Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona- Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn?

Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften

Von:

Dr. Kira Isabel Hower,

PD. Dr. Timo-Kolja Pförtner,

Univ. Prof. Dr. Holger Pfaff

Im Mai 2020

Universität zu Köln

Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Eupener Straße 129
D-50933 Köln
Postanschrift: D-50924 Köln

Zusammenfassung: Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona – Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? - Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften

Angesichts der dynamischen Entwicklungen und Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie für die Versorgung der Risikogruppe pflegebedürftiger Menschen geraten Pflegeeinrichtungen zunehmend in das Blickfeld der Medien. Doch wie sehen die Leitungskräfte von Pflegeeinrichtungen die Herausforderungen? Inwiefern werden sie durch die Herausforderungen belastet? Handelt es sich bei der Corona-Situation nur um die Fortsetzung des „normalen Wahnsinns“, der bereits vor der Corona-Zeit gegeben war, oder steuert das System durch die Zusatzbelastung Corona einem drohenden Kollaps entgegen?

Die Studie greift spezielle, aber auch generelle Herausforderungen und Belastungen für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte in Zeiten der COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie auf.

Die Fragestellungen fokussieren auf:

- die Herausforderungen und Belastungen in Pflegeeinrichtungen generell und im Zuge der COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie
- Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung der generellen und pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen.

Befragt wurden Leitungskräfte aus ambulanten Pflege- und Hospizdiensten sowie stationären Pflegeinrichtungen und Hospizen. Die Kontaktinformationen (E-Mail-Adressen) der Einrichtungen wurden über frei zugängliche Datenregister im Internet bezogen. Von insgesamt 4.333 angeschriebenen Pflegeeinrichtungen standen vollständige Informationen von 525 Leitungspersonen für die Auswertungen zur Verfügung (Teilnahmequote: 12 %).

Die Ergebnisse der Studie können kurz wie folgt zusammengefasst werden:
Bei den befragten Leitungskräften zählt die Sorge vor Covid-19-Infektionen von Pflegebedürftigen und Mitarbeiter*innen zu den größten Herausforderungen und Belastungen. Neben der generellen Sorge um das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen und der Mitarbeiter*innen, bestehen Unsicherheiten dahingehend, welche Maßnahmen zu ergreifen sind oder ergriffen werden, wenn Corona-Fälle auftreten. Unter den befragten Leitungskräften besteht z. B. Unklarheit darüber, ob in solchen Fällen eine Schließung des Dienstes droht. Zudem zeichnet sich im Zuge der Pandemie eine Intensivierung der Arbeitsdichte ab, z. B. aufgrund von Aufklärungsarbeit oder fehlender Unterstützung durch Angehörige, die durch das gesamte Pflegepersonal aufgefangen werden muss. Auch die Beschaffung und der Verbrauch von Schutzausrüstung, die Einhaltung von Hygienevorschriften, die Widersprüchlichkeit und Intransparenz arbeitswichtiger Informationen und Richtlinien und Einnahmeausfälle zählen laut der befragten Leitungskräfte zu den stärksten Herausforderungen und Belastungen. Diese Situation geht nicht spurlos an den Leitungskräften vorüber. Diese nehmen eine Verschlechterung ihres allgemeinen Gesundheitszustands wahr und erschienen häufiger krank bei der Arbeit.

Viele der Befragten berichten, finanzielle Hilfsmittel in Anspruch genommen zu haben. Strukturelle Maßnahmen, die Stärkung des sozialen Zusammenhalts sowie die Aufklärung von Mitarbeitenden, Pflegebedürftigen und Angehörigen wurden als zusätzliche Strategie genannt, um den Herausforderungen zu begegnen. Bezüglich der Frage, ob sich das pflegerische Versorgungssystem in Deutschland bereits vor der Pandemie an der Belastungsgrenze befand, verdeutlichen die Ergebnisse einen zusätzlichen Anstieg der Herausforderungen und veranschaulichen pandemiebedingte Belastungen.

Ergebnisbericht

1. Hintergrund 1
1.2 Herausforderungen 1
1.3 Belastungen 2
1.4 Lösungsstrategien 2
2. Zielsetzung und Fragestellungen 3
3. Methode 3
3.1 Datenerhebung 3
3.2 Verwendung der Ergebnisse 4
4. Ergebnisse 5
4.1 Stichprobenverteilung 5
4.2 Pandemiebedingte Herausforderungen und Belastungen 7
4.3 Allgemeine Herausforderungen und Belastungen unter Berücksichtigung möglicher Mehrbelastungen im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie 13
4.4 Auswirkungen und Bewältigbarkeit der Pandemie 26
4.5 Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung der pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen 29
5. Fazit und Ausblick 37

1. Hintergrund

Das Thema COVID-19/SARS-CoV-2 ist derzeit in aller Munde. Angesichts der dynamischen Entwicklungen und Folgen für die Versorgung der Risikogruppe pflegebedürftiger Menschen geraten Pflegeeinrichtungen zunehmend in das Blickfeld der Medien. Infektions- und Sterberaten sowie die Einhaltung von strengen Regelungen zu Besuchszeiten oder mangelnder Infektionsschutz stehen dabei oft im Fokus. Doch wie sehen die Leitungskräfte von Pflegeeinrichtungen die Herausforderungen? Inwiefern werden sie durch die Herausforderungen belastet? Handelt es sich bei der Corona-Situation nur um die Fortsetzung des – wie es oft heißt - "normalen Wahnsinns", der bereits vor der Corona-Zeit gegeben war, oder steuert das System durch die Zusatzbelastung Corona einem drohenden Kollaps entgegen?

1.2 Herausforderungen

Die derzeitige Corona-Pandemie stellt die stationäre und ambulante Pflege vor enorme Herausforderungen. Diese bestehen insbesondere in der Erbringung einer gesicherten und bedarfsgerechten Versorgung vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen und Maßnahmen zur Reduzierung sozialer Kontakte. Gleichzeitig gilt es, die pflegebedürftigen Menschen und sich selbst bestmöglich vor dem SARS-CoV-2-Virus zu schützen.

Die Situation in den deutschlandweit rund 14.400 stationären Pflegeeinrichtungen und 230 Hospizen[1] hat sich seit Ausbruch der COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie verändert. Besuchsverbote, Isolierung und Separation von SARS-CoV-2-Infizierten, Kontaktverbot zwischen den Bewohner*innen und abgesagte Veranstaltungen sind nur einige Beispiele von Veränderungen, die den Alltag in den Heimen bestimmen. Gleiches gilt für die rund 14.000 ambulanten Pflegedienste und 1.500 ambulanten Hospizdienste[2]. Dienstbesprechungen per Telefon, Medikamentenablage vor der Haustür, Corona-Vorsorge aus nächster Nähe sowie Hygiene- und Abstandspflicht beschreiben hier einige der weitgreifenden Veränderungen des pflegerischen Alltags in den Diensten[3]. Zudem werden oft auch Leistungen, wie z. B. Tagespflege, Betreuungsdienste oder ambulante Sterbebegleitungen, aus verschiedenen Gründen nicht mehr angeboten.

Damit einher geht eine Reihe von zusätzlichen Herausforderungen, in bisher unbekanntem Ausmaß, für die ohnehin von Fachkräftemangel betroffenen Pflegeeinrichtungen. Inwieweit in der derzeitigen Situation trotz zusätzlicher Herausforderungen die Versorgung pflegebedürftiger Menschen gesichert und patientenorientiert erbracht werden kann und auf welche Bewältigungsstrategien Pflegeeinrichtungen setzen, kann bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht umfassend beantwortet werden. Erste Meldungen aus den Medien zeigen, dass Pflegekräfte in Deutschland in Folge der zusätzlichen Herausforderungen unter erheblichen Kraftanstrengungen die Versorgung der rund vier Millionen Pflegebedürftigen sicherstellen. Sie zeigen auch, dass Pflegeeinrichtungen mit pandemiebedingten Mehraufwänden zu kämpfen haben[4].

---

[1] Destatis - Pflegestatistik 2017, Seite 21, 31
[2] Destatis - Pflegestatistik 2017, Seite 21, 31
[3] https://www.tagesschau.de/inland/corona-pflege-103.html
[4] https://www.spiegel.de/politik/deutschland/corona-krise-in-der-pflege-irgendwann-ist-die-grenze-erreicht-a-65cc3116-a9de-49d5-a076-9701381e252d

1.3 Belastungen

Dass der Pflegeberuf generell von erheblichen Belastungen gekennzeichnet ist, scheint unbestritten.[5] Diese ergeben sich aus dem Missverhältnis zwischen a) Fachkräfteangebot und Fachkräftebedarf, b) individueller Leistungsverausgabung und -entlohnung sowie c) organisationalem Aufwand und organisationalen Ressourcen. Die Auswirkungen dieser Missverhältnisse münden in einem fortwährend hohen Belastungsempfinden, berufsbedingten Erkrankungen der Pflegekräfte und einem frühzeitigen Berufsausstieg[6]. Die Belastung und geringe Honorierung der Einzelnen potenziert sich im Zuge steigender Zahlen von Pflegebedürftigen und zunehmender Arbeitsverdichtung zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem, da die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Versorgungssystems bereits an seine Grenzen gekommen ist. Ein Indiz dafür ist, dass Deutschland im internationalen Vergleich das Schlusslicht in Bezug auf die Relation zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen bildet.[7]

Unsere These ist: Pflegeeinrichtungen befanden sich in Deutschland bereits vor dem Ausbruch der COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie in einem besonderen Belastungszustand, wenn nicht gar Notstand. Damit stellt sich die Frage, wie die derart belasteten stationären und ambulanten Einrichtungen die Versorgungsqualität generell aufrechterhalten können, ob durch Corona Zusatzbelastungen auf die Einrichtungen zukommen und wie sie diese Zusatzbelastungen organisational bewältigen.

1.4 Politische Maßnahmen

Im Zuge der COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie wurden bereits erste Maßnahmen ergriffen, um die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Versorgungssystems aufrechtzuerhalten. Durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (§ 150 SGB XI) bietet sich Pflegeeinrichtungen eine Strategie, pandemiebedingte Mehraufwände bei den Pflegekassen unbürokratisch geltend zu machen (z. B. durch den Pflege-Rettungsschirm). Gleichzeitig wurde eine vorübergehende Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenze veranlasst, die zwar eine Entlastung für die Pflegenden erbringen kann, aber die bedarfsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen einschränkt. Die Diskussion um Sonderprämien für Beschäftige in versorgungs- und systemrelevanten Bereichen soll zudem zur Honorierung der Pflegekräfte durch die im Zuge der Pandemie entstandenen Zusatzbelastungen beitragen.

Deutlich wird, dass diese politischen Maßnahmen darauf abzielen, kurzfristig einem „Systemkollaps“ entgegenzuwirken. Inwieweit dies gelingt und ausreicht, ist bisher unklar. Die generellen Herausforderungen und Belastungen in Pflegeeinrichtungen verdeutlichen jedoch, dass es zur Aufrechterhaltung des Versorgungssystems nicht nur kurzfristiger Hilfsmaßnahmen, sondern langfristiger Strategien bedarf.

---

[5] Günther, L. (2015). Psychische Belastungen in Pflegeberufen. Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung durch die Betriebliche Sozialarbeit. GRIN Verlag.

[6] Höhmann, U., Lautenschläger, M. & Schwarz, L. (2016). Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S. & Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2016 - Die Pflegenden im Fokus. Schattauer: Stuttgart, 73-89.

[7] Aiken LH, Sermeus W, van den Heede K et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. British Medical Journal 2012; 344: e1717.

2. Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Herausforderungen und Belastungen, die sich aus der Sicht der Leitungskräfte von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegekräften in Zeiten der COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie ergeben, zu erfassen. Das zweite Ziel ist es, der Frage nachzugehen, ob diese Belastung über das hinausgeht, was unter „Normalbedingungen“ (vor COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie) gegeben ist. Das dritte Ziel ist es, die Strategien und Maßnahmen zu erfassen, mit denen Pflegeeinrichtungen den allgemeinen und pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen begegnen.

Mit der Untersuchung gehen wir den Fragen nach,

- wie hoch die Herausforderungen und Belastungen in Pflegeeinrichtungen generell sind,
- wie hoch sie in der COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie sind und
- welche Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung der generellen und pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen von den Einrichtungen angewandt werden.

3. Methode

3.1 Datenerhebung

Befragt wurden Leitungskräfte aus ambulanten Pflege- und Hospizdiensten sowie stationären Pflegeinrichtungen und Hospizen. Die Kontaktinformationen (E-Mail-Adressen) der Einrichtungen wurden über ein frei zugängliches Datenregister im Internet bezogen. Die Anzahl per E-Mail kontaktierter Einrichtungen beläuft sich auf 4.330.

Die Abfrage der Befragungsinhalte stützt sich auf bestehende Fragen aus dem Bestand einer institutseigenen Skalendatenbank sowie eigens entwickelte Fragen. Zusätzlich konnten die Teilnehmer*innen in offenen Kommentarfeldern freie Angaben zu bestimmten Themenbereichen machen. Die Befragung erfolgte im Zeitraum vom 07.04. bis 25.04.2020 über das Onlineumfragetool „Lime-Survey“, welches mittels individualisierten Zugangs ausschließlich auf dem universitätseigenen Server arbeitet.

In der Einladungs-E-Mail an die potenziellen Teilnehmer*innen wurde über die Inhalte, Ziele und den Ablauf der Befragung informiert. Mittels eines für jede*n angeschriebene*n Teilnehmer*in erstellten Link gelangten diese zur Befragung, die durch eine Bestätigung der Einwilligungserklärung zur Teilnahme aktiviert wurde. Grundlage der Einwilligungserklärung bildete das Formular „Informationen zur Teilnahme an der Befragung“, welches umfassende Informationen über die Studie und den Datenschutz beinhaltete. Im Abstand von je einer Woche wurden die angeschriebenen Personen nach der sogenannten Dillman-Methode insgesamt zweimal per Mail samt Link an die Befragung erinnert.

3.2 Verwendung der Ergebnisse

Die Erhebung, Speicherung und Auswertung der mit der Onlinebefragung erhobenen Daten fand in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der EU-DSGVO statt. Dies erfolgte pseudonymisiert unter Verwendung einer Buchstaben- und Zahlenkombination (Einrichtungscode) anstelle von Kontaktdaten zur Einrichtung oder zur Person. Es existierte eine Pseudonymisierungsliste, die die E-Mail-Adresse der Pflegeeinrichtung mit den Einrichtungscodes verband. Dies war notwendig, um sicherzustellen, dass jede angeschriebene Leitungskraft die Befragung nur einmal durchführt. Die Liste war auf passwortgeschützten Servern im Institut für Medizinsoziologie, Rehabilitationswissenschaft und Versorgungsforschung der Universität zu Köln hinterlegt und war lediglich dem Projektteam zugänglich. Innerhalb von sechs Wochen nach zweimaliger Erinnerung wurde die Pseudonymisierungsliste unabhängig von der Teilnahme der Befragten, unmittelbar, jedoch spätestens nach Zusammenführung der Ergebnisse, unwiderruflich gelöscht. Alle im Fragebogen erhobenen Daten zu den Pflegeeinrichtungen und Personen waren fortan anonymisiert. Dem Projektteam war es daraufhin nicht mehr möglich, die mit dem Fragebogen erhobenen Daten mit den Kontaktdaten zur Pflegeeinrichtung bzw. zur Person in Verbindung zu bringen.

