insgesamt 107 Personen beteiligten sich bis zum Mai 2021 an den qualitativen Befragungen – einige wenige davon ließen sich in kleineren Gruppen interviewen. Mehrheitlich wurden die Interviews einzeln geführt, so dass in Summe 89 Interviews geführt wurden. Die Interviews hatten dabei eine Länge von ca. 20 bis zu 75 Minuten – abhängig meist von den erlebten Erfahrungen und der Anzahl der beteiligten Personen. Bis Mai 2021 haben folgende Personen aus unterschiedlichen Akteursgruppen und Einrichtungen an den qualitativen Interviews teilgenommen:

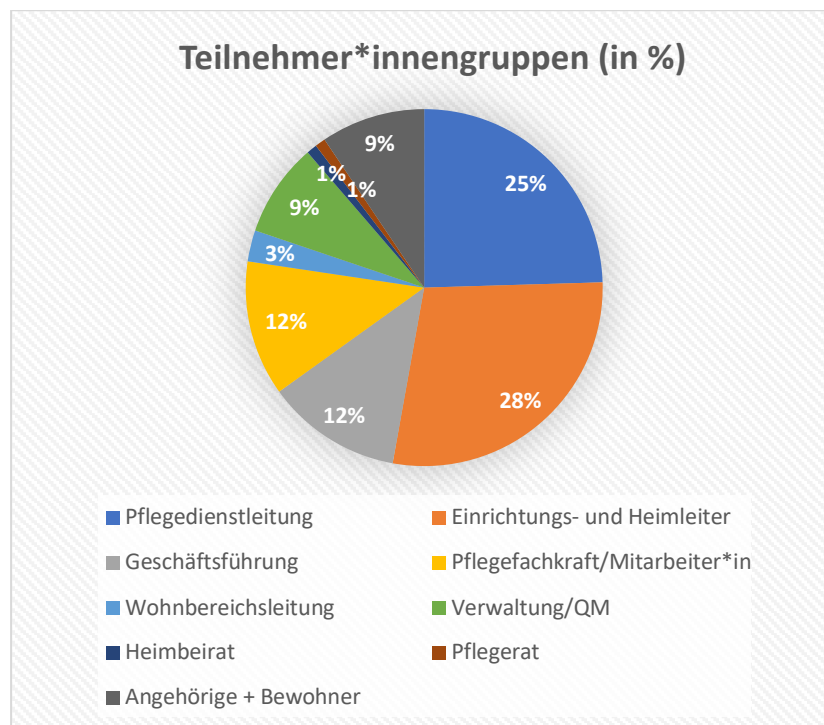


Abb. 10: Teilnehmer*innengruppen der qualitativen Befragung der vorliegenden Studie (eigene Darstellung 2021)

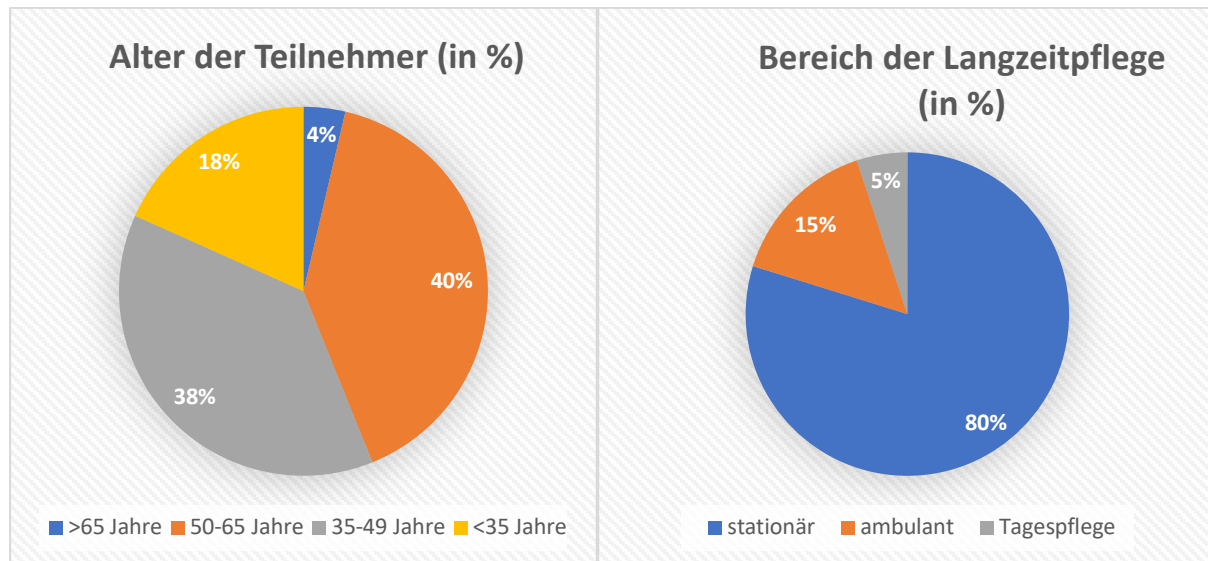


Abb. 11: Alter der Teilnehmer*innen der qualitativen Befragung (eigene Darstellung 2020)

Abb. 12: Art der Pflegeeinrichtungen (qualitative Befragung) (eigene Darstellung 2020)

Zugleich wurde für das Projekt eine eigene Homepage erstellt, auf der das Gesamtvorhaben und die Möglichkeiten der Teilnahme sowie die Datenschutzmaterialien ausführlich dargestellt sind. Die Teilnehmer*innen haben sich im Rahmen dieses Vorgehens stets selbstständig – zumeist telefonisch – mit uns in Verbindung gesetzt. Dabei konnten offene Fragen besprochen werden; insgesamt wurde uns von allen Teilnehmenden sehr großes Vertrauen entgegengebracht, auch in das besondere technische Vorgehen. Dabei hat sicherlich auch der Umgang mit den Datenschutzerklärungen geholfen: Die Teilnehmenden haben vorab umfangreiche Informationen zur Studie, zum Datenschutz und auch zu ihren Rechten rund um die Befragung erhalten und die damit verbundenen Erklärungen vor dem Interview an uns zurückgesandt.

Leitfadengestützte Interviews bzw. qualitativer Fragebogen

Im Rahmen der Gesamtstudie wird mit unterschiedlichen, bislang qualitativen Erhebungsinstrumenten gearbeitet. Vor dem Hintergrund des Infektionsgeschehens in 2020 wurde früh entschieden, dass keine Face-to-Face-Interviews geführt werden können. Dies stellte die Forschenden vor verschiedene Herausforderungen, die letztlich sehr gut bewältigt werden konnten. Aufgrund der hohen Anzahl der zu führenden qualitativen Interviews (bis zum Zwischenbericht 67 Interviews mit 81 Teilnehmern), der durchschnittlichen Interviewlänge (zwischen 20 und 75 Minuten) und der technischen Voraussetzungen wurde beschlossen, die Interviews

im Videoformat durchzuführen. Dabei können sich die Probanden über einen an sie verschickten Link in einen digitalen Raum begeben; das geführte Gespräch kann dann technisch wenig aufwendig und ungestört aufgenommen werden. Dies ist auch möglich, wenn sich die Probanden nur telefonisch in den digitalen Raum begeben. Insgesamt kann festgehalten werden, dass es für viele – aber nicht alle – Teilnehmenden gut möglich war, die Interviews in diesem Format mit uns zu führen. Leider fehlte es immer wieder an technischer Ausstattung und verlässlicher Netzqualität; so war oft die Nutzung eines Smartphones der beste Weg zur Teilnahme an den Interviews.

Der Leitfaden zu den qualitativen Interviews befindet sich im Anhang (Anlage 2). Wie bei leitfadengestützten Interviews üblich, sind wir von dem Leitfaden immer dann auch mal abgewichen, wenn die Teilnehmenden die Gesprächsgestaltung und -inhalte selbst konstruiert haben. Die Interviews waren von Beginn an als „narrative Interviews“ geplant. Das Kennzeichen von narrativen Interviews ist das bewusste Stellen von wenigen Impulsfragen, was es den Teilnehmenden ermöglicht, eigene Themenschwerpunkte zu setzen und auch den Gesprächsverlauf (Reihenfolge, Tiefe) zu steuern. Mit dieser Befragungsform kamen alle Teilnehmenden sehr gut zurecht. Die Freiheit in der Gestaltung der Themen führte auch dazu, dass die Teilnehmenden sich die Zeit für die Themen selbst wählten. Es bestand auch immer die Möglichkeit, das aktuelle Geschehen sowie die eigenen Erlebnisse und Befindlichkeiten stark in den Vordergrund zu stellen. Das so entstandene Datenmaterial ist umfangreich, spezifisch und von hoher Qualität.

Zusätzlich zu den Interviews wurde ein qualitatives schriftliches Befragungsinstrument auf die Homepage des Projekts gestellt. Ziel war es, den an der Studie interessierten Personen, die nicht telefonisch oder im Videoformat interviewt werden wollten, eine andere Möglichkeit der Teilnahme zu eröffnen. Der qualitative Fragebogen (Anlage 3) enthält nur sehr wenige Impulsfragen, die schriftlich beantwortet werden können. Leider ist es uns technisch nicht gelungen, dass dieser Fragebogen direkt auf der Homepage ausgefüllt werden kann; die Teilnehmenden müssen den Fragebogen herunterladen, handschriftlich oder am Computer ausfüllen und an uns anschließend digital oder postalisch zurückschicken. An diesem Befragungsverfahren haben sich weitaus weniger Personen beteiligt: Lediglich neun Personen haben den qualitativen Fragebogen ausgefüllt zurückgesendet. Ein weiterer an die Teilnehmer*innen der Interviews versendeter Fragebogen Ende November 2020 – beziehend auf erste Erfahrungen mit den Schnelltests und Teststrategien in den Pflegeeinrichtungen – wurde von rund 20 Teilnehmer*innen bearbeitet. Diese expliziten Rückmeldungen sind vor allem Grundlage

für das folgende Kapitel „4.6 Testungen sowie Beschaffung von und Umgang mit Schutzmaterialien“.

Am 07.11.2020 wurde zudem ein Zeitungsartikel in der Esslinger Zeitung über das vorliegende Projekt, seine inhaltlichen Aspekte sowie das Anliegen der Studie veröffentlicht. Mit der Beschreibung des Projekts ging zudem ein Aufruf einher, dass für interessierte Bewohner*innen oder Klient*innen oder Angehörige die Möglichkeit zur Teilnahme besteht. Dem Aufruf folgten allerdings nur sechs Interessierte.

Auswertungsstrategien bzw. Auswertungsmethode (Interviews)

Die Ergebnisse dieser Studie basieren auf der Auswertung von qualitativen (narrativen) Interviews und qualitativen schriftlichen Befragungen. Ziel der Auswertung muss es sein, die vielfältigen Ergebnisse in Sinnzusammenhänge zu bringen. Dabei haben wir versucht, die von den Teilnehmenden selbst erstellten Zusammenhänge zu erkennen und zu erhalten. Aufgrund der kategorialen textinterpretativen Auswertungsmethode – in Anlehnung an die Auswertungsmethode „Qualitative Inhaltsanalyse“ von Mayring (Mayring 2015) – werden nur wenige direkte Zitate hinzugezogen. Allerdings werden wir für einige Darstellungen Direktzitate nutzen, die einen Gesamtzusammenhang sehr treffend, kurz und prägnant ausdrücken. Das sehr umfangreiche Datenmaterial konnte – auch vor dem Hintergrund des sehr engen Zeitfensters der Studie – nicht umfassend transkribiert werden.

Um dieses Problem zu lösen, haben wir uns entschieden, die aufgenommenen Interviews mehrfach anzuschauen bzw. anzuhören und zunächst Kernkategorien, die in der überwiegenden Anzahl der Interviews von den Teilnehmenden verwendet wurden, zu bilden. Nach und nach konnten diese Kategorien induktiv (das heißt, aus dem vorgefundenen Datenmaterial heraus expliziert) gebildet und auch sprachlich fixiert werden. Im nächsten Schritt wurden die Antworten zu den Kernkategorien in den Interviews identifiziert, paraphrasiert und erneut zusammengefasst. Die hier entstandenen Auswertungsurdokumente pro Interview wurden dann systematisch in den Ergebnissen in einen interpretativen Zusammenhang gebracht. So entstanden „Themen“, die die Kernkategorien abbilden und in komplexere Zusammenhänge bringen. Wir möchten an dieser Stelle nachdrücklich darauf hinweisen, dass die Auswertungsmethode eine kategoriale ist und damit sequentielle Auswertungsverfahren (aus Zeitgründen) leider nicht eingesetzt werden konnten. Auf diese Weise haben wir eine bestimmte Interpretationstiefe erzielt – eine Tiefeninterpretation ist damit nicht möglich.

In kategorialen Verfahren werden gezielt Verdichtungen des Datenmaterials gesucht und vermittelt. Für die Fragestellungen der Studie erscheint es jedoch auch sehr angemessen, mit diesen Verdichtungen zu arbeiten und damit einen raschen und guten Überblick über die zentralen Themen der Teilnehmenden geben zu können.

Im Rahmen der Interviews sind von den Teilnehmenden in der Regel drei Zeiträume beleuchtet worden: die aktuelle Situation, die zurückliegenden Monate und die zukünftigen Monate in Einschätzung und Prognose. Die Interviews wurden im August 2020 gestartet und kontinuierlich bis April 2021 fortgesetzt. Vor diesem Hintergrund berichteten die Teilnehmenden von sich leicht verschiebenden unterschiedlichen Zeiträumen. Bekannt ist, dass das Infektionsgeschehen in Baden-Württemberg im August 2020 noch relativ gering war und sich dann kontinuierlich steigerte. Insbesondere die Monate Oktober bis Dezember 2020 stellen einen außerordentlich hohen Zuwachs an Infektionszahlen und vermehrtes Eintragen von Covid-19-Infektionen in die Einrichtungen bzw. in die gesamte Bevölkerung dar. Zugleich greifen in den jeweiligen Monaten unterschiedliche strategische Interventionen, die auf Bundes- und Landesebene politisch initiiert wurden. Eine herausragende und zugleich auch herausfordernde Intervention stellt die Teststrategie von Oktober/November 2020 dar. Vor diesem Hintergrund veränderte sich die Situation der Einrichtungen wöchentlich, und die Aussagen der Interviewten sind immer auch vor diesem Hintergrund einzuordnen. Die Auswertung versucht, diesen dynamischen Entwicklungen stets Rechnung zu tragen.

Die Befragten sind Bewohner*innen, Angehörige, Mitarbeiter*innen aus der Pflege und Führungspersonen aus unterschiedlichen Führungsebenen (Geschäftsführung, mittleres und unteres Management). Einige Teilnehmende haben sich im Rahmen von Videointerviews der Befragung auch gemeinsam gestellt. Dabei war es allen ein großes Anliegen, die Situation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege sicht- und verstehbar zu machen. Insgesamt ist zu beobachten, dass alle Befragten realisieren, dass mit anhaltender Dauer der Pandemie die Möglichkeiten des Umgangs mit den damit verbundenen Themen (wie insbesondere Infektionsangst, Erhalt sozialer Ausdruckformen und der damit verbunden menschlichen Wärme und Zuwendung bei gleichzeitigem Abstandsregeln) wieder steigen und viele von sich heute sagen, dass sie gelernt haben, mit der Pandemie und den Folgen gut umgehen zu können. Dieses Gefühl bestand bei den meisten Befragten anfangs nicht, und die Themen, die im Folgenden sichtbar gemacht werden, lassen bisweilen einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Erlebtem und dem Zeitpunkt in der Pandemie erkennen.

3.4 Forschungsdesign im Rahmen der quantitativen Erhebung

Fragebogenentwicklung

Vor dem Hintergrund des umfangreichen qualitativen Datenmaterials haben wir uns im Februar 2021 dazu entschieden, eine landesweite quantitative Befragung der Mitarbeitenden der stationären und ambulanten Langzeitpflege einzuleiten und bis Mai 2021 durchzuführen. Dabei sollen im Wesentlichen die quantitativen Ausprägungen bisheriger qualitativ erhobener Befunde beforscht werden. Darüber hinaus wurde auch das Ziel verfolgt, weitere und neue Aspekte zu erheben und der Studie insgesamt eine höhere Reichweite zu geben. Leider konnten wir keine quantitative Online-Befragung für die Zielgruppe der Betroffenen und ihre Angehörigen konzipieren; unsere Datengrundlage aus den qualitativen Interviews erschien uns als viel zu gering, um einen fundierten Fragebogen zu entwickeln.

Im Rahmen eines mehrstufigen Arbeitsprozesses wurden anhand der Kernkategorien des Fragebogens die dazugehörigen Fragenkomplexe mit einzelnen Fragen entwickelt (Anlage 4). Dabei konnten wir das umfangreiche qualitative Datenmaterial sehr gut nutzen und mit der Befragungssoftware „EvaSys“ den Fragebogen erstellen. Eine erste Fragebogenversion wurde mit drei ausgewiesenen Expert*innen (sowohl fachlich als auch methodisch) diskutiert und der Fragebogen weiter modifiziert. In diesem Zusammenhang wurde auch festgelegt, welche Zielgruppen (z. B. Führungspersonen, Pflegepersonen usw.) welche Fragen bekommen. Insgesamt wurde der Fragebogen als ein Online-Befragungsinstrument konzipiert. Der so entstandene Fragebogen wurde im Rahmen eines zweistufigen Pretest-Verfahrens einer sorgfältigen Prüfung unterzogen. Hier wurde nicht nur geschaut, ob Zugang, Länge und Fragen- bzw. Antwortqualitäten stimmig sind, sondern auch, ob noch weitere Aspekte hinzugezogen werden sollen. Der Pretest wurde mit rund 20 Probanden durchgeführt. Nach nochmaliger, wenngleich auch geringerer Bearbeitung ist somit ein Fragebogen entstanden, der als stabil bezeichnet werden kann.

Details zur Fragebogenkonstruktion

Wichtigste Grundlage für die Entwicklung des quantitativen Fragebogens waren die geführten qualitativen Interviews. Anhand der Aussagen und Einblicke der Teilnehmer konnten passgenaue und zielorientierte Fragen gestaltet und entsprechende Antwortkategorien entwickelt werden. Nur anhand der detaillierten Aussagen in den Interviews konnte dieser ausgewogene Fragebogen entwickelt werden. Dies gelang uns eben dadurch, dass Mitarbeiter*innen aus der Leitungsebene und der Pflege in einem erheblichen Umfang befragt wurden. Bei dem Versuch, einen ähnlich geeigneten Fragebogen für Bewohner*innen oder auch Angehörige zu

entwickeln, fehlte uns die qualitative Grundlage für eine zielorientierte Gestaltung einer quantitativen Befragung. Die Entwicklung der Online-Befragung für Führungskräfte und alle Mitarbeiter*innen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen fand im Zeitraum Februar bis April 2021 statt und beinhaltete einen Pre-Pretest, einen Pretest und einen Seminar-Besuch.

Pre-Pretest

Mit der Fertigstellung des ersten Grundgerüsts der Online-Befragung durch das Projektteam sollte dieses zunächst einem Pre-Pretest unterzogen werden. Dazu wurde der Fragebogen an fünf Studierende aus dem Bereich Pflegewissenschaft und Pflegemanagement gesendet, sowie an drei ausgewiesene Fachkolleginnen weitergeleitet. Diese erste Gruppe sollte den Fragebogen in erster Linie auf die Konsistenz der Fragen, die Formulierung und Sinnhaftigkeit der Fragen und Antworten sowie auf die Korrektheit methodischer und fachlicher Inhalte prüfen. Auch weitere Ideen für zusätzliche Fragen konnte die erste Pretestgruppe beisteuern. Die Teilnehmer*innen bekamen einen Zeitraum von neun Tagen zugeschrieben, um uns entsprechend Rückmeldungen, Anmerkungen und Ideen zurückzugeben. Anhand der Rückmeldungen wurde der Fragebogen korrigiert, geprüft und um Fragen, aber auch Antwortmöglichkeiten erweitert. Zudem konnten wir selbst nochmals einige Fragen umformulieren oder beispielsweise Skalenwerte anpassen, die methodisch besser für die Auswertung geeignet sind. Mit der Einarbeitung der ersten inhaltlichen, methodischen Verbesserungsvorschläge wurde der quantitative Fragebogen erneut geprüft, korrigiert und durch das Projekt-Team für einen weiteren Pretest fertiggestellt.

Pretest

Der Pretest wurde dann mit den eingearbeiteten Verbesserungen der Pre-Pretestgruppe an der eigentlichen Befragungsgruppe, also Führungskräften und Mitarbeiter*innen getestet. Das bedeutet, dass der Zugang zur Online-Befragung an insgesamt sechs Einrichtungen gesendet wurde, mit der Bitte, den Fragebogen zu bearbeiten und uns Rückmeldung zu geben, vor allem mit konkreten inhaltlichen Verbesserungsvorschlägen. Wir erhielten dabei insgesamt zehn Rückmeldungen über einen Zeitraum von zwölf Tagen. Diese Rückmeldungen beinhalteten vor allem inhaltliche Verbesserungen, aber auch Verständnisprobleme. Die inhaltlichen Vorschläge betrafen dabei in vielen Teilen weitere Antwortmöglichkeiten, aber auch Veränderungen der Fragenkategorie oder die Anpassung von Fragenelementen. So waren zum Teil Multiple-Choice Fragen doch besser geeignet oder es wurden weitere Freitexte als sinnvoll erachtet. Nach Abwägung und nochmaligem Ideenaustausch im Projektteam wurden die Rückmeldungen entsprechend angepasst.

Auswertungsmethode

Der Fragebogen wird ausschließlich mittels deskriptiver Statistik und nicht mit analytischer bzw. schließender Statistik ausgewertet. Die Befragungssoftware „EvaSys“ bietet (nur) diese deskriptiven Auswertungstools an. Die frei zu beantwortenden Fragen, die in jedem Fragenkomplex enthalten sind, wurden in den Antworten geclustert bzw. in ihrer Aussage zusammengefasst. Seltene, längere Antworten wurden mitunter als komplexes Zitat gesichert.

Durchführung der Studie

Bereits in der qualitativen Erhebungsphase wurden wir von den Teilnehmenden der Task Force Langzeitpflege und Wiedereingliederungshilfe unter Leitung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration stark unterstützt, auch die Werbung zur Teilnahme an der quantitativen Befragung durch maßgeblich von den Teilnehmenden der Task Force unterstützt. Außerdem wurden die Interview-Teilnehmer aus dem qualitativen Teil gebeten, den Fragebogen in ihrer Einrichtung oder auch im Einrichtungsverbund zu verbreiten. Darüber hinaus wurde über unsere Projekthomepage und kurze Pressemitteilungen geworben. Dabei wurden insgesamt jeweils der Link zur Teilnahme an der Studie sowie die Zugangsinformationen weitergegeben. Über einen Link oder QR-Code wird der*die Teilnehmende direkt auf den Fragebogen geleitet. Auch wegen der kurzen Zeitspanne der Umfrage wurde sich gegen eine weitere analoge Befragung via Papierform entschieden. Die Umfrage wurde am 07. April 2021 geöffnet und zeitgleich über die oben genannten Verteiler gestreut. Die Teilnahme war bis zum 16. Mai 2021 möglich – dann wurde der Fragebogen geschlossen.

Übersicht zu den Teilnehmer*innen der quantitativen Studie

An der quantitativen Befragung haben 490 Personen teilgenommen. Für den quantitativen Fragebogen wurden Leitungskräften und alle Mitarbeiter*innen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg angesprochen. Die Verteilung der Teilnehmergruppen lässt sich wie folgt darstellen:

Von den 490 Teilnehmer*innen sind 73 % weiblich, 27 % männlich. Die größte Gruppe der Teilnehmer*innen ist zwischen 41 und 60 Jahre alt (56 %). Die 25- bis 40-Jährigen sind mit 30 % vertreten, die über 60-Jährigen mit 10 % und die unter 25-Jährigen mit nur 4 %. 1 % der Teilnehmer*innen macht keine Angabe zum Alter. 105 Teilnehmer*innen (21 %) schreiben sich der pflegerischen Tätigkeit zu. Die größte Gruppe der Teilnehmer*innen lässt sich der Führungs- und Leitungsebene zuordnen (280 Personen, 57 %). Teilnehmer*innen aus der Verwaltungsebene haben zu 10 % teilgenommen, betreuerische Tätigkeiten (5 %), Hauswirtschaftskräfte (2 %) und andere Tätigkeiten (4 %) sind zu kleinen Anteilen vertreten. 70 % aller

Teilnehmer*innen arbeiten dabei in Vollzeit, 145 Teilnehmer*innen (rund 30 %) arbeiten in Teilzeit.

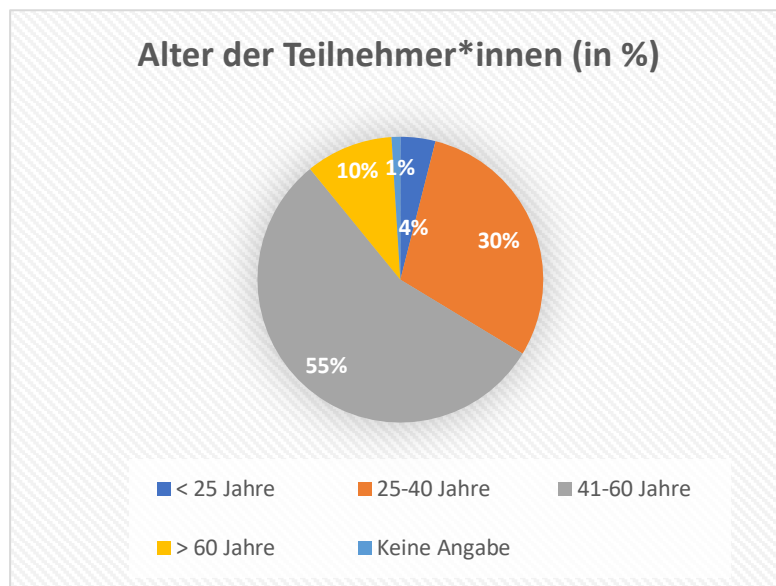


Abb. 13: Alter der Teilnehmer*innen der Online-Befragung (eigene Darstellung 2021)

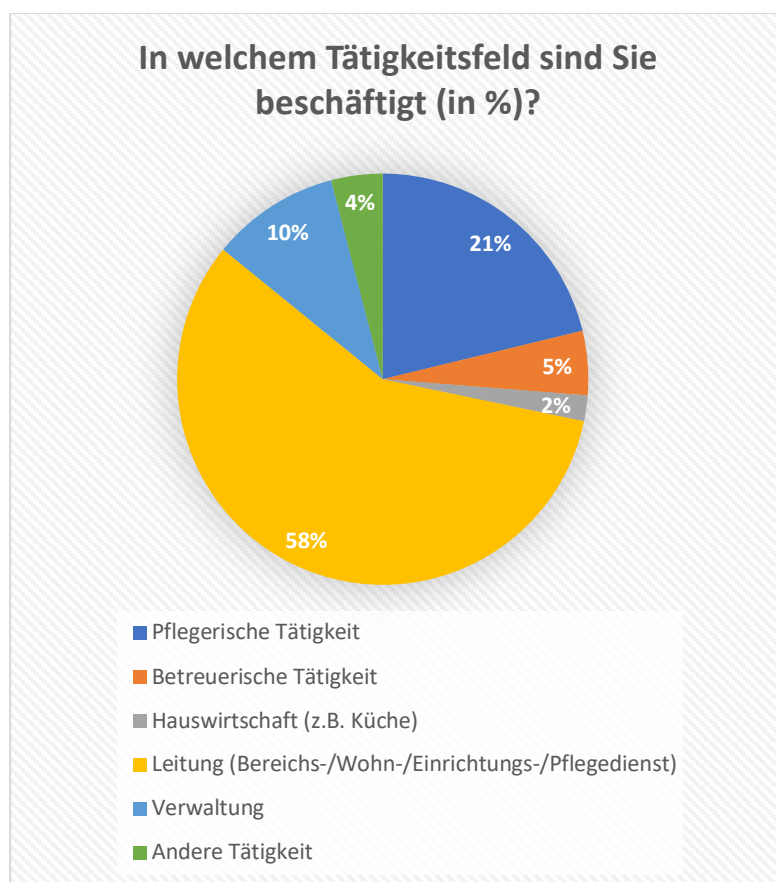


Abb. 14: Teilnehmer*innengruppen der Online-Befragung (eigene Darstellung 2021)

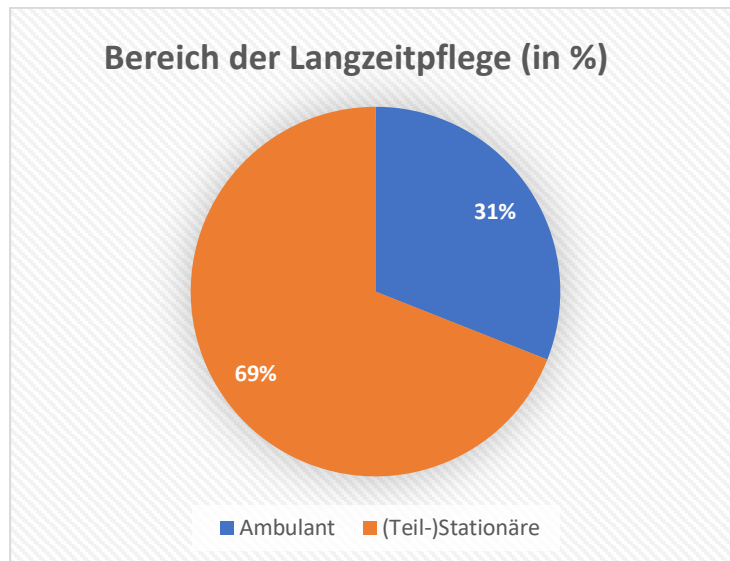


Abb. 15: Bereich der Langzeitpflege (Online-Befragung) (eigene Darstellung 2021)

3.5 Teilnehmer*innengruppen der vorliegenden Studie im Vergleich zu den im Bund und in Baden-Württemberg liegenden Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege

Bei der qualitativen Befragung von stationären Einrichtungen sind über 40 % den privaten Trägern zugehörig. 42 % sind in freigemeinnütziger Trägerschaft. Die Teilnehmer*innenzahl unserer Interviews repräsentiert entsprechend den durchschnittlichen Werten der Statistiken der Pflegestatistik 2019. Betrachtet man die Studienergebnisse des quantitativen Anteils, so sind nur 7 % der Befragten in privater Trägerschaft. Der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer*innen ist in freigemeinnütziger Trägerschaft. Hier zeigt sich, dass private Träger nicht dem Anteil der Verteilung der Trägerschaften entsprechen: Private Träger sind in dieser Befragung unterrepräsentiert. Die Ergebnisse der Befragung im quantitativen Teil sind bei der Größe der Einrichtung ebenso heterogen verteilt, wie in der Pflegestatistik von 2019 dargestellt. Die wenigsten Einrichtungen haben einen Bewohner*innen-Anteil von über 150 Pflegebedürftigen. Freigemeinnützige Trägerschaften betreuen in der Regel überwiegend größere Einrichtungen als die privaten. 47 % der Einrichtungen versorgen mehr als 81 Bewohner*innen. Bei privaten Trägern werden 40 % in einer Einrichtungsgröße zwischen 41 – 60 Bewohner*innen versorgt.

Bei den qualitativen Ergebnissen der vorliegenden Studie sind lediglich 15 % der Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich zu verzeichnen, was elf Teilnehmer*innen entspricht. Aus den quantitativen Ergebnissen lässt sich feststellen, dass 15 % der Einrichtungen in privater Trägerschaft sind. Der Anteil einer freigemeinnützigen Trägerschaft entspricht 69

%, und 7% sind in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. 9 % der Einrichtungen gehören einer anderen Trägerschaft an oder fanden keine Zugehörigkeit. Vergleicht man die Ergebnisse mit den bestehenden statistischen Daten von 2019, so besteht in der Studie eine sehr viel höhere Beteiligung von freigemeinnützigen Trägern. Private Anbieter sind hier unterrepräsentiert. Im Verhältnis von Bund und Baden- Württemberg lassen sich minimale prozentuale Abweichungen feststellen.

Bei den Ergebnissen der quantitativen Daten lässt sich in Bezug zur Größe der Einrichtung feststellen, dass rund 61 % der ambulanten Dienste über 100 Klient*innen betreut. Im Vergleich zu den Daten der Pflegestatistik aus dem Jahr 2019 betreuen knapp 60 % der Pflegedienste zwischen 26 und 100 Klient*innen und nur knapp 19 % mehr als 100 Klient*innen. In der Studie haben somit Einrichtungen mit höherem Kundenanteil teilgenommen. Freigemeinnützige Träger haben einen Anteil von mehr als 50 % mit über 100 Kund*innen. Private Anbieter betreuen im Vergleich 30 % über 100 Kund*innen und haben eher einen kleineren Kundenstamm als freigemeinnützige Anbieter. Die Daten aus der Studie decken sich somit mit denjenigen von der Pflegestatistik.

Berechnet man den Anteil der Teilnehmenden des quantitativen Teils, so ergibt dies einen Anteil der teilnehmenden Beschäftigten von ca. 0,35 % an der Gesamtbeschäftigtenzahl in Pflegediensten und Pflegeheimen in Baden-Württemberg.

4 Darstellung der Ergebnisse

4.3 Darstellung der qualitativen Ergebnisse

4.1.1 Einführung in die Ergebnisse

Wie bereits in den Ausführungen zum Untersuchungsdesign beschrieben, wurden im Rahmen der Auswertung des sehr umfangreichen Materials zunächst Kernkategorien identifiziert und inhaltlich verdichtet. Dabei bilden sich die Kernkategorien nicht in *einer* Systematik ab, sondern befinden sich auf unterschiedlichen Ebenen. Dies ist auch eine Folge der Auswertungsstrategie und des induktiven Bildens von Kategorien. Folgende Kernkategorien können bislang gebildet werden:

1. Kennzeichen der Lebenssituation der Bewohner*innen bzw. Klient*innen
2. Kennzeichen der Lebenssituation der Angehörigen
3. Kennzeichen der Arbeits- und Lebenssituation der Mitarbeiter*innen
4. Kennzeichen der Arbeits- und Lebenssituation der Führungspersonen
5. Beschaffung von und Umgang mit Schutzmaterialien sowie Testungen bzw. Teststrategie und Impfungen
6. Erfahrungen bzw. Umgang mit der Gesellschaft und der Presse
7. Erfahrungen bzw. Umgang mit den Gesundheits- und Landratsämtern
8. Erfahrungen bzw. Umgang mit externen Dienstleistern und ehrenamtlich Tätigen
9. Umgang mit Informationen, Regelungen, Vorgaben und deren Umsetzung in den Einrichtungen
10. Explizite Anliegen, Wünsche und Forderungen

Die weitere Ergebnisdarstellung orientiert sich an diesen Kernkategorien. Wir möchten darauf hinweisen, dass im Verlauf der Corona-Pandemie das jeweils aktuelle Geschehen rasch wechselte, so dass die Teilnehmer*innen von Woche zu Woche auch weitere und sich verändernde Interpretationsmuster anboten. Diese dynamische Entwicklung ist schwer festzuhalten. Deshalb haben wir in den Ergebnisdarstellungen versucht, die Verläufe durch Zeitraumbeschreibungen zu verdeutlichen. Wir haben überwiegend Personen aus der stationären Langzeitpflege interviewt, daher weisen wir explizit darauf hin, wenn sich Ergebnisse auf den ambulanten Bereich beziehen. Immer wieder nutzen wir kurze Zitate von Befragten, die eine Situation oder Bewertung treffend beschreiben. Diese Zitate sind dann immer in Anführungszeichen gesetzt.

4.1.2 Kennzeichen der Lebenssituation der Bewohner*innen bzw. Klient*innen

Über die Lebenssituation der Bewohner*innen und Klient*innen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege konnten wir im Rahmen dieser Studie Hinweise überwiegend durch die Mitarbeiter*innen der Einrichtungen erlangen. Die wenigen Interviews, die wir mit Betroffenen und/oder ihren Angehörigen führen konnten, waren sehr eindrucksvoll und deckten sich stark mit den Beschreibungen der Mitarbeiter*innen.

Erste und zweite Corona-Welle (März 2020 – Januar 2021)

Die Lebenssituation der Bewohner*innen in der stationären Langzeitpflege wird insgesamt als „bedrückend“, „eingeengt“ und „isoliert“ beschrieben. Andererseits aber kehrte auch eine gewisse Ruhe und ein „Wegfall des Alltagsstresses“ ein, und die Beziehungen zwischen den Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen intensivierte sich. Die Bewohner*innen-Struktur in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen ist heterogen. Und dennoch leben dort weit überwiegend dementiell erkrankte Menschen, die wiederum ganz unterschiedlich schwer von dieser Erkrankung betroffen sein können. Die mit der Pandemie einsetzende Isolation durch Ausgangs- und Besucherbeschränkungen und die Maßnahmen des Infektionsschutzes (Tragen von Masken, Abstandsregeln, Schließung der Gemeinschaftsräume usw.) seien insbesondere für dementiell erkrankte Bewohner*innen nur schwer oder gar nicht vermittelbar und haben deshalb immer wieder zu Konflikten und Auseinandersetzungen und auch zur Nicht-Einhaltung und starker Gefährdung geführt. Nicht dementiell erkrankte Bewohner*innen haben diese Maßnahmen und Einschränkungen wesentlich besser mittragen können – allerdings mit zunehmender Dauer auch weniger gut vertragen und beispielsweise schlechter gegessen, sich weniger bewegt und weniger mit anderen gesprochen und sich vermitteln können. Insbesondere nicht dementiell erkrankte Bewohner*innen haben die Schutzmaßnahmen in aller Regel gut akzeptiert bis hin zu stark befürwortet. Die Angst vor einem Infektionsgeschehen hat diese Bewohner*innen ebenso stark bewegt wie die Mitarbeiter*innen. Dennoch haben sie sich auch sehr für die baldige Öffnung der Einrichtungen ausgesprochen. Insgesamt lehnen die Bewohner*innen eine Schließung der Einrichtung für Besucher*innen ebenso wie eine Ausgangsbeschränkung stark ab.

Das Thema „Angst vor Ansteckung“ und eine Ausbreitung des Infektionsgeschehens ist in allen Gesprächen stark präsent. Der Umgang mit dieser Angst ist individuell zwar unterschiedlich, aber insgesamt entsteht der Eindruck in den Interviews, dass sich die Bewohner*innen machtlos, hilflos und dem Infektionsgeschehen ausgeliefert fühlen. Das Ausmaß der Bedrohung wird gesehen und unterschiedlich eingeordnet. Einige Interviewte thematisieren, dass sie in der Einrichtung ohnehin täglich im Angesicht von Sterben und Tod leben und diese Bedrohung

nun hinzukomme. Anderen ist die Freiheit in der Lebensführung wichtiger als der Schutz vor Infektion. Das Abwägen der hohen Güter fällt den Betroffenen insgesamt schwer. Insbesondere ab Herbst 2020 steigt die Angst und Unsicherheit erheblich. Die Situation der Bewohner*innen wird zu Beginn der ersten Infektionswelle und in der zweiten Infektionswelle als unsicher und diffus stark belastend erlebt.

Für Bewohner*innen und Angehörige ist das zuverlässige Ermöglichen von regelmäßigen Besuchen überaus wichtig, und alle Interviewten fordern den Erhalt dieser Möglichkeiten auch bei einem Ausbruch von Infektionen. Allerdings betonen insbesondere Mitarbeiter*innen, dass es auch Bewohner*innen gibt, die keinen Besuch bekommen und daher auch auf Angebote von Ehrenamtlichen angewiesen sind.

Eine sehr spezielle Situation hat sich durch die Schließung der Einrichtungen und die starken Ausgangsbeschränkungen zu Beginn der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020 ergeben. Diese ersten Wochen wurden uns in vielen Interviews detailliert beschrieben und haben einen starken Eindruck bei den Mitarbeiter*innen und den Bewohner*innen hinterlassen. Vor dem Hintergrund des Wegfalls aller Besuche und aller ehrenamtlich unterstützten Angebote haben die Mitarbeiter*innen die Initiative ergriffen, bereits bewährte, aber auch neue und andere tagesstrukturierende Unterhaltungs- und Beschäftigungsangebote zu kreieren und selbst durchzuführen. Hier war es von Vorteil, dass die Mitarbeiter*innen aus der Tagespflege (die ja im Frühjahr 2020 geschlossen wurde) zusätzlich in die Wohnbereiche kamen und die Arbeit mit unterstützen konnten. Auf diese Weise sind Angebote entstanden, die Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen in einer außerordentlich intensiven Weise (neu) zusammengeführt haben. Bewohner*innen konnten die Pflegenden in anderen Situationen und Zusammenhängen (neu) erleben. Insbesondere für Bewohner*innen, die wenig oder keinen Besuch erhalten, war diese Neuausrichtung der gemeinsamen Tagesaktivitäten sehr hilfreich. Mit Öffnung der Einrichtungen scheinen diese Effekte wieder zu verschwinden. Vermutlich haben die Mitarbeiter*innen durch die vielen Aufgaben rund um Infektionsschutz und Testungen (wieder) weniger Zeit für das Anbieten von Beschäftigungs- und Unterhaltungsangeboten. Dabei sind bis heute nur sehr wenige Ehrenamtliche in den Einrichtungen aktiv, so dass insbesondere in der zweiten Infektionswelle die Effekte von Isolation und Einsamkeit eher wieder zugenommen haben. Hinzu kommt, dass auch die weihnachtlichen Aktivitäten wie Konzerte, gemeinsame Sing- und Backstunden, gemeinsames Vorlesen, gemeinsames Schmücken usw., die sonst ein Höhepunkt im Jahresverlauf darstellen, stark eingeschränkt werden mussten.

Die Schließung der gemeinschaftlichen Räume hat für alle Bewohner*innen stark negative Effekte. Das gemeinsame Essen, die Gespräche, das alltägliche Interagieren und selbstverständliche Austauschen, das Kennenlernen von Besucher*innen oder ehrenamtlich tätigen Personen fallen ebenso weg wie das Bewegen in- und außerhalb der Einrichtung. Die Bewohner*innen verbringen die meiste Zeit in ihren (Einzel-)Zimmern, und es mangelt an Alltagskontakten. Die gesundheitlichen Effekte seien klar zu sehen: Schwierigkeiten mit der Ernährung, Abnahme von Mobilität, Zunahme von kognitiven Einschränkungen. Zudem wird wiederholt beschrieben, dass aufgrund der hohen zeitlichen Belastungen wegen der Infektionsschutzmaßnahmen die Mitarbeiter*innen nicht immer Zeit für die pflegerischen Tätigkeiten hatten und nötige pflegerischen Maßnahmen nur reduziert angeboten wurden.

Die digitale Welt hat selbstverständlich auch Einzug in die Einrichtungen der Langzeitpflege gehalten – aber in einem doch bemerkenswert geringen Ausmaß. Einige Bewohner*innen verfügen über ein Smartphone, wenige über weitere internetfähige Geräte. In den Wohnbereichen stehen den Bewohner*innen keine, gemeinschaftlich zu nutzenden Geräten zur Verfügung. Beinahe alle Mitarbeiter*innen verfügen über ein Smartphone. Viele Interviewte berichten, dass sie die Bewohner*innen sehr darin unterstützt haben, mit den Smartphones zu telefonieren oder auch ein Videogespräch zu führen. Für dementiell erkrankte Bewohner*innen könnte diese Möglichkeit ebenfalls eingerichtet werden, aber hier braucht es viel mehr Unterstützung und Anleitung durch die Pflegenden. Auch die „analogen Wege“ der Begegnung mit Angehörigen werden in allen Einrichtungen gesucht: Besuche beispielsweise im Garten oder hinter Fensterscheiben helfen, sind aber kein Ersatz für nahe Begegnungen und müssen ebenfalls zumeist von Pflegenden begleitet werden. In der zweiten Infektionswelle sind alle besser auf die Begegnungsbeschränkungen eingestellt, allerdings hat sich die Lage der Bewohner*innen, die mehr Unterstützung bei der Begegnung benötigen oder die keine bzw. wenige Besuche bekommen, weiter verschlechtert, da die Mitarbeiter*innen mit so vielen anderen im Zusammenhang mit dem Infektionsschutz stehenden Aufgaben befasst sind.

Die Lebenssituation von ambulant betreuten pflegebedürftigen Menschen kann in dieser Studie bislang nicht ausreichend nachgezeichnet werden, da insgesamt noch zu wenig Interviews in diesem Bereich geführt werden konnten. In der ersten Infektionswelle haben sich einige Klient*innen zurückgezogen von den Leistungen der ambulanten Pflegedienste – allerdings nur dann, wenn das unkompliziert möglich war. Für die meisten Kund*innen aber ist das keine Option. Auch die ambulant betreuten pflegebedürftigen Personen leben in einer zunehmenden Isolation. Allerdings muss auch hier festgehalten werden, dass einige dieser Personen bereits vor der Pandemie unter starker Einsamkeit und Isolation gelitten haben. Oftmals sind die

Besuche der ambulanten Pflegedienste einer der wenigen Face-to-Face-Kontakte im Alltag. Einige Pflegende berichten, dass die Besuche der Angehörigen mitunter fast ganz ausbleiben und die Vereinsamung infolgedessen stark zunehme. Auch hat der Wegfall der ehrenamtlich tätigen Personen einen starken negativen Einfluss auf das soziale Geschehen. Und auch hier bemerken die Pflegenden, dass es mitunter zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation im Bereich der Mobilität, des Appetits und der Nahrungsaufnahme sowie der Kognition gekommen sei.

Bemerkenswert ist auch, dass die ambulant betreuten pflegebedürftigen Menschen kaum eine Möglichkeit haben, an Schutzartikel wie Alltagsmasken bzw. FFP2-Masken und Handschuhe zu kommen. Viele sind nicht in der Lage, sich diese Schutzmaterialien selbstständig zu besorgen, und durch die Kontakteinschränkungen können Angehörige, Freunde oder Nachbarn keine anliefern. Auch hier verschärft sich ein Problem, das latent auch vor der Pandemie ein Problem in der Versorgung dargestellt hat.

Zeitraum Februar 2021 – Mai 2021

Im Zeitraum nach der zweiten Welle und im beginnenden Frühjahr hat sich nach Ansicht der befragten Mitarbeiter*innen vor allem die Versorgung der Bewohner*innen normalisiert. Das liegt auch daran, dass ab Februar 2021 sehr viel weniger Quarantänemaßnahmen oder strenge Besuchsbeschränkungen auferlegt wurden. Grund dafür wiederum ist die sehr gut anlaufende Impfkampagne und auch die hohe Impfbereitschaft unter den Bewohner*innen. Die zweite Welle war dennoch nochmals sehr „anstrengend“, „herausfordernd“ und „zehrend“ für die Bewohner*innen. Zurückzuführen ist dies auf den nun doch sehr langanhaltenden Zeitraum der Beschränkungen und dem Aussetzen von sozialen Aktivitäten. Viele Bewohner*innen wünschen sich mehr Lockerungen und wieder mehr soziale Kontakte innerhalb der Einrichtungen. Viele befragte Mitarbeiter*innen berichten davon, dass Bewohner*innen sich beklagen, dass das „Leben und der Frohsinn“ aus der Einrichtung verschwunden seien. So wünschen sie sich beispielsweise kleine Erleichterungen wie gemeinsame Mahlzeiten oder soziale Aktivitäten zurück.

Erste positive Resonanzen gibt es auch in der teilweisen Öffnung von Tagespflegen. Die befragten Mitarbeiter*innen berichten von einem guten Hygieneplan und Durchführungsideen zur Aufrechterhaltung der Tagespflege. Auch die Akzeptanz der Regelungen ist dabei hoch, und die Kund*innen freuen sich sehr über die Öffnung dieses Angebots. Dabei wird klar, dass dies jedoch nur gut funktioniert, wenn im Hintergrund eine sehr gute und zum Teil auch kreative Arbeit von Führungskräften und Mitarbeiter*innen geleistet wird. Die Wichtigkeit der

Tagespflege und der damit einhergehenden Angebote ist dabei allen bewusst. Viele Befragte melden dabei zurück, dass ein erheblicher körperlicher, aber auch psychischer Abbau bei vielen älteren Menschen ersichtlich sei, dem rasch entgegengewirkt werden sollte. Die Maßnahmen hinsichtlich der Testungen und das Tragen von Masken werden dabei vollumfänglich akzeptiert, so die Rückmeldung der Einrichtungen, die bereits die Tagespflegen – zumindest einen kleinen Teil – wieder geöffnet haben.

Um den Einschränkungen der zweiten Welle und den damit einhergehenden Beschränkungen – wie dem Aussetzen der Arbeit externer Dienstleister – entgegenzuwirken, wird ein großer Bedarf an bspw. physiotherapeutischer Unterstützung zur Mobilisierung vonseiten der Befragten zurückgemeldet. Die Bewohner*innen freuen sich über die wieder stattfindenden Maßnahmen wie Physiotherapie, Logopädie oder auch den Friseurbesuch. Es müsse bei vielen Bewohner*innen therapeutisch viel aufgearbeitet und auch wieder neu erarbeitet werden.

Zusammenfassend kann die Stimmung im Mai 2021 als gut beschrieben werden. Die Bewohner*innen wünschen sich weitere Öffnungen hinsichtlich der Besuche und der Anzahl von Besuchern, aber auch ein Wiederaufleben der Aktionen, Unterhaltungsangebote und Veranstaltungen in und um die Einrichtung herum. Viele Bewohner*innen wünschen sich zudem, dass auch die Bewegungsfreiheit in der Einrichtung wieder zunimmt und wieder gemeinsame Mahlzeiten und der soziale Austausch möglich werden. Insbesondere mobile Bewohner*innen äußern diese Wünsche deutlich.

Die Kund*innen des ambulanten Bereichs sind nach den Aussagen der Befragten noch immer sehr eingeschränkt in ihren Handlungen und vor allem in ihrer Bewegungsmöglichkeit. Dabei ist ein sehr erhebliches Problem, dass die Impfungen für Kund*innen der ambulanten Pflegedienste weniger gut und reibungslos verlaufen als in den stationären Einrichtungen. Zwar haben die Kund*innen Impfberechtigungen, jedoch stellen die Buchungen und die Durchführung ein größeres Problem dar, insbesondere dann, wenn keine Angehörigen wohnortnah unterstützen können. Die Kund*innen der ambulanten Pflegedienste fühlen sich nach Einschätzung der Pflegenden entsprechend oftmals „vergessen“ und gesellschaftlich isoliert.

4.1.3 Kennzeichen der Lebenssituation der Angehörigen

Hinweise zur Lebenssituation der Angehörigen von pflegebedürftigen Personen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege erlangen wir im Rahmen dieser Studie überwiegend

von den Mitarbeiter*innen der Einrichtungen. Die wenigen Interviews, die wir mit Betroffenen bzw. Angehörigen führen konnten, waren sehr beeindruckend und deckten sich stark mit den Beschreibungen der Mitarbeiter*innen. Die Aussage einer Pflegeperson – „Haben es schlechter verkraftet als die Bewohner*innen“ fasst treffend die sehr schwierigen Herausforderungen für die Angehörigen zusammen.

Erste und zweite Corona-Welle (März 2020 – Januar 2021)

Die Lebenssituation der Angehörigen ist vor allem durch Angst, Sorge und Unsicherheit geprägt. Insbesondere die Zeit der starken Besuchsbeschränkungen war für die Angehörigen überaus belastend und herausfordernd. Die Sorge und das Nicht-Wissen und Nicht-Selbst-Wahrnehmen-Können des Zustands des Vaters oder der Mutter, der Ehepartner*innen usw. ist stark belastend und wird nur wenig gemindert durch beispielsweise die Möglichkeit eines Anrufs seitens der Pflegenden oder des Pflegebedürftigen selbst. Viele Angehörige beschäftigt das Angewiesensein der pflegebedürftigen Person auf den Kontakt mit ihnen stark, und sie fürchten die Folgen von Einsamkeit und Isolation. In ihrer eigenen Einsamkeit und Isolation, von der sie auch berichten, fühlen sie sich nicht erkannt, nicht wahrgenommen, und sie erfahren hier wenig Hilfe. Das Thema Sterben hat für die Angehörigen eine besonders hohe Relevanz. Ihnen ist bewusst, dass viele Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen nur eine relativ kurze Lebensphase in der Einrichtung verbringen, und die Sorge, sie könnten in die Sterbephase gleiten, ohne von den Angehörigen begleitet zu werden, fördert Gefühle von Angst und Resignation. Vor diesem Hintergrund versuchen die Angehörigen so oft wie nur möglich, Informationen über den Zustand des pflegebedürftigen Angehörigen zu erlangen und fühlen sich hier stark abhängig von Zeitbudget, Wohlwollen und Zugewandtheit der Pflegenden. Auch deshalb bemühen sie sich sehr, die strukturellen Vorgaben der Einrichtungen zu verstehen und einzuhalten. In der beginnenden Pandemie fühlten sie sich überfordert, die Flut an Informationen und Bestimmungen mitzubekommen, zu verstehen und umzusetzen. Mit den Monaten sei es aber den Einrichtungen gut gelungen, die Informationen transparent und verständlich weiterzugeben. Sehr geschätzt werden Informationen zum Beispiel durch Anschreiben oder kleine Newsletter, die sie auch mit anderen Angehörigen verbinden.

Sie versuchen, eine neue Alltagsroutine in der Pandemie zu entwickeln und damit für ihre pflegebedürftigen Angehörigen eine Verlässlichkeit zu schaffen. Dabei sind sie auf die Hilfe der Einrichtungen und des Personals angewiesen. Einige Angehörige fühlen sich in ihren Belastungen und Herausforderungen nicht anerkannt, nicht wahrgenommen und erleben sich gesellschaftlich als nicht oder wenig unterstützt. Einige Pflegende berichteten, dass sie bisweilen mehr Sorgen um die Angehörigen als um die pflegebedürftige Person gehabt haben. Diese

habe trotz aller Einschränkungen viel Anteilnahme und Engagement durch die Mitarbeiter*innen erfahren, während die Angehörigen sehr auf sich selbst geworfen sind und wenig Unterstützung bekommen – und zugleich mit vielen Ansprüchen konfrontiert sind. Zudem dürfe man nicht übersehen, dass auch die Angehörigen unmittelbar von der Pandemie betroffen sind und sich ebenfalls sehr schützen müssen – und in diesem Schutz viel weniger Unterstützung erfahren. Auch der Austausch mit anderen Angehörigen, mit ehrenamtlich engagierten Personen oder auch mit den Mitarbeiter*innen sei stark eingeschränkt. Auch hier zeigt sich, dass in der zweiten Pandemiewelle die Zeit für diesen Austausch noch stärker reduziert wurde, da alle mit dem Infektionsschutz und den Testungen befasst sind und so keine oder nur wenig Zeit für diese wichtigen zwischenmenschlichen Begegnungen bleibt.

Insgesamt aber sprechen alle interviewten Angehörigen den Pflegenden und der gesamten Einrichtung ihren tiefen Dank aus. Viele sehen das „übergroße Engagement“ für ihre pflegebedürftigen Angehörigen und haben großes Verständnis für die Schutzmaßnahmen. Sie vertrauen dabei auf die Kompetenzen und Einschätzungen der Mitarbeiter*innen. Viele Angehörige versuchen die Belastung der Mitarbeiter*innen auf besondere Weise zu honorieren, indem sie Geschenke, Kuchen- oder auch Geldspenden geben.

In der anhaltenden zweiten Welle der Corona-Pandemie stehen auch die Angehörigen zunehmend vor sehr großen Herausforderungen. So berichten Angehörige, dass Einrichtungen aufgrund eines Infektionsgeschehens Besuchsverbote und Zugangseinschränkungen aussprechen. Diese oft sehr schwerwiegenden Situationen für Angehörige und Bewohner*innen müssten dabei auch mit nicht ausreichenden Informationen bewältigt werden. Überarbeitete und neue Vorgaben und Maßnahmen – wie zum Beispiel der Nachweis eines aktuellen negativen Testergebnisses – würden nicht eindeutig kommuniziert. Angehörige mahnen an, dass sie in der Einrichtung eine Testmöglichkeit bekommen sollten. Befragte geben dabei zu bedenken, dass bei einer besseren Aufklärung auch das Verständnis für Maßnahmen sehr viel höher ausfallen würde. Es zeigt sich, dass die Kommunikation zwischen den Einrichtungen und den Angehörigen und Besucher*innen eine große Rolle spielt. Dabei sind die Pflegeeinrichtungen in besonderem Maße auf konkrete und umsetzbare Vorgaben der Behörden angewiesen. Die meist plötzlich angeordneten Maßnahmen stellen sehr große Herausforderungen für die Angehörigen dar. Aber auch von der Sorge, Bewohner*innen durch den plötzlichen Abbruch der Besuche zu verwirren und ihnen damit psychisch und körperlich zu schaden, berichten Angehörige.

Zeitraum Februar 2021 – Mai 2021

Mit dem Ende der zweiten Welle und durch die hohen Impfquoten haben sich auch die Sorgen und Ängste der Angehörigen über mögliche Ansteckungen und schwere Verläufe der Bewohner*innen sehr verringert. Nach Einschätzung der befragten Führungskräfte und Pflegenden ist somit auch bei den Angehörigen eine deutliche Entspannung zu spüren. Auch sei das Vertrauen gewachsen, dass Infektionen durch die umfangreichen Hygienemaßnahmen nun frühzeitig erkannt und abgewendet werden können. So haben sich auch die meisten Besucher*innen an das Besucher*innen-Konzept der Einrichtungen gewöhnt und es in ihren (Besuchs-)Alltag integriert. Zusätzlich hat sich der Kommunikationsbedarf der Angehörigen normalisiert und es haben sich wieder vertraute Informations- und Kommunikationswege geöffnet. Darüber hinaus stellt es eine enorme Entlastung dar, dass die Angehörigen nun impfberechtigt sind und auch hier die Impfungen rasch vollzogen werden. Damit verringert sich auch die Sorge, Bewohner*innen anzustecken.

Einige Angehörige sind zudem noch immer sehr dankbar für die Arbeit aller Mitarbeiter*innen in den Pflegeeinrichtungen und erkennen die vielen Mehrarbeiten und Belastungen. Dabei wird auch sehr erleichtert davon berichtet, dass Angebote wie Physiotherapie oder die Fußpflege wieder stattfinden. Das Aussetzen dieser Angebote – und allgemein der Bewegungsmöglichkeiten – in der ersten und zweiten Infektionswelle hat die Angehörigen in große und ständige Sorge versetzt: Den Angehörigen ist bewusst, dass die Mitarbeitenden keinen vollständigen Ersatz bieten können. Zudem gibt es positive Resonanz auf die ersten wiederkehrenden Bewegungsfreiheiten innerhalb und außerhalb der Einrichtungen. Es wird auch deutlich, dass sich die Angehörigen wieder mehr Möglichkeiten hinsichtlich der sozialen Programme wünschen, um allen Bewohner*innen ein Miteinander zu ermöglichen. Andere Angehörige sind nach wie vor unzufrieden mit der Situation und der pflegerischen Versorgung ihrer Angehörigen. Auch hat sich mitunter das Verhältnis zwischen Pflegenden und Angehörigen in den Monaten der Corona-Pandemie stark verschlechtert und auch mit Öffnung nicht wieder normalisiert.

4.1.4 Kennzeichen der Arbeits- und Lebenssituation der Mitarbeiter*innen

Die Lebenssituation der Mitarbeiter*innen, die zumeist Pflegenden in den Einrichtungen und Diensten sind, können wir mit dieser Studie am besten nachzeichnen. Während der Monate der Pandemie hat sich ihre Arbeits- und Lebenssituation immer wieder aufs Neue verändert und sie fühlen sich insgesamt körperlich und psychisch stark belastet. Bewusst sprechen wir hier auch von „Arbeits- und Lebenssituation“, denn die Arbeitssituation der Mitarbeiter*innen

hat sich insbesondere in den Monaten der Pandemie tief in die Lebensweisen und Lebensgeschichten eingeprägt. Die Trennung von Privatem und Beruflichem ist für die meisten nicht oder nur wenig zu leisten, was vor der Pandemie möglicherweise leichter fiel. Die Mitarbeiter*innen haben über sehr viele und vielfältige Phänomene berichtet, die sich durch die Pandemie verändert oder auch neu eingestellt haben. Beim Auswerten kommen wir immer wieder an die Grenze der Frage, welche Probleme sich durch die Pandemie verstärkt haben oder neu und anders hinzugekommen sind. Die Interpretationen der Mitarbeiter*innen gehen hier bisweilen auseinander, was auch daran liegen kann, dass bereits vor der Corona-Pandemie die Arbeitsverhältnisse eine hohe Varianz haben konnten. Im Folgenden werden zentrale Themen zu den Arbeits- und Lebensverhältnissen auch unter Zuhilfenahme von Zitaten, die ein Thema besonders knapp und treffend zusammenfassen, dargestellt. Auch möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass wir aufgrund der Fülle des Datenmaterials und in der Kürze der Zeit nicht alle Daten gleichermaßen intensiv auswerten konnten.

Erste und zweite Corona-Welle (März 2020 – Januar 2021)

Die besondere Zeit der Pandemie

Zeit ist in der Pflege eine immer präsente „Währung“. Im Rahmen der Interviews vermitteln die Befragten eine Vielzahl von Aspekten, die mit dem Thema Zeit einhergehen. Dabei sind die Facetten bunt und vielseitig. Im Rahmen der Befragung zeigt sich, dass die Zeit der Pandemie als außerordentlich erlebt wird. Alle Teilnehmenden können sich auf den Tag genau an den Beginn und viele weitere Erlebnisse im Zusammenhang damit erinnern; immer wieder werden genaue Daten genannt, was darauf hinweist, dass die Teilnehmenden diesen Ereignissen einen besonderen Stellenwert zumessen. Einige Teilnehmer*innen verglichen das mit weiteren historischen Daten, auch aus dem Gesundheitswesen, wie z. B. den Beginn der HIV-Erkrankungen in den 1980er Jahren. Auch wiesen einige Befragte darauf hin, dass der Umstand, dass die Dauer der Pandemie unbekannt ist und dass viele Ereignisse, die sonst im Laufe des Jahres stattfinden, nun in den zeitlichen Kontext der Pandemie eingeordnet bzw. dem zeitlichen Ablauf der Pandemie zugeordnet werden.

„Endlich hatten wir plötzlich Zeit und Ruhe für die Bewohner.“

Diese beinahe überraschende Aussage machten einige der Befragten. Als zu Beginn der Pandemie Mitte März 2020 Ausgangs- und Besuchsverbote ausgesprochen wurden und dazu in einigen Einrichtungen das Angebot der Tagespflege beendet wurde, stand den stationären Einrichtungen der Langzeitpflege mitunter unverhofft mehr Pflegepersonal zu Verfügung (zwischen 15 % und 20 %). Die Teilnehmenden berichten davon, dass sie das zusätzliche Personal

auch in die unmittelbare Betreuung der Bewohner*innen gegeben haben und sie plötzlich auf der sozialen Ebene mehr mit den Bewohner*innen tun konnten. Diese zusätzlichen Aktivitäten brachte die Pflegenden näher an die Bewohner*innen; einige berichteten, dass sie diese Zeit sehr genossen haben, da sie im „normalen Arbeitsablauf“ kaum noch dazu in der Lage seien, mit den Bewohner*innen auch Zeiten des geselligen Beisammenseins zu pflegen oder etwa ein längeres Gespräch zu führen. Viele Bewohner*innen hätten diese Veränderungen bemerkt und gerne angenommen. Dabei wird immer wieder auch darauf hingewiesen, dass es ja auch Bewohner*innen gibt, die wenig Besuch von Angehörigen erhalten und selbst auch nur selten die Einrichtung verlassen können. Insbesondere diese Bewohner*innen profitieren von den zusätzlichen Angeboten im sozialen Leben. In den Einrichtungen habe sich dazu eine spürbare Ruhe eingestellt, die dann aber bald nach der Aufhebung der Beschränkungen nicht mehr da war.

„Wir waren nur am Funktionieren“

Eine andere Facette von Zeit wird in diesem Zitat sichtbar: Die Mitarbeiter*innen und auch die Führungspersonen berichten davon, dass mit dem Beginn der Pandemie im März 2020 eine enorme Mehrbelastung zu verzeichnen war. Eine Vielzahl von Neuregelungen musste verstanden, für die Einrichtung aufgearbeitet und umgesetzt werden. Die Neuerungen kamen in den ersten Wochen und Monaten nahezu täglich – und die Umsetzungen halten teilweise bis heute an. Aufgrund der sehr ernsten Lage gab es auch nicht die Möglichkeit, das Umsetzen neuer Anordnungen auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Und diese Neuerungen wirken oftmals tief in die Arbeitsorganisation der Einrichtung; sie stellen Ansprüche an einen Reorganisationsprozess, der zu anderen Zeiten mit mehr Vorlauf und auch mehr Ressourcen realisiert worden wäre. Unter die Reorganisationsthemen fallen beispielsweise diese Prozesse: Trennung der Wohnbereich- und Arbeitsteams, Anwendung der Quarantänebestimmungen bei Infizierten oder vorliegenden Verdachtsmomenten, Anwendung neuer Hygienepläne, Anwendung neuer Besuchsregeln, Durchführung von Einzel- und Gruppenangeboten usw. Der Satz „Wir waren nur noch am Funktionieren“ zeigt aber auch, dass kaum Zeit für Reflexion und Einordnung war. Dies erklärt vielleicht auch die Müdigkeit, von der viele Teilnehmende ab Juni 2020 und in den Sommermonaten berichteten. Einige Teilnehmende erzählten, dass der Urlaub kaum gereicht habe, um die enormen Belastungen vom Frühjahr zu kompensieren. Der empfundene Dauerstress mündet für viele Teilnehmende in die zweite Pandemiewelle im Herbst, während der ebenfalls sehr intensiv gearbeitet werden muss und die Bedrohungslage höher ist.

Die Zeit ab Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 und der damit einhergehenden Einschränkungen und starken Veränderungen im Pflegealltag und im Alltag der gesamten Gesellschaft haben deutliche Spuren bei den Pflegekräften und den Führungspersonen hinterlassen. Insbesondere die ersten zwei Monate waren von großen Unsicherheiten bis hin zu konkreten und diffusen Ängsten geprägt.

„Zu Beginn war die Situation psychisch wahnsinnig belastend.“

Insbesondere mit folgenden Themen befassten sich nahezu alle Befragten: Angst um das Leben und Sterben der Bewohner*innen, der Angehörigen und Mitarbeiter*innen, Angst davor, selbst die Infektion in die Einrichtung oder in die Wohnung der Klient*innen zu tragen, Angst, plötzlich selbst in Quarantäne zu kommen und das Team nicht mehr unterstützen zu können, Angst, den privaten Alltag – insbesondere die Kinderbetreuung – nicht mehr bewältigen zu können, den erhöhten Arbeitsanforderungen nicht (mehr) gerecht zu werden, die soziale Isolation nicht auffangen zu können. Nach einer als kurz erlebten „Verschnaufpause“ in den Monaten Juni, Juli und August 2020 aktualisierten sich im ausgehenden Sommer und Herbst 2020 diese Sorgen, Ängste und Unsicherheiten, da neben dem stetig zunehmenden Infektionsgeschehen von Covid-19 auch die alljährliche Grippewelle und die Zunahme von Norovirus-Infektionen befürchtet wurden. Dabei potenzierte sich die Unsicherheit, da eine Verschärfung bei befürchteter Gleichzeitigkeit im Auftreten der Infektionen vermutet wurde. Allerdings betonten die Mitarbeiter*innen, dass sie auf die „üblichen Infektionen“ durch die bereits bewährten Hygienekonzepte bereits gut vorbereitet seien.