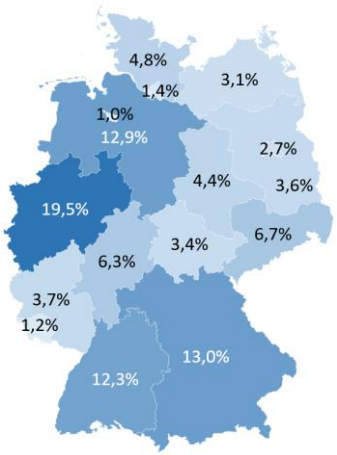
4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenverteilung

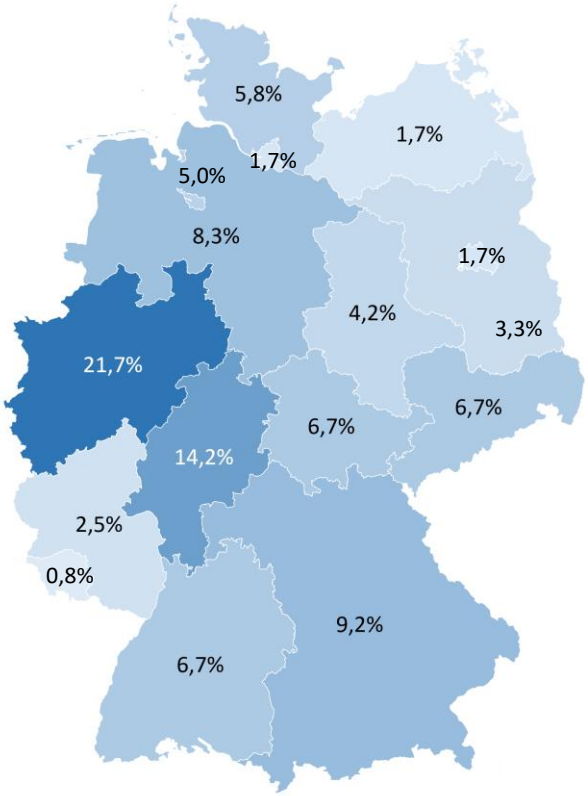
Von insgesamt 4.333 angeschriebenen Pflegeeinrichtungen haben 533 den Fragebogen vollständig ausgefüllt und 549 haben die Befragung teilweise ausgefüllt oder abgebrochen. 8 der 533 befragten Leitungspersonen haben der Befragung nicht zugestimmt, so dass sich die der Untersuchung zugrundeliegende Stichprobe auf 525 Leitungspersonen beläuft.

Von den 525 Leitungspersonen arbeiten 20,0% in einer stationären Einrichtung, 3,1% in einem Hospiz, 65,0% in einer ambulanten Einrichtung, 2,9% in einer Einrichtung zum betreuten Wohnen und 4,6% in einer sonstigen Einrichtungsform (insbesondere teilstationäre Einrichtung). Damit überwiegen in der Untersuchungsstichprobe die Angaben aus ambulanten Einrichtungen. Das Verhältnis von ambulanten zu stationären Einrichtungen ist in der Stichprobe der befragten Einrichtungen höher als nach Destatis zu erwarten war.

Die Verteilung stationärer Pflegeeinrichtungen über die Bundesländer in der Untersuchungsstichprobe ähnelt offiziellen Statistiken (siehe Abbildung 1). In der Stichprobe überrepräsentiert sind stationäre Pflegeeinrichtungen aus Hessen, während die Bundesländer Baden-Württemberg und Thüringen mit Bezug auf stationäre Pflegeeinrichtungen unterrepräsentiert sind.



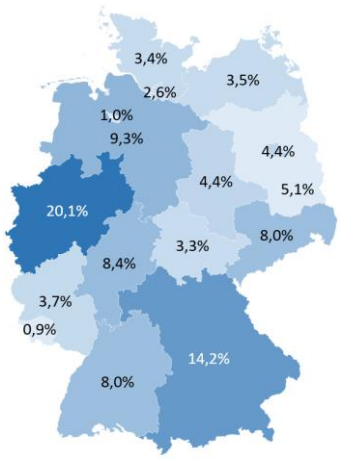
Verteilung stationärer Pflegeeinrichtungen in Deutschland
(Quelle: Destatis 2017)



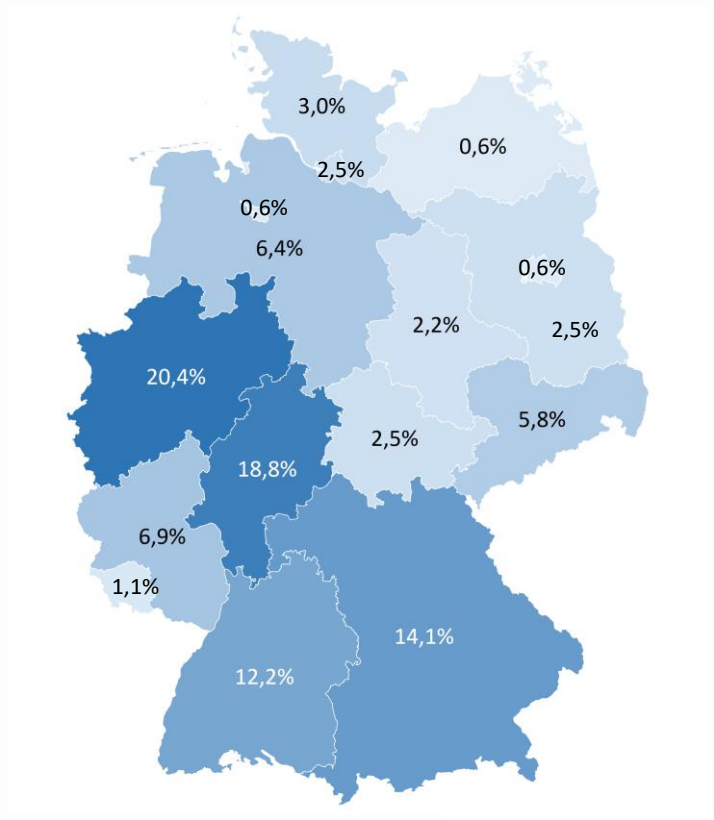
Verteilung stationärer Pflegeeinrichtungen in der Stichprobe

Abbildung 1: Verteilung stationärer Pflegeeinrichtungen in Deutschland und in der Untersuchungsstichprobe
Datenbasis: Online-Leitungsbefragung von 120 Personen aus stationären Pflegeeinrichtungen

Die Verteilung ambulanter Pflegeeinrichtungen in der Untersuchungsstichprobe spiegelt die der Bundesländer weitestgehend wider (Abbildung 2). Leicht überrepräsentiert sind Einrichtungen aus dem Bundesland Hessen, wobei die Einrichtungen aus Mecklenburg-Vorpommern und Berlin im Vergleich zur offiziellen Verteilung laut Destatis unterrepräsentiert sind.



Verteilung ambulanter Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Quelle: Destatis 2017)



Verteilung ambulanter Pflegeeinrichtungen in der Stichprobe

Abbildung 2: Verteilung ambulanter Pflegeeinrichtungen in Deutschland und in der Untersuchungsstichprobe
Datenbasis: Online-Leitungsbefragung von 362 Personen aus ambulanten Pflegeeinrichtungen

In den stationären Einrichtungen werden in der Untersuchungsstichprobe mehrheitlich 1 bis 20 Pflegebedürftige pro Tag versorgt. Im bundesdeutschen Vergleich überwiegen Einrichtungen mit einer Auslastung von 21 bis 40 Pflegebedürftigen pro Tag (Abbildung 3).

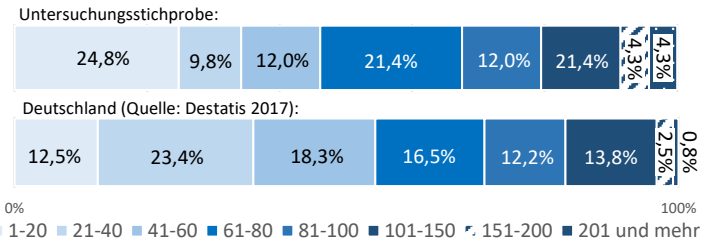


Abbildung 3: Auslastung an Pflegebedürftigen pro Tag in stationären Pflegeeinrichtungen in der Untersuchungsstichprobe und in Deutschland
Datenbasis: Online-Leitungsbefragung von 120 Personen aus stationären Pflegeeinrichtungen

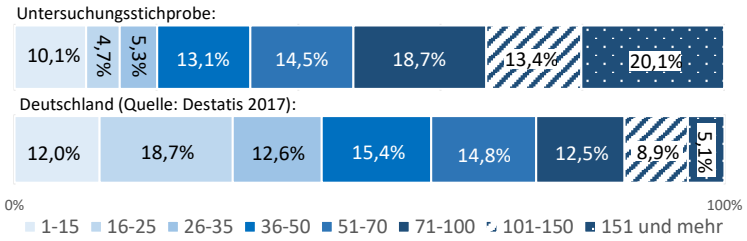


Abbildung 4: Auslastung an Pflegebedürftigen pro Tag in ambulanten Pflegeeinrichtungen in der Untersuchungsstichprobe und in Deutschland
Datenbasis: Online-Leitungsbefragung von 362 Personen aus ambulanten Pflegeeinrichtungen

In ambulanten Einrichtungen ist die Anzahl der pro Tag versorgten Pflegebedürftigen in der Untersuchungsstichprobe mit mehrheitlich über 70 Personen durchschnittlich etwas höher als in der bundesdeutschen Statistik aus dem Jahr 2017, in der es mehrheitlich unter 70 Personen sind (Abbildung 4).

4.2 Pandemiebedingte Herausforderungen und Belastungen

Hinsichtlich der pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen wurden die teilnehmenden Leitungskräfte zunächst gefragt, inwiefern einzelne Herausforderungen in ihrem Fall gegeben waren und - falls sie gegeben waren - wie sehr sie diese als Belastung erleben. Nachfolgend konnten in einem offenen Kommentarfeld weitere Angaben zu pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen gemacht werden. Die Möglichkeit, Freitextangaben zu machen, wurde von den Befragten sehr häufig genutzt. Diese Angaben wurden herangezogen, um die Art und Weise der jeweiligen Herausforderung besser verstehen zu können.

Die Ergebnisse sind in Abbildung 5 dargestellt und werden nachfolgend beschrieben sowie mit Angaben aus den offenen Kommentarfeldern verknüpft.

Frage: „Pflegeeinrichtungen stehen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie vor besonderen Herausforderungen. Bitte bewerten Sie, ob Sie von den nachfolgenden Herausforderungen seit Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie betroffen sind und inwiefern Sie diese als belastend erleben."

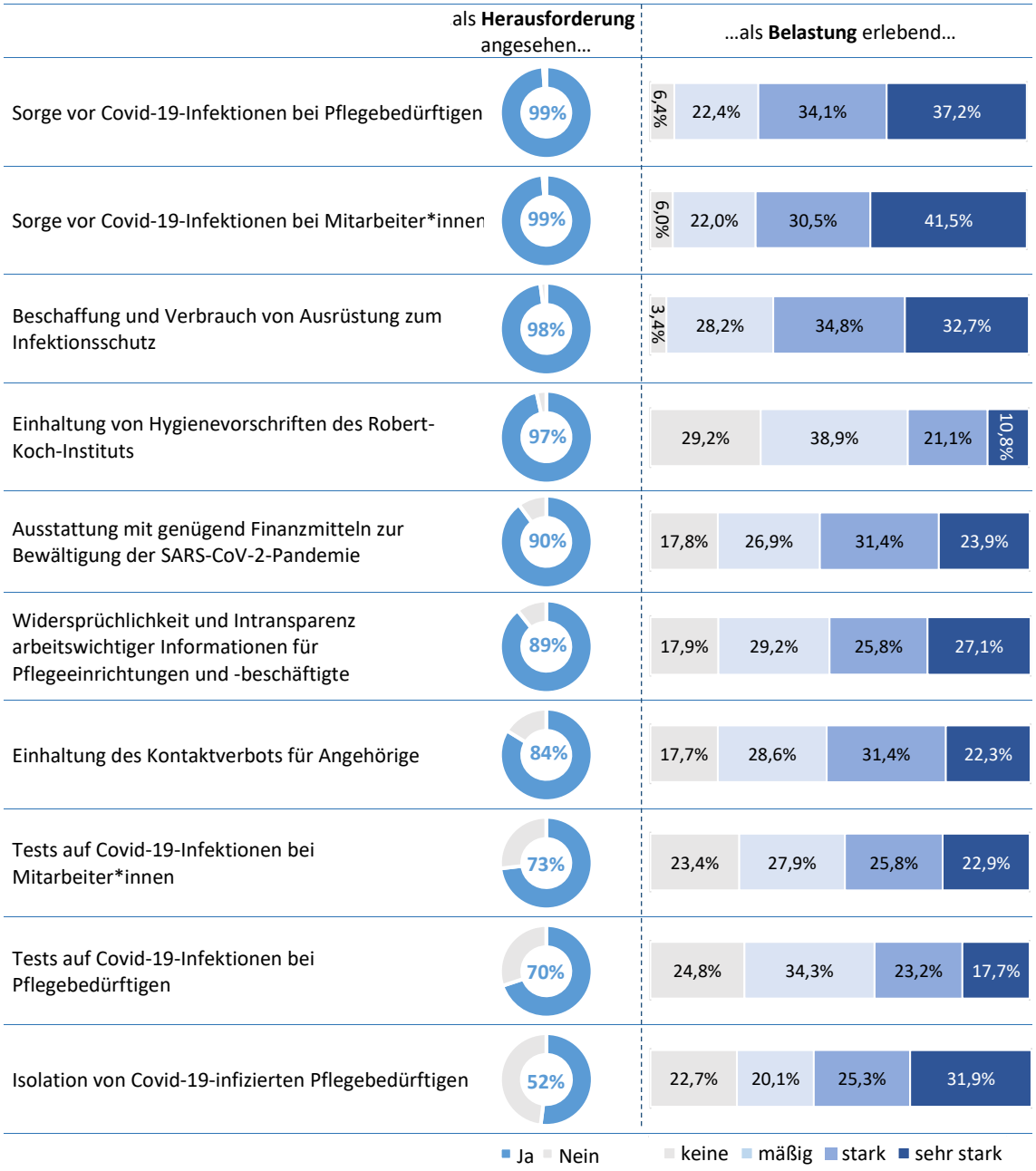


Abbildung 5: Pandemiebedingte Herausforderungen und Belastungen
Datenbasis: Online-Leitungsbefragung von 525 Personen

Die Sorge vor Covid-19-Infektionen bei Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden zählt zu den größten Herausforderungen. Die Sorge vor einer Infektion unter Mitarbeitenden wird als stärkste Belastung wahrgenommen.

Sorge vor Covid-19-Infektionen bei Pflegebedürftigen

Die Ergebnisse zeigen, dass laut der Befragten die Sorge vor Covid-19-Infektionen bei Pflegebedürftigen zu der größten Herausforderung zählt und von mehr als 70% als mindestens stark belastend empfunden wird.

Neben der allgemeinen Sorge um das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen bei bestehender Infektion, äußern die Befragten im Freitext Unsicherheiten hinsichtlich der daran anschließenden Maßnahmen und drohenden Konsequenzen. Während eine Leitungsperson fragt, *„wenn ein Mitarbeiter oder ein Kunde an Covid erkrankt, ist dann das ganze Team in Quarantäne* […]*?“* betont eine andere Leitungsperson die Sorge trotz bestehenden Notfallplänen, *„dass jeder Zeit der Betrieb nicht mehr aufrechterhalten werden kann.“*

Diese von Sorge geprägte Unsicherheit im Umgang mit einer möglichen Infektion von Pflegebedürftigen wird insbesondere in Einrichtungen deutlich, die Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen versorgen. Hierbei besteht beispielsweise „die *Sorge darum, wie im Fall der Fälle* […] *umzugehen ist und wie wir die Bewohner (Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und der Diagnose Autismus) separieren können, ohne dass massive Auto- und Fremdaggressionen auftreten und wir trotzdem möglichst eine Verbreitung der Infektion im Haus zwischen den Bewohnern vermeiden können*“. Eine weitere Leitungsperson betont ihre *„Sorge um einen Krankheitsausbruch bei dementen Menschen mit starken Lauftendenzen. Quarantäne und Hygiene - Wie? Selbst bei einer Isolierstation wird es problematisch*.“

*Sorge vor Covid-19-Infektionen bei Mitarbeiter*innen*

Auch die Sorge vor Covid-19-Infektionen bei Mitarbeiter*innen stellt knapp 99% der befragten Leitungspersonen vor besondere Herausforderungen, die von ca. 70% der Leitungskräfte auch als mindestens stark belastend empfunden wird.

Diese sehr starken Belastungen resultieren unter anderem aus den Konsequenzen, die bei einer Infektion eines*r Mitarbeiters*in drohen. Demnach *„herrscht akute Unklarheit im Falle eines positiv getesteten Mitarbeiters bezüglich der betrieblichen Konsequenzen. Das heißt, Mitarbeiter haben Angst vor der Schließung des Dienstes sowie damit verbunden ihrem Arbeitsplatz.“ „Ich habe täglich die Sorge, dass meine Mitarbeiter in Quarantäne müssen und ich die Kundenversorgung nicht auffangen kann.“*

Mit der Sorge vor einer Ansteckung von Mitarbeitenden einher geht eine verstärkte Aufklärungsarbeit durch die Leitungskräfte. So betont eine Leitungsperson, dass die Informationsaufklärung darüber, *„dass es eine Kontaktsperre gibt und* [diese eingehalten werden] *soll, damit keiner erkrankt, der Betrieb nicht stillgelegt wird und wir unsere Patienten gesund behalten und weiterhin gut versorgen können*“ belastend ist. Eine andere Leitungsperson sieht es als Herausforderung an, *„den Mitarbeitern die Angst vor einer Infektion durch gute Aufklärung über die bisherigen Erkenntnisse über die Erkrankung, sowie die notwendigen, jedoch vorhandenen Schutzausrüstungen und Maßnahmen zu nehmen ohne jedoch auch den Respekt vor der Erkrankung und den Schutzmaßnahmen zu erhalten*.“

Die Sorge vor einer Ansteckung und die Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Schutzmaßnahmen erscheinen insbesondere in den ambulanten Diensten hoch, da *„im Rahmen der Schweigepflicht“* unklar ist, wo *„Infizierte wohnen und Kontaktpersonen wohnen“*, wodurch sich Kontakte mit potenziell Infizierten nicht immer verhindern lassen, bzw. die Gefahr hoch eingeschätzt wird, dass sich Mitarbeiter*innen *„bei den Angehörigen, die teilweise vor Ort sind, anstecken* […] *trotz Maske und Handschuhen*.“ Dabei betrifft die generelle Angst vor einer Ansteckung Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen in gleichem Maße und dies mit Blick auf das daraus resultierende Ansteckungsrisiko für Pflegebedürftige und Angehörige: *„Die Gesamtsituation* [...] *die Angst vor Erkrankungen der Mitarbeiter, aber auch der eigenen Angehörigen*.“ Deutlich wird ein Gewissenskonflikt: *„es gibt die Not von Sterbenden und die Bereitschaft von Helfern, ihnen beizustehen: können wir verantworten, die Helfer zu beauftragen und damit potentiell zu gefährden?“*

Beschaffung und Verbrauch von Ausrüstung zum Infektionsschutz

Die Beschaffung und der Verbrauch von Ausrüstung zum Infektionsschutz werden von ca. 97% der befragten Leitungspersonen als Herausforderung angesehen. Diese empfinden mehr als 60% der Befragten als mindestens stark belastend.

Hierbei wird der Mangel an Schutzausrüstung als besonders belastend empfunden: *„Am schlimmsten ist es, dass wir nicht genügend Schutzausrüstungen haben! Es reicht immer nur für ein paar Tage und wir wissen nie, wann die nächste Lieferung kommt, oder ob überhaupt was kommt. Die Mitarbeiter ungeschützt zu den Patienten zu schicken, die unsere Hilfe aber unbedingt brauchen, das ist fast unerträglich.“* Aus dieser wie auch aus weiteren Aussagen wird deutlich, dass lange Lieferzeiten wie unklare Regelungen zu bestehenden Lieferketten zusätzliche Belastungen darstellen: *„Nichtverfügbarkeit notweniger Schutzbekleidung (FFP2 Masken), keine Informationen über zuverlässige Lieferketten und -zeiten, intransparente Preis- und Verteilregelungen*.“

Nicht nur der Mangel und die lange Lieferzeit für Schutzausrüstung stellen belastende Herausforderungen dar, sondern auch überteuerte und unseriöse Angebote, die die Beschaffung zusätzlich erschweren: *„Preise für Schutzausrüstung explodieren. Der Staat greift nicht ein, überteuerte Angebote zu verbieten. Trotz fehlendem Material können mich Versorgte oder Mitarbeiter verklagen, wenn sie sich mit Corona infizieren.“* Dabei wird insbesondere bemängelt, dass es diesbezüglich keine klare Regelung seitens öffentlicher Stellen gäbe und Schutzausrüstung *„ehrenamtlich organisiert werden muss zusätzlich zur normalen Arbeit*.“

In der letzten Konsequenz führten die bestehenden Engpässe in der Lieferung von Schutzausrüstung zu einer enormen Belastungsprobe seitens der Pflegeeinrichtung und dem Empfinden, diesbezüglich nicht genügend staatliche Unterstützung zu erhalten: *„Das sparsame Tragen von Schutzausrüstungen (weil wir keinen Nachschub bekommen). Das Problem mit der Beschaffung von Schutzausrüstung: entweder es gibt nichts oder nur zu horrenden Preisen, die kein Mensch bezahlen kann und will! Das nennt man dann Fürsorge des Staates*.“

Einhaltung von Hygienevorschriften des Robert-Koch-Instituts

Knapp 97% der befragten Leitungspersonen sehen die Einhaltung von Hygienevorschriften des Robert-Koch-Instituts als eine Herausforderung an, die jedoch mehrheitlich als keine oder nur als mäßige Belastung angesehen wird.

Eine nähere Betrachtung der offenen Angaben zeigt jedoch, dass vor dem Hintergrund mangelnder Schutzausrüstung die Umsetzung der Hygienevorschriften für einige Pflegeeinrichtungen fast unmöglich ist. Eine Leitungsperson beklagt die *„über Wochen*

andauernde und weiterhin zu knappe Beschaffungslage von Schutzausrüstungen (Mund/Nasenschutz, FFP2-Masken, Handschuhe, Schutzkittel, Schutzbrillen)…“ und fragt sich, *„wie die von uns versorgte Klientel, die im besonderen Maß eine vulnerable Gesellschaftsgruppe darstellt, eigentlich adäquat geschützt werden soll, wenn es an einer ausreichenden Versorgung von Schutzausrüstungen fehlt…“* und führt weiterhin an, dass es *„belastend ist hier dann auch die berechtigte Anspruchshaltung bzgl. des Infektionsschutzes des Robert-Koch Instituts und auch der Mitarbeitenden/Angehörigen/Klienten und die Beschaffungsrealität/tatsächlich verfügbaren Schutzmaterialien auf der anderen Seite.“*

Kritisiert wird, dass trotz bestehender Schwierigkeiten die Versorgung erbracht werden solle: *„Besonders prekär finde ich hygienischen "Ausnahmen" für das Pflegepersonal. Zukünftig braucht mir das Hygiene- oder Gesundheitsamt nicht mehr mit übertriebener Hygiene kommen, wenn solche Zustände gerade geduldet werden. Das hinterlässt einen faden Beigeschmack, dass die angeblich so wichtigen Pflegepersonen, die eigentlich nur Menschen dritter Klasse sind.“ „Pflegekräfte fühlen sich wie Kanonenfutter“.*

Wenngleich die Befragten ihr Verständnis hinsichtlich der Hygienevorschriften äußern, stößt den Aussagen zufolge der ambulante Bereich in der Umsetzung dieser an seine Grenzen: *„Strenge Trennung der Versorgung von COVID-19 durch unterschiedliche Teams ist fast nicht zu leisten im ambulanten Dienst; für die Mitarbeitenden ist die Einhaltung der strengen Hygienevorschriften in der Häuslichkeit der Kunden ungleich schwieriger.“ „*[…] *Wir werden also mit Erlassen belastet, die nicht umsetzbar* [sind]*“.* Kritik wird auch dahingehend geäußert, die *„Verantwortung von der Behörde in die Einrichtungen zu verlagern“.*

Ausstattung mit genügend Finanzmitteln zur Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie

Ca. 90% der befragten Leitungspersonen sehen die Ausstattung mit genügend Finanzmitteln als weitere Herausforderung im Zug der SARS-CoV-2-Pandemie an, die von mehr als 50% als mindestens stark belastend empfunden wird.

In den offenen Angaben wird deutlich, dass die Ausstattung mit genügend Finanzmitteln nicht ausreichend erfolgt bzw. nur erschwert in Anspruch genommen werden kann. *„Es werden politisch Zusagen gemacht über hohe Prämienzahlungen, die bisher nicht refinanziert werden. Dies kann zu Unzufriedenheit führen und dadurch reduzier*[t]*e Leistungsbereitschaft.“*

Besonders ambulante Pflegeeinrichtungen und private Träger empfinden hier eine Ungleichbehandlung. *„Dass Wohlfahrtseinrichtungen aus den öffentlichen Förderungen, die sie erhalten, ihren Mitarbeitern Boni zahlen können und wir als privater Träger wieder hoffen müssen, ob es hierfür auch eine Refinanzierung über die Kostenträger gibt.“ „Es können aber keine Gelder aus diesem Finanzierungsbereich in die ambulante Pflege übernommen werden um, z. B. stundenweise Betreuung zu Hause anzubieten, damit Angehörige weiter entlastet sind. Viele Vorschriften gelten nur für die stationären Einrichtungen und die ambulanten werden dabei schnell übersehen oder ignoriert.“*

Gleichwohl wird beklagt, dass Gelder aus Töpfen, die momentan aufgrund von Schließungen nicht in Anspruch genommen werden können, wie der Tagespflege, nicht für pandemiebedingte Mehrausgaben genutzt werden dürften. *„Das die Pflegesachleistungen der jeweiligen Pflegekunden den derzeitig gestiegenen Pflege- und Betreuungsbedarf nicht decken. Der "Topf" der Tagespflegeinrichtung bleibt unangetastet, da diese zurzeit geschlossen sind. Pflegende Angehörige und die wie wir ambulanten Pflegedienste stellt das zusätzlich an die Herausforderung diesen zusätzlichen Bedarf auch noch abzudecken. Mit den gestiegenen Einkäufen für unsere Pflegekunden geht das an die Grenze*.“

Es wird die Hoffnung geäußert, dass *„der Gesellschaft / der Politik klar* [wird], *dass Pflege / Medizin / Gesundheitsversorgung nicht nach gängigen betriebswirtschaftlichen Regeln betrieben werden kann, wenn gleichzeitig im Pandemiefall zusätzliche Ressourcen abverlangt werden.*"

Widersprüchlichkeit und Intransparenz arbeitswichtiger Informationen für Pflegeeinrichtungen und -beschäftigte

Rund 89% der befragten Leitungspersonen sehen in der Widersprüchlichkeit und Intransparenz arbeitswichtiger Informationen eine Herausforderung, die bei mehr als 50% mit einer mindestens starken Belastung einhergeht.

„Informationen von Seiten der Länder, Bund, Kommunen, der Ärzte, Gesundheitsämter sind teils sehr umfassend, verwirrend und gegensätzlich." Die Folgen betreffen das Personal von Pflegeeinrichtungen wie auch die Pflegebedürftigen und deren Angehörige in gleichem Maße, da *„das Einordnen der Informationen aus den verschiedensten Quellen* […]. *Ebenso bei den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die aus verschiedenen Gründen (z. B. Sprachschwierigkeiten) die Informationen aus den Medien nicht verstehen."* Herausfordernd in Bezug auf „[…] *die widersprüchlichen Darstellungen hygienerelevanter Maßnahmen*" sei dann auch *„die entsprechende Argumentation bei Kunden*innen und Angehörigen*", da *„Informationen (auch Fehlinformationen) über die Medien vermittelt werden und nichtzutreffend sind."* Auch berichten die Leitungskräfte von *„falsche*[m] *Medienkonsum von Mitarbeitern",* dem sie mit aufgearbeiteten Informationen begegnen müssten.

Insbesondere für Leitungskräfte besteht die zusätzliche Belastung darin, die ständige Informationsflut verarbeiten zu können und Entscheidungen daraus abzuleiten.

Einhaltung des Kontaktverbots für Angehörige

Die Einhaltung des Kontaktverbots für Angehörige stellt knapp 83% der befragten Pflegeeinrichtungen vor eine Herausforderung, die von mehr als 50% als mindestens stark belastend empfunden wird.

Generell führen Kontaktverbote und Isolation für meist hochbetagte Menschen zu Einsamkeit, Unsicherheit und Angst, vor allem in der aktuellen Situation. Dies gilt insbesondere für demenzerkrankte Menschen. *„Ein großes Problem ist die Wahrung des Abstandes zu Patienten, besonders bei an Demenz Erkrankten oder bei Patienten, die sich in einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder gar im Sterbeprozess befinden. Wir können sie nicht mehr in den Arm nehmen wie vorher*." Eine weitere Belastung, die aus dem Kontaktverbot resultiert, besteht in der Mehrbelastung: *„Unterstützung durch Freunde und Angehörige ist nicht mehr möglich, muss sozusagen durch uns mit übernommen werden".* Aber auch *„Angehörige leiden unter den fehlenden Besuchsmöglichkeiten im Krankenhaus und Altenheim.",* sodass Pflegeeinrichtungen zusätzlich damit konfrontiert sind, dass *„Angehörige die Kontaktverbote nicht einhalten",* auch, wenn hierfür Verständnis geäußert wird.

*Tests auf Covid-19-Infektionen bei Mitarbeiter*innen*

Rund 70% sieht die Testung auf Covid-19-Infektionen bei Mitarbeiter*innen als Herausforderung, die von mehr als 40% als mindestens stark belastend bewertet wird.

Leitungskräfte wünschen sich Tests bei ihren Mitarbeitern*innen, um Sicherheit zu haben, dass diese bei bestehender Infektion keine weiteren Pflegekräfte und Pflegebedürftigen anstecken. Sie bemängeln, dass keine systematische Testung existiert: *„Keine Antikörpertestung des Personals. Würde das bisher gesunde Personal ausgetestet werden, wer vielleicht eine stille Infektion durchgemacht und somit immun gegen Corona wäre, würde auch die Unsicherheit verschwinden*.

Zumindest wären schnellere Testverfahren schon eine große Hilfe, da Mitarbeitende durch Quarantänezeiten sehr lange ausfielen."

Selbst bei bestehenden Verdachtsfällen gäbe es „*keine Tests der Mitarbeiter bei Erkrankung*", was zur „*Sorge bei unseren Intensivpatienten*" führe. Dies sieht auch eine weitere Leitungsperson als Herausforderung an und betont: „*Hauptherausforderung ist die Weigerung der Ärzte bei respiratorischen Symptomen sofort einen Test zu machen (egal ob bei Mitarbeitern oder bei Klienten). Dies belastet uns sowohl psychisch als auch personell stark, da ich jeden mit diesen Symptomen wie einen potenziellen Covid-Fall behandeln muss.*"

Tests auf Covid-19-Infektionen bei Pflegebedürftigen

Auch die Testung von Pflegebedürftigen auf eine Covid-19-Infektion sehen 70% der befragten Leitungspersonen als eine Herausforderung, die 40% als mindestens stark belastend empfinden.

Eine besondere Problematik bestehe in der mangelnden Testung von Pflegebedürftigen, die in der Einrichtung neu bzw. wieder aufgenommen werden: „*Dass die Krankenhäuser bei der Patientenentlassung* […] *Corona-Tests bei den Patienten verweigern, wenn sie keine Symptome haben. Und auch auf uns Druck machen, wenn wir die Aufnahmen ohne Test verweigern. Wir haben überhaupt keinerlei Schutzmittel um die Pflege bei COVID-19 positiven Patienten zu leisten. Diese Ungewissheit bei Aufnahmen aus dem Krankenhaus macht unsere Arbeit gegenüber anderen Patienten ziemlich unsicher.*"

Die mangelnde Testung von Pflegebedürftigen führe aufgrund bestehender Unsicherheiten zu einem Mehraufwand, wie das folgende Zitat einer Leitungsperson verdeutlicht: „*Test von Patienten die aus Kurzzeitpflegeeinrichtungen entlassen werden (mit SARS-CoV-2-Patienten) werden verweigert, wenn keine Symptome auftreten. Dadurch müssen teure zusätzliche Schutzmaßnahmen ergriffen werden um Personal und Pflegebedürftige vor möglicher Ansteckung zu schützen*."

Isolation von Covid-19-infizierten Pflegebedürftigen

Vergleichsweise weniger häufig, aber immer noch von 52%, wird die Isolation von Covid-19-infizierten Pflegebedürftigen als Herausforderung angesehen und von mehr als der Hälfte der befragten Leitungspersonen als mindestens stark belastend erlebt.

Hierbei wird zwar die Notwendigkeit einer Isolation angeführt, aber der „*Spagat zwischen Isolation, die zu dem soziologisch beschriebenen "Sozialen Tod" führt, und dem Schutz vor Ansteckung*" als belastend empfunden.

Leitungspersonen geben zudem an, dass sie eine Isolation von Covid-19-infizierten Pflegebedürftigen schlichtweg nicht umsetzen können: „*Bedingungen für eine Quarantäne von SARS-Cov-2-Bewohnern wäre in unserem relativ kleinen Haus nicht umsetzbar*." Hiervon betroffen erscheinen insbesondere ambulante Pflegeeinrichtungen, da eine „*strenge Trennung der Versorgung von COVID-19 durch unterschiedliche Teams* […] *fast nicht zu leisten* [sei] *im ambulanten Dienst*." Eine weitere Leitungsperson gibt an, dass sie „*keine infizierten Patienten aus den Krankenhäusern übernehmen* [können]*, weil uns die Schutzkleidung fehlt.*"

4.3 Allgemeine Herausforderungen und Belastungen unter Berücksichtigung möglicher Mehrbelastungen im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie

Hinsichtlich der allgemeinen Herausforderungen und Belastungen wurden die teilnehmenden Leitungskräfte gefragt, inwiefern sie die zwölf einzeln aufgeführten Aspekte als Herausforderung ansehen und - falls ja - inwieweit sie diese als Belastung erleben.