Trotz der Belastungen zu Beginn der Pandemie wurde durch die Interviews klar, dass alle Mitarbeiter*innen höchst motiviert in diese Zeit gegangen sind, jede Vorgabe aufnahmen und Maßnahmen zum Schutz der Pflegebedürftigen umsetzten. Die erhöhten Schutzmaßnahmen und auch die Einschränkungen für Bewohner*innen, Angehörige und externe Dienstleister veränderten den Arbeitsalltag. Trotz der vielen Unsicherheiten und neuen Aufgaben wird aus vielen Einrichtungen berichtet, dass es sehr viel weniger Krankmeldungen aus dem Bereich der Mitarbeiter*innen gegeben hat. Dies zeigt, dass alle Akteure der Pflege nicht nur in den Einrichtungen sämtliche Schutzmaßnahmen umgesetzt, sondern auch private Einschränkungen vorgenommen haben. Mitarbeiter*innen haben wochen- und monatelang ihre sozialen, privaten Kontakte stark eingeschränkt, um in der Krisensituation den Pflegebedürftigen und auch ihrer Einrichtung selbst uneingeschränkt helfen zu können. Wertschätzung wurde oft darüber erfahren, dass keine Corona-Infektionen verzeichnet wurden und somit offensichtlich gute Arbeit geleistet wurde. Zudem wurde – trotz aller Mehrarbeit, Besorgnis und privater Einschränkung – von einer guten Stimmung in den Einrichtungen berichtet. Ein erhöhtes

Team-Gefühl und ein starkes Miteinander sind durchweg positive Folgen für Belegschaft und Leitungsebene.

„Alles dauert länger“

Auf der Ebene der Mitarbeiter*innen stellen die Veränderungen in der Organisation eine Arbeitsverdichtung dar; der Arbeitsalltag verändert sich teilweise stark. Zum einen kommen Aufgaben durch das Hygienemanagement hinzu (Trennung der Arbeitsteams und der damit verbundenen Reorganisation, Trennung der Bewohner*innen, Aufgeben der Gemeinschaftsräume und Rückzug in die Bewohner*innen-Zimmer, später auch das Management der Besucher*innen), zum anderen dauern gewohnte Abläufe zeitlich sehr viel länger (z. B. aufgrund der Benutzung von Schutzausrüstung oder Trennung der Bewohner*innenschaft).

„Uns geht so langsam die Luft aus“

Mitarbeiter*innen (und die Führungspersonen) berichten in allen Interviews von starken Belastungen und zugleich „starken Leistungen“ aller. Einige Befragte berichteten, dass sie einen Motivations- und Kraftschub bei den Mitarbeiter*innen aller Gruppen und Ebenen gesehen hätten. Die Herausforderungen insbesondere im Frühjahr 2020 seien so hoch gewesen, dass viele Mitarbeiter*innen regelrecht „gewachsen seien“. Einige Befragte berichteten, dass sie trotz der Belastungen und Sorgen mit einer stärkeren Arbeitsmotivation und Freude gearbeitet und die Herausforderungen auch als spannend und stärkend erlebt haben. Die Teams seien mitunter aktiver, selbstverantwortlicher, verantwortungsbewusster und kreativer als zuvor an die Veränderungen herangegangen. Aufbruchwille und neue Gestaltungsmöglichkeiten prägten einige Teams in ihrer Arbeit, die sie als nicht mehr routiniert und somit in ihren Abläufen unverrückbar festgelegt erlebt haben. Auch berichteten einige Mitarbeiter*innen, dass die Teams enger und selbstverständlicher zusammenarbeiteten. Einige Befragte berichteten in diesem Zusammenhang davon, dass mitunter wenige oder gar keine Krankheitstage bei den Kolleg*innen zu verzeichnen waren; die Interviewten brachten dieses Phänomen mit dem wachsenden Teamgefühl in Verbindung. Diese Teameffekte waren auch für die Befragten eine teilweise überraschende Erkenntnis, auch vor dem Hintergrund, dass oft weniger Teamsitzungen stattfanden.

Insgesamt berichteten die Mitarbeiter*innen aller Ebenen, dass sie in den ersten zwei Monaten der Pandemie im Frühjahr 2020 unter einer sehr hohen Arbeitsbelastung gelitten haben. Aufgrund der Außerordentlichkeit der Situation war allen Beteiligten klar, dass sie „durch diese Monate durchkommen müssen“; völlig unklar war, wann das Geschehen sich positiv wenden würde. Als dann im Juni 2020 die Inzidenzwerte stark rückläufig waren, konnten die

ersten Mitarbeiter*innen langsam in einen etwas normaleren Arbeitsmodus – auch bezogen auf die Arbeitszeiten – zurückkehren. Einige Interviewte berichteten, dass sie erst dann die enormen Auswirkungen der Dauerbelastung der ersten Monate wahrgenommen haben. Für diese Befragten waren die Sommermonate 2020 auch deshalb so wichtig, da hier für die meisten endlich ein Reduzieren des Arbeitsdrucks und auch Erholung durch freie Tage möglich wurde. Allerdings berichteten in diesem Zusammenhang viele Interviewte, dass die Urlaubstage – selbst wenn sie für einen üblichen Urlaub lang genug erschienen – nicht zu der gewünschten körperlichen Erholung und psychischen Entspannung geführt haben. Viele Mitarbeiter*innen berichten, dass das kurze Durchatmen kaum ausgereicht hat, Erlebnisse und Erschöpfung zu verarbeiten. Hinzu kam, dass trotz der Urlaubs- und Erholungszeiten viele Interviewte vorsichtshalber Reisen oder auch Besuche bei der Familie mieden. Führungskräfte berichteten, dass sie ihre Mitarbeiter*innen dazu auch teilweise aufgerufen haben; andere Mitarbeiter*innen haben von sich aus entschieden, ihre Mobilität und Kontakte sehr einzuschränken. Die Sorge um die Bewohner*innen und die verlässliche Rückkehr zur Arbeit und in die Arbeitsteams stand für viele Befragte hier im Vordergrund.

Im November und Dezember 2020, also mitten in der zweiten Welle der Corona-Pandemie, haben viele der Interviewten noch immer große Angst, sich selbst zu infizieren und infolgedessen die Bewohner*innen anzustecken. Vor diesem Hintergrund berichten sie, dass sie die Schutzmaßnahmen penibel einhalten und soziale und private Kontakt weiterhin sehr stark eingrenzen. Die Belastungen scheinen zudem mit jedem Tag zu steigen; dabei zeigt sich eine sehr starke Verbundenheit mit den Bewohner*innen. Oftmals entsteht der Eindruck, dass der Eigenschutz der Mitarbeiter*innen als geringer erachtet wird als der Schutz der Bewohner*innen. In einigen Einrichtungen ist es zu massiven Ausbrüchen der Covid-19-Infektion gekommen, so dass der Betreuungsbedarf stetig wächst. In mehr und mehr Einrichtungen sind Infektionen mit sehr schweren Verläufen bis hin zu Todesfällen bei den Bewohner*innen – sehr vereinzelt auch bei Mitarbeiter*innen – zu beklagen. Unter diesem Eindruck steigt auch die emotionale Belastung nach der lediglich kurzen „Verschnaufpause“ im Sommer wieder enorm an.

„Die Zahlen steigen wieder, ohne dass wir uns richtig erholen konnten“

Deutlich wird in den Interviews ab Oktober 2020, dass sich die Mitarbeiter*innen zunehmend besser vorbereitet fühlen und gestärkter in die jetzige Zeit hineingehen, auch wenn sie beklagen, dass es immer wieder an Erholung mangle. Ausgearbeitete Handreichungen zur Hygiene oder Maßnahmen bei Verdachtsfällen geben den Mitarbeiter*innen Sicherheit und ein Gefühl des Vorbereitet-Seins. Zugleich betonen viele der Befragten, dass alle Mitarbeiter*innen „am

Anschlag arbeiten“. In einigen Einrichtungen gab es nur wenig oder gar keine Zeit, die ersten Monate der Pandemie organisatorisch und psychisch aufzuarbeiten. Die Teilnehmer*innen berichten zwar, dass es auch in dieser Zeit immer eine „gute Stimmung“ und einem starken Zusammenhalt im Team gegeben habe, dennoch fehlen die sozialen Kontakte untereinander sehr. Eine Vereinzelung im Arbeitsalltag ist jetzt typisch, Teams sehen sich seit Monaten nicht mehr „live“, die sozialen Kontakte unter den Kolleg*innen werden oft bis auf das Mindeste reduziert. Neben der eigenständigen privaten Einschränkung werden die Mitarbeiter*innen auch in ihrem Arbeitsalltag stark sozial isoliert. Psychische Folgen sind unumgänglich, da auch Geschehnisse des Arbeitsalltags nicht mehr ausreichend besprochen oder diskutiert werden. Die Befragten wünschen sich, dass ein Austausch in einer Extremsituation wie dieser Pandemie erhalten bleiben müsse, um Geschehnisse zu verarbeiten. Auch die starke Zunahme an krankheitsbedingten Ausfällen im angehenden Winter 2020 führen die leitenden Mitarbeiter*innen unter anderem darauf zurück. Denn die größte Problematik, die es aktuell laut den Befragten gibt, ist die Tatsache, dass immer mehr Personalausfälle zu verzeichnen sind. Diese entstehen häufig durch Verdachtsmomente und damit verbundene Quarantänemaßnahmen, aber durchweg auch durch die Zunahme anderer Erkrankungen. Dabei ist im aktuellen Geschehen der zweiten Welle neben der Infektionsgefahr und den Folgen von Ansteckungen der Druck, nicht „ausfallen zu können und wollen“, die größte Belastung für die Mitarbeiter*innen. Auch auf die personellen Hilfen durch die kurzzeitige Einstellung der Tagespflege kann in der derzeitigen Welle (noch) nicht zurückgegriffen werden. Im Dezember 2020 mussten somit auch Interviews abgesagt werden, da sich einige Interessenten aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage fühlten, ein Interview für die Studie zu führen. Wir haben den Eindruck, dass in allen Einrichtungen der Langzeitpflege der Dezember 2020 mit seinen ständig steigenden Inzidenzzahlen bislang die höchste psychische und physische Belastung bereithielt.

Zeitraum Februar 2021 – Mai 2021

Mit dem Abklingen der zweiten Infektionswelle der Corona-Pandemie können erneut neue und unterschiedliche Strömungen an Stimmung, Gefühlen und Herausforderungen erkannt werden. Für die Mitarbeiter*innen entstehen vermehrt Situationen, in denen sie abwägen müssen zwischen „nicht genügend Zeit für den/die einzelne Bewohner*in/Kund*in durch einen enormen Zeit- und Arbeitsdruck zu haben“ und dem Gefühl, dass Bewohner*innen und Kund*innen „ein erhöhtes Bedürfnis nach persönlicher Begegnung, Zuwendung und sozialer Interaktion“ haben. Pflegende berichten seit dem Frühjahr 2021, dass insgesamt der Zeit- und Arbeitsdruck erneut zunimmt und erklären sich dies auch durch den Umstand, dass im Laufe der Pandemie viele neue Aufgaben hinzugekommen sind: Hygienemaßnahmen, Testungen,

Umorganisation/Isolierung einzelner Bereiche/Räume und ein erhöhtes Dokumentationsaufkommen. Dabei sei es aber zugleich nicht zu einer Arbeitsentlastung gekommen, so dass die Arbeitszeit als dicht und überladen bewertet wird. Pflegende äußern, dass schon vor der Pandemie eine angespannte Arbeitssituation herrschte, die durch die zuvor beschriebenen Umstände nicht zu einer Verbesserung und/oder Entlastung beigetragen haben. Im Gegenteil: Vor diesem Hintergrund äußern sie auch die Sorge, dass immer weniger Zeit für Gespräche und Austausch untereinander, aber auch mit den Bewohner*innen und Angehörigen vorhanden sei. Diese „Distanz“ sei vor dem Hintergrund der Ereignisse rund um die Pandemie nur schwer zu ertragen und „tut den Mitarbeitern auch einfach weh“. Damit ginge ein sehr wichtiger Teil der Pflege verloren. Die Mitarbeitenden fordern im Frühjahr 2021 weitere Lockerungen insbesondere hinsichtlich der Kontaktbeschränkungen und wünschen sich eine stärkere Zunahme der sozialen Aktivitäten in der Einrichtung. Die persönliche Begegnung müsse wieder möglich werden.

Die befragten Mitarbeiter*innen haben insgesamt hervorgehoben, dass es aktuell kaum Erholungs- und Pausenzeiten gebe, die aber angesichts der sehr belastenden Monate dringend benötigt würden. Auch wird von den Befragten immer mehr hervorgehoben, dass der private Ausgleich wie Sport und Bewegung, soziale Kontakte oder auch der unbeschwerte Austausch mit Kolleg*innen fehle. Der Arbeitsalltag und die noch immer vorhandenen Herausforderungen werden als sehr anstrengend bewertet. Es mache sich „eine Müdigkeit breit“ und führe die Pflegenden an ihre Belastungsgrenzen.

„Wir brauchen dringend wieder einen Alltag, der einer Normalität gleicht.“

Der Alltag in den Pflegeeinrichtungen hat sich in vielen Teilen noch immer nicht normalisiert. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass die Vielzahl an zusätzlichen Maßnahmen und Regelungen einen enormen Raum im Pflegealltag einnimmt. Das bedeutet aus Sicht der Befragten konkret: Andere Aufgaben, die eigentlich Bestandteil der Pflege sind, müssen vernachlässigt werden, um die aktuell vorgeschriebenen zusätzlichen Maßnahmen umzusetzen. So entsteht nicht nur ein enormer Zeitdruck für die pflegenden Mitarbeiter*innen, sondern ein wichtiger Teil ihrer „eigentlichen Arbeit“ wird seit mehr als einem Jahr in vielen Bereichen nur eingeschränkt oder gar nicht ausgeführt. Dies führt auch zu einer steigenden Unzufriedenheit bei den Mitarbeiter*innen, da wichtige Teile ihrer gelernten Arbeit verloren gehen. Insbesondere fehle die Zeit für die Beziehungsarbeit in der Pflege mit Bewohner*innen und ihren Angehörigen, und dies wirkt sich nicht nur auf die Betroffenen aus, sondern auch auf die Pflegenden, denen die daraus entstehende „positive Energie“ fehle. Dieser Aspekt werde – aus Sicht der

Befragten – oft unterschätzt oder gar übersehen. Die aktuelle „Regulierungsflut“ und die Verpflichtung zu Umsetzung von zusätzlichen Maßnahmen nehmen den Mitarbeiter*innen vermehrt die Energie, um die stark gestiegenen Herausforderungen zu meistern und zugleich die eigentliche Pflegearbeit, die ihnen Kraft im Alltag verleiht, wahrzunehmen.

Die Befragten berichten im Frühjahr 2021, dass es im Team der Mitarbeitenden angesichts der stetig ansteigenden Impfquoten auch zu wahrnehmbarer Erleichterung kommt: Befragte berichten von einem spürbaren Gefühl der Erleichterung und einem dadurch nachlassenden Druck- und Anspannungsmodus. Ein in den ersten Interviews im September 2020 für die Pflegeeinrichtungen erklärtes wichtiges Ziel hinsichtlich der Verfügbarkeit von Impfstoffen sei erreicht, und darüber freuen sich die Mitarbeitenden. Auch betonen viele Befragte, dass die Gemeinschaft innerhalb des Mitarbeiter*innen-Teams noch immer sehr stark sei. Der Zusammenhalt und das Zusammenwachsen durch die Pandemie seien auch nach einem Jahr nicht abgeklungen. Die hohe Relevanz ihrer Arbeit ist den Pflegekräften dabei stets bewusst – dabei unterstütze sie das Team und die gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung.

„Anerkennung und Wahrnehmung wird im Verlauf der Pandemie immer wichtiger!“

Diese Aussage eines*einer Interviewten zeigt, wie wichtig auch die gesellschaftliche Wahrnehmung und eine stärkende Rückmeldung an die pflegenden Mitarbeiter*innen ist. Leider muss die Mehrzahl der befragten Akteur*innen diese Rückmeldungen vermissen. Dennoch wird deutlich, dass es eine gewisse Aufmerksamkeit für die Außerordentlichkeit der Pflegeberufe während der Pandemie gab und gibt, diese aber nicht nur rasch wieder abnahm, sondern auch insgesamt als viel zu gering bewertet wird. Mitarbeiter*innen plädieren daher für einen anhaltenden gesellschaftlichen und politischen Diskurs und starke Veränderungen in Bereichen wie Personalbesetzung, Arbeitszeiten bzw. Arbeitsorganisation in der Pflege. Alle Akteure in den Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten weisen darauf hin, dass gesellschaftliche Anerkennung und Diskussion von Forderungen dringend notwendig sind, um den Pflegeberuf voranzubringen, attraktiv zu gestalten und die „Fröhlichkeit in die Einrichtungen“ zurückkehren zu lassen. Denn auch das sei eine „Nebenwirkung“ der Pandemie, die von vielen Befragten angemerkt wird: Die „Fröhlichkeit“, die „Wärme“ und die „gute Stimmung“ in den Häusern und ambulanten Pflegediensten habe stark abgenommen. Dies sei für alle – die Bewohner*innen, die Kund*innen, die Angehörigen und die Mitarbeiter*innenschaft – traurig und führe insgesamt zu einer erheblichen Reduzierung der Energie und Lebens- bzw. Arbeitsfreude.

4.1.5 Kennzeichen der Arbeits- und Lebenssituation der Führungspersonen

Die Arbeits- und Lebenssituation der Mitarbeiter*innen auf Leitungsebene können wir mit dieser Studie ebenfalls sehr gut nachzeichnen. Sie hat sich während der Monate der Pandemie auch immer wieder stark verändert. Insgesamt fühlen sich die Leitungspersonen auf physischer und psychischer Ebene stark belastet – aber gleichzeitig auch sehr selbstwirksam und leistungsfähig. Bewusst sprechen wir auch hier von „Arbeits- und Lebenssituation“, denn die Arbeitssituation der Leitungspersonen hat sich insbesondere in den Monaten der Pandemie tief in die Lebensweisen und Lebensgeschichten eingeprägt. Die Trennung von Privatem und Beruflichem ist für die meisten nicht oder nur wenig zu leisten – vor der Pandemie war das möglicherweise leichter.

Erste und zweite Corona-Welle (März 2020 – Januar 2021)

Die befragten Führungspersonen berichteten von einer sehr intensiven Arbeits- und Lebenszeit. Von Beginn an war sowohl ihr Managementhandeln als auch das Handeln in allen Arbeitsbereichen gefordert. Das kurze Zitat „Alles steht schief“ stammt aus einem Interview mit einer hoch engagierten Führungsperson, die feststellt, dass es ihr kaum gelungen ist, die Einrichtung zurück in eine gewisse Arbeitsnormalität zu führen. Beinahe alle arbeitsorganisatorischen Prozesse mussten vor dem Hintergrund der verordneten Hygienemaßnahmen überdacht und neu entwickelt bzw. angepasst werden. Die dafür erforderlichen Restrukturierungen stellten sie vor enorme Herausforderungen – auch vor dem Hintergrund, dass die Führungsteams ebenfalls nicht in gewohnter Team-Struktur arbeiten konnten. Die befragten Führungspersonen berichteten von enormen bürokratischen Aufwendungen, die erforderlich waren, um die neuen Pandemiepläne anzupassen oder überhaupt neu zu entwickeln und dabei auch noch konsequente Personalführungsarbeit zu leisten; denn gerade in den ersten Wochen bestand eine enorme Unsicherheit in allen Teams bei der Umsetzung der erforderlichen Schutz- und Hygienemaßnahmen. Eine befragte Führungskraft beschrieb eindrucksvoll, dass sie und ihre gesamten Arbeitsteams in den Wohnbereichen – und auch auf Leitungsebene – zunächst annahmen, dass beinahe jeder, der an Covid-19 erkrankt, auch an den Folgen sterben würde. Unter diesem enormen psychischen Druck mussten zuvor hilfreiche Arbeitsroutinen stark verändert werden, und auch trotz dieser Veränderungen sei nicht sicher, dass die Bewohner*innen zu schützen sind. In beinahe fast allen Interviews berichteten die Führungspersonen von einer sehr großen Verantwortung, die sie gegenüber den Bewohner*innen, den Angehörigen und den Mitarbeiter*innen haben. Dieser Verantwortung täglich und sicher gerecht zu werden, erklärten viele Befragte als Ziel. Auch seien ihre Arbeitsbedingungen starken Veränderungen unterworfen: Viele berichteten, dass sie „schweren Herzens“ in das Home-Office ge-

gangen seien, die faktische räumliche Distanz musste überbrückt und in eine fühlbare Führungsnähe verwandelt werden. Dabei setzten die befragten Führungspersonen auf alle Medien: Telefon, Videochats, Kurznachrichtendienste. Viele Führungspersonen schildern, dass Leitungsteam und Mitarbeiter*innen-Teams „hervorragend mitgezogen“ haben und sich rasch auf neue Strukturen und Prozesse eingestellt haben. Einige Befragte erläutern, dass zuvor schon geplante Veränderungen nun unter dem Druck der Pandemie leichter umzusetzen waren. Sie berichteten von einem enormen Zusammenhalt der Mitarbeiter*innen untereinander und auch mit den Bewohner*innen und Angehörigen. Viele hätten sich in ihren Rollen und Arbeitsschwerpunkten „neu entdeckt und kennengelernt“. Das Gesamtphänomen habe sich auch in den sehr niedrigen Ausfallzeiten der Mitarbeiter*innen gezeigt. Dieser sehr gute Zusammenhalt sei insgesamt bis zum Sommer und dem Ende der ersten Pandemiewelle deutlich zu spüren gewesen: Gegenseitige Akzeptanz, Hilfsbereitschaft, Verständnis für ungewohnte Maßnahmen, Improvisation und Solidarität hätten die verschiedenen Gruppen zusammengeführt und auf diese Weise manche vormals wahrgenommenen Konflikte als unwichtig erachten lassen.

Die Führungspersonen berichteten, dass sie nach den ersten – teilweise „chaotisch“ verlaufenen – Wochen die Einrichtung in eine neue Normalität führen müssen. Dabei sei bis heute unklar, ob die neuen Regelungen und Prozesse auf Dauer oder nur für die Zeit der Pandemie etabliert werden. Allen Befragten war dabei klar, dass nicht nur eine zweite Infektionswelle im Herbst kommen würde, sondern dass auch die tatsächliche Bewältigung der Pandemie – etwa durch flächendeckendes Impfen – noch länger andauern wird. Viele Befragte äußerten die Vermutung, dass vor Sommer 2021 die teilweise improvisierten und provisorisch veranlassten neuen Arbeitsstrukturen bleiben werden. Ob sie dann aber zur alten Arbeitsorganisation zurückkehren könnten, zweifelten viele Befragte an. Im Folgenden werden einige Aspekte noch genauer beleuchtet, dabei darf auch vorab aus Sicht der Führungspersonen hervorgehoben werden, dass das Thema Personalmangel viele Interviews überstrahlte. Der Mangel insbesondere an gut ausgebildetem Pflegepersonal sei schon vor der Pandemie beträchtlich gewesen; um die Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Pandemie entstanden, abzusichern, würde mehr Personal benötigt. Dieser Mangel sei für sie nicht zu beheben; auch haben oftmals die Aktivitäten rund um die Gewinnung von Personal hinter anderen Aktivitäten zurückbleiben müssen.

Umgang mit der neuen Arbeitsdichte

Mit Beginn der Pandemie im März 2020 nahm die Arbeitsdichte und Arbeitsfülle aus dem Erleben der befragten Führungspersonen auf allen Ebenen drastisch zu. Die bereits vor der Pandemie gefühlte Arbeitsüberlastung steigerte sich von einem auf den anderen Tag. Dies traf alle Mitarbeitererebenen – wenn auch auf unterschiedliche Weise.

„Keiner blickte mehr durch.“

Die umfangreichen Vorgaben von unterschiedlichen Seiten (RKI, BG, Ministerien auf Bundes- und Länderebene, Trägerebene, Task Force des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration) mussten von den Führungspersonen beinahe täglich „studiert“, „übersetzt“ und umgesetzt werden. Führungspersonen berichteten darüber, dass sie kaum in der Lage waren, tages- oder wochenaktuell die neuen Informationen zu sichten, zu verarbeiten und für die jeweilige Einrichtung umzusetzen. Bereits in den ersten Wochen stellte sich bei einigen das Gefühl ein, dass sie nicht in der Lage sind, durchgängig alle Informationen zu überblicken und die wahrgenommenen Unstimmigkeiten in den Vorgaben so abzustimmen, dass sich krisensicheres Handeln abzeichnet. Das Umgehen mit dieser oftmals als „diffus“ erlebten Krisensituation gestaltete sich unterschiedlich: Einige reduzierten selbst die Informationsflut und konzentrierten sich auf wenige und für sie wichtige Informationsgeber (z. B. RKI), andere suchten proaktiv Hilfe, z. B. bei den Trägeransprechpartner*innen, Gesundheitsämtern oder auch Hausärzt*innen. Fast alle Führungspersonen haben sogenannte eigene Krisenstäbe eingerichtet und – wenn möglich – Mitarbeiter*innen bestimmt, die sich hauptsächlich um die Vorgaben, Pandemiepläne, Hygienepläne, Beschaffung und Bevorratung von Schutzausrüstung und anderem befassen. Diese Maßnahme bewirkte, dass sich nicht alle Führungspersonen mit den neuen Aufgaben befassen mussten. Denn für die plötzliche Schließung der stationären Langzeiteinrichtungen, das Veranlassen einer Ausgangssperre für Bewohner*innen und den Wegfall von Ehrenamtlichen und Dienstleistern – wie beispielsweise Friseur*innen, Physiotherapeut*innen usw. – wurden ebenfalls Führungs- und Umsetzungsstrategien erforderlich, die tief in die Arbeitsorganisation der Mitarbeiter*innen eingriffen.

„Organisation im dauerhaften Krisenmodus“

Führungskräfte aller Ebenen haben aus ihrem eigenen Erleben rasch gelernt, den Krisenmodus zu einem „Krisen-Normal-Modus“ zu wandeln. Dieser von einem Teilnehmenden gewählte Begriff macht deutlich, dass die Führungspersonen rasch realisierten, dass diese Krise andauert und sich weiter verändert und trotzdem eine gewisse Normalität und Routine eintreten wird. Dies wird auch belegt durch die Aktivitäten rund um die Qualitätsprüfungen, die zunächst im September 2020 wieder aufgenommen werden sollten. Da ein neues Verfahren der

Qualitätsprüfung, das noch keinen Durchlauf in den Einrichtungen hatte, ab September angekündigt war, haben die Einrichtungen bereits ab Juni/Juli 2020 wieder Führungspersonen zur Vorbereitung der Prüfungen benannt und für diese Arbeit mit Zeitkontingenten versehen. Allerdings darf auch hervorgehoben werden, dass die befragten Führungspersonen sehr erleichtert waren, dass die angekündigten Qualitätsprüfungen dann erstmal ausgesetzt wurden.

In den Interviews wird deutlich, dass die Führungspersonen in den Einrichtungen „nichts dem Zufall überlassen wollen“. Sie berichteten, dass sie versuchen, Arbeitsabläufe zeitlich und inhaltlich – falls erforderlich – neu zu strukturieren. Hintergründe dieser teilweise weitreichenden Reorganisationen sind im Wesentlichen einrichtungsinterne Konzepte zu Hygiene- und/oder Qualitätsstandards, gesetzlichen Vorgaben und die neuhinzukommenden Aufgaben, die sich daraus ergeben. So mussten viele organisatorischen Abläufe und Konzepte angepasst und verändert werden, z. B. die Reduzierung von Kontakten untereinander, fest eingeteilte Schichtteams, abgetrennte Wohnbereiche, Einrichten von Besucherräumen usw. Veränderungen betreffen dabei nicht nur die Mitarbeiter*innen, sondern auch die Bewohner*innen. Ersichtlich wird dabei auch, wie viele Arbeitsbereiche bspw. in einem Mehrgenerationenhaus oder einem Verbund von Pflegeeinrichtung, Tagespflege und Kindertagesstätte organisatorisch verknüpft sind. Interne Wäschereien und Küchen müssen zusätzlich umstrukturiert werden, vor allem in der Zusammenarbeit und dem Kontakt mit mehreren Wohnbereichen. So konnten zuvor einfache Tätigkeiten wie das Holen und Bringen der Wäsche der Bewohner*innen nicht mehr von Hauswirtschaftsmitarbeiter*innen geleistet werden, sondern mussten von den Pflegekräften, die sich in den Wohngemeinschaften aufhalten, übernommen werden.

Die befragten Führungspersonen berichteten über den plötzlichen und langandauernden Ausfall von externen Dienstleistern wie Friseur*innen und Fußpfleger*innen, aber auch Physio- und Ergotherapeut*innen oder Hausärzt*innen. Einige der damit verbundenen pflegerischen Aufgaben mussten wiederum so weit wie möglich von den Pflegekräften übernommen werden. Konzepte oder Handreichungen für einen solchen Ausfall der Dienstleister wurden einrichtungsspezifisch erstellt.

Insgesamt prognostizierten viele Führungspersonen im Sommer 2020, dass sie auf die „zweite Welle im Herbst“ organisatorisch sehr viel besser vorbereitet seien und deshalb insgesamt mit einer Abnahme der Belastungen für die Mitarbeiter*innen rechnen. Dies hat sich jedoch nur in Teilen bewahrheitet, denn mit der zweiten Infektionswelle kamen ab Herbst 2020 sehr viel

mehr Covid-19-Infektionen und Einträge in die Einrichtungen, als dies in der ersten Infektionswelle der Fall war. Damit erhöhte sich auch der durch Infektionsmaßnahmen verursachte Arbeitsaufwand und die Arbeitsdichte. Auch Personalmangel und erneute Krankheitswellen, hervorgerufen durch Influenza oder die Erkältungszeit, sorgten für zusätzliche Belastungen. Zwar greifen die organisatorischen und konzeptuellen Veränderungen, doch sind oftmals die Arbeitsausfälle der Mitarbeiter*innen höher und die Belastungsgrenzen rascher erreicht.

Digitalisierung und Organisation von Arbeit

Viele befragte Führungspersonen gaben an, dass das Thema „Digitalisierung“ vor der Pandemie nicht zielstrebig genug angegangen worden sei. Die dafür erforderlichen Gelder für die Ausstattung, die Schulung und die damit verbundenen Arbeitsstunden seien vor der Pandemie nicht investiert worden. Nur einige wenige Führungspersonen berichteten, dass sie auf bereits gut etablierte digitale Strukturen aufbauen konnten. In der ambulanten Pflege habe man beispielsweise die gegenseitige Isolation der Mitarbeiter*innen der Touren oft nicht durch digitale Besprechungsmedien absichern können. In den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sind insbesondere die Wohnbereiche nicht in die Digitalisierungsstrategie eingebunden worden, sondern eher die Verwaltungen. Selbst die Führungsteams konnten teilweise nicht auf digitale Kommunikation vertrauen. Insgesamt berichteten einige Führungspersonen, dass sie „digital abgeschnitten“ seien; so gäbe es beispielsweise kein WLAN, wenige Computer und oftmals veraltete Hardware, die überwiegend nicht den neuen kommunikativen Herausforderungen entsprechen (z. B. integrierte Kameras und Audiotools). Dies habe nicht nur für Mitarbeiter*innen und die Organisation der Arbeitsprozesse, sondern auch für die Bewohner*innen und deren Angehörige klare Nachteile zur Folge: Videotelefonate mit Angehörigen sind ohne einen Zugang zum Internet nur schwer zu realisieren. Auch hier waren Bewohner*innen und Angehörige auf kreative Ideen der Einrichtungen angewiesen. So boten viele Pflegekräfte ihre privaten Smartphones an, um den Bewohner*innen den Kontakt zu Angehörigen via Videotelefonie zu ermöglichen.

Die Bedeutung der digitalen Zugänglichkeit stieg mit der Pandemie gesamtgesellschaftlich enorm. Dabei kann aus Sicht der Führungspersonen anhand technischer Neuerungen zum einen eine erleichterte Kommunikation zwischen Bewohner*innen und Angehörigen aufgebaut werden, zum anderen können auch interne organisatorische Abläufe effizienter und schneller den Arbeitsalltag erleichtern. Einige Einrichtungen mussten „digital umdenken“ und ermöglichten so unter anderem Home-Office für die Verwaltungsebene oder Konzepte der mobilen

Schichtübergabe. Einige Führungspersonen bemängelten offen, dass durch die nicht vorhandenen Möglichkeiten digitaler Angebote das Anrufaufkommen und die persönlichen Nachfragen von Angehörigen enorm gestiegen sind. Ohne eine digitale Unterstützung entstand auch deshalb ein stark erhöhter Mehraufwand für alle Mitarbeiter*innen. In der ersten Zeit der Pandemie und der Besuchs- bzw. Ausgangsbeschränkungen entschieden digitale Angebote auch über das Ausmaß der sozialen Teilhabe der Bewohner*innen. So konnten in einigen Einrichtungen Kontakte zur Familie und zu Freunden aufrecht gehalten werden. Zwar war diese rasche Umstellung auf eine digitale Kommunikation für viele herausfordernd, doch haben sich – aus Sicht der Führungspersonen – in vielen Einrichtungen Videoanrufe als ein fester Bestandteil des Alltags der Bewohner*innen mittlerweile etabliert. Allerdings hoben die Befragten auch hervor, dass es vor allem Bewohner*innen mit einer demenziellen Erkrankung kaum möglich war, digitale Kommunikation selbstständig aufzubauen. Auch hier haben sich nach Meinung der Führungspersonen die Pflegenden stark engagiert und die Bewohner*innen, wo es ihnen möglich war, unterstützt. Hier sei der persönliche Kontakt und die vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegeperson und Bewohner*innen eine zentrale Voraussetzung zur Nutzung der digitalen Kommunikationsmedien.

Einige Führungspersonen berichteten aber auch davon, dass in ihren Einrichtungen digitale Ideen und Konzepte bereits umgesetzt und in die Arbeitsabläufe intern und in Bezug auf externe Partner (z. B. Hausärzt*innen oder auch Angehörigen-Bewohner*innen-Kommunikation) bereits vor der Pandemie umgesetzt waren und dass sie glücklicherweise auf diese Strukturen während der Pandemie zurückgreifen konnten. Neben der Kommunikation der Bewohner*innen mit ihren Angehörigen, Familien und Freunden konnten auch andere Arbeitsprozesse in den Einrichtungen erleichtert und angepasst werden. So wurde oft von veränderten Arbeitsplatzstrukturen berichtet. Um durchgehend mindestens eine*n Mitarbeiter*in aus der Verwaltung zu schützen, konnte in vielen Einrichtungen, wenn irgend möglich, im Home-Office gearbeitet werden. Dies sicherte in erster Linie die durchgehende Besetzung von wichtigen Stellen und deren Funktionen. Auch in der ambulanten Pflege wurden digitale Möglichkeiten wie Apps eingeführt, um die Schichtübergaben zu erleichtern und so den Kontakt unter den Mitarbeiter*innen zu verringern. Im ambulanten Bereich „wird unsinnig viel Papier umhergefahren“, was durch die Pandemie und die initiierten digitalen Entwicklungen sehr abnahm. Diese Veränderungen werden als sehr positive Konsequenz der Umstellungen infolge der Corona-Pandemie eingeordnet.

Ein weiterer positiver Effekt, der oft aus der Not heraus eingeführt wurde, sind digitale „Arztbesuche“ in den Pflegeeinrichtungen. So konnte der*die Hausärzt*in einfache, regelmäßige

Untersuchungen digital anhand von Videotelefonaten durchführen. Diese „Notlösung“ habe dabei meist einen Zeitersparnis für die Ärzt*innen und zugleich ausreichend Schutz für die Bewohner*innen geboten. Für die Mitarbeiter*innen gab es dabei sowohl Vor- als auch Nachteile: Viele Teilnehmer*innen berichten, dass durch die digitale Sprechstunde Zeit gewonnen werden konnte, vor allem im Hinblick auf die Anmeldung und Ausstattung mit Schutzausrüstung der Ärztin bzw. des Arztes. Zugleich muss immer mindestens ein*e Mitarbeiter*in während des Videogesprächs unmittelbar bei der*dem Bewohner*in sein, die nur selten selbstständig mit den digitalen Angeboten umgehen können. Eine Fortführung der digitalen, kurzen Visiten durch die Hausärzt*innen wurde von Führungspersonen und Mitarbeiter*innen häufig positiv bewertet, allerdings nur in Einrichtungen, die bereits über hinreichende digitale Konzepte verfügen.

Zum Ende des Jahres 2020 berichten die Führungspersonen von einem wieder erhöhten Anstieg der Nachfragen von Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und Angehörigen zu möglichen Schließungen, Besuchsverböten und weiteren Maßnahmen sowie einer starken Arbeitsverdichtung. Die Entwicklungen verunsichern Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und Angehörige. Die Führungspersonen berichten, dass sie noch immer nach weiteren organisatorischen Lösungen suchen und auf die Impfungen hoffen, und sie raten – überwiegend vehement – von erneuten Schließungen der Einrichtungen oder dem Verhängen eines Besuchsverbotes ab. Zugleich betonen die Führungspersonen, dass die „bürokratischen Arbeiten“ – Organisation und Verwaltung – insgesamt noch immer sehr viel höher über dem Niveau vor der Pandemie liegen würden. So sei beispielsweise die Einführung der Schnelltests für die Führungsebene mit einem massiven Verwaltungsaufwand und mit der Suche nach Personal, das aus der unmittelbaren Bewohner*innen- bzw. Klient*innen-Versorgung abgezogen werden kann, verbunden. Dabei fällt die Beschaffung, die Abrechnung bzw. Finanzierung sowie die Organisation der Umsetzung gleichermaßen stark ins Gewicht. So sehr die Schnelltests allgemein begrüßt und gewünscht werden, so sehr weisen die befragten Führungspersonen darauf hin, dass sie das Personal dafür nicht haben und sich um die Versorgung der Bewohner*innen und Klient*innen sorgen, die insgesamt, sobald Ausbrüche von Covid-19 zu verzeichnen sind, sehr viel aufwändiger ist und die Personalengpässe weiter verschärfen.

Auch die steigenden Ausfälle des Personals insgesamt und die Besetzung während der anstehenden Feiertage zum Jahreswechsel müssen von den Leitungspersonen organisiert und aufgefangen werden. Dabei betonen die Führungspersonen, dass die Arbeitsabläufe einer Pflegeeinrichtung von vielen Akteuren und Bereichen gleichzeitig gestaltet werden und sie deshalb alle Akteure und eben nicht nur die Mitarbeiter*innen in der Pflege in den Blick nehmen

müssen. Hier mache sich der Wegfall der ehrenamtlichen Unterstützung besonders stark negativ bemerkbar.

Alle befragten Führungspersonen berichten im Zusammenhang mit der Personalsituation auch über ihre ständige Erreichbarkeit zu Beginn und während des weiteren Verlaufs der Pandemie. Bei vielen Befragten ist dieser Zustand seit Monaten tagesaktuell: „Wir sind täglich in Hab-Acht-Stellung“, so die Aussage eines Befragten, die den Alltag vieler Leistungskräfte, aber auch Mitarbeiter*innen, sehr klar zum Ausdruck bringt. Vor dem Hintergrund steigender Infektionszahlen und steigender Todesfallzahlen in Pflegeeinrichtungen wächst der Druck auf die Führungsebene enorm. Hinzu kommt erneut die Unabsehbarkeit der Situation; eine Zeit des Durchatmens ist für die Führungspersonen nicht in Sicht. Als das oberste Ziel gilt bei allen Befragten noch immer, „wir müssen das Virus aus dem Haus halten“. Einige Führungspersonen berichten von einer dramatischen Zuspitzung des Infektionsgeschehen und signalisieren eine gewisse Hoffnungslosigkeit, die Situation für die Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen noch zu meistern. Zumindest beim Thema Schutzausrüstung nehmen die Sorgen bezüglich der Beschaffung merkbar ab.

Zeitraum Februar 2021 – Mai 2021

„Neben den ständig hinzukommenden Belastungen brauchen wir auch Konzepte der Entlastung.“

Auch im beginnenden Jahr 2021 müssen Führungskräfte vermehrt verschiedene neue Aspekte und Anforderungen des Arbeitsalltags auffangen bzw. bewältigen. Aufgaben und Neuregulierungen müssen koordiniert und komplementiert werden. Für Mitarbeiter*innen der Führungsebene wird es nach eigener Bewertung im Fortgang der Pandemie immer schwerer, neue Anweisungen, Verordnungen und Veränderungen der Arbeitsprozesse zu kommunizieren und zugleich eine erhöhte Sensibilität für die Anliegen der Mitarbeiter*innen zu haben sowie Interessen auszugleichen. Darüber hinaus bemerken sie, dass ein Ende der Pandemie nur schwer abschätzbar sei und sie somit wenig Hoffnung auf Normalisierung haben. Dies ist besonders im Umgang mit Mitarbeiter*innen demotivierend. Der Wunsch nach Normalisierung wird nicht nur von den Führungspersonen geteilt, sondern sie müssen alle Akteure in diesem Wunsch einerseits bestätigen und andererseits auch die Hoffnungen darauf ein wenig dämpfen. „Durchhalten fordern und dazu zu motivieren“ wird so zu einer schwierigen Führungsaufgabe. Das Wissen um die „immer steigende Belastung und Sensibilität der Mitarbeiter*innen“ lässt die Leitungsebene in vielen Bereichen die Wichtigkeit und Notwendigkeit von Maßnahmen abwägen, um dadurch minimale Erleichterungen für alle Akteure zu erreichen.

„Arbeit muss aufgeholt werden“

Ab dem Frühjahr scheint es in Einrichtungen einige Arbeiten zu geben, die sozusagen „liegengeblieben sind“ und „aufgeholt werden müssen“: Aufnahme neuer Bewohner*innen bzw. Kund*innen, die in der zweiten Welle nicht aufgenommen werden konnten, längst fällige Arztbesuche, andere Dienstleistungen für die Bewohner*innen (Friseur, Logopädie, Physiotherapie). Die Führungspersonen haben mit diesen Aufgaben zwar nur mittelbar zu tun, jedoch wirken sich diese Anforderungen auf die personelle Situation aus. Hinzu kommt nach Angaben vieler befragter Führungspersonen, dass es zunehmend Personalausfälle aus Krankheitsgründen gibt. Während insbesondere in der ersten und auch in der beginnenden zweiten Infektionswelle die Ausfallzeiten bei den Mitarbeiter*innen eher niedrig waren, sei es zu vermehrten Personalausfällen zum Ende der zweiten und Beginn der dritten Infektionswelle gekommen.

Die befragten Führungspersonen berichten auch, dass sie in den letzten Monaten sehr häufig „eingesprungen“ sind und so ihre Führungsaufgaben teilweise nicht wahrgenommen wurden. „Es gibt ja auch noch andere Themen und Arbeiten, die nichts mit Corona zu tun haben“, gibt ein Befragter zum Ende eines Interviews klar zu verstehen. Um hier Erleichterungen zu ermöglichen, wünschen sich die befragten Leitungskräfte auch eindeutigeren Ansagen „von oben“. Klare Vorgaben, was wie umgesetzt werden muss, würde die Arbeitsdichte reduzieren. Müssen die Maßnahmen und Verordnungen erst noch selbst in ein Konzept umgesetzt oder eingearbeitet werden, ist dies auch immer mit zusätzlicher Mehrarbeit verbunden.

Ein weiteres Thema, das die befragten Leitungskräfte beschäftigt, ist die finanzielle Lage ihrer Einrichtung(en). Dabei wird oft von Mehraufwendungen während der Pandemie berichtet, auch hervorgerufen durch die wegen Personalmangel erfolgte Einstellung von Mitarbeiter*innen aus Zeitarbeitsfirmen. Zusätzlich geben die Befragten dabei an, dass ihre Einrichtung nicht voll ausgelastet war und zum Teil noch immer nicht ist. Das bedeutet konkret: höherer Personalaufwand und höhere Personalkosten bei gleichzeitig weniger Bewohner*innen. Damit geraten die Einrichtungen in eine gewissen finanzielle Schieflage. Vieles könne hier durch den Rettungsschirm aufgefangen werden; jedoch ist auch hier die Sorge bei den Leitungskräften groß, was passieren wird, wenn der Rettungsschirm im Sommer 2021 endet. Hier sind vor allem die enorm gestiegenen Preise der Schutzmaterialien das größte „Sorgenkind“ der Befragten. Diese Sorgen und auch finanziellen Ängste üben einen zusätzlichen enormen Druck auf die Leitungsebene aus.

Die befragten Führungspersonen berichten, dass neben ihren noch immer hohen Arbeitsbelastungen der Druck auf sie als Führungsperson weiter gestiegen sei. Dieser entsteht vor allem

durch die hohe Verantwortlichkeit gegenüber den Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und auch Angehörigen. Leitungskräfte fühlen sich dabei noch immer nicht beachtet und vermissen eine Unterstützung durch das Land und den Bund. Jede Entscheidung werde durch die Einrichtungsleitungen begründet und auch gut durchdacht. Dabei müssen die zum Teil sehr differenzierten Ansichten aller Akteure bedacht und miteinbezogen werden. In den Interviews äußern die Befragten sehr deutlich, dass sie der Ansicht sind, dass nicht alle Entscheidungen an die Einrichtungen weitergegeben bzw. delegiert werden könnten. Denn mit jeder Entscheidung, die die Leitungskraft selbst trifft, läge auch die Verantwortung in ihrer Hand. Hier müssen deutlich merkbare Entlastungen stattfinden und umgesetzt werden. Viele der Befragten merken dabei auch an, dass sie sich eigentlich eine gewisse Freiheit in ihrer Arbeit zurückwünschen. Diese muss jedoch darauf aufgebaut werden, dass dabei nicht die Verantwortung der Entscheidungsträger enorm steigt. Neben den Mitarbeiter*innen aus der Pflege arbeiten auch die Führungskräfte nun seit mehr als einem Jahr Pandemie mit maximalen Arbeitspensum. Daher kommt es auch hier vermehrt zu Personalausfällen – und dadurch wiederum zu stark gestiegener Mehrarbeit anderer.

Erste Erleichterungen durch Impfungen werden bemerkbar. Vor allem spüren die Führungskräfte eine starke emotionale Entspannung unter den Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen. Auch die meist guten Impfquoten unter den Mitarbeiter*innen und zusätzlich sehr hohen Impfquoten unter den Bewohner*innen bestärken die Führungskräfte. Zugleich muss aber noch immer stetig an die umfassenden Hygienemaßnahmen erinnert und dafür gesorgt werden, dass alle geltenden Maßnahmen und Verordnungen umgesetzt werden. Weitere Entlastungen im Arbeitsumfang, aber auch Entlastungen im Bereich Testungen, Besuchsbeschränkungen und soziale Programme im Haus werden von den befragten Leitungskräften dringend gefordert.

„Wir müssen beginnen, wieder eine Normalität zu schaffen.“

Grundlegender Wunsch der befragten Führungskräfte ist: aus dem Krisenmodus herauskommen und wieder einen Modus der Normalität schaffen. Dazu gehören Reduzierung des Arbeitsaufkommens und der Mehrarbeitsstunden, Freiheiten im Umsetzen von kreativen Ideen und Konzepten oder sehr viel weniger Maßnahmen und Verordnungen, die umgesetzt werden müssen. Außerdem wünschen sich viele Befragte auch die Aufarbeitung der Geschehnisse, um wieder eine Normalität im Miteinander zu schaffen. Denn es wird oft vergessen, dass es auch für Mitarbeiter*innen und Mitbewohner*innen kaum Zeit gab, Verluste zu verarbeiten. Für

Mitarbeiter*innen sind die Bewohner*innen nicht irgendjemand – sie verbindet oft ein inniges und meist auch längeres Miteinander. Entsprechende Angebote und Zeit zur Verarbeitung müssen geschaffen werden, um auch seelische Belastungen zu nehmen.

4.1.6 Beschaffung von und Umgang mit Schutzmaterialien sowie Testungen bzw. Teststrategie und Impfungen

Erste und zweite Corona-Welle (März 2020 – Januar 2021)

In der Pflege ist die Schutzausrüstung grundsätzliche Voraussetzung für sicheres Arbeiten. FFP2-Masken, Mund-Nase-Schutz bzw. medizinische Alltagsmasken, Handschuhe, Schutzbrille und -kittel sowie Desinfektionsmittel sind substantiell für den Schutz vor Ansteckungen. Schutzmaterialien zu beschaffen und zu bevorraten ist eine Aufgabe der stationären und ambulanten Einrichtungen der Langzeitpflege. Es liegt in ihrer Verantwortung, hier durch vorausschauendes Management für ausreichend Material zu sorgen. Viele befragte Führungspersonen haben darauf hingewiesen, dass sie dieser Aufgabe auch nachgekommen seien, aber natürlich die Erfordernisse in einer Pandemie nicht hätten absehen können. Selbst die Einrichtungen, die bereits im Voraus einen einrichtungsspezifischen Pandemieplan erarbeitet haben, verfügten im März 2020 über zu wenig Schutzmaterial. Und so bewerteten die Befragten in den ersten Wochen der Pandemie die Lage hinsichtlich der Ausstattung insbesondere mit den Schutzmaterialien „medizinische Mund-Nase-Masken, FFP2-Masken, Schutzkittel und Desinfektionsmittel teilweise als dramatisch schlecht“. Ostern 2020 verfügten die meisten der befragten ambulanten und stationären Einrichtungen über so wenige Materialien – insbesondere Schutzmasken –, dass sie die Feiertage stark fürchteten. Im Sommer 2020 kam noch die Knappheit von Handschuhen hinzu. Von Schutzbrillen wurde beinahe gar nichts berichtet; dies könnte daran liegen, dass sie in der Langzeitpflege selten in Gebrauch sind.

„Ich kam mir vor wie auf dem Schwarzmarkt.“

Das Führungspersonal wurde dementsprechend kreativ in der Beschaffung von Notwendigem, das plötzlich Mangelware war. Die Verantwortung der Führungspersonen, die Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen vor dem neuartigen Virus zu schützen, sorgte für beachtliches Handeln.

Beispielsweise wurden über „private Kontakte“ oder „dubiose Webseiten und Zwischenhändler“ Masken oder auch Desinfektionsmittel in unterschiedlichsten Ländern und zu weit überhöhten Preisen bestellt und gekauft. Viele der Befragten berichten von wochenlangem

Knappheit. „Wir hatten Glück, dass es keinen positiven Fall gab.“ Befragte bemängeln, dass sie bei einem möglichen Ausbruch mit mehreren infizierten Akteuren wenig und/oder keinen durchgehenden Schutz hätten gewährleisten konnten. Der damit einhergehende Druck auf das Führungspersonal stieg zu Beginn der Pandemie täglich. Rationierungen von beispielsweise FFP2-Masken für Mitarbeiter*innen waren Alltag: Alle waren dazu aufgerufen, lediglich eine Maske pro Schicht zu nutzen, was bedeutete, dass sie bis zu zehn Arbeitsstunden dieselbe Maske tragen mussten. Vor allem während der Sommermonate und bei den hohen Temperaturen wurde dies als „grenzwertig“ bezeichnet. Auch das richtige An- und Ausziehen der Masken, ohne sie zu kontaminieren, erwies sich als beinahe unmöglich. Einige Führungspersonen berichteten, dass die Mitarbeiter*innen nach Dienstende (teilweise zusammen mit Bewohner*innen!) Alltagsmasken und Schutzkittel selbst genäht und dann verteilt haben. Auch wurde mitunter der Versuch unternommen, Masken im Backofen zu desinfizieren. Führungskräfte berichteten vereinzelt, dass sie sich in der jeweiligen Stadt oder Gemeinde mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens verständigt und gemeinsame Einkaufsstrategien entwickelt haben. Aufgrund der überhöhten Preise (genannt wurden Preise bis um das 30fache!) gingen in einigen Einrichtungen Spenden zum Erwerb von Masken ein. Auch berichteten Führungspersonen, dass Masken und Desinfektionsmittel von Unbekannten entwendet wurden. Eine weitere Reaktion auf die prekäre Lage war das Einrichten von Beschaffungsteams, Beschaffungsarbeitsgruppen oder auch einer Mitarbeiter*innen-Stelle zur Koordination der Beschaffung. Vor dem Hintergrund des hohen logistischen und preislichen Aufwandes habe es sich bewährt, hier Personal zur Beschaffung, Klärung der Finanzierung und zur konzeptionellen Bevorratung freizustellen. Dabei ist besonders hervorzuheben, dass Schutzausrüstungen notwendiges Mittel sind, um Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen zu schützen. So stecken sich beispielsweise in der Intensivmedizin Mitarbeiter*innen nicht gegenseitig an, da dort Schutzausrüstung vorhanden ist und alle Maßnahmen eingehalten werden. Auch zeigt der starke Rückgang von krankheitsbedingten Personalausfällen im Vergleich zu den Jahren zuvor, wie wichtig Schutzmaterialien in der Altenpflege sind.

Bis zum Sommer 2020 konnten beinahe alle interviewten Einrichtungen wieder ausreichend Schutzausrüstung beschaffen. Problematisch sind dabei jedoch bis zum Jahresende die Preisentwicklungen. Massive Preissteigerungen – beispielsweise bei Einweghandschuhen, die im Pflegealltag unabdingbar sind – erzeugen ein großes Manko in der Finanzierungsstrategie und in den finanziellen Mitteln der Einrichtungen. Trotz der hohen Preise haben viele Einrichtung einen kleinen „Schatz“ an Schutzausrüstung in ihren Lagern. Problem dabei ist, dass die Gebäude meist nicht mehr drauf ausgelegt sind, große Lagermöglichkeiten schaffen zu können.

Das bedeutet, dass die Einrichtungen aus logistischen Gründen meist nur Materialien für wenige Wochen bevorraten können. Bei Engpässen und Lieferschwierigkeiten oder einem möglichen Ausbruch des Virus mit mehreren Infizierten gleichzeitig sowie Quarantänemaßnahmen sind die Vorräte dann meist sehr schnell erschöpft.

Ausreichender Schutz der Mitarbeiter*innen und der Bewohner*innen wird somit zum Thema der Finanzierungs- und Lagermöglichkeit einzelner Einrichtungen. Dabei zeigt sich auch, dass vor allem kleine Einrichtungen, die nur mit einem kleinen Netzwerk kooperieren, mit Engpässen beim Beschaffen der Schutzausrüstung zu rechnen hatten. Einrichtungen mit einem guten organisatorischen Hintergrund (z. B. großer Träger) gaben an, auf Kooperationen bauen zu können und darum bessere Bedingungen zur Bewältigung der Situation zu haben. Dabei nehmen neben dem zentralen Einkauf auch zentrale Lager eine bedeutende Rolle ein.

Viele der befragten Führungspersonen berichteten von dem Problem, dass es zu Beginn Engpässe bei der Beschaffung der Schutzausrüstung gab und gleichzeitig durch Verordnungen und Handreichungen die Aufforderung einherging, stets Schutzausrüstung zu tragen. So wurden zu Beginn der Pandemie die Mitarbeiter*innen aufgefordert, nur noch mit einer FFP2-Maske zu pflegen. Diese waren aber – und sind es zum Teil bis heute – Mangelware in den Einrichtungen und daher nur bei infizierten Bewohner*innen einzusetzen. Zugleich sei das stundenlange Arbeiten mit einer solchen Maske extrem herausfordernd (z. B. durch Atemprobleme, Hautprobleme, Druckstellen hinter den Ohren) und bringe die Mitarbeiter*innen zusätzlich an ihre Belastungsgrenzen. Auch berichteten viele Führungspersonen, dass ihre Einrichtungen keine Möglichkeit hatten, diese Schutzmaßnahmen einzuhalten. Entsprechende Entscheidungen und die Verantwortung für dieses von den Vorschriften abweichende Vorgehen wurden von den befragten Leitungspersonen bewusst getragen, auch wenn dies wiederum eine zusätzliche starke Belastung darstellt.

„Bin ich nun systemrelevant oder nicht?“

Dieses kurze Zitat stammt von befragten Führungspersonen in Bezug auf unterschiedlichste Probleme und Hürden hinsichtlich der Schutzmaßnahmen. Viele von ihnen hätten sich einen durchgehenden Schutz vor dem – zu Beginn noch sehr fremden – Virus gewünscht. Sie konnten den Mitarbeiter*innen in den ersten Wochen die Unsicherheit hinsichtlich des Infektionsgeschehens nicht nehmen. Der Mangel an Schutzmaterial zeigte im Alltag die Ohnmacht im Umgang mit dem neuartigen Virus. Viele Führungspersonen kritisieren dabei auch, dass adäquate Schutzausrüstung schon immer zum Alltag der Pflegekräfte gehörte – auch vor der Pandemie. Die plötzlich steigende Nachfrage in anderen Branchen und in der Gesellschaft

sollte dabei nicht die Arbeit und den Schutz von Menschen in systemrelevanten Berufen einschränken. Die befragten Führungspersonen und ihre Mitarbeiter*innen – und damit die Hauptakteure der stationären und ambulanten Einrichtungen – stellten in den Interviews ihre gesellschaftlich zugeschriebene Systemrelevanz stark in Frage, denn einige Befragten glauben zu beobachten, dass sie mit nicht ausreichenden Schutzmaßnahmen alleingelassen wurden, und dabei nicht erkannt wurde, dass sie einen besondere Beitrag in der Bekämpfung der Pandemie leisten und deshalb als überaus systemrelevante Mitglieder der Gesellschaft einen besonderen Schutz erhalten müssen, was sich unter anderem in einer ausreichenden Menge Schutzmaterial widerspiegelt. Auch kann nur durch die ausreichende Verfügbarkeit von medizinischen Schutzmaterialien die Ansteckungs- und Ausbreitungsgefahr des Covid-19-Virus, aber auch der jährlichen Grippe- und Erkältungswellen unterbunden werden. Ohne diese Maßnahmen werden vermutlich erhöhte personelle Krankheitsausfälle verzeichnet, wodurch einigen Einrichtungen ein interner Kollaps droht. Neben allen anderen Maßnahmen gilt grundlegend noch immer, dass nur ausreichende Schutzausrüstung in der jetzigen zweiten Pandemiewelle Einrichtungen vor einem hohen Infektionsgeschehen schützen kann.

Ein weiteres sehr wichtiges Thema, wenn es um Schutzausrüstung geht, sind die mit dem Tragen verbundenen Anstrengungen und Einschränkungen. So berichten viele Befragten von allergischen Reaktionen, wunden Stellen hinter den Ohren oder der Häufung von Kopfschmerzen. Doch nicht nur das sind akute Probleme bei der Arbeit mit einer FFP2-Maske: Vor allem die Kommunikation mit den Bewohner*innen wird merklich erschwert. So können Mimik und Gestik kaum wahrgenommen werden, oder die Mitarbeiter*innen müssen besonders laut sprechen, um verstanden zu werden. Viele der vor allem Demenzerkrankten erkennen die Mitarbeiter*innen nicht und haben zum Teil sogar Angst, weil sie ihnen sonst bekannte Gesichter nicht mehr erkennen. Auch damit ist für die Mitarbeiter*innen schnell eine Belastungsgrenze erreicht, dass während der Pflege das Atmen sehr anstrengend wird. Eine Befragte beschreibt dies mit den Worten „nach einer Stunde ist man eigentlich total erledigt“ sehr eindrücklich.

Bereits in den ersten Monaten der Pandemie wünschten sich insbesondere die Führungspersonen regelmäßige und erleichterte Testmöglichkeiten für Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und Angehörige. Leider waren diese Testungen ja zunächst sehr zeitaufwendig, insbesondere, da die Testergebnisse erst viele Tage später kamen. Mitarbeiter*innen bei Verdacht einer Infizierung derart lange von der Arbeit freizustellen, war ein großes Problem.

Schnelltests und Teststrategien in den Einrichtungen

Mit der aktuellen Testungsstrategie des Bundes vom 01.12.2020 wird es den Einrichtungen ermöglicht, mit sogenannten POC-Antigen-Schnelltests vor Ort Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und Besucher*innen zu testen. Die Nutzung der Tests ist freiwillig und nicht verpflichtend für die Einrichtungen. Auch können nur Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen bei Verdachtsfällen getestet werden, nicht die Besucher*innen und Angehörigen. Einen gesetzlichen Anspruch der Besucher*innen und Angehörigen auf einen Test gibt es noch nicht. Generell wird anhand der Aussagen der Befragten deutlich, dass die Schnelltests für Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und auch Angehörige sehr wichtig sind.

„Ein Gefühl der Sicherheit“

Mit den Tests kann den Akteur*innen ein Gefühl der Sicherheit übermittelt werden. Einige Befragte berichten, dass durch die Tests bereits Infektionsgeschehen entdeckt und die Eintragung in die Einrichtung verhindert werden konnte. Vor allem bei asymptomatischen Verläufen haben die Schnelltests einen enormen Mehrwert und können so auch einen Schutz für Mitarbeiter*innen und die Bewohnerschaft leisten. Auch das Ermöglichen von Besuchen und die Arbeit von externen Dienstleistungen kann durch die Schnelltests geleistet werden. Die Mehrheit der Befragten bestätigen, dass sowohl die Bewohner*innen, die Mitarbeiter*innen als auch externe Dienstleister einem Konzept der regelmäßigen Testung zugestimmt haben.

Grundlage für ein gutes Funktionieren des Einsatzes der Tests sind ausgearbeitete Konzepte. Hierbei haben sich einige Einrichtungen unterschiedliche Vorgehen überlegt, zu welchem Zeitpunkt und mit welchen zeitlichen Abständen Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen in regelmäßigen Abständen getestet werden. Auch der Einsatz von pensionierten Ärzt*innen für die Durchführung – um den Personalaufwand so gering wie möglich zu halten – wird beschrieben. Dennoch wird in den meisten Einrichtungen von einem sehr hohen Arbeits- und Mehraufwand sowohl für Pflegekräfte als auch für die Verwaltung berichtet. Sinnvolle Konzepte und Vorgehen, individuell auf die Einrichtung abgestimmt, müssen von den Einrichtungen selbst konzipiert und in Abstimmung mit dem örtlichen Gesundheitsamt erarbeitet werden. Dabei müssen neben personellen Aufwendungen auch entsprechende Räumlichkeiten geschaffen werden sowie Schulungen und Einweisungen stattfinden. Diese Aufgaben stellen vor allem kleine Einrichtungen vor enorme Hürden und Herausforderungen.

„Die Tests und die Organisation sind sehr zeitintensiv.“

Die Zeitkomponente ist häufigster Grund für die Einrichtungen, noch keine Schnelltests anzubieten oder durchzuführen. Ein weiteres Problem ist dabei auch das fehlende Personal. Viele der Befragten geben an, dass schon der derzeitige Pflegealltag nur mit viel Mühe und durch Mehrarbeit anderer gestemmt werden kann. Zusätzliche Schulungen, Einweisungen und wieder neue Organisationsstrukturen können daher oft (noch) nicht getragen werden. Ein weiteres Problem, das von Einrichtungen mit und ohne Schnelltests genannt wird, ist die Anerkennung des Ergebnisses und die weiteren Maßnahmen nach einem positiven POC-Test. So wird beschrieben, dass die Handlungsanweisungen nach einem positiven Schnelltest nicht immer konsistent sind und es dabei wiederum merkbare Unterschiede zwischen den Ärzt*innen und deren Umgang damit gibt. Ein Anspruch auf einen darauffolgenden PCR-Test ist nicht vorgesehen, wenngleich die Möglichkeit dennoch besteht und auch vom RKI ausdrücklich empfohlen wird, auch um überflüssige Quarantänemaßnahmen in Pflegeeinrichtungen zu vermeiden. Die Zusammenarbeit mit vielen verschiedenen Stellen und die zwingende Kooperation stellen viele Führungskräfte vor erneute Hürden. So ist die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen unabdingbar, wenn es um eine PCR-Testung nach der positiv ausgefallenen POC-Testung geht. In der ambulanten Pflege werden bisher kaum Schnelltests genutzt. „Kunden und Klienten können keineswegs während des normalen ambulanten Dienstes auch noch getestet werden“, so die Aussage eines Studienteilnehmers. Die Tests werden dabei lediglich für Mitarbeiter*innen eingesetzt, um sicher zu gehen, dass keine Infektionen zu den Kund*innen getragen werden. Da die Pflegebedürftigen eines ambulanten Dienstes dennoch, wenn möglich, frei in ihrer Bewegung und ihren Kontaktmöglichkeiten sind, sehen ambulante Dienste Testungen der Mitarbeiter*innen oft als unbedingt notwendig an, auch um andere Kund*innen zu schützen. Die Rest-Unsicherheit im ambulanten Bereich wird von den Mitarbeiter*innen dennoch höher eingeschätzt.

Trotz der Probleme, Hürden und auch Unannehmlichkeiten einer Testung setzt die Mehrheit der befragten Einrichtungen auf die Schnelltests und deren konzeptionelle Nutzung. Der Aspekt des Sicherheitsgefühls und das Fortführen der Besuchsangebote hat dabei Vorrang vor der Herausforderung der Organisation und der Umsetzung. Einige Einrichtungen wünschen sich sogar eine erhöhte Verfügbarkeit von Tests: Sie würden gerne mehr testen, haben jedoch wegen Lieferungsverzögerungen keine Tests zur Verfügung. Eine bessere Kooperation und Austauschmöglichkeiten zu Konzepten der Durchführung sind in erster Linie für kleine Einrichtungen wünschenswert. Auch bei der Beschaffung erachten (kleine) Einrichtungen Kooperationen für notwendig, um bspw. finanzielle Belastungen besser stemmen zu können.

Zeitraum Februar 2021 – Mai 2021

Auch im Fortgang der Befragungen und der Pandemie sind die Preise der Schutzmaterialien nicht auf einem ähnlich normalen Niveau wie vor der Pandemie. Viele Befragte berichten davon, dass vor allem Handschuhe zu einem teilweise um den zehnfach gestiegenen Preis erworben werden müssen. Die Teilnehmer*innen sind bezüglich dieser Entwicklungen sehr besorgt, vor allem im Hinblick auf die Zeit, wenn es den aktuell geltenden Rettungsschirm nicht mehr gibt. Viele befürchten dadurch ein enorm hohes finanzielles Aufkommen und weitere Belastungen. Betont wird dabei auch, dass nicht nur die Preisentwicklung zum Teil sehr erschreckend sei, sondern auch die Tatsache, dass es immer wieder zu kleineren Engpässen in der Lieferkette, auch hier vor allem bei Handschuhen, komme. Medizinische Handschuhe in guter Materialqualität, vertretbarer Preisspanne und schneller Verfügbarkeit zu erhalten, sei zeitweise noch immer sehr schwer.

Das Arbeiten mit FFP2-Masken ist für die Mitarbeiter*innen noch immer und meist auch schon vermehrt mit großer Anstrengung verbunden. Auch berichten die Mitarbeitenden von vermehrt auftretenden Atemprobleme, Kopfschmerzen oder Schwindel. Der Wunsch nach Lockerungen bzw. Reduzierung auf beispielsweise OP-Masken wird immer wieder geäußert. Vor allem bei pflegerischen Tätigkeiten kommen viele Mitarbeiter*innen an ihre Grenzen, wenn sie dabei eine FFP2-Maske tragen müssen. Mit den Impfungen und zusätzlichen Testungen wünschen sich vor allem die Pflegekräfte hier eine Erleichterung. Darüber hinaus sei es überaus wichtig, dass wieder mehr Mimik und Gestik mit den Bewohner*innen ausgetauscht werden.