Die Ergebnisse sind in Abbildung 6 dargestellt und werden nachfolgend beschrieben sowie mit Angaben aus den offenen Kommentarfeldern verknüpft.

Frage: „Bitte bewerten Sie, ob Sie die nachfolgenden Herausforderungen seit Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie betreffen, inwiefern sie diese als belastend erleben und wie sich diese Belastungen im Vergleich zur Zeit vor Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie verändert haben."

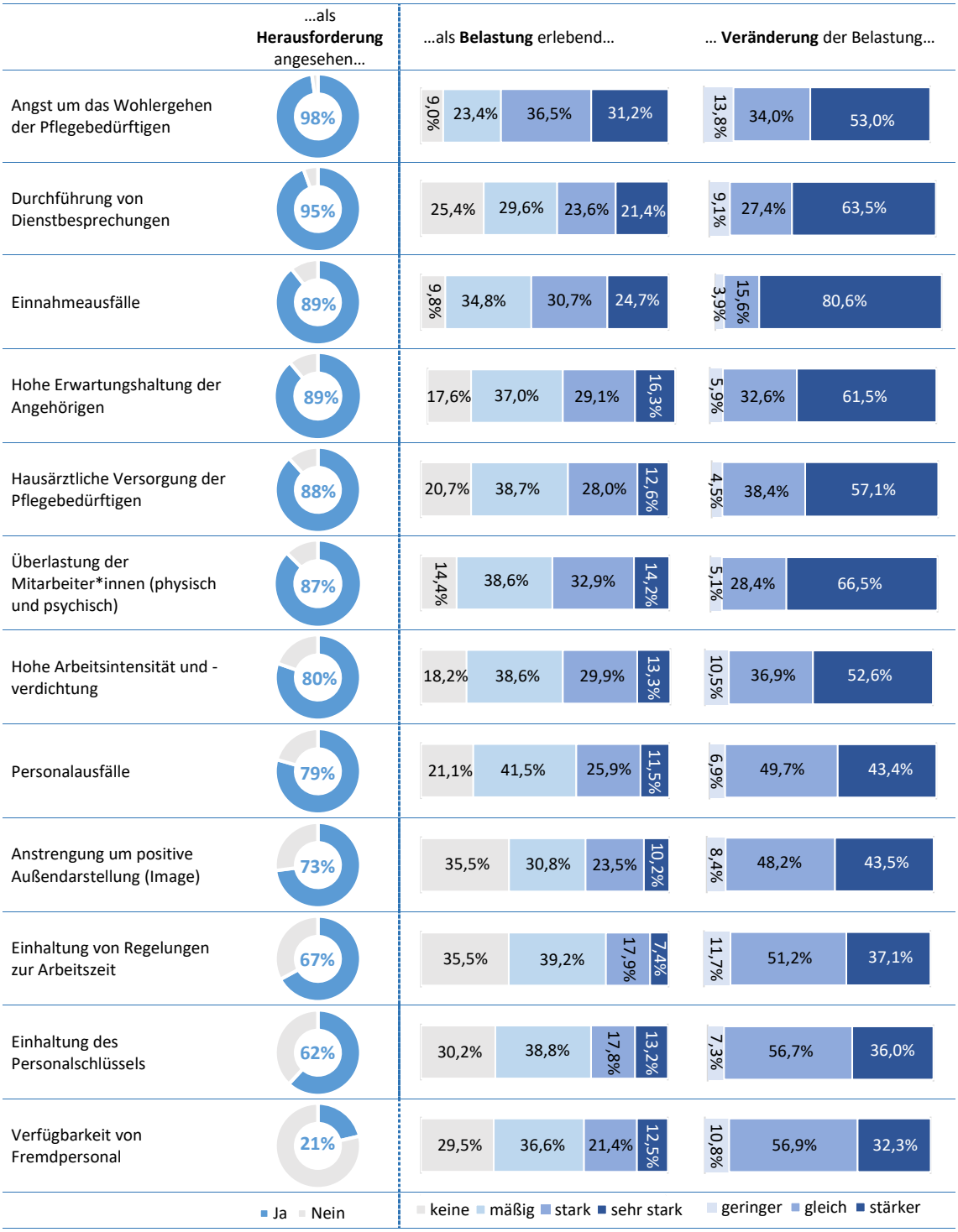


Abbildung 6: Allgemeine Herausforderungen und Belastungen
Datenbasis: Online-Leitungsbefragung von 525 Personen

Laut den Befragten zählt die Angst um das Wohlergehen der Pflegebedürftigen zu den größten Herausforderungen und Belastungen. Die Belastungen durch Einnahmeausfälle haben sich im Zuge der Pandemie am stärksten verändert.

Angst um das Wohlergehen der Pflegebedürftigen

Die Sorge um das Wohlergehen der Pflegebedürftigen stellt bei fast allen befragten Leitungspersonen eine Herausforderung dar, die von mehr als 65% als mindestens stark belastend empfunden wird und im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie bei mehr als der Hälfte der Befragten zugenommen hat.

Das Wohlergehen der Pflegebedürftigen sehen die Befragten vor allem in Bezug auf das psychische Wohlbefinden und bei demenzerkrankten Menschen gefährdet. *„Wir machen uns Sorgen um die psychische Gestimmtheit der Bewohnerinnen. Da bei uns alle Mitarbeiterinnen konsequent mit MNS* [Mund-Nasen-Schutz] *arbeiten, ist die Kommunikation mit an Demenz erkrankten Bewohnerinnen deutlich erschwert, weil die Stimme gedämpft ist, die Mimik nicht mehr sichtbar ist, und die Bewohnerinnen nicht mehr vom Mund "ablesen" können*".

Generell führen Kontaktverbote und Isolation für meist hochbetagte Menschen zu Einsamkeit, Unsicherheit und Angst unter den Pflegebedürftigen, vor allem gegenüber der aktuellen Situation. *„Teilweise fühlen die Bewohnerinnen sich "Ausgegrenzt vom Leben Außerhalb der Einrichtung". Vereinzelt empfinden es Bewohnerinnen so schlimm, dass sie das Gefühl haben, dass das Leben in dieser Abgeschnittenheit "keinen Sinn mehr macht". Und als sehr belastend wird gesehen, dass es für viele Bewohnerinnen aufgrund der kurzen noch verbleibenden Lebenserwartung scheinbar keine Perspektive mehr gibt auf eine normale Zeit "nach Corona". Durch die oben genannten Effekte ist das Risiko für psychische Erkrankungen signifikant erhöht. (Stichwort "Depressionen").“*

Die *„Vereinsamung der Bewohner ist diesen allmählich anzumerken. Hinzu kommen die Ängste, die diese haben, die ihnen nicht ganz genommen werden kann. Insbesondere bei eh psychisch erkrankten Bewohnern ist dieses deutlich erkennbar*.“ Vor diesem Hintergrund wird aus den Angaben deutlich, dass gerade unter den gegebenen Umständen *„die Anzahl der Menschen, die den Alltag der Bewohner begleiten*, […] *höher sein* [sollte].“ *„Außerdem erleben wir, dass die Bewohnerinnen darunter leiden, dass der Kontakt zu vertrauten Personen wie Angehörigen oder Besuchsdiensten wegfällt.“* Ein Großteil der Mehrarbeit bestünde dann darin, diese aufzufangen. *„Unsere Patienten äußern vermehrt Ängste, benötigen sehr viel mehr Zuspruch, da auch Angehörige nicht mehr so zur Verfügung stehen.“ „Unterstützung durch Freunde und Angehörige ist nicht mehr möglich, muss sozusagen durch uns mit übernommen werden“.*

Die Zunahme der Angst um das Wohlergehen der Pflegebedürftigen führen die befragten Leitungspersonen auch darauf zurück, dass im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie viele Versorgungsansprüche nicht erfüllt werden könnten. Selbst bei lebensnotwendigen Maßnahmen bleibt nach Aussage einer Leitungsperson eine angemessene Versorgung aus: *„Patienten mit lebensbedrohlichen neuen Zuständen (deutliche Symptome eines Schlaganfalls) werden nicht in ein Krankenhaus eingewiesen. Einer ist auf Grund dieser Umstände gestorben und der andere hat, nachdem wir 3-mal an einem Tag die 112 angerufen hatten, bleibende Schäden. Die notwendigen Schutzanzüge sind nicht erhältlich*.“

Aufgrund der belastenden pandemiebedingten Auswirkungen für ambulante Dienste sehen diese eine Unterversorgung von Pflegebedürftigen als Folge: *„Ambulante Dienste sind an ihren Belastungsgrenzen, lehnen Neuaufnahmen teils ebenfalls ab oder bieten eingeschränkte*

Teilversorgungen an. Pflegebedürftige Menschen sind in dieser Situation teils nicht ausreichend versorgt".

Die Angst um das Wohlergehen der Pflegebedürftigen bezieht sich auch auf den Wegfall notwendiger Therapien, die durch die Pflegekräfte nicht im vollen Umfang aufgefangen werden können: *„Das Durchführen von Therapien durch externe Partner, z. B. Ergo- und/oder Physiotherapien ist zurzeit nicht möglich, um die Ansteckungsgefahr zu minimieren. Für unsere Bewohner, die diese Therapien benötigen, ist eine Besserung der eigenen Fähigkeiten dadurch stark eingeschränkt. Die Pflegekräfte können mit den täglichen geplanten individuellen Tätigkeiten, eine solche Therapie nicht ganz ersetzen. Dadurch steigt die Unzufriedenheit bei einigen Bewohnern, die natürlich mehr Zeit benötigen aus dem "Loch" wieder raus zu kommen. Dafür benötigt man Zeit und Geduld, um sich Zeit für solche validierende Gespräche zu nehmen, sie erneut zu motivieren, nicht aufzugeben."*

Unter dem bestehenden Kontaktverbot sorgen sich insbesondere Leitungskräfte im Hospizbereich um das Wohl ihrer Klienten: *„Unsere Sorge gilt den sterbenden Menschen, die wir nicht mehr unterstützen können und den Angehörigen, die vieles alleine tragen müssen*." Die Sorge ist auch groß, da *„wegen der strengen Zugangsregelungen in der pflegenden Einrichtung zu Sterbebegleitungen zurzeit auch als Pflegefachkräfte nicht zugelassen zu werden! Menschen sterben psychosozial-seelsorgerlich unterversorgt und Kolleginnen und Kollegen werden nicht entlastet*." Auch *„Durch die Maskenpflicht ist der persönliche Kontakt mit den Bewohnern nicht so gut möglich, was gerade in Hospizen so wichtig ist!"* Die ambulante Sterbebegleitung findet *„derzeit nur per Telefon statt, was sich in der Endphase als äußerst schwierig gestaltet. Betroffene und Angehörige können nicht, ihren Wünschen und Vorstellungen nach, begleitet werden. Auch die gesamte Trauerarbeit kann nicht in dem Umfang geleistet werden, da alles nur über technische Medien von statten geht*."

Durchführung von Dienstbesprechungen

Auch die Durchführung von Dienstbesprechungen stellt knapp 94% der befragten Leitungspersonen vor eine Herausforderung. Diese wird zwar mehrheitlich als mäßig belastend empfunden, hat aber im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie bei mehr als 60% an Intensität gewonnen.

Aus den offenen Angaben wird deutlich, dass die interne Kommunikation stark eingeschränkt ist und sich oftmals auf Telefongespräche reduziert. Dies führt nach Angaben der Leitungskräfte zu Einschränkungen im Informationsaustausch und damit auch zur Verkomplizierung von Arbeitsabläufen. Eine Leitungsperson merkt diesbezüglich an: *„Ja, ein großes Problem ist die Kommunikation mit unseren Team-Mitgliedern, da diese ausschließlich telefonisch stattfinden kann. Das verkompliziert tatsächlich viele Arbeitsabläufe und sorgt dafür, dass die Team-Kolleginnen seit ein paar Wochen unzufriedener sind."*

Aufgrund der Wahrung von sozialer Distanz können Leitungskräfte ihre Mitarbeiter*innen auch nicht in dem Maße unterstützen, wie sie es auch im Rahmen von Dienstbesprechungen gerne täten. Hierin sehen Leitungskräfte den Zusammenhalt und die Identifikation der Mitarbeiter*innen mit ihrem Arbeitsplatz als gefährdet an. Demnach steht die Ressource des Zusammenhalts aufgrund des fehlenden persönlichen Kontakts nicht mehr zur Verfügung: *„Ausfall der persönlichen Zusammenkünfte mit den Ehrenamtlichen verändert das Wir-Gefühl und es muss auf die Stärkung verzichtet werden, die von diesen Treffen ausgeht*."

Insbesondere im Hospizbereich wird die Problematik der sozialen Distanzierung deutlich: *„Ein Hospiz ist immer mit der Ausnahmesituation belastet, da alle Bewohner eine befristete Lebenserwartung haben.* […] *Es finden keine Supervisionen statt, die zur Bewältigung der*

belastenden Situationen dringend gebraucht würden. Ebenso ist ein Austausch im Team eingeschränkt, da keine Teamsitzungen abgehalten werden dürfen. Gerade jetzt bräuchte das Team viel Zuspruch!"

Einnahmeausfälle

Knapp 90% sehen in den Einnahmeausfällen eine Herausforderung und mehr als die Hälfte bewerten diese als mindestens stark belastend. Wie die Ergebnisse zeigen, ist die Belastung durch Einnahmeausfälle bei mehr als 80% im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie angestiegen.

Viele Leitungskräfte beklagen einen Wegfall neuer pflegebedürftiger Klient*innen, da diese aus Angst vor möglichen Infektionen auf Leistungen verzichten. Insbesondere im ambulanten Bereich führe dies zu Umsatzeinbußen bei gleichbleibenden Kosten, wie folgende Aussage verdeutlicht: *„Es haben Kunden Einsätze abgesagt auf Anraten ihrer Hausärzte. Verständlich, aber schädigend*." Infolge von Vertragskündigungen wird auch von einer Anmeldung von Kurzarbeit berichtet: *„Da nur die Klienten geblieben sind, die sehr "schwierig" sind, ist die Arbeitsbelastung bei weniger Personal wegen Kurzarbeit sehr viel höher."* Einige sehen vor diesem Hintergrund ihre Existenz bedroht und fragen sich, *„… wie lange eine kleine private Einrichtung noch existieren kann. Die wichtigsten Maßnahmen sind bereits eingeleitet, trotz alle dem sind die Sorgen hoch*."

Auch durch ausbleibende Spendengelder und Öffentlichkeitsarbeit fehlten Einnahmen und existierende Nothilfen liefen an einzelnen Einrichtungen vorbei. Insbesondere der geschaffene Pflegerettungsschirm könne die Umsatzeinbußen nicht auffangen, da Leistungen durch diesen nicht gedeckt seien, wie aus dem folgenden Zitat hervorgeht: *„ca. 20-30% des Gesamtumsatzes einiger Pflegedienste betrifft die Erbringung von Betreuungsleistungen / Hauswirtschaftsleistungen 125 € Entlastungsbetrag. Hier kommt es zu einem Rückgang von bis zu 70%, da viele Pflegebedürftige und Angehörige Angst haben, jemanden in die Wohnung zu lassen, um Hauswirtschaftsarbeiten oder Betreuung durchführen zu lassen. Der Pflegerettungsschirm zielt bei Umsatzeinbrüchen auf den Referenzmonat Januar 2020 ab. Es wird aber nicht differenziert, in welchem Teilbereich es mögliche Umsatzeinbrüche gab.*" Unklar sei auch, ob *„dadurch ggf. Personalreduzierung in 2021?"* die Folge sind. Hierzu wird auch kritisiert, dass eine zuvor erreichte *„gute Personaldecke und somit vorausschauende Personalpolitik also bestraft wird, weil die Kosten aus den Rücklagen (falls überhaupt vorhanden) oder auf Kredit finanziert werden müssen*."

Hohe Erwartungshaltung der Angehörigen

89% der Befragten sehen in der hohen Erwartungshaltung der Angehörigen eine Herausforderung. Mehr als 40% empfinden diese als mindestens stark belastend und bei mehr als 50% hat die Belastung im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie zugenommen.

Wenngleich viele Leitungskräfte ihr Verständnis über die Sorgen und Ängste der Angehörigen von Pflegebedürftigen zum Ausdruck bringen, stellen die *„Ansprüche der Angehörigen*" eine zusätzliche Belastung für sie dar. Demnach bestehe eine *„Reizbarkeit der Pflegekunden und Angehörigen*", *„viele Falschinformationen* […] *bei Angehörigen*", *„eine steigende Erwartungshaltung an alle Pflegekräfte (Arbeiten bis zum Umfallen)"* wie auch *„übervorsichtige Angehörige*".

Betont wird hierbei, dass einige Angehörige Unverständnis hinsichtlich der getroffenen Maßnahmen zeigten, was einer umfassenden Aufklärung bedürfe und zusätzlich belastend wirke. So besteht bei manchen Angehörigen ein Unverständnis *„und auch von interessierten möglichen Neukunden gegenüber den erforderlichen Regelungen wie z. B. Reduzierung von Aufnahme- bzw. Erstgesprächen, Abstandseinhaltungen und Vermeidung von Beratungsbesuchen*." Eine weitere Leitungsperson berichtet, dass sie *„zeitig ein Besuchsverbot ausgesprochen (Grundstück ist nicht*

zu betreten) [haben…] *so können alle Bewohner sich im Haus und Garten frei bewegen. Das versteht nicht jeder Angehörige*."

Hausärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen

Die hausärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen sehen 88% der befragten Leitungskräfte als Herausforderung an. Diese belasten ca. 40% mindestens stark und ist für mehr als die Hälfte der Befragten im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie angestiegen.

Aus den offenen Angaben wird deutlich, dass die Zusammenarbeit und Kommunikation mit Hausärzt*innen wie auch mit anderen Versorgungseinrichtungen generell problematisch sei, aber seit Ausbruch der Pandemie zusätzlich erschwert sei. Eine Leitungsperson aus dem ambulanten Sektor beklagt: „*Die hausärztliche Versorgung unserer Patienten, die ihre Wohnung nicht mehr verlassen können, ist so gut wie nicht vorhanden. Selbst bei akuten Verschlechterungen sieht sich niemand in der Verantwortung, sich um unsere Kunden zu kümmern. Außer wenn sie privat versichert sind. Dieser Zustand war auch schon vor der Epidemie* [gegeben] *und hat sich verstärkt.*" Eine andere Leitungsperson gibt an, dass „*Hausärzte* […] *noch mehr unerreichbar geworden* [sind]. *Fragen zur Behandlungspflege bleiben lange ungeklärt.*" Vor diesem Hintergrund bestehe jedoch der Wunsch auf eine bessere "*Zusammenarbeit und Unterstützung auch mit den Ärzten* […], *da herrscht eine große Unsicherheit.*"

Andere Leitungspersonen wünschen sich hingegen mehr Entscheidungskompetenzen und Befugnisse auf Seiten der Pflege: „*Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist oft geprägt von Ignoranz und Unwissenheit. In der Palliativversorgung ist es besser geworden, durch weiter gebildete Hausärzte. Aber immer wieder müssen sie sinnfreie Anordnungen befolgen, begleitet von Diskussionen oder der Drohung, dass sie keine Patienten mehr zu uns schicken, wenn der Anordnung nicht Folge geleistet wird. Die Pflege müsste mehr Kompetenzen erhalten und z. B. nicht Rezepte über pflegerische Hilfsmittel vom Arzt erbitten.*"

Schließlich äußern einige Leitungskräfte hinsichtlich des Entlassungsmanagements und der Kommunikation stationärer Einrichtungen ihre Kritik: „*Sehr schlechtes Entlassungsmanagement von stationären Einrichtungen. Wir erfahren häufig erst wenn die Patienten schon zuhause sind und durch die Patienten selbst von der Infektion. Es haben bereits mehrfach Gespräche mit dem Gesundheitsamt und den stationären Einrichtungen und Akutkrankenhäusern diesbezüglich stattgefunden.*"

*Physische und psychische Überlastung der Mitarbeiter*innen*

Ca. 87% der befragten Leitungspersonen beschreiben die physische und psychische Überbelastung ihrer Mitarbeiter*innen als herausfordernd. Für knapp 45% ist die physische und psychische Überbelastung ihrer Mitarbeiter*innen mindestens stark belastend und hat bei etwa 65% seit Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie an Intensität gewonnen.

Neben einer physischen Mehrbelastung, die beispielsweise aus dem dauerhaften Tragen eines Mundschutzes resultiere, sind laut Angaben der Leitungskräfte psychische Faktoren für die Überbelastung ihrer Mitarbeiter*innen verantwortlich. Die Konfrontation mit der eigenen Hilflosigkeit gegenüber sterbenden Covid-19-Erkrankten stelle eine besondere psychische Belastung für Mitarbeiter*innen dar, da „*die Menschen sterben, ohne dass unsere Pflegekräfte wirklich helfen können*."

Auch berichten Leitungskräfte von einer höheren psychischen Belastung ihrer Mitarbeiter*innen aufgrund von Arbeitsplatzunsicherheit und Mehrbelastungen in der Familie. Demnach bestünden „*Probleme in den Familien der Mitarbeiter, z. B. Homeoffice der Partner, Kinderbetreuung zu*

Hause, finanzielle Sorgen durch Kurzarbeit. Diese belasten unsere Mitarbeiter neben der täglichen Pflegearbeit.“

Eine weitere Mehrbelastung von Mitarbeiter*innen sehen Leitungskräfte im Besuchsverbot begründet, da “*…mittlerweile die psychische Belastung der Bewohner und somit auch der Pflegemitarbeiter und der Betreuung* [steigt]. *Wenn Bewohner nicht gleich ans Telefon in ihrem Zimmer gehen, wird auf der Station angerufen. Bewohner binden die Pflege- und Betreuungskräfte, weil sie mehr Aufmerksamkeit wünschen.“*

Die psychischen Mehrbelastungen von Mitarbeiter*innen wird zusätzlich dadurch verschärft, dass die Leitungskräfte nur verminderten Kontakt zu ihren Mitarbeitern haben und somit die Nöte und Sorgen nur im begrenzten Maße auffangen können. In manchen Fällen führt diese psychische Mehrbelastung auch zu Konflikten, da *„aufgrund der zusätzlichen Stressoren durch MNS oder Kontaktverbote (auch im privaten Umfeld etc.) eine gewisse Gereiztheit zu verzeichnen…“* ist.

Hohe Arbeitsintensität und -verdichtung

Eine hohe Arbeitsintensität und -verdichtung werden von rund 80% der befragten Leitungspersonen als herausfordernd angesehen. Ca. 40% empfinden diese Herausforderung als mindestens stark belastend und bei mehr als 45% hat sich die Arbeitsintensität und -verdichtung während der SARS-CoV-2-Pandemie intensiviert.

Auch wenn angemerkt wird, dass *„die Arbeitsverdichtungen der letzten Jahre* […] *nicht mehr aufzufangen* [sei]*, auch schon vor Corona*“, zeichnet sich im Zuge der Pandemie eine Intensivierung der Arbeit und Arbeitsdichte ab. Dies wird unmittelbar auf das Fehlen und die Beschaffung von Schutzausrüstungen zurückgeführt. Demnach verläuft die *„Verteilung der Schutzkleidung über öffentliche Stellen* […] *schleppend und muss ehrenamtlich organisiert werden zusätzlich zur normalen Arbeit.“* Dies beinhalte *„viel Zeitaufwand bezüglich Hilfsmittel auch wenn das Landratsamt verspricht das sie* [die Hilfsmittel] *besorgen*.“ Schließlich stelle aber auch das *„Tragen von Mundschutz die ganze Schicht über*“ eine Intensivierung der Arbeitsbelastung dar.

Auch die fehlende Unterstützung durch Angehörige stelle Pflegeeinrichtungen vor die Herausforderung, diese aufzufangen, und führe im Zuge des sozialen Kontaktverbots zu einer höheren Arbeitsintensität. *„Unsere Patienten äußern vermehrt Ängste, benötigen sehr viel mehr Zuspruch, da auch Angehörige nicht mehr so zur Verfügung stehen*.“ Demnach hat sich *„die soziale Isolation manch eines Bewohners* […] *durch fehlenden Besuch erhöht*“, sodass *„der Betreuungsaufwand* […] *hier viel konzentrierter erfolgen* [muss]*.“* Auch die Ängste und Sorgen der Angehörigen müssen durch das Pflegepersonal aufgefangen werden. Diese führt zu einer Mehrbelastung, denn diese wenig unterstützten Personen *„benötigen viel Zuwendung, die Zeit geht dann wieder von der Versorgung unserer eigentlichen Patienten ab…*“. Dies führe auch zu einer höheren Arbeitsbelastung, da *„der Redebedarf der Angehörigen* […] *anstrengender geworden* [ist].“

Daneben führe die Verarbeitung, Umsetzung und Verbreitung von Maßnahmen zur Covid-19-Pandemie zu einer Arbeitsverdichtung der Leitungskräfte, sodass *„geschätzt 50% der Arbeitszeit des Leitungsteams in Anpassungs- und Umgestaltungsmaßnahmen*“ geht. Demzufolge sehen sich Pflegeeinrichtungen einer *„täglich wechselnde*[n] *Veränderung* [und] *Umordnung aller Prozesse im Pflegeheim*“ ausgesetzt, so dass Leitungskräfte in einer Art *„halb acht Stellung*“ sind und eine *„sehr angespannte Situation*“ durchleben. Konkret stellt die *„Erstellung zahlreicher Standards für bislang unbekannte Abläufe (Hygienestandard Wiederaufbereitung MNS, Einkaufsstandard Hygiene, personenorientierte Ausgabe von Desinfektionsmitteln und Schutzausrüstung etc.)*“ Leitungskräfte vor eine besondere Herausforderung sowie die *„Organisation alternativer Kontaktmöglichkeiten für Angehörige (WhatsApp-hotline; Skype; organisierte Fensterbesuche;*

Besuchsrecht bei PalliativBW aktualisieren etc.)“, wie auch die *„zeitintensive aktualisierte Informationsweitergabe an ALLE im Team.*“ Leitungskräfte erleben eine *„große Zunahme des organisatorischen Aufwands*“, bei der *„alleine das Lesen, Auswerten und Umsetzen der zahllosen E-Mails mit neuen Informationen (vom Dachverband, vom Gesundheitsamt, von den Krankenkassen, den Kliniken, Landratsamt, Pflegestützpunkt, etc.)* […] *täglich sehr viel Zeit in Anspruch* [nimmt].“ Aber auch *„die Zeit für zusätzliche Fortbildungen in kleinen Gruppen, Qualitätszirkel, Informationsschreiben usw. muss aufgebracht werden*.“

Schließlich sehen sich Führungskräfte der Zusatzbelastung ausgesetzt, *„Entscheidungen zu treffen für Kunden, Mitarbeiter, externe Partner, etc. ohne mit 100% Sicherheit gewährleisten zu können, dass dies die richtigen Entscheidungen sind. Direkte Ansprechpartner stehen kaum oder gar nicht zur Verfügung.*“

Die Befragten geben an, dass die pandemiebedingten Mehraufwände, weder personell noch finanziell ausreichend abgedeckt werden könnten. *„So sieht es dann wohl aus, wenn sämtliche Systeme zu Tode gespart werden.*“ Es wird beklagt, *„Dass die Pflegesachleistungen der jeweiligen Pflegekunden den derzeitig gestiegenen Pflege- und Betreuungsbedarf nicht decken.“* Begründet wird dies vor allem durch generelle, bereits vor der Pandemie existierenden Engpässe. Demnach war *„die Personalstärke/Ausstattung* […] *auch vor der Krise nicht ausreichend.“*

Personalausfälle

Personalausfälle stellen für knapp 80% der Befragten eine Herausforderung dar, belasten jedoch die Leitungskräfte mehrheitlich nur mäßig. Für knapp 49% hat sich die aus Personalausfällen resultierende Belastung im Vergleich zu der Zeit vor Ausbruch der Pandemie nicht verändert, während knapp 40% der Befragten angeben, dass diese zugenommen habe.

Dass ein Großteil der Befragten keine Veränderung in der Belastung durch Personalausfälle wahrnimmt, kann in folgender Aussage begründet liegen: *„Personalmangel und Fachkräftemangel - wie immer!“* Auch kann es darauf zurückgeführt werden, dass bereits vor Ausbruch der Pandemie der Bezug neuer Arbeitskräfte schwierig war: *„Wir kriegen eh keine Mitarbeiter, aber jetzt bekommen wir GAR keine mehr*.“ Vor allem gäbe es *„zu wenig Fachpersonal schon vor der Corona-Krise*“. *„Leider ist man dazu gezwungen, zu nehmen, was einem "vor die Füße fällt*". Es stelle sich daher die Frage: *„Wenn vorher keine Pflegekräfte zu finden waren, wo sollen die denn jetzt herkommen?“*

Neben den strukturellen Engpässen in der Personalgewinnung gesellt sich zudem für kleinere Einrichtungen das Problem, dass *„Mitarbeiter* […] *nicht anders einsetzbar* [sind]*, da wir kein großer Träger sind…*“ und *„sehr viele MA* [Mitarbeiter] *im Minijob und Teilzeit und fast alle sind Mitte 50, also selbst schon zur Risikogruppe gehörend…“ „Mitarbeiter, die selbst zur Risikogruppe gehören, können/wollen/dürfen nicht mehr arbeiten. Dies belastet das noch vorhandene Personal zusätzlich.“* Vor diesem Hintergrund äußern Leitungskräfte ihre Unsicherheit hinsichtlich der Bestimmungen zur Durchsetzung eines möglichen Beschäftigungsverbots eines*r Mitarbeiters*in: *„Belastend sind unklare Regelungen bei Beschäftigungsverbot aufgrund von Covid-19 bei Mitarbeitern, welche aufgrund chronischer Erkrankung Immunsuppressiva einnehmen müssen. Um diese zu schützen dürfen keine Patientenkontakte stattfinden. Ersatzstellen sind im kleinen Pflegedienst nicht verfügbar. Es bleibt derzeit in diesem Fall nur eine Kündigung oder der Weg in die Dauerarbeitsunfähigkeit.*“

Dass der zunehmende Personalmangel und die daraus resultierende Mehrbelastung für das Personal selbst nach Bewältigung der Pandemie noch Nachwirkungen haben wird, gibt eine Leitungskraft eindrücklich zu bedenken, indem sie betont, dass es *„dennoch Monate dauern*

[wird], *bis das Personal, was eh schon immer dünn besetzt ist, wieder stabil ist. Wenn die Krise durchgestanden ist, werden die* [das Personal] *der Reihe nach kippen…".*

Anstrengung um positive Außendarstellung

Für ca. 73% stellt die Anstrengung um eine positive Außendarstellung eine Herausforderung dar, die mehrheitlich aber als keine bzw. mäßige Belastung angesehen wird. Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Belastungsempfinden im Vergleich zu der Zeit vor Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie bei ca. 50% nicht verändert hat bzw. gleichgeblieben ist.

Leitungskräfte stellen einen direkten Zusammenhang zwischen dem Image der Pflege und der einer schlechten Bezahlung her. Auch wird angemerkt, dass es im Zuge schlechter Berichterstattungen zu einem Imageverlust der Pflege gekommen ist. Demnach besteht *„…der Eindruck, dass im Falle von "Verseuchungen" sofort nach Schuldigen gesucht und die Presse informiert würde. Imageverlust durch etwas, das eigentlich durch Zusammenkommen von Eventualitäten entstanden ist."*

Zudem kann ein Imageverlust in Zusammenhang mit einer Berichterstattung über Todesfälle Infizierter aus Pflegeeinrichtungen stehen: *„Mitarbeiter wurden auf der Straße angepöbelt, weil Bewohner verstorben sind und uns unterstellt wurde, dass dies Covid 19 -Betroffene gewesen seien, wir ihr Versterben aber geheim hielten. Außerdem scheinen viele Menschen zu glauben, Covid 19 gebe es nur in Pflegeheimen."*

Einhaltung von Regelungen zur Arbeitszeit und Einhaltung des Personalschlüssels

Mehr als 60% sehen in der Einhaltung von Regelungen zur Arbeitszeit und Einhaltung des Personalschlüssels eine Herausforderung. Diese wird von knapp 70% als keine bzw. mäßige Belastung empfunden und ist im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie nur bei 35% der befragten Pflegeeinrichtungen angestiegen.