Die Einrichtungen haben sich insgesamt sehr gut auf die regelmäßigen Testungen von Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und Besucher*innen eingestellt. Dabei haben die Pflegeeinrichtungen unterschiedliche Wege und Vorgehensweisen gewählt: Zum Teil wurde die Hilfe von Bundeswehrsoldat*innen angenommen, andere Einrichtungen haben selbst Freiwillige organisiert – bspw. über die Stadt, über Kooperationen mit anderen Einrichtungen oder ein eigenes Netzwerk an Ehrenamtlichen. In einigen Einrichtungen wurden eigens für die Testungen Mitarbeiter*innen neu eingestellt. Auch Ärzt*innen oder ehemalige Pflegekräfte werden in einigen Einrichtungen, zum Teil auf freiwilliger Basis, integriert. Beim Thema Testungen fragen sich viele Befragte, wie lange Mitarbeitende – vor allem nach der Impfung – noch regelmäßig (aktuell dreimal in der Woche) getestet werden müssen und ob denn nicht auch auf ein symptomabhängiges Testen übergegangen werden kann. Die mehrmals wöchentlich stattfindenden Testungen verursachen auch Nebenwirkungen wie Nasenbluten oder Entzündungen.

Dabei wird von den Befragten betont, dass eine anlassbezogene Testung in jedem Fall nachvollziehbar und durchführbar ist. Auch fortlaufende Testungen von Angehörigen und Besucher*innen werden als sinnvoll und notwendig angesehen. Bei einer Lockerung der regelmäßigen Testungen stehen laut den Befragten vor allem die Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen im Fokus.

Grundsätzlich, so resümieren die Befragten, konnten bzw. können nur durch viele freiwillige Kräfte und kreative Ideen – wie der Einsatz der Bundeswehrsoldat*innen – die zusätzlichen Anstrengungen der Testungen geleistet werden. Dabei wird aber auch betont, dass die eingesetzten personellen Ressourcen auch wieder andere Arbeiten aufnehmen müssen und diese an anderen Stellen in den Einrichtungen fehlen. Die finanziellen Belastungen durch teure Schutzmaterialien und auch die Tests werden im Moment noch als gut zu bewältigen eingeschätzt. Grund dafür ist der noch laufende Rettungsschirm, der einen Ausgleich der zusätzlichen Kosten bietet. Wie die zusätzlichen finanziellen Belastungen jedoch bewältigt werden können, wenn es den Rettungsschirm nicht mehr gibt, ist für viele Einrichtungen noch nicht kalkulierbar und bereitet zugleich große Sorge.

Impfungen

Von den Impfungen ab Dezember 2020 wurde in den stationären Einrichtungen mehrheitlich sehr positiv berichtet. Insbesondere die Besuche der mobilen Impfteams sei meist problemlos und damit sehr erfolgreich verlaufen. Die Impfteams seien dabei stets gut organisiert gewesen und hätten ihre Arbeit sehr zielstrebig und emotional ausgeglichen aufgenommen. Auch, dass zu den unterschiedlichen Impfterminen unterschiedliche Impfteams kamen, wirkte sich weder in den Einrichtungen noch bei Bewohner*innen oder Mitarbeiter*innen negativ aus. Die Befragten kritisieren dabei jedoch, dass dieser reibungslose Ablauf meist darauf beruhte, dass im Vorlauf eine beinahe unüberschaubare Vielzahl an bürokratischen Vorarbeiten geleistet und sehr viele Formulare vorbereitet werden mussten. Einschätzungen zufolge waren für die Vorarbeiten, wie beispielsweise Vorbereiten der Einverständniserklärungen der Bewohner*innen oder deren Angehöriger, mit meist 60 bis 80 Arbeitsstunden pro Mitarbeiter*in verbunden. In dieser Kritik ist mit inbegriffen, dass die entsprechenden Formulare während des laufenden Prozesses angepasst werden mussten; dies führte wiederum zu Verwechslungen und erneuten Kontaktaufnahmen mit Angehörigen. Auch der Zeitpunkt und der Rücklaufzeitraum waren sehr kurzfristig (kurz vor Weihnachten bis ein Tag nach den Weihnachtsfeiertagen). Die Abfragung und die Verbreitung der Dokumente hätte aus Sicht der Befragten auch früher stattfinden können, also auch, als noch kein konkreter Start der Impftermine in Sicht gewesen sei. Nach Ansicht der Befragten hätte Stress so sehr reduziert werden können und

nicht noch eine weitere Arbeitsaufgabe in einem kurzen Bearbeitungszeitraum generiert werden müssen. Auch die zu diesem Zeitraum schlechtere Erreichbarkeit von Hausärzt*innen (z. B. bei Rückfragen zu Bewohner*innen) erschwerte die Bereitstellung aller notwendiger Dokumente in diesem kurzen Zeitraum.

Im ambulanten Bereich wurden die Abläufe und die Impfkampagnen leider nicht in diesem Maße möglich gemacht. Für die Mitarbeitenden mussten Impftermine in Impfzentren organisiert werden, worunter nicht nur eine gewissenhafte Aufklärung litt, sondern zunächst auch die Beteiligung. Der zusätzliche Weg in ein Impfzentrum, an einem (wahrscheinlich) freien Arbeitstag, sei weniger attraktiv als ein mobiles Impfteam in der Einrichtung. Vor allem für kleinere ambulante Pflegedienste war es hierbei schwer, Impftermine für die Mitarbeiter*innen zu organisieren. Auch kamen dabei vermehrt Nachfragen der Kund*innen und Klient*innen über Möglichkeiten und Hilfen bei der Organisation von Impfterminen durch den ambulanten Pflegedienst. Dies konnte die Mehrheit der Dienste nicht leisten bzw. hatten sie auch keine Möglichkeit und kein Recht dazu. Das „Vergessen des ambulanten Bereichs“ und der Klient*innen wird hier für viele Befragte aus diesem Bereich erneut sehr deutlich. Auch wurden aus ihrer Sicht hier die Klient*innen vergessen, die nicht ausreichend mobil sind, um allein ins Impfzentrum zu kommen. Die Organisation von nicht mobilen Kund*innen fällt auch nicht mehr in das Arbeitsgebiet des ambulanten Pflegedienstes und kann auch oft personell und zeitlich nicht geleistet werden. Hier waren die Betroffenen auf Angehörige angewiesen; ohne diese Möglichkeit der Unterstützung war es vielen nicht möglich, bis April 2021 einen Impftermin zu bekommen.

Einige ambulante Pflegedienste wurden kreativ und entwickelten Konzepte für kleine mobile Impfteams oder Impfkampagnen, unterstützt durch Hausärzt*innen oder andere Institutionen wie das Deutsche Rote Kreuz. Diese Konzepte scheiterten jedoch meist an der Genehmigung durch die örtlichen Behörden. Auch hier betonten die Befragten, dass sie nicht verstehen, wie mit diesen Ideen und Konzepten umgegangen wird und die entsprechenden Freiheiten und Möglichkeiten nicht vorhanden sind bzw. ermöglicht werden.

4.1.7 Erfahrungen bzw. Umgang mit den Gesundheits- und Landratsämtern

Erste und zweite Corona-Welle (März 2020 – Januar 2021)

Die Erfahrungen mit den örtlichen Gesundheits- und Landratsämtern sind sehr vielfältig. So hat ein Teil der Einrichtungen zu Beginn der Pandemie einen guten Kontakt und auch feste Ansprechpartner*innen. Die Führungskräfte, die diese Erfahrungen gemacht haben, berichten über einen guten Austausch, guten Informationsfluss oder auch über ein gesondertes Angebot beispielsweise an Schulungen für Mitarbeiter*innen in Bezug auf Hygiene und Schutzausrüstung. Angebote wie diese werden von den Einrichtungen sehr gerne angenommen und als ein sehr gutes Zusammenspiel von Theorie und Praxis empfunden. Die gute Zusammenarbeit hat den Akteuren auch geholfen, wenn es Verdachtsmomente in den Einrichtungen gab und entsprechende Testungen eingeleitet werden mussten. Die zu Beginn der Pandemie noch sehr aufwendige Organisation und Durchführung einer Testung lief bei guten Kontakten zu den zuständigen Gesundheitsämtern „reibungsloser und unkomplizierter“ ab. Zwar musste auch dann oftmals mehrere Tage auf die Testergebnisse und weitere Informationen der Behörden gewartet werden; vor dem Hintergrund der guten Zusammenarbeit fiel dies jedoch in der Bewertung durch diese Einrichtungen weniger ins Gewicht. Im Gegensatz dazu haben sich Führungspersonen mit schlechten Verbindungen und weniger Informationsfluss zu den Gesundheitsämtern eher „alleingelassen“ gefühlt. So werden Informationen und Anweisungen weitergegeben, die nicht umsetzbar erscheinen oder nur mit einem sehr hohen Aufwand umgesetzt werden können. Bemängelt werden zu wenig individuelle und fachnahe Beratung in der Zusammenarbeit mit Ämtern und Behörden. Die Mehrheit der Befragten berichtet, dass sie keine festen Ansprechpartner*innen in den Gesundheitsämtern haben, auch würden dringliche Anliegen langsam und nur nach sehr langen Wartezeiten – oder zum Teil gar nicht – bearbeitet.

„Zu Beginn war kein Durchkommen; unsere Mails liefen ins Leere.“

Führungskräfte müssen demnach oft selbst aktiv werden und neue Konzepte entwerfen, um Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen möglichst schnell ausreichend Schutz zu gewährleisten. Dabei setzten sie – nach eigener Einschätzung – nach „bestem Wissen und Gewissen Verordnungen und Maßnahmen um“. Eine wichtige Rolle spielte dabei die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt*innen, die beispielsweise schnell und unkompliziert Verdachtsmomente mit entsprechenden Testungen ausräumen oder bestätigen können. Dabei werden Quarantäne- und Isolierungsmaßnahmen oft selbstständig von den Einrichtungen eingeführt, um alle Akteure ausreichend zu schützen. Die befragten Führungspersonen wünschen sich

dabei für ihre Entscheidung ausreichenden Rückhalt durch Behörden. Dadurch könne Druck und Belastung genommen und beispielsweise auch die Kommunikation mit den Angehörigen erleichtert und unterstützt werden. Ohne diesen Rückhalt haben viele Führungspersonen Probleme bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen. Wie erwähnt, haben die Befragten besonders zu Beginn der Pandemie eine schlechte Erreichbarkeit der Gesundheitsämter wahrgenommen. Dies habe sich laut der meisten Interviewteilnehmer*innen im Laufe des Sommers geändert: Kooperation und Bearbeitungszeit wurden erheblich verbessert, da einige Gesundheitsämter „mittlerweile zentralisierter und strukturierter“ vorgehen.

Trotz der anfänglichen zum Teil weniger gut laufenden Zusammenarbeit mit örtlichen Gesundheitsämtern ist vonseiten der Befragten auch immer ein gewisses Verständnis für diese vorhanden. Das Bewusstsein, dass es in allen Bereichen des Gesundheitssystems zu Beginn der Pandemie zu Überlastungen und auch Unwissen kam, ist bei vielen Mitarbeiter*innen spürbar. Dennoch wünschen sich auch hier die Führungspersonen eine schnellere und unkomplizierte Zusammenarbeit. Die Erarbeitung gemeinsamer Konzepte und Strategien würde so nicht nur den Einrichtungen, sondern auch den Gesundheitsämtern helfen, um auf individuelle Fälle besser vorbereitet zu sein. Ein Beispiel dafür sind die Maßnahmen und Strategien bei Krankenhausrückkehrern, die immer individuell betrachtet werden müssen. Gemeinsame Handlungsleitfäden und praxisnahe Ausarbeitungen würden den Befragten in komplizierten Situationen sehr viel mehr Unterstützung bieten als lange Wartezeiten in den Telefonhotlines. Die aufgezeigten Unterschiede zwischen den Landkreisen und ihren Gesundheitsämtern fordert auch eine rege landkreisübergreifende Zusammenarbeit der Behörden. So könnten überlastete Ämter auf bereits entworfene Konzepte zugreifen und damit auch den betroffenen Einrichtungen eine bessere Beratungskompetenz bieten. Eine weitere immer wieder aufkommende Problematik der Einrichtungen sind die konkreten Unterschiede der Landkreise im Vorgehen und der Maßnahmenregelung. So beteuern einige der Befragten, dass für Mitarbeiter*innen aus unterschiedlichen Landkreisen wiederum unterschiedliche Vorgaben einzuhalten waren, beispielsweise in Bezug auf Quarantänemaßnahmen bei Kontakten zu Verdachtsfällen. Sie berichten, dass Mitarbeiter*innen, die ihren Wohnsitz in einem anderen Landkreis haben, abweichende Regelungen beachten müssen und auch dadurch noch mehr Verwirrung unter der Mitarbeiterschaft, aber auch bei den Führungspersonen, zu spüren war. Das Problem der Differenzierungen der Landkreise hat auch für die ambulanten Dienste weitreichende Folgen. So wurden dabei oft die strengsten Regelungen als Grundlage genutzt, um in allen Landkreisen entsprechende Maßnahmen ordnungsgemäß einzuhalten. Auch hier wünschen sich die Befragten eine bessere Abstimmung – vor allem im Hinblick auf Pflegeeinrichtungen und sie betreffende Maßnahmen.

Zeitraum Februar 2021 – Mai 2021

In diesem zweiten Zeitraum der Befragung zum Jahresbeginn 2021 bis Mai 2021 haben die Einrichtungen sehr viel seltener bis kaum noch mit den Gesundheits- oder Landratsämtern regelmäßigen Kontakt. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es immer seltener Ausbruchsgeschehen in den Einrichtungen gibt, auch aufgrund der hohen Impfquote unter den Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen. Aber auch durch die festen Ansprechpartner*innen, die die Einrichtungen nun zu einem sehr großen Teil haben, hat sich die Kommunikation aus Sicht der Befragten sehr verbessert.

Für ein überaus positives Feedback sorgen auch die digitalen Angebote einzelner Behörden. Diese beschäftigen sich unter anderem mit der Aufklärung zu den Impfungen und Impfstoffen. Viele Einrichtungen nutzen diese unterstützend, um ihre Mitarbeiter*innen beispielsweise zur Impfstrategie aufzuklären und Fragen hierzu zu beantworten.

4.1.8 Erfahrungen bzw. Umgang mit der Öffentlichkeit und der Presse

Erste und zweite Corona-Welle (März 2020 – Januar 2021)

Viele der befragten Teilnehmer*innen haben in der noch immer anhaltenden Zeit der Pandemie vermehrt Kontakt zur öffentlichen Presse und auch zum gesellschaftlichen Diskurs. Die Debatten und Darstellungen werden dabei nicht immer positiv und unterstützend erlebt. So werden vor allem die Einrichtungen, die viele Infizierte unter den Mitarbeiter- und Bewohner*innen haben/hatten, vermehrt mit „negativer Presse“ und „in einem schlechten Bild“ der Gesellschaft dargestellt.

„Was wir hier wirklich tun, sieht keiner.“

Die Befragten geben dabei häufig an, dass in den Presseveröffentlichungen die Arbeit in einer Pflegeeinrichtung oft nur unvollständig oder gar falsch dargestellt wird. Vor allem auch für die Mitarbeiter*innen würden solche Berichte demotivierend wirken, was wiederum die ohnehin enormen Belastungen im Arbeitsalltag erhöht. Auch von tiefer Betroffenheit über die Darstellung ihrer Arbeit wird berichtet: So werden aus Sicht der Führungspersonen auch Fragen wie beispielsweise zur sozialen Isolation der Bewohner*innen oftmals falsch oder nur gerade hinreichend diskutiert, ohne einen tatsächlichen Einblick in die Einrichtungen zu haben. Gewünscht wird dabei eine breitere Darstellung der Ereignisse und ausführliche Berichte, die die jeweiligen Situationen vollständig und aus unterschiedlichen Blickwinkeln aufzeigen. „Beschuldigungen“ oder „die Suche nach Schuldigen“ seien in einer Extremsituation wie der

Pandemie nicht vertretbar. Einige der Teilnehmer*innen wünschten sich dabei auch, dass beispielsweise Landesregierungen und Ministerien sich „schützend vor die Einrichtungen stellen“ und sie unterstützen, wenn es um Vorwürfe in den medialen Darstellungen geht. Ein weiteres Problem sehen die Befragten darin, dass sämtliche aktuellen Entwicklungen beispielsweise zu den Öffnungen der Einrichtungen und dem Start der Besuchszeiten in der Presse veröffentlicht wurden, bevor die Einrichtungen selbst Konzepte und Maßnahmen entwickeln konnten. Das bedeutete auch, dass viele Besucher*innen Aktuelles den Medien entnehmen, es aber in den einzelnen Einrichtungen eben auch zu Verzögerungen bei der Umsetzung geben kann. Auch die Unterschiede in den Landkreisen und Bundesländern werden dabei nicht deutlich genug dargestellt. Daraus resultiert nicht nur eine Unsicherheit bei den Angehörigen und Besucher*innen, sondern auch eine Unsicherheit bei den Führungskräften und internen Organisationsakteuren. Diskussionen – und damit ein erneuter Stressfaktor – sind die Folge in vielen befragten Einrichtungen. Die Befragten wünschen sich, in der Pressearbeit unterstützt zu werden und würden es sehr begrüßen, etwas zeitlichen Vorlauf gegenüber den Presseveröffentlichungen zu erhalten, um die Konzeptionierung und Umsetzung neuer Maßnahmen bedacht einführen zu können.

Insgesamt berichten die Befragten, dass sich aus ihrer Sicht die Pressearbeit im Verlauf des Jahres 2020 verändert und verbessert habe und auf die anfänglich oft „wilden“ und „haltlosen“ Berichte nun eher kritisch-reflektierte und zuweilen auch wertschätzende Berichte folgen. Neben den Berichten in Zeitungen, sozialen Netzwerken oder Fernseh-Dokumentationen erhalten Pflegeeinrichtungen seit Beginn der Pandemie eine erhöhte Aufmerksamkeit in der Gesellschaft. Oft gehe es dabei um vermeintliche Missstände. Erst im weiteren Fortgang der Pandemie werden auch die Belastungen, Bemühungen und die Pflegearbeit selbst in den Mittelpunkt gerückt. So wünschen sich die meisten Befragten nicht etwa nur eine höhere Entlohnung, sondern vielmehr eine generell höhere Anerkennung ihrer Arbeit und damit auch eine Steigerung der Attraktivität ihres Berufs. Mit einem besseren Image und der ganzheitlichen Darstellung des Pflegeberufs könnten so auch junge Leute für diesen Beruf gewonnen werden. Berichte und die gesellschaftliche Wahrnehmung spielen dabei eine entscheidende Rolle; vor diesem Hintergrund könne auch die Presse einen Beitrag gegen den bereits länger bestehenden Personalmangel leisten. Viele der Befragten betonen dabei, dass der Pflegeberuf auch ohne Pandemie besondere Aufmerksamkeit bekomme müsse.

„Wir sind immer systemrelevant – auch ohne Corona.“

Alle Mitarbeiter*innen begrüßen die gesellschaftliche Anerkennung während der ersten Monate in der Pandemie und betonen dennoch, dass sie diese Wertschätzung in der Gesellschaft

gerne auch ohne Corona haben würden. Auch dass die Diskussion um das Image, die Attraktivität oder die Wichtigkeit des Berufs nicht wieder abebbt, ist ein Anliegen fast aller Studienbeteiligten. Bereits im Sommer 2020 erklärten die Befragten, dass sie sich wünschen, dass im Hinblick auf die zweite Welle den Pflegekräften und allen Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen erneut besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Denn was die Presse nur selten berichtet und daher nur wenig in der Öffentlichkeit bekannt ist, seien die aktuellen starken Belastungen und Belastungsgrenzen, die immer mehr Akteure in der Pflege erreichen – auch weil es, wie oben dargestellt, kaum Erholung, kaum Urlaub oder private Treffen gibt.

Anhand der Interviews lässt sich außerdem feststellen, dass die ambulanten Dienste oft wenig bis keinerlei gesellschaftliche oder mediale Beachtung finden. Die hohe Relevanz der ambulanten Pflegedienste werde weder in der Presse noch im gesellschaftlichen Diskurs ausreichend dargestellt. Hier wünschen sich die Befragten Unterstützung von den Trägern, den Medien sowie aus der Politik.

Unabhängig von diesen Wünschen an die Medien wünschen sich die befragten Leiter*innen der Einrichtungen, dass die Gesellschaft „mit offenen Augen“ durch die Krise geht und Verständnis dafür hat, dass besondere Maßnahmen in Einrichtungen notwendig sind. Zugleich müsse mehr Aufklärung und Transparenz auch vonseiten der Politik über die Arbeit in der Pflege stattfinden, damit die Themen Pflegeeinrichtung und Pflegeberufe nicht mehr nur „niederschwellig und einseitig“ diskutiert wird. Gesellschaftliche Aufklärung könne so auch „Angst und Panik in einer Extremsituation“ eingrenzen. Auch eine mediale Darstellung der „Maschinerie, die sich bei einem Ausbruch in Gang setzt“ sei für die Einrichtung eine Unterstützung. Dabei müssten beispielsweise auch Mitarbeiter*innen aus der Führungsebene nicht mehr „alleine dastehen“ und „am Schluss den Kopf für alles hinhalten“. Einfache, aber verstehbare Einblicke in die Pflege könnten dabei helfen, wenigstens einen kleinen Teil des zusätzlichen Drucks aus der Öffentlichkeit und der anhaltenden Belastung zu nehmen.

Zeitraum Februar 2021–Mai 2021

Auch die mediale Präsenz von Pflegeeinrichtungen hat im Laufe der Pandemie eher wieder abgenommen. Viele Befragte resümieren, dass nur die negativen Schlagzeilen in den Mittelpunkt rücken, die meist mit Ausbrüchen in Verbindung stehen. Dass die Darstellungen oft „ungerecht“ sind und eine nicht begründete Fokussierung auf negative Schlagzeilen seitens der Presse verfolgt wird, kritisieren viele Befragte. Auch deshalb sind viele Teilnehmer*innen froh darüber, dass die Berichterstattungen abgenommen haben. Zugleich wird bemängelt, dass viel zu wenig und viel zu selten über die Erfolge oder auch über die Arbeitsbelastungen nach

einem Jahr Pandemie berichtet wird. Erfolge wie die Impfkampagnen oder auch, dass einige Einrichtungen bis heute keine Infektionen bzw. Einträge hatten, werden nicht (ausreichend) dargestellt. Dies seien aber Erfolgserlebnisse für die Mitarbeiter*innen und Führungskräfte, über die sie gerne in der Presse lesen und die sie der Öffentlichkeit zeigen würden. Außerdem wird häufig betont, dass auch die Medien dazu beitragen könnten, Veränderungswünsche und Anliegen der Pflege zu verbreiten. Darüber hinaus wünschen die Befragten oft, dass mehr durch Ministerien und Behörden/Ämter aufgeklärt und berichtet wird. Dann würden einzelne Einrichtungen sehr viel weniger (negativ) medial in den Mittelpunkt rücken und eine neutrale Darstellung wäre möglich.

4.1.9 Erfahrungen bzw. Umgang mit Haus- und Fachärzt*innen und externen Dienstleistern sowie ehrenamtlich Tätigen

Ein wichtiges Thema in den Befragungen war auch der Umgang mit den sogenannten externen Dienstleistern. Als externe Dienstleister werden im Umgang mit Pflegeeinrichtungen die Akteure bezeichnet, die eine Dienstleistung in den Einrichtungen anbieten. Hierzu zählen u. a. Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Lieferanten, Podolog*innen, Physiotherapeut*innen, Seelsorger*innen, Postbot*innen oder Friseur*innen. Die Bedeutung dieser Dienstleistungen für die Einrichtungen und für die Bewohner*innen dürfe nicht unterschätzt werden. Auch könnten sie nicht durch die Schließung der Einrichtung ausgesetzt werden, mahnen viele Befragte.

Erste und zweite Corona-Welle (März 2020–Januar 2021)

Einige Befragte berichten, dass zu Beginn der Pandemie die „Zusammenarbeit mit Niedergelassenen indiskutabel schlecht!“ gewesen sei. Es habe „teils Verweigerungen“ gegeben vonseiten der Hausärzt*innen, die Pflegeeinrichtungen aufzusuchen und die Bewohner*innen „in Präsenz zu betreuen“. Dies bedeutete aus Sicht der Befragten insbesondere zu Beginn der Pandemie, als allgemein eine große Verunsicherung herrschte, eine weitere Herausforderung für die Einrichtungen. Jedoch mussten die Bewohner*innen auch weiterhin behandelt oder auf das Virus getestet werden. Auf eine ärztliche Betreuung und Visite musste jetzt teils verzichtet oder nach Alternativen gesucht werden. Viele der Befragten berichten dabei aber auch von „Visiten via Video“, die bei weniger dringlichen Vor-Ort-Untersuchungen positiv bewertet wurden. Die medizinische Betreuung der Bewohner*innen hänge von der Bereitschaft und vom Engagement der betreuenden Hausärzt*innen ab. Häufig gebe es Absprachen und Kooperationen unter den Hausärzt*innen einer Region, um die Versorgung weiterhin sicherzustellen. Insgesamt berichten die Befragten von häufigem Wegfall geplanter Arztbesuche und Visiten insbesondere in den ersten Monaten. Dadurch fühlen sich die Befragten mit der

Betreuung in der gesundheitlichen Situation allein gelassen. Je länger die außergewöhnliche Lage anhielte, desto mehr käme die Bereitschaft der Hausärzt*innen zurück, in den Einrichtungen wieder die ärztliche Betreuung durchzuführen. Jedoch berichten die Befragten auch, dass die fachärztliche Betreuung je nach Region zum Teil „aussichtslos“ sei. Insbesondere wird die mangelnde zahnärztliche Versorgung hervorgehoben. Diese Berufsgruppe habe sich nach Aussagen der Befragten zu Beginn der Pandemie stark zurückgezogen und visitierte ihre Klient*innen und Bewohner*innen wenig zufriedenstellend: Inzwischen würde diese fachärztliche Versorgung „mittlerweile unter Flehen“ wieder gewährt.

In allen Einrichtungen musste die Einbindung von ehrenamtlich Tätigen ausgesetzt werden. Personen, die in den Einrichtungen ehrenamtlich mitwirken, sind sehr wichtig für die Bewohner*innen, deren Angehörige und für die Mitarbeiter*innen. Viele Angebote in den Bereichen Beschäftigung, Unterhaltung, Bewegung, aber auch Essen und Trinken bis hin zum Besuch von kirchlichen Veranstaltungen gäbe es oftmals nur dank der ehrenamtlichen Unterstützung. Die plötzliche Schließung der Einrichtungen haben zu einer abrupten Veränderung im Tagesablauf aller geführt. Die Leistungen konnten nicht „einfach ersetzt werden“; viele Mitarbeiter*innen beschrieben, dass sie sich konzeptionell neu aufstellen mussten. Hier stellte sich die Frage: „Was können wir stemmen, was geht nicht?“. Das Befassen mit den einzelnen Bereichen, die neu aufgestellt werden mussten, bereitete den Befragten aber auch Freude, und es wird davon berichtet, dass Pflegende es als sehr positiv empfunden haben, diese Bereiche im Umgang mit den Bewohner*innen wieder selbst zu entdecken und auszuführen. So sei man sich oftmals wieder neu begegnet. Allerdings sei die Zeit nach dem Sommer 2020, als die Inzidenzzahlen erneut stiegen, wieder so knapp, dass viele Angebote nicht mehr aufrechterhalten werden können.

Die Mitarbeiter*innen berichten, dass beinahe alle ehrenamtlich Tätigen bis heute ihr Engagement nicht wiederaufgenommen haben. Die nachvollziehbaren Gründe dafür seien ihr zu meist höheres Alter und die damit verbundenen Risiken und selbstverständlich auch die anhaltende Schließung der Einrichtung für den „Publikumsverkehr“. Es besteht eine große Sorge, ob die ehrenamtlich tätigen Personen im bisherigen Umfang nach der Pandemie wieder in ihrem Engagement zurückgewonnen werden können. Und es besteht die Sorge, dass die von diesem Engagement profitierenden Lebensbereiche für die Bewohner*innen auch weiterhin nicht in dem erforderlichen Maß durch Mitarbeiter*innen abgedeckt werden können. Dies habe für die Bewohner*innen eine starke negative Bedeutung: Die Folgen seien physischer, psychischer und spiritueller Art.

Je nach geographischer, kooperations- und situationsbezogener Lage kann die Versorgung durch weitere externe Dienstleister auf unterschiedlichem Niveau gewährleistet und sichergestellt werden. Die Zusammenarbeit wird von „sehr positiv“ bis „mangelhaft“ beschrieben. Um diese Versorgung in den Einrichtungen weiterhin so gut wie möglich zu gewährleisten, halten die Einrichtungen beispielsweise häufig die Persönliche Schutzausrüstung (PSA) für jene externen Dienstleister vor, die zwingend in der Einrichtung tätig sein müssen. Dies schaffe Vertrauen und sichere auch ab, dass die Dienstleistungen zuverlässig wieder angeboten werden. Oftmals werden aber auch neue Wege der Zusammenarbeit gesucht, insbesondere durch mediale Unterstützung. Vieles wird nun am Telefon, per Video oder online erledigt: „Alles was möglich war, wurde digital gemacht“. Die befragten Führungspersonen berichten, dass auch hier konzeptionell neue Wege eingeleitet werden mussten, Anpassungen in Abläufen und Verantwortlichkeiten erfolgen und damit neue Strukturen in der Zusammenarbeit herausgebildet werden. Wie bereits in anderen Bereichen beschrieben, fragen sich die verantwortlichen Führungspersonen im Jahresverlauf zunehmend, ob diese neuen Strukturen und Abläufe „Provisorien“ sind oder auch dauerhaft nach der Pandemie beibehalten werden.

Zeitraum Februar 2021 – Mai 2021

Die Zusammenarbeit und die Arbeit in den Einrichtungen haben sich zu Beginn des Jahres 2021 merklich normalisiert. Mit den Maßnahmen der Impfungen, dem Tragen der Masken und zuverlässigen Schnelltests können fast alle ärztlichen Untersuchungen gemacht werden, aber auch externe Dienstleister wieder in die Einrichtungen kommen und die Bewohner*innen adäquat versorgen. Dabei wird deutlich, dass viele der Dienstleister, Friseur*innen oder Physiotherapeut*innen viel nachzuholen haben. Dies ist nicht nur für die Bewohner*innen ein Weg zurück Richtung Normalität, sondern auch für die Mitarbeiter*innen und Führungskräfte, die viele der Aufgaben der Externen übernehmen mussten. Dies konnte in vielen Einrichtungen aber entsprechend der Personalauslastung oder Quarantänemaßnahmen nur bedingt geleistet werden. Durch die guten Hygiene- und Schutzmaßnahmen gab/gibt es derzeit aus Sicht der Befragten keinerlei Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Externen oder Ärzt*innen. Nur vereinzelt berichten Teilnehmende noch von den digital genutzten Möglichkeiten für Hausbesuche oder kleinere Untersuchungen. In den meisten Fällen wurden diese aber mit den Möglichkeiten des persönlichen Kontakts wieder stark reduziert oder ganz ausgesetzt.

Einige Einrichtungen berichten zudem davon, dass sie viel Unterstützung durch die Hausärzt*innen beim Thema Impfungen erfahren haben. Hier sei ein sehr großes Engagement zu spüren gewesen. Zum einen halfen viele niedergelassenen Ärzt*innen bei der Aufklärung und waren für Fragen der Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen oder Angehörigen offen. Vor allem

auch bei der vorab benötigten Dokumentation der Daten über die Bewohner*innen waren die Einrichtungen auch auf deren Hausärzt*innen angewiesen. Diese Zusammenarbeit sei aus Sicht der Mehrheit der Befragten sehr gut und problemlos verlaufen.

Viele Einrichtungen wünschen sich, dass auch die ehrenamtlich Tätigen wieder zurück in die Einrichtungen kommen. Hier stehen vor allem soziale Kontakt, Beziehungsangebote und auch eine eventuelle Öffnung beispielsweise von hausinternen Cafés im Vordergrund. Die Befragten wünschen sich dies in erster Linie, um den Bewohner*innen wieder mehr soziales Miteinander bieten zu können, aber auch eine Entlastung aller Mitarbeiter*innen wird dadurch angestrebt. Vor dem Hintergrund der hohen Impfquoten ist eine dauerhafte Öffnung unter weiterlaufenden Hygiene- und Schutzmaßnahmen aus der Sicht vieler Einrichtungen und Führungspersonen sehr wünschenswert.

4.1.10 Umgang mit Informationen, Regelungen und Vorgaben sowie deren Umsetzung in den Einrichtungen

Erste und zweite Corona-Welle (März 2020 – Januar 2021)

Die Führungspersonen (ambulant und stationär) berichteten davon, dass sie von Beginn der Pandemie an mit Vorgaben, Regelungen und vielschichtigen Informationen „konfrontiert“ und „überschwemmt“ waren und vor die nicht zu bewältigende Aufgabe gestellt wurden, diese weitreichenden und zugleich spezifischen und tagesaktuellen Informationen in der Relevanz zu verstehen, einzuordnen und nutzbar zu machen. Dabei kam es nach den Berichten der Teilnehmenden immer wieder zu dem Ärgernis, dass sich Informationen widersprochen und nicht etwa ergänzt haben. Erst ab dem Sommer stellte sich eine gewisse Übersichtlichkeit ein; die nun klareren und konsistenten Vorgaben und die Aktivitäten der Task Force Langzeitpflege führten allmählich zu einer größeren Sicherheit im Umgang mit den noch immer sehr komplexen Regelungen und Vorgaben. Jedoch bleibt bis heute bei einigen Befragten das Gefühl, dass sie noch immer nicht über alle einschlägigen Informationen verfügen und immer wieder diesen Informationen „nachlaufen“ müssen. Viele berichten von dem ständig vorhandenen Gefühl, wichtige Informationen und Details übersehen oder vergessen zu haben. Zugleich seien insbesondere in den ersten Wochen und Monaten bis zum Sommer Verordnungen aus den Ministerien plötzlich und unerwartet erfolgt, und die Einrichtungen seien nicht in der Lage gewesen, so rasch zu reagieren. Es lässt sich auch konstatieren, dass häufig kleinere Einrichtungen, die zumeist über weniger personell-organisatorische Ressourcen verfügen, mit dieser besonderen Last zu kämpfen hatten, hingegen größere Träger die außerordentliche Flut an

Informationen tendenziell besser meisterten, da hier auf bessere strukturelle Gegebenheiten zurückgegriffen werden kann.

In besonderer Erinnerung waren vielen Führungspersonen die Presseberichte zur Öffnung der stationären Pflegeeinrichtungen für Angehörige und die plötzliche Aufhebung der Ausgangsbeschränkungen für die Bewohner*innen. In diesem Zusammenhang ist ein Schreiben des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration an einem Freitagnachmittag an die Einrichtungen ergangen, so dass sich die Personen kaum oder nur sehr schwer darauf einstellen konnten. Allerdings berichteten die Führungspersonen hier auch, dass sie dies ihren Trägervertretern mitgeteilt haben und daraufhin derartig schwierige Situationen nicht mehr entstanden sind. Die Zusammenarbeit insbesondere mit dem Ministerium habe sich hier bis zum Sommer klar stabilisiert.

Die teilnehmenden Führungspersonen berichteten davon, dass sie einige der beschlossenen Maßnahmen und Verordnungen nur schwer oder überhaupt nicht in die Praxis umsetzen konnten und sie oftmals einen eigenen Weg im Umgang mit den daraus potentiell erwachsenen Konflikten suchen. Das hier vorangestellte Zitat eines Teilnehmenden soll die Einschätzung verdeutlichen, dass viele Teilnehmende das Gefühl hatten, dass die Regelungen nicht immer auf die Einrichtungen und deren Realitäten ausgerichtet sind und daher die umfangreichen Konflikte bei der Umsetzung der Vorgaben vorprogrammiert sind. „Warum fragt uns keiner“ – kann ergänzt werden um die Worte: „Warum fragt uns keiner, was wir brauchen, um hier vor Ort zurecht zu kommen?“. Folgende Themen bzw. Forderungen wurden dazu angesprochen:

- Verständliche Zusammenfassung sowie Vereinheitlichen der wichtigsten aktuellen Informationen in möglichst einem Dokument – möglicherweise auch auf Bundes- und Länderebene
- Verständliches und verlässliches Zusammenfassen von Veränderungen bei Neuerlass von Verordnungen
- Verständliches Zusammenfassen der einrichtungsspezifischen Informationen
- Hinweise, wie die erlassenen Maßnahmen unter verschiedenen Einrichtungsbedingungen (z. B. Demenzerkrankte, psychiatrisch erkrankte Personen) umgesetzt werden können
- Hinweise auf das Vorgehen bei inkonsistenten Vorgaben, z. B. bei sich widersprechenden Vorgaben des RKI, der Berufsgenossenschaft oder des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Zusammenfassend lässt sich resümieren, dass die Mehrheit der Befragten einheitliche, einfache, konkrete und umsetzbare Vorgaben wünscht. Vor allem kleine Einrichtungen oder auch Einrichtungen mit hohen Personalausfällen müssen immer in der Lage sein, aktualisierte Verordnungen ordnungsgemäß umzusetzen. Klare Handlungsanweisungen, die „eins zu eins“ auch an die Mitarbeiter*innen oder Angehörigen weitergeleitet werden können, vereinfachen die Umsetzung und Konzeptanpassung. Das zusätzliche Arbeitsaufkommen durch die Übersetzung der Verordnungen für Mitarbeiter*innen könnte somit stark reduziert werden, wenn nicht sogar ganz wegfallen. Die Idee, „einfach mal in den Einrichtungen nachfragen“ würde solche kleinen Forderungen aufdecken, die mit relativ wenig Aufwand auch umgesetzt werden könnten. Auch für eine aktivere Zusammenarbeit zwischen den Trägern wird von Einrichtungsseite aus plädiert. Ein Zugewinn für alle wäre sicher.

Zeitraum Februar 2021 – Mai 2021

In den Interviews aus dem Zeitraum Februar bis Mai 2021 berichten die Befragten noch immer von zu vielen und oftmals zu kurzfristigen Verordnungen, Beschlüssen und Maßnahmen. Die Befragten bemerkten, dass sie den Eindruck haben, dass einige – oft sehr schnell gefassten Beschlüsse – zu tatsächlichen Folgen oder Konsequenzen für die Einrichtungen führen, die von den Entscheidungsgebern nicht umfänglich überblickt worden sind. Dies wird als zusätzlich belastend beschrieben. Auch seien nicht alle Beschlüsse/Verordnungen rasch umsetzbar gewesen und man habe längere Zeiträume zur „alltagstauglichen Umsetzung“ benötigt. Dabei sei es oftmals auch wichtig zu erkennen, dass die Einrichtungen sehr heterogen sind. Deshalb wünschen sich die Befragten, dass sie bei den Entscheidungen mit einbezogen, beziehungsweise besser vertreten werden. Die Befragten sprechen auch an, dass sie gerne von den Umsetzungskonzepten anderer Einrichtungen profitieren würden und wünschen sich daher einen verbesserten Austausch untereinander. Insgesamt wünschen sich die Befragten mehr Kommunikation und Kooperation und einen besseren Einbezug in die Entscheidungen um die Maßnahmen. So fordern einige Befragte, dass sie auf dem Weg der Normalisierung und des Abflachens der Pandemie an den Entscheidungen rund um die Lockerungen beteiligt werden.

4.1.11 Explizite Anliegen, Wünsche und Forderungen

Die Teilnehmenden haben sich über die sehr prominent gestellte Frage in den Interviews zu meist gefreut, ließ sie doch Raum für Ideen und Themen, die bislang im Interview (noch) nicht ausreichend thematisiert werden konnten. Einige Teilnehmende aber waren auch verunsichert von der Frage und bezweifelten, ob es sinnvoll sei, dass sie sich hier äußern. Insgesamt hat uns die Bescheidenheit der Wünsche und Anliegen vor dem Hintergrund der beschriebenen, teilweise bedrückenden und oftmals nur schwer zu bewältigenden Situationen beeindruckt. Vor diesem Hintergrund bewerten wir die Wünsche und Anliegen als gewichtig. Sie haben möglicherweise auch viel damit zu tun, wie die Einrichtungen nach der Pandemie aufgestellt werden sollen. Für einige Befragte stellte sich hier die Frage, was aus der Pandemie zu lernen sei. Dieser Frage wollen wir als Forschungsteam auch in der zweiten Hälfte der Forschungsstudie nachgehen und sehen daher die hier dargestellten Ergebnisse als *Auftakt* dieser Analysen. Die Ergebnisse können hier leider wegen der kurzen Zeit zum Erstellen des Zwischenberichts nur stichwortartig zusammengefasst werden; es werden kurze Sätze wie Originalzitate in Anführungszeichen dargestellt, obwohl es sich hier mitunter auch um zusammengezogene Zitate handelt. Damit soll den Befragten eine gemeinsame Stimme gegeben werden. Die Aufzählung bildet keine Hierarchie in den Forderungen ab. Die Erklärungen der Anliegen, Wünsche und Forderungen erschließen sich aus den Darstellungen der ersten neun Kategorien. Beim Lesen fällt auf, dass es nur wenige widersprüchliche Anliegen gibt. Lediglich bei der Frage der Öffnung der Einrichtung für Besucher*innen und der Durchführung von Tests gibt es differierende Ansichten.

Wünsche/Anliegen. Zeitraum: Erste und zweite Corona-Welle (März 2020 – Januar 2021)

- „Aus der Krise lernen“
- „Klare, abgestimmte und einheitliche politische Vorgaben hinsichtlich des Infektionsschutzes“
- „Vorgaben, die zeitlich für die Einrichtungen umsetzbar sind“
- „Mehr Personal beziehungsweise ausreichende Personalausstattung zur Betreuung der Bewohner*innen unter den stark veränderten Arbeitsbedingungen sowie zur Umsetzung der Schutzauflagen, Hygienepläne und Testungen“
- „Ausbildung von mehr Pflegepersonal und allgemeine Anhebung des Personalschlüssels“
- „Verringerung des Personalleasings und der damit verbundenen unterschiedlichen monetären und arbeitsrechtlichen Bedingungen für das Personal“
- „Unterstützung aller Mitarbeiter*innen im Hinblick auf ihre Systemrelevanz in Bereichen der Kinderbetreuung, Bildung, Mobilität und Bezahlung“

- „Weiterentwicklung der Test- und Impfstrategien in Verbindung mit Personalkonzepten“
- „Durchdachte, abgestimmte und von den Trägern unterstützte Informationspolitik auf allen Ebenen“
- „Gezielte und umfassende Digitalisierung für die gesamte Einrichtung und die Bewohner*innenschaft“
- „Preisentwicklung von Schutzausrüstung staatlich steuern und die Beschaffung und Bevorratung zentral organisieren“
- „Verbesserung der konzeptionellen und operativen Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern und weiteren Behörden“
- „Konzeptionelle Unterstützung – und nicht nur Qualitätsprüfung – durch den Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekassen und die Heimaufsichten“
- „Entwicklung von neuen Kooperationsmodellen zwischen Einrichtungen und Trägern“
- „Kontinuierliche Befragung der Einrichtungen durch die politischen Entscheidungsträger“
- „Unterstützung der Pressearbeit durch die Trägerverbände“
- „Reaktivierung und Wiedereinbindung von ehrenamtlich Aktiven“
- „Keine Ausgangsbeschränkungen für Bewohne*innen bei einem erneuten Infektionsgeschehen“
- „Regelung der Öffnung der Einrichtungen in Abhängigkeit des Infektionsgeschehens“
- „Keine generellen Besuchsverbote für Bewohner*innen“.
- „Besondere Beachtung der Anliegen von dementiell erkrankten Menschen“
- „Verbesserte und zuverlässigere haus- und fachärztliche Versorgung“
- „Gesellschaftliches Wahrnehmen der Anliegen der stationären und ambulanten Langzeitpflege sowie ausgewogenere Darstellung ihrer Bedingungen und Strukturen“
- „Unterstützung der Einrichtungen in der Zeit nach der Pandemie zur Bewältigung ihrer Folgen“

Wünsche/Anliegen: Zeitraum: Februar 2021 – Mai 2021

- „Besuchermanagement nach Impfungen und guten Impfquoten anpassen.“
- „Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen sehnen sich nach Leben und Fröhlichkeit in der Einrichtung“. Veranstaltungen/Nutzung der Gemeinschaftsräume in den Einrichtungen wieder ermöglichen.
- „Testpflicht der Mitarbeiter*innen nach Impfung anpassen und Lockerung/Reduzierung der wöchentlichen Pflicht-Testungen“
- „Bürokratie und Verwaltungsaufwendungen reduzieren und langfristiger gestalten, um damit eine Normalisierung und Langfristigkeit der Arbeitsprozesse und Organisation zu gewährleisten.“

-
- „Möglichkeiten der Aufarbeitung der Pandemie und der Geschehnisse in den Einrichtungen – wie beispielsweise viele Todesfälle oder auch die Folgen von Erkrankungen (Long-Covid) – für alle Akteursgruppen.“ Dazu benötigen auch Leitungskräfte Ansprechpartner*innen und Angebote sowie finanzielle Unterstützung.
 - Viele Befragte wünschen sich „weniger Eingreifen in den Alltag, in die Abläufe der Pflege“. „Durch ständige Kontrollen und Regelungen geht immer mehr die Wärme in den Häusern verloren.“ „Jede Einrichtung ist anders und kann nur schwer mit einer anderen verglichen werden – beispielsweise bauliche Gegebenheiten, Personalbesetzung, Größe der Einrichtung, Anzahl der Bewohner*innen, u.v.m.“
 - Aus der Krise soll mitgenommen werden: häufiger in den Einrichtungen nachfragen, nicht nur „von oben“ entscheiden! Was ist sinnvoll für den Arbeitsalltag? Wie lassen sich Verordnungen oder auch Hygienemaßnahmen geeignet umsetzen? Wie sieht die Praxis aus und wie können in die Praxis Neuerungen/kurzzeitige Änderungen integriert werden, ohne immer die gesamten Praxisabläufe ändern zu müssen?
 - Erreichbarkeit von Behörden und Ämtern muss trotz Home-Office und den besonderen Krisenzeiten gesichert werden. Abläufe und Fragen können so oft nur „verschleppt“ bearbeitet und beantwortet werden. Bis dahin haben wir uns schon etwas überlegt oder einfach andere Einrichtungen gefragt.“ Dazu kommt der Wunsch: „Bürokratie muss in Krisenzeiten vereinfacht und auf das nötigste minimiert werden, nicht noch verkomplizieren und zu Mehrarbeit führen.“
 - Größere Beachtung des ambulanten Bereichs: „Vor allem bei Verordnungen und Maßnahmen wird der ambulante Sektor nicht oder zu gering beachtet. Viele Arbeitsprozesse, Abläufe und auch der Kontakt zu den Kund*innen sind anders als im stationären Bereich.“
 - Mehr Digitalisierung fördern und den Einrichtungen entsprechende Angebote machen. Durch digitale Strukturen können Abläufe deutlich vereinfacht und schneller erledigt werden. „Auch bei auszufüllenden Listen und Anträgen vonseiten der Behörden sollen die digitalen Angebote erweitert werden. Meist bestehen Tabellen/Erfassungen bereits, müssen dann aber aufwendig in die vorgegebenen Formulare übertragen werden. Digitalisierung soll nicht Mehrarbeit bedeuten.“
 - „Aufklärung der Gesellschaft über die (Alten-)Pflege.“
 - Ehrenamtliche Arbeit muss dringend wieder ermöglicht werden: „Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen sind ein wichtiger Teil für die Arbeit und auch für die sozialen Programme in den Einrichtungen.“
 - Neuerungen und Umsetzung der Versprechungen für die Pflegeberufe zeitnah und tatsächlich umsetzen. Hier werden in vielen Fällen langfristige Konzepte zum Entgegenwirken von Fachkräftemangel usw. gefordert.

4.2 Ergebnisse der quantitativen Befragung

4.2.1 Vorbemerkungen

Die Darstellung der folgenden Ergebnisse richtet sich nach dem Aufbau und den Fragen der Online-Befragung (vgl. Fragenbogen im Anhang). Wie bereits dargestellt steht eine beschreibende/deskriptive Statistik im Vordergrund. Einige Fragen wurden offen gestellt, und die umfangreichen Antworten werden in geclusterter Form dargestellt. Einige umfangreiche Antworten werden im Originalzitat erhalten. Dabei ist außerdem zu beachten, dass die von uns geformten Cluster auf eine hohe Diversität der Antworten aller Teilnehmer*innen aufbauen. So ist zu betonen, dass die schriftlichen Aussagen in der Online-Befragung mitunter stichpunktartig oder auch länger formuliert sind und daher sehr heterogen hinsichtlich des Abstraktionsgrades sind. Die Cluster in der Ergebnisdarstellung sind deshalb eher eine Zusammenfassung unterschiedlichster Ebenen, Akteure und Komplexitäten. Dabei wurde dennoch sehr darauf geachtet, möglichst alle Aspekte und Blickwinkel der Teilnehmer*innen zu beachten bzw. wiederzugeben und in die Cluster miteinzubringen.

Aufgrund der starken Verbindung der qualitativen und quantitativen Befragung komplementieren sich die Ergebnisse und zeigen, in welchen Bereichen die Daten als insgesamt gesättigt angesehen werden können. Zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse werden deshalb auch Ergebnisse der qualitativen Befragung themenspezifisch nochmals zusammengefasst dargestellt, auch um zu verdeutlichen, ob und wie die Ergebnisse des qualitativen und quantitativen Teils der Studie korrelieren.

4.2.2 Ergebnisdarstellung

4.2.2.1 Rahmendaten

Von den 490 Teilnehmer*innen sind 73 % (357) weiblich und 27 % (133) männlich. Die größte Gruppe der Teilnehmer*innen ist zwischen 41 und 60 Jahre alt (56 %). Rund 30 % der Beteiligten sind im Alter von 25 bis 40 Jahre. Nur etwa 19 Teilnehmer*innen sind jünger als 25 Jahre und 47 Beteiligte älter als 60 Jahre. Fünf Personen machten keine Angaben zum Alter.

Zu den Rahmendaten gehören auch die Zugehörigkeit zu einer Tätigkeitsgruppe, in welchem Beschäftigungsumfang die Teilnehmer*innen arbeiten, wie viele Jahre der Berufszugehörigkeit gezählt werden können und ob die Teilnehmer*innen im ambulanten oder stationären Bereich der Langzeitpflege arbeiten. Die meisten Teilnehmer*innen sind Mitarbeiter*innen aus der Leitungsebene. Rund 57 % sind Führungskräfte, also auch Bereichs-, Wohn-, Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung. 21 % (105) Beteiligte gehen einer pflegerischen Tätigkeit

nach, 10 % (48) sind in der Verwaltung tätig. Außerdem haben sich Personen aus der betreu-
erischen Tätigkeit (5 %) und der Hauswirtschaft (2 %) an der Befragung beteiligt. Zudem ord-
nen sich 4 % (22 Personen) einer anderen Tätigkeit in einer Einrichtung zu. Rund 70 % der
Teilnehmer*innen arbeiten Vollzeit, etwas weniger als 30 % sind in einem Teilzeit-Arbeitsver-
hältnis angestellt. Ähnlich verhält sich das Verhältnis der Teilnehmer*innen bei der Zuordnung
in den ambulanten oder stationären Bereich der Langzeitpflege. Dabei sind rund 70 % der
Beteiligten in der stationären Langzeitpflege, 30 % sind im ambulanten Bereich tätig. 73 %
(358 Personen), haben dabei mehr als zehn Jahre Berufserfahrung. Etwa 100 Teilnehmer*in-
nen (21 %) sind zwischen drei und zehn Jahren dem Bereich der Pflege zugehörig, nur rund 6
% geben eine Berufszugehörigkeit von unter drei Jahren an.

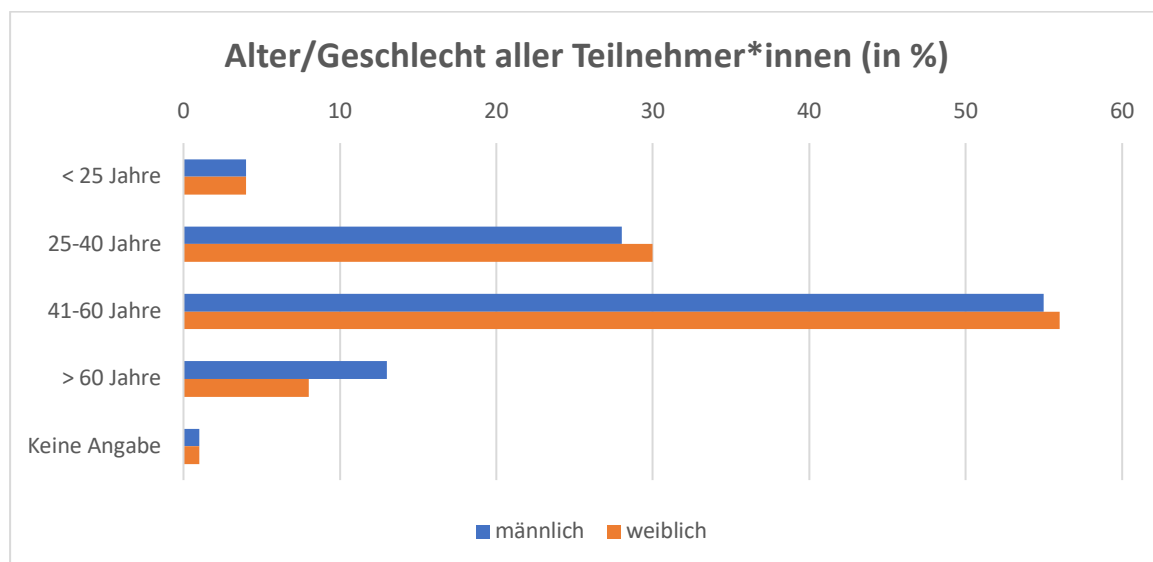


Abb. 16: Verteilung der Befragten nach Alter und Geschlecht (eigene Darstellung 2021)

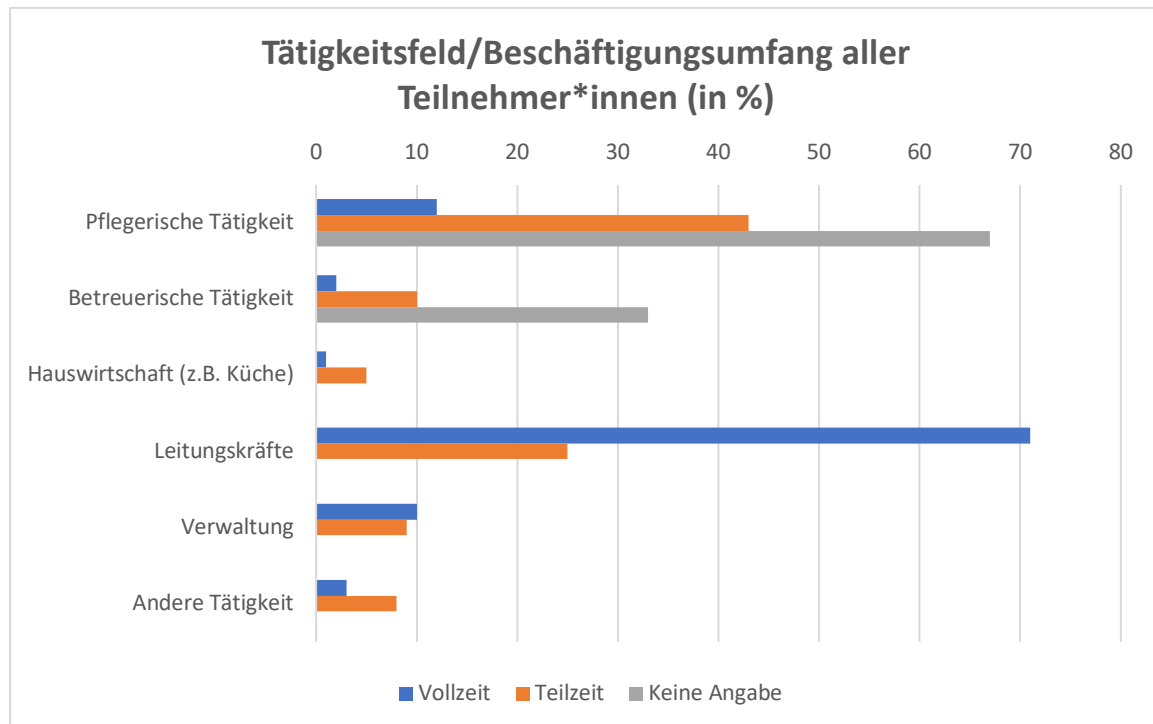


Abb. 17: Verteilung nach Beschäftigungsumfang und Bereich der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2021)

Die meisten der Teilnehmenden – rund 33 % – geben an, für einen kirchlichen Träger zu arbeiten. 16 bzw. 17 % der Teilnehmer*innen arbeiten in einer Einrichtung, die eine Stiftung oder einen Verein als Träger haben.

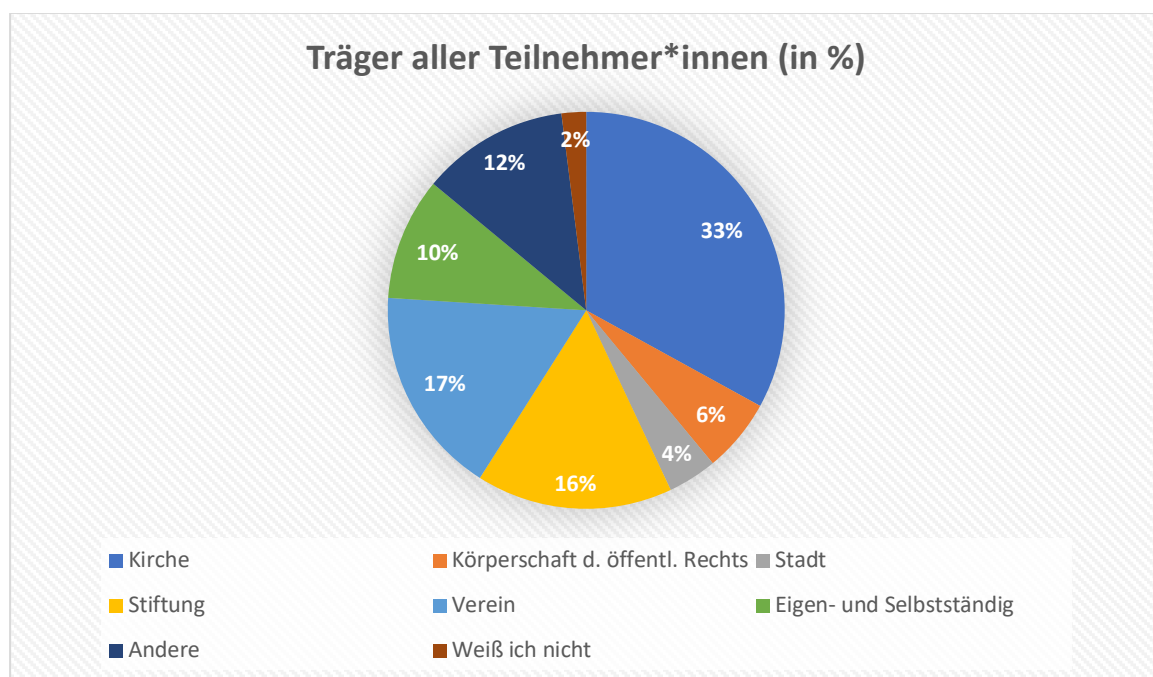


Abb. 18: Verteilung der zugehörigen Träger der Befragten (eigene Darstellung 2021)

Außerdem wurde die Frage nach der Größe der Einrichtung gestellt. Dabei sind alle Gruppen von Einrichtungsgrößen vertreten. Sehr kleine und sehr große Einrichtungen/Dienste sind dabei weniger vertreten. Hier werden aber auch die Unterschiede zwischen den ambulanten Diensten und den stationären Einrichtungen ersichtlich: Ambulante Dienste haben dabei meist mehr Kund*innen; die Verteilung der stationären Einrichtungen tendiert eher in die Richtung von wenigen Bewohner*innen.

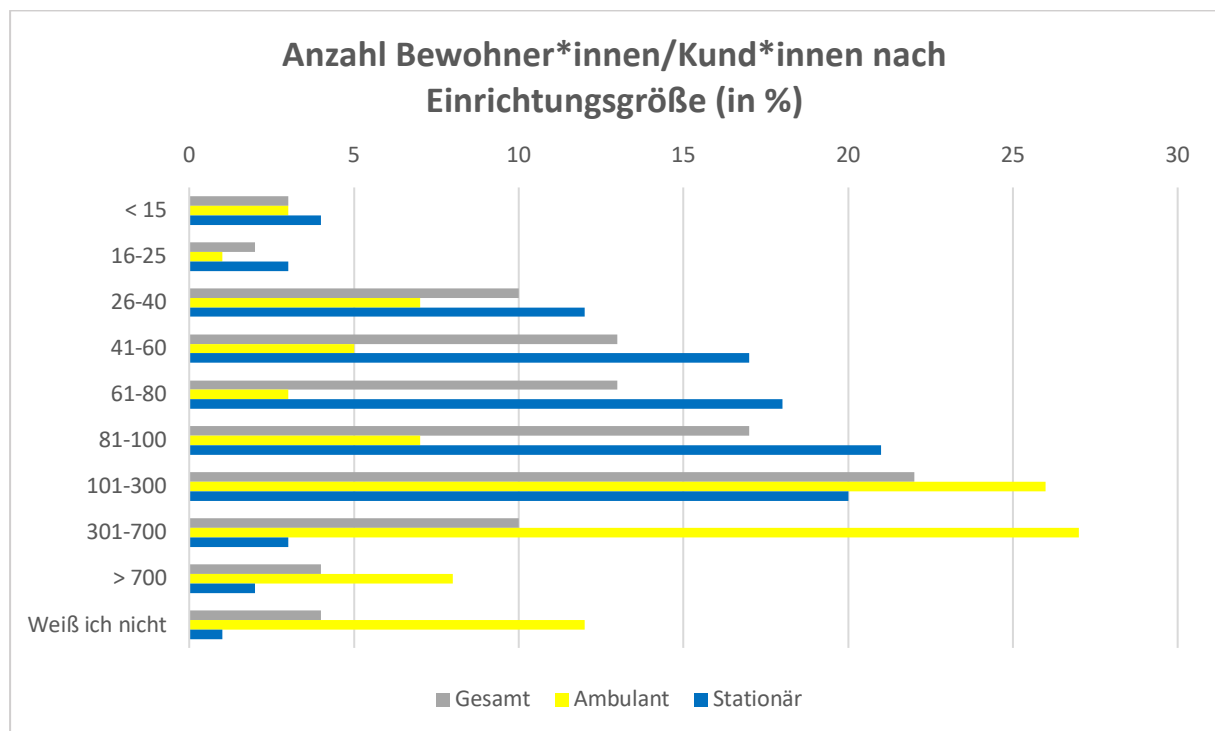


Abb. 19: Verteilung nach Einrichtungsgröße und Bereich der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2021)

97 % der Befragten arbeiten in Baden-Württemberg, 1 % in Bayern und Hessen. Dabei sind die Einrichtungen wie folgt gelegen:

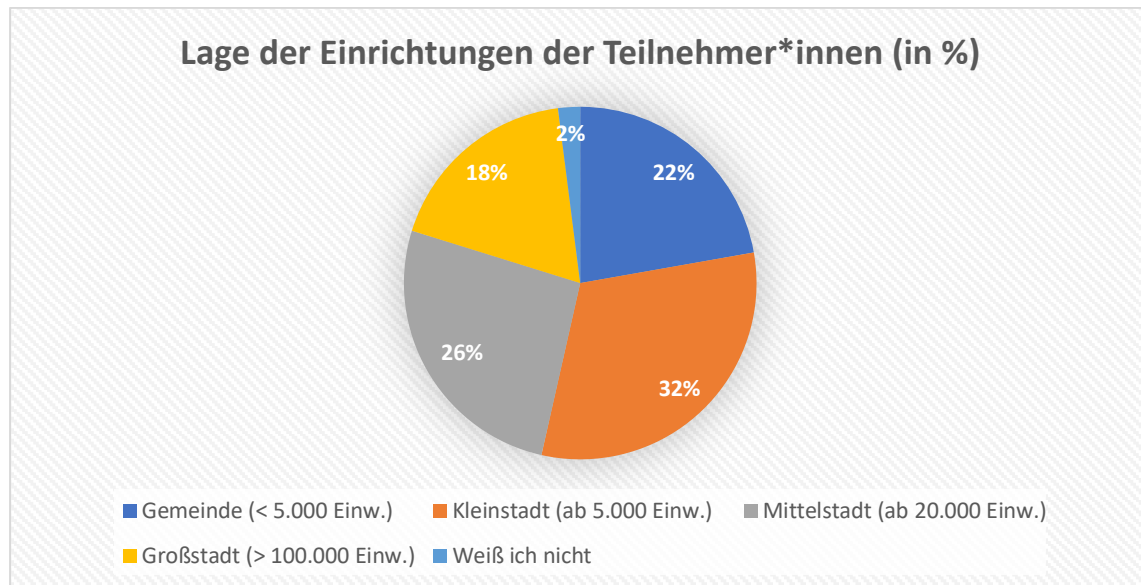


Abb. 20: Verteilung der Lage der Einrichtungen, in denen die Teilnehmer*innen tätig sind (eigene Darstellung 2021)

Aus den qualitativen Interviews geht hervor, dass Einrichtungen während der Pandemie mitunter eine Aufnahme neuer Kund*innen und Bewohner*innen ausgesetzt haben. Daher wurde in der Online-Befragung die Frage gestellt, wie ausgelastet die Einrichtung während der drei definierten Pandemie-Wellen waren. Die quantitative Befragung zeigt, dass viele Einrichtungen/Dienste nicht alle Plätze belegt hatten; vor allem in der zweiten Welle zwischen September 2020 und Februar 2021 wurden weniger Bewohner*innen/Kund*innen betreut, als es für die stationäre Pflegeeinrichtung oder den ambulanten Pflegedienst möglich gewesen wäre.

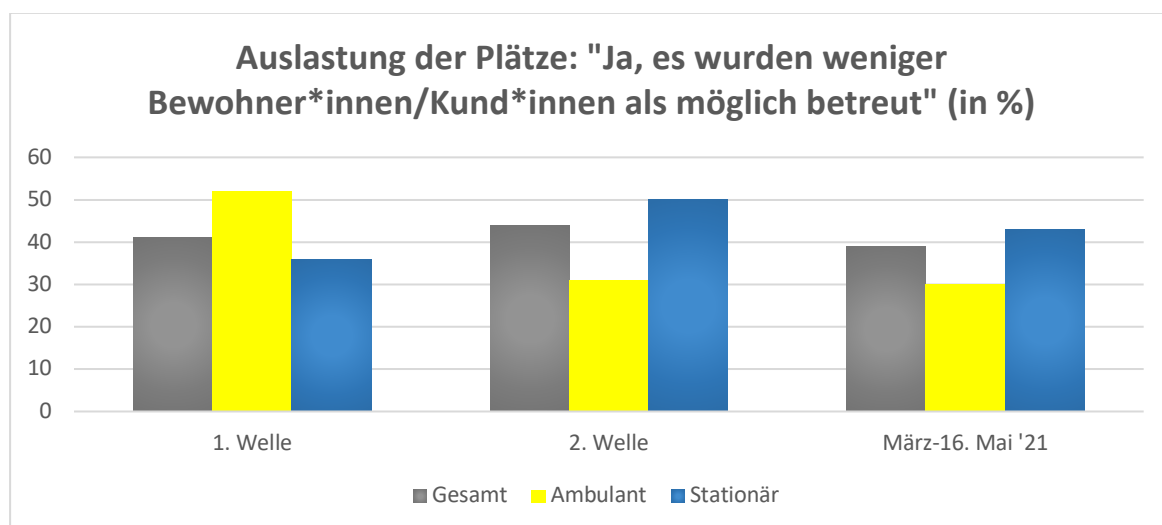


Abb. 21: Darstellung der geringeren Auslastung der Betten/Plätze während der Pandemie. Zu sehen ist, ob ein*e Teilnehmer*in die Frage mit „Ja, es wurden weniger Bewohner*innen/Kund*innen als möglich betreut“ bejaht hat (eigene Darstellung 2021)

Der Vergleich zwischen den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen zeigt, dass ambulante Dienste eher in der ersten Welle (März-August 2020) weniger Kund*innen betreuten. Die stationären Einrichtungen haben hingegen eher in der zweiten Welle (September 2020–Februar 2021) und aktuell (seit März 2021) weniger Bewohner*innen in Betreuung als möglich wären. In den Interviews wurde der Rückgang der ambulant betreuten Kund*innen häufig damit erklärt, dass viele Kund*innen und Angehörige zu Beginn der Pandemie größere Angst vor einer Ansteckung hatten. Im Laufe der Pandemie wurde dann vielen Kund*innen und Angehörigen klar, wie wichtig die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes für sie sind und auch, wie angewiesen sie darauf sind. Die Interviewten berichten von einem „Zurückkommen“ und der häufigen Wiederaufnahme des Dienstes im Sommer 2020. Dies wird durch die vorliegenden Daten der Online-Befragung bestärkt. Im stationären Bereich der Langzeitpflege gab es lange Zeit einen Aufnahmestopp neuer Bewohner*innen, was sich dann auf die Auslastung der Plätze ab Herbst 2020 auswirkte.