Die bereits vor Ausbruch bestehenden Engpässe im Personalschlüssel haben sich im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie weiter verschärft, weil *„der nach wie vor zu geringe Personalschlüssel im Bereich der Hauswirtschaft* […] *jetzt besonders bemerkbar wird* [und] *die Hygiene inkl. Flächendesinfektion wichtiger denn je ist!"* Vor diesem Hintergrund ist auch *„die Aussetzung des Personalschlüssels* […] *keine wirkliche Hilfe, da die Arbeit mit eingehaltenem Bewohnerschlüssel kaum noch zu schaffen ist.*" Demnach *„berücksichtigt* [der Personalschlüssel] *nicht die tatsächlichen Ausfalltage bei Krankheit und überlastet so schon das Personal.*"

Darüber hinaus wird betont, dass *„der gewählte Pflegeschlüssel von 50 % Fachkräften* […] *sinnlos* [ist]" und *„abgeschafft*" werden sollte. Dazu betont eine Leitungsperson: *„Personalschlüssel und Fachkraftquote sind aufgrund des Mangels an qualifizierten Fachkräften kaum haltbar und im Dienstplan auch nicht notwendigerweise einzuplanen*." Ein Vorbild eines funktionierenden Personalschlüssels könnten stationäre Hospize sein, so dass *„der relative gute Personalschlüssel in stationären Hospizen* […] *ein Beispiel für Kliniken und Pflegeheime sein/werden* [sollte]*!"*

Die Verfügbarkeit von Fremdpersonal

Knapp 21% der befragten Pflegeeinrichtungen sehen in der Verfügbarkeit von Fremdpersonal eine Herausforderung, die bei ca. 30% als mindestens stark belastend empfunden wird. Ein Drittel der befragten Pflegeeinrichtungen gibt dabei an, dass die Belastung seit Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie zugenommen hat. Für knapp 55% habe sich die aus der fehlenden Verfügbarkeit von Fremdpersonal resultierende Belastung hingegen nicht verändert.

Grundsätzlich sei nicht die Verfügbarkeit von Fremdpersonal die Herausforderung, sondern vielmehr dessen Finanzierung, denn *„Fremdpersonal / Honorarkräfte sind unbezahlbar und reguläres Personal bewirbt sich in der aktuellen Situation erst gar nicht.“* Zudem stellt sich in der momentanen Situation das Problem ein, dass *„viele osteuropäische Haushaltshilfe kurzfristig abgereist* [sind] *oder* […] *nicht mehr einreisen* [können], *so dass die Pflegebedürftigen kurzfristig ohne ausreichende Versorgung dastehen und wir kaum Alternativen anbieten können*.“ Auch *„ist die Rekrutierung/Anwerbung ausländischer potentieller Bewerber/Mitarbeiter weiterhin extrem schwer*“ und *„neu geschaffene Institutionen sind nicht hilfreich*.“

Über die in der Abfrage formulierten und erfassten allgemeinen und pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen hinaus, nannten die Leitungskräfte in den offenen Angaben weitere Herausforderungen und Belastungen. Diese werden folgend kategorisiert vorgestellt.

Aufwand für Dokumentation und Bürokratie

Leitungspersonen berichten, dass sie generell der Aufwand für Dokumentationen wie auch der bürokratische Aufwand belasten. Demnach seien *„im Allgemeinen die bürokratischen Hürden und der hohe Zeitaufwand mit Dokumentation und ständiger Neuerungen, z. B. im Abrechnungssektor*“ bereits herausfordernd. *„Trotz offiziell deklariertem Abbau der Bürokratie“* sei ein *„realer zunehmender bürokratischer Aufwand*“ zu beobachten, bei dem sich die realen bürokratischen *„…Abläufe* […] *im erheblichen Gegensatz zu gewollten und (z. T.) geregelten Abläufen völlig konträr dar*[stellen].“ Eine *„qualitativ hochwertige Pflege und Dokumentation bei knappen finanziellen und personellen Ressourcen leisten*“ zu müssen und dabei einen hohen *„Verwaltungsaufwand bei Leistungsabrechnung und Verordnungsmanagement“* ausgesetzt zu sein, wird als belastend empfunden. Leitungskräfte „[…] *sind ununterbrochen damit beschäftigt Papiere aus zu füllen, zu begründen, zu ändern, nach zu weisen. Es ist wirklich nicht verwunderlich, dass man in Kliniken / Heimen nach dem Motto lebt: Erstmal dokumentieren, ob ich dann die Arbeit schaffe ist egal*“ oder *„Dokumentation muss stimmen, der Mensch muss warten.*“ Auch sei die *„jährliche Überprüfung durch den MDK* […] *nicht hilfreich und belastet sehr*.“ Insbesondere *„die neuen Prüfungskriterien des MDK, überhaupt jährlich geprüft zu werden, ist eine enorme Belastung*.“ Entlastend könne nach Einschätzung der Befragten eine stärkere Digitalisierung im Pflegebereich sein: *„Es wäre schön gewesen, wenn man die Bürokratie, schon vor der Krise mehr digitalisiert hätte*.“

Im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie hat sich der Aufwand für Dokumentationen wie auch der bürokratische Aufwand weiter verstärkt. *„Im Vergleich zu "vorher*" [werden] *die bürokratischen Hürden als zugenommen wahr*[genommen].*“* Es wird eine *„erschwerte Dienstplanung, noch mehr Bürokratie…*“ beklagt und *„nachdem der MDK nicht mehr kommt, werden andauernd* […] *Unterlagen angefordert*.“ Vor diesem Hintergrund sei es *„ärgerlich, wenn die Politik viele Maßnahmen wie z. B. die Aussetzung der MDK Besuche als Entlastung für die Pflegefachkräfte verkauft. Die Maßnahme ist richtig und wichtig und schützt die Pflegebedürftigen. Es ist aber keine Entlastung, sondern noch mehr Bürokratie für die Pflegefachkräfte*.“ Darüber hinaus werde die *„Dokumentation der Umsatzausfälle bzw. der Corona-bedingten Mehrkosten, um die Positionen bei den Pflegekassen geltend machen zu können…*“, als herausfordernd angesehen. Auch bei der Beantragung von Kurzarbeit erlebten Leitungskräfte bürokratische Hürden: *„Arbeitsamt erteilt bisher keine Genehmigung für Kurzarbeitergeld, wurde in den Medien so hervorgehoben, dass es unbürokratisch und schnell geht, aber es tut sich nichts*.“

Mangelndes Verständnis, geringe Wahrnehmung und Wertschätzung

Im Zuge der Pandemie erleben die Befragten vermehrt Anerkennung für die Pflegeleistung. *„Wir bekommen großen Zuspruch von unseren Patienten und außenstehenden Personen. Die*

Wertschätzung, die sich auch im Pflegebonus in Höhe von 500.- zeigt, der Verpflegungszuschuss für die Mitarbeiter sind Mittel, die unser Selbstbewusstsein stärken. Wir sind stolz, gerade jetzt ein wichtiges Mitglied der Gesellschaft zu sein.“

Es wird jedoch bedauert, dass *„leider die Anerkennung für unseren Beruf nur durch eine solche "Pandemie" gekommen* [ist]*. Ich hätte es mir anders gewünscht aber bin gespannt ob diese Anerkennung danach auch bleibt, oder wie sonst auch, wieder in Vergesslichkeit gerät.“* Zudem wird kritisiert, „d*ass die Presse sich auf einmal für Coronatote in Altenheimen reißerisch interessiert, während das alltägliche Sterben im Altenheim keine Zeile wert ist.“*

Die Leitungskräfte nehmen auch generell ein mangelndes Verständnis gegenüber ihrer Situation wahr, wie auch eine geringe Wahrnehmung durch die Gesellschaft und öffentliche Institutionen. Eine Leitungsperson kritisiert eine *„Ignoranz der Gesellschaft zum Thema Pflege, wie Pflege finanziert wird und wie gering das Wissen in der Bevölkerung zum Thema "demographische Veränderung"* ist*. „Es gibt in der Gesellschaft keinerlei Vorstellung darüber, dass wir in einer eklatanten Pflegekrise stecken, die aber gerade erst am Anfang ihrer Ausprägung ist*.“

Eine andere Leitungsperson empfindet eine *„schlechte gesellschaftliche Anerkennung des Pflegepersonals und insbesondere der hauswirtschaftlichen Hilfskräfte, die mehrfach als Putzfrauen bezeichnet werden durch Kunden*.“ Dabei ist *„es traurig, dass die Pflegeheime politisch gesehen keine Lobby haben. Sie werden stark hinten drangesetzt. Sehr auffällig in der jetzigen Zeit.“* Es besteht der Wunsch, *„dass die Pflege einen besseren Stellenwert in der Gesellschaft bekommt und es endlich auch zu einigen Ärzten durchdringt, dass wir nicht ihr Hilfsberuf sind*.“ Auch wird die Hoffnung geäußert, *„dass nach der Krise endlich im Pflegebereich Veränderungen stattfinden. Ich brauche keinen Applaus! Menschenwürdige Arbeitsbedingungen, geringere Arbeitsbelastungen, weniger Lobbyismus in der Politik etc. müssen endlich umgesetzt werden!*“

Vor diesem Hintergrund werden die Fragen gestellt: *„Was passiert, wenn wir hinschmeißen? Ich würde mich nicht mehr selbstständig mit einem Pflegedienst machen. Wer soll die vielen Pflegebedürftigen dann versorgen. Jetzt machen es meistens die Ehepartner. Wer versorgt aber die Nächste Generation jetzt 60+? Es* [wird] *nur in den Medien Empathie für uns "Frontkämpfer" gezeigt.“*

Insbesondere die ambulante Pflege fühlt sich in der gesellschaftspolitischen Diskussion um die Pflege allgemein wie auch im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie nicht wahrgenommen und berichtet von einem allgemeinen Akzeptanzproblem. Demnach *„…finden* [ambulante Pflegedienste] *in der ganzen Diskussion nicht statt. Unser Anteil am System wird nicht gesehen*.“ Eine geringe Akzeptanz der ambulanten Pflege äußere sich auch dahingehend, dass sie *„nicht wirklich als medizinisches Personal wahrgenommen*“ wird. Bei der Ausstattung und Verteilung von Schutzausrüstung wird zudem eine empfundene Ungleichbehandlung deutlich, da *„Pflegedienste an letzter Stelle der Verteilerliste* [stehen], *obwohl die Infektionsgefahr viel stärker ist als in stationären Einrichtungen*.“ *„Dieser Aspekt kommt zu kurz in den Medien und bei den Maßnahmen“,* da sich *„die ganze Aufmerksamkeit* […] *auf die Krankenhäuser und Stationäre Einrichtungen*…“ richte. Auch die Kooperation mit offiziellen und handlungsleitenden Institutionen wird kritisiert. Es gäbe *„keinerlei Kontakt durch offizielle Stellen (sind ein ambulanter Pflegedienst, also quasi unsichtbar)“* und *„Viele Vorschriften gelten nur für die stationären Einrichtungen und die ambulanten werden dabei schnell übersehen oder ignoriert.“*

Ebenso sehen sich Hospize in Bezug auf politische Maßnahmen zum Umgang mit der Pandemie nicht ausreichend berücksichtigt *„die Besonderheiten unserer Hospizsituation im Vergleich zu einem Pflegeheim wird nicht reflektiert. Die Gleichbehandlung macht aber bei der kurzen Verweildauer nicht an allen Stellen Sinn.“*

Das Gefühl nicht wahrgenommen zu werden, empfinden Pflegeeinrichtungen bei der Bewältigung der derzeitigen Pandemie. Sie bemängeln eine fehlende Unterstützung durch öffentliche Einrichtungen. Beim *„Mitarbeiterschutz“* gibt es demnach keine *„ausreichende Hilfe von außen“*, so dass *„alles allein organisiert“* werden muss. Andere *„warten auf Lieferungen seit Januar/Februar“* und damit in einem *„Zeitraum, in dem unsere Politiker immer noch von einer Epidemie in China sprachen. Firmen in unserer Region haben in diesen Monat schon Schreiben an das Bundesgesundheitsministerium versendet um auf den Engpass weltweit aufmerksam zu machen und es ist lange nichts geschehen.“* Leitungspersonen fühlen *„sich im Stich gelassen“*, erhalten *„keine Unterstützung durch das Gesundheitsamt“*, sondern sogar ein *„Misstrauen der Behörden…“* mit *„so viele*[n] *Kontrollen, Überprüfungen und Nachweise.“* Schließlich sei die Tatsache, die *„Einrichtungsleitung verantwortlich für die Einhaltung der Hygienemaßnahmen zu machen* […] *mehr als unerhört“*.

Eine Leitungsperson stellt zum Stellenwert der Pflege ernüchternd fest, dass *„die Mitarbeiter*innen der Pflege* […] *mit die "Helden"* [sind], *aber Klatschen und schöne Bilder genügen nicht zur Aufwertung der Berufsgruppen“* und fragt: *„…was wird, wenn es zu Infektionsfällen in den Altenpflege-Einrichtungen kommt, gibt es dann auch wieder Vorwürfe und Überprüfungen und das Suchen nach vermeintlich "Schuldigen", wie wird im Nachgang mit den Versäumnissen umgegangen, werden Lehren daraus gezogen* […] *und darf Pflege und* […] *Leitungen da mitsprechen?“* Es wird konstatiert, dass es *„außer Corona* […] *keine Kranken mehr* [gibt,] *die irgendwem interessieren. Wir fühlen uns oft alleine gelassen. Auch von Seiten der gesetzlichen Betreuer.“*

Im Zuge der Pandemie zeigten Pflegebedürfte und Angehörige ihr Unverständnis gegenüber den getroffenen Maßnahmen. Demzufolge fehle es *„…größtenteils an der Einsicht der älteren Patienten, dass der Alltag momentan anders ist. So laufen viele ältere Patienten draußen ohne Mundschutz oder andere Schutzvorkehrungen rum, weil sie Langeweile haben oder es einfach nicht verstehen.“* Ein *„zunehmend schwieriger Umgang mit dementen Bewohnern, die die Situation nicht verstehen“* wird als herausfordernd beschrieben. Ambulante Einrichtungen berichten von einer *„regelrechte*[n] *Paranoia von Kunden, die verlangen, dass wir in "voller Montur" kommen zur Pflege. Es gibt kein Verständnis, dass dies nicht notwendig, aber auch mangels Masse nicht möglich ist.“* Auf der anderen Seite begegnen Angehörige und Pflegebedürftige den *„getroffenen Schutzmaßnahmen, z. B. das Tragen eines Mund-Nasenschutzes in der Versorgung, mit Skepsis* […], *oder* [belächeln] *diese sogar...“*.

Honorierung der Pflegeleistung

Aus der Befragung wird deutlich, dass der Pflegebereich einerseits eine geringe Honorierung oder Gratifikation seiner Arbeit erlebt und sich andererseits mit einer höheren Anspruchshaltung konfrontiert sieht: “*Wir werden schlecht bezahlt, wir werden zu spät bezahlt und sollen tolle Arbeitsbedingungen schaffen und höhere Löhne zahlen.“ „Seit vielen Jahren fühle ich mich ausgebrannt, ausgenutzt und massiv unterbezahlt. Wir müssen quartalsmäßig Geld für die Ausbildung der Altenpflegekräfte aufbringen, welche wir seit 3 Jahren so gut wir überhaupt nicht mehr finden. Unser Beruf ist so etwas von schlecht bezahlt, dass es ein Wunder ist, das unser Pflegesystem noch lebt!!!!“* Den Wert der Arbeit einer Pflegekraft messen Leitungskräfte eng am Lohn von Pflegekräften. *„Klatschen und schöne Bilder genügen nicht zur Aufwertung der Berufsgruppen“*. Hierbei wird festgestellt: *„Die Pflegekassen entlohnen unsere Tätigkeiten so gering, dass die Löhne nicht nach ihrem Wert gestaltet werden können.“* Hier sehen Leitungskräfte *„eine geringe Wertschätzung unseres Arbeitsfeldes und zu geringe Bezahlung von Personal und Pflegesachleistungen der Kranken- und Pflegekassen.“ „Das Ungleichgewicht zwischen Effort und Reward,* [also das Vorhandensein einer Gratifikationskrise]*, scheint eine der Hauptursachen für den Fachkräftemangel in der gesamten Pflegebranche* [zu sein]*.“ „Die Pflegekräfte sollen einen für*

ihre starke körperliche und psychisch anstrengende Arbeit endlich ein entsprechendes Gehalt erhalten, welches über die Krankenkassen refinanziert werden kann." Stattdessen *„schwere Vergütungsverhandlungen, jedes Jahr betteln um höhere Vergütungen bei gleichzeitiger Zahlung von Tarif-Löhnen und Zuschüssen* [und] *geringe*[r] *Wertschätzung allgemein von Gesellschaft, teilweise Angehörigen und nicht zuletzt der Politik." „Schwierige und zähe Kooperation mit den Kassen (öffentlich-rechtlichen Trägern), keine partnerschaftliche Zusammenarbeit auf "Augenhöhe", zähe Verhandlungen in der Preisgestaltung der Leistungen, schlichtes Abschmettern der Vorschläge zur Verbesserung der gemeinsamen Versorgung der Versicherten bei Gesprächsversuchen und Besuchen in den öffentlich rechtlichen Einrichtungen der Krankenkassen und Pflegeversicherung"* werden erlebt und als herausfordernd und belastend empfunden.

Kritik an politischen Reaktionen, Maßnahmen und öffentlicher Kommunikation

Im Rahmen der Befragung werden kritische Stimmen hinsichtlich politischer Entscheidungen und der Politik im Allgemeinen mit Bezug zur Pflege deutlich. Einige empfinden es als *„das größte Problem, dass viel zu spät gehandelt worden ist."* und Auswirkungen durch die Einrichtungen zu tragen seien: *„Die öffentlichen Einrichtungen wie Gesundheitsamt, Landratsamt, Gemeinde waren sehr abwartend und reagierten zu langsam. Die Einrichtungen nahmen die Gefahr zu spät ernst. Pflegekräfte fühlen sich wie Kanonenfutter."* Es wird angemerkt: *„Man fühlt sich im Stich gelassen."*

Auch *„sei keine Verbesserung des Image - Pflege und der Berufe -"* zu spüren und dafür *„große Reden der Politiker - aber keine nennenswerten Veränderungen."* Insgesamt werden *„miserable Vergütungsstrukturen, fehlende politische Rückendeckung,* [eine] *miserable Gesundheitspolitik sowohl im Land wie im Bund* [sowie eine] *unsinnig*[e] *Bürokratie und Kontrollwahn"* erlebt.

Auch bestehe eine Diskrepanz zwischen dem, *„was in Berlin beschlossen wird und das was tatsächlich umgesetzt wird"*; dies *„findet in zwei völlig unterschiedlichen Dimensionen statt."* Beispielsweise wird mit Bezug zur diskutierten Pflegebonuszahlung von 1.500€ gefragt: *„Woher soll das Geld kommen? Ich kann nur Geld ausgeben, was ich verdiene." „Wir fühlen uns von der Politik sehr allein gelassen. Die Politik redet von 1.500 € für jeden Mitarbeiter. Diese sprechen mich natürlich darauf an. Ich würde die Politik gerne mal fragen wie wir das machen sollen? Ich würde gerne einen Bonus auszahlen-jeder meiner MA hat das 1000fach verdient." „Weil es ein anstrengender Job ist psychisch, wie physisch.*

Auch *„Art und Inhalt der CoronaSchVO u. ä. häufig gut gemeint, aber nicht gut gemacht* [und] *nicht praktisch umsetzbar."* Im Speziellen wird kritisiert, dass *„die Verordnung zur Regelung von Neu- und Wiederaufnahmen in vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen...vom 3. April 2020 (GV. NRW. S. 221a) weder räumlich, sachlich noch personell umsetzbar ist und in besonderem Maße die Rechte der Bewohner tangiert und u.E. mit Art 13 GG unvereinbar ist."*

Bei der Ausstattung mit Schutzmaterialien wird kritisierend geäußert, dass *„Politik und Pflegeberufskammer* […] *helfend tun, aber praktisch nichts wirklich Notwendiges bei uns ankommt." „Denn es wird versprochen von der Regierung, aber haben bis heute nichts bekommen! Wenn wir uns nicht selbst darum kümmern würden und der Verband uns nicht geholfen hätte, hätten wir kein Material!"* Schließlich sei auch *„die sehr kurzfristigen Gesetzesanpassungen und damit verbundenen Handlungsschnelligkeiten, ohne entsprechende Ressourcen an bspw. Schutzmaterialien vorrätig zu haben..."* eine Herausforderung.

Kritisiert wird ebenso die öffentliche Kommunikation zu Schutzmaßnahmen: *„Es regt mich auf, dass Pflegekräfte für dumm gehalten werden. MNS und Isopropanol wird jetzt als geeignete Mittel gehandelt, obwohl beides nicht gegen Viren hilft. Sicherlich ist das Tragen von MNS besser als*

nichts aber dann muss das auch so kommuniziert werden. So prostituiert sich das RKI [Robert-Koch-Institut] *für die Regierung. Beide haben für mich deutlich an Ansehen verloren."*

Einige Leitungskräfte drücken ihr Erstaunen und Unverständnis darüber aus, dass erst im Zuge einer Krise Veränderungen einer ohnehin von Herausforderungen geprägten Situation der Pflege angestoßen würden: *„Es ist bewundernswert wie schnell Verbesserungen in der Pflege bei einer herausfordernden Situation umgesetzt werden können, für die jahrelang keine Einigung von Seiten der Politik gefunden wurde. Ich hoffe das es nach der Krise nicht im selben Trott weitergeht wie zuvor. „Gerade jetzt hat man das Gefühl, es dreht sich alles um das Virus und die Politik kümmert sich nicht weiter um die schon vorher bekannten Probleme."*

Zusammenspiel der wichtigsten Herausforderungen und Belastungen im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie

Abbildung 7 spiegelt das Zusammenspiel der von den Befragten geschilderten Herausforderungen und Belastungen im Zuge der der SARS-CoV-2-Pandemie wider. Daraus geht hervor, dass Herausforderungen, Belastungen und weitere Auswirkungen immer im Wechselspiel zueinanderstehen und nicht losgelöst voneinander betrachtet und interpretiert werden können. So geht beispielsweise das Risiko vor Ansteckung und Übertragung mit entsprechenden Hygienemaßnahmen, Kontaktbeschränkungen, Unsicherheiten und einem Aufklärungsbedarf einher, die in ihrer Wirkung zu vielschichtigen, sich bedingenden Herausforderungen, Belastungen und Auswirkungen führen. Diesen Umstand gilt es – insbesondere bei politischen Entscheidungen – mit zu berücksichtigen.

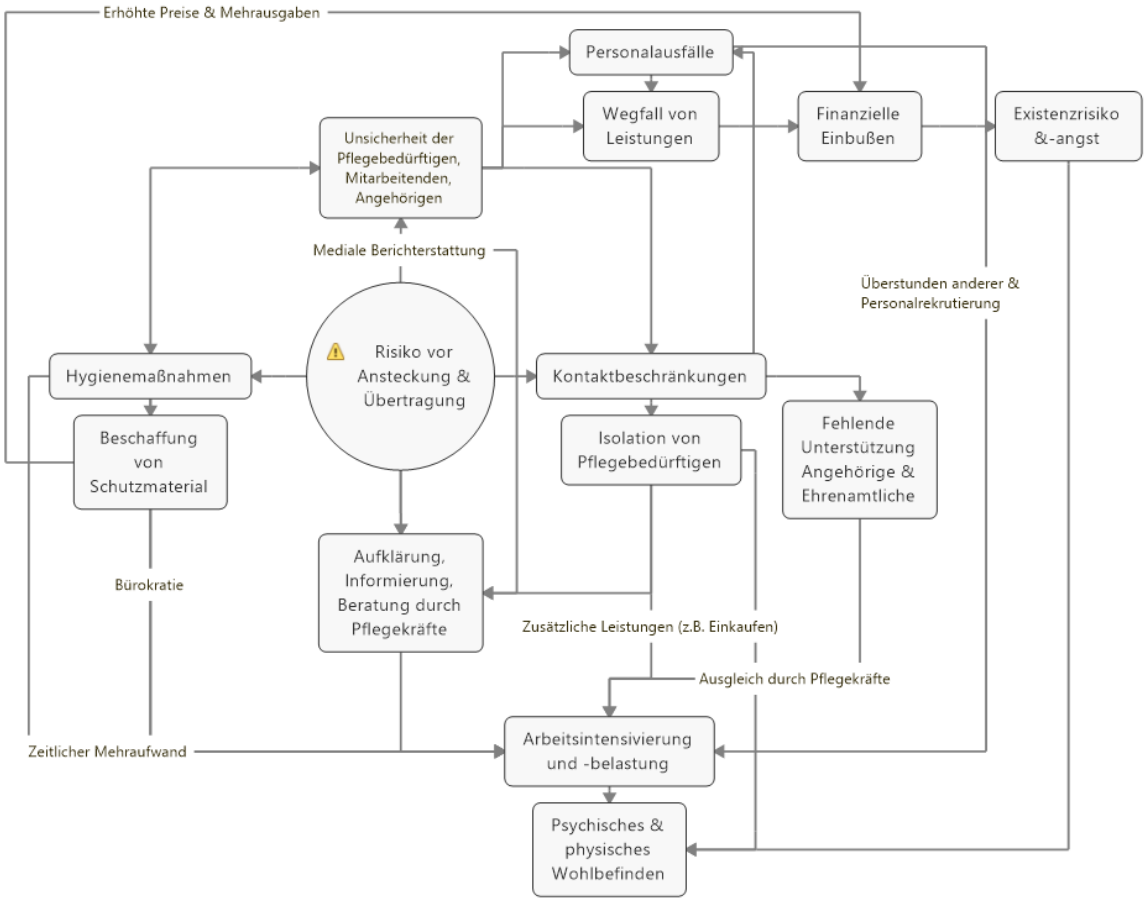


Abbildung 7: Schaubild und Modell zum systemischen Zusammenspiel der relevantesten Herausforderungen und Belastungen im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie

4.4 Auswirkungen und Bewältigbarkeit der Pandemie

Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand

Im Rahmen der Befragung wurden die Leitungskräfte nach ihrem allgemeinen Gesundheitszustand sowohl zum Befragungszeitpunkt, d. h. während der SARS-CoV-2-Pandemie, als auch vor Ausbruch, gefragt. Hierzu konnten die Befragten ihren Gesundheitszustand als schlecht, weniger gut, zufriedenstellend, gut oder sehr gut einordnen.

25,5% der Befragten ordnen ihren allgemeinen Gesundheitszustand vor Ausbruch der Pandemie als sehr gut, 52,6 % als gut, 18,7% als zufriedenstellend, 3,2% als weniger gut und niemand als schlecht ein. Zum Befragungszeitpunkt während der Pandemie schätzten noch 20,0% ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut und 42,3% als gut ein. 26,7% bewerten diesen als zufriedenstellend, 9,9% als weniger gut und 1,1% als schlecht. Die Werte zeigen, dass sich nach Einschätzung der Leitungskräfte ihr Gesundheitszustand im Zuge der Pandemie verschlechtert hat. Weitaus häufiger wird nun von einer zufriedenstellenden, weniger guten und schlechten Gesundheit berichtet.

Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands im Vergleich. Der schwarze Zeiger gibt den jeweiligen Mittelwert über die Bewertungskategorien hinweg an (1=schlecht bis 5=sehr gut). Dieser liegt bei der Frage zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes vor Ausbruch der Pandemie im Mittel bei 4, und sinkt zum Befragungszeitpunkt während der Pandemie um 7,5% auf ein Mittel von 3,7.

Frage: „Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand vor Ausbruch der Pandemie / gegenwärtig beschreiben?“

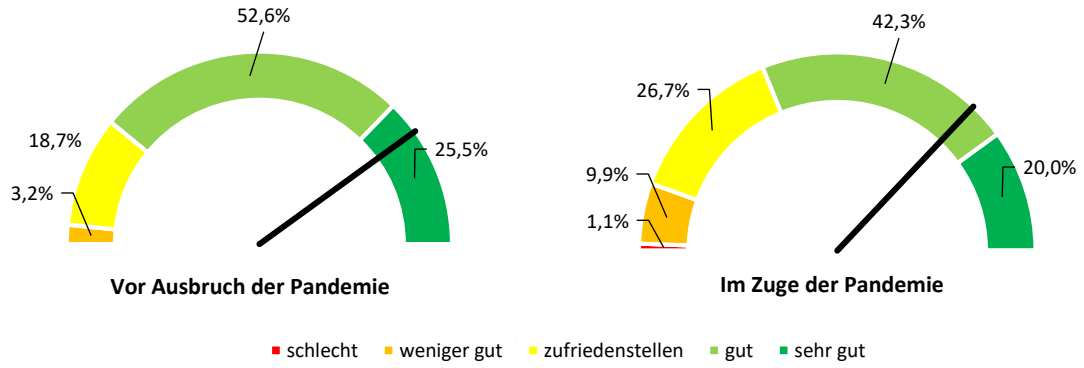


Abbildung 8: Subjektiver Gesundheitszustand der Leitungspersonen vor Ausbruch und im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie
Datenbasis: Online-Leitungsbefragung von 525 Personen

Auswirkungen auf Präsentismus

Präsentismus beschreibt ein Phänomen, bei dem Beschäftige trotz bestehender Krankheit bzw. einem Krankheitsgefühl zur Arbeit gehen. Im Rahmen der Befragung wurden die Leitungskräfte gefragt, wie häufig sie vor bzw. seit Ausbruch der Pandemie zur Arbeit gegangen sind, obwohl sie eigentlich krank waren oder sich krank gefühlt haben. Die Befragten konnten zwischen den Antwortkategorien nie, selten, manchmal, oft und sehr oft wählen.

Der überwiegende Teil der Befragten (56,0%) gibt an, vor Ausbruch der Pandemie nie zur Arbeit gegangen zu sein, wenn sie krank waren bzw. sich krank gefühlt haben. Nach Angabe von 15,2% kam dies selten, von 16,2% manchmal, von 7,6% oft und von 5% sehr oft vor. Zum Befragungszeitpunkt während der Pandemie geben noch 18,5% der Befragten an, nie zur Arbeit gegangen zu sein, wenn sie krank waren bzw. sich krank gefühlt haben. Bei 26,9% sei dies selten, bei 29,3% manchmal, bei 17,1% oft und bei 8,2% sehr oft vorgekommen. Insbesondere die Anteile

derer, die angeben, nie krank oder mit Krankheitsgefühl zur Arbeit gegangen zu sein, verringert sich. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der sogenannte Präsentismus nach Einschätzung der Befragten in Zeiten von Corona weitaus häufiger vorkommt.

Abbildung 9 zeigt die Ergebnisse zum Vorkommen von Präsentismus im Vergleich. Der schwarze Zeiger gibt den jeweiligen Mittelwert über die Bewertungskategorien hinweg an (1=sehr oft bis 5=nie). Dieser liegt bei der Frage zum Präsentismus vor Ausbruch der Pandemie im Mittel bei 4,1 und sinkt zum Befragungszeitpunkt während der Pandemie um 20% auf ein Mittel von 3,3.

Frage: „Wie oft ist es seit / vor dem Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie vorgekommen, dass Sie zu ihrer Arbeit gegangen sind, obwohl Sie eigentlich krank waren oder sich krank gefühlt haben?“

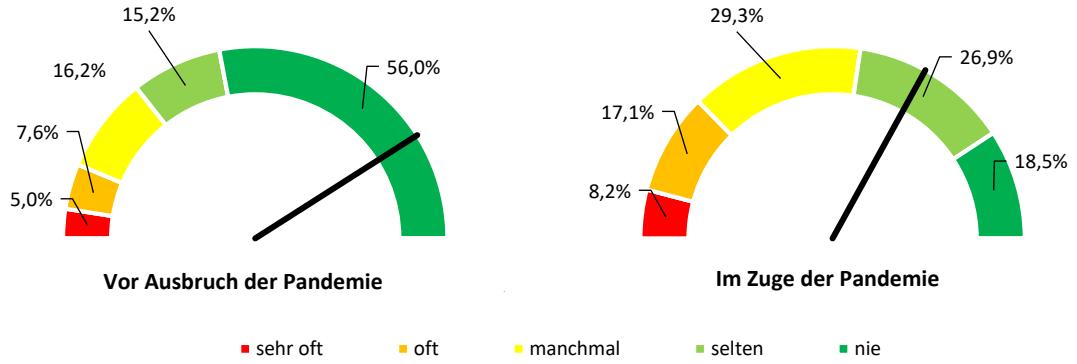


Abbildung 9: Häufigkeit des Präsentismus von Leitungspersonen vor und seit Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie
Datenbasis: Online-Leitungsbefragung von 525 Personen

Weitere Auswirkungen und Bewältigbarkeit der Pandemie

Dass Pflegeeinrichtungen im Notstand erprobt sind und dadurch widerstandfähig sind, wird dadurch erkennbar, dass rund 62% der Befragten glauben, die gegenwärtigen Herausforderungen und Belastungen bewältigen zu können (siehe Abbildung 10). *„Wir müssen alle Patienten versorgen, egal wie.“ „Corona ist für uns das allerkleinste Problem. Es gibt viel größere Baustellen.“ „Es ist schon immer der ganz normale Wahnsinn!“* Dennoch sind rund 40% unsicher, ob sie die gegenwärtige Situation bewerkstelligen können. Unklar bleibt, welche langfristigen Folgen der Belastungssituation zu erwarten sind.

Frage: "Glauben Sie, dass Ihre Pflegeeinrichtung die gegenwärtigen Herausforderungen und Belastungen bewältigen kann?"