4.2.2.2 Betroffenheit der Einrichtung

Um ein Bild über die Betroffenheit der Einrichtungen zu erhalten, wurde in diesem Teil der Befragung danach gefragt, ob es Infizierte oder Ausbrüche in der Einrichtung gab und wenn ja, wer genau infiziert war. Dabei wird deutlich, dass es bei 75 % der Teilnehmer*innen mindestens einen Infizierten oder einen Ausbruch in der Einrichtung oder im Dienst gab. Rund 25 % der Teilnehmer*innen geben an, dass es keine Infektion in der Einrichtung oder im ambulanten Dienst gegeben habe. Bei der Betrachtung der Betroffenen wird auch hier ersichtlich, dass die zweite Welle sehr viel mehr Auswirkungen hatte. In der folgenden Darstellung werden die Unterschiede zwischen den Pandemie-Wellen deutlich:

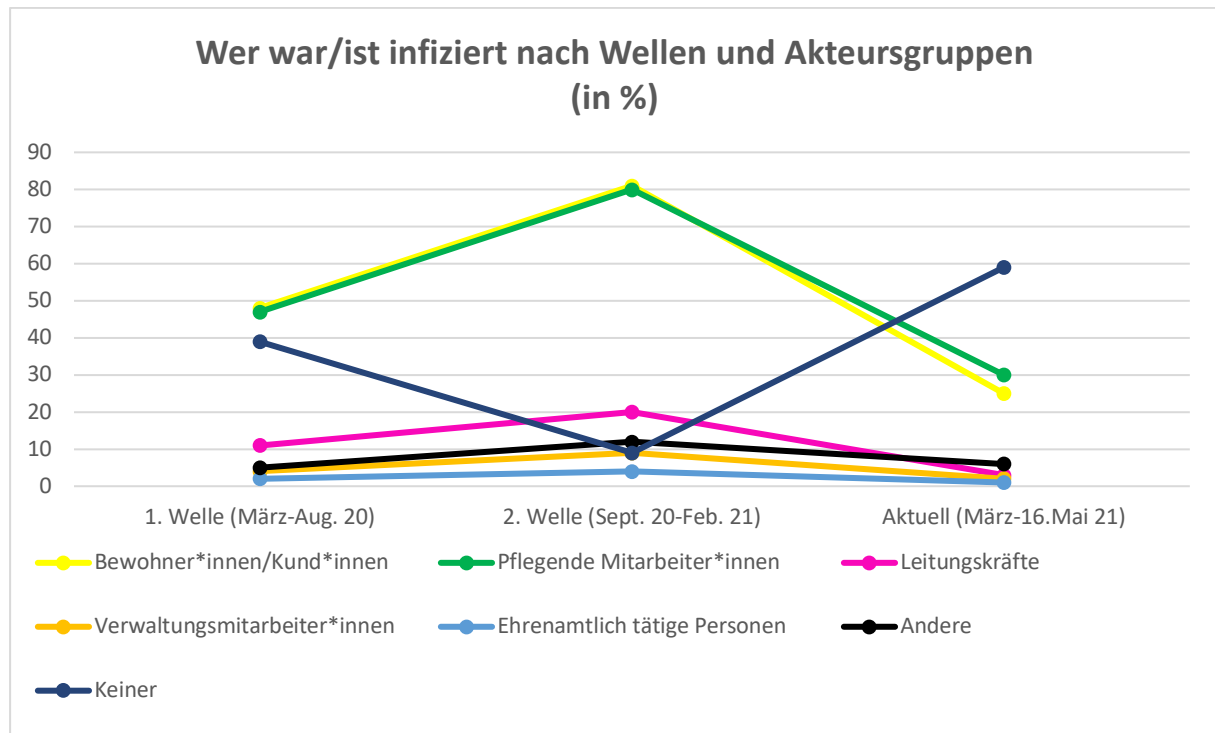


Abb. 22: Verteilung der infizierten Akteursgruppen im Verlauf der Pandemie, der in drei Zeiträume geteilt wird: 1. Welle = März bis August 2020, 2. Welle = September 2020 bis Februar 2021 und Aktuell = März bis 16. Mai 2021 (eigene Darstellung 2021)

So geben die Teilnehmer*innen an, dass in der ersten Welle und ab März 2021 in 39 % bzw. 59 % der Einrichtungen keine Person infiziert war. In der zweiten Welle war lediglich in 9 % der Einrichtungen niemand infiziert. Die „Wucht“ der zweiten Pandemie-Welle wird hier besonders deutlich. Ersichtlich wird dabei auch, dass vor allem Bewohner*innen, Kund*innen und Mitarbeitende aus der Pflege infiziert waren. Die stark rückläufigen Infektionszahlen ab März 2021 können zudem den Impfungen und den hohen Impfquoten zugeordnet werden. Im Vergleich zwischen dem ambulanten und stationären Bereich wird ersichtlich, dass im ambulanten Bereich in Relation weniger Mitarbeiter*innen als Kund*innen infiziert waren.

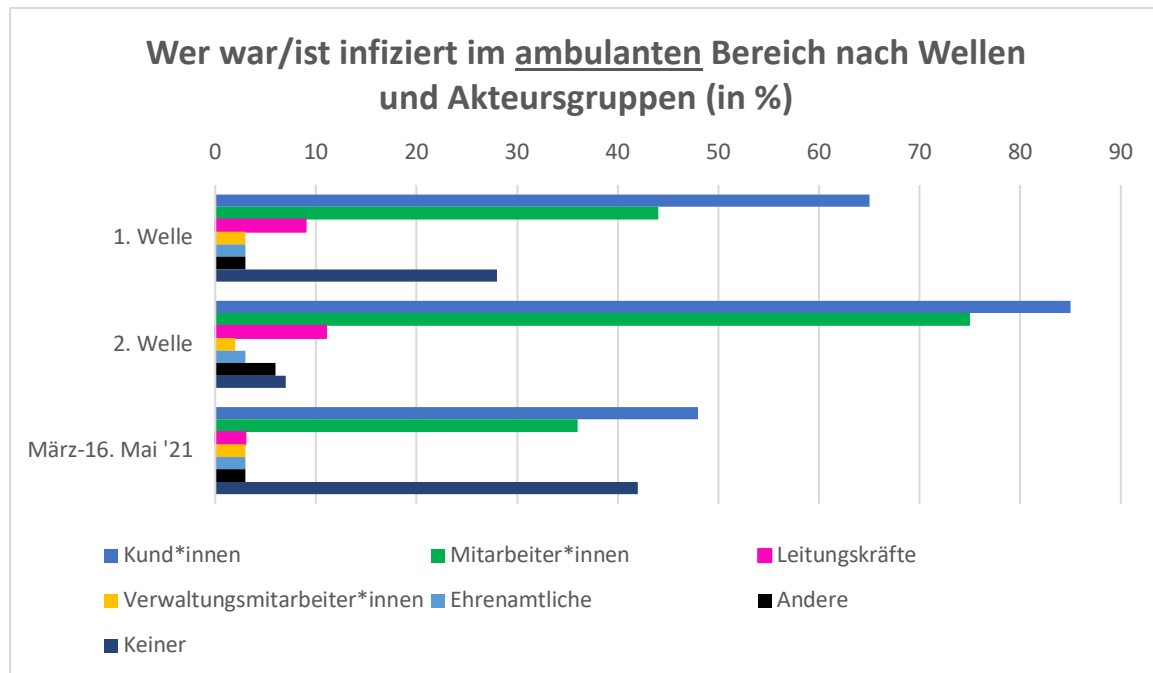


Abb. 23: Verteilung der infizierten Akteursgruppen des ambulanten Bereichs im Verlauf der Pandemie, der in drei Zeiträume geteilt wird (eigene Darstellung 2021)

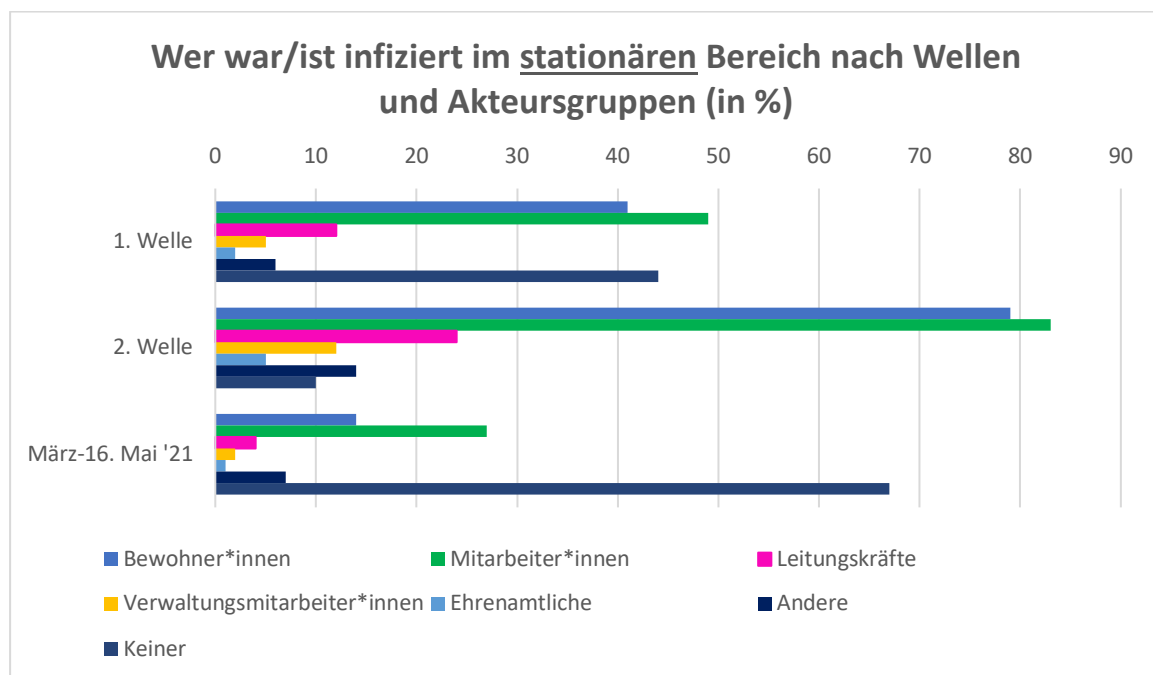


Abb. 24: Verteilung der infizierten Akteursgruppen des stationären Bereichs im Verlauf der Pandemie, der in drei Zeiträume geteilt wird (eigene Darstellung 2021)

51 % der Teilnehmenden geben zudem an, dass Bewohner*innen/Kund*innen an einer SARS-CoV-2 Erkrankung gestorben sind.

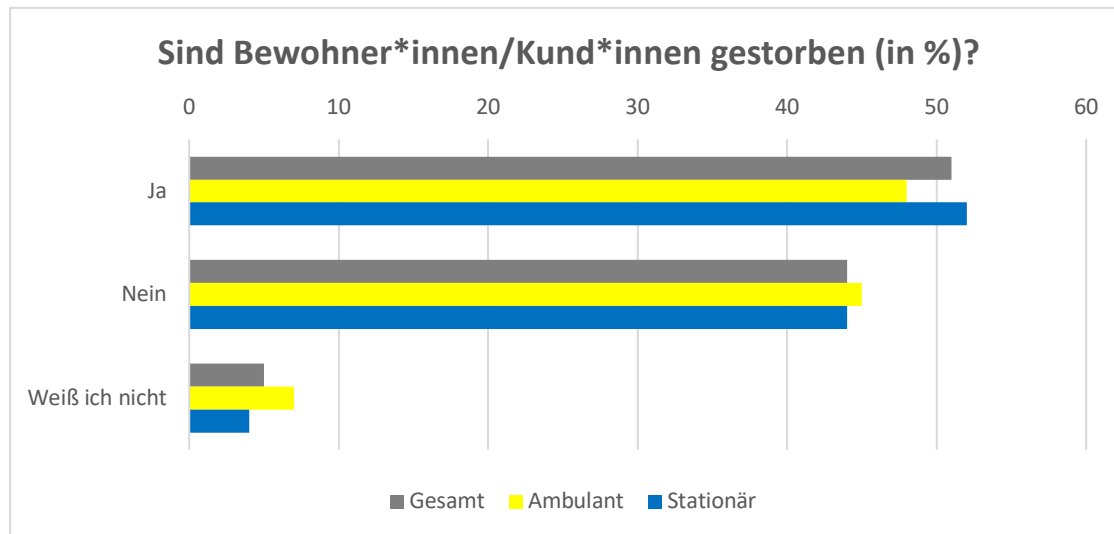


Abb. 25: Verteilung der Teilnehmer*innen, die angeben, ob mindestens ein*e Bewohner*in/Kund*in an einer SARS-CoV-2 Erkrankung gestorben ist (eigene Darstellung 2021)

3 % (13 Teilnehmer*innen) der Befragten äußern, dass Kolleg*innen oder Mitarbeiter*innen ihrer Einrichtung an einer Covid-Erkrankung gestorben sind. Dabei kann aus den Daten allerdings nicht nachvollzogen werden, ob Befragte aus derselben Einrichtung stammen. Selbst infiziert waren unter allen Teilnehmer*innen der Online-Befragung 11 %, also 52 Personen.

Die Teilnehmer*innen der Online-Umfrage konnten zudem angeben, welche Akteure außerdem infiziert waren (36 Angaben zu „Andere“): Neben den Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen waren auch externe Akteure wie Reinigungskräfte, Handwerker, Hausmeister, freiwillige Helfer*innen, Mitarbeiter*innen aus der Küche, aber auch Angehörige der Bewohner*innen infiziert. Hier wird vor allem die Wichtigkeit von Testungen beim Betreten der Einrichtung unterstrichen. Auch in den Interviews wird häufig darauf hingewiesen, dass durch die Testungen viele (symptomfreie) Infizierte identifiziert wurden und so nicht in die Einrichtung gelangten.

Interessant ist, dass es zugleich nur wenige andere Krankheiten – wie zum Beispiel Norovirus-Infektionen – in den Einrichtungen gibt/gab. Auch hier bestätigen diese Angaben in der Online-Befragung die Aussagen der Interviews. Es gab laut den Aussagen der Teilnehmer*innen sehr viel weniger Krankheitstage aller Mitarbeiter*innen, aber auch sehr viel weniger andere Krankheitswellen in den Einrichtungen. Dies ist sehr wahrscheinlich auf die strengen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen zurückzuführen, die in den Einrichtungen seit Beginn der Pandemie umzusetzen sind. Hieraus schließen viele Interviewte, dass Maßnahmen wie unter

anderem das Tragen von Masken auch in Zukunft beispielsweise in Jahreszeiten der Grippe-
welle umgesetzt werden könnten.

4.2.2.3 Bewohner*innen und Kund*innen

Anhand der Interviews mit Pflegenden wurde deutlich, dass sich die Pflegeorganisation und auch die Pflegearbeit verändert und der Krisensituation angepasst haben. So geben 60 % der Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich an, dass die pflegerischen Angebote wie geplant durchgeführt werden konnten. Nur 49 % der Teilnehmer*innen (167 Personen) aus den stationären Einrichtungen bejahen diese Frage. Gründe dafür, dass die pflegerischen Angebote nicht wie geplant durchgeführt werden können, lassen sich aus den 180 Erläuterungen der Teilnehmer*innen in folgenden Clustern darstellen:

**Frage 3.1/3.2: Haben Sie den Eindruck, dass die pflegerischen Angebote für die Bewohner*innen/Kund*innen während der Pandemie wie geplant durchgeführt werden konnten? Wenn nein, bitte erläutern kurz mögliche Gründe.
(180 Beiträge)**

Personalmangel	
- Quarantäne	- Zeitarbeitsfirmen-Mitarbeiter*innen
- Krankheitsausfälle	müssen erst eingeführt werden
- Freistellung wegen Angst vor Ansteckung	- Mehr Aufgaben bei weniger Personal
- Absage von Betreuungskräften zur Unterstützung	- Hoher Zeitdruck
- Keine Ehrenamtlichen oder Angehörigen	- Reorganisation der Arbeitsabläufe, zu wenig Personal, um dies aufzufangen
- Freistellungen bei Verweigerung der Einhaltung der Maßnahmen	- z. T. durch weniger Zeit, nur eingeschränkte pflegerische Tätigkeiten regelmäßig machbar (bspw. duschen)
Schutz- und Hygienemaßnahmen	
- Hoher Aufwand durch Trennung von Gruppen	- Informationsflut
- Distanz zu Bewohner*innen und Tragen der PSA zeitaufwendiger	- Viele Kund*innen verzichten auf Dienst
	- Betreuung in Isolation viel zeitintensiver

- Einrichtungen geschlossen laut Verordnung, d.h., weniger Unterstützung von außen - Hoher Pflegeaufwand durch Tests und Screening - Ständige Reorganisation des Arbeitsalltags	- Möglichkeiten der Aktivierung von Bewohner*innen sehr beschränkt - Gemeinschaftsräume nicht nutzbar - Wohnbereichsbezogene Arbeit - Einstellung von Hauswirtschaft & Betreuung - Räumlicher & zeitlicher (Mehr-)Aufwand
Mehrarbeit, geänderte Arbeitsabläufe und -prozesse	
- Quarantäne von Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen - Fehlende Angehörigen-Arbeit - Intensivere Kommunikation mit Angehörigen - Ständig müssen neue Infos eingearbeitet werden	- Testungen und Besuchsmanagement - Kund*innen brauchen mehr Zuneigung - Auch nach Pandemie muss viel aufgearbeitet werden - Übernahme von bisher selbst Erledigtem (von Bewohner*innen) - Veränderte Tourenabläufe
Angst, psychische Belastungen bei Bewohner*innen/Kund*innen	
- Angst vor Ansteckung - Angst vor Nähe - Unsicherheit bei Kund*innen und Angehörigen - Intensivere Schutzmaßnahmen - Angstzustände bei Kund*innen durch Einsamkeit und wenig Kontakte nach außen	- Ständige Arztbesuche und Isolationen - Hoher Gesprächsbedarf durch Maßnahmen - Soziale Isolation von Bewohner*innen, Kund*innen, Mitarbeiter*innen und Angehörigen - Wegfall von externen Dritten

Eine Veränderung der Pflegeprobleme nehmen Teilnehmer*innen aus dem ambulanten und aus dem stationären Bereich gleichermaßen wahr: 58 % aller Befragten bestätigen eine Veränderung der Pflegeprobleme. Pflegenden Mitarbeiter*innen und Betreuungskräfte nehmen diese Veränderung dabei noch etwas stärker wahr (59 %) als Leitungs- und Verwaltungskräfte (56 %).

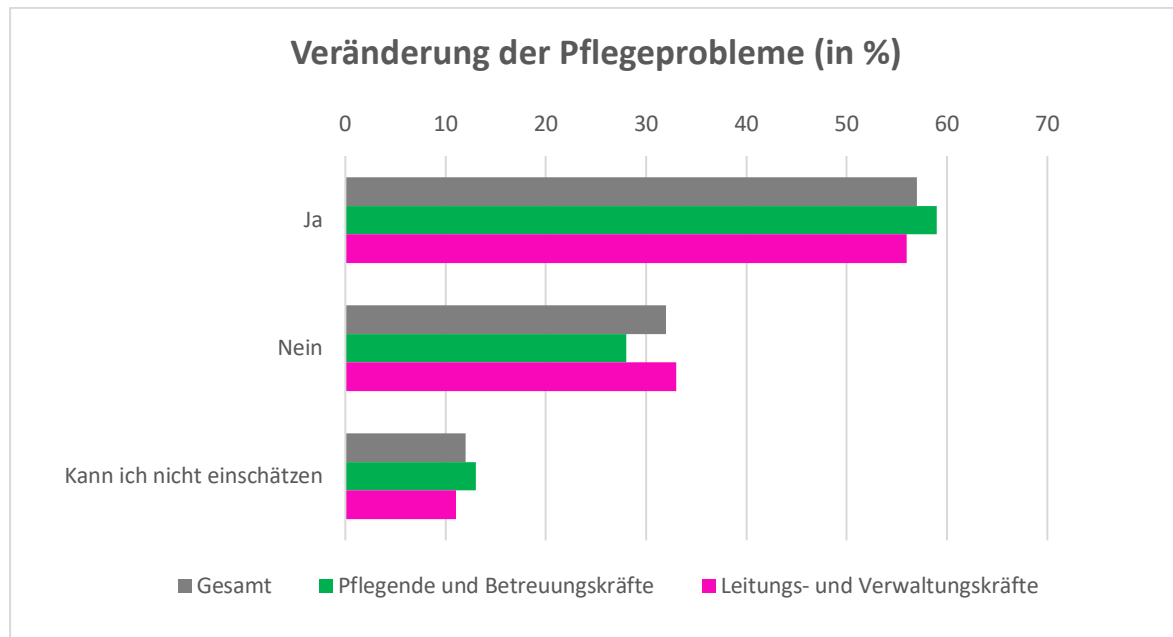


Abb. 26: Veränderung der Pflegeprobleme nach den Akteursgruppen Pflegende/Betreuungskräfte und Führungs- und Verwaltungskräfte (eigene Darstellung 2021)

Die veränderten Pflegeprobleme betreffen dabei zum einen psychische, aber auch physische Veränderungen und Herausforderungen der Bewohner*innen. Aus den freien Antworten der Teilnehmer*innen (insgesamt 318 Erläuterungen) geht dabei hervor, dass für die mobilen Bewohner*innen die Einschränkung der Mobilität, aber auch die fehlenden Therapien zur Mobilisierung (Physio- oder Ergotherapie) deutliche Spuren hinterlassen haben. Auch die Ausgangsbeschränkungen oder die Schließung von Angeboten im Haus führen dazu, dass die Mobilität der Bewohner*innen abnimmt und so die Pflegeprobleme sich zum Teil sehr individuell ändern. Im ambulanten und stationären Bereich wird dabei auch von den Verständigungsproblemen berichtet. Die Kommunikation ist durch Masken und Schutzausrüstung sehr erschwert, so dass viele Bewohner*innen und Kund*innen manche Informationen nicht aufnehmen können. Zugleich wird ein erhöhtes Bedürfnis an Aufmerksamkeit, vor allem von demenziell Erkrankten, aber auch von Kund*innen der ambulanten Dienste, erkannt. Dies wird von den Teilnehmer*innen auf die Besuchs- und Kontaktbeschränkungen zurückgeführt. Neben physischen Veränderungen kommt es aber auch zu Veränderungen durch psychische, mentale und emotionale Probleme. Dabei werden sehr häufig zunehmende depressive Verstimmungen und die Abnahme von Lebensenergie beschrieben. Im ambulanten Bereich kann eine starke Zunahme von Einsamkeit und Vereinsamung erkannt werden, Teilnehmer*innen aus dem stationären Bereich beschreiben eher Orientierungsprobleme und Hilflosigkeit durch die starken Einschränkungen im Tagesrhythmus. Übergreifend wird von zum Teil starken Angstzuständen und der großen Angst vor einer Ansteckung berichtet.

**Frage 3.4: Welche Probleme traten bei Bewohner*innen/Kund*innen vor dem Hintergrund des Infektionsschutzes der Pandemie neu/verändert auf (z. B. Orientierung)?
(318 Beiträge)**

Physische Probleme	
- Mangelnde Kondition - Kommunikationsprobleme - Mobilitätsverlust, Abnahme der Mobilität durch fehlende Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie), Unsicherheit beim Laufen, körperlicher Abbau - Veränderte Beweglichkeit, Verschlechterung durch fehlende Reha-Aufenthalte - Körperlicher Abbau wegen fehlender Aktivität, verändertes Gangbild (schlechter) - Gewichtszunahme durch Bewegungsmangel - Stürze und erhöhtes Sturzrisiko - Vermehrte Schmerzen durch Bewegungsmangel und Kontrakturen - Antriebsschwäche - Demenzerkrankung durch Reduzierung sozialer Kontakte hat sich verstärkt, erhöhtes Bedürfnis von Aufmerksamkeit, erhöhtes herausforderndes Verhalten wie Abwehrverhalten, innere Unruhe	- Ernährungsmangel, Appetitlosigkeit, Verweigerung der Nahrungsaufnahme - Abnahme von Körpergewicht - Abbau von Muskulatur - Risiko eines Flüssigkeitsmangels - Unruhe (insbesondere bei Isolation) - Bewegungsdrang - Körperlicher Abbau, da ungewohnter Alltag und Rhythmus - Infektanfälligkeit - Zunehmende Kontinenzprobleme - Verständigungsprobleme, Kommunikation mit Gestik und Mimik ist durch die Maske sehr erschwert bis unmöglich, Schwierigkeiten beim Hören, da Lippenlesen entfällt - Sprachverständnis ist wegen der Maske schwieriger geworden, besonders bei Schwerhörigen - Geistiger Abbau durch weniger Kontakte und Mangel an Sinneseindrücken - Atemprobleme - Akustikprobleme
Psychische, mentale, soziale, emotionale und kognitive Probleme	
- Erhöhter Redebedarf, Erzählbedürfnis - Depressionen (durch Vereinsamung), Antriebslosigkeit - Verstimmungssymptome - Suizidal, Selbstmordversuch	- Panik, Verzweiflung, Verunsicherung - Mangel an Vertrauen - Mangelndes Verständnis zu den Maßnahmen, Akzeptanzmangel

- Rückzug, reduzierter Lebenswille, Verlust des Lebenswillens, Wunsch zu sterben
- Verlust an Lebensenergie
- Vermehrte Desorientierung, beeinträchtigte Orientierung durch bspw. Mangel an Tagesstruktur (örtlich und zeitlich), besonders demenziell Erkrankte teilweise noch desorientierter, Orientierungsverlust durch Eintönigkeit zuhause
- Orientierungslosigkeit, Hilflosigkeit
- Verlust, Minderung von Rhythmus des Tages und der Wochen
- Einsamkeit, Vereinsamung (durch bspw. Besuchermangel, Mangel an Anregung und Aktivität), Verlust von Kontakten, Deprivation
- fühlen sich teils gekränkt (durch Kontaktminderung)
- vermehrte Ansprache
- Zurückgezogen, Alleinsein, alleine sterben
- Geistige Fähigkeit nimmt durch Vereinsamung stark ab, auch bei eigentlich orientierten Bewohner*innen
- Aussage: „Es ist schlimmer, als es im Krieg war!“
- Sehnsucht nach sozialen Kontakten, Kontaktmangel, Verlassenheitsgefühle
- Benötigen mehr Aufmerksamkeit
- Resignation und hierdurch geminderter Antrieb zur Selbsthilfe, Akzeptanz der Quarantäne
- Verstärkte Angst (vor Ansteckung), Angstzustände, heftige Ängste, Angst vor Personal wegen Schutzmaßnahmen, Angst, zum Arzt zu müssen wegen damit einhergehender erhöhter Ansteckungsgefahr, Angst vor qualvollem Tod
- Misstrauisch wegen Tragen der Maske, Erkennungsprobleme wegen Schutzmaßnahmen
- Begreifen der veränderten Situation durch Masketragen etc. fällt schwer, (insbesondere Demenzerkrankte) verlieren vollständig Orientierung und Vertrauen
- Traurigkeit, Resignation, schwermütig, niedergeschlagen
- Mangel/Probleme der Selbsteinschätzung
- Aggressivität, angespannte Situationen
- Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten
- Beeinträchtigtes Wohlbefinden
- Vermehrtes Gefühl der Langeweile, gewisse Unzufriedenheit
- Kommunikationsverlust, verändertes und vermindertes Sprachempfinden, sprachliche Verarmung
- Verwirrtheit, sind öfter beunruhigt und verwirrt
- Wut, Unverständnis, erhöhtes herausforderndes Verhalten
- Fühlen sich allein
- Abnahme der Sozialkompetenz
- Veränderte Stimmungslage
- Situation ist belastend
- Unsicherheit, die durch unverständliche Kommunikation (durch Tragen der Maske) entsteht, Scham und Rückzug durch schlechteres Hören
- Das Erkennen von Verwandten oder Pflegepersonal ist durch das Tragen von Schutzkleidung nicht mehr vorhanden
- Gemeinschaftsverlust, vermissen von Geselligkeit, fehlende soziale Kontakte
- Sorge um eigene Gesundheit
- Verlernen von (einfachen) Handlungsabläufen wie etwa Besteck halten

	- Zuwendungen wie etwa lächeln wird vermisst - Verunsicherung auf allen Ebenen
Verschiedenes	
- Die meisten Defizite gingen wieder zurück bzw. Wiederherstellung des Zustandes von vor der Zeit der Pandemie. Dies dauerte von wenigen Tagen bis hin zu Monaten. - die vorhandenen Probleme weder verstärkt noch verändert - Weniger Kooperation mit pflegenden Angehörigen durch Überlastung, beeinträchtigte Kommunikation, Angehörige ziehen sich zurück, was bleibt, ist das Pflegepersonal - Absage von Facharztterminen (keine Details von möglichen resultierenden Problemen genannt!) - Weniger Kontakt zu Hausärzt*innen - Ablehnung von Pflegehandlungen - Ablehnung der Medikamenteneinnahme - Beratungsbedarf ist gestiegen	- Wenig Spielräume für Fallbesprechungen bei Personen mit herausforderndem Verhalten - Soziale Isolation zeigt sich in allen Bereichen - Es kommt zu vermehrten Kriseninterventionen - Unselbständigkeit und Schwierigkeiten, den Alltag selbst zu organisieren - Benötigen mehr Hilfe in der Pflege - Hospitalismus - Lethargie - Es traten weniger Erkrankungen durch Schutzmaßnahmen auf; dadurch waren Bewohner gesünder denn je (keine Grippe, Magen-Darm-Erkrankungen) - Abbau der Alltagsfähigkeit - Verschlechterung des Allgemeinzustands

Auch wird deutlich, dass vor allem die Quarantänemaßnahmen in den stationären Einrichtungen zu einem stark veränderten Pflegebedarf führten.

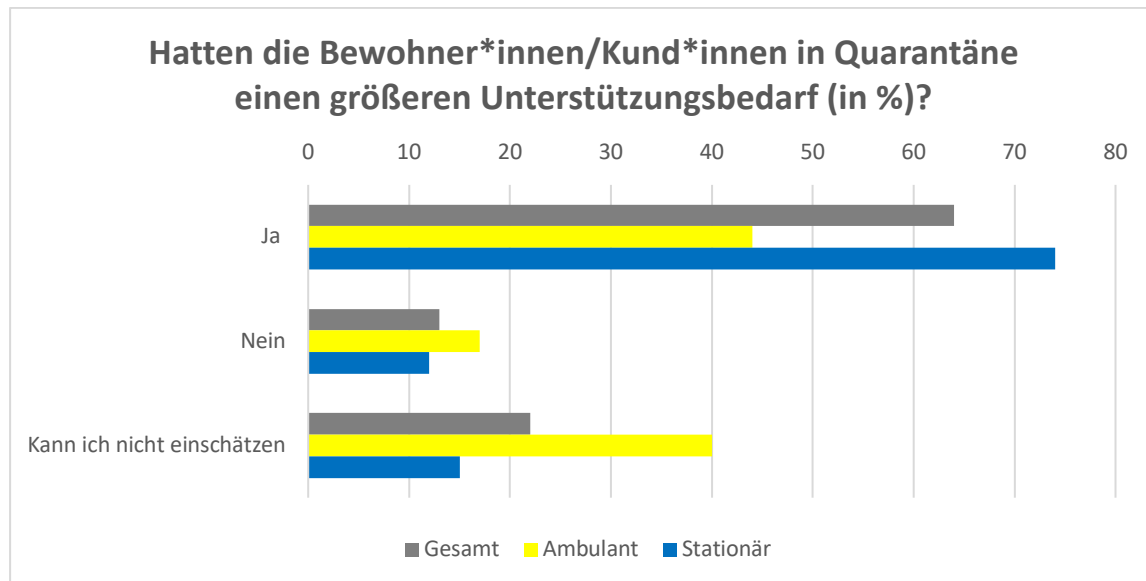


Abb. 27: Veränderter Unterstützungsbedarf bei Bewohner*innen/Kund*innen in Quarantäne (eigene Darstellung 2021)

Anhand der quantitativen Befragung wird außerdem sichtbar, dass die Einsamkeit gestiegen und die Lebensfreude der Bewohner*innen und Kund*innen nachgelassen hat. Die Teilnehmer*innen bestätigen dabei, im ambulanten und stationären Bereich der Langzeitpflege eine erhöhte Einsamkeit erkennen zu können. Kund*innen eines ambulanten Pflegedienstes weisen dabei eine etwas höhere Einsamkeit auf als Bewohner*innen in stationären Einrichtungen. Eine ähnliche Verteilung ergibt sich bei der Veränderung der Lebensfreude.

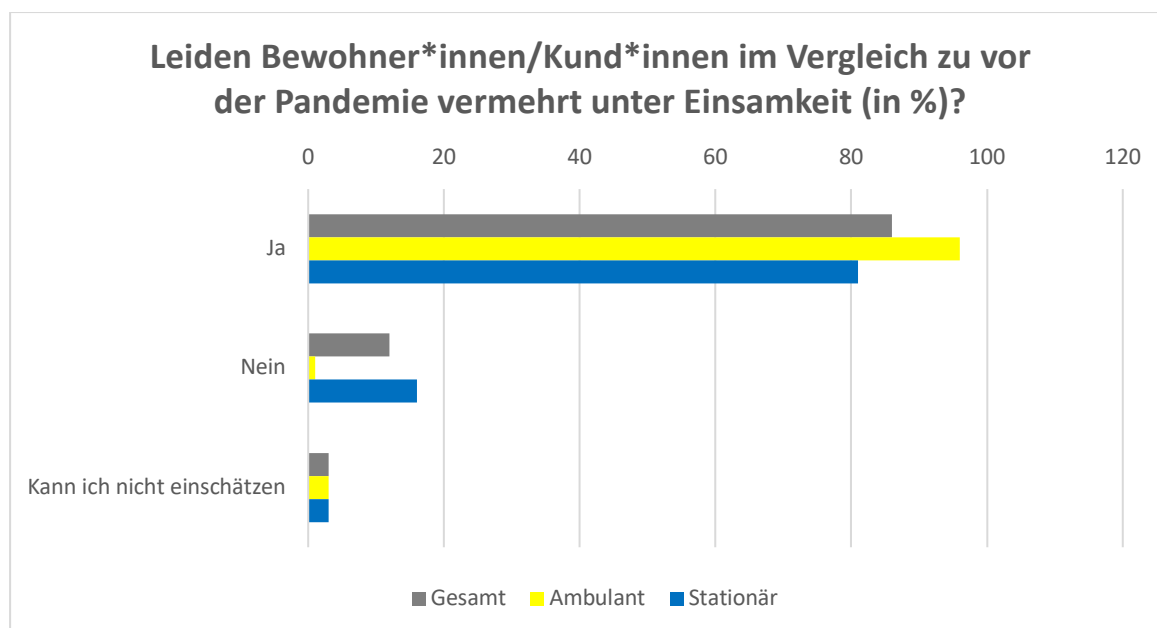


Abb. 28: Veränderung der Einsamkeit unter Bewohner*innen/Kund*innen durch die Pandemie (eigene Darstellung 2021)

Gründe hierfür werden von den Teilnehmer*innen sehr gut und deutlich im Freitext dargestellt (insgesamt 315 Antworten). Zum einen werden die Kontaktbeschränkungen als wahrscheinliche Gründe für die sinkende Lebensfreude genannt, aber auch fehlende Bewegung und Mobilität. Hier wird auch deutlich, dass die Kund*innen von ambulanten Diensten nochmals ein erhöhtes Risiko der Vereinsamung und einer damit einhergehenden nachlassenden Lebensfreude durch die Pandemie haben. Angst vor Ansteckung, Hilflosigkeit und steigende Lethargie sind weitere Folgen der Einsamkeit und zunehmenden Immobilität.

Folgende Zitate aus den Freitexten der Online-Befragung beschreiben gut, was die Teilnehmer*innen mehrheitlich erlebt haben und als Gründe für eine erhöhte Einsamkeit und sinkende Lebensfreude anführen (aus 315 Beiträgen):

„Bei vielen Bewohnern geht die Angst vor Ansteckung so weit, dass sie das Haus nicht mehr verlassen. Dadurch fallen viele äußere Impulse weg, die oft zur Steigerung der Lebensfreude beigetragen haben – z. B. Naturbetrachtungen, Begegnungen mit anderen Menschen, Gespräche und Geselligkeiten. Fernsehen ist kein Ersatz und die Initiative für die Eigenbeschäftigung nimmt häufig im Alter ab.“

„Durch das Leiden unter dem Gefühl der Vereinsamung haben einige Kund*innen geäußert, dass sie das Leben am liebsten beenden würden. Weiterhin war bei einigen Kunden vermehrt forderndes bis hin zu aggressivem Verhalten beobachtbar.“

„In vielen Fällen waren wir als ambulanter Pflegedienst die Einzigen, die zu Besuch kamen. Die pflegerischen Leistungen rückten in den Hintergrund – die Gespräche waren wichtiger. Es wurde mit allen möglichen Mitteln versucht, die Kolleg*innen vor Ort in ein Gespräch zu verwickeln, um die Einsamkeit zu überbrücken. Die Wertschätzung mit Süßigkeiten ist enorm gewachsen.“

„Viele Bewohner machen einen resignierten, verstockten Eindruck. Auch die Kontakte untereinander haben vor allem aufgrund der Abstandsregeln (Einzeltische im Speisesaal, Abstände bei den Aktivierungen, etc.) stark nachgelassen, wobei deutlich wird, dass Kommunikation einen ganz entscheidenden Aspekt hinsichtlich der Lebensfreude darstellt.“

„Es dreht sich alles nur noch um Corona. Alles, woran die Bewohner Freude hatten, wurde ihnen genommen. Ausflüge in ein Café, unter Menschen kommen, rausgehen

und einfach nur andere beobachten und so am Leben teilnehmen. Die Geselligkeit fehlt komplett, die Nähe zu anderen fehlt, da man immer auf Distanz sein muss. Die Bewohner benötigen Nähe, Körperkontakt – und nicht Distanz und Abstand.“

Zusätzlich wurden die Teilnehmer*innen aus dem stationären Bereich gefragt, ob der Kontakt zwischen den Bewohner*innen abgenommen hat und ob Einrichtungen die sozialen Programme für die Bewohner*innen zufriedenstellend aufrecht halten konnten. 60 % der Teilnehmer*innen bejahen dabei, dass der Kontakt zwischen den Bewohner*innen abgenommen hat. Die sozialen Programme (z. B. zur Beschäftigung) für die Bewohner*innen konnten dabei bei 58 % der Teilnehmer*innen nicht zufriedenstellend aufrecht gehalten werden. Hier wird im Freitext zu den möglichen Gründen hervorgehoben (insgesamt 169 Antworten), dass vor allem die Kontaktbeschränkungen, aber auch der Personalengpass oder die neuen Maßnahmen des Infektionsschutzgesetzes Hürden oder zum Teil komplette Verhinderung der sozialen Programme mit sich bringen. Einzelbetreuung konnte ebenso wie Gruppenangebote größtenteils nicht angeboten werden.

Neben dem Wegfall bzw. der starken Reduzierung der sozialen Programme wird auch deutlich, dass die Besuchsregelungen und Kontaktbeschränkungen Maßnahmen darstellen, die sich aus der Sicht der Befragten (58 % der Befragten stellen dies fest) negativ auf das soziale Leben der Bewohner*innen auswirken können. Die Anmerkungen machen deutlich, dass das Absehen von erneuten Zutrittsverboten ab dem Herbst 2020 als sehr gut bewertet wird. Zugleich wird klar, dass die Kontaktbeschränkungen und der stark eingegrenzte Kontakt zu Angehörigen und engen Vertrauten nicht nur für die Bewohner*innen, sondern auch für die Mitarbeiter*innen als belastend eingestuft wird.

**Frage 3.15/3.16: Haben Sie den Eindruck, dass die neuen Besuchsregelungen in der Pandemie negative Auswirkungen auf die Bewohner*innen haben? Wenn ja, bitte erläutern Sie kurz, inwiefern.
(164 Beiträge)**

Bewohner*innen	
- Fühlen sich zunehmend alleine - Starke Isolation von der Außenwelt - Einsamkeit - Unverständnis für manche Regelungen und Beschränkungen - Irritation bei Begrenzungen von Besuchen - „mögen mich meine Kinder/Frau nicht mehr?“ - Zu Beginn zu enge Regeln - Depressive Verstimmungen merkbar - Haben ihre Angehörigen sehr vermisst - Sehr viel weniger Besuche unter Regularien	- Ehrenamtliche fehlen zusätzlich - Einschränkungen oft nicht ganz nachvollziehbar - Unbeschwertes Zusammensein fehlt (separate Zimmer, Plexiglas usw.) - Erkennen z. T. Angehörige nach langen Besuchsverboten kaum noch - Teilweise keine Kontakte mehr nach draußen - Durch Besuchsbeschränkungen gehen für die Bewohner*innen große Ressourcen verloren
Angehörige	
- Fühlen sich bevormundet durch Einschränkungen - Unverständnis über Härte der Regelungen/Begrenzungen - Können noch nicht wieder am Leben in Einrichtung teilnehmen - Flexibilität und Spontaneität der Besuche sehr eingeschränkt - Besuchszeiten sind schwer in den Alltag zu integrieren	- Weniger Besuche durch feste (weniger) Besuchszeiten - Nicht alle wollen sich testen lassen - Verunsicherung über Regelungen - Auswahl muss getroffen werden, wer kommen darf - In Besuchszimmer oft nicht so persönlicher und natürlicher Kontakt
Mitarbeiter*innen/Einrichtung	
- Wurden teilweise wegen Regelungen angegangen	- Viel Erklärungsaufwand und Nachfrage - Unterstützung durch Wegfall – bspw. auch beim Essen – von Angehörigen und Ehrenamtlichen fehlt

- | | |
|---|--|
| - Begleitung der Bewohner*innen und „Beaufsichtigung“ der Besuche unangenehm und zeitintensiv | - „Aufsichtspersonal“ ist keine schöne Rolle |
|---|--|

Vor dem Hintergrund der vielen Eingrenzungen sozialer Kontakte wird auch erkennbar, dass die Schutzmaterialien – beispielsweise das Tragen von Mund-Nasen-Schutz – viele Bewohner*innen und Kund*innen irritiert hat. 75 % (369 Teilnehmer*innen) geben an, den Eindruck zu haben, dass das Tragen und der Gebrauch von Schutzausrüstung irritierende Auswirkungen auf die Bewohner*innen/Kund*innen haben. Vor allem der Wegfall von Gestik und Mimik, einem Lächeln oder auch den Lippenbewegungen stellt für viele Senior*innen eine starke Beeinträchtigung dar. Insbesondere die Kommunikation zwischen Mitarbeiter*innen und pflegebedürftigen Menschen erschwert sich dadurch zusätzlich. In den zu der Frage erläuterten Beobachtungen wird auch deutlich, dass die Mitarbeiter*innen zu Beginn der Pandemie nicht erkannt wurden und vor allem dementiell Erkrankte Schwierigkeiten damit haben, Vertrauen aufzubauen. Häufig wird auch beschrieben, dass Bewohner*innen negativ auf die Masken und Schutzausrüstung reagieren und verlangen „setz doch das Ding ab“ oder fragen „Sind wir ekelhaft?“.

**Frage 3.13/3.14: Haben Sie den Eindruck, dass der Gebrauch von Schutzmaterialien (Bsp. MNS) die Bewohner*innen/Kund*innen irritiert hat? Wenn ja, erläutern Sie bitte bspw. Ihre Beobachtungen.
(312 Beiträge)**

Verständigung und Kommunikation

- | | |
|--|--|
| - Kommunikation besonders schwer für Menschen mit Demenz oder Hörbehinderung | - Einschätzungen (Gestik/Mimik) des Gegenübers wird erschwert |
| - Gestik und Mimik gehen verloren | - Orientierung zu Menschen fehlt (Angst) |
| - Nonverbale Kommunikation funktioniert nicht mehr so gut/ist sehr eingeschränkt | - Weniger Kontakt Aufnahme vonseiten der Bewohner*innen, wenn Mitarbeiter*innen Maske/PSA tragen (Ansteckend, gefährlich...) |
| - Sprechen und Sprache über Augen musste geübt/gelernt werden | - „sehen nur noch Maske“ |
| | - „Alle sehen gleich aus“ |

- Lautstärke und Lippenbewegungen unter Masken schwer – erschwert Kommunikation - Viele Wiederholungen seitens der Mitarbeiter*innen nötig	- Auch Berührungen fehlen - Distanz wegen PSA - Fremdheitsgefühl wegen Masken; alle Mitarbeiter*innen werden zu anonymen Personen
Angst, Irritation und Ablehnung	
- Angst davor, selbst Maske zu tragen - „sind jetzt alle krank?“ - „sind wir (Bewohner*innen) ekelhaft?“, Schamgefühl - „sind Mitarbeiter*innen krank?“ - Nutzen der PSA zu Beginn nur schwer erklärbar und nachvollziehbar - „Maskierte Menschen“ erinnern an Krieg - Kriegserlebnisse werden assoziiert - Aggressionen und Missverständnisse gegenüber Schutzausrüstung - „Pflege ohne Gesicht“	- „viele wollten Maske wegziehen“ - Komplette PSA bei Quarantäne sehr beängstigend - Zu Beginn auch bei Testungen in kompletter PSA, dabei sehr ängstliche Reaktion von Bewohner*innen - z. T. Misstrauen, da Mensch hinter Maske nicht erkannt wird - Schlechte oder kaum eine Einordnung bei demenziell Erkrankten möglich – haben Masken-Tragen nicht verstanden oder akzeptiert - Aggressionen gegenüber Mitarbeiter*innen in Schutzausrüstung - Abwehrhaltung bei körpernaher Pflege wegen PSA
Mitarbeiter*innen	
- Sehr anstrengend, mit Schutzausrüstung zu arbeiten - Es muss viel lauter gesprochen werden und oft vieles wiederholt werden - Aber: auch viel Verständnis und Empathie für Mitarbeiter*innen vonseiten der Bewohner*innen	- Bewohner*innen sind dankbar für Schutz und fühlen sich sicher, wenn Mitarbeiter*innen MNS tragen - Lächeln fehlt - z. T. hatten Bewohner*innen auch den – falschen – Eindruck, dass Mitarbeiter*innen Angst vor ihnen hätten

4.2.2.4 Mitarbeiter*innen

Im Teil der Befragung zu den Mitarbeiter*innen geht es vor allem um die aktuelle Arbeitssituation, aber auch um die Arbeitsdichte und Herausforderungen seit März 2020. Belastungen und auch Entlastungen und Angebote sollen gefiltert, definiert und – wo möglich – für andere Einrichtungen als Idee verfügbar gemacht werden.

Belastungen

Zunächst lässt sich klar feststellen, dass die Arbeitsbelastungen während der Pandemie sehr stark angestiegen sind. Auf einer Skala von 1 (Belastungen haben sich nicht erhöht) bis 10 (Arbeitsbelastungen haben sich sehr stark erhöht) liegt der Mittelwert bei 8,2. Das bedeutet, die Mehrheit der Teilnehmer*innen gibt an, dass sich die Arbeitsbelastungen stark bis sehr stark erhöht haben. 37 % bewerten dabei die Veränderung der Arbeitsbelastungen mit einem sehr starken Anstieg (Skalenpunkt 10). Im stationären Bereich liegt dieser Wert sogar bei 43 % (144 Personen), im Vergleich dazu im ambulanten Bereich bei 24 %. Der Mittelwert bei Teilnehmer*innen aus dem stationären Bereich liegt dabei bei 8,5, der der Befragten aus dem ambulanten Bereich bei 7,6. Die Arbeitsbelastungen während der Pandemie haben sich demnach im stationären Bereich eher stark bis sehr stark erhöht, als im ambulanten Bereich der Langzeitpflege.

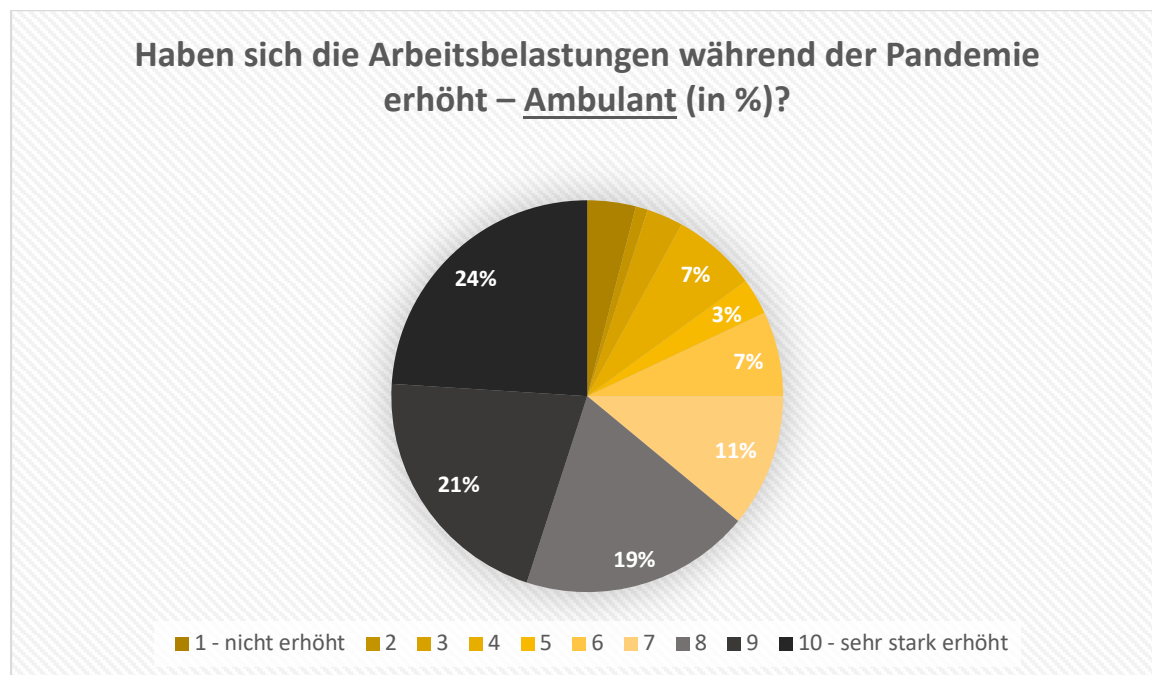


Abb. 29: Veränderung der Arbeitsbelastungen bei den Teilnehmer*innen – Ambulant (eigene Darstellung 2021)

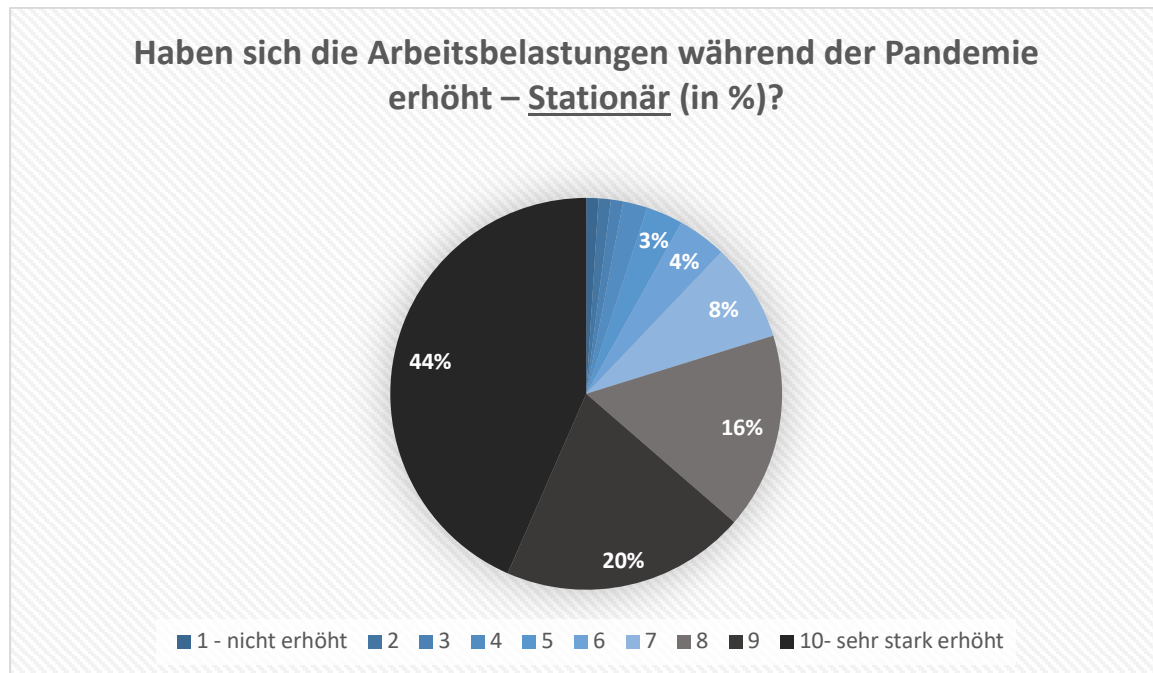


Abb. 30: Veränderung der Arbeitsbelastungen bei den Teilnehmer*innen – Stationär (eigene Darstellung 2021)

Zugleich wird auch die aktuell gefühlte Arbeitsbelastung als sehr hoch angegeben. Hier liegt der Mittelwert der 10-er Skala bei 7,4. Signifikante Unterschiede zwischen dem Mittelwert des ambulanten (7,37) und stationären (7,42) Bereichs gibt es keine.

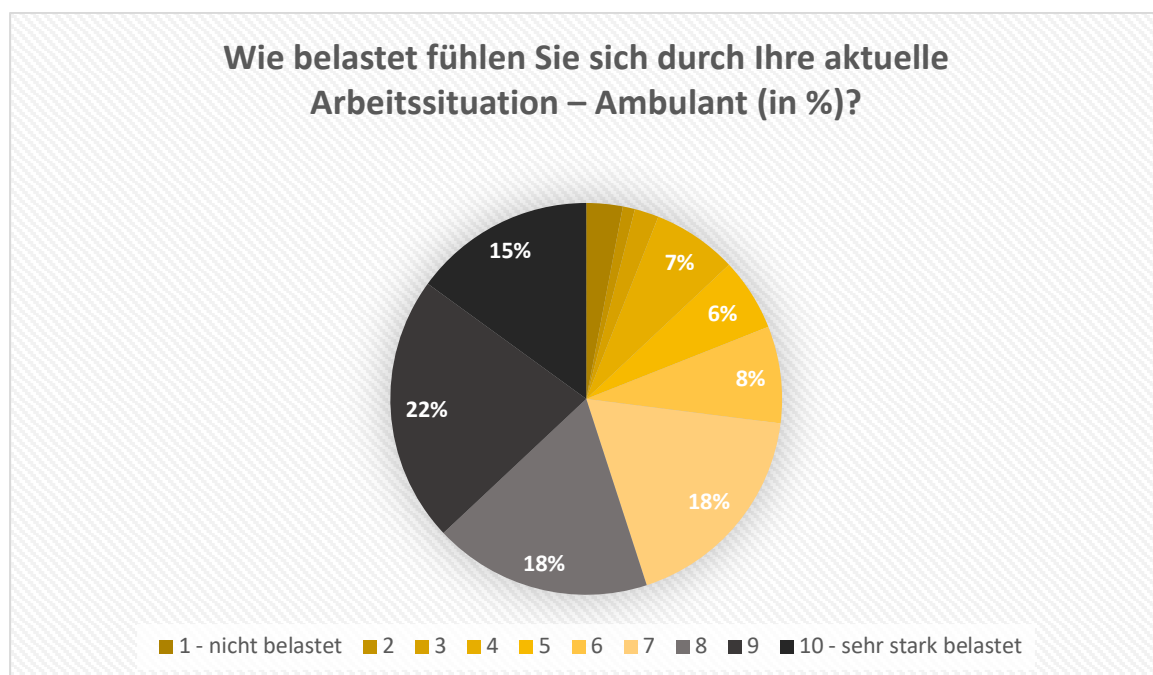


Abb. 31a: Einschätzung der Belastung durch die aktuelle Arbeitssituation (im Befragungszeitraum 07. April-16. Mai 2021) der Teilnehmer*innen – Ambulant (eigene Darstellung 2021)

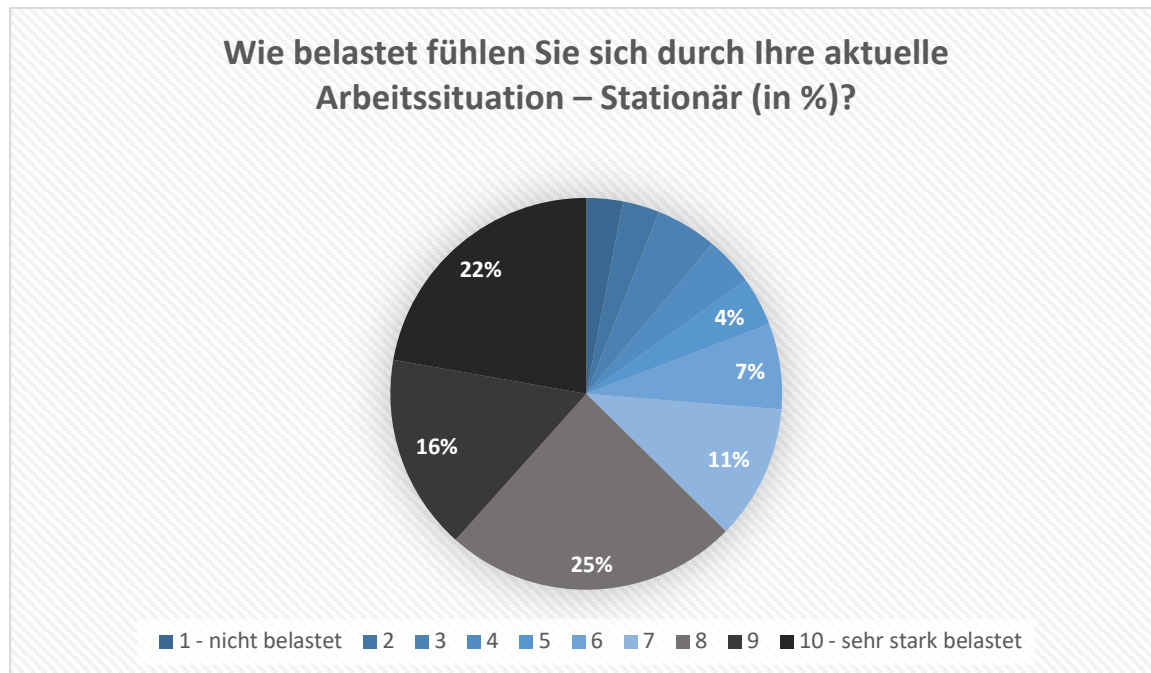


Abb. 31b: Einschätzung der Belastung durch die aktuelle Arbeitssituation (im Befragungszeitraum 07. April-16. Mai 2021) der Teilnehmer*innen – Stationär (eigene Darstellung 2021)

Um im Detail herauszufinden, warum die Mitarbeiter*innen eine so hohe Belastung angeben, wurde zudem erfragt, was genau als Belastung angesehen wird/wurde. Dafür waren im Fragebogen genannte Belastungen aus den Interviews und weitere vermutete Belastungen aufgelistet, wobei die Teilnehmer*innen auswählen konnten, welche Faktoren sie als belastend empfinden. Bei der Beantwortung wird sichtbar, dass beinahe alle der möglichen Faktoren an Belastungen eine große Rolle spielen. Auch die weiteren Angaben (88 Beiträge) vieler Teilnehmer*innen zeigen die Breite der Belastungen und wie sehr die neuen und anspruchsvollen Regelungen zu erhöhten Belastungen während der Pandemie geführt haben. Dabei können zudem Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Langzeitpflege gesehen werden: Der fehlende Austausch im Team beispielsweise führt für die Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich zu höheren Belastungen. Auch das Ansteckungsrisiko wird von den Mitarbeiter*innen der ambulanten Dienste als höhere Belastung eingestuft. Im Vergleich dazu entstanden im stationären Bereich Belastungen eher durch die Organisation des Besuchs, die Umsetzung der Teststrategie oder die Symptomerhebung hinsichtlich einer möglichen Corona-Erkrankung bei Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen.

Auch werden Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen deutlich. So ist das Tragen von Masken und Schutzausrüstung eine sehr viel höhere Belastung für die Mitarbeiter*innen aus dem Pflege- und Betreuungsbereich. Zudem hat diese Gruppe der Teilnehmer*innen nach-

weislich höhere Belastungen durch den fehlenden Austausch im Team, den Wegfall von Besuchen der Angehörigen, das Ansteckungsrisiko und dem Gefühl der Hilflosigkeit empfunden. Teilnehmer*innen aus der Leitungs- und Verwaltungsebene hingegen fühlen starke Belastungen durch ständige Erreichbarkeit und Überstunden. Außerdem führen ein höheres Informations- und Erklärungsaufkommen, die Organisation von Besucher*innen oder die Symptomerhebung und Umsetzung der Teststrategie sowie ein verändertes Tätigkeitsfeld zu Belastungen der Mitarbeiter*innen der Leitungsebene.

Belastungen der Mitarbeiter*innen des ambulanten und stationären Bereichs im Vergleich (in %)

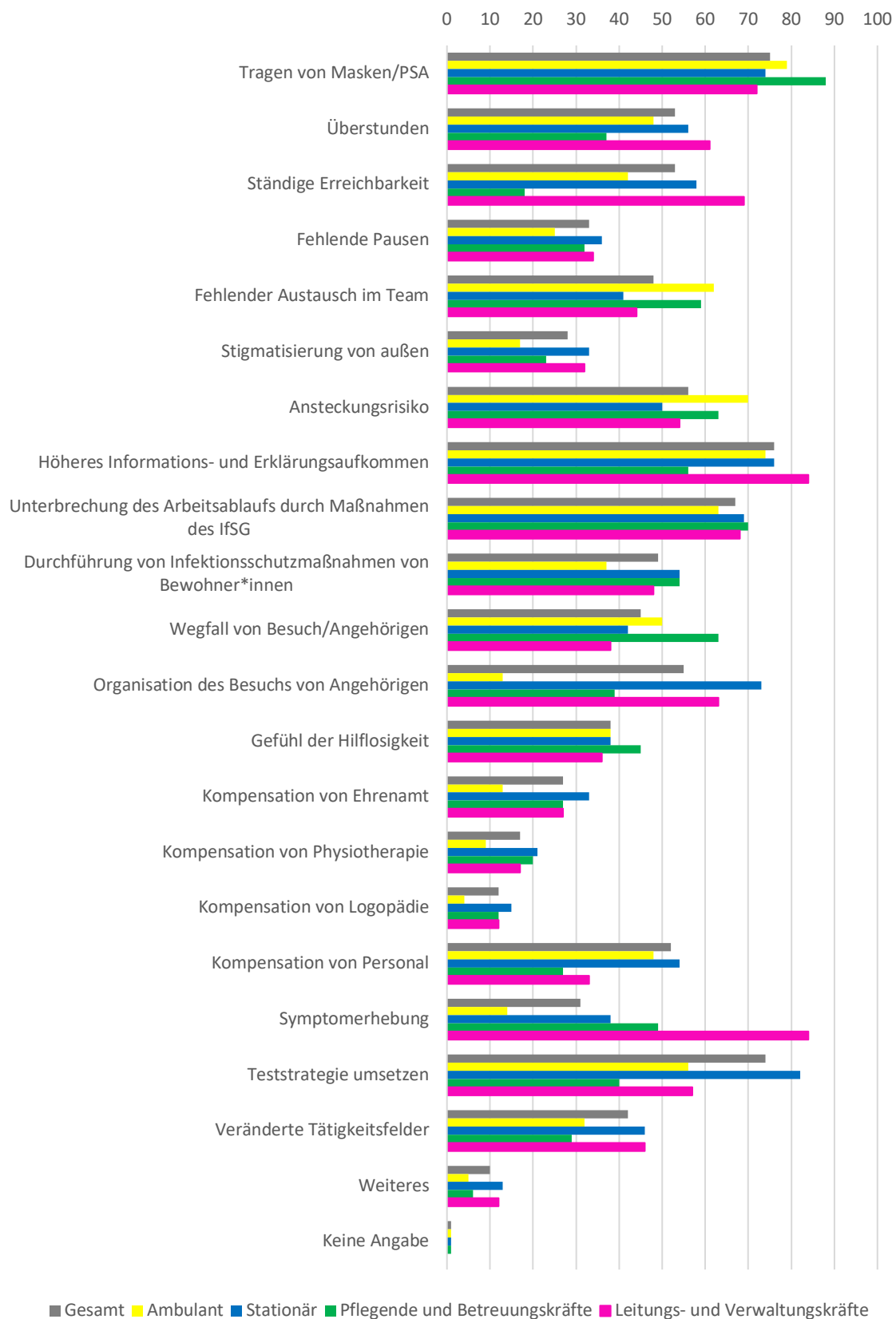


Abb. 32: Gründe der Belastungen der Teilnehmer*innen – nach Einrichtungsart und Akteursgruppen (eigene Darstellung 2021)

Die folgenden Cluster, aus insgesamt 88 weiteren Angaben von Belastungen, können gebildet werden:

**Frage 4.3/4.4: Was waren Belastungen für Sie?
Weitere Belastungen
(88 Beiträge)**

Ängste, Sorgen und Anspannung	
- Angst, auszufallen	- Hohe Verantwortung
- Angst, Familie oder Bewohner*innen anzustecken	- Hohe Anspannung durch sehr aufmerksames Arbeiten („was ist erlaubt, was nicht“)
- Kinder in Notbetreuung – Sorge vor Ansteckung und Anhalten der Versorgung	- Zu wenig Schutzmaterialien
- Angst, Betrieb nicht aufrechterhalten zu können	- Beschaffung von PSA
- Ängste und Sorgen von Mitarbeiter*innen, die Risikopatienten sind oder in der Familie haben	- Unsichtbarer Gefahr des Virus ausgesetzt (zu Beginn viel Ängste und Sorgen)
Verordnungen und Umsetzung, Kommunikation mit Behörden und externen Dritten	
- Große Abkehr von Routine	- Erreichbarkeit schlecht
- Permanentes Improvisieren	- Fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten
- Lesen, Verstehen, Umsetzen in kurzer Zeit. Vor allem für Teilzeitkräfte schwer	- Wegfall von externen Dritten/Dienstleistern
- Sinnhaftigkeit und Plausibilität wird hinterfragt	- Hilfloser Umgang seitens der Behörden sehr belastend
- Keine Absprachen zwischen Behörden	- Zu viele Infos in oft zu kurzer Zeit umzusetzen
- Unklare Strategie sehr belastend	
Fehlender Ausgleich (Mitarbeiter*innen)	
- Sport nach Arbeit fehlt	- Aufarbeitung und Verarbeitung von Todesfällen/Krankheit kommt zu kurz
- Müdigkeit wächst, da zu wenig Ausgleich	

- „ich gebe nur“ - Ohne Ausgleich gehen Stärke und Kraft - Soziale private Kontakte sehr eingeschränkt - „eigene Grundbedürfnisse können nicht mehr befriedigt werden“ - Zu wenig Entlastungsmöglichkeiten	- Arbeiten ohne Unterlass, wenig Verständnis oder Mitleidsgefühle von Freunden - Stimmungen der anderen Mitarbeiter*innen müssen mitgetragen werden – alle sind unausgeglichen
Angehörige und Bewohner*innen	
- Brauchen mehr Zuwendung - Viel Beratung nötig - Oft können keine sicheren Antworten/Angaben gemacht werden - Vereinsamung der Bewohner*innen, vor allem auch durch gesetzliche Vorgaben	- Mehraufwand in Betreuung und Beschäftigung - Viele Todesfälle - Ethische Dilemmata - Angehörige: sind hilflos, überfordert und lassen schlechte Stimmung an Einrichtung/Mitarbeiter*innen aus
Weitere Ärgernisse, die zu Belastungen führen	
- Blick auf die Altenpflege herablassend - Öffentlichkeitsarbeit und Presse - Gute, funktionierende Strukturen wurden zerstört - Entlastungen nicht gewährleistet - Einrichtungen mussten viel aus eigener Kraft leisten, mit sehr knappen Personalressourcen - Zu wenig PSA, Beschaffung sehr schwer - Kinderbetreuung zu Beginn schleppend	- „als Polizei im Haus unterwegs“ – ständige Kontrolle der Maßnahmen - Verantwortung nur auf Einrichtungen abgegeben - Kaum Interesse von außen - Anfeindungen durch Umsetzung der Maßnahmen von Angehörigen - Änderungen bei Kostenerstattungsverfahren

Ein weiteres wichtiges Thema in den Interviews und den Diskussionen rund um die Pflege ist die Personalausstattung der Einrichtungen. Dabei wird in den Interviews oft betont, dass es vor allem in der Zeit der Pandemie durch Quarantäne oder Verdachtsmomente zu Engpässen beim Personal kam. Diese Engpässe werden oftmals durch Mehrarbeit anderer Mitarbeiter*innen kompensiert. Daher wurde in der Online-Befragung die Angemessenheit der Personalausstattung erfragt. Die Teilnehmer*innen konnten in einer Skala angeben, ob sie die Personalausstattung in ihrer Einrichtung aktuell für „angemessen“ (1) bis hin „viel zu gering“ (5) bewerten. Die Angaben der Teilnehmer*innen sind dabei relativ gleichmäßig verteilt, der Mittelwert liegt dabei bei 2,7. In der folgenden Darstellung wird ersichtlich, dass es sowohl Einrichtungen gibt, bei dem die Personalausstattung als angemessen bewertet wird, aber auch

Einrichtungen, die aus Sicht der Teilnehmer*innen viel zu wenig Mitarbeiter*innen beschäftigen. Zwischen dem ambulanten und stationären Bereich gibt es bei dieser Einschätzung nur geringe Unterschiede.