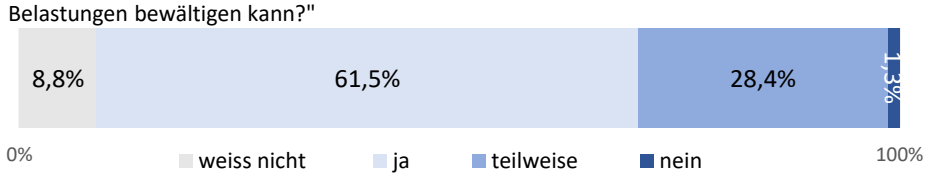


Abbildung 10: Bewältigbarkeit der gegenwärtigen Herausforderungen und Belastungen
Datenbasis: Online-Leitungsbefragung von 525 Personen

Den Befragten ist klar: *„Die langfristigen psychischen Folgen der derzeitigen Arbeitssituationen wird uns noch sehr beschäftigen.“* Berufsbedingte Erkrankungen, frühzeitige Berufsaustritte und Schließungen von Einrichtungen könnten dadurch zunehmen.: *„Auch haben wir Angst, das viele Mitarbeiter nach Ende der Krise, der Altenhilfe den Rücken kehren.“ „Der Personalschlüssel* […] *überlastet so schon das Personal welches mehr und mehr abwandert in andere Berufe*.“ Hinsichtlich der Bewältigbarkeit wird angemerkt: *„Wir leben zur Zeit von Tag zu Tag nicht wie früher von Woche oder Monat zu Monat.“*

Groß ist die Sorge vor allem darüber, ob die momentane Aufmerksamkeit bezüglich der pflegerischen Leistungserbringung aufrecht gehalten werde: *„Ich bin gespannt, ob sich Politik in*

einem Jahr noch erinnert wie wichtig Pflegende sind.“ „Jetzt bedankt sich die ganze Welt bei uns, später will trotzdem keiner den Beruf ergreifen, wegen Arbeitszeiten, Lohn und Arbeitsbelastung. Schade dabei ist es ein Segen in der Pflege zu arbeiten, man bekommt so viel zurück.“ „Pflege muss gut bezahlt werden und damit würde die Anerkennung steigen und der Beruf könnte attraktiver werden.“

Zudem wird gefordert, *„Die Politik sollte nicht nur jetzt sagen, dass das Pflegepersonal super ist und dass sie ihnen dankbar sind. Sie sollen diese Anerkennung deutlich machen, indem nach dieser Krise prinzipiell die Gehälter aller Pflegekräfte deutlich angehoben werden und das nicht aus der Kasse des Arbeitgebers, sondern durch das Land.“* Deutlich wird der Bedarf einer leistungsgerechten Honorierung, grundsätzlich und nicht nur in Krisenzeiten. *„Mir wird das Gefühl vermittelt, Kanonenfutter zu sein. Ich übe meinen Beruf mit vollem Einsatz wie immer aus. Ich will keine Bonuszahlung, sondern eine deutliche refinanzierte Lohnsteigerung.“*

Sorgen machen sich die Befragten auch über Auswirkungen auf die Zusammenarbeit im Team. *„Regelmäßige Besprechungen mit Helfern fallen komplett aus: das schwächt den Zusammenhalt und die Identifikation: wird das dauerhafte Folgen haben?* Bereits jetzt wird deutlich, dass der fehlende soziale Kontakt zu Kolleg*innen eine Belastung darstellt: „[es] *fehlt der zwischenmenschliche Kontakt. Da wir regulär* […] *Dienstplanbesprechungen und je nach Bedarf jeweilige Teambesprechungen, interne Fortbildungen haben, wo sich MitarbeiterInnen austauschen können, Fälle besprochen werden können und der persönliche Kontakt zueinander da ist, ist die Belastung jedes Mitarbeiters deutlich gestiegen.“*

Vor dem Hintergrund des permanenten gegenseitigen Ansteckungsrisikos ergeben sich folgende Probleme: *„Vertrauen von Kunde zu Mitarbeiter ist gestört, Pflegekraft wird teilweise mit Misstrauen und Skepsis behandelt, Sinnhaftigkeit bei Mitarbeitern wird hinterfragt, Ängste des Pflegepersonals können kaum besprochen werden*“.

Schließlich wird eine *„Angst vor ausbleibender Förderung, die uns der finanziellen Grundlage weiterzuarbeiten berauben würde“* geäußert. Es wird davon ausgegangen, dass die Auswirkungen auf die Arbeitssituation längerfristig sind: *„Vermutlich wird unsere Arbeit auf Dauer leiden, da die Arbeit nach Corona nicht "einfach so" wieder auf dem Stand vor Corona weiterlaufen wird.“*

4.5 Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung der pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen

Inanspruchnahme finanzieller Hilfeleistungen und gesetzliche Bestimmungen

Aus den offenen Angaben geht hervor, dass finanzielle Hilfeleistungen, die vom Gesetzgeber im Zuge der Pandemie zur Verfügung gestellt wurden, vielfach in Anspruch genommen wurden. Hierzu zählen insbesondere Leistungen der Pflegeversicherung aus dem Pflege-Rettungsschirm. Die Grundlage hierfür sind die mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (§ 150 SGB XI) für die ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen beschlossenen Änderungen[8]. Hiermit sollen vor allem die Mehrkosten durch die Beschaffung von zusätzlicher Schutzausrüstung wie Masken und Desinfektionsmittel wie auch Mindereinnahmen durch den Ausfall von Leistungen gedeckt werden. Viele der befragten Einrichtungen geben an, diese beantragt zu haben, a) zur *„Refinanzierung der deutlich gestiegenen Kosten und der Einnahmeausfälle“*, b) *„um den Ausfall an ehrenamtlichen Begleitungen zu kompensieren“,* c) *„um die Einsätze der Mitarbeiter honorieren zu können“* oder einfach d) *„zur Vorsicht*". Auch genutzt wird der *„Pflege-Rettungsschirm bei Personalaufstockung - wenn wir denn Personal/ Bewerber bekommen“.* Aus den Aussagen wird deutlich, dass es oftmals keine anderen Möglichkeiten der Finanzierung gebe, um trotz der Einbußen als Pflegeeinrichtung weiter bestehen zu können. *„Natürlich müssen wir durch die* [drohende] *Zwangsschließung auch die finanziellen Hilfen in Anspruch nehmen.“*

Unterschiedlich sind die Wahrnehmungen bezüglich der Art und Weise der Beantragung, der Antragsberechtigten und der Frage der ausreichenden finanziellen Ausstattung des Pflege-Rettungsschirms. Das Ziel, die Leistungen aus dem Pflege-Rettungsschirm unbürokratisch und direkt beziehen zu können, ist manchen Aussagen zufolge nicht erreicht worden. Beklagt wird in diesem Zusammenhang der *„Bürokratiewahnsinn!“* und das Erfordernis, sich *„mit einer komplizierten Exceltabelle auseinanderzusetzen und mit deren Verfahren*.“ Dies führt bereits vor Beantragung zu Skepsis: *„Finanzielle Unterstützungsangebote möchte ich wahrnehmen, wenn ich durch den Dschungel der Anträge komme*“. Einige nehmen daher bevorzugt *„extern finanzielle unbürokratische Zuwendungen*“ in Anspruch, wie z. B. Bonuszahlungen. Andere loben, der *„Pflege-Rettungsschirm funktioniert einwandfrei und sehr zügig*“.

Groß ist der Dank bei denjenigen, die Hilfen aus dem Pflege-Rettungsschirm erhalten konnten (*„Ich habe die Corona -Soforthilfe beantragt und schon erhalten, großer Dank*“) und groß ist die Sorge bei denjenigen, die nicht antragsberechtigt sind (*„Finanzielle Unterstützung für ambulante Hospizdienste werden noch verhandelt und können noch nicht in Anspruch genommen werden*“) oder denjenigen, bei denen die *„[…] die Voraussetzungen (Covid-bedingte Mindereinnahmen oder Personalausfälle) nicht zutrafen.“* Die Hoffnung ist: *„Wenn er das hält was er verspricht, muss ich keine weiteren Hilfen wie Kredite oder Soforthilfen in Anspruch nehmen*“. Einige geben an, zusätzlich Kredite (z. B. „KfW-Kredite“) in Anspruch nehmen zu müssen. Die Beantragung dieser sei jedoch auch *„extrem bürokratisch, da immer mehr Zahlen und Information benötigt werden*“.

Einige Befragte geben an, finanzielle Hilfen bisher für den Ausgleich der Mehrausgaben aufgrund vorhandener Rücklagen noch nicht zu benötigen (*„Wir benötigen keinen Pflege-Rettungsschirm, weil wir extrem nachhaltig bei der Personalauswahl und der Aufnahme von Patienten vorgehen*“), sehen aber die Notwendigkeit des Ausgleichs von Mehrbelastung der Mitarbeitenden: „[finanzielle Hilfen] *bisher noch nicht notwendig, wir hoffen, die versprochenen 1500 Euro pro Mitarbeiter vom Staat zu bekommen*“. Hierzu wird zudem angemerkt: *„Es wird erwartet das man*

[8]https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/2020-03-30_Erlaeuterungen_Pflegerettungsschirm_150_Abs.35_SGB_XI.pdf

eine Prämie bis zu 1500 Euro den Mitarbeiter auszahlt - was ich sehr gut finde - aber warum ich [es] *als kleiner Unternehmer* […] *aus eigener Tasche zahlen* [muss]*? Das kann ich mir gar nicht leisten".* Gewünscht werden *„Zuschüsse für kleine Unternehmen",* da diese durch Einnahmeausfälle und Mehrausgaben aufgrund fehlender Unterstützung und Absicherung von bspw. größeren Trägern finanziell besonders gefährdet sind und von Bonuszahlungen und Hilfeleistungen ausgeschlossen werden.

Weitere finanzielle Hilfsleistungen würden über den *„Katastrophenschutz vom Landratsamt", „Pflegebonus und Verpflegungskosten",* ein *„Sonderprogramm des Freistaates Bayern"*, über *„Sozialversicherungsbeiträge (Stundung)"* oder *„Steuerstundung"* bezogen oder haben *„Löhne finanziert über das Infektionsschutzgesetz*."

Infolge der ausbleibenden Einnahmen und des Wegfalls von Leistungen werde in Einzelfällen auch *„Antrag auf Kurzarbeit gestellt"*, insbesondere gelte die *„Anzeige Kurzarbeit für Bereich Betreuung / Hauswirtschaft"*.

Vorsorgemaßnahmen

Zum Schutz vor der Ansteckung mit und Übertragung von der Virusinfektion gilt es für einige, *„im Vorfeld* […] *alle Eventualitäten zu bedenken"*, *„Hygienemaßnahmen noch strenger als sonst einzuhalten"* sowie *„zusätzliche Hygienemaßnahmen"*, *„Einhaltung des Besuchs- / Kontaktverbots"* und *„verstärkte Kontrolle bei der Durchführung"* umzusetzen. Auch wird angegeben, durch *„Vorbereitung auf den "Worst-Case"", „prophylaktische Maßnahmen"* und *„Isolationsstrategien"* vorzusorgen. Einige entwickeln *„Pandemiepläne"* oder *„Notfallpläne für den Eintritt des Infektionsfalls"*. Andere geben an, mit *„Umsatzsteigerung"* vorzusorgen.

Zu den weiteren Hygienemaßnahmen zählen z. B.: *„Desinfizieren der Autos und Arbeitsflächen die gemeinsam genutzt werden."* Auch *„Flächendesinfektionsmittel werden an Patienten verteilt, womit Türklinken, Lichtschalter, Pflegebetten, Telefone, Rollstühle, Rollators, Medikamentendispenser, Patientenmappen und alle anderen potenziellen Infektionsquellen durch Mitarbeiter desinfiziert werden."* Einige, hier Hospize, haben bereits frühzeitig Maßnahmen ergriffen*: „Wir haben sehr früh mit dem Tragen eines Mund-Nasenschutzes bei den Patienten, Ärzten und im Büro begonnen. Zu der Zeit wurden wir noch belächelt"* und andere geben an, sich *„gut auf die Situation schon im Februar vorbereitet"* zu haben.

Zur Vorsorge zähle auch, Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des Betriebs umzusetzen: *„Wir haben uns darauf vorbereitet, unsere Versorgungen auch bei Personalausfall dauerhaft zu sichern*. *Zusätzlich können wir die Belegung um 60% erhöhen, um zu vermeiden, dass Hochrisikopatienten in ein KH eingewiesen werden müssen."* Hierzu werden z. B. *„besondere Pläne zur Schaffung von personellen Ressourcen, Versetzen der Dienstzeiten, um Zusammenkünfte zu vermeiden"* entwickelt, oder *„PDL [Pflegedienstleitung] und Stellvertretung sehen sich so gut wie nicht, um eine gegenseitige Ansteckung zu vermeiden, damit der Betrieb weitergeführt werden kann".* Zudem wurden Ressourcen für Separation und Versorgung infizierter Personen geschaffen. Beispielhafte Maßnahmen sind *„Aufnahmestopp", „Schaffung einer Quarantänestation"* oder ein *„vorsorgliches Einrichten einer Pandemiestation."*

Materielle Ausstattung

Vor dem Hintergrund mangelnder Schutzmittel und bestehender Lieferungsengpässe müssen Pflegeeinrichtungen auf alternative Strategien und Maßnahmen zurückgreifen, die eine Einhaltung der Hygienevorschriften ermöglichen und das bestehende Infektionsrisiko minimieren. Die meisten genannten Strategien und Maßnahmen zielen auf die *„Ausstattung der Mitarbeiter mit Behelfsmasken und Händedesinfektion auch für den privaten Bereich"* ab. Da die Beschaffung

von Schutzmaterialien als weitere große Herausforderung und Belastung genannt wurde, gelte: *„Schutzausrüstung ist rationiert, kontrollierte Ausgabe derselben“*. Zudem helfen sich einige der Befragten durch alternative Lösungen aus, um die Materialien vorhalten zu können. Nachdem oft *„Jegliche Angebote von Schutzkleidungen geprüft“* würden, würden *„kreative Ideen aufgenommen zur Herstellung von MNS* [Mund-Nasen-Schutz]“. *„Mundschutze werden selber genäht“* oder ein *„selbst gebauter Gesichtsschutz“* genutzt. Auch zur Beschaffung von Desinfektionsmitteln würden mehrfach eigene Lösungen entwickelt: *„ich bekomme kein Desinfektionsmittel, ich stell es selbst her“*. Andere nehmen *„Hohe Ausgaben für alle Mittel zur Vorbeugung bzw. Verhinderung von Ansteckung“* in Kauf. Auch die *„Beschaffung der Anti-Körper-Tests für alle Mitarbeiterinnen“* wird als Maßnahme genannt.

Strukturelle Strategien und Maßnahmen

Die verschiedenen Vorschriften, Ein- und Beschränkungen und Belastungen erfordern ein *„Verlassen der normalen Routineabläufe“*. Entwickelt wurden *„strukturelle Maßnahmen zur Unterbrechung von Infektionsketten“*, insbesondere mit dem Ziel, eine *„ausreichende Personalbesetzung sicher zu stellen“*. Umgesetzt werde dies oftmals durch die *„Umgestaltung diverser Abläufe, um Kontakte insbesondere in den Büroräumlichkeiten so gering wie möglich zu halten.“* Weitere Strategien, um Ansteckungswege zu verringern und damit Infektionen und Personalausfälle zu verhindern, sind z. B. *„die „Bildung kleiner Teams“, „Umstellung der Tourenplanung* [im ambulanten Bereich]“, *„Umstrukturierung Dienstplan“*, *„Aufnahmestopp, Besuchsverbot und Ausgangsverbot der Bewohner/Innen“, „internes Kontaktverbot zwischen den einzelnen Mitarbeitern“*, *„Verzicht auf Dienstbesprechungen und Visiten* [im ambulanten Bereich]“, *„keine gemeinsamen Übergaben“*, *„Absage der nicht unbedingt notwendigen Leistungen, um Kontaktzeiten zu reduzieren“*, *„eine konsequente Schließung des Hauses“*, *„Notfallpläne erstellen und umsetzen“*, *„betriebsinternes Pandemiehandbuch“*, *„ständige Anpassung des Pandemieplans“*, *„Kategorisierung der vorhandenen Patienten“*, *„strikte Abisolierung der verschiedenen Unternehmensbereiche voneinander, um Totalausfälle zu vermeiden und Handlungsfähigkeit zu bewahren; inkl. strikter Aufteilung der Leitung.“* Berichtet wird auch über einen *„Besucherraum mit "Überwachung" durch Personal, Besuch