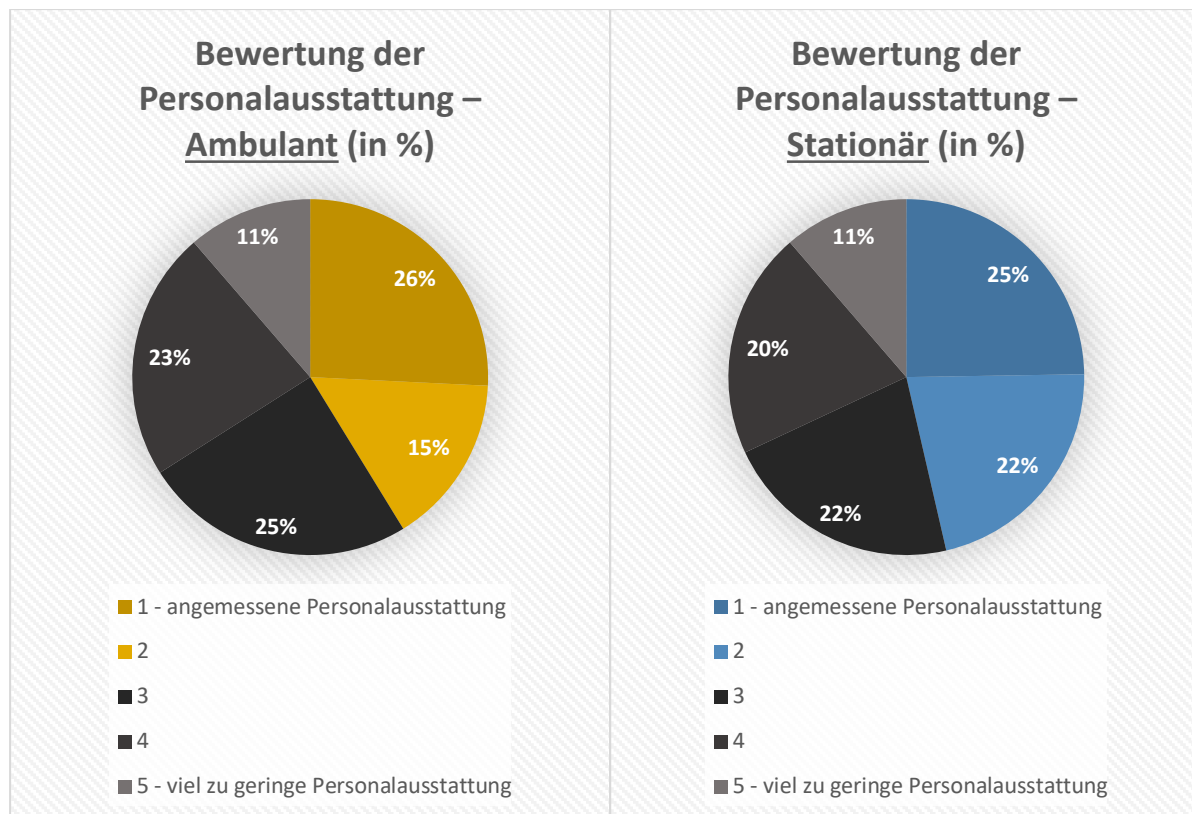


Abb. 33: Bewertung der Personalausstattung im Befragungszeitraum (eigene Darstellung 2021)

Viele Belastungen der Mitarbeiter*innen können aus Sicht der Befragten im qualitativen Teil auch durch das Führungspersonal gemildert werden. Daher haben wir nur Mitarbeiter*innen zusätzlich eine Frage gestellt, die nach der erlebten Unterstützung der Führungskräfte fragt. Die Frage: „Fühlen Sie sich insgesamt durch Ihre Führungskraft ausreichend gut unterstützt?“, haben dabei nur 9 % der Mitarbeiter*innen mit „Nein“ beantwortet. 52 % fühlen sich ausreichend unterstützt, 35 % wenigstens zum Teil. Dabei ist zu beachten, dass auch von den Führungskräften in den Interviews eine starke Belastung beschrieben wird. Vor diesem Hintergrund ist die positive Bewertung der Unterstützung durch die Führungskräfte überaus erfreulich. Möglicherweise kann dies auch auf die generell als gut bewertete Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtungen zurückgeführt werden. Bei den Skalen-Fragen, wie die Zusammenarbeit im Team vor und während der Pandemie bewertet wird, wird im Gesamtbild kein Unterschied ersichtlich! Die gute Zusammenarbeit im Team hat sich durch die Pandemie und die

Krisensituation aus Sicht der Befragten kaum verändert. Aufbauend auf die Belastungen (s. o.) wird dennoch ersichtlich, dass die Zusammenarbeit im ambulanten Bereich eher abgenommen hat. Der fehlende Austausch im Team der ambulanten Dienste könnte demnach auch Auswirkungen auf die Bewertung der Zusammenarbeit während der Pandemie haben. Dennoch können die Aussagen der Interviews bestärkt werden: In den Interviews berichten die Befragten eingehend von einem in der Pandemie wachsenden Teamgefühl und einer sehr guten (einrichtungs-)internen Zusammenarbeit.

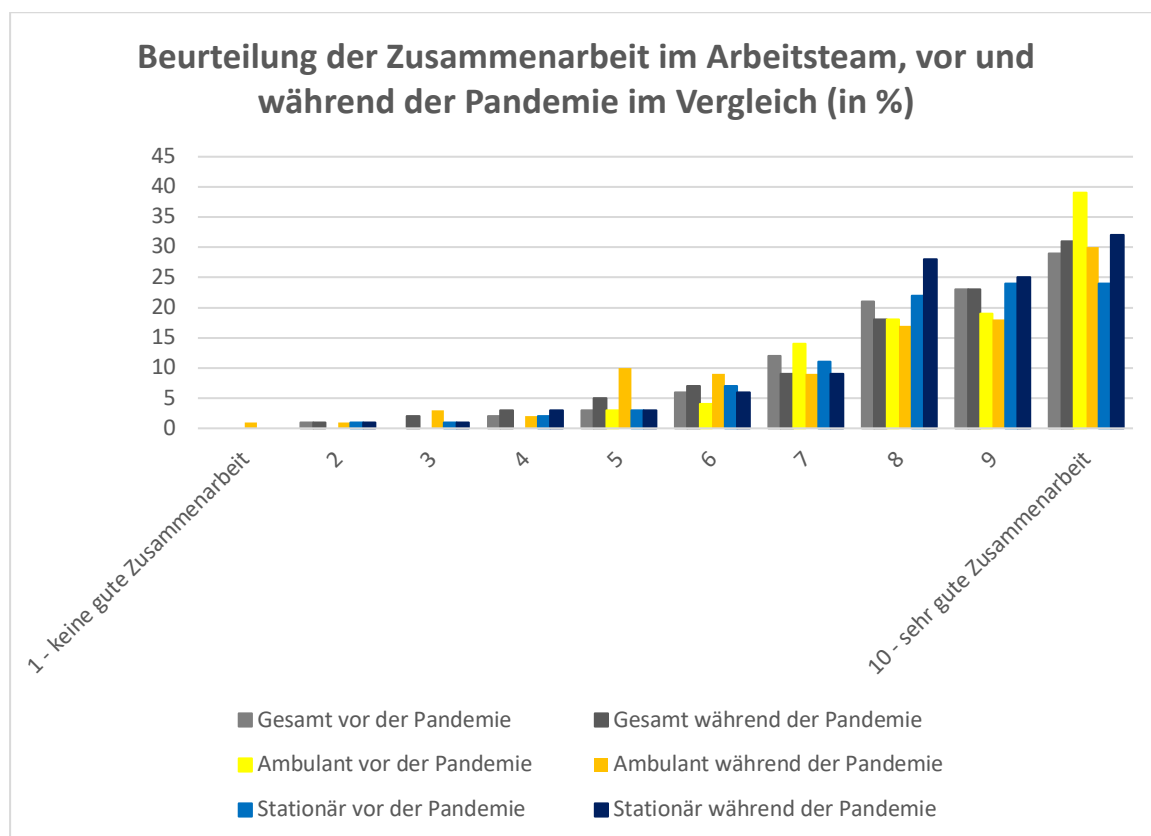


Abb. 34: Vergleich der Bewertung der Zusammenarbeit im Arbeitsteam vor und während der Pandemie (eigene Darstellung 2021)

Neben den Belastungen und erhöhten Arbeitsaufkommen durch die Pandemie ist auch zu berücksichtigen, dass alle Mitarbeiter*innen ein privates, soziales Leben führen. In den Interviews wird betont, dass viele Mitarbeiter*innen der Einrichtungen und ambulanten Pflegedienste ihr soziales Leben aus Sorge um die Bewohner*inne/Kund*innen sehr stark eingeschränkt haben. 82 % der Teilnehmer*innen geben an, dass sie sich mehr aus dem sozialen Leben zurückgezogen haben, was ihre zusätzlichen privaten Belastungen verdeutlicht. Ein zusätzliches Problem in der Pandemie ist daher auch der fehlende private Ausgleich oder das Führen eines ansprechenden sozialen Lebens. 63 % (310 Teilnehmer*innen) geben an, dass

sie es als „private Belastung“ empfunden haben, wenig Ausgleich durch das Privatleben herstellen zu können. Dazu zählen neben fehlendem Sport und Bewegung auch das Aussetzen der Hobbies und geringere Kontakte zur Familie. Hinzu kommt bei einigen Befragten, dass sie auch innerfamiliäre Quarantänen einhalten müssen, Risikopatient*innen in der eigenen Familie haben oder durch das Homeschooling belastet sind. Zu den privaten Belastungen zählen aber auch Erkrankungen oder Sterbefälle im Familienkreis, die ständige Angst, anzustecken oder angesteckt zu werden und beispielsweise auch die Notbetreuungsangebote von Kindern sowie die wenige Zeit zur eigenen Erholung. Auch persönliche Vorerkrankungen wie Asthma oder Folgen einer selbst erlittenen Corona-Infektion erschweren den Arbeitsalltag von vielen Mitarbeiter*innen.

Die folgenden Zitate (aus 58 Antworten) sind dabei Ausschnitte aus den zusätzlich privaten Belastungen der Teilnehmer*innen:

„Auch meine Kraftquellen sind mit Familie und Freunden verbunden. Diese nicht ohne Angst zu besuchen oder dann erst gar nicht hinzugehen verschafft ein Gefühl des All-eingangs.“

„Für Alleinlebende ist die Einsamkeit, weil die Kontakte zu Freunden und Angehörigen erschwert sind, erhöht. Viel Fernsehen, Lesen und Telefonate sind kein Ersatz für persönliche Kontakte.“

„Die Absonderung von der Familie während des Ausbruchs war sehr belastend. Einige Kollegen sind gar nicht mehr nach Hause gegangen, weil sie Angst hatten, ihre Familie anzustecken; Absonderung im eigenen Haushalt ist schwierig.“

„Drei studierende Kinder, die in der Pandemie ausschließlich Online-Veranstaltungen von Zuhause aus besuchen.“

„Kein Privatleben – Ehemann wurde zu den Schwiegereltern geschickt um Risiko zu minimieren. Hatten Kontakt nur über Telefonie. Ehe stand auf der Kippe durch hohe Arbeitsbelastung.“

„Eigene Covid-Infektionen (2 x) und die Nachwehen“

Entlastungen

Wichtig in der Zeit der Pandemie und der Krisensituationen sind auch Entlastungen von der beruflichen Tätigkeit. Die bereits oben dargestellten Belastungen zeigen zugleich auch viele Möglichkeiten für ein aktives Gegensteuern und ein mögliches breites Angebot von entlastenden Maßnahmen auf. Dabei wird jedoch deutlich, dass diese bislang bei den Teilnehmer*innen nur sehr wenig zum Tragen gekommen sind.

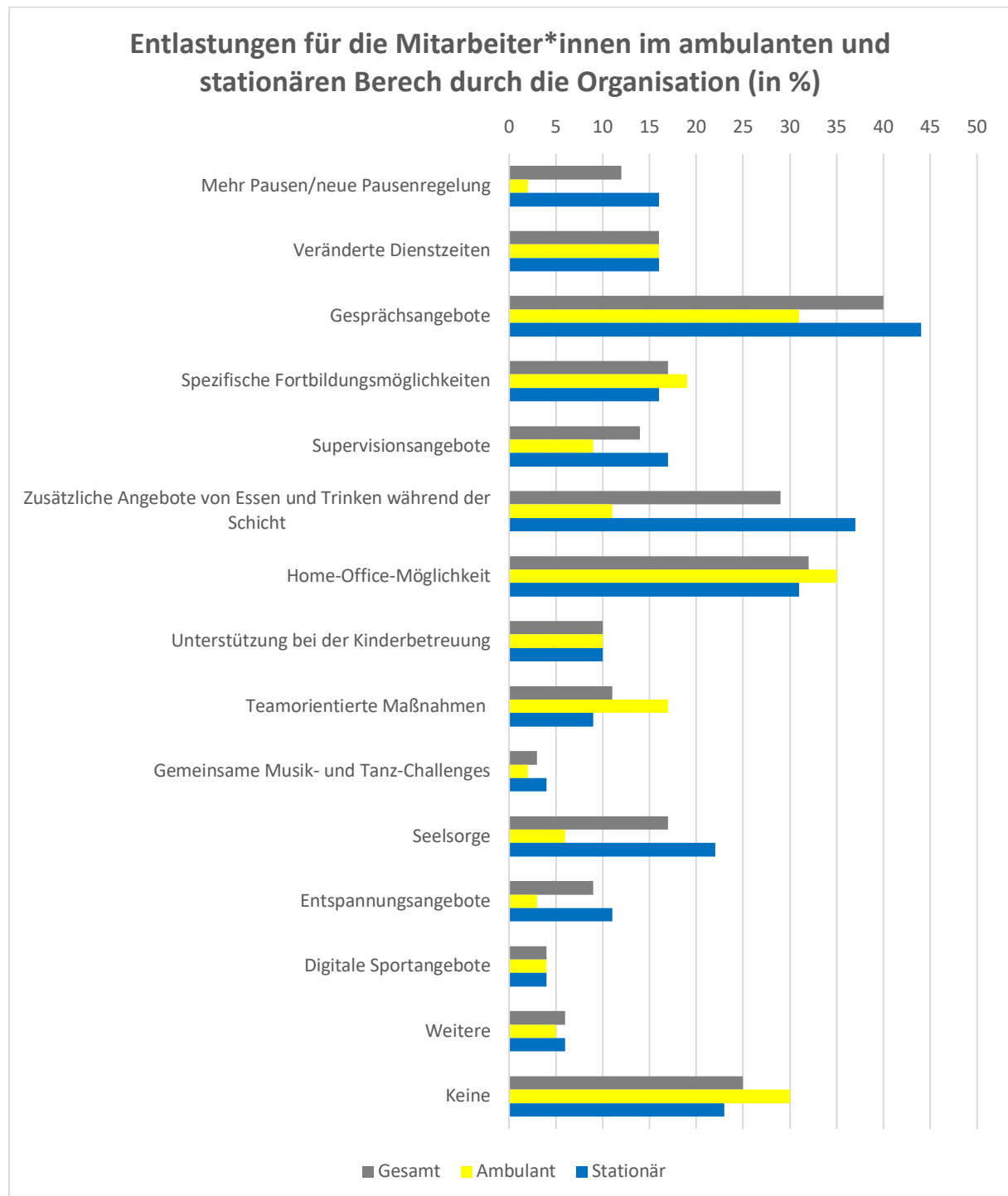


Abb. 35: Angebotene Entlastungen für die Teilnehmer*innen (eigene Darstellung 2021)

Zudem werden auch hier Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich ersichtlich: So erhalten die Teilnehmer*innen aus dem stationären Bereich der Langzeitpflege eher Angebote zur Entlastung. 30 % der Teilnehmer*innen des ambulanten Bereichs geben an, keine Entlastungen durch die Organisation zu erhalten. Keinerlei Entlastungen erhalten im Vergleich dazu „nur“ 23 % aus dem stationären Bereich. Weitere Entlastungen wurden unter anderem geschaffen durch kurzzeitig zusätzliches Personal, digitales Resilienz-Training oder einen digitalen Betriebsausflug, Arbeitszeit für die Durchführung der Selbsttests oder erhöhte Offenheit und Angebote für Gespräche. Im ambulanten Bereich kommt dabei eine mögliche Reduktion der Patientenzahl pro Tour oder die unentgeltliche Nutzung des Dienstfahrzeugs für den Nachhauseweg hinzu.

Außerdem wurde in der quantitativen Befragung erfasst, ob es für die Mitarbeiter*innen betriebliche Zuwendungen oder Gratifikationen gab:

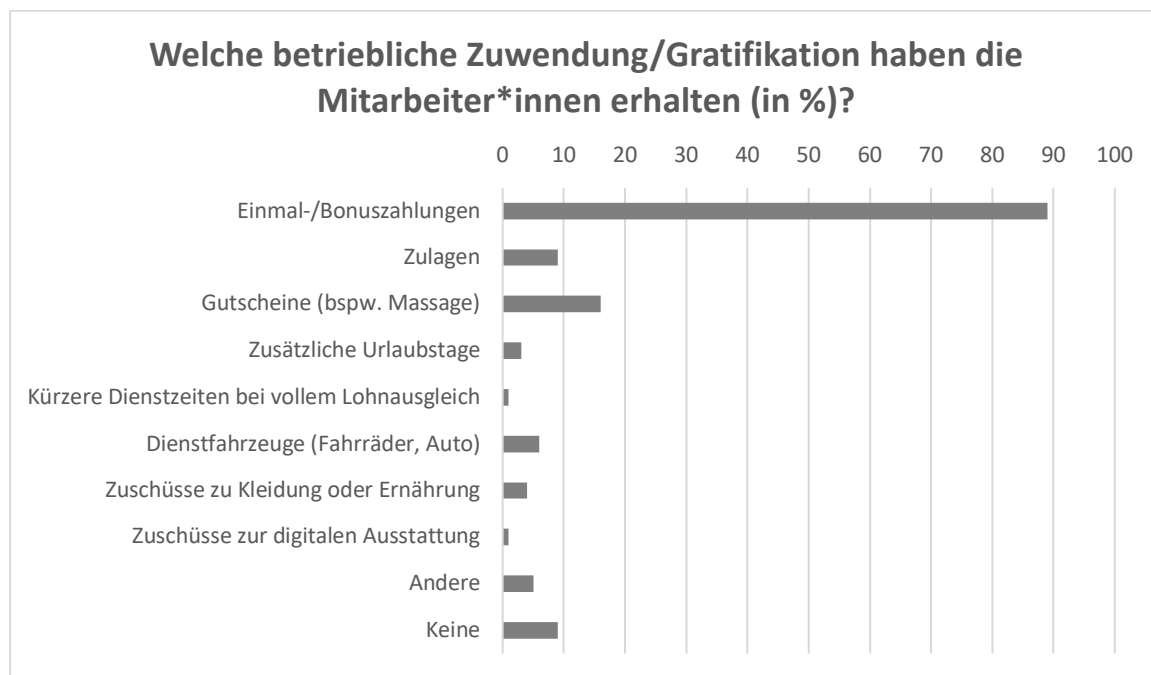


Abb. 36: Verteilung der erhaltenen Zuwendung/Gratifikation unter den Teilnehmer*innen (eigene Darstellung 2021)

Dabei wird deutlich, dass sehr viele Teilnehmer*innen (89 %) eine Einmal- oder Bonuszahlung erhalten haben. Es gibt kaum bzw. nur minimale Unterschiede zwischen pflegenden Mitarbeiter*innen und Führungskräften. Im Freifeld unter „Weiteres“ konnten zusätzliche Zuwendungen angegeben werden (insgesamt 34 weitere Angaben). Hier wird ersichtlich, dass vor allem kleine Aufmerksamkeiten wie Süßigkeiten, Geschenkkarten, (Heiß-)Getränke oder Essen (Obst, Süßigkeiten, Pizza u. v. m.) bereitgestellt werden. Signifikante Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich gibt es keine.

Eine mögliche Entlastung und vielmehr eine Unterstützung für alle Akteure in den ambulanten und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen stellt die gesellschaftliche Wahrnehmung dar. Die Frage „Fühlen Sie sich gesellschaftlich wahrgenommen und anerkannt in Ihrer Arbeit?“ wird von 40 % der Befragten mit „Ja“ beantwortet, 49 % der Teilnehmer*innen haben diese Frage mit „Nein“ beantwortet. 58 Personen (12 %) machen dazu keine Angabe. Nennenswerte Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich oder zwischen pflegenden Mitarbeiter*innen (47 % antworten mit „Nein“) und Führungskräften (48 % antworten mit „Nein“) gibt es dabei nicht. Große Unterschiede gibt es jedoch im Alter: Teilnehmer*innen unter 40 Jahre fühlen sich sehr viel weniger gesellschaftlich wahrgenommen (60 % antworten mit „Nein“) als die Teilnehmer*innen über 40 Jahre (43 % antworten mit „Nein“).

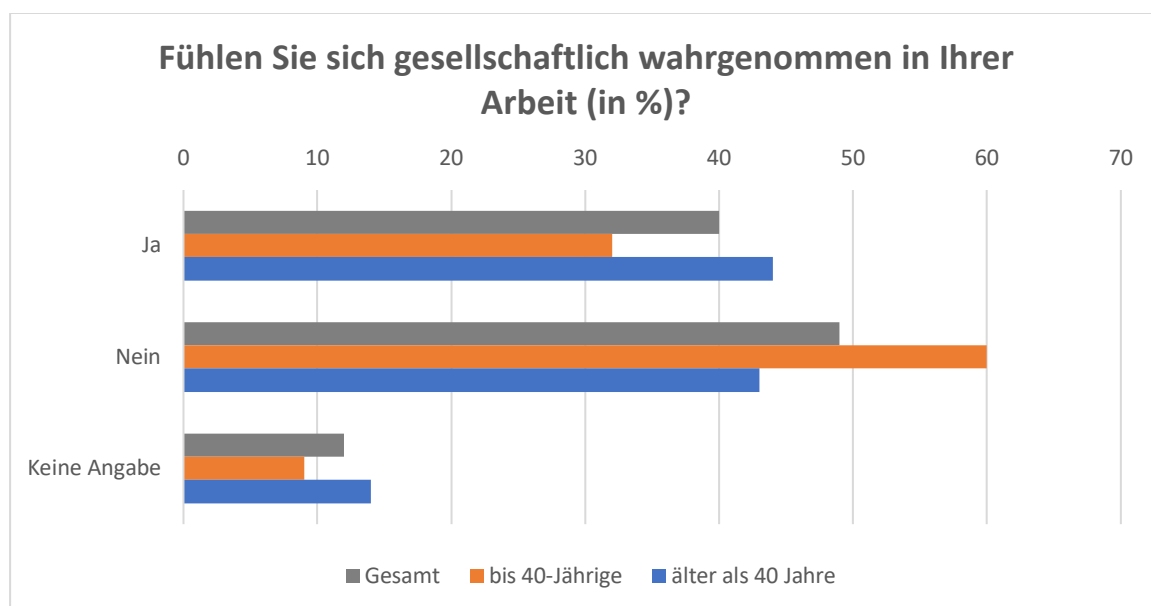


Abb. 37: Verteilung der gefühlten gesellschaftlichen Wahrnehmung der unter und über 40-jährigen Teilnehmer*innen im Vergleich (eigene Darstellung 2021)

Bei der Begründung für die Entscheidung „Ja“ oder „Nein“ lassen sich die Eindrücke in folgenden Kategorien darstellen:

**Frage 4.18/4.19: Fühlen Sie sich gesellschaftlich wahrgenommen und anerkannt in Ihrer Arbeit? Bitte erläutern Sie Ihren Eindruck.
(222 Beiträge)**

Nein/Negative Erfahrungen	
- „Pflege bleibt allein“ - „Pflege findet doch schon irgendwie einen Weg, irgendwie bekommen sie es schon hin...“ - Applaus reicht nicht aus - Ansehen der Pflegeheime und der Berufe in Pflege sehr schlecht - Schlechtes Bild in der Gesellschaft - Es wird nur geredet und gefordert, aber es passiert nichts - Fehlende Kräfte müssen täglich ersetzt werden, da Verdienst und Anerkennung schlecht ist - Schuldzuweisungen bei Ausbruch sehr ernüchternd - Pflege wurde durch andere politische Diskussionen aus dem „Rampenlicht“ befördert - In Medien und Talk-Shows kaum Menschen zu sehen, die wirklich in der Pflege arbeiten – und nicht nur drüber sprechen - Kontrollen und Aufgaben werden in der Pandemie oft schlecht bewertet – dabei sind das Vorgaben von „oben“ - Zu viele Versprechungen, keine Handlungen	- Zu viel negative Presse - Ambulanter Bereich und die Mehrarbeit während der Pandemie werden weder gesehen noch wahrgenommen - Presse schürt auch Angst vor dem Beruf, so kommen nie genug neue Mitarbeiter in die Pflege - Leitungskräfte müssen zusätzlich noch gute Zahlen am Monatsende vorlegen – das sieht niemand - Keine der angekündigten Verbesserungen sind bei den Mitarbeitern angekommen, im Gegenteil: Der Druck und die Belastungen wachsen mit jedem Tag - Schubladendenken - Viele Angehörige der Bewohner*innen zeigen nur wenig Verständnis für Maßnahmen und Einschränkungen - Zu wenig Anerkennung im öffentlichen Leben und auch zu wenig tatsächliche Einblicke und Wissen („Haben Pflegeheime überhaupt Hygienekonzepte?“) - Akuter Personalmangel wird zwar gesehen, aber die Folgen für Arbeitsalltag, Betreuung usw. wird nicht gesehen/verstanden

- Diskussionen werden oft praxisfern geführt	- Verwaltungsbereich findet zu wenig Aufmerksamkeit, gehört aber als wichtiger Bestandteil zur Pflege dazu!
Ja/Positive Erfahrungen	
- Wahrnehmung der Mehrarbeit und starken Anforderungen wird zurückgemeldet	- Familie und eigener Bekanntenkreis schätzen die Arbeit während der Pandemie sehr!
- Interesse an kreativen Lösungen und Umsetzungen	- Respekt für die Arbeit ist gestiegen
- 90 % der Bewohner*innen und Angehöriger haben zusätzliche Belastungen erkannt und wertgeschätzt	- Lob und Dankbarkeit von Angehörigen
- Anerkennung spürbar	- Beruf und Arbeit wird als systemrelevant und wichtig wahrgenommen
- Mehr Präsenz in den Medien	- Es wird häufiger gefragt „wie geht es dir?“
- Anerkennung vor allem durch Aktionen von Privatpersonen, Kitas usw.	- Einrichtung erhält viel Lob von außen
Teils/Teils	
- Während der Pandemie ist Wahrnehmung/Anerkennung gestiegen, sie sind generell aber dennoch zu gering	- Viel Fokus immer nur auf Positives (Applaus) oder Negatives (Ausbrüche)
- Anerkennung war da, aber auf zu niedrigem Niveau	- Aufmerksamkeit nur, wenn es irgendwo brennt; wenn Problem für Gesellschaft behoben scheint, flaut Aufmerksamkeit ab
- Anfänglich ja, im Laufe der Pandemie abnehmend, da persönliche Probleme steigen und Interesse an anderem sinkt	- „nur den Lohn zu erhöhen bringt nichts, auch die Arbeitsbedingungen müssen sich ändern“
- Nach anfänglicher Wahrnehmung jetzt wieder viel Gleichgültigkeit	- Anfängliche Bekundungen schnell abgeklungen

4.2.2.5 Arbeitsorganisation und Digitalisierung

Durch die Pandemie und die damit – unter anderen – verbundenen neuen Maßnahmen des Hygiene- und Infektionsschutzgesetzes haben sich die Arbeitsabläufe zum Teil erheblich verändert – und damit auch der Arbeitsalltag sowie viele Routinen. Veränderungen gehen insbesondere auf das Einhalten von Hygienemaßnahmen und das Trennen von Wohn- und Arbeitsgruppen zurück. So sollen Infektionsketten unterbrochen und höhere Ansteckungsraten unterbunden werden. Aber auch die neue Schnelligkeit, Flexibilität und das kurzfristige Erhalten von Informationen zu den Maßnahmen haben den Arbeitsalltag stark beeinflusst. 61 % der Teilnehmer*innen geben an, dass sich durch die Pandemie die Arbeitsorganisation sehr

verändert hat. 23 % sehen keine Veränderung, 16 % (77 Beteiligte) können keine Bewertung abgeben. Hier zeigen sich große Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen. Teilnehmer*innen aus dem stationären Bereich geben dabei häufiger an (63 %), dass sich die Arbeitsorganisation verändert hat als Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich (56 %). Auch geben Führungskräfte sehr viel häufiger an, dass sich die Arbeitsorganisation geändert hat (68 %). Lediglich 45 % der Pflegenden und Betreuungskräften bestätigen eine deutliche Veränderung der Arbeitsorganisation.

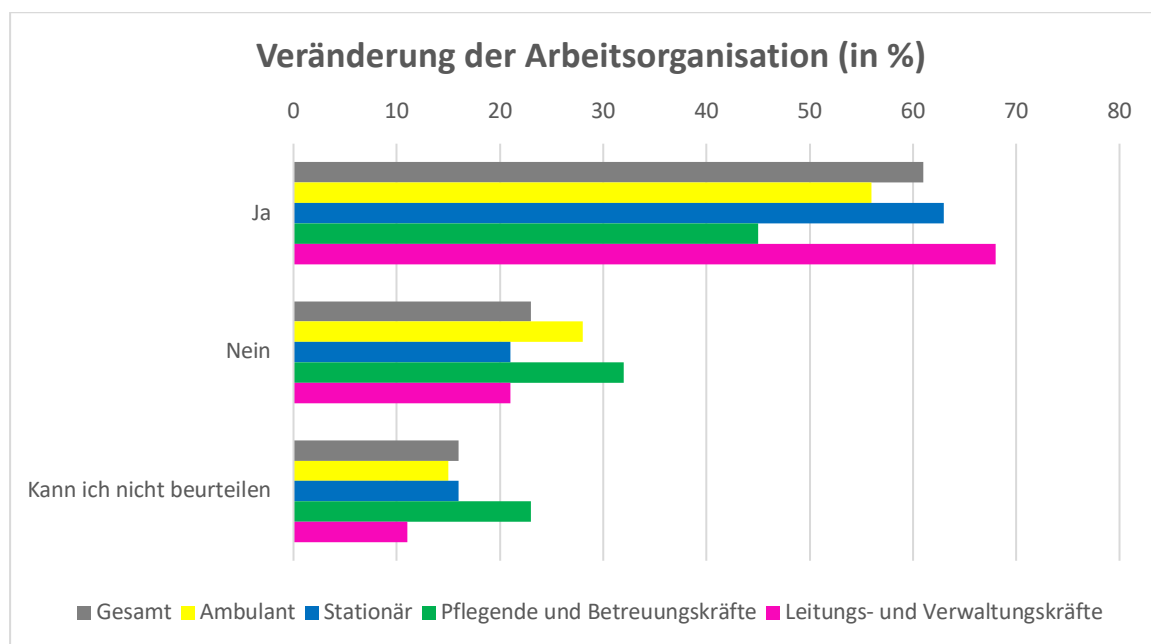


Abb. 38: Veränderung der Arbeitsorganisation – nach Einrichtungsart und Akteursgruppen (eigene Darstellung 2021)

Die Antworten von insgesamt 61 % der Teilnehmer*innen, die eine Veränderung bestätigen, können wie folgt in unterschiedliche Kategorien eingeordnet werden:

**Frage 5.1/5.2: Hat sich die Arbeitsorganisation in der Pflege während der Pandemie sehr verändert? Wenn ja, erläutern Sie dies bitte.
(229 Beiträge)**

Geänderte Organisationsstrukturen, die das Personal und Mitarbeiter*innen betreffen

- Kompensation von Personalausfällen
- Weniger Arbeitstreffen
- Absprachen im Team gehen verloren

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Neue Gruppenaufteilungen bei den Bewohner*innen - Trennung von pflegenahen- und fernen Bereichen - Änderungen der Dienstpläne (z. B. durch Quarantänen ausgelöst) – höhere Flexibilität in der Dienstplangestaltung - Viel Digitalisierung – gute Akzeptanz | <ul style="list-style-type: none"> - Infos gehen verloren - Fehlendes Personal, mehr Aufgaben - Angst vor Ansteckungen - Tragen von FFP2-Masken – Pausenregelungen - Zusätzliche Organisation von Home-Schooling, Kinderbetreuung usw. |
|--|---|

Zusätzliche und neue Aufgaben

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Generelle Mehrarbeit durch veränderte Situation - Alles rund um die Testungen (Management, Organisation, Durchführung ...) - Krisen-Stab („Corona ist immer Top-Thema“) - Mehr digitale Treffen - Alles unter Hygiene- und Infektionsmaßnahmen - Sehr viel mehr Austausch durch veränderte Verordnungen und Maßnahmen, aber gleichzeitig reduzierter Kontakt zwischen Arbeitsgruppen - Organisation von internen Veranstaltungen und Fortbildungen - Übernahme von Aufgaben der externen Dienstleister | <ul style="list-style-type: none"> - Schutzausrüstung an- und ablegen - Maßnahmen bei Quarantäne, Arbeitsdichte generell gestiegen (viel Personalausfälle) - Ständige Erreichbarkeit - Bürokratische Aufgaben merkbar gestiegen (Finanzierung, Impfung...) - Kommunikation mit Bewohner*innen und Angehörigen hat sich verstärkt - Kaum Langfristigkeit in Arbeitsalltag - Umsetzung und Ideenfindung für neue Maßnahmen der Verordnungen - Interne Kommunikation verstärkt – und gleichzeitig erschwert durch mehr Trennungen und Schutzmaßnahmen - Kommunikation mit anderen Stellen wie Behörden, Ärzte usw. |
|---|--|

Arbeitsabläufe (Änderungen, Anpassungen, Neues usw.)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Fehlender Informationsaustausch (auch für Dienstplanung) - Zeitaufwand für Aufgaben hat sich erhöht (bspw. durch PSA) - Ständige Anpassung der Abläufe - Isolationszimmer oder -bereiche - Bewohner in neuen Gruppen - Übergabe, Kommunikation und Distanz erschweren normale Abläufe - Bezugspflege-Organisation musste aufgelöst und angepasst werden | <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitswege in Einrichtung, Pausen usw. mussten angepasst werden - Ablauf ist generell noch straffer geworden - Einplanung von mehr Aufgaben wie bspw. Hygiene, Angehörigengespräche... - Ambulanter Bereich: Arbeitseinsätze nach Abruf, Touren wurden angepasst und oft sehr spontan geändert - Digitalisierung hat weiter einen Schub erhalten, Akzeptanz hierfür steigt |
|---|---|

Interessant ist außerdem, dass im Durchschnitt eher weniger Arbeitsbesprechungen stattgefunden haben. Dabei hätte vermutet werden können, dass ein Anstieg zu verzeichnen ist, da die regelmäßigen Änderungen auch entsprechend kommuniziert werden müssen. Auch Konzepte der Umsetzung von Maßnahmen hätten eher einen Anstieg an Arbeitsbesprechungen vermuten lassen. Aber bereits in den Interviews weisen die Befragten oft darauf hin, dass sie sich eher seltener und wenn, dann auch oft in digitalen Formaten besprechen und die Dienstbesprechungen eher reduzierten. Die folgende Verteilung der Angaben zeigt dabei dieses Bild: Es haben eher weniger Besprechungen stattgefunden (Mittelwert der 5er-Skala ist 3,6). Nur 25 % der Befragten geben an, dass es (eher) mehr Besprechungen gab. Gründe für den Rückgang der Besprechungen sind beispielsweise die Abstandsregeln und der Wechsel in eine digitale Kommunikation.

Viele Interviewpartner berichten auch davon, dass es Aushänge gibt, auf denen die neuen Regelungen nachzulesen sind, um auch hier wieder Kontakte zu meiden oder zeitliche Verzögerungen zu verhindern. Außerdem wird häufig berichtet, dass auch die Übergaben zwischen den Arbeitsschichten sehr viel kürzer oder gar ganz digital abgehalten werden. Auch im ambulanten Bereich gibt es starke Veränderungen: In den Interviews stellt sich heraus, dass die Teams oft gar keine Besprechungen mehr haben – zum einen, um Kontakte zwischen den Mitarbeiter*innen so niedrig wie nur möglich zu halten, zum anderen auch, weil es digitale Alternativen für Übergaben gibt. Im ambulanten Bereich finden dementsprechend auch weniger Besprechungen statt als in stationären Einrichtungen. Unterschiedliche Empfindungen gibt es dabei dennoch: Pflegende und Betreuungskräfte der teilnehmenden Befragungsgruppe tendieren eher dazu, dass weniger Besprechungen stattgefunden haben. Wie auch in den Erläuterungen wird dabei deutlich, dass vor allem die Besprechungen und/oder Übergaben zwischen den Teams, also den pflegenden Mitarbeiter*innen, reduziert wurden. Auf Leitungs- und Verwaltungsebene gab es im Mittel zwar auch eher weniger Besprechungen, der Mittelwert liegt allerdings etwas unter dem der gesamten Gruppe der Teilnehmer*innen (3,3).

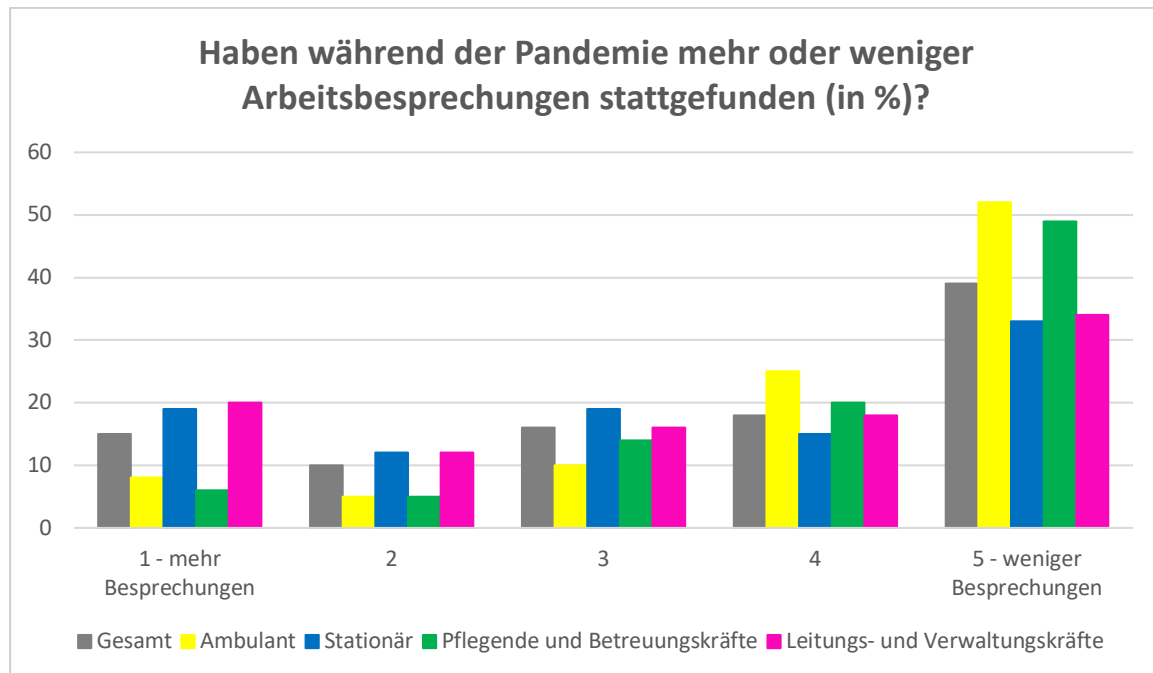


Abb. 39: Veränderung der Häufigkeit von Arbeitsbesprechungen (eigene Darstellung 2021)

Es zeigt sich, dass 81 % der Teilnehmer*innen digitale Medien in den Arbeitsprozessen nutzen. 79 Personen (16 %) allerdings verneinen die Nutzung von digitalen Medien im Arbeitsalltag. Die Möglichkeit der Nutzung digitaler Medien hat vermutlich zum einen Einfluss auf die Anzahl der Besprechungen, aber zum anderen auch auf den gesamten Arbeitsprozess und die Arbeitsorganisation. Wichtig dabei ist zudem, zu welchen Geräten Mitarbeiter*innen Zugriff haben:

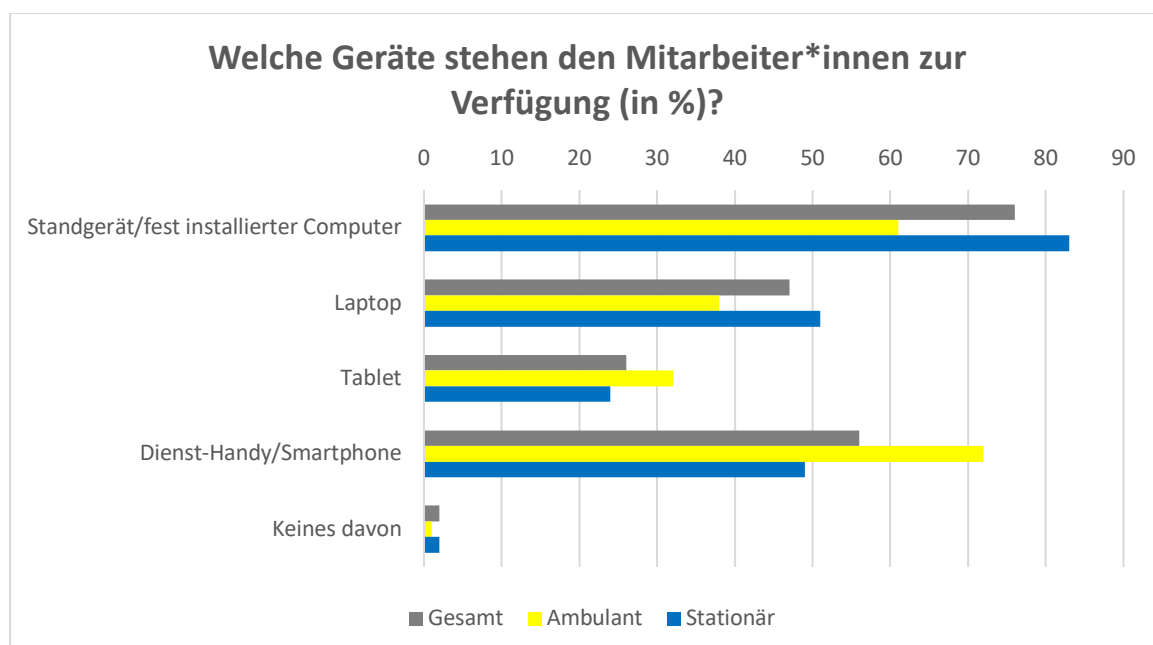


Abb. 40: Verteilung der zur Verfügung stehenden digitalen Endgeräte für die Teilnehmer*innen (eigene Darstellung 2021)

Computer, Dienst-Handy oder Smartphones und Tablets stehen dabei sehr häufig während der Dienstzeit zur Verfügung, Standgeräte und fest installierte Computer eher in stationären Einrichtungen, Dienst-Handys und Smartphones eher im ambulanten Bereich. 63 % der Teilnehmer*innen geben an, dass die Geräte über eine WLAN-Verbindung verfügen und die Mitarbeiter*innen einen privaten, passwortgesicherten Zugang zu diesen Geräten haben. 25 bzw. 31 % der Beteiligten der Online-Studie geben zusätzlich an, dass die Geräte eine Audio- oder Video-Ausstattung bieten. Vor allem in Zeiten der Pandemie und damit die Zeit der Online-Besprechungen, -Seminare oder -Dokumentation ist diese Ausstattung sehr wichtig. Dabei haben nur 33 % (160 Teilnehmer*innen) an einer Fortbildung zum Umgang mit digitalen Medien teilgenommen. Auch digitale Angebote zur Unterstützung von Home-Office bejahen nur 45 %, für 33 % der Teilnehmer*innen ist Home-Office keine Möglichkeit. Dies betrifft vor allem die pflegenden Mitarbeiter*innen, hier ist Home-Office (selbstverständlich) nicht möglich.

Digitale Medien können auch zur Kommunikation zwischen den Akteuren genutzt werden. Daher wurde im Fragebogen erfragt, ob es digitale Angebote zur Kommunikation mit und zwischen Kolleg*innen, Angehörigen und Bewohner*innen gibt. Dabei ist auch interessant, ob es personelle Ressourcen gibt, die eine digitale Kommunikation vor allem zwischen Bewohner*innen und Angehörigen unterstützten oder ob es auch ausreichend Endgeräte für diese digitale Kommunikation in den Einrichtungen gibt. Zunächst lässt sich dabei festhalten, dass es kaum Bewohner*innen gibt, die über eigene Endgeräte wie Smartphones, Tablets oder Laptops verfügen. Auf einer Skala von 1 (kein*e Bewohner*in/Kund*in) bis 6 (alle Bewohner*innen/Kund*innen) kann ein Mittelwert von 2,2 festgestellt werden. Dies fordert dementsprechend auch die zur Verfügungsstellung von entsprechenden Geräten der Einrichtungen. 49 % der Teilnehmenden geben an, dass eine aktive Kommunikation zwischen Angehörigen und Bewohner*innen durch Endgeräte der Einrichtung ermöglicht wird. Das bedeutet, knapp die Hälfte der teilgenommenen Befragten kann es ermöglichen, digitale Endgeräte zur Verfügung zu stellen, damit die Kommunikation und der Kontakt zwischen Bewohner*innen und Angehörigen stattfinden kann. Der gleich hohe Anteil der Befragten (49 % oder 242 Personen) stellt zusätzlich personelle Ressourcen für die digitale Kommunikation zur Verfügung. Hier müssen aber die großen Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Langzeitpflege beachtet werden – sowohl in der Verfügbarkeit von digitalen Endgeräten als auch in den personellen Ressourcen!

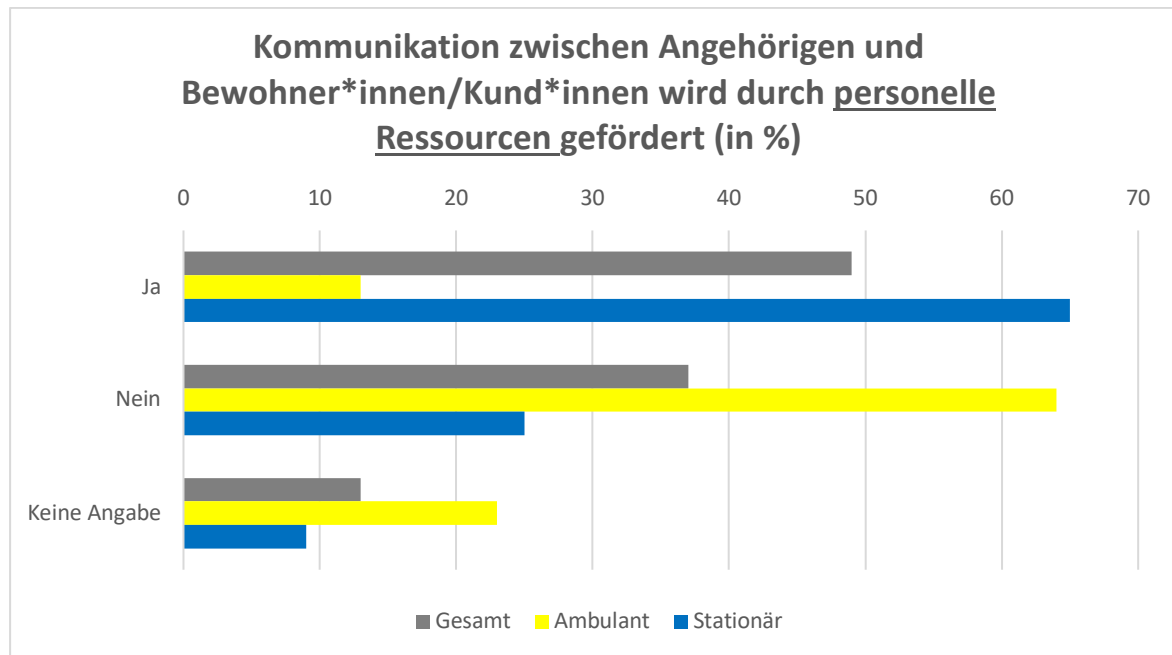


Abb. 41: Vergleich der Bereiche der Langzeitpflege, ob die Kommunikation von Bewohner*innen/Kund*innen und Angehörigen durch personelle Ressourcen gefördert wird (eigene Darstellung 2021)

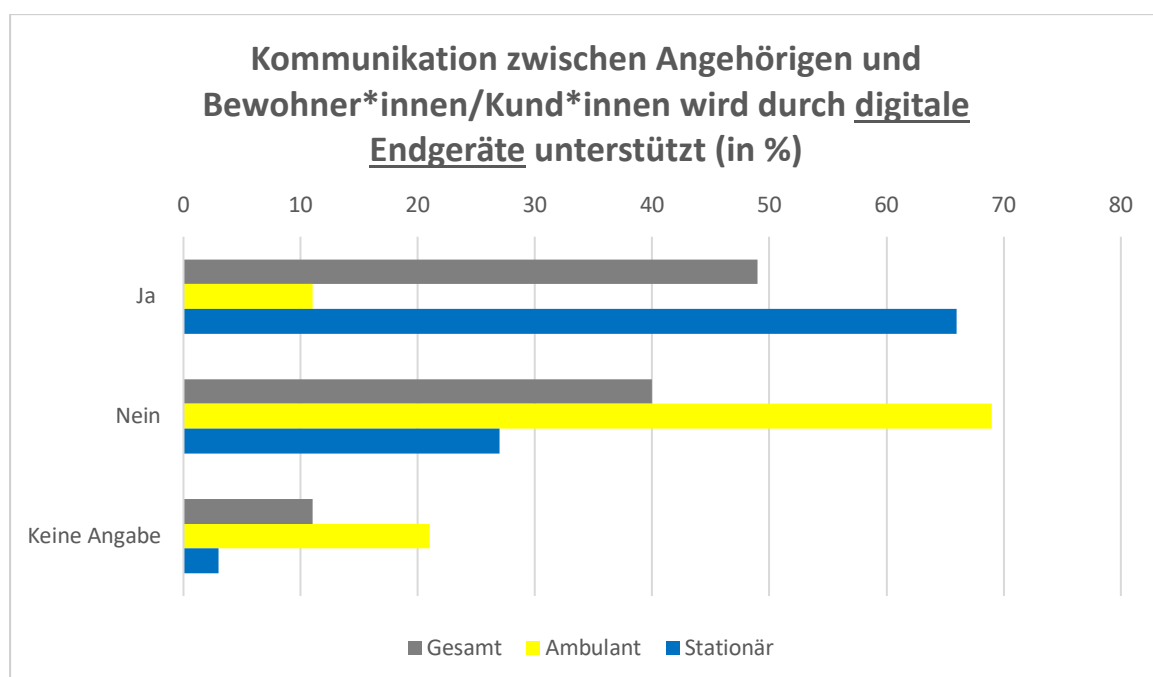


Abb. 42: Vergleich der Bereiche der Langzeitpflege, ob die Kommunikation von Bewohner*innen/Kund*innen und Angehörigen durch digitale Endgeräte unterstützt wird (eigene Darstellung 2021)

Auch haben Mitarbeiter*innen aller Bereiche häufig Kontakt zu Angehörigen. Auch hierfür müssen in der Zeit der Pandemie digitale Angebote und Konzepte genutzt werden. 51 % der

Teilnehmer*innen bestätigen, dass sie digitale Medien nutzen, um mit den Angehörigen zu kommunizieren. Allerdings gelingt auch dies im ambulanten Bereich weniger häufig. Dabei sind das Telefon und der E-Mail-Verkehr die häufigste Methode, um den Kontakt aufrechtzuerhalten. Aber auch Videotelefonie oder Kurznachrichtendienste werden genutzt, um die Angehörigen vonseiten der Einrichtung auf dem Laufenden zu halten. Aus den geführten Interviews ging dabei hervor, dass die Strukturen oft erst geschaffen werden mussten. So wurden erst mit der Pandemie E-Mail-Adressen von Angehörigen oder Handynummern erfasst, um eine schnelle, unkomplizierte Kommunikation zu gewährleisten.

Die meisten Einrichtungen und Verbünde von Einrichtungen haben zudem eine Website, über die sie während der Pandemie, zum Teil auch schon davor, Informationen teilen und so zugänglich für beispielsweise Besucher*innen und Angehörige machen. Viele nutzen die Webseiten in der Pandemie vor allem dafür, aktuelle Verordnungen oder Einschränkungen und Regelungen, die unter anderem die Besuchszeiten oder auch die Testungen beinhalteten, zu veröffentlichen. 63 % der Teilnehmer*innen geben an, mit dem Gesamteindruck der Einrichtungs-Website zufrieden zu sein. 20 % sind dies nicht und 17 % können dazu keine Angaben machen. Dabei geben 54 % (267 Beteiligte), an, auf Fachexpert*innen zurückzugreifen, die die digitale Entwicklung in der Einrichtung unterstützen und/oder umsetzen. Von den 267 Teilnehmer*innen, die angeben, dass Fachexpert*innen sie unterstützen, geben 66 % (177 Personen), an, dass dies interne Personen der Einrichtung übernehmen. Bei 34 % der Befragten übernehmen diese Arbeiten externe Personen. Dabei ist auch interessant, dass 34 % der Beteiligten angeben, dass die digitale Entwicklung nicht von Fachexpert*innen übernommen wird. Dabei ist aber nicht ersichtlich, ob und wie digitale Ideen und Konzepte umgesetzt werden.

Generell lässt sich festhalten, dass die Digitalisierung auch immer mit Veränderung einhergeht. Damit können Abläufe vereinfacht oder effizienter gestaltet werden. Die Teilnehmer*innen konnten zum Thema Digitalisierung noch weitere Wünsche und Anregungen vertextlichen. Die 118 gegebenen Antworten können in folgende Themenbereiche zusammengefasst werden:

**Frage 5.18: Haben Sie konkrete Unterstützungswünsche
für den Bereich der Digitalisierung?
(118 Beiträge)**

Unterstützungswünsche	
- Zuverlässige Netzverbindung/Internet und WLAN, Ausbau insbesondere für ländliche Regionen gefordert	- Einheitliche Systeme
- Mehr (staatliche) finanzielle Unterstützung, Subventionen und damit Klarheit über Kostenübernahme	- Ausreichend Grundausstattung, mehr mobile Geräte und Endgeräte
- Schulungen/Fortbildungen zur Nutzung und bessere Einweisungen in die Nutzung, damit es erleichtert und nicht zur zusätzlichen Belastung wird	- Diktafon zur Dokumentation, Einführung Dokumentenmanagement, elektronischer Dienstplan
- IT-Abteilung, an die auch Nachfragen gestellt werden können/Fachexperten	- „Da das Umsetzen sehr teuer ist, wünsche ich mir mehr Unterstützung vom Staat (nicht nur 40 %)“
- Digitalisierung: Ja; dadurch „Echtzeit-Kontrollen in der ambulanten Pflege“: Nein!	- „Ausreichende Grundausstattung für digitale Kommunikation“
- Mitarbeiter*innen genug Zeit geben, sich mit digitalen Medien zurechtzufinden	- „Dass Digitalisierung erst einmal beginnt. In meiner Einrichtung gibt es nicht einmal WLAN. Nur uralte feststehende PCs, die wirklich in die Jahre gekommen sind – Tastatur geht nicht mal“

4.2.2.6 Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen

Die (gute) Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern, MDK oder Heimaufsicht, aber auch die Kooperation mit Haus- und Fachärzt*innen sowie externen Dritten ist insbesondere in der Zeit der Pandemie wichtig. Um sichtbar zu machen, wie Zusammenarbeit und Kooperation mit den verschiedenen Stellen des Gesundheitswesens verliefen, wurden hierfür einige Fragen an die Teilnehmer*innen gestellt. Zunächst wurde die Frage „Haben Sie während der Pandemie eine gute Zusammenarbeit (mit dem örtlichen Gesundheitsamt) gehabt?“ gestellt. Die Mehrheit der Teilnehmer*innen (38 %) – sowohl aus dem ambulanten (37 %) als aus dem stationären (29 %) Bereich – entschied sich für die Antwort „Ja, schon in der ersten Welle“. Außerdem gab

es bei vielen der Teilnehmer*innen (25 %) zudem durchgehend eine gute Kooperation. 10 % bzw. 6 % der gesamten Teilnehmer*innen geben an, dass die Kooperation bis jetzt (zum Zeitpunkt der Befragung bis Mitte Mai 2021) nicht zufriedenstellend war oder auch im Fortgang der Pandemie keine zufriedenstellende Zusammenarbeit zustande kam. 54 % der Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich und 60 % aus dem stationären geben dennoch an, dass sie ausreichend Unterstützung vom örtlichen Gesundheitsamt, Landratsamt oder Ordnungsamt erhalten haben.

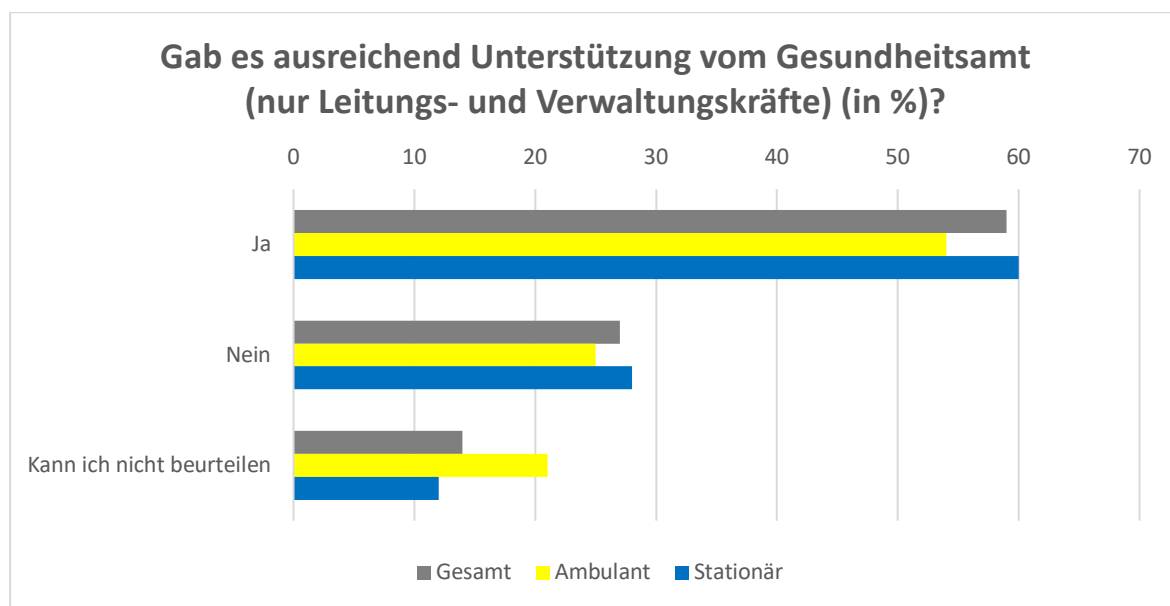


Abb. 43: Bewertung, nur von Teilnehmer*innen aus dem Leitungs- und Verwaltungsbereich, ob es ausreichend Unterstützung vom örtlichen Gesundheitsamt/Landratsamt/Ordnungsamt gab (eigene Darstellung 2021)

Diese Ergebnisse decken sich nicht ganz mit den Ergebnissen aus den von uns geführten Interviews, in denen die Zusammenarbeit oft sehr viel schlechter und als weniger zufriedenstellend dargestellt wurde. Im Freitext (insgesamt 222 Antworten) zu den Faktoren und Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern wird deutlich, dass viele Teilnehmer*innen einen guten, kontinuierlichen Austausch haben, ihnen feste Ansprechpartner zugewiesen waren oder auch Beratung und Unterstützung gewährleistet war. Auf der anderen Seite haben Einrichtungen und Dienste mit einer weniger guten Zusammenarbeit Probleme mit der Erreichbarkeit von zuständigen Mitarbeiter*innen, bemängeln fehlende Informationen oder die Dauer, bis diese ausgetauscht werden. Ein weiteres Problem war und sind die stetigen Datenerhebungen oder auch die Unterschiede der Maßnahmen zwischen den Landkreisen. Dies trifft vor allem Einrichtungen und Dienste, die in verschiedenen Landkreisen tätig sind. Hier herrschte oft Uneinigkeit über die Umsetzung von Maßnahmen oder die Aktualität von Verordnungen. Ersichtlich wird aber auch – und das ist übereinstimmend mit den Aussagen der

Interviews –, dass die Kommunikation zu Beginn der Pandemie oft schwer war, im Laufe der Pandemie und mit der Zuordnung von Ansprechpartner*innen sich aber stark verbesserte. Viele Leitungspersonen merken dabei an, dass aus ihrer Sicht auch die Behörden zu Beginn überfordert waren und sich zunächst auf die neue Situation einstellen mussten.

Frage 6.2/6.3: Gab es ausreichend Unterstützung (vom örtlichen Gesundheitsamt/Landratsamt/Ordnungsamt)? Mit welchen Faktoren begründen Sie diese Erfahrung? (222 Beiträge)

Positive Erfahrungen	
- Bei bspw. Inanspruchnahme der Bundeswehr kamen Rückfragen, wie es läuft	- Gesundheitsamt war gute Unterstützung
- Telefonischer Austausch und enger Dialog mit Bereichsleitung	- Lokale und regionale Zusammenarbeit war gut und lösungsorientiert
- Bei Fragen war immer jemand erreichbar	- Austausch und Nachfragen waren auch am Wochenende möglich
- Gute Erfahrungen mit Impfteams, bei Verdachtsfällen oder Unterstützung der Hygienekonzepte	- Videokonferenzen von Landratsamt als Angebot für den Austausch
- Beratungen waren gut	- Jederzeit eine Ansprechperson zur Verfügung
- Gute Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht	- Kontinuierlicher Austausch, zeitnah und adäquat
- Regelmäßig nach Befinden erkundigt	- Unterstützung in Entscheidungsfindung, ansprechbar und haben sich zurückgemeldet bei offenen Fragen
- Rund um die Uhr erreichbar	
Hürden und Problemfelder	
- Mussten aktiv auf Ämter zugehen	- Starke Überlastung deutlich merkbar
- Viele Formulare und bei verschiedenen Fragen keine einheitliche Linie	- Fragen und Probleme wurden in die Einrichtungen zur eigenen Entscheidung zurückgeschoben
- Leitungen mussten alles selbst bewältigen und wurden für Handlungen verantwortlich gemacht	- Testmöglichkeiten und Ergebnisse haben viel zu viel Zeit in Anspruch genommen.
- Alles dauert länger als sonst	- Zu viel Datenerhebung
	- Zu lange Erreichbarkeitszeiten

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ambulante Dienste außen vor – zu wenig beachtet und noch weniger Antworten auf Fragen - „Die rechte Hand weiß nicht, was die Linke tut“ - Zeitnahe PCR-Tests auch in dritter Welle nicht möglich umzusetzen - Heimaufsicht und Gesundheitsamt haben sich komplett zurückgezogen und waren überfordert - Keine konkreten Lösungen zur Unterstützung - Der Mehraufwand durch die Maßnahmen wird als selbstverständlich angesehen – Umsetzbarkeit spielt keine Rolle - Entscheidungen dauerten zu lange | <ul style="list-style-type: none"> - Keine Kontaktmöglichkeit nach 16 Uhr oder am Wochenende - Jedes Gesundheitsamt agiert unterschiedlich, für Einrichtungen mit Kontakt zu verschiedenen Gesundheitsämtern sehr schwer - Keine Beratung, dafür Kontrolle im Übermaß - Beratende Unterstützung nicht vorhanden - „Massiver Druck seitens des Gesundheitsamtes“ - Weiterleitungen und Kommunikation in den Behörden funktionierten nicht – dadurch ging oft viel Zeit verloren, bis gehandelt wurde - Unverständnis, was ambulante Pflege bedeutet, widersprüchliche Aussagen |
|--|--|

Kommunikation

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Gute Erreichbarkeit - Gute Beratung - Kaum Erreichbarkeit; wenn, dann schon zu spät. Bis dahin hat man nach eigenem Empfinden selbst gehandelt - Zu wenig digitalisiert - Nur per Mail erreichbar – dauert zu lange und ist zu Zeitintensiv! E-Mails werden dann nicht vollständig beantwortet – bedeutet noch mehr Arbeit. | <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation war sehr viel besser, wenn bereits einmal Kontakt bestand - Der Austausch, auch intern bis zu jedem Mitarbeiter, war oft sehr langwierig und kaum möglich, auch wegen der vielen Ausfälle - Videokonferenzen zum Austausch ermöglicht/regelmäßige Online-Meetings mit Heimaufsicht und Gesundheitsamt - Hat sich bei vielen im Laufe verbessert, bspw. wurden feste Ansprechpartner und Telefonnummern vergeben |
|---|--|

Wünsche

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Beratende Funktion bedeutet nicht, Anweisungen geben und nicht darüber nachzudenken, wie die Umsetzung ablaufen soll. - Einheitliche Vorgehensweise und Informationsbestand auch unter den Mitarbeiter*innen in den Behörden | <ul style="list-style-type: none"> - Mehr Digitalisierung - Vereinbarkeit von Praxis und Vorgaben finden! |
|---|---|

Die Zusammenarbeit mit dem MDK und der Heimaufsicht wird von allen Teilnehmer*innen der Online-Befragung im Schnitt mit der Note 3 (befriedigend) bewertet. Auch neue Formen der Kooperation (z. B. Fortbildungen) im Verlauf der Pandemie kommen nur bei wenigen Befragten zustande. 35 % (170 Teilnehmer*innen) geben demnach an, dass bis jetzt keine Kooperation zustande gekommen sei. 11 % bzw. 10 % aller Teilnehmer*innen geben an, dass in der ersten Welle, in der zweiten Welle oder durchgehend eine Kooperation bestand.

Auch die Zusammenarbeit und vor allem die Versorgung durch Haus- und Fachärzt*innen wurde in der quantitativen Befragung überwiegend als gut bewertet. Die Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen schneidet dabei besser ab als die mit Fachärzten. In den zusätzlichen Erläuterungen (insgesamt 172) der Teilnehmer*innen wird hervorgehoben, dass von den Hausärzt*innen zwar weniger Visiten, dafür diese aber zum Teil über digitale Medien durchgeführt werden. Außerdem gibt es Unterstützung bei den Informationen oder bei der Durchführung von Tests. Probleme gab es dabei, dass Einrichtungen und Dienste oft mit einer Vielzahl von Hausärzt*innen kommunizieren müssen und viele Hausärzt*innen individuelle Wege und Vorgehensweisen haben. Die Kommunikation und Kooperation mit Fachärzten werden als bereits vor der Pandemie sehr problematisch beschrieben. Dabei werden als Gründe häufig die schlechte Erreichbarkeit, mangelnde Terminmöglichkeiten oder sehr langen Wartezeiten benannt.

Die Zusammenarbeit mit weiteren externen Dienstleistern wird überwiegend als zufriedenstellend bewertet.

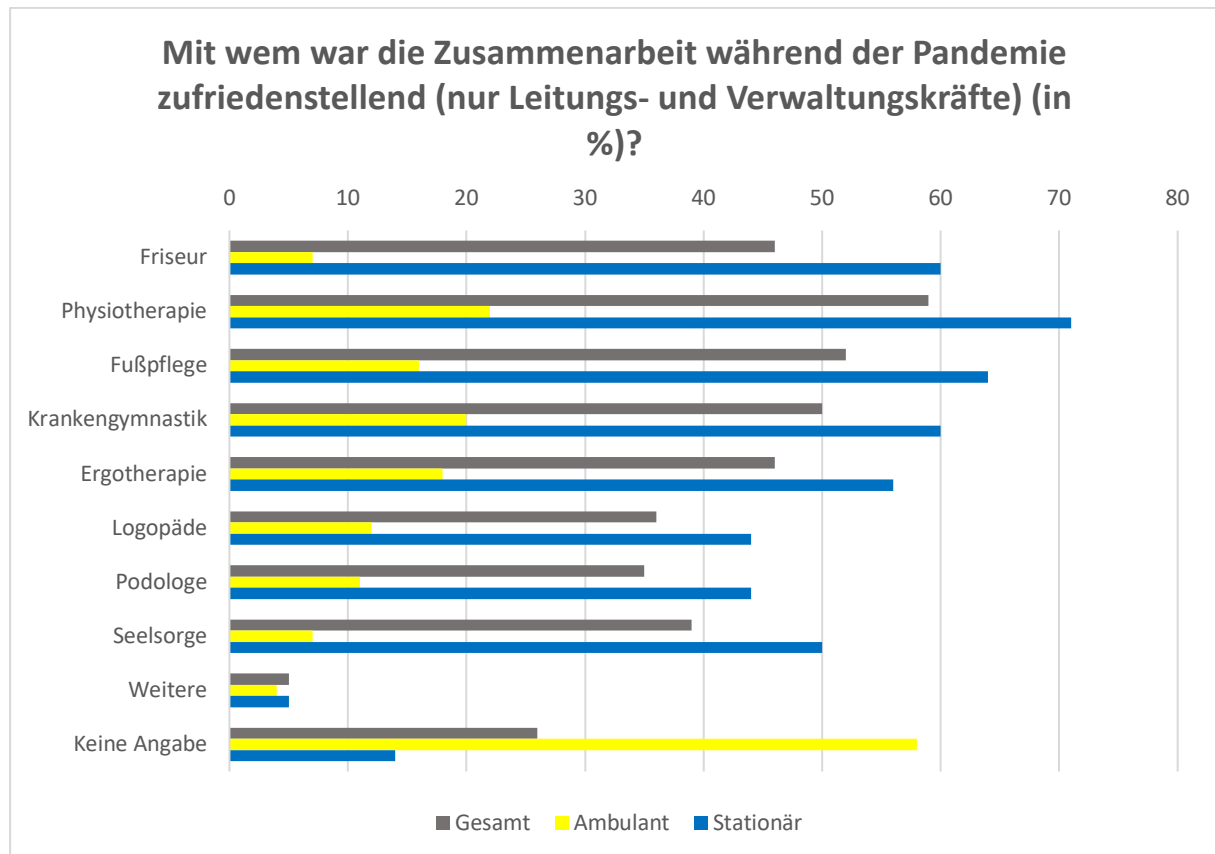


Abb. 44: Bewertung, nur von Teilnehmer*innen aus dem Leitungs- und Verwaltungsbereich, mit welchen externen Dienstleistern die Zusammenarbeit während der Pandemie zufriedenstellend war (eigene Darstellung 2021)

Dabei können Mitarbeiter*innen aus dem ambulanten Bereich diese Zusammenarbeit nur schwer bewerten. Meist haben die ambulanten Dienste „nur“ mit Haus- oder Facharzt*innen bzgl. Medikamenten und Rezepten direkten Kontakt. Im stationären Bereich wird die Zusammenarbeit überwiegend als zufriedenstellend bewertet. Im Freitext (171 Anmerkungen) zu den erlebten Hürden in der Zusammenarbeit mit den externen Dienstleistern werden häufig die anfänglichen Zutrittsverbote genannt. Aber auch die umzusetzende Teststrategie und die strengen Hygienemaßnahmen inklusive der zu tragenden Schutzausrüstung haben zum Teil zu Diskussionen und Brüchen in der Kooperation geführt. Außerdem ist für einige die Terminkoordination erschwert – Termine vor allem für Neukunden können kaum vereinbart werden, die vielen Verordnungen sorgen zudem für Unsicherheit. Auch beschreiben Teilnehmende, dass der Informationsaustausch sehr viel komplizierter als vor der Pandemie sei.

Durch die Befragung wird zudem sichtbar, dass kaum oder nur sehr wenige neue Kooperationen mit anderen Einrichtungen aus dem Gesundheitssektor zustande gekommen sind. Im direkten Vergleich wird dennoch sichtbar, dass eher Einrichtungen und Dienste, die in einer Gemeinde oder Kleinstadt ansässig sind, neue Kooperationen eingehen. Auch bilden dabei eher die stationären Einrichtungen neue Kooperationen.

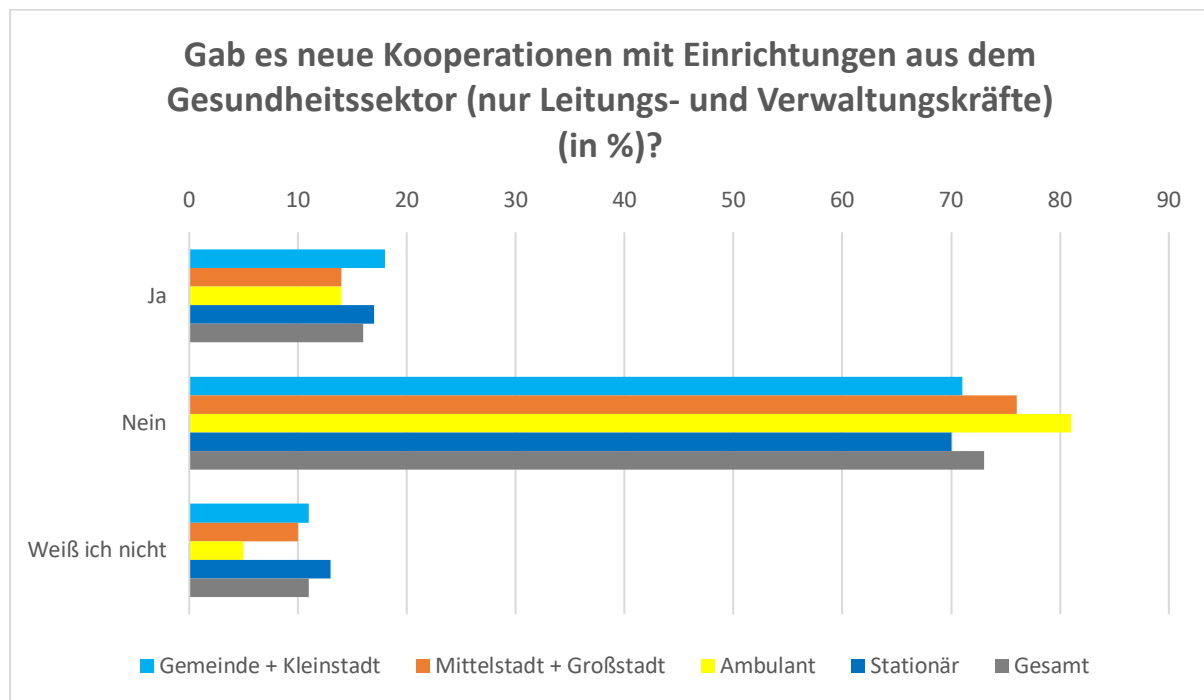


Abb. 45: Vergleich neu geschlossener Kooperationen im Gesundheitssektor, nur von Teilnehmer*innen aus dem Leitungs- und Verwaltungsbereich beantwortet (eigene Darstellung 2021)

Apotheken, Runde Tische, andere ortsnahe Einrichtungen und Partnereinrichtungen oder Krankenhäuser sind dabei Partner neuer Kooperationen. Auch geben die Teilnehmer*innen an, bestehenden Kooperationen zu diesen genannten Partnern intensiviert oder aufgefrischt zu haben.

4.2.2.7 Testungen und Impfungen

Beim Thema Testungen und Impfungen werden große Unterschiede zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich sichtbar. Zunächst lässt sich feststellen, dass Mitarbeiter*innen in der stationären Pflege sehr viel häufiger getestet werden als die Kolleg*innen der ambulanten Pflegedienste. Auch gibt es große Unterschiede bei den Testungen der Bewohner*innen und Kund*innen. Der Großteil der Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich kann nicht nachvollziehen oder hat keine Kenntnis darüber, ob und wie oft Kund*innen getestet

werden. So wird auch in den Interviews häufig die Unsicherheit durch die seltenen Testungen der Kund*innen eines ambulanten Dienstes beschrieben. Für die Mitarbeiter*innen herrscht dabei große Verunsicherung, auch wenn viele Kund*innen eher weniger Kontakt zu Angehörigen oder einem Bekanntenkreis haben; so stellen die nicht durchgeführten Testungen ein Risiko für die Mitarbeiter*innen dar. In den stationären Einrichtungen werden Bewohner*innen zu 64 % mindestens einmal pro Woche getestet.

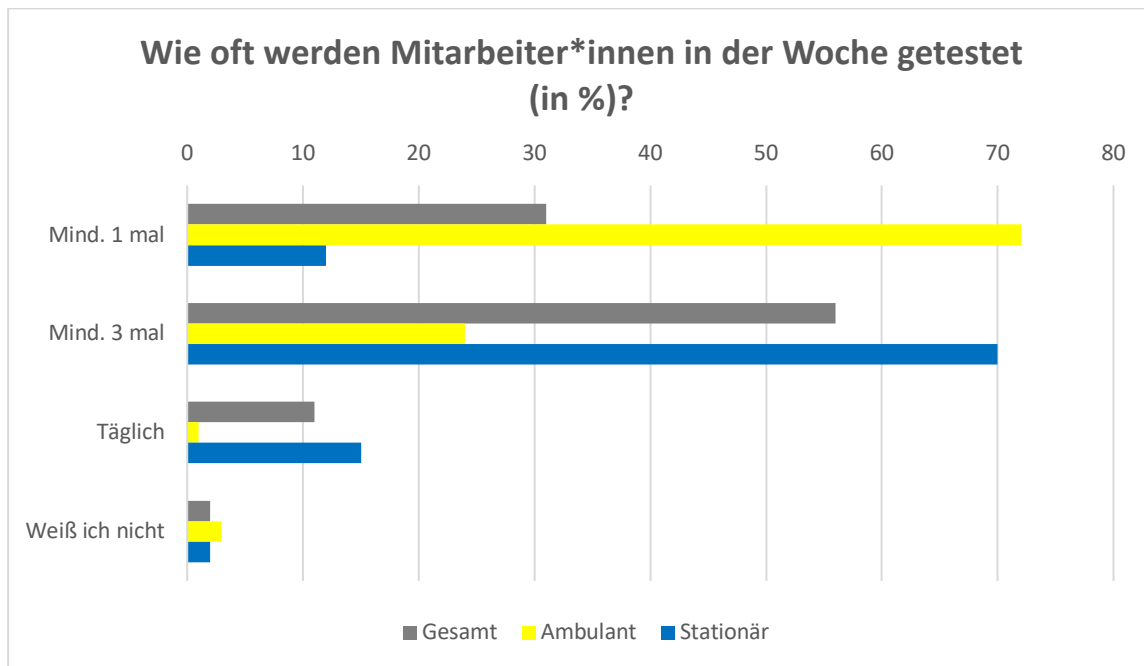


Abb. 46: Verteilung der wöchentlichen Testungen von Mitarbeiter*innen (eigene Darstellung 2021)

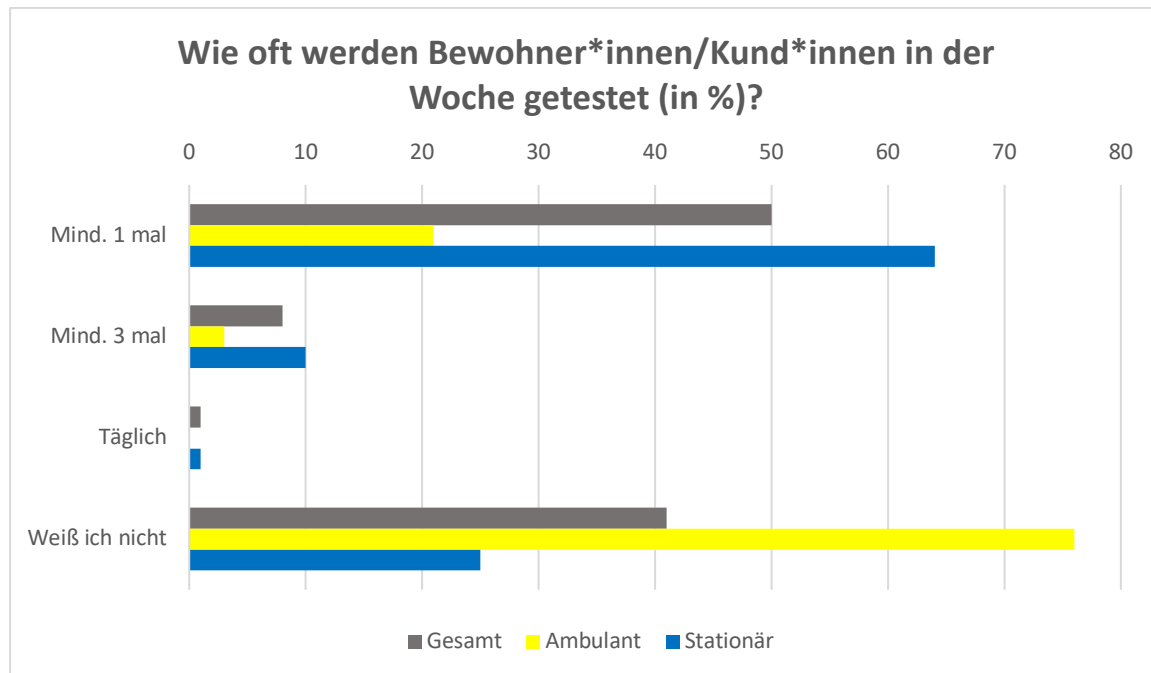


Abb. 47: Verteilung der wöchentlichen Testungen von Bewohner*innen/Kund*innen (eigene Darstellung 2021)

Die häufigen Testungen in den stationären Einrichtungen bergen auch Herausforderungen. Aus den Interviews geht dazu hervor, dass vor allem die zusätzlich benötigten personellen Ressourcen zunächst schwer zu kompensieren waren. Zu Beginn des Jahres 2021 gab es darum das Angebot, Freiwillige oder den gezielten Einsatz von Bundeswehrsoldat*innen zur Unterstützung hinzuzuziehen. 58 % der Teilnehmer*innen aus dem stationären Bereich geben dabei an, dass Unterstützung von außen zur Durchführung der Testungen zum Einsatz kam. Der Anteil der Studienteilnehmer*innen, die keine Unterstützung von außen hatte, gibt dabei an, dass die Durchführung der Tests meist mit viel Mehrarbeit für die Mitarbeiter*innen, aber auch für die Führungskräfte verbunden war. Außerdem mussten diese Mitarbeiter*innen entsprechend geschult werden. Im ambulanten Bereich wurde kaum Unterstützung von außen beansprucht (5 %). Dies kann möglicherweise auf die weniger durchzuführenden Testungen der Mitarbeiter*innen, aber auch auf den Wegfall von Testungen bei Kund*innen oder Besuchern zurückgeführt werden. Aber auch im ambulanten Bereich wurden die Mitarbeiter*innen entsprechend geschult, um (Selbst-)Testungen durchzuführen. Es zeigt sich, dass sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich der Langzeitpflege häufig Führungskräfte oder Mitarbeiter*innen aus dem Leitungsteam die Testungen durchführen. Teilnehmer*innen aus kleinen Einrichtungen – mit weniger als 100 Bewohner*innen/Kund*innen – beanspruchen Unterstützung eher von außen.

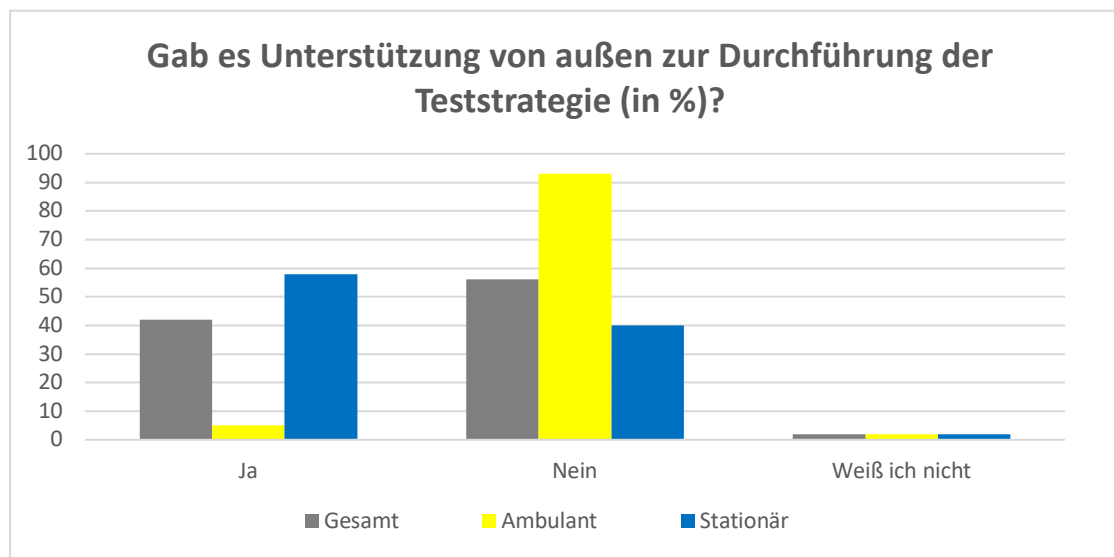


Abb. 48: Vergleich der genutzten Unterstützung von außen zur Durchführung der Teststrategie (eigene Darstellung 2021)

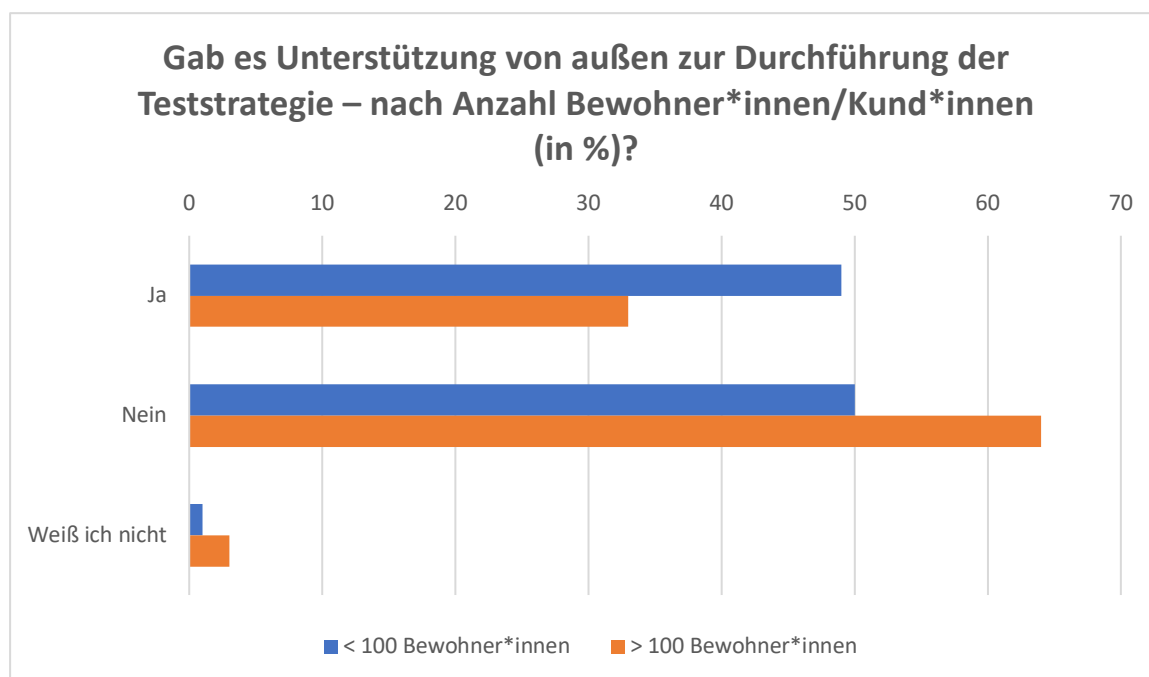


Abb. 49: Vergleich der genutzten Unterstützung von außen zur Durchführung der Teststrategie – nach Größe der Einrichtung/Dienst (eigene Darstellung 2021)

Frage 7.3/7.5: Beanspruchen Sie seit Januar 2021 personelle Unterstützung von außen zur Durchführung der Testungen? Wenn nein, wie wird die Aufgabe der Testungen personell umgesetzt?
(203 Beiträge)

Umsetzung der Testung ohne Unterstützung von außen	
- Alle geschulten Fachkräfte können testen - Alle, die geschult sind, müssen testen (teils aus allen Bereichen) - Kooperation mit Ärzt*innen - Nur anlassbezogene Testungen - Selbsttestungen von geschultem Personal - Mitarbeitende anderer Bereiche neben Pflege - Leitungen, PDL - Einstellung neuer Mitarbeiter - Neu geschaffene Stelle, nur für Tests	- Es wird nur bei Verdachtsmomenten/Kontakt zu positiv Getesteten getestet - Nur zu bestimmten Zeiten wird für Besucher*innen getestet - Pflegedienst- und Hausleitung führen Tests durch - Qualitätsbeauftragte, Betreuungskräfte, Praxisanleiter - Selbsttestungen bei geschultem Personal - Externer Dienstleister - Einsatz von Ehrenamtlichen/Studenten - Es wird zusätzlich zur Arbeitszeit getestet (Mehrarbeit) ➔ Bei der Mehrheit der Angaben wird deutlich, dass es mithilfe von Mehrarbeit aller Mitarbeiter*innen umgesetzt wird.

Die Bevorratung der Schnelltests unterscheidet sich dahingehend, dass der ambulante Bereich der Langzeitpflege weniger Testungen pro Woche durchführt als die stationären Einrichtungen. Bei diesen kommen auch das Testangebot an Besucher*innen und Angehörigen sowie externen Dritten hinzu. So ist die Verteilung der Schnelltest in den Einrichtungen wie folgt:

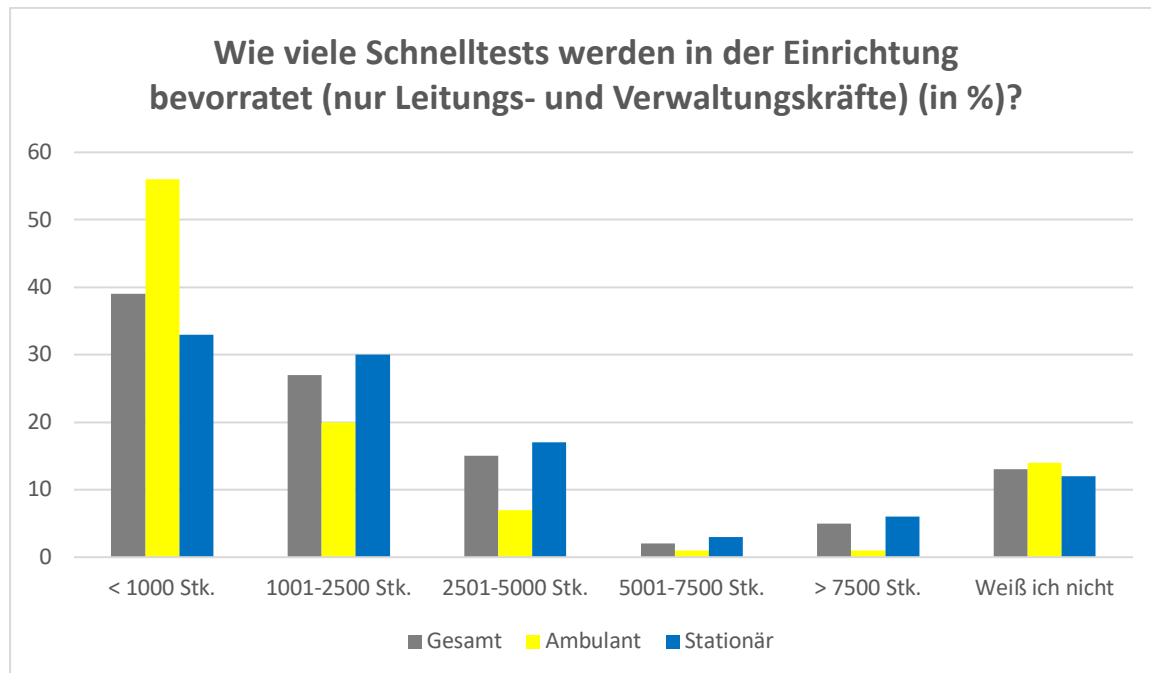


Abb. 50: Verteilung der bevorrateten Schnelltests in den Einrichtungen/Diensten – nur von Teilnehmer*innen aus dem Leitungs- und Verwaltungsbereich beantwortet (eigene Darstellung 2021)

Neben den Schnelltests nehmen die Impfungen und die Umsetzung der Impfstrategie eine wichtige Rolle im momentanen Geschehen der Langzeitpflegeeinrichtungen ein. Dabei ist erkennbar, dass es der ambulante Bereich sehr viel schwerer hat, Mitarbeiter*innen und Kund*innen impfen zu lassen. Bei der Frage, ob es Probleme bei der Umsetzung der Impfstrategie gibt, bejahen 48 % der Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich, aber lediglich 18 % der Teilnehmer*innen aus der stationären Pflege. Hauptgrund dafür ist laut Freitext (123 Beiträge) in der Online-Befragung häufig die Terminsuche und -verfügbarkeit in den Impfzentren für Mitarbeiter*innen der ambulanten Pflegedienste. Bei diesen kommen nur sehr selten mobile Impfteams vor Ort zum Einsatz, so dass die Mitarbeitenden oft selbstständig nach einem Termin suchen müssen. Auch wird in den Erläuterungen häufig genannt, dass es nur wenige Hausärzt*innen gebe, die für eine Impfkooperation bereit sind, zu wenig Impfstoff zur Verfügung stünde oder aber auch, dass Mitarbeiter*innen des ambulanten Bereichs nicht als priorisierte Gruppe eingestuft werden. Dies erschwert zusätzlich die Zugänglichkeit zu Impfungen. Auch die Kund*innen und Klient*innen haben große Probleme, Impftermine zu bekommen bzw. diese auch selbstständig zu organisieren. In den Interviews wurde dabei bereits häufig erläutert, dass viele Nachfragen vonseiten der Kund*innen bzgl. der Hilfe und Unterstützung für die Buchung eines Impftermins kamen. Mitarbeiter*innen der ambulanten Pflegedienste haben generell jedoch weder die Befugnis noch ausreichende zeitliche Ressourcen, diesen Anfragen nachzukommen. Hier wird von den Befragten vor allem bemängelt, dass nicht

nur immobile Kund*innen „völlig vergessen wurden“, sondern auch die Terminfindung für Mitarbeiter*innen sehr erschwert wurde. Möglichkeiten von mobilen Impfteams – wie in den stationären Einrichtungen – zur Impfung von Mitarbeiter*innen der ambulanten Bereiche wurden dabei nur vereinzelt angeboten oder umgesetzt.

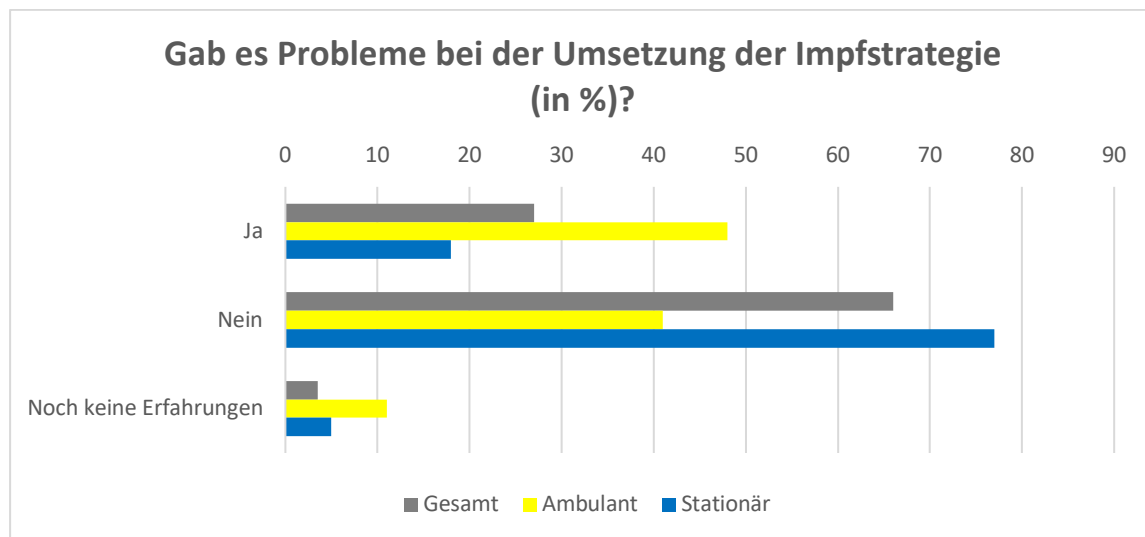


Abb. 51: Bewertung, ob es bei der Umsetzung der Impfstrategie zu Problemen kommt (eigene Darstellung 2021)

Zugleich wird deutlich, dass es im stationären Bereich der Langzeitpflege sehr viel weniger Probleme bei der Umsetzung der Impfstrategie gab. Die Teilnehmer*innen, die diese Frage bejahen und in einer stationären Einrichtung tätig sind, bemängeln eher die Regelungen von beispielsweise bereits infizierten Bewohner*innen oder auch die noch fehlenden Informationen, wie mit neuen eingezogenen Bewohner*innen umgegangen werden soll, um einen Folgetermin zu bekommen. Hierbei wird auch die Zusammenarbeit mit und die Impfstofflieferungen an Hausärzt*innen befürwortet und als hilfreich sowie dringend notwendig angesehen.

Auch wird erkennbar, dass Mitarbeiter*innen zu Beginn der Impfkampagne noch Bedenken und Ängste hatten. Diese Bedenken wurden durch die Diskussionen über den Impfstoff von AstraZeneca® erhöht. Hier mussten die Einrichtungen und Pflegedienste viel Aufklärungsarbeit leisten. Nach Aussagen der Interviewpartner*innen konnte ein erneuter Besuch durch die Impfteams die Impfquote innerhalb der Mitarbeiter*innen nochmals erhöhen. Der als zu kompliziert empfundene Ablauf über die Impfzentren – vor allem im ambulanten Bereich – führt eher zu einer Demotivation und somit zu einer eher niedrigen Impfquote bei den Mitarbeiter*innen.

Interessant ist außerdem, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich aufgetretene Probleme bei der Umsetzung der Impfstrategie eher bei Teilnehmer*innen von Einrichtungen im ländlicheren Raum (Gemeinde und Kleinstadt) bejaht werden.

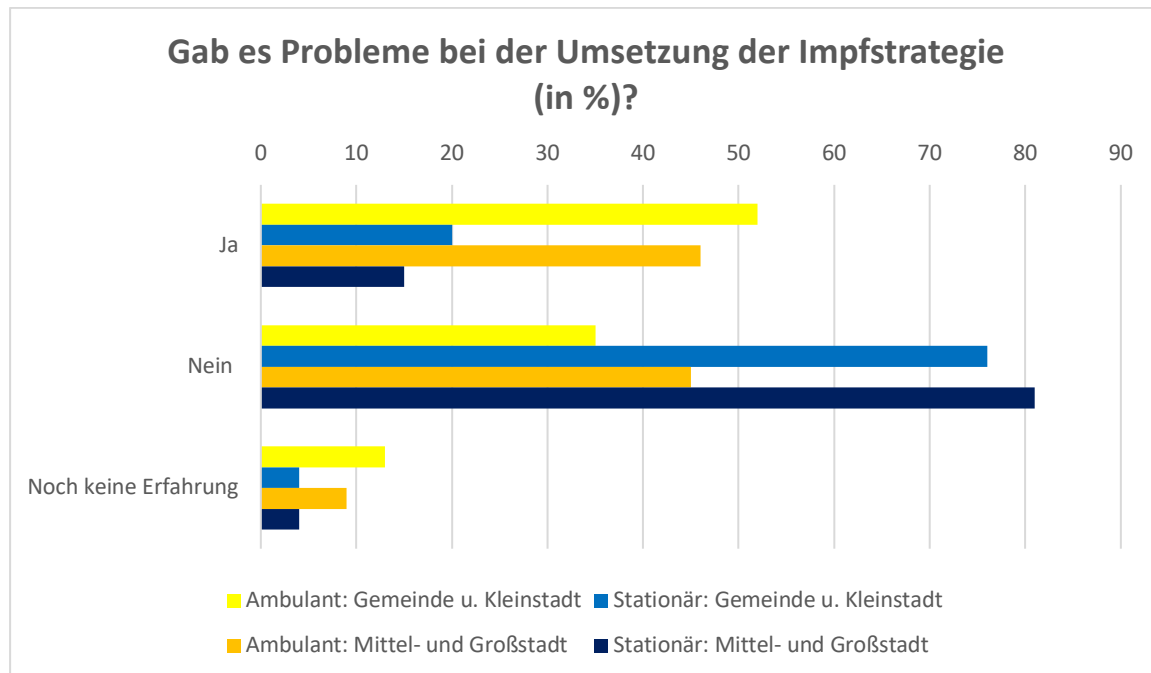


Abb. 52: Bewertung, ob es bei der Umsetzung der Impfstrategie zu Problemen kommt – nach Lage der Einrichtung und Bereich der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2021)

4.2.2.8 Schutzmaterialien und Hygienekonzept

In den Interviews, die ab September 2020 geführt wurden, wird immer wieder betont, dass es neben einem Mangel an Schutzausrüstung zu Beginn der Pandemie und auch im Fortgang der Krise zu Problemen mit Bestellung, Lieferung, Vorschriften zur Umsetzung oder dem steigenden Preisniveau kommt. Aufbauend auf diesen immer sehr klar dargestellten Erläuterungen der Interview-Teilnehmer*innen sollten nochmals einige Fragen an die Teilnehmer*innen der Online-Befragung gestellt werden: Zunächst wurde die Frage gestellt, welche Schutzmaterialien aktuell wieder ausreichend in der Einrichtung/dem Dienst vorhanden sind. Dabei geben 82 % der Teilnehmer*innen (77 % der Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich, 85 % aus dem stationären) an, dass derzeit keines der Schutzmaterialien in nicht ausreichender Menge zur Verfügung steht. Die Lieferketten und Verfügbarkeiten von Schutzmaterialien haben sich demnach ab April 2021 dem gestiegenen Bedürfnis und der hohen Nachfrage angepasst. Am ehesten sind Handschuhe von einer Knappheit betroffen. Sie sind auch bei der Frage nach dem Preisniveau die Kategorie mit dem höchsten Zuwachs. Das bedeutet konkret: 95 %

aller Teilnehmer*innen geben an, dass die Preise von Handschuhen nicht auf dem üblichen Preisniveau sind. Aber auch bei allen anderen Schutzmaterialien ist ein höheres Preisniveau als vor der Pandemie zu verzeichnen. Unterschiede zwischen den Aussagen der Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Diensten oder den stationären Einrichtungen gibt es hier nur unwesentliche.

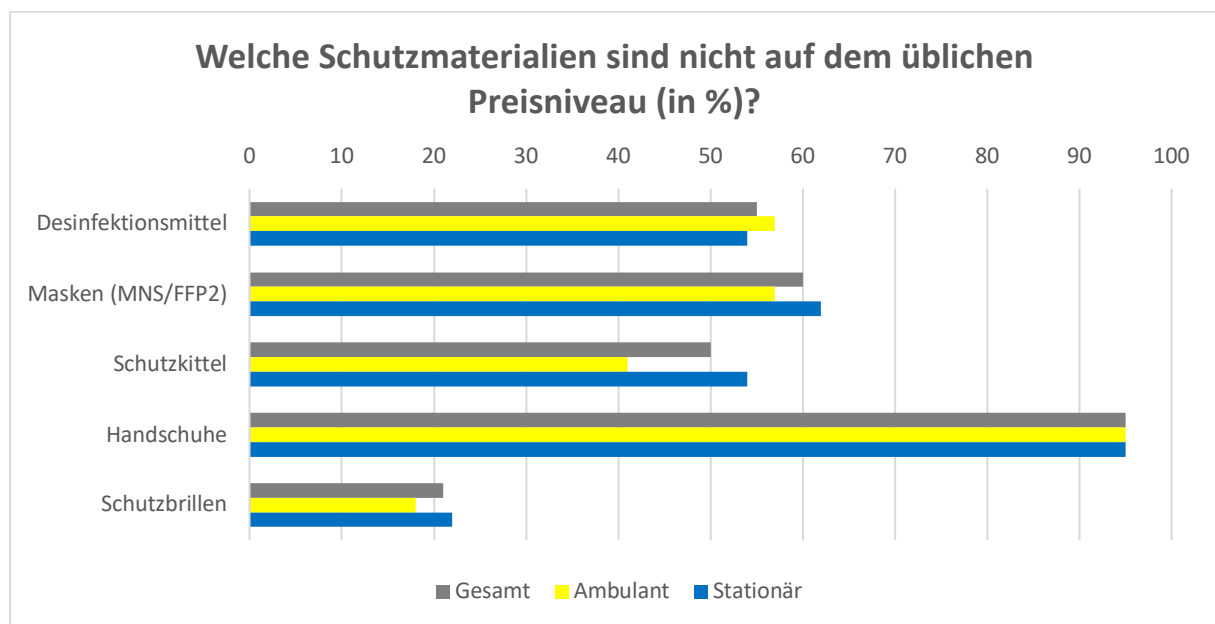


Abb. 53: Bewertung, welche Schutzmaterialien nicht auf dem üblichen Preisniveau – ähnlich dem vor der Pandemie – sind (eigene Darstellung 2021)

Mehrheitlich verfügen die Einrichtungen auch über ausreichend Lagerkapazität. Die meisten Teilnehmer*innen aus dem stationären Bereich (38 %) bestätigen eine Bevorratung über drei Monatsbedarfe. 29 % der Teilnehmer*innen aus der ambulanten Pflege – und damit die meisten innerhalb dieser Befragungsgruppe – geben an, zwei Monatsbedarfe zu bevorraten.

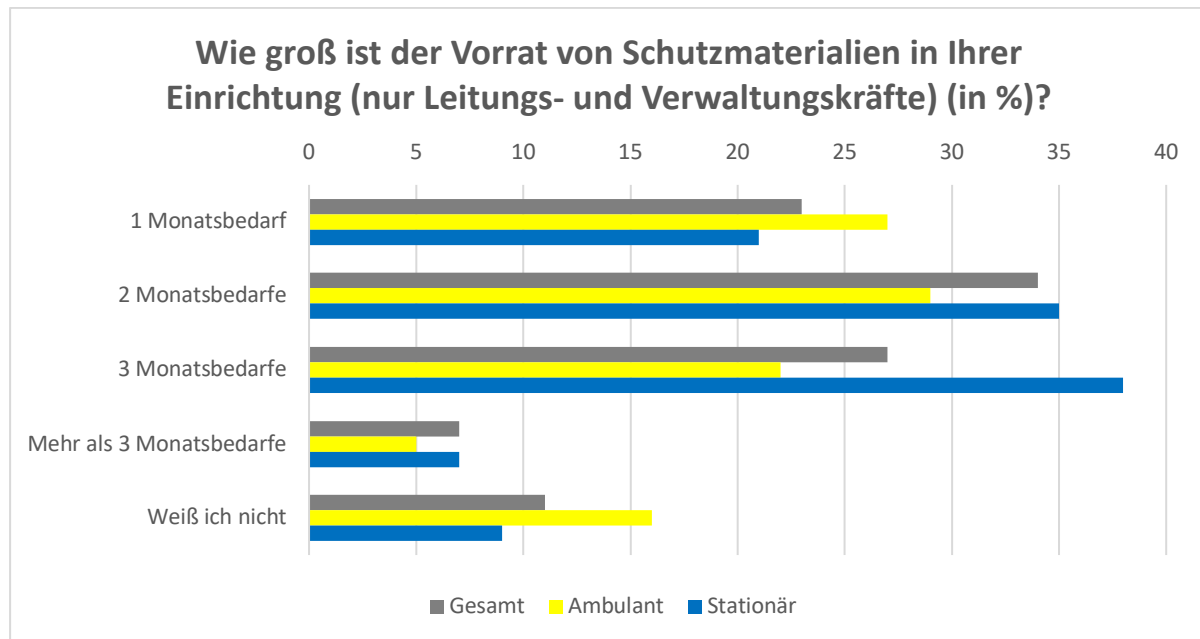


Abb. 54: Verteilung des Vorrats von Schutzmaterialien – nur von Teilnehmer*innen aus dem Leitungs- und Verwaltungsbereich beantwortet (eigene Darstellung 2021)

Aus den Interviews geht zudem hervor, dass es für die Einrichtungen und Dienste oft schwer ist, die Maßnahmen des Infektionsschutzgesetzes und die dazugehörigen Hygienekonzepte umzusetzen und es dabei zu einigen Problemen kam. Sowohl die Teilnehmer*innen aus dem ambulanten (21 %) als auch dem stationären (39 %) Bereich der Langzeitpflege geben dabei an, dass die personellen Auslastungen ein Grund für die Probleme bei der Umsetzung sind. 64 % der Befragten der ambulanten Pflege sind dabei jedoch keine Probleme bekannt. 29 % bzw. 28 % der Teilnehmer*innen aus stationären Einrichtungen geben dazu an, dass es durch bauliche Gegebenheiten und die Trennung der Wohnbereiche vermehrt zu Problemen bei der Umsetzung von Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen kommt. Nur 41 % der Teilnehmer*innen aus der stationären Pflege sind keine Probleme bekannt.

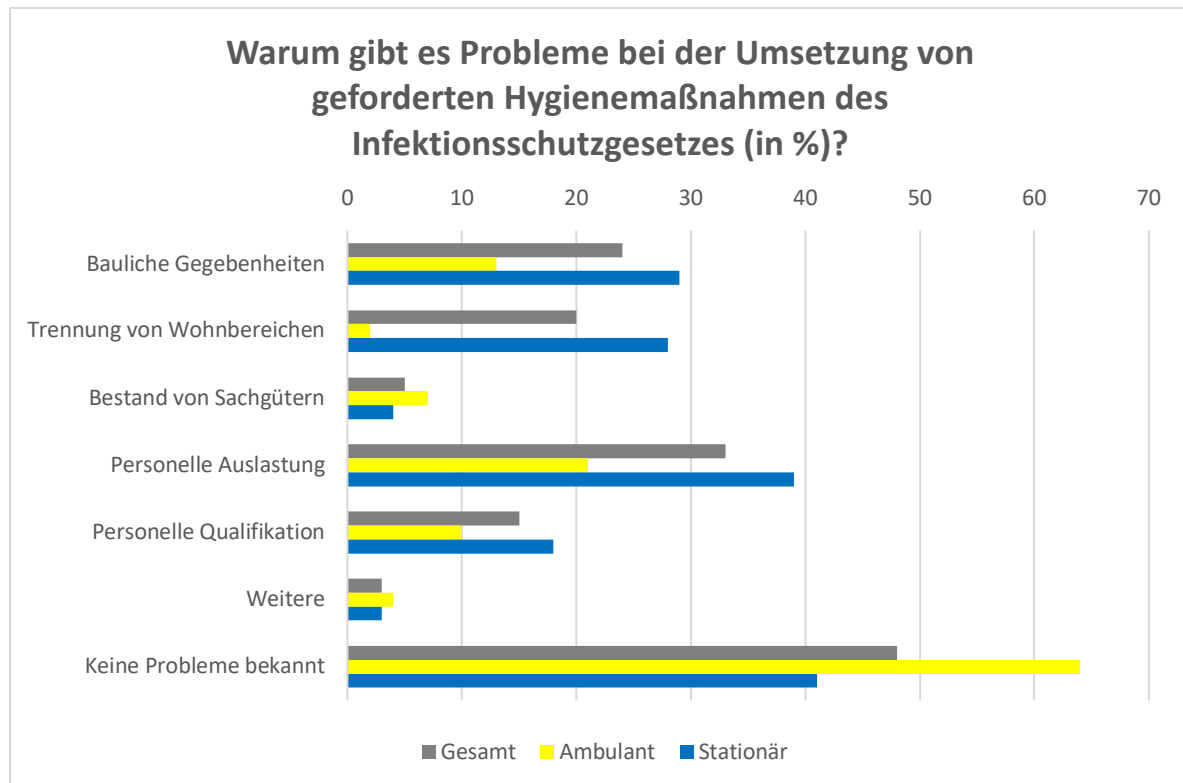


Abb. 55: Verteilung der Gründe der Probleme und Hürden, die bei der Umsetzung der geforderten Hygienemaßnahmen des Infektionsschutzgesetzes auftraten (eigene Darstellung 2021)

4.2.2.9 Umgang mit Verordnungen und Handreichungen (Fragenblock nur für Leitungs- und Verwaltungskräfte geöffnet)

Mit Beginn der Pandemie und um die Einrichtungen, Bewohner*innen/Kund*innen und Mitarbeiter*innen zu schützen und anzuleiten, wurden vielfältige Verordnungen und Maßnahmen durch Handreichungen veröffentlicht, die umzusetzen und zu integrieren waren. Da dieser Teil der Studie am besten von der Leitungs- und Verwaltungsebene beantwortet werden kann, wurden die folgenden Fragen auch nur für diese Gruppe innerhalb des Fragebogens freigeschaltet. Die Grundgesamtheit dieser Gruppe beträgt 328 Teilnehmer*innen (67 % aller Teilnehmer*innen). In den Interviews wurde deutlich, dass die Vielzahl an Informationen und Verordnungen für viele Einrichtungen eine Herausforderung darstellten. Außerdem beschreiben die Interviewpartner*innen, dass es sehr viele Stellen gab, die Verordnungen und dazugehörige Handreichungen veröffentlichten und an die Einrichtungen und Dienste der Langzeitpflege sendeten. Daher wurde zunächst die grundlegende Frage gestellt, an welcher der veröffentlichten Handreichungen sich die Einrichtungen am ehesten orientiert haben. Insgesamt ist zu erkennen, dass sich die Teilnehmer*innen am häufigsten an den Handreichungen

des RKI orientiert haben (55 % aller Teilnehmer*innen). Die Teilnehmer*innen aus dem stationären Bereich geben zusätzlich an, sich häufig an den Verordnungen/Handreichungen des BWKG (44 %), der Heimaufsicht (29 %) und der Träger (54 %) orientiert zu haben. Befragte aus dem ambulanten Bereich nutzen neben den Informationen des RKI am ehesten die Handreichungen des Verbands (56 %) und der Träger (25 %). Die Berufsgenossenschaft wird nur in wenigen Fällen genutzt (insgesamt 12 %, davon ambulant 16 % und stationär 10 %).

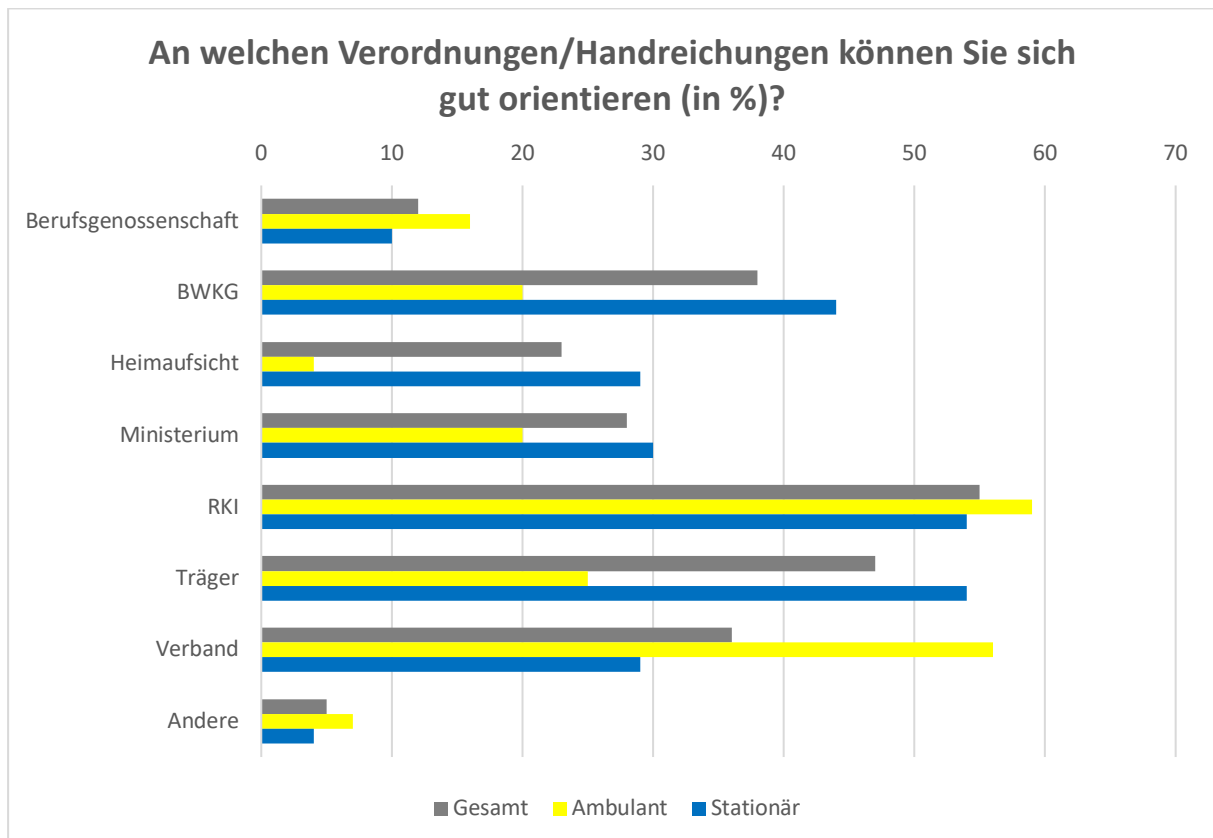


Abb. 56: Vergleich der Verordnungen und Handreichungen, an denen sich gut orientiert werden konnte (eigene Darstellung 2021)

Weitere Informationsquellen der Teilnehmer*innen waren Podcasts (beispielsweise der Podcast von Prof. Dr. Drosten), die Homepage des Paul-Ehrlich-Instituts oder diverse Fachzeitschriften. In der Beantwortung einer separaten Frage wird dabei zudem auch deutlich, dass 73 % aller Teilnehmer*innen sich gut durch den jeweiligen Trägerverband unterstützt fühlen. Dies weist auf eine gute Kommunikation und Kooperation sowie eine gute Bindung zwischen den Einrichtungen, Diensten und den Trägern oder Verbänden hin.

60 % aller Teilnehmer*innen geben an, dass sie den Eindruck haben, dass die Verordnungen zum Teil widersprüchliche Informationen beinhalten. Hinzu kommt, dass 41 % aller Teilnehmer*innen, 46 % der Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich und 39 % aus den stationären Einrichtungen es als schwierig einschätzen, tagesaktuell ausreichend informiert zu sein.

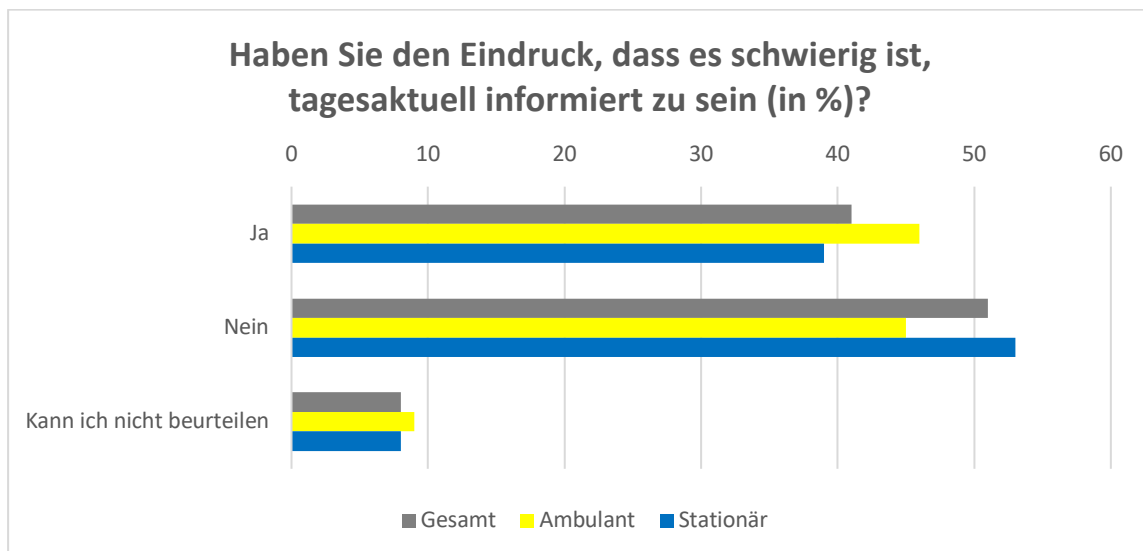


Abb. 57: Einschätzung der Schwierigkeit, tagesaktuell informiert zu sein (eigene Darstellung 2021)

Unterschiede können hier bei den Größen der Einrichtungen sichtbar gemacht werden. So fällt es vor allem ambulanten Diensten mit mehr als 100 zu betreuenden Kund*innen schwerer, tagesaktuell ausreichend informiert zu sein.

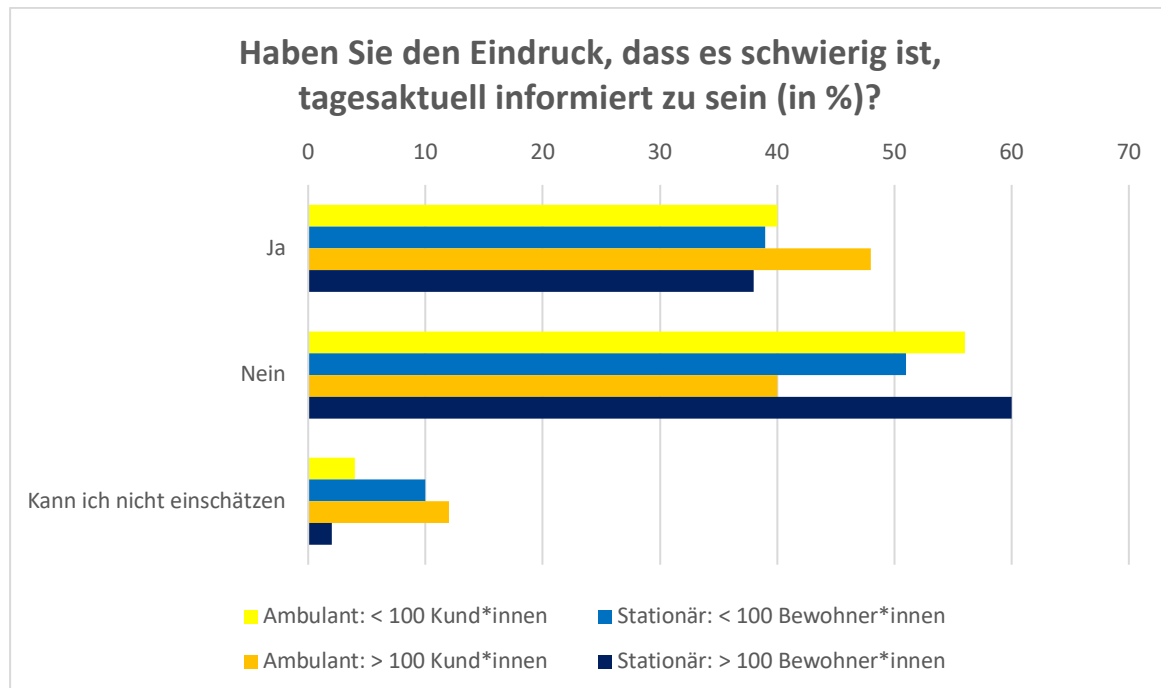


Abb. 58: Einschätzung der Schwierigkeit, tagesaktuell informiert zu sein – nach Größe der Einrichtungen/Dienste und Bereiche der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2021)

Mit den Antworten wird deutlich, dass vor allem die vielen, sich in kurzen Zeiträumen verändernden Informationen für Unübersichtlichkeit und dadurch eine nicht ausreichende Nachvollziehbarkeit führen. Daneben spielen die zum Teil bestehenden Interpretationsmöglichkeiten der Maßnahmen oder auch die Sprache der Verordnungen eine Rolle dabei, dass sich viele Einrichtungen schwer mit der Umsetzung zurechtgefunden haben und sich nicht ausreichend informiert fühlen. Um sich besser zurechtzufinden und die Informationen besser erfassen zu können, wünschen sich die meisten der Teilnehmer*innen Zusammenfassungen (81 %) und Veränderungsübersichten (57 %). Mit diesen Instrumenten soll vor allem die Handhabung und die Übersichtlichkeit unterstützt werden und so den Teilnehmer*innen aus den Leitungs- und Verwaltungsebenen vereinfachen, Maßnahmen zu erfassen und entsprechend umzusetzen. Aber auch einfache Merkblätter (31 %), Schulungsfolien (19 %) und Ideen anderer Einrichtungen (23 %) werden als mögliche Hilfestellung als wünschenswert und gut unterstützend angesehen.

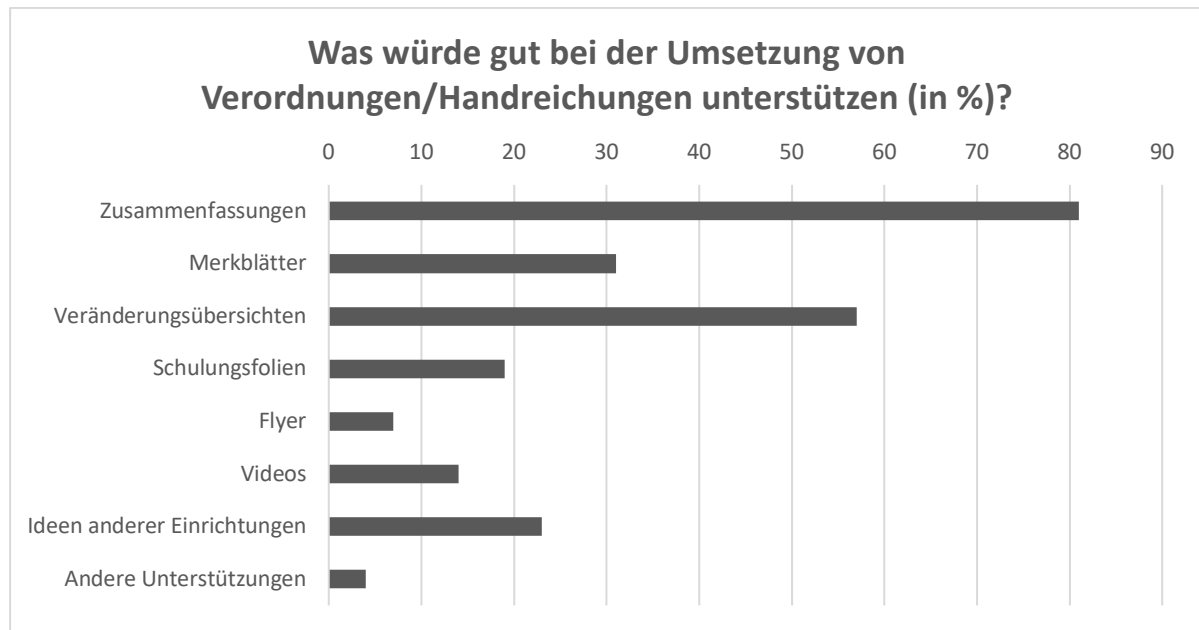


Abb. 59: Verteilung der Möglichkeiten, die bei der Umsetzung von Verordnungen und Handreichungen gut unterstützen würden (eigene Darstellung 2021)

77 % (252 Personen) der Leitungs- und Verwaltungsebene geben an, ein bis drei Tage Zeit für die Umsetzung von neuen Verordnungen zu benötigen. 53 Teilnehmer*innen (16 %) benötigen dabei vier bis sechs Tage, 3 % zwischen sieben und 14 Tagen. Im konkreteren Vergleich wird dabei ersichtlich, dass Teilnehmer*innen aus großen stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten (mehr als 100 Bewohner*innen/Kund*innen) viel mehr Zeit benötigen, um die Verordnungen umzusetzen. Befragte aus dem kleineren ambulanten Bereich (weniger als 100 Kund*innen) geben zu 84 % an, ein bis drei Tage Zeit zu benötigen.

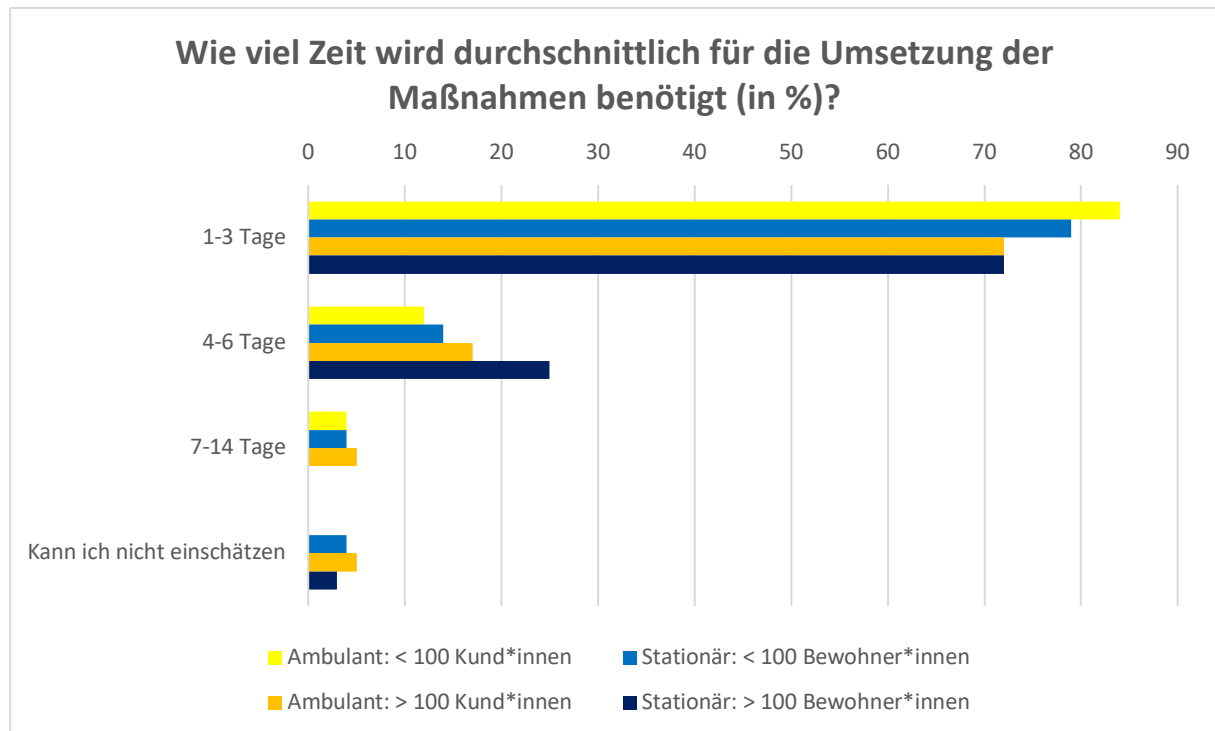


Abb. 60: Einschätzung der benötigten Zeit zur Umsetzung der Maßnahmen durch Verordnungen/Handreichungen – nach Größe der Einrichtungen/Dienste und Bereichen der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2021)

In diesem Fragenblock für die Leitungs- und Verwaltungsebene wurden zusätzlich Verbesserungswünsche und Anregungen in Bezug auf die Verordnungen erfragt (73 Antworten im Freitext). Dabei bestimmen die Antworten drei wesentliche Anregungen:

- 1) Es wird eine größere Zeitspanne benötigt zwischen Veröffentlichung der Verordnung und Einführung bzw. Umsetzungspflicht in den Einrichtungen und Diensten (z. B. die Besuchs- und Testregelungen);
- 2) Neuerungen in den Verordnungen sollen besser gekennzeichnet werden, da viele Teilnehmer*innen bestätigen, dass das Erkennen selbst minimaler Wortänderungen in bestimmten Sätzen zu viel Zeit in Anspruch nehmen und letztlich meist nur wenig Auswirkung auf die Konzipierung von Maßnahmen haben.
- 3) Einigkeit und Absprache zwischen den Behörden und Ordnungsgebern, da durch die im Konzipierungsprozess zusätzlich neu hinzukommende Änderungen zu noch mehr Verwirrungen und Mehrarbeitszeit führen.

Zusammengefasst wünschen sich die Teilnehmer*innen mehr Klarheit, Praxis- und Umsetzungsnähe sowie bessere Praktikabilität. Außerdem wünschen einige der Befragten, dass

Verordnungen und vor allem Lockerungsregeln zuerst an die Einrichtungen/Dienste weitergeleitet werden sollen, bevor sie an die Presse und damit an die Öffentlichkeit gegeben werden. So bemängeln viele Teilnehmer*innen – und auch viele Interview-Teilnehmer*innen – dass dadurch ein enormer Druck und gleichzeitig ein großes „Chaos“ in der Kommunikation zwischen beispielsweise Besucher*innen, Angehörigen und Mitarbeiter*innen ausgelöst wurde. Dies hätte aus Sicht der Teilnehmenden vermieden werden können, wenn ausreichend Zeit für Umsetzung, Kommunikation und Klärung der Sachlage gewesen wäre.

4.2.2.10 Presse

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit spielt für die Akteure der Langzeitpflege während der Pandemie eine große Rolle. So wurde in den geführten Interviews hervorgehoben, dass die Zusammenarbeit und die Darstellung in der Presse oftmals als nur unzureichend oder gar als sehr schlecht beschrieben wird. Aufbauend darauf wurden die Teilnehmer*innen der Online-Befragung gefragt, ob sie sich vor und während der Pandemie von der Presse fair dargestellt fühlen. Auf einer Skala zwischen 1 (Nein, überhaupt nicht) und 6 (Ja, voll und ganz) konnten die Teilnehmer*innen ihre eigenen Erfahrungen mit einer „fairen Darstellung“ bewerten. Der Mittelwert unter allen Teilnehmer*innen liegt dabei vor (2,88) und während (3,02) der Pandemie bei ungefähr 3. Die Teilnehmer*innen der stationären Einrichtungen kommen dabei dem Mittelwert sehr nahe.

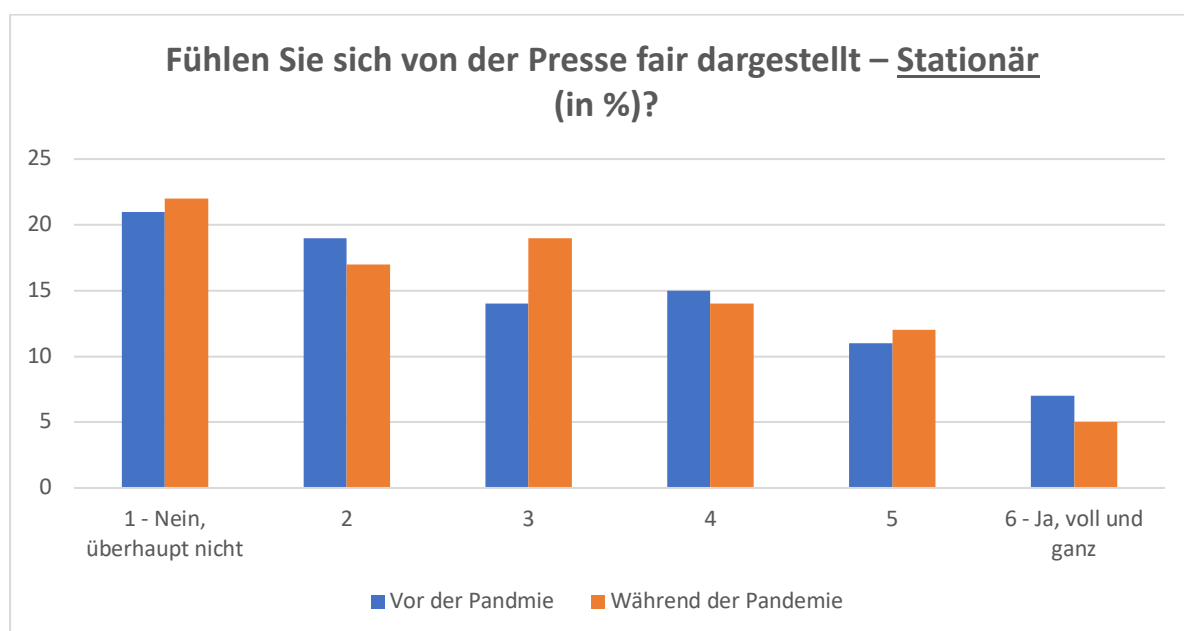


Abb. 61: Bewertung der fairen Darstellung durch die Presse – von Teilnehmer*innen aus dem stationären Bereich (eigene Darstellung 2021)

Die Teilnehmer*innen des ambulanten Bereichs geben an, dass aus ihrer Sicht die faire Darstellung während der Pandemie sehr zugenommen hat. Vor der Pandemie lag der Mittelwert dabei bei 2,69, während der Pandemie stieg der Mittelwert auf 3,28.

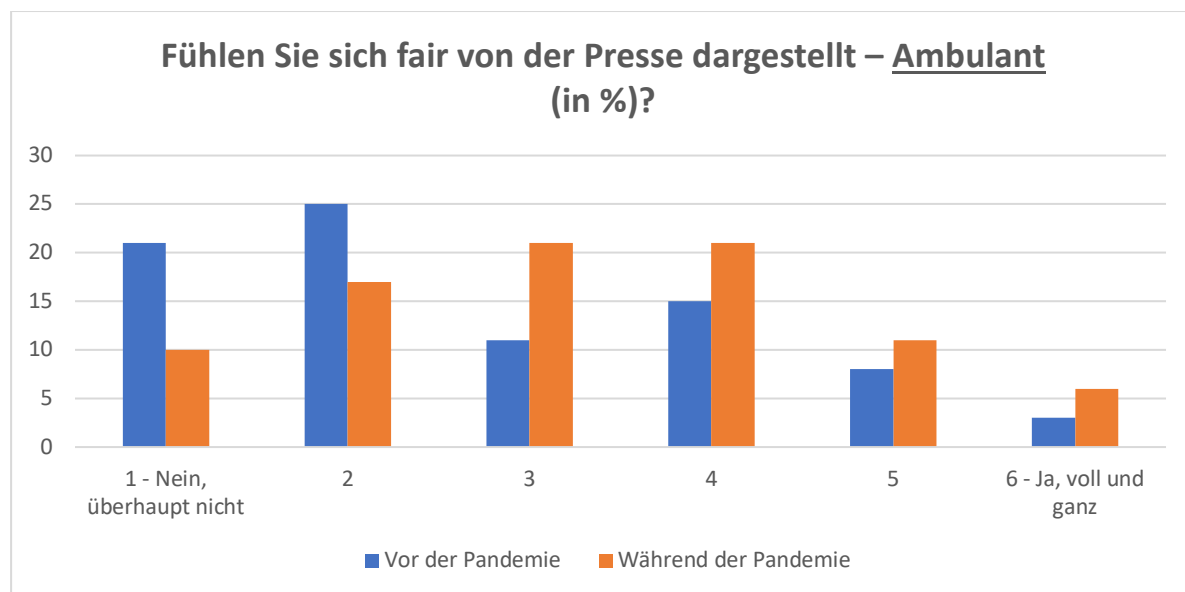


Abb. 62: Bewertung der fairen Darstellung durch die Presse – von Teilnehmer*innen aus dem ambulanten Bereich (eigene Darstellung 2021)

Zusammengefasst wird dabei ersichtlich, dass die Teilnehmer*innen dazu tendieren, sich „eher nicht fair“ von der Presse dargestellt zu fühlen. Im Verlauf der Pandemie hat sich dieser Wert, wenn auch nur sehr gering, jedoch verbessert.

Zusätzlich konnten die Teilnehmer*innen Wünsche bezüglich der Zusammenarbeit mit der Presse in einem Freitext erläutern (151 Beiträge). Dabei wünschen sich die Teilnehmer*innen vor allem eine vermehrte differenzierte Darstellung, genauere Einblicke und Darstellungen von Wertungen. Außerdem wird häufig bemängelt, dass sich Presse und Öffentlichkeit nur für Einrichtungen interessieren, wenn es beispielsweise zu Infektionsausbrüchen oder infizierten Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen („bad news are good news“) kommt. Dabei würde häufig nach „Schuldigen“ gesucht und die Abläufe sowie die Pflegearbeit nur unvollständig oder gar falsch dargestellt. Viele interviewte Teilnehmer*innen betonen, dass durch die Presse und die mediale Aufmerksamkeit Druck, Stress und auch Verärgerung bei den Akteuren der Langzeitpflege entstanden sind – dies zusätzlich zum „Corona-Krisen-Modus“. Vielen sei dadurch auch die Motivation und die „Liebe zum Beruf“ genommen worden. Die Teilnehmenden wünschen sich eine Presse, die auch einmal die Mitarbeiter*innen und Einrichtungen in den Mittelpunkt stellt und so ihre engagierte Arbeit während der Corona-Pandemie honoriert.

Bei der Frage „Haben Sie Wünsche an die Zusammenarbeit mit der Presse?“ äußerten 151 Teilnehmer*innen Anliegen und Wünsche. Folgende Zitate vermitteln einen Eindruck und bieten einen Überblick der Gedanken, Forderungen und Wünsche der Teilnehmer*innen an die Presse:

„Mehr Fachsprache verwenden, wenn es um unsere Tätigkeit geht. Zum Beispiel Inkontinenzmaterial und nicht Windel! Deutlicher auch die berufliche Qualifikation hervorheben.“

„Die Pflege hat vor der Pandemie in der Presse nicht wirklich stattgefunden und findet jetzt, meiner Ansicht nach auch eher oberflächlich bzw. zu sehr auf die Pandemie orientiert, statt.“

„Keine einseitigen Berichterstattungen, Texte ohne Wertung, Inhalte nicht verdrehen/verzerren, keine Spekulationen“

„Vermittlung von schlechtem Image nachhaltig belastend und schädigend für alle Akteure; stattdessen eine differenzierte Berichterstattung vom Leben in einer Einrichtung“

„Konkrete Namen und Zahlen von Einrichtungen und Infizierten machen die Arbeit noch schwerer. Die Belastungen und Vorwürfe an die Mitarbeiter*innen steigen – nicht sehr hilfreich in Krisenzeiten!“

„Berichte der Presse über Ausbrüche im Heim sind nachhaltig imageschädigend, obwohl die Einrichtungen ihr Bestes geben, um einen Ausbruch zu verhindern. Das beste Hygienekonzept ist nicht wirksam, wenn zufällig einer von 100 Mitarbeitenden sich nicht daran hält oder ohne Symptome erkrankt und dann bei der Arbeit erscheint.“

„Pflege ist nicht nur während der Pandemie erwähnenswert; das vielseitige Berufsbild sollte öfter und richtig dargestellt werden. Darstellungen sind mir zu klischeehaft: arme überlastete weinende Pflegekraft, die völlig fertig am Fußboden sitzt, verdient so wenig etc. – lasst uns mal klatschen. Es gibt viele schöne Momente im Pflegeberuf und es gibt nicht nur Intensivstationen, sondern auch ganz normale Stationen und Pflegeeinrichtungen, wo die Leute Spaß an der Arbeit haben, auch wenn es wie jetzt auch wirklich viel ist. Die Presse sagt den Pflegekräften, dass sie sich schlecht fühlen müssen,

weil sie die geplagte Berufsgruppe ist. Damit macht man auch bei motivierten Pflegekräften die Motivation kaputt.“

„Wir gehören zu den wenigen Häusern, welche keine Bewohner mit Coronainfektionen hatten. In der örtlichen Presse wurde dies nicht einmal erwähnt. Es wurde aber sofort erwähnt, wenn ein Mitarbeiter eine Infektion hatte. Als Pflegeheim ist man allgemein in dem Dilemma: auf der einen Seite die Bewohner vor Corona zu schützen und auf der anderen Seite den Bewohnern weitgehende Freiheiten zu ermöglichen. Dies kann man sehr schlecht 100%ig umsetzen. Beim kleinsten Fehler kommt garantiert die öffentliche Rückmeldung, und dann stehen sie garantiert alleine da!“

„Alle Altenheime werden über einen Kamm geschert. Wir hatten und haben auch während der Pandemie Spaß bei der Arbeit und unseren Bewohner*innen geht es gut.“

„Die Presse hat oft Probleme noch verstärkt. Ich musste meinen Kollegen oft Dinge erklären, die in der Presse groß dargestellt wurden, aber nicht ausreichend verständlich erklärt wurden.“

„Die Darstellung der Pflegeberufe ist nach wie vor mit Vorurteilen behaftet und wird weiter häufig ins Lächerliche gezogen; dies muss sich ändern!“

4.2.2.11 Wünsche und Anregungen

Zusätzlich hatten alle Teilnehmer*innen zum Schluss der Online-Befragung die Möglichkeit, uns Wünsche und Anregungen mitzuteilen. Dabei wurden zwei Fragen gestellt:

- 1) „Aus der Krise lernen“ ist eine häufige Forderung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Was glauben Sie, sollte Ihre Einrichtung und/oder die Gesellschaft allgemein mitnehmen und verändern?
- 2) Welche Unterstützungen wünschen Sie sich für die nahe Zukunft von Ihrem Träger/politischen Funktionsträgern (bspw. Ministerien) oder anderen Akteuren?

Die Teilnehmenden der Online-Befragung haben hier sehr engagiert ihre Beiträge aufgeschrieben (Frage 1: 287 Beiträge, Frage 2: 271 Beiträge). Leider können hier, wie auch bei den anderen offenen Fragen, nicht alle Beiträge aufgenommen werden. Wir haben einerseits eine

Auswahl von Zitaten getroffen, die sehr gut inhaltlich nachvollziehbar sind, und andererseits einige Aspekte geclustert:

- 1) „Aus der Krise lernen“ ist eine häufige Forderung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Was glauben Sie, sollten Ihre Einrichtung und/oder die Gesellschaft allgemein mitnehmen und verändern?

„Die Kooperationen müssen sich deutlich verbessern und zwar nach allen Seiten. Die Zusammenarbeit mit Aufsichtsbehörden, Gesundheitsamt, Ärzten ... aber auch mit Angehörigen und den Bewohner*innen selbst. Eine Task Force sollte in jedem Haus mit Angehörigen und Bewohner besetzt sein.“

„Wir allein können diese Welt nicht retten. Aber wir können Beispiel geben und Anreiz setzen, dass sich mutige Entscheidungen, pragmatische zukunftsorientierte Lösungsansätze und Verantwortungsbewusstsein lohnen. Mehr Bewusstsein! Mehr Wille! Mehr Mut!“

„Zeit des Redens ist vorbei. Handeln!“

„Pflege braucht Lobby, mehr Pflegekammer, mehr Selbstbewusstsein, Ausdauer, Durchsetzungsvermögen. Wir müssen uns selber organisieren und Missstände in der Pflege aktiv angehen, nicht mehr drum bitten.“

„In Krisen ist Angst schüren der schlechteste Berater“... „Meine Einrichtung hat stress- und angstfrei die Krise gemanagt; das hat positive Auswirkungen auf alle Mitarbeiter und vor allem für die Bewohner!“

„Unbedingt sollten sich schnell alle Beteiligten an der großen gesellschaftlichen Entscheidung über Bedingungen und Bezahlung von diesem wichtigen Dienstleistungssektor Gedanken machen. Damit junge Menschen hier in Deutschland gerne diesen Beruf erlernen und eine Perspektive haben, unter guten Bedingungen den Beruf länger auszuüben als nur paar Jahren, bis sie dann frustriert und enttäuscht ihr Berufsfeld verlassen. Es werden uns leider weder Pflegekräfte von den Philippinen noch aus dem Kosovo helfen, den Bedarf in nächsten Jahren abzudecken. Wir möchten unseren Beruf attraktiv machen, neue Pflegekräfte gewinnen, eine Konkurrenz zwischen akuter Krankenpflege und stationärer Altenpflege darf es nicht geben. Im Augenblick wächst diese Konkurrenz immer mehr, vor allem in den großen Städten und Unistädten. Die Arbeitsorganisation in der Altenpflege muss sich ändern, es muss mehr Hilfspersonal und mit einjähriger Ausbildung zugelassen werden, weg vom sturem LQV. Menschen im Alter brauchen vor allem mehr Zeit in der Zuwendung und Begleitung (wenn man, so wie

gelernt, die Menschen ressourcenorientiert begleiten soll). Wir dürfen nicht zulassen, dass die Pflegekräfte als "Helden" bezeichnet werden; die Helden müssen sich oft opfern – die Pflege braucht stabile und GESUNDE Arbeitsbedingungen und eine anständige Bezahlung, damit sie sich auch in Ballungszentren noch ihre Wohnung leisten können und ohne Nebenjobs suchen zu müssen.“

„Der Beruf der Pflegekraft ist unersetzlich; man sollte daran arbeiten, dass nicht noch mehr Kollegen aus diesem einst schönen Beruf aussteigen, weil sie ausbrennen.“

„Das Prinzip der Solidarität muss aufrecht gehalten werden.

Pflege ist attraktiv.

Es gilt nun mehr denn je: anpacken und verändern!“

„Es muss Orte geben, in denen man in Ruhe den letzten Abschnitt des Lebens verbringen darf. Pflegeheime können dies bieten. Allerdings darf es nicht ein lohnendes Geschäft für Kapitalanleger sein.“

„Es reicht nicht aus, die Pflege immer nur zu loben und zu sagen „Ihr macht das gut“. Es müssen Taten folgen, nicht nur leere Worte. Es reicht auch nicht aus, immer neue Stellen zu schaffen, wenn es kein qualifiziertes Personal auf dem Markt gibt. Wir würden gerne Mitarbeiter einstellen, finden aber niemand geeigneten.“

**Frage 11.1: „Aus der Krise lernen“ ist eine häufige Forderung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Was glauben Sie, sollten Ihre Einrichtungen und/oder die Gesellschaft allgemein mitnehmen und verändern?
(287 Beiträge)**

„Aus der Krise lernen“

- | | |
|---|--|
| - Wertschätzung und Anerkennung der Pflege muss auf ein höheres Niveau gesetzt werden. Unabhängig von Krisenzeiten leisteten alle Mitarbeiter*innen in diesem Sektor eine enorm wichtige Arbeit | - Kontrollen und Überregulierungen müssen sich die Waage zu Vertrauen und kreativen Ideen halten. „Weg von Druck und Überwachung hin zu Unterstützung und Verständigung“ |
|---|--|

- Die Digitalisierung muss in allen Einrichtungen vorangetrieben und auch unterstützt werden. So können nicht nur Abläufe erleichtert, sondern auch die Kommunikation bei bspw. Übergaben verbessert werden
- Rahmenbedingungen in der Pflege müssen sich ändern. Arbeits- und Ruhezeiten, Work-Life-Balance oder auch Ausgleichsangebote müssen einen festen Platz finden
- Vertrauen in die Einrichtung und das Können der Mitarbeiter*innen
- Pflege ist wichtig, jeder kann pflegebedürftig werden. Man darf die Menschen in den Heimen also nicht vernachlässigen!
- Aufarbeitung der Ereignisse und des Erlebten durch Seelsorge oder andere Angebote der Einrichtungen organisieren. Viele Mitarbeiter*innen konnten bis jetzt noch nicht das Geschehene des letzten Jahres professionell aufarbeiten.
- Bild der Altenpflege und Arbeit in Pflegeeinrichtungen und Diensten muss sich in der Gesellschaft ändern
- Die ambulante Pflege sollte nicht als selbstverständlich gesehen werden. Auch hier bedarf es der Aufklärung und Kommunikation
- Fortsetzen des Rettungsschirms, da sich bspw. die Preise für Schutzmaterialien noch immer nicht stabil auf einem angemessenen Preisniveau eingependelt haben. Zudem sind auch bei Tagespflegen sehr viel weniger Angebote und Zahl der Kund*innen möglich
- Gemeinsamkeit und Kooperationen stärken. Vor allem in der Krise, aber auch im normalen Alltag können Aufgaben am besten durch Kooperationen und gemeinsam erledigt und geschafft werden. Schuldzuweisungen sind weder zielführend noch hilfreich
- Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Sektors muss sich deutlich verbessern – weg von Konkurrenzdenken
- „Isolation ist keine Überlebensstrategie“ – wie soll in Zukunft mit den vulnerablen Gruppen umgegangen werden und wie lassen sie sich schützen? Waage zwischen sozialer Isolation, Schutz und sozialer Teilhabe muss gehalten werden
- Bei allen Regelungen und neuen Ideen sollten die Bewohner*innen/Kund*innen und deren meist letzter Lebensabschnitt im Vordergrund stehen
- Kommunikation ist das A und O in allen Bereichen. So können Spaltungen und Unwissenheit vermindert werden, es erleichtert den Arbeitsalltag!

- 2) Welche Unterstützungen wünschen Sie sich für die nahe Zukunft von Ihrem Träger/politischen Funktionsträgern (bspw. Ministerien) oder anderen Akteuren?

„Ich wünsche mir auch von der Politik, dass Entscheidungen gemeinsam getragen und umgesetzt werden. Ich wünsche mir, dass unsere Politik für die Zukunft aus der Krise *auch* lernt. Es muss etwas wert sein, Entscheidungen zu treffen und diese auch zu vertreten. Fehler passieren und später wird jeder wissen, was vielleicht besser gewesen wäre, aber es muss wichtig sein, dann weiter zu machen und Anpassungen vorzunehmen. Es darf nicht mehr so weitergehen, dass Parteien sich nur noch damit beschäftigen, sich gegenseitig zu kritisieren. Wir brauchen eine demokratische Politik, die zügig Entscheidungen trifft zum Wohle der Gesellschaft. Transparenz und Beständigkeit – finde ich – sind noch zwei wichtige Worte. Auch von unserem Träger wünsche ich mir, dass Entscheidungen weiterhin zügig getroffen werden können und das Prozesse schlanker gestaltet werden, wo es geht.“

„Pflege/Betreuung hat nach wie vor einen geringen Stellenwert in der Gesellschaft. Pflege ist nicht „nur“ mit Hilfs- oder angelernten Kräften, vor allem in der Altenpflege, gut durchführbar! Die Fachkraftquote darf nicht weiter abgesenkt werden!“

„Wertschätzung unserer Arbeit, nicht immer nur Prüfung und Kontrollen, die „Fehler“ suchen und dann auch finden, sondern Hervorheben von guter Arbeit. Sicher ist es gut, wenn durch Qualitätsmanagement und auch durch externe Prüfungen die Qualität gesichert bzw. verbessert wird. Jedoch glaube ich nicht, dass unangekündigte Regelprüfungen dazu beitragen, sondern eher den Stress für die eh schon stressgeplagten Pflege Mitarbeiter noch erhöhen. Auch denke ich, dadurch, dass die Prüfungen unangekündigt durchgeführt werden, wird dem Kunden suggeriert: die vertuschen, wenn nicht unangekündigt geprüft wird. Das weckt nicht gerade das Vertrauen in die Pflegeeinrichtungen.“

„Von den Ministerien wünsche ich mir, dass nicht immer nur in Akutphasen auf das Pflegedilemma hingewiesen wird, sondern sich wirklich etwas ändert. Der Pflegenotstand ist ja nicht erst seit letztem Jahr vorhanden. Was nützt uns Händeklatschen, wenn Personal einfach nur noch frustriert und überarbeitet ist? Das Problem in der Pflege ist, dass die Menschen, die da arbeiten, alle sozial eingestellt sind. Streiken ist nicht möglich und wenn, dann immer nur ein Teil. Der andere Teil muss trotzdem dafür sorgen, dass die Patienten versorgt werden (in Doppelschichten oder Überstunden). Daraufhin stellt die Politik fest, es geht ja auch mit weniger Personal, aber einfach komplett die Arbeit niederlegen, wie z.B. in der Automobilbranche oder bei den Piloten, geht bei uns nicht!“

„Wünsche habe ich viele. Ein verlässlicher Dienstplan wäre wohl das Schönste. Nicht erst seit der Pandemie bekomme ich jeden Tag Schweißausbrüche, wenn mein Telefon klingelt. Es vergeht keine einzige Woche, in der man nicht einspringen oder Dienste tauschen muss. Das zermürbt, auf Dauer macht es krank!“

Frage 11.2: Welche Unterstützung wünschen Sie sich für die nahe Zukunft von Ihrem Träger/politischen Funktionsträger (bspw. Ministerien) oder anderen Akteuren? (271 Beiträge)

Weitere Wünsche zur Unterstützung

- | | |
|---|--|
| - Regelungen einheitlicher, klarer und praxisnäher formulieren, damit eine bessere und vor allem leichtere und damit schnellere Umsetzung möglich ist | - Zuhören und an „der Basis“ nachfragen |
| - Deutliche Kommunikation und Transparenz der Handlungen | - Reform des Gesundheitswesens muss vorangetrieben werden – dabei müssen auch gesellschaftliche Entwicklungen und Änderungen der Pflegebedürftigkeit bedacht und auch ständig angepasst werden |
| - Aufklärung und Pressearbeit in die Hand nehmen, um Unwissen und falsche Informationen zu verhindern | - Mehr Strategie statt zu viel unbedachtem Aktionismus |
| - Arbeitsbedingungen den immer steigenden Anforderungen an die Pflege anpassen (Entlohnung, Fachkraftquote, Arbeitsbedingungen usw.) | - Interessenvertreter der Pflegenden/Einrichtungen müssen eine hörbarere Stimme bekommen! |
| - Aufarbeitung und Supervision des während der Pandemie Erlebten für Einrichtungen ermöglichen und finanzielle Unterstützungen bieten | - Vertrauen in die Pflege und alle Mitarbeiter*innen erhöhen und deren Wissen anerkennen |
| | - Verständnis und Anteilnahme |
| | - Unterstützung bei der Digitalisierung |

5 Fazit und Empfehlungen

5.1 Vorbemerkungen

Hinter uns liegt ein sehr intensives „Forschungsjahr“. Dieses Projekt hatte eine sehr kurze Laufzeit und war von Beginn an als ein Forschungsprojekt konzipiert, das die aktuelle pandemische Situation und deren Auswirkungen auf die Langzeitpflege dokumentiert und analysiert. Dabei sind enorm viele Daten erhoben worden, die sicher weiter untersucht werden sollten. Interessierte Leser*innen können sich in den verschiedenen Ergebnisdarstellungen selbst ein Bild über die Entwicklungen in dem Jahr machen und dabei auch eigene Themenschwerpunkte verfolgen (z. B. Themen „Führung und Führungshandeln“, „Umgang mit Belastungen“). Dieser Abschlussbericht stellt deshalb die Ergebnisse bewusst umfangreich zur Verfügung, um diese weiteren Analysen zu ermöglichen.

Aufgabe eines Abschlussberichtes muss es auch sein, die Ergebnisse auf einer übergeordneten Ebene zusammenzufassen und zugänglich zu machen. Diese Einordnung der Ergebnisse wird im Folgenden vorgenommen und dabei werden auch vorsichtig erste Empfehlungen gegeben. Selbstverständlich ist uns bewusst, dass Leser*innen möglicherweise den Wunsch nach klaren Empfehlungen bis hin zu formulierten Forderungen haben. Dies ist aus unserer Sicht aber nur mit Einschränkungen möglich: Zwar basiert diese Studie auf einer sehr umfangreichen Datengrundlage, und in einigen Bereichen sind die Daten überwiegend gesättigt, doch waren die letzten 16 Monate sehr ereignisreich und überaus dynamisch, so dass die Aussagen und Bewertungen von den Teilnehmenden vor sehr wechselnden Hintergründen und Perspektiven gemacht wurden und damit nicht immer gut verbunden werden können. Diese außerordentliche Heterogenität der Betroffenheit durch die pandemische Situation insgesamt ist für uns der Ausgangspunkt für vorsichtige Empfehlungen und Forderungen.

Insgesamt wurden mit über 100 Personen Tiefeninterviews geführt. Dies war in diesem Umfang nur möglich, weil ein digitales Format genutzt wurde. Aufgrund dieser Menge von Interviewdaten ist es uns nur möglich gewesen, mit einem kategorialen Auswertungsverfahren zu arbeiten. Damit können die Aussagen (nur) in einer gewissen Tiefe analysiert werden; eine sequentielle Analyse hätte Deutungs- und Bewertungsmuster in einer anderen Tiefe erschließen können. Diese Analysemethode konnten wir aber aus zeitlichen Gründen nicht anwenden. Vor diesem Hintergrund möchten wir betonen, dass unsere Empfehlungen die analytische Tiefe des Auswertungsverfahrens widerspiegeln. Die Daten der quantitativen Online-Befragung bestätigen die Ergebnisse aus der qualitativen Befragung im Wesentlichen, komple-

mentieren sie und zeigen mitunter auch sehr gut die quantitativen Ausprägungen von Zusammenhängen. Wir möchten auch hervorheben, dass im Rahmen der quantitativen Befragung viele zusätzliche qualitative Informationen gegeben wurden, die ebenfalls die Daten weiter sättigen.

Diese zusammenfassende Bewertung und die daraus abgeleiteten Empfehlungen werden im Folgenden in Themenblöcken dargestellt. Die in den folgenden Kapiteln explizierten Empfehlungen sind in einem engen Zusammenhang zu sehen. Sie richten sich an die verschiedenen Adressaten. Dabei bringen die Adressaten unterschiedliche Motivationen und Interessen mit. Wir haben insgesamt vor allem die folgenden Adressatengruppen im Blick: Mitarbeiter*innen (vor allem Pflegende), Leitungspersonen auf Einrichtungsebene, Leitungspersonen auf Träger- und Verbandsebene, Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen aus den Ministerien, Interessierte aus Politik, Gesellschaft und Medien. Leider ist es uns in der Kürze des Projektes nicht möglich, die Ergebnisse und auch die Empfehlungen mit anderen empirisch erhobenen Befunden im Feld der nationalen oder auch internationalen Langzeitpflege umfassend zu vergleichen. Dies wird die Aufgabe weiterer Analysen sein, die im Nachgang zu dieser Studie geplant sind. Doch kann bereits jetzt festgestellt werden, dass sich unsere Studienergebnisse mit den im theoretischen Rahmen von uns beschriebenen Studien und deren Ergebnissen decken.

5.2 Gesellschaftliche Sichtbarkeit der (Pflege-)Arbeit und der Lebenswelt der Bewohner*innen und Kund*innen in der Langzeitpflege

Die Langzeitpflege stand in der Corona-Pandemie früh und dauerhaft sehr viel häufiger im Interesse der Öffentlichkeit als vor der Pandemie. Dies wurde auch sichtbar durch die besondere mediale Aufarbeitung. Einerseits haben die Teilnehmenden unserer Studie die Sichtbarmachung der Bereiche der stationären und ambulanten Langzeitpflege stark befürwortet, andererseits fühlten sie sich nicht immer fair und angemessen dargestellt. Die Situation und die Bedingungen der Langzeitpflege waren vor der Corona-Pandemie überwiegend denen bekannt, die selbst betroffen waren (auch als Angehörige), die in diesem Feld im weitesten Sinne beruflich tätig waren oder für die Langzeitpflege gesellschaftspolitische Verantwortung tragen. Gesellschaftliche Anteilnahme an der Situation wurde eher dann erlebt, wenn es zu Problemen oder gar Skandalen in der Langzeitpflege gekommen ist. Viele unserer Befragten haben sich gewünscht, dass die Lebens- und Arbeitswelt und die teilweise großen Herausforderungen schon vor der Pandemie mehr diskutiert worden wären. Die Corona-Pandemie habe dann Versorgungsprobleme sichtbar gemacht (z. B. auch die zuvor latent oder bereits stark zutage getretenen bei der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen. Die Medien

haben bei der Sichtbarmachung einen besonders hohen Stellenwert. Vor dem Hintergrund wurde bereits in den Interviews vermehrt von der schwierigen Zusammenarbeit mit der Presse berichtet. Insgesamt ist der Umgang mit der Presse und den Journalisten für die Einrichtungen mit großen Herausforderungen verbunden, die oftmals von den Verantwortlichen nicht umfassend geleistet werden können. Zugleich ist die Berichterstattung nicht nur für die Öffentlichkeit wichtig, sondern auch für die Mitarbeitenden, Betroffenen und ihre Angehörigen. Es ist ein starkes Anliegen aller Mitarbeitenden, dass die Gesellschaft auch medial am Leben im Kontext der Langzeitpflege Anteil nimmt und auch informiert ist über die Bedingungen, Arbeitsweisen und Lebensverhältnisse. Dies ist auch deshalb wichtig, weil zum Teil die gesellschaftlichen Vorstellungen hierzu nicht auf eigenen Erfahrungen beruhen und so mitunter unnötig vorurteilsbelastet sind. Dabei sind die Einrichtungen teilweise auf mediale Berichterstattung angewiesen, da sie selbst sich nur in einem entsprechend geringen Umfang sichtbar machen können (z. B. durch eigene Berichte, Homepage). In der Studie zeigte sich in unterschiedlichen Kontexten, dass die ambulante Langzeitpflege sehr viel weniger – medial – beachtet wird.

Die differenzierten Problemstellungen in diesem komplexen Themenblock können an vielen Stellen der Ergebnisdarstellung nachgelesen werden. Aus unserer Sicht leiten sich hieraus unter anderem folgende Empfehlungen ab:

- 1) **Strukturelle Absicherung der Öffentlichkeitsarbeit** in den Einrichtungen (Schulungen, ggf. Einstellung von Fachpersonal, enge Zusammenarbeit mit den Trägern bzw. den Verantwortlichen auf Trägerebene, Entwicklung von entsprechend gestalteten Homepages fördern)
- 2) **Aktive, gezielte, tagesaktuelle und medial aufbereitete Informationspolitik** vonseiten der Einrichtungen (Informationen zielgruppenspezifisch aufarbeiten, Verwendung unterschiedlicher Medien, z. B. Filme, Podcast, Chats, tagesaktuelle Aufbereitung der Homepage, Informationen über andere Medien und Verteilungswege, z. B. Post, Telefon, Presseartikel)
- 3) **Aktive Sichtbarmachung der ambulanten Langzeitpflege**, insbesondere die sich mitunter stark unterscheidenden Lebenslagen der Kund*innen sowie die Arbeitsbedingungen

5.3 Wertediskussionen und ethische Diskurse vor dem Hintergrund der individuellen und kollektiven Schutzmaßnahmen und coronabedingten Handlungsstrategien

Die Corona-Pandemie hat gesellschaftliche Wertediskurse ausgelöst und auch (noch) nicht sichtbare Diskurse sichtbar gemacht. In der Langzeitpflege, die von Ausbrüchen und damit vom pandemischen Geschehen in außerordentlicher Weise betroffen war (in der ersten und zweiten Welle), sind ethische Diskussionen und Abwägungen zwar Teil der alltäglichen Arbeit, doch hat dieses außerordentliche Geschehen bereits diskutierte ethische Fragestellungen in ein neues oder anderes Licht gerückt. Pflegebedürftige Menschen in der stationären Langzeitpflege befinden sich zumeist im letzten Lebensabschnitt, der oft durch Krankheit und zunehmende Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet ist. Die meisten Betroffenen sind dementiell erkrankt und/oder leiden unter anderen schweren Erkrankungen (z. B. Parkinson, Herz-Kreislauferkrankungen oder Tumorerkrankungen). Die Gestaltung des letzten Lebensabschnittes („Leben bis zum letzten Lebenstag“) wirft einige ethische Fragen auf. Die Antworten und das Abwägen von Werten und das Leben dieser Werte sind auf diese Lebenssituation ausgerichtet. Die Betroffenen in der ambulanten Langzeitpflege befinden sich teilweise in einer vergleichbaren, jedoch oft auch in einer anderen Lebenssituation. Hier sind die Lebenslagen der Betroffenen heterogener und die ethischen Diskurse und Werteabwägungen anders ausgeprägt. Bereits vor der Corona-Pandemie richteten sich die ethischen Diskurse an der besonderen Lebenssituation der Betroffenen aus. Beispielsweise ist die ethische Diskussion bzw. das Abwägen rund um die Fürsorgeverpflichtung und das Autonomierecht vor dem Hintergrund einer dementiellen Erkrankung eine andere als vor dem Hintergrund einer Parkinson'schen Erkrankung. So müssen grundlegende gesellschaftliche Werte im Kontext der besonderen Lebenssituation differenzierter und zumeist auch intensiver diskutiert und abgewogen werden.

Die hier beschriebene Ausgangssituation wurde durch die Corona-Pandemie stark erschüttert, denn die mit der Pandemie ausgelösten Wertediskurse um Individualrechte, gesellschaftliche Kollektivrechte, Fürsorge und Gerechtigkeit trafen auf die besondere Lebenssituation älterer pflegebedürftiger Menschen. Die Schutzmaßnahmen (Quarantäne, Hygiene- und Abstandsregeln, Testungen und Impfungen), Einschränkungen in der Lebensführung und Freizügigkeit sowie die Kontaktverbote bzw. -einschränkungen haben eine besondere, hohe Bedeutung für die Betroffenen in ihrem zumeist letzten Lebensabschnitt. Dabei wird von Teilnehmenden der Studie oft erklärt, dass die gelebte Solidarität der Gesellschaft hinsichtlich der pflegebedürftigen Menschen hoch sei. Jedoch sei das Verständnis oftmals nicht so hoch, da diese Lebenslagen zumeist unbekannt seien. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Lebenssituation von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen bzw. Bezugspersonen gesellschaftlich

transparent und verstehbar zu machen. Dies ist eine komplexe und zugleich lösbare Aufgabe. Allerdings darf damit gerechnet werden, dass einige von Pflegebedürftigkeit nicht betroffene Menschen Diskurse rund um die Langzeitpflege vermeiden, auch um beispielsweise Ängste und Sorgen hinsichtlich der eigenen potentiellen Pflegebedürftigkeit abzuwehren. Deshalb ist es sinnvoll, die Vielfalt der ethischen Diskurse aufzuzeigen und auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlicher Präsenz Räume für gesellschaftliche, gemeinsame ethische Diskurse zu öffnen.

Die Gesellschaft hat viele Maßnahmen ergriffen und mitgetragen, um pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zu schützen. Dabei standen allerdings die stationär betreuten Bewohner*innen stark im Vordergrund. Der Schutz bzw. die Maßnahmenpakete für die ambulant betreuten Kund*innen war während der Pandemie sehr viel geringer (weniger bis keine Testungen der Kund*innen, keine/wenig Zurverfügungstellung von Schutzmaterialien, fehlende Beratung hinsichtlich der häuslichen Hygienekonzepte, verzögerte Impfungen). Vor diesem Hintergrund ist es empfehlenswert, die Lebenssituation der ambulant betreuten Kund*innen gesellschaftlich stärker in den Blick zu nehmen und auch die damit verbundenen ethischen Diskurse zu eröffnen (z. B. Verteilungsgerechtigkeit, Fürsorge, Autonomie).

Ein spezielles Thema bildet hier die sogenannte „stille Triage“. Des Öfteren wird in den Interviews berichtet, dass insbesondere in der stationären Langzeitpflege mitunter (und besonders in der zweiten Pandemiewelle) an Corona stark erkrankte Bewohner*innen nicht in ein Krankenhaus verlegt worden seien und die Einrichtungen nicht über alle erforderlichen medizinischen Hilfen verfügen (z. B. Sauerstoffanschlüsse, Möglichkeit einer Infusionstherapie, ärztliche Präsenz). Gesellschaftlich gesehen ist es vor diesem Hintergrund dringend erforderlich, Leitlinien zur medizinischen Behandlung von Bewohner*innen zu formulieren.

Mitarbeitende in der Langzeitpflege lernen zumeist mit ethischen Konflikten umzugehen, sie zu erkennen, systematisch zu bearbeiten und zu lösen. Allerdings handelt es sich bei der Corona-Pandemie um eine solch außerordentliche Situation, dass anzunehmen ist, dass neue Themen und Dilemmata-Situationen entstehen und zugleich andere ethische Dilemmata in einem anderen Licht erscheinen. Deshalb ist es ratsam, diese Dilemmata gemeinsam systematisch aufzuarbeiten und hier den Mitarbeitenden Unterstützung durch Bildung und Supervision zu geben. Bereits genutzte Instrumente zur ethischen Analyse und Entscheidungsfindung – wie beispielsweise ethische Fallbesprechungen – sollten auf ihren Nutzen hin eingeordnet werden und weitere Instrumente erprobt werden.

Die differenzierten Problemstellungen in diesem komplexen Themenblock können an vielen Stellen der Ergebnisdarstellung nachgelesen werden. Aus unserer Sicht leiten sich hieraus unter anderem folgende Empfehlungen ab:

- 1) **Sichtbarmachen von ethischen Diskursen** in der Langzeitpflege (Einbeziehung der Gesellschaft in die Diskurse, z. B. durch gemeinsame Diskursformate, Bericht über typische alltägliche Dilemmata-Situationen in der Langzeitpflege)
- 2) **Sichtbarmachung der ethischen Entscheidungsinstrumente** (Darstellung der Verfahren auf der Homepage und Mitwirkungsmöglichkeiten eröffnen)
- 3) **Weitere Schulungen und Begleitung durch Supervision der Mitarbeitenden** in der Langzeitpflege (Bereitstellen von finanziellen Mitteln, einrichtungsübergreifende Schulungen unter Einbeziehung von Betroffenen)
- 4) **Strukturelle Einbindung von Betroffenen und Angehörigen in die ethischen Entscheidungsfindungen** (Änderung der Verfahrensbeschreibungen zum Einsatz der Instrumente zur ethischen Entscheidungsfindung)
- 5) **Entwicklung einer Leitlinie zur medizinischen Behandlung von Bewohner*innen in der Langzeitpflege**

5.4 Personelle Ausstattung in der Langzeitpflege

Das Thema der personellen Ausstattung in der Langzeitpflege ist für beinahe alle Teilnehmenden ein wichtiges Thema, und zugleich gibt es viele Aspekte, die mit diesem komplexen Thema verbunden sind. Allgemein bringen viele Teilnehmende der Studie das Thema „Fachkraftmangel in der Pflege“ ein: zum einen geben sie einen Hinweis darauf, dass es für die Einrichtungen in den vergangenen Jahren zunehmend schwerer geworden ist, qualifizierte Pflegefachkräfte zu bekommen und die Abhängigkeit von Leasingunternehmen (leider) noch immer besteht, zum anderen weisen sie darauf hin, dass die Aufgaben in der Langzeitpflege fachlich zunehmend komplexer werden – beispielsweise vor dem Hintergrund der komplexen Erkrankungen der Bewohner*innen/Kund*innen, den sich daraus verändernden hohen Pflegebedarf und dem fachlich erforderlichen Pflegequalitätsniveau, das sich z. B. auch in den vielen Expertenstandards und Leitlinien der Pflege widerspiegelt. In der Corona-Pandemie haben sich die Aufgaben des Pflegepersonals zum Teil erheblich verändert (z. B. vermehrte organisationale Arbeiten, Umsetzungen der Testungen, der Besuchsregelungen, Trennung der Wohnbereiche, Umgang mit Schutzmaterialien insbesondere bei Quarantänen usw.) und Pflegende haben

Arbeiten übernommen, die sonst von Ehrenamtlichen, den Besucher*innen oder anderen externen Dienstleistern verrichtet werden. Durch die Verschiebungen der pflegerischen Arbeiten sei es auch zu entgegengesetzten Effekten gekommen: Neubegegnung und mehr Zeit insbesondere mit den Bewohner*innen in neuen und anderen sozialen Interaktionen (z. B. im Bereich der Beschäftigung und Unterhaltung) und zugleich aufgrund des Zeitmangels weniger Pflegezeit für die Bewohner*innen mit hohem Pflegebedarf. Im Ergebnisteil wird an unterschiedlichen Stellen darauf hingewiesen, dass während der Corona-Pandemie nicht alle erforderlichen Pflegeleistungen durchgeführt werden konnten. Darüber hinaus gab es auch viele Veränderungen bzw. Neustrukturierungen in den Arbeitsprozessen und in der Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzt*innen). Die Teilnehmenden sind sich vor allem in der stationären Langzeitpflege einig, dass die schon vor der Corona-Pandemie schwierige Arbeitssituation und die dann neuen und stark veränderten Anforderungen die Pflegenden massiv und dauerhaft belastet und die Personalsituation insgesamt weiter verschlechtert haben. Die hohen Pflegebedarfe erfordern es auch, dass sich die Pflegenden kontinuierlich weiterbilden und sich immer wieder auf den neusten Wissenstand bringen. War dies schon vor der Pandemie eine große Herausforderung (z. B. Einführung der verschiedenen Expertenstandards), so konnten in der Pandemie kaum Weiterbildungen realisiert werden. Dieser „Weiterbildungsstau“ müsse nun bewältigt und zugleich auf die veränderte Situation angepasst werden.

In der ambulanten Pflege sind die Effekte der Veränderungen auch zu erkennen; hier aber haben vor allem die neuen Hygiene- und Schutzmaßnahmen zu starken Veränderungen in den Arbeitsprozessen geführt, während die Arbeit mit den Kund*innen in weiten Teilen unverändert fortgeführt werden konnte.

Die differenzierten Problemstellungen in diesem komplexen Themenblock können an vielen Stellen der Ergebnisdarstellung nachgelesen werden. Aus unserer Sicht leiten sich hieraus unter anderem folgende Empfehlungen ab:

- 1) **Wahrnehmung bzw. Akzeptanz der (zunehmend) hohen Pflegebedarfe von Bewohner*innen in der stationären Langzeitpflege** (Darstellung der tatsächlichen Pflegebedarfe und den darauf ausgerichteten pflegerischen Maßnahmen durch differenzierte Dokumentation)
- 2) **Soziale Interaktion und Begegnung im Alltag mit Bewohner*innen und Kund*innen ermöglichen** (Soziale Begegnung und Beziehungsarbeit als zentrale pflegerische Aufgabe begreifen, Delegationskonzepte überarbeiten, Aufgabenbereiche der Pflegefachpersonen fachlich breiter aufstellen)

- 3) **Wahrnehmung und Akzeptanz der neuen Aufgaben im Bereich des Infektionsschutzes im ambulanten Bereich der Langzeitpflege** und Berücksichtigung in der Refinanzierung der Pflegeleistungen
- 4) **Personelle Ausstattung in der Pflege an dem tatsächlichen hohen Pflegebedarf ausrichten** (Anzahl der ausgebildeten Pflegefachpersonen erhöhen, Pflegezeit bei Bewohner*innen oder Kund*innen mit hohem Pflegebedarf erhöhen, Neuberechnung der Personalausstattung vor dem Hintergrund der neu hinzugekommenen Arbeitsaufgaben und -prozesse (z. B. erhöhte Hygienestandards, Trennung von Wohnbereichen))
- 5) **Personelle Ausstattung in der Pflege insgesamt angemessen auslegen, um zukünftige Krisen zu bewältigen** (Schaffung einer „stillen Reserve“ zur kurzfristigen Kompensation von krisenhaften Geschehen – z. B. auch bei Norovirus-Infektionen)
- 6) **Maßnahmen zur Bindung des Pflegepersonals intensivieren**

5.5 Belastungssituation der Mitarbeiter*innen in der Langzeitpflege

Bereits in den ersten Interviews im September 2020 berichteten die Mitarbeitenden aller Arbeitsebenen von enormen physischen und psychischen Belastungen. Diese waren zum einen bedingt durch das pandemische Geschehen und den daraus resultierenden Veränderungen im Arbeitsalltag, andererseits aber auch stark abhängig davon, ob es zu Ausbrüchen von Corona-Infektionen im Arbeitsbereich kam. In den statistischen Angaben zeigt sich insgesamt, dass die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege unterschiedlich betroffen waren (von sehr stark bis gar nicht), in Baden-Württemberg jedoch von Beginn an – also bereits in der ersten Pandemiewelle – sehr häufig betroffen waren. Die Ausbrüche in anderen Einrichtungen haben dabei eine starke Wirkung auch auf die Mitarbeiter*innen der Einrichtungen gehabt, die (noch) nicht betroffen waren. Unsere Studie zeigt sehr eindeutig, dass sich viele Mitarbeiter*innen bereits vor der Pandemie deutlich bis stark belastet fühlten und diese Belastungen dann in der Pandemie zugenommen haben. Nach der ersten Pandemiewelle haben viele Befragte gewünscht, sich im Sommer 2020 zu erholen, dies sei aber zumeist nicht gelungen, da die Zeit nicht ausgereicht habe und viele überlastende Arbeiten trotz niedriger Inzidenzraten selbstverständlich aufrechterhalten werden mussten. Die zweite Pandemiewelle hat sich ganz anders bzw. stärker auf die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ausgewirkt als in der ambulanten Pflege. Die zweite Pandemiewelle hat vermehrt zu plötzlichen und dramatischen Ausbrüchen in einigen stationären Pflegeeinrichtungen geführt, so dass diese mitunter kaum noch arbeitsfähig waren und teilweise sogar von außen Hilfe benötigen (z. B. Ersatz von Personal). Ausbrüche in der ambulanten Langzeitpflege hatten keine vergleichbare Reichweite,

weil die Arbeitstouren streng getrennt durchgeführt werden konnten. Die zweite Welle der Pandemie hat insbesondere in der stationären Langzeitpflege zu erneut sehr starken Arbeitsüberlastungen geführt, die mehrheitlich erst wieder abnahmen, als im Frühjahr 2021 geimpft worden war. Viele Interviewteilnehmer*innen berichten eindrücklich von ihren physischen und psychischen Belastungen und betonten zugleich, dass die Arbeitsteams sich sehr solidarisches Verhalten haben und mitunter neu und besser zusammengewachsen seien. Viele Teilnehmende berichten auch, dass sie aufgrund der privaten Belastungen (z. B. Erkrankungen von oder Sorge um Angehörige(n), Home-Schooling, finanzielle Probleme) zusätzlich belastet sind. Neben dem physischen Befinden, das zumeist mit den Worten „sehr müde“ zusammengefasst wird, müssen die Mitarbeitenden starke psychische Belastungen meistern. Insbesondere der Umgang mit Angst und Trauer ist für viele Befragte eine starke Herausforderung. Die Mitarbeitenden beschreiben dabei, dass sie einerseits die Bewohner*innen oder Kund*innen schützen wollen und andererseits sich selbst auch vor Ansteckung schützen müssen. Die Balance zwischen „Schutz geben – Gefahr sein“ und „geschützt sein – gefährdet sein“ herzustellen, ist im Arbeitsalltag eine ständige Herausforderung. Auch das Thema „Sterben“, das in Einrichtungen der Langzeitpflege immer präsent ist, hat in der Corona-Pandemie eine neue Dimension bekommen. Einige Mitarbeitenden haben erlebt, dass in kurzer Zeit mehrere Bewohner*innen an Corona starben.

Die Führungskräfte haben auch in der Corona-Pandemie die besondere Herausforderung, dass sie einerseits sehr viel und komplex arbeiten und andererseits Mitarbeiter*innen zunehmend mehr Arbeitsbelastungen vermitteln müssen. Dabei werden sie zumeist von den Trägerinstitutionen unterstützt. Allerdings berichten Führungspersonen, dass sie sich bei der Umsetzung der Verordnungen und neuen Regelungen und den damit auch verbundenen Widersprüchlichkeiten und Unmöglichkeiten allein gelassen gefühlt haben und die Verantwortung nicht mehr geteilt, sondern delegiert worden sei. Zudem hatten sie mitunter das Gefühl, allein verantwortlich zu sein. Dies sei in einer derartigen Krisensituation aber nicht möglich. Im Rahmen unserer Studie haben wir viele Führungspersonen interviewt und einen starken Eindruck von ihrem besonders hohen Engagement bekommen. Einige Interviewte haben kaum Pause eingelegt (z. B. wenig Urlaub, keine Pause am Wochenende) und sich in ständiger Rufbereitschaft befunden. Die von uns befragten Mitarbeiter*innen fühlen sich sehr gut unterstützt von ihren Führungskräften. Die gemeinsame Bewältigung der pandemischen Krise ist auch durch das herausragende Engagement der Führungskräfte gelungen.

Insgesamt haben wir den Eindruck gewonnen, dass auf allen Ebenen und in allen Arbeitsbereichen der Langzeitpflege herausragende Arbeit geleistet wurde unter starken Belastungen,

die monatelang getragen werden. Umso bemerkenswerter ist, dass die Teilnehmenden unserer Studie kaum von Entlastungsangeboten berichten konnten. Es scheint, dass den Mitarbeitenden der Langzeitpflege auf allen Ebenen kaum Angebote zur kurz- und langfristigen Entlastung angeboten werden. Eine Auswahl an Möglichkeiten hierzu haben wir im Fragebogen abgebildet, jedoch wurde beinahe nur von monetären Zuwendungen (Einmalzahlungen) berichtet. Viele Mitarbeitende fragen sich zunehmend, wie die kommenden Monate gestaltet werden sollen. Weitere Belastungen können viele Befragte nicht mehr tragen; die Führungskräfte haben Sorge, dass insbesondere in der stationären Langzeitpflege eine Kündigungswelle drohe.

Die differenzierten Problemstellungen in diesem komplexen Themenblock können an vielen Stellen der Ergebnisdarstellung nachgelesen werden. Aus unserer Sicht leiten sich hieraus unter anderem folgende Empfehlungen ab:

- 1) **Anerkennung und Sichtbarmachung der besonderen Belastungen** der Mitarbeitenden in der Langzeitpflege
- 2) **Zurverfügungstellung von individuellen und kollektiven Angeboten zur physischen und psychischen Entlastung** (innerhalb und außerhalb der Arbeitszeit, gezielte Angebotsberatung zu Entlastungsangeboten unter Einbeziehung der persönlichen Lebens- und Arbeitssituation)
- 3) **Angemessene Arbeitszeitgestaltung mit gezielten Regelungen, die das pandemische Geschehen berücksichtigen** (z. B. Erhöhung der Pausenzeiten und Möglichkeiten, diese z. B. draußen zu verbringen)
- 4) **Stärkere Unterstützung der Führungskräfte und Entwicklung von Führungssystemen mit geteilter Verantwortung** (Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen der Träger intensivieren, neue Führungssysteme wie etwa kollegiale Leitungen erproben, Bildungsarbeit)

5.6 Reduzierung der Bürokratie, Verbesserung der Kommunikation aller Beteiligten und Digitalisierung

Die Studienergebnisse zeigen, dass die Corona-Pandemie mit ihrer enormen Dynamik die Einrichtungen der Langzeitpflege auch organisational tief erschüttert hat. Dabei steht das Thema „Anforderungen durch erhöhten bürokratischen Aufwand“ im Mittelpunkt der Organisation und aller handelnden Akteure. Die große und im Wesentlichen als zu stark empfundene Zunahme der bürokratischen Anforderungen hat eine Mehrarbeit von ungeheurem Ausmaß in allen Teilen der Organisationen verursacht. Dabei wurden die digitalen Arbeitsstrukturen zu

Beginn der Pandemie als nicht ausreichend beschrieben. Im Verlauf der Pandemie hat es in weiten Teilen der Einrichtungen einen Digitalisierungsschub gegeben, auch wenn insgesamt die Ausstattung mit angemessener Hard- und Software und die Umstellung der Arbeitsprozesse auf diese als noch immer nicht ausreichend bewertet werden kann. Die Strukturen der Kommunikation und Zusammenarbeit sind in den meisten Einrichtungen gefestigt und stabil und haben sich in der Corona-Pandemie bewährt und weiterentwickelt. Insbesondere der Zusammenhalt aller Mitarbeitenden aller Ebenen wird als sehr gut beschrieben und diente in weiten Teilen als Fundament zur Bewältigung der teilweise übergroßen Anforderungen. Die Einrichtungen mussten eine enorme Vielzahl neuer, differenzierter und nicht immer aufeinander abgestimmter Informationen in sehr kurzen Zeiträumen verarbeiten und in ihr Handeln integrieren bzw. neue Arbeitsprozesse entwickeln. Die hohe Dynamik in der Entwicklung und Bekanntmachung von Anordnungen, Verordnungen und Regelungen traf auf Einrichtungen, die strukturell darauf nur eingeschränkt vorbereitet sind. Hier mangelt es vor allem an den personellen und teilweise auch fachlichen Ressourcen.

Die differenzierten Problemstellungen in diesem komplexen Themenblock können an vielen Stellen der Ergebnisdarstellung nachgelesen werden. Aus unserer Sicht leiten sich hieraus unter anderem folgende Empfehlungen ab:

- 1) **Verbesserungen der digitalen Arbeitsstrukturen und Prozesse** in allen Einrichtungen der Langzeitpflege (Zurverfügungstellung von moderner Hard- und Software, Schulungen, Reorganisation von Arbeitsprozessen in den Einrichtungen und in der Zusammenarbeit mit den Trägern, Klärung und Vereinfachung von Datenübermittlungen, gezielte digitale Schnittstellen zwischen den Einrichtungen, Trägern, Gesundheitsämtern, Kranken- und Pflegekassen usw.)
- 2) **Überarbeitung und Verringerung bürokratischer Prozesse** (Doppelstrukturen von Dokumentationen vermeiden, unnötige Dokumentationen abschaffen, Zugänge zu Informationen eröffnen, vertrauensvolle Zusammenarbeit fördern)
- 3) **Verbesserung der Informationspolitik** zwischen den Akteuren (Informationen bündeln und sprachlich verständlicher machen, nachvollziehbare Synopsen zu Veränderungen anfertigen, Hierarchien und Widersprüchlichkeiten von Informationen und Anordnungen vor Zusendung in die Einrichtungen klären, Zuständigkeiten und Ansprechpartner*innen auf allen Seiten definieren, verlässliche zentrale Homepage aller Beteiligten)
- 4) **Zeiträume für organisationale Veränderungen** realistisch einschätzen und vorgeben (Bekanntgabe-Zeitpunkte von Verordnungen und Regelungen strategisch bewusst wählen, Zeithorizonte zur Umsetzung realistisch wählen und dabei die heterogenen Strukturen der Einrichtungen antizipieren, Führungspersonen in der Umsetzung unterstützen)

zen, Best-Practice-Umsetzungen zeitnah veröffentlichen, Netzwerke zwischen den Einrichtungen fördern, Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntgabe von neuen Regelungen zentral – z. B. vonseiten der Trägerebene – unterstützen)

5.7 Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern

Die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern wird von allen Befragten als ein überwiegend sehr wichtiges strategisches Element zur Bewältigung der Pandemie gesehen. In nur sehr wenigen Fällen bestanden vor der Corona-Pandemie verlässliche Strukturen in der Zusammenarbeit (bekannte Ansprechpartner und konsentierteste Kommunikations- und Interaktionsstrategie im Bedarfsfall). Das plötzliche Eintreten der Pandemie und die hohe Dynamik in der Entwicklung hat erfordert, dass betroffene Einrichtungen rasch und intensiv mit den Mitarbeitenden der Gesundheitsämter kooperieren mussten. Dies hat in einigen Fällen auch auf einem guten Niveau stattgefunden, viele Teilnehmenden berichteten jedoch von einer eher stark verbesserungswürdigen Zusammenarbeit. Dabei wird in den Ergebnissen dieser Studie sichtbar, dass die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern sich nicht nur auf die Meldung von Infizierten und Ausbrüchen beziehen sollte, sondern auch proaktive Beratung, Schulungen, Informationen bzw. gemeinsame strategische Planung beinhalten sollte. Insbesondere die Führungspersonen wünschen sich Beratung zu den Umsetzungen der Hygienekonzepte unter den individuellen Bedingungen der Einrichtung. Dabei ist es auch wichtig, die übersektorale Zusammenarbeit der Einrichtungen im Gesundheitswesen in den Blick zu nehmen, denn es besteht bei den Befragten die Hoffnung, dass insbesondere die Gesundheitsämter Verläufe und Strategien übersektoral steuern können. Vor dem Hintergrund der wenigen Akteure zur sektorenübergreifenden Steuerung haben die Einrichtungen hier hohe Erwartungen an die Arbeit der Gesundheitsämter. Aber auch viele Einrichtungen müssen ihre Strukturen und Verfahren in der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern überarbeiten, und dabei stellt sich auch die Frage, ob auf der Ebene der Träger Verhandlungen für mehrere Einrichtungen geführt werden können und ob auf diese Weise Strukturen und Verfahren abzusprechen und zu homogenisieren sind. Bei der zukünftigen Weiterentwicklung der Pandemiepläne könnte das Zusammenwirken von lokalen Gesundheitsämtern und Einrichtungen bzw. Trägern einen entscheidenden strategischen Vorteil bringen.

Die differenzierten Problemstellungen in diesem komplexen Themenblock können an vielen Stellen der Ergebnisdarstellung nachgelesen werden. Aus unserer Sicht leiten sich hieraus unter anderem folgende Empfehlungen ab:

- 1) **Rolle des Gesundheitsamtes** im Hinblick auf die Einrichtungen der Langzeitpflege und die Bekämpfung von Infektionsgeschehen definieren (Überprüfung der Ziele, Aufgaben und übersektoralen Verantwortung)
- 2) **Aufgaben der Mitarbeitenden der Gesundheitsämter festlegen und transparent machen** (Festlegung von festen Ansprechpartner*innen, Festlegung der Kommunikationsformen und -wege, transparente Darstellung von Aufgaben, informative Homepage ggf. mit Schulungs- und Informationsmaterial)
- 3) **Regelung der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern auf betrieblicher Ebene und Trägerebene** (transparente Festlegung von Verantwortlichkeiten und Ansprechpartner*innen, transparente Regelungen der Arbeitsprozess)
- 4) **Auf- und Ausbau der digitalen Kommunikation mit den Gesundheitsämtern** (einheitliche und einfache Wege, Systeme nutzen)
- 5) **Beratungsangebote und Kriseninterventionsteams einrichten** (kontinuierliche Beratung und Abstimmung hinsichtlich des Infektionsschutzes und der besonderen Problemstellungen der jeweiligen Einrichtung, im Krisenfall kurzfristige Interventionsteams für die Einrichtung bereitstellen)

5.8 Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und Partizipation an Entscheidungen

Die teilweise dramatischen Wochen und Monate der ersten und zweiten Welle der Corona-Pandemie mussten von allen Akteuren durch intensives und engagiertes Arbeiten gemeistert werden. Die an der Studie teilnehmenden Befragten sehen mit großem und dankendem Respekt, wie sehr sich alle Akteure aus Politik, Gesellschaft, Träger und Einrichtungen der Langzeitpflege – letztendlich zugunsten der betroffenen Bewohner*innen, Kund*innen, deren Angehörigen und der Mitarbeitenden – einsetzen. Baden-Württemberg und hier insbesondere das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hat früh in der ersten Pandemiewelle eine Corona Task Force eingerichtet, in der zentrale „Player der Langzeitpflege und Eingliederungshilfe“ unter Hinzuziehung von Betroffenenverbänden und Wissenschaftsvertreter*innen als „Verantwortungsgemeinschaft“ zeitnah das pandemische Geschehen und die aktuellen Auswirkungen auf die Langzeitpflege analysieren und gemeinsam Strategien und Regelungen entwickelt und auf den Weg gebracht haben. Diese geteilte Verantwortung wird

von den Beteiligten als sehr zielführend und unterstützend erlebt. Die befragten Führungspersonen haben nach einigen Wochen bemerkt, dass die Entscheidungen praxisnaher formuliert und kommuniziert wurden und deshalb dieses Vorgehen sehr begrüßt. Für die Führungskräfte ist es wichtig, dass die Binnensicht des jeweils aktuellen Geschehens auch zum Gegenstand der Auseinandersetzung wird und in Regelungen einfließt. Einige Befragte können sich vorstellen, dass ein derart breit besetztes Gremium dieser partizipativen Arbeitsstruktur auch dauerhaft eingerichtet wird, um die weiteren Entscheidungen praxisnaher zu gestalten. Dabei wünschen sie sich auch, dass konkret Pflegende/Mitarbeitende Mitwirkungsrechte haben.

Pflegende aus den verschiedenen Ebenen der Einrichtungen der Langzeitpflege sind Schlüsselpersonen zur Bewältigung der Folgen der Pandemie und beim Schutz der Betroffenen. Sie wünschen sich dabei, an allen Entscheidungen, die dieses Geschehen betreffen, spürbarer beteiligt zu sein. Zwar sehen viele befragte Führungspersonen, dass sie über die Träger z. B. an den jeweiligen Task Forces beteiligt waren, jedoch wünschen sich viele eine konkretere Beteiligung ihrer Ebene und eine spürbare Mitbestimmungsmöglichkeit. Dabei geht es ihnen auch darum, Informationen von „der Basis“ in die Politik zu bringen, auch um so die Relevanz von Themen zu unterstreichen, Gewichtungen von Entscheidungen mit zu beeinflussen und gemeinsam mit den Entscheidern die möglichen Umsetzungsprozesse in den Blick zu nehmen. Besonders wichtig scheint es hier zu sein, dass die bereits vielfach beschriebene Heterogenität der Langzeitpflege-Einrichtungen über die Mitwirkung von „der Basis“ der Einrichtungen sichtbar und damit eine höhere Praxisnähe und Praxistauglichkeit erreicht werden. Wichtig könnte es auch sein, dass übersektorale Beteiligung strukturell ermöglicht wird, um so die Zusammenarbeit auf politischer, aber auch regionaler Ebene anzubahnen. In den vergangenen Monaten der Corona-Pandemie wurden auch regional einige Task Forces gebildet. Auch hier ist es aktuell und zukünftig sinnvoll, die Besetzungen zu überdenken und Pflegende strukturell mit allen und auf allen Ebenen zu beteiligen. Die Studie zeigt auch deutlich, dass die Berufsgruppen im Gesundheitswesen nur in enger Kooperation eine solche Krise meistern können. Bereits bestehende Herausforderungen in der Zusammenarbeit wurden durch die Krise sichtbar gemacht und verschärft. Der interprofessionelle Diskurs wird politisch zurzeit nicht gefördert und strukturell eingeleitet. Vor diesem Hintergrund sollten die wenigen politischen Orte genutzt werden, um nicht nur trägerspezifische Interessen zusammenzuführen, sondern auch professionelle Interessen. Die Interessen der Betroffenen aus der Langzeitpflege werden in politischen Diskursen u. a. von Vertreter*innen der Landessenorenräte vertreten. Dabei sind sie zumeist in einem Gremium mit einer Stimme vertreten. Diese Mitwirkung sollte strukturell ausgebaut werden, indem hier Vertreter*innen aus der ambulanten und stationären Pflege sowie explizite Vertretungen der Angehörigen hinzugezogen werden.

In der Corona-Pandemie hat sich klar gezeigt, dass die Kooperation aller Einrichtungen im Gesundheitswesen/Pflegewesen Voraussetzung zur Bewältigung derartiger Krisen ist. Leider aber bestehen im deutschen Gesundheitssystem zum Teil hoch konkurrente Strukturen und Anreizsysteme. Die befragten Führungspersonen haben angesprochen, wie schwer es ist, in einem krisenhaften Geschehen gute Kooperationsbeziehungen aufzubauen. Insbesondere die Einrichtungen, die von starken Ausbrüchen betroffen waren, waren auf Hilfe von außen angewiesen. Dabei war die wichtigste Hilfe der Austausch von Personal bzw. die Unterstützung von (Pflege-)Personal z. B. aus einer benachbarten Einrichtung. Aber auch das Zusammenwirken bei der Beschaffung von Schutzmaterialien wird von den Befragten als wichtig angesehen. In der zweiten Pandemiewelle haben sich derartige Kooperationsbeziehungen an wenigen Orten gebildet.

Die differenzierten Problemstellungen in diesem komplexen Themenblock können an vielen Stellen der Ergebnisdarstellung nachgelesen werden. Aus unserer Sicht leiten sich hieraus unter anderem folgende Empfehlungen ab:

- 1) **Beibehaltung des Gremiums „Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe“** in beschriebener Zusammensetzung und unter geläufigerem Namen
- 2) **Regelmäßige Erhebung von empirisch abgesicherten Daten zur Darstellung der komplexen Situation in der Langzeitpflege**
- 3) **Beteiligung der Pflegenden an politischen Diskussions- und Entscheidungsprozessen** (strukturelle Überprüfung der Zusammensetzung der jeweiligen Entscheidungsgremien, Beteiligung von Pflegenden auf den verschiedenen Ebenen, insbesondere auch der konkreten Arbeitsebene)
- 4) **Beteiligung der Pflegenden an trägerspezifischen Diskussions- und Entscheidungsprozessen** (strukturelle Überprüfung der Zusammensetzung der jeweiligen Entscheidungsgremien, Beteiligung von Pflegenden auf den verschiedenen Ebenen, insbesondere auch der konkreten Arbeitsebene)
- 5) **Förderung eines interprofessionellen Diskurses auf politischer Ebene** (z. B. Einrichten von interprofessionellen Arbeitskreisen je Sektor und übersektoral)
- 6) **Förderung der strukturellen Mitwirkung von Betroffenenvertretungen und Angehörigenvertretungen** aus der ambulanten und stationären Langzeitpflege
- 7) **Stärkung bzw. Neuentwicklung von kooperativen Strukturen und Überprüfung und ggf. Veränderung der bestehenden konkurrierenden Strukturen im Pflegewesen/Gesundheitswesen**

5.9 Aus der Krise lernen und Gestaltung des Übergangs in eine Normalisierungsphase

Die Corona-Pandemie ist plötzlich und unerwartet eingetreten. Nur im geringen Maß war die Gesellschaft und insbesondere das Gesundheits- und Pflegewesen darauf vorbereitet. Allerdings mahnen seit Jahren Gesundheitswissenschaftler*innen, dass ein weltweites, pandemisches Geschehen jederzeit möglich sei. Bereits 1933 wurde im Rahmen eines internationalen Symposiums in Berlin eine weltweite „Influenza-Pandemieplanung“ gefordert. Diese Forderung wurde von der WHO realisiert, 1999 entstand ein erster Musterplan, der als Grundlage für die Erarbeitung von nationalen Plänen diente und weitreichende Entwicklungen in den jeweiligen Ländern anstieß (RKI 2017, 5). Seit 2001 entwickelt Deutschland einen nationalen Pandemieplan und regelt mit Hilfe von Expert*innen-Gremien die Bund-Länder-Absprachen. „Die H1N1-Influenzapandemie 2009, die in Deutschland im April 2009 mit ersten Erkrankungen durch das pandemische Influenzavirus A(H1N1)pdm09 begann, stellt die erste Bewährungsprobe für die entwickelten Pandemiepläne dar.“ (RKI 2017, 6). Die Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens waren ebenfalls durch spezifische Pandemiepläne in gewisser Weise auf die aktuelle Pandemie vorbereitet, doch zeigt sich in unserer Untersuchung, dass vielen die weitreichende Bedeutung der Pandemiepläne nicht hinreichend bewusst bzw. bekannt ist. Zudem sind bislang keine Übungen (im weitesten Sinne) eingebunden, so dass unklar ist, ob insbesondere die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Krisenmodus funktioniert.

Viele Befragte sind der Überzeugung, dass die Corona-Pandemie auch bislang latent oder bereits offensichtlich bestehende Probleme in der Langzeitpflege aufgedeckt und oftmals verschärft hat. Das Problembewusstsein hätten jedoch eher nur die in der Langzeitpflege tätigen Personen gehabt; gesellschaftlich seien viele Schwierigkeiten nicht ausreichend dargestellt worden. Gesellschaftlich fehle zudem ein differenzierteres Verständnis von der Langzeitpflege. Damit ist auch verständlich, dass die weitreichenden Auswirkungen der Corona-Pandemie nur in Teilen gesellschaftlich gesehen werden. Die gesellschaftspolitischen Diskurse sind jedoch Grundlage für die weitere politische Steuerung auf Länder- und Bundesebene. Deshalb wird es wichtig sein, die Arbeits- und Lebenswelt der Langzeitpflege sichtbarer zu machen, um politische Steuerungsstrategien besser bewerten zu können. Die Ereignisse rund um das pandemische Geschehen in der Langzeitpflege müssen weiter intensiv beforscht und betrachtet werden. Dabei geht es nicht nur darum, sich auf weitere Krisen vorzubereiten, sondern die bereits bestehenden Probleme zu lösen und die betroffenen Akteure darin zu unterstützen, die Folgen der Corona-Pandemie in ihre Arbeits- und Lebenswirklichkeit zu integrieren.

ren. Dabei bleibt zu hoffen, dass insbesondere die Mitarbeitenden auf allen Ebenen der Langzeitpflege diesem Arbeitsbereich treu bleiben und nicht etwa langfristig in andere Arbeitsfelder wechseln.

Für die Bewohner*innen und Klient*innen der Langzeitpflege ist es (überlebens-)wichtig, dass ihre umfassende pflegerische Versorgung generell auf einem hohen professionell verantworteten Qualitätsniveau stattfindet und ein krisenhaftes Geschehen nicht etwa zu einem drastischen Einbruch von Pflegeleistungen führt. Dabei dürfen nicht nur die direkten Herausforderungen rund um die Corona-Infektion gesehen werden, sondern auch die vielen Pflegeprobleme, die ihren Alltag bestimmen. Mobilität, Ernährung, Schmerzmanagement, Kontinenzförderung, Sturzprävention, Prävention von Wunden (z. B. auch Dekubitus) sind pflegerische Schwerpunktaufgaben bzw. Pflegephänomene, die sich stark auf die Lebensqualität auswirken. In der Langzeitpflege werden viele dementiell erkrankte Menschen pflegerisch betreut; sie benötigen auch professionell gestaltete Beziehungsgestaltung, um mit den teilweise schwer zu integrierenden Folgen einer Demenz leben zu können (z. B. hinsichtlich der Orientierung, Mobilität und Ernährung). Hier werden ebenfalls empirische Daten (sowohl qualitativ als auch quantitativ) benötigt, um zukünftig realistisch und unter Beachtung der erforderlichen Pflegequalität die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zu gestalten. Dabei müssen die Bedingungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege differenziert betrachtet werden. In diesem Zusammenhang weisen einige Befragte darauf hin, dass die Qualitätsprüfungen des MDK zwar sinnvoll seien, jedoch keinen Einfluss auf die generellen Arbeitsbedingungen haben und damit nicht zu einer strukturellen Weiterentwicklung der Langzeitpflege beitragen. Hier werde eine andere Perspektive benötigt, die aber bislang nicht aufgebaut worden ist.

Auf der jeweiligen Einrichtungsebene müssen die vergangenen Monate im pandemischen Geschehen ebenfalls aufgearbeitet und analysiert werden. Dabei ist es wichtig, die verschiedenen Perspektiven wahrzunehmen, zusammenzubringen und zu einem tiefen Verständnis von der Komplexität der Ereignisse und ihren Auswirkungen zu gelangen. Viele Befragte befürchten, dass es ein „weiter so“ geben könnte und fürchten, dass sich damit die Situation der Langzeitpflege weiter verschlechtert. Dies dürfe nicht geschehen. Vor diesem Hintergrund ist es ratsam, dass die Träger und Führungspersonen gemeinsam eine umfassende Strategie zur Aufarbeitung der Ereignisse einleiten, die relevanten Diskurse feststellen, analysieren und Weiterentwicklungen einleiten. Dabei kann es entscheidend sein, das Engagement aller in den vergangenen Monaten umfänglich zu würdigen und dies auch zum Ausgangspunkt der Weiterentwicklungen werden zu lassen.

Die differenzierten Problemstellungen in diesem komplexen Themenblock können an vielen Stellen der Ergebnisdarstellung nachgelesen werden. Aus unserer Sicht leiten sich hieraus unter anderem folgende Empfehlungen ab:

- 1) Weiterentwicklung der Pandemiepläne auf allen Ebenen und Erprobung der Strukturen und Verfahren** (Beratung der Träger und Einrichtung bei der Weiterentwicklung der Pandemiepläne, Erprobung z. B. durch Übungen, Planspiele, Gremien zur Abstimmung)
- 2) Kontinuierliche Erhebung von empirisch abgesicherten Daten zur Arbeits- und Lebenswelt in der Langzeitpflege und Darstellung in einem Bericht** (Beauftragung eines unabhängigen Instituts zur Erhebung und Auswertung von Daten in der Langzeitpflege, gesellschaftlich einsehbare Berichte, Einrichtung der Funktion einer/eines Pflegebeauftragten im Bundesland, Förderung einer engen Zusammenarbeit mit den Betroffenenvertretungen)
- 3) Einleiten von träger- und einrichtungsspezifischen Aufarbeitungsprozessen** (Engagement Aller würdigen, Problemstellungen differenziert erkennen, Strategien zur Neuausrichtung entwickeln, Aufbruchsstimmung nutzen und erzeugen)

Literaturverzeichnis

AWMF online (2021): Leitlinien-Detailansicht zur S1-Leitlinie „Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID19-Pandemie – Living Guideline“, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/184-002LG.html>, abgerufen am 25.07.2021

Berliner Morgenpost. Coronavirus-Monitor (2021): <https://interaktiv.morgenpost.de/corona-virus-karte-infektionen-deutschland-weltweit/>, abgerufen am 28.06.2021.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2018): Altenpflege in Deutschland. Ein Datenbericht 2018. https://www.bgw-online.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW55-83-110_Trendbericht-Altenpflege_2018_Download.pdf%3F__blob%3DpublicationFile, abgerufen am 15.12.2020, S. 18–33.

Braun, Christian et al. (2007): Influenzapandemie. Begriffe, Grundlagen, Entstehung. aus: Zeitschrift Bevölkerungsschutz Nr. 3/2007, S. 6–12.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2021): Pressemitteilung Nutzerversion der Leitlinie zur ambulanten Pflege unter Bedingungen der Pandemie. <https://dg-pflegewissenschaft.de/leitlinien-2/>, abgerufen am 25.07.2021.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2020): SARS-CoV-2. Erreger, Entstehung und Verbreitung. <https://www.dguv.de/de/praevention/corona/allgemeine-infos/index.jsp>, abgerufen am 27.04.2021.

Eggert, Simon und Christian Teubner (2021): ZQP-Analyse. Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Corona-Langzeitpflege.pdf>, abgerufen am 28.06.2021.

Gerlinger, Thomas, Phillip Florian Schmidt und Caspar Lückenbach (2020): Öffentliche Gesundheitsdienste in der COVID-19-Pandemie: Strategien und Praktiken in ausgewählten europäischen Nachbarländern. aus: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 4/2021, S. 472–480.

Helmholtz. Zentrum für Infektionsforschung (HZI) (o.J.): Coronaviren. <https://www.helmholtz-hzi.de/de/wissen/wissensportal/keime-und-krankheiten/coronaviren/>, abgerufen am 27.04.2021.

Homepage Pflegereserve: <https://pflegereserve.de/faq>

Landesgesundheitsamt (LGA) Baden-Württemberg (2021): Lagebericht COVID-19 Baden-Württemberg vom 11.01.2021. https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Fachinformationen/Infodienste/Newsletter/InfektNews/Seiten/Lagebericht_covid-19.aspx, abgerufen am 12.01.2021.

Landesgesundheitsamt (LGA) Baden-Württemberg (2021b): Lagebericht COVID-19 Baden-Württemberg vom 28.06.2021. https://www.gesundheitsamt-bw.de/fileadmin/LGA/DocumentLibraries/SiteCollectionDocuments/05_Service/LageberichtCOVID19/COVID_Lagebericht_LGA_210627.pdf, abgerufen am 28.06.2021.

Landesgesundheitsamt (LGA) Baden-Württemberg (2021c): Lagebericht COVID-19 Baden-Württemberg vom 24.06.2021. https://www.gesundheitsamt-bw.de/fileadmin/LGA/DocumentLibraries/SiteCollectionDocuments/05_Service/LageberichtCOVID19/COVID_Lagebericht_LGA_210624.pdf, abgerufen am 29.06.2021.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse, Beltz Verlag, Weinheim.

midi/Ev. Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (Hrsg.) (2020): COVID-19-Pflegestudie der Diakonie. Eine Ad-hoc-Studie zu den Erfahrungen von Diakonie-Mitarbeitenden in der Altenhilfe/-pflege während der Covid-19-Pandemie. Berlin: Midi/Ev. Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Müller, Stefan (2020): Die spanische Grippe – Wahrnehmung und Deutung einer Jahrhundertpandemie im Spiegel des sozialdemokratischen Vorwärts. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn. <https://www.fes.de/themenportal-geschichte-kultur-medien-netz/geschichte/spanische-grippe>, abgerufen am 08.12.2020.

Pflegestatistik (2019a): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegeheime-5224102199004.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am 26.07.2021.

Pflegestatistik (2019b): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-ambulante-pflegedienste-5224101199004.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am 26.07.2021.

Rengeling, David (2017): Vom geduldigen Ausharren zur allumfassenden Prävention. Grippe-Pandemien im Spiegel von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. aus: Gesundheitssoziologie | Sociology of Health. Band 1. Baden-Baden: NOMOS Verlagsgesellschaft.

RND – Redaktionsnetzwerk Deutschland 2020: Lungenkrankheit: So wurde das Sars-Virus damals bekämpft. <https://www.rnd.de/gesundheit/lungenseuchen-so-wurde-das-sars-virus-damals-bekampft-WP7V5VRHVRHAU35NHKBYV7HJ7U.html>), abgerufen am 27.04.2021.

Robert-Koch-Institut (RKI) (2021): Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 13.01.2021 – aktueller Stand für Deutschland. S. 5. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html?jsessionid=750D10BCDC715C9DF2FB4E3509786BAD.internet102?nn=13490888, abgerufen am 14.01.2021.

Robert-Koch-Institut (RKI) (2021(a)): COVID-19-Fälle, die einem Ausbruch zugeordnet werden, nach Meldewoche und Infektionsumfeld. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Ausbruchsdaten.html;jsessionid=94AFCE7C6BCAD43A37DFBD418A950173.internet092?nn=13490888, abgerufen am 14.01.2021.

Robert Koch Institut (2017): Nationaler Pandemieplan, Teil 1, <https://www.gmkonline.de/documents/pandemieplan-teil-i-1510042222-1585228735.pdf>, abgerufen am 20.06.2021.

Rostgaard, Tine (2021): Long-term care in Denmark and COVID-19. <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2021/03/Tine-Rostgaard-COVID-19-and-Long-Term-Care-in-Denmark-8-March-2021.pdf>, abgerufen am 22.06.2021.

Sax, Monika (2020): <https://www.quarks.de/gesundheit/medizin/so-enden-pandemien/>, abgerufen am 08.12.2020.

Schmidt, Andrea E., Kai Leichsenring, Heidemarie Staflinger, Charles Litwin und Annette Bauer (2020): The impact of COVID-19 on users and providers of Long-Term Care services in Austria. <https://ltccovid.org/country-reports-on-covid-19-and-long-term-care/>, abgerufen am 22.06.2021.

Statista (2021a): <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1100739/umfrage/entwicklung-der-taeglichen-fallzahl-des-coronavirus-in-deutschland/>, abgerufen am 22.06.2021.

Statista (2021b): https://de.statista.com/themen/785/pflege-in-deutschland/#dossierSummary_chapter3, abgerufen am 26.07.2021.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015): Pflegestatistik – Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime). S.1. https://www.statistik-bw.de/DatenMelden/Formularservice/54_Pflege_StatEinr_Erl.pdf, abgerufen am 15.12.2020.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019): Eckdaten der Pflegestatistik. S. 1. <https://www.statistik-bw.de/SozSicherheit/Pflege/PG-Eckdaten.jsp>, abgerufen am 12.01.2021.

SWR 2 (2020): Asiatische Grippe in Deutschland. <https://www.swr.de/swr2/wissen/archivradio/asiatische-grippe-in-deutschland-1957-100.html#:~:text=Es%20ist%20die%20zweitschlimmste%20Influenza,rund%2030.000%20Menschen%20zum%20Opfer>, abgerufen am 28.04.2021.

Tagesschau (2020): SARS – ein weltweit tödlicher Virus. <https://www.tagesschau.de/inland/sars-101.html>, abgerufen am 28.04.2021.

Wolf-Ostermann, Karin & Heinz Rothgang et al (2020): Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Bremen: Universität Bremen.

Wozniak, Michal (2021): Digital und mit vollen Testeinsatz. <https://www.gtai.de/gtai-de/trade/specials/special/daenemark/digital-und-mit-vollem-testeinsatz-236454>, abgerufen am 22.06.2021.

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1: Tabellarische Darstellung aller europäischer Länder mit den Infektionszahlen, Genesungen und Sterbefälle, Stand 28.06.2021
- Anlage 2: Interviewleitfaden für Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen
- Anlage 3: Qualitativer Fragebogen/schriftliche Befragung mit den Datenschutzbestimmungen
- Anlage 4: Quantitativer Fragebogen/Online-Befragung

Anlage 1: Tabellarische Darstellung aller europäischer Länder mit den Infektionszahlen, Genesungen und Sterbefälle

Land	Fälle gesamt	Genesen	Verstorben
Russland	5.387.486	5.001.000	131.070
Großbritannien	4.732.438	4.428.000	128.100
Italien	4.258.069	4.113.000	127.472
Frankreich	5.770.021	5.616.000	110.968
Deutschland	3.734.489	3.626.000	90.768
Spanien	3.782.463	3.648.000	80.779
Polen	2.879.638	2.802.000	74.979
Ukraine	2.298.086	2.225.000	54.507
Türkei	5.409.027	5.269.000	49.576
Rumänien	1.080.630	1.046.000	33.253
Tschechien	1.666.890	1.634.000	30.298
Ungarn	807.910	776.600	29.980
Belgien	1.082.476	1.048.000	25.160
Bulgarien	421.531	401.900	18.027
Niederlande	1.683.271	1.651.000	17.741
Portugal	874.547	839.200	17.084
Schweden	1.088.896	1.066.000	14.619
Griechenland	420.905	400.100	12.655
Slowakei	391.551	378.300	12.505
Schweiz	702.507	688.700	10.882
Österreich	650.261	637.200	10.700
Bosnien und Herzegowina	204.945	194.900	9.655
Kroatien	359.652	349.900	8.200
Serbien	716.301	707.500	7.031
Moldawien	256.559	249.500	6.184

Nordmazedonien	155.673	150.000	5.484
Irland	271.260	259.600	4.989
Slowenien	257.240	251.500	4.419
Litauen	278.674	272.700	4.380
Belarus	415.339	400.900	3.113
Dänemark	292.943	285.800	2.532
Lettland	137.210	133.000	2.503
Albanien	132.512	130.000	2.456
Kosovo	107.299	104.900	2.260
Montenegro	100.190	98.290	1.609
Estland	130.968	129.100	1.269
Finnland	95.084	92.610	969
Luxemburg	70.600	69.530	818
Norwegen	130.588	126.800	792
Malta	30.606	30.150	420
Zypern	74.785	72.660	374
Andorra	13.882	13.680	127
Gibraltar	4.345	4.214	94
San Marino	5.090	5.000	90
Liechtenstein	3.032	2.965	59
Monaco	2.571	2.488	33
Island	6.555	6.526	29
Färöer	772	748	1
Vatikan	27	27	-

Stand 28.06.2021, Quelle: <https://interaktiv.morgenpost.de/corona-virus-karte-infektionen-deutschland-weltweit/>, abgerufen am 28.06.2021.

Interviewleitfaden

Aktuelle Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg. Dynamische Erhebung der aktuellen Herausforderungen zur Bewältigung der Corona-Pandemie

Zielgruppe: Leitungspersonen/Mitarbeitende

Formalien:

- ➔ Persönliche Vorstellung
- ➔ Dauer
- ➔ Datenschutz und Freiwilligkeit
- ➔ Aufnahme und Auswertung

I: Begrüßungsphase: Kurze Klärung des Anlasses

➔ **Auftraggeber:** Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

➔ **Ziel:** Ziel der Studie ist es, herauszufinden, mit welchen aktuellen Problemen die Einrichtungen beschäftigt sind, bezogen auf Covid-19. Mit welcher Priorität werden Probleme von den Leitungen (Organisation und Pflege) und Mitarbeitenden identifiziert und benannt, welche Lösungsstrategien als sinnvoll erachtet und welche Unterstützungsangebote als notwendig eingeschätzt.

Schwerpunkt liegt dabei auf der Priorisierung der Probleme, der Beurteilung der Lösungsstrategien und geforderten Unterstützungen.

➔ **Ablauf des Interviews:**

- zeitlicher Umfang, ca. 30 – 45 Minuten
 - Umgang mit den offen gestellten Fragen
- [Zahl = Grundfrage, ○ = Fragen zum Nachhaken]

Vorstellung des Teilnehmers!

Im Folgenden orientiert sich die Interviewerin an den übergeordneten Fragen und stellt nur bei Bedarf Unterfragen (Spiegelstriche).

II: Einstieg (Aktuelle Lage)

1. Wie ist die momentane Lage in Ihrer Einrichtung?
 - Gibt es einen aktuellen Fall/Quarantänemaßnahmen?
 - Wie ist das Stimmungsbild?
 - Besuchersteuerung
 - Schutzausrüstung
2. Welche Problemfelder beschäftigen Sie im Moment stark?
(Wie läuft der Alltag? Welche Probleme sind die Wichtigsten? Bsp. Finanzierung)

Anlage 2: Interviewleitfaden für Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen

3. Hat sich Ihr Arbeitsalltag verändert, im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie?
Wenn ja, beschreiben Sie, inwiefern er sich verändert hat.
 - Woran können Sie das festmachen?

III: Analyse der letzten vier Monate

Neben den aktuellen Problemen und deren Lösung interessiert uns auch Ihr Umgang mit den ersten Monaten der Pandemie, mit den Verordnungen und den entsprechenden Umsetzungen sowie deren Herausforderungen.

Wir schauen also einmal in die vergangenen Wochen und Monate seit März:

4. Erzählen Sie bitte, wie ist es Ihnen in den letzten vier Monaten in Ihrer Einrichtung ergangen?
5. Wie wurden die jeweiligen Verordnungen und deren Lösungsstrategien in Ihrer Einrichtung umgesetzt?
6. Wo lagen bei der Einführung und Beachtung der Verordnungen die Hürden, Herausforderungen und Probleme?
7. Gab es Veränderungen an Ihrem Verhalten gegenüber den Vorgaben und Maßnahmen während der Krise?
 - Durchblick und Umsetzung bei Verordnungen?
 - Wie würde mit einem zweiten Lockdown umgegangen werden?
8. Gab es Lösungsstrategien und Unterstützungen, die Sie als tatsächlich sinnvoll und nützlich empfanden?
9. Welche Konflikte/Probleme sind bei Ihnen in der Einrichtung durch die Pandemie und die damit einhergehenden Vorgaben/Veränderungen aufgetreten?
 - Auch in Bezug zu den Unterstützungen und (vermeintlichen) Lösungsstrategien
 - Welche Konflikte treten noch immer auf (aktuelles Beispiel, wenn nicht schon in Einleitung erläutert!)
10. Inwiefern wurde dadurch die Organisationsstruktur ihrer Einrichtung gestört oder beeinträchtigt?
 - Positiv wie negativ → wo fanden Anpassungen statt und inwiefern?
 - Umgang mit Personalausfällen und Wegfall von Ehrenamtlichen
 - Wegfall von externen Dienstleistungen (bspw. Friseur)
11. Beschreiben Sie, inwiefern die Pandemie die Versorgungsqualität beeinflusst hat.
 - Schutzausrüstung
 - Zeitprobleme
 - Personalmangel
 - Fehlende Nähe und soziale Kontakte (auch innerhalb der Einrichtung)
 - Wegfall von Ehrenamtlichen – Auswirkungen, Folgen

Anlage 2: Interviewleitfaden für Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen

12. Welchen Eindruck haben Sie, wie erging es Ihren Bewohnern/Klienten während der Quarantäne/des Lockdowns?

- Woran können Sie diesen/Ihren Eindruck festmachen oder begründen?
- Wie konnte der Kontakt zwischen Bewohnern und Angehörigen aufrecht-erhalten werden?
- *Wenn nicht bereits beantwortet:* Welche digitalen Möglichkeiten wurden eingesetzt?
- Wo fehlen die Unterstützungsangebote? Finanziell!?
- Waren die Lösungsstrategien nachvollziehbar? Bsp. Quarantänemaßnahmen

Thema Digitalisierung: Auf welchem Stand ist Ihre Einrichtung, Bsp. W-LAN, Tablets für Bewohner, aber auch im Arbeitsalltag für Mitarbeiter?

- Hat dies geholfen die Krise besser zu bewältigen?
- Welche Wichtigkeit wird dem Umgang mit und der Verfügbarkeit von digitalen Konzepten zugeordnet?
- Inwiefern hat die Krise dazu beigetragen, Sie hier voranzubringen?
- Wie gehen Ihre Bewohner damit um?
- Wurde in diesem Bereich während der Krise investiert?

13. Wie haben Sie Informationen weitergegeben und welche Informationsstrategie wollen Sie zukünftig verfolgen? (evtl. schon oben angesprochen)

- Intern (Mitarbeiter)
- Intern (Bewohner)
- Nach außen – Angehörige
- Gab es viele Rückmeldungen, Verbesserungsvorschläge, Bedürfnisse der Kommunikation von Mitarbeitern/Bewohnern und Angehörigen?

IV: Zukunftsperspektiven

Nun haben Sie ein Bild der aktuellen Lage und der vergangenen Monate gezeichnet. Vielen Dank dafür! Um auf zukünftige Extremfälle wie eine Pandemie oder auch Quarantäne-Maßnahmen in allen Bereichen besser vorbereitet zu sein, sind wir an Verbesserungsvorschlägen, Wünschen und Forderungen sehr interessiert.

Daher...

14. Was hätte besser gemacht werden sollen und müssen?

- Gibt es konkrete Verbesserungsvorschläge in Bezug auf Verordnungen, Umsetzbarkeit, Kommunikation? (für jetzt sofort, Herbst/Winter)
- Wo liegen die noch größten Probleme (Prioritäten aufzählen/hinterfragen!)?

15. Wo und welche Unterstützungsangebote sind Ihrer Meinung nach für Ihre Einrichtung noch dringend notwendig?

- Wo liegen akute Problemfelder?
- Hygienekonzepte, Personal, Umgang mit positiven Fällen
- Wo wird wieder mehr Autonomie gefordert?

Anlage 2: Interviewleitfaden für Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen

- Digitalisierung, Kommunikation (nach außen und untereinander), Dienstleistungen (Bsp. Friseur), soziale Teilhabe
 - Wie ist der Zugang zu Tests für Mitarbeitende und Bewohner, wurden damit schon Erfahrungen gemacht?
16. Haben Sie ein ausgearbeitetes (Hygiene-) Konzept in Ihrer Einrichtung, das Hilfe für eine Krise wie diese bietet?
- Best-Practice: Bitte um genaue Darstellung → gerne auch schriftliche Zusage, falls die Zeit knapp wird
17. Welche Themen oder Herausforderungen existierten bereits und haben durch die Pandemie einen anderen Stellenwert bekommen?
- Positiv wie negativ
 - Konkret: Personalmangel, Versorgungsqualität, Digitalisierung, soziale Teilhabe, Besucherfrequenz
18. Sind Sie nun besser vorbereitet auf einen zweiten Lockdown, und wie würden Sie damit umgehen?
- Wo lägen die größten Problemen?
 - Wie stehen Sie einem erneuten Lockdown gegenüber, und was würden Sie den Behörden dabei am dringendsten raten?
19. Nachhaltige Veränderungen, die auch nach der Pandemie bleiben?
20. Was wünschen Sie sich für Ihre Einrichtung, Ihre Mitarbeiter*innen und vor allem auch für die Bewohner*innen und Angehörigen in den nächsten Wochen/Monaten oder auch im Falle weiter steigender Zahlen/zweiter Lockdown?
21. Gibt es weitere Themen, die Sie als wichtig einstufen, die in der letzten *dreiviertel* Stunde nicht angesprochen wurden?
- ➔ **Haben Sie noch wichtige aktuelle Anmerkungen/Wünsche, die wir unbedingt weiterleiten sollen?**
- Ständiger Kontakt zur Corona Task Force des Sozialministeriums BW besteht, Anregungen können daher (natürlich anonym) weitergeleitet werden!**

V. Weiterer Fortgang der Untersuchung

- Ausdrücklicher Dank für die Teilnahme
- Klärung, ob noch weitere Personen für die Teilnahme vermittelt werden können, vor allem auch Bewohner und/oder Angehörige
- Verweis auf die Homepage → Fragebogen wird hochgeladen in nächsten Wochen
- Datenauswertung und Übermittlung erster Ergebnisse an die Corona Task Force

Anlage 2: Interviewleitfaden für Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen

- Zwei weitere Befragungsrunden mit quantitativen Befragungen: Teilnahmemöglichkeiten
- Weiterer Kontakt zu uns ist immer möglich
- Projektbericht im kommenden Jahr

Grunddaten zur Einrichtung (siehe Einwilligungen/Datenschutz):

1. Wie viele Bewohner*innen/Klient*innen hat die Einrichtung an diesem Standort?
2. Wie viele Mitarbeiter*innen gibt es? (genau: Wie viel examinierte Pfleger*innen)
3. Wer ist Träger?
4. Ambulante oder stationäre Einrichtung?
5. Wie lange gibt es die Einrichtung schon?
6. Ist die Einrichtung eher städtisch oder ländlich gelegen?

Anlage 3: Qualitativer Fragebogen/schriftliche Befragung

**Befragung im Rahmen der Studie
„Aktuelle Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten
Langzeitpflege in Baden-Württemberg.
Dynamische Erhebung der aktuellen Herausforderungen
zur Bewältigung der Corona-Pandemie“**

Datum: _____

Fragebogen-Nr.: _____

(wird von der Hochschule ausgefüllt)

Vielen Dank für Ihr Interesse, an der Studie mitzuwirken, wir freuen uns darüber sehr!

Diese Studie möchte herausfinden, mit welchen aktuellen Problemen die Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege in Baden-Württemberg beschäftigt sind, bezogen auf die Covid-19-Pandemie und welche Lösungen als sinnvoll erachtet werden. Dabei geht es uns darum, möglichst vielfältige Erfahrungen, Erlebnisse und Meinungen zu erheben, um besser zu verstehen, wie Sie in vergangenen vier Monaten mit den komplexen Problemen umgegangen sind. Zentral interessiert es uns, welche Anregungen und Verbesserungsvorschläge Sie auch vor dem Hintergrund der andauernden Pandemie haben und möchten Sie deshalb bitten, uns Ihre Wünsche und Anliegen hinsichtlich des weiteren Umgangs mit der Pandemiekrise aufzuschreiben.

Die Ergebnisse aus dieser schriftlichen und aus der mündlichen Befragung, die wir parallel zu dieser Befragung durchführen, werden zusammengefasst und unter anderem für die Entscheider in der Landespolitik (Ministerien, Träger) unter umfassender Anonymisierung aufbereitet. Wir hoffen, dass Sie auf diese Weise mitgestalten können und möglichst vielfältige Aspekte in den weiteren Schritten zur Bewältigung der Pandemie zum Tragen kommen.

Ablauf bei der Beantwortung des schriftlichen Fragebogens:

- Nehmen Sie sich bitte ungefähr 10 Minuten Zeit für die Beantwortung.
- Die folgenden zwei Fragen sind offen gestellt. Fühlen Sie sich ermutigt, so ausführlich, wie Sie es als sinnvoll erachten, zu antworten. Dabei sind auch stichwortartige Sätze möglich, es muss kein Fließtext verfasst werden!
- Bitte achten Sie darauf möglichst keine Namen von Personen und Orten zu verwenden, sondern kürzen Sie diese einfach ab.
- Gerne dürfen Sie diesen Fragebogen in den nächsten Wochen/Monaten mehrmals ausfüllen und uns zukommen lassen. Auch Veränderungsmerkmale und laufende Prozesse sind sehr interessant und wissenswert für die Studie.

Mit dem Ausfüllen und Absenden des Fragebogens und der damit freiwilligen Teilnahme stimmen Sie den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (s. u.) zur schriftlichen Befragung zu. Wir weisen Sie außerdem darauf hin, dass wir Ihre Darstellungen nur vollständig anonymisiert nutzen und damit keine Rückschlüsse auf Regionen, Einrichtungen oder Personen gezogen werden können. Sie haben zudem jederzeit das Recht ohne die Angabe einer Begründung ihre Teilnahme zu revidieren und die Daten löschen zu lassen. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an die untenstehende Kontaktperson.

Prof. Dr. Astrid Elsbernd (Projektleitung)
Hochschule Esslingen
Fakultät für soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstraße 101, 73732 Esslingen
In Kooperation mit Prof. Dr. Cornelia Mahler, Universität Tübingen, Abteilung Pflegewissenschaft

Kontaktperson: Lisa Heidecker M.A.
lisa-sophie.heidecker@hs-esslingen.de
0711/397-4731

Anlage 3: Qualitativer Fragebogen/schriftliche Befragung

In welcher Weise sind Sie in der Einrichtung tätig/beschäftigt?

- ☐ Bewohnerin/Bewohner ☐ Angehörige/Angehörige
- ☐ Heimbeirätin/Heimbeirat
- ☐ Ehrenamtlich tätige Person
- ☐ Mitarbeiterin und Mitarbeiter
- Sind Sie examinierte Pflegekraft? ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Pflegedienstleitung
- ☐ Heimleitung/Geschäftsführung
- ☐ Andere: _____

Haben Sie an dieser schriftlichen Befragung schon einmal teilgenommen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Handelt es sich um eine ambulante oder stationäre Einrichtung der Langzeitpflege?

- ☐ Ambulant ☐ Stationär

1. Welche Themen und Problemstellungen beschäftigen Sie im Moment? Welche Themen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege sollten aus Ihrer Sicht aktuell besondere Aufmerksamkeit erfahren? Falls es Ihnen möglich ist, erläutern Sie bitte Ihre Ansichten.

Anlage 3: Qualitativer Fragebogen/schriftliche Befragung

2. Haben Sie konkrete Anregungen und Verbesserungsvorschläge, die Sie uns zum Thema „weitere Bewältigung der Corona Pandemie (in der Langzeitpflege)“ mitgeben möchten?

Anlage 3: Qualitativer Fragebogen/schriftliche Befragung

Falls Ihnen der Platz nicht reicht, füllen Sie einfach einen zweiten Fragebogen mit einem kurzen Vermerk aus.

Vielen Dank für die Teilnahme und dass Sie sich die Zeit genommen haben!
Bei Rückmeldungen oder Anmerkungen können Sie uns gerne jederzeit kontaktieren.

Weiterer Fortgang der Untersuchung

- Haben Sie weitere Kontaktpersonen, die an der Studie interessiert sind? Gerne können Sie den Fragebogen oder unsere Kontaktdaten weiterreichen.
 - Infos finden Sie auf unserer Homepage: <https://www.hs-esslingen.de/soziale-arbeit-gesundheit-und-pflege/forschung/projekte/laufende-projekte/lacovid-bawue2020/>.
 - Erste Ergebnisse werden kontinuierlich an die Corona Task Force (unter Leitung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg) weitergeleitet.
 - Weiterer Kontakt zu uns ist immer möglich – wenn Sie Fragen, Anliegen oder Ergänzungen haben, melden Sie sich gerne!
- Der Projektbericht wird im kommenden Jahr (voraussichtlich ab September 2021) veröffentlicht.



Anlage 3: Qualitativer Fragebogen/schriftliche Befragung

Ansprechpartnerin: Lisa Heidecker
lisa-sophie.heidecker@hs-esslingen.de
0711/397 – 4731

Datenschutzinformationen zum Umgang mit in einer Studie erhobenen Daten

Datenschutz: Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten.

Im Rahmen der Interviews/Befragungen werden keine personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet. Es werden lediglich Strukturdaten (Alter, Geschlecht, Qualifikation etc.) erhoben, die keine Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen. Die Mitschnitte aus dem Aufnahmegerät und den Videoaufnahmen werden transkribiert. Das heißt, dass das aufgenommene Gespräch verschriftlicht wird. Die Transkripte werden pseudonymisiert und geschützt auf dem Server der Hochschule Esslingen gespeichert, zu dem nur befugte Projekt-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter einschließlich auf das Berufs- und Datengeheimnis verpflichteter Doktorand*innen Zugriff haben, gespeichert. Alle beteiligten Mitarbeiter*innen unterliegen der Schweigepflicht.

Übertragung von Nutzungsrechten. Für den ordnungsgemäßen Ablauf der Studie ist es notwendig, dass Sie uns die Nutzungsrechte Ihrer Daten übertragen. Dies geschieht, indem Sie den ausgefüllten Fragebogen an uns zurücksenden. Das bedeutet, dass wir Ihre Daten für wissenschaftliche Zwecke nutzen und, in pseudonymisierter Form, auch an Kooperationspartner übermitteln können. Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten können auch für künftige Forschungsvorhaben des Instituts genutzt und weiterverarbeitet werden. Die Forschungsergebnisse aus der Studie werden in anonymisierter Form in Fachzeitschriften oder in wissenschaftlichen Datenbanken veröffentlicht. Bei der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse wird Ihre Identität nicht bekannt.

Recht auf Auskunft und Löschung der personenbezogenen Daten. Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten anfordern sowie die Überlassung einer kostenlosen Kopie verlangen und haben das Recht, fehlerhafte Daten berichtigen zu lassen. Sie können auch jederzeit verlangen, dass Ihre Daten gelöscht oder anonymisiert werden, so dass ein Bezug zu Ihrer Person nicht mehr hergestellt werden kann. Diese Rechte sind nach §13 des Landesdatenschutzgesetzes bzw. §27 des Bundesdatenschutzgesetzes insoweit beschränkt, als diese Rechte voraussichtlich die Verwirklichung der jeweiligen Forschungszwecke unmöglich machen oder ernsthaft beeinträchtigen und die Beschränkung für die Erfüllung der jeweiligen Forschungszwecke notwendig sind. Das Recht auf Auskunft besteht darüber hinaus nicht, wenn die Daten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung erforderlich sind und die Auskunftserteilung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde.

Widerruf der Einwilligung. Sie haben das Recht, Ihre Zustimmung zur Teilnahme – und damit zur Verarbeitung Ihrer Daten – jederzeit und ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Fall eines Widerrufs können Sie entweder alle Daten vernichten lassen – oder nur verlangen, dass diese anonymisiert werden. In letzterem Fall wird nur die Verknüpfung der Daten mit Ihrer Person gelöscht. Vor dem Widerruf erhobene Daten, die schon Eingang in wissenschaftliche Analysen oder Veröffentlichungen gefunden haben, dürfen aber in jedem Fall in anonymisierter Form weiter zu Forschungszwecken verwendet werden.

Nutzungsdauer von Daten. Nach Beendigung der Studie werden alle Informationen und Daten für zehn Jahre gemäß den Richtlinien der guten wissenschaftlichen Praxis aufbewahrt sowie nach deren Ablauf unwiderruflich gelöscht. Ferner haben Sie das Recht auf eine kostenlose Kopie der von Ihnen gespeicherten Daten nach Artikel 20 Datenschutzgrundverordnung.

Beschwerderecht. Sie haben die Rechte gemäß der Art. 15 bis 21 der EU-Datenschutzgrundverordnung (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch, Datenübertragung) und das Recht der Beschwerde bei der zuständigen Behörde.

Anlage 4: Quantitativer Fragebogen/Online-Befragung

EvaSys

Quantitativer Fragebogen zur Befragung von Führungskräften und Mitarbeitenden



Hochschule Esslingen

Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und LACOVID-2020-BaWü

Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences

Bitte so markieren: ☐ ☒ ☐ ☐ ☐

Korrektur: ☐ ☒ ☐ ☒ ☐

Sehr geehrte Damen und Herren,
der folgende Fragebogen beleuchtet die Situation der stationären und ambulanten Langzeitpflege während der Corona-Pandemie. Um aus der Pandemiezeit für die Zukunft lernen zu können, gehen wir bei einigen Fragen ins Detail, und wir sind uns bewusst, dass die Beantwortung des Fragebogens damit auch nicht ganz nebenbei erfolgen kann. Wir wollen Sie dennoch bitten, sich dafür ca. 20-25 Minuten Zeit zu nehmen, denn durch Ihre Teilnahme können Sie wichtige Impulse zur politischen Steuerung und gesellschaftlichen Wahrnehmung der Langzeitpflege geben. Bitte lesen Sie sich zunächst die Datenschutzerklärung sorgfältig durch. Alle Daten werden selbstverständlich anonymisiert ausgewertet.

Wir danken Ihnen sehr für die Teilnahme!

Prof. Dr. Astrid Elsbernd und Lisa Heidecker, M.A.

1. Rahmendaten

- 1.1 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an. ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
- 1.2 Wie alt sind Sie? ☐ < 25 Jahre ☐ 25-40 Jahre ☐ 41-60 Jahre
☐ > 60 Jahre ☐ Keine Angabe
- 1.3 In welchem Tätigkeitsfeld sind Sie beschäftigt?
☐ Pflegerische Tätigkeit ☐ Betreuerische Tätigkeit ☐ Hauswirtschaft (z. B. Küche)
☐ Leitung ☐ Verwaltung ☐ Andere Tätigkeit
(Bereichs-/Wohn-/Einrichtungs-/Pflegedienst)
- 1.4 In welchem Beschäftigungsumfang arbeiten Sie? ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Nicht erwerbstätig
☐ Keine Angabe
- 1.5 Wie viele Jahre umfasst ihre Berufszugehörigkeit? ☐ < 3 Jahre ☐ 3-5 Jahre ☐ 6-10 Jahre
☐ > 10 Jahre ☐ Keine Angabe
- 1.6 In welchem Bereich der Langzeitpflege sind Sie tätig? ☐ Ambulant ☐ (Teil-)Stationär
- 1.7 Wer ist Träger Ihrer Einrichtung?
☐ Kirche ☐ Körperschaft d. öffentl. Rechts ☐ Stadt
☐ Stiftung ☐ Verein ☐ Eigen-/Selbstständig
☐ Andere ☐ Weiß ich nicht
- 1.8 Wie viele Bewohner*innen/Kund*innen betreut Ihre Einrichtung aktuell? ☐ < 15 ☐ 16-25 ☐ 26-40
☐ 41-60 ☐ 61-80 ☐ 81-100
☐ 101-300 ☐ 301-700 ☐ > 700
☐ Weiß ich nicht
- 1.9 Wie ist Ihre Einrichtung gelegen?
☐ Gemeinde (< 5.000 Einwohner*innen) ☐ Kleinstadt (ab 5.000 Einwohner*innen) ☐ Mittelstadt (ab 20.000 Einwohner*innen)
☐ Großstadt (> 100.000 Einwohner*innen) ☐ Weiß ich nicht

1. Rahmendaten [Fortsetzung]

1.10 In welchem Bundesland liegt Ihre Einrichtung?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Baden-Württemberg | ☐ Bayern | ☐ Berlin |
| ☐ Brandenburg | ☐ Bremen | ☐ Hamburg |
| ☐ Hessen | ☐ Mecklenburg-Vorpommern | ☐ Niedersachsen |
| ☐ Nordrhein-Westfalen | ☐ Rheinland-Pfalz | ☐ Saarland |
| ☐ Sachsen | ☐ Sachsen-Anhalt | ☐ Schleswig-Holstein |
| ☐ Thüringen | | |

1.11 Wurden/Werden weniger Bewohner*innen/Kund*innen, als es die Einrichtung ermöglichen kann, betreut? ...während der ersten Welle (März-Aug. '20)

- ☐ Ja
 ☐ Nein, alle Plätze waren belegt
 ☐ Weiß ich nicht

1.12 ...während der zweiten Welle (Sept. '20-Feb. '21)

- ☐ Ja
 ☐ Nein, alle Plätze waren belegt
 ☐ Weiß ich nicht

1.13 ...aktuell (ab März '21)

- ☐ Ja
 ☐ Nein, alle Plätze sind belegt
 ☐ Weiß ich nicht

2. Betroffenheit der Einrichtung

2.1 Gab es Corona-Infektionen/Ausbrüche in Ihrer Einrichtung seit Beginn der Pandemie?

- ☐ Ja
 ☐ Nein
 ☐ Weiß ich nicht

2.2 Wer war/ist infiziert in der ersten Welle (März-Aug. '20)? [Mehrfachnennung möglich]

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Bewohner*innen/Kund*innen | ☐ Pflegende Mitarbeiter*innen | ☐ Führungskräfte |
| ☐ Verwaltungsmitarbeiter*innen | ☐ Ehrenamtlich tätige Personen | ☐ Andere |
| ☐ Keiner | | |

2.3 ...in der zweiten Welle (Sept. '20-Feb. '21)? [Mehrfachnennung möglich]

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Bewohner*innen/Kund*innen | ☐ Pflegende Mitarbeiter*innen | ☐ Führungskräfte |
| ☐ Verwaltungsmitarbeiter*innen | ☐ Ehrenamtlich tätige Personen | ☐ Andere |
| ☐ Keiner | | |

2.4 ...aktuell (ab März '21)? [Mehrfachnennung möglich]

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Bewohner*innen/Kund*innen | ☐ Pflegende Mitarbeiter*innen | ☐ Führungskräfte |
| ☐ Verwaltungsmitarbeiter*innen | ☐ Ehrenamtlich tätige Personen | ☐ Andere |
| ☐ Keiner | | |

2.5 Andere:

2.6 Waren Sie selbst mit SARS-CoV-2 infiziert?

- ☐ Ja
 ☐ Nein
 ☐ Weiß ich nicht

2.7 Sind Bewohner*innen/Kund*innen Ihrer Einrichtung an SARS-CoV-2 verstorben?

- ☐ Ja
 ☐ Nein
 ☐ Weiß ich nicht

2.8 Sind Kolleg*innen/Mitarbeiter*innen Ihrer Einrichtung an SARS-CoV-2 verstorben?

- ☐ Ja
 ☐ Nein
 ☐ Weiß ich nicht

2.9 Gibt es aktuell andere Infektionen in Ihrer Einrichtung (z. B. Norovirus)?

- ☐ Ja
 ☐ Nein
 ☐ Weiß ich nicht

3. Bewohner*innen und Kund*innen

Einschätzungen des veränderten Pflegebedarfs vor dem Hintergrund der Pandemie

3. Bewohner*innen und Kund*innen [Fortsetzung]

3.1 Haben Sie den Eindruck, dass die pflegerischen Angebote für die Bewohner*innen/Kund*innen während der Pandemie wie geplant durchgeführt werden konnten?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht einschätzen

3.2 Wenn nein, bitte erläutern Sie kurz mögliche Gründe:

3.3 Haben Sie den Eindruck, dass sich die Pflegeprobleme der Bewohner*innen/Kund*innen während der Pandemie verändert haben?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht einschätzen

3.4 Welche Pflegeprobleme traten bei Bewohner*innen/Kund*innen vor dem Hintergrund der Maßnahmen des Infektionsschutzes der Pandemie neu/verstärkt/verändert auf (z. B. Orientierung)?

3.5 Haben Sie den Eindruck, dass die Versorgung von Bewohner*innen, die sich in Quarantäne befanden, einen größeren Unterstützungsbedarf hatten?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht einschätzen

3.6 Wenn ja, bitte beschreiben Sie den zusätzlichen Unterstützungsbedarf.

3.7 Haben Sie den Eindruck, dass die Bewohner*innen/Kund*innen im Vergleich zu vor der Pandemie vermehrt unter Einsamkeit gelitten haben?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht einschätzen

3.8 Haben Sie den Eindruck, dass sich die Lebensfreude der Bewohner*innen/Kund*innen während der Pandemie verändert hat?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht einschätzen

3.9 Wenn ja, bitte erläutern Sie kurz inwiefern!

3.10 Haben Sie den Eindruck, dass der Kontakt zwischen den Bewohner*innen während der Pandemie abgenommen hat?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht einschätzen

3. Bewohner*innen und Kund*innen [Fortsetzung]

3.11 Haben Sie den Eindruck, dass Sie die sozialen Programme (z. B. zur Beschäftigung) für die Bewohner*innen zufriedenstellend aufrecht halten konnten?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Kann ich nicht einschätzen

3.12 Wenn nein, bitte erläutern Sie kurz mögliche Gründe!

3.13 Haben Sie den Eindruck, dass der Gebrauch von Schutzmaterialien (bspw. MNS) die Bewohner*innen/Kund*innen irritiert hat?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Kann ich nicht einschätzen

3.14 Wenn ja, erläutern Sie bitte bspw. Beobachtungen!

3.15 Haben Sie den Eindruck, dass die neuen Besuchsregelungen in der Pandemie negative Auswirkungen auf die Bewohner*innen haben?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Kann ich nicht einschätzen

3.16 Wenn ja, bitte erläutern Sie kurz inwiefern!

3.17 Haben Sie den Eindruck, dass der Rückgang der ehrenamtlichen Unterstützungen in Zeiten der Pandemie negative Auswirkungen auf die Bewohner*innen hatte?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Kann ich nicht einschätzen

4. Mitarbeiter*innen

Belastungen

4.1 Wie belastet fühlen Sie sich durch Ihre aktuelle Arbeitssituation?

Nicht belastet

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sehr stark belastet

☐ Keine Angabe

4.2 Haben sich die Arbeitsbelastung während der Pandemie im Vergleich der Arbeitsbelastungen vor der Pandemie erhöht?

Nicht erhöht

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sehr stark erhöht

☐ Keine Angabe

4. Mitarbeiter*innen [Fortsetzung]

4.3 Was waren Belastungen für Sie? [Mehrfachnennung möglich]

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Tragen von Masken/PSA | ☐ Überstunden | ☐ Ständige Erreichbarkeit |
| ☐ Fehlende Pausen | ☐ Fehlender Austausch im Team | ☐ Stigmatisierungen von außen |
| ☐ Ansteckungsrisiko | ☐ Höheres Informations- und Erklärungsaufkommen | ☐ Unterbrechung des Arbeitsablaufs durch Maßnahmen des Infektionsschutzes |
| ☐ Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen von Bewohner*innen | ☐ Wegfall von Besuch/Angehörigen | ☐ Organisation des Besuchs von Angehörigen |
| ☐ Gefühl der Hilflosigkeit | ☐ Kompensation von Ehrenamt | ☐ Kompensation von Physiotherapie |
| ☐ Kompensation von Logopädie | ☐ Symptomerhebungen | ☐ Teststrategie umsetzen |
| ☐ Kompensation Personal | ☐ änderte Tätigkeitsfelder | ☐ Weiteres |
| ☐ Keine Angabe | | |

4.4 Weiteres:

- 4.5 Wie bewerten Sie die aktuelle Personalausstattung ihrer Einrichtung?
- | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| Angemessene Personalausstattung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Viel zu geringe Personalausstattung | ☐ Kann ich nicht beurteilen |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|

- 4.6 Fühlen Sie sich insgesamt durch Ihre Führungskräfte ausreichend gut unterstützt?
- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein | ☐ Zum Teil |
| ☐ Keine Angabe | | |

4.7 Hatten Sie erhöhte private Belastungen in der Zeit der Pandemie bei/durch: [Mehrfachnennung möglich]

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Mangelnde Kinderbetreuungsmöglichkeiten | ☐ Home-Schooling | ☐ Erschwerte Bedingungen bei der Pflege eigener Angehöriger |
| ☐ Weitere berufliche Tätigkeit | ☐ Fehlender Ausgleich nach Dienstende | ☐ Risikopatient*in als Familienmitglied |
| ☐ Sterbefall | ☐ Weiteres | ☐ Keine |

4.8 Weiteres:

- 4.9 Haben Sie den Eindruck, dass Sie sich während der Pandemie aus dem sozialen Leben zurückgezogen haben?
- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein | ☐ Keine Angabe |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|

- 4.10 Haben Sie selbst unter pandemiebedingten gesundheitlichen Einschränkungen gelitten (z. B. Allergien, Asthma)?
- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein | ☐ Keine Angabe |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|

4. Mitarbeiter*innen [Fortsetzung]

4.11 Wenn ja, welche?

4.12 Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Arbeitsteam vor der Pandemie?

Keine gute Zusammenarbeit

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sehr gute Zusammenarbeit

☐ Kann ich nicht beurteilen

4.13 Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Arbeitsteam während der Pandemie?

Keine gute Zusammenarbeit

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sehr gute Zusammenarbeit

☐ Kann ich nicht beurteilen

Entlastungen

4.14 Gab es konkrete Angebote zur Entlastung durch die Organisation? [Mehrfachnennung möglich]

☐ Mehr Pausen/neue Pausenregelungen

☐ Veränderte Dienstzeiten

☐ Gesprächsangebote

☐ Spezifische Fortbildungsmöglichkeiten

☐ Supervisionsangebote

☐ Zusätzliche Angebote von Essen und Trinken während der Schicht zur eigenen Verwendung (z.B. Pausen-Snack)

☐ Home-Office Möglichkeiten

☐ Unterstützung der Kinderbetreuung

☐ Teamorientierte Maßnahmen (Bsp. digitaler Austausch nach Dienstende)

☐ Gemeinsame Musik- und Tanz-Challenges

☐ Seelsorge

☐ Entspannungsangebote

☐ Digitale Sportangebote

☐ Weitere

☐ Keine

4.15 Weitere:

4.16 Welche betriebliche Zuwendung/Gratifikation haben Sie erhalten/gab es für Sie? [Mehrfachnennung möglich]

☐ Einmal-/Bonuszahlungen

☐ Zulagen

☐ Gutscheine (bspw. Massage)

☐ Zusätzliche Urlaubstage

☐ Kürzere Dienstzeiten bei vollem Lohnausgleich

☐ Dienstfahrzeuge (Fahrräder, Auto)

☐ Zuschüsse zu Kleidung oder Ernährung

☐ Zuschüsse zur digitalen Ausstattung

☐ Andere

☐ Keine

4.17 Andere:

Gesellschaftliche Anerkennung

4. Mitarbeiter*innen [Fortsetzung]

4.18 Fühlen Sie sich gesellschaftlich wahrgenommen und anerkannt in Ihrer Arbeit? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Angabe

4.19 Bitte erläutern Sie Ihren Eindruck!

5. Arbeitsorganisation und Digitalisierung

Mitarbeiter*innen

5.1 Hat sich die Arbeitsorganisation in der Pflege während der Pandemie deutlich verändert? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Kann ich nicht beurteilen

5.2 Falls ja, bitte beschreiben Sie kurz, welche Veränderungen stattgefunden haben.

5.3 Haben während der Pandemie mehr oder weniger Arbeitsbesprechungen stattgefunden?

Mehr Besprechungen

☐

☐

☐

☐

☐

Weniger Besprechungen

☐

Kann ich nicht beurteilen

5.4 Nutzen Sie digitale Medien in Ihren Arbeitsprozessen? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Angabe

5.5 Zu welchem Datenverarbeitungsgerät haben Sie während der Dienstzeit kontinuierlich Zugang? [Mehrfachnennung möglich]

- ☐ Standgerät/
fest installierter Computer

☐ Laptop

☐ Tablet
- ☐ Dienst-Handy/Smartphone

☐ Keines davon

5.6 Was gehört zur Ausstattung des am häufigsten genutzten Geräts? [Mehrfachnennung möglich]

- ☐ WLAN Verbindung

☐ Audio-Ausstattung

☐ Video-Ausstattung
- ☐ Eigene Arbeitsräume
z. B. zum surfen

☐ Eigene Zugänge mit Passwort

☐ Weiß ich nicht

5.7 Gibt es digitale Angebote zur Unterstützung des Home-Office? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Kein Home-Office möglich

5.8 Haben Sie bereits an Fortbildungen zum Gebrauch von digitalen Medien teilgenommen? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Angabe

5.9 Tauschen Sie sich mit einigen Ihrer Kollegen dienstlich über soziale Medien (bspw. WhatsApp Gruppen) aus? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Angabe

5.10 Ermöglichen Sie aktiv die digitale Kommunikation zwischen Bewohner*innen/Kund*innen und Angehörigen/nahestehenden Menschen durch personelle Ressourcen (z. B. die Alltagsbegleitung)?

- ☐ Ja

☐ Nein

☐ Keine Angabe

5.11 Ermöglichen Sie aktiv die digitale Kommunikation zwischen Bewohner*innen/Kund*innen und Angehörigen/nahestehenden Menschen durch digitale Endgeräte Ihrer Einrichtung/Ihres Trägers?

- ☐ Ja

☐ Nein

☐ Keine Angabe

Angehörige und Bewohner*innen

5. Arbeitsorganisation und Digitalisierung [Fortsetzung]

5.12 Nutzen Sie digitale Möglichkeiten, sich mit Angehörigen auszutauschen? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Angabe

5.13 Wenn ja, wie tauschen Sie sich aus?

5.14 Bitte schätzen Sie, wie viele Bewohner*innen/Kund*innen über digitale Medien verfügen (bspw. Smartphone, Tablet)?

Kein Bewohner*in/Kund*in	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Alle Bewohner*innen/Kund*innen	☐	Kann ich nicht einschätzen
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------------

Organisation

5.15 Sind Sie mit der Gestaltung/den Optionen der Website Ihrer Einrichtung im Gesamteindruck zufrieden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Kann ich nicht beurteilen

5.16 Gibt es Fachexpert*innen für die digitale Entwicklung in Ihrer Einrichtung? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

5.17 Wenn ja, ist es eine ☐ externe Person ☐ interne Person

5.18 Haben Sie konkrete Unterstützungswünsche für den Bereich Digitalisierung?

6. Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen

Örtliches Gesundheitsamt / Landratsamt / Ordnungsamt

6.1 Haben sie während der Pandemie eine gute Zusammenarbeit gehabt? [Mehrfachnennung möglich]

☐ Ja, schon in der 1. Welle (ab März '20)	☐ Ja, aber erst in der 2. Welle (ab Sept.'20)	☐ Ja, es gab durchgehend eine gute Kooperation
--	--	---

☐ Nein, auch im Fortgang der Pandemie nicht	☐ Nein, bis jetzt ist die Kooperation nicht zufriedenstellend	☐ Kann ich nicht beurteilen
--	--	--

6.2 Gab es ausreichend Unterstützung? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Kann ich nicht beurteilen

6.3 Mit welchen Faktoren begründen Sie diese Erfahrung?

Qualitäts- und Sicherungseinrichtungen (MDK und Heimaufsicht)

6. Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen

[Fortsetzung]

6.4 Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit während der Pandemie (in Schulnoten)? 1 (Sehr gut) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 6 (Ungenügend) ☐ Kann ich nicht beurteilen

6.5 Kam eine neue Form der Kooperation im Verlauf der Pandemie zustande (z. B. Fortbildungen)? [Mehrfachnennung möglich]

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Ja, schon in der 1. Welle (ab März '20) | ☐ Ja, aber erst in der 2. Welle (ab Sept. '20) | ☐ Ja, es gab durchgehend eine gute Kooperation |
| ☐ Nein, auch im Fortgang der Pandemie nicht | ☐ Nein, bis jetzt ist keine Kooperation zustande gekommen | ☐ Weiß ich nicht |

Hausarzt*innen

6.6 War die Zusammenarbeit mit den Hausarzt*innen während der Pandemie zufriedenstellend? [Mehrfachnennung möglich]

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Ja, durchgehend seit Beginn der Pandemie (ab März '20) | ☐ Ja, aber erst im Laufe der Pandemie (ab Sept. '20) | ☐ Nein, auch im Fortgang der Pandemie nicht |
| ☐ Nein, bis jetzt ist die Kooperation nicht zufriedenstellend | ☐ Keine Veränderung | ☐ Kann ich nicht beurteilen |

6.7 Mit welchen Faktoren begründen Sie diese Erfahrung?

Facharzt*innen

6.8 War die Zusammenarbeit zufriedenstellend? [Mehrfachnennung möglich]

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Ja, durchgehend seit Beginn der Pandemie (ab März '20) | ☐ Ja, aber erst im Laufe der Pandemie (ab Sept. '20) | ☐ Nein, auch im Fortgang der Pandemie nicht |
| ☐ Nein, bis jetzt ist die Kooperation nicht zufriedenstellend | ☐ Keine Veränderung | ☐ Kann ich nicht beurteilen |

6.9 Wurde die notwendige Versorgung gewährleistet? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

6.10 Wenn nein, beschreiben Sie bitte kurz Ihre Erfahrungen!

Externe Dienstleister

6.11 Mit wem war die Zusammenarbeit während der Pandemie zufriedenstellend? [Mehrfachnennung möglich]

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| ☐ Friseur | ☐ Physiotherapie | ☐ Fußpflege |
| ☐ Krankengymnastik | ☐ Ergotherapie | ☐ Logopäde |
| ☐ Podologe | ☐ Seelsorge | ☐ Weitere |
| ☐ Keine Angabe | | |

6. Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen

[Fortsetzung]

6.12 Weitere:

6.13 Gab es Hürden in der Zusammenarbeit? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

6.14 Wenn ja, welche?

6.15 Haben Sie eine verstärkte und/oder neue Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen in Ihrer Region eingeleitet, um die Krise zu bewältigen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

6.16 Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz Ihre Erfahrungen!

7. Testungen und Impfungen

Testungen und Teststrategie

7.1 Wie oft werden die Mitarbeiter*innen Ihrer Einrichtung in dieser Woche getestet?

☐ mindestens 1 mal ☐ mindestens 3 mal ☐ täglich
☐ Weiß ich nicht

7.2 Wie oft werden die Bewohner*innen Ihrer Einrichtung diese Woche getestet? min-

☐ destens 1 mal ☐ mindestens 3 mal ☐ täglich
☐ Weiß ich nicht

7.3 Beanspruchten Sie seit Januar 2021 personelle Unterstützung von außen (z. B. Bundeswehr, Freiwillige) zur Durchführung der Testungen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

7.4 Wenn ja, geben Sie bitte die Anzahl der Personen an (ab 4 Stunden pro Einsatz in der Einrichtung), die sie unterstützen:

☐ 1-3 Personen ☐ 4-6 Personen ☐ mehr als 6 Personen

7.5 Wenn nein, wie wird die Aufgabe der Testungen personell umgesetzt (z. B. mit Mitarbeitenden aus anderen Bereichen)?

7.6 Wie viele Schnelltests bevorraten Sie in Ihrer Einrichtung?

☐ < 1000 Stk. ☐ 1001-2500 Stk. ☐ 2501-5000 Stk.
☐ 5001-7500 Stk. ☐ > 7500 Stk. ☐ Weiß ich nicht**Impfungen**

7. Testungen und Impfungen [Fortsetzung]

7.7 Gibt es aktuell Probleme bei der Umsetzung der Impfstrategie?

☐ Ja☐ Nein☐ Noch keine Erfahrungen

7.8 Wenn ja, bitte erläutern Sie diese kurz!

8. Schutzmaterialien und Hygienekonzept8.1 Welche Schutzmaterialien sind aktuell nicht ausreichend in Ihrer Einrichtung vorhanden?

[Mehrfachnennung möglich]

☐ Desinfektionsmittel☐ Masken (MNS/FFP2)☐ Schutzkittel☐ Handschuhe☐ Schutzbrillen☐ Keine

8.2 Sind die Preise der Schutzmaterialien auf dem üblichen Preisniveau?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht beurteilen

8.3 Wenn nein, welche Produkte weichen stark von den üblichen Preisen ab? [Mehrfachnennung möglich]

☐ Desinfektionsmittel☐ Masken (MNS/FFP2)☐ Schutzkittel☐ Handschuhe☐ Schutzbrillen**Lagerkapazitäten und Bestellungen**

8.4 Verfügen Sie generell über ausreichend Lagerkapazitäten?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht beurteilen

8.5 Wie groß ist die Bevorratung der Schutzmaterialien in Ihrer Einrichtung?

☐ 1 Monatsbedarf☐ 2 Monatsbedarfe☐ 3 Monatsbedarfe☐ Mehr als 3 Monatsbedarfe☐ Weiß ich nicht

8.6 Wer gibt die Bestellungen der Schutzmaterialien für Ihre Einrichtung auf?

☐ Mitarbeiter*in meiner Einrichtung☐ Mitarbeiter*in unseres Trägers☐ Lokaler Bestellverbund mehrerer Einrichtungen☐ Weiß ich nicht**Umsetzung Hygienekonzepte**

8.7 Wodurch kommt es zu Problemen bei der Umsetzung der geforderten Hygienemaßnahmen des Infektionsschutzes? [Mehrfachnennung möglich]

☐ Bauliche Gegebenheiten☐ Trennung von Wohnbereichen☐ Bestand von Sachgütern☐ Personelle Auslastung☐ Personelle Qualifikation☐ Weitere☐ Keine Probleme bekannt

8.8 Weitere:

9. Umgang mit Verordnungen und Handreichungen (nur für Führungskräfte)

9. Umgang mit Verordnungen und Handreichungen (nur für Führungskräfte)

[Fortsetzung]

9.1 An welchen aktuellen Verordnungen/Handreichungen können Sie sich aktuell gut orientieren?
[Mehrfachnennung möglich]

☐ Berufsgenossenschaft☐ BWKG☐ Heimaufsicht☐ Ministerien☐ Robert-Koch-Institut☐ Träger☐ Verband☐ Andere

9.2 Andere:

9.3 Hatten Sie den Eindruck, dass Verordnungen/Handreichungen widersprüchliche Informationen beinhalten?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht beurteilen

9.4 Fühlen Sie sich im Umgang mit den Verordnungen/Handreichungen durch den Trägerverband ausreichend unterstützt?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht beurteilen

9.5 Haben Sie den Eindruck, dass es für Sie schwierig ist nachzuvollziehen, ob Sie über die bestehenden Verordnungen tagesaktuell ausreichend informiert sind?

☐ Ja☐ Nein☐ Kann ich nicht beurteilen

9.6 Wenn ja, erläutern Sie bitte inwiefern!

9.7 Was würde Sie in der Umsetzung von Verordnungen/Handreichungen gut unterstützen?
[Mehrfachnennung möglich]

☐ Zusammenfassungen☐ Merkblätter☐ Veränderungsübersichten☐ Schulungsfolien☐ Flyer☐ Videos☐ Ideen anderer Einrichtungen☐ Andere Unterstützungen

9.8 Andere Unterstützungen:

9.9 Wie viel Zeit benötigen Sie durchschnittlich für die Umsetzung neuer Maßnahmen?

☐ 1-3 Tage☐ 4-6 Tage☐ 7-14 Tage☐ Kann ich nicht einschätzen

9.10 Haben Sie Verbesserungswünsche zum Umgang mit Verordnungen/Handreichungen?

10. Presse

10.1 Fühlten Sie sich vor der Pandemie fair von der Presse dargestellt?

Nein,
überhaupt
nicht

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ja, voll
und ganz

☐ Kann ich
nicht be-
urteilen

10.2 Fühlen Sie sich während der Pandemie in der Presse fair dargestellt?

Nein,
überhaupt
nicht

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ja, voll
und ganz

☐ Kann ich
nicht be-
urteilen

10.3 Bitte erläutern Sie Ihre Sicht. Haben Sie Wünsche an die Zusammenarbeit mit der Presse?

11. Wünsche und Anregungen

11.1 "Aus der Krise lernen" ist eine häufige Forderung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Was glauben Sie, sollten Ihre Einrichtung und/oder die Gesellschaft allgemein mitnehmen und verändern?

11.2 Welche Unterstützung wünschen Sie sich für die nahe Zukunft von Ihrem Träger/politischen Funktionsträgern (bspw. Ministerien) oder anderen Akteuren?

11.3 Möchten Sie uns weitere Anregungen mitgeben?

Vielen Dank für die Teilnahme!

Bei Fragen oder Interesse an einem zusätzlichen Interview können Sie sich gerne per Mail an uns wenden:
Studie-Langzeitpflege-BaWue-2020@hs-esslingen.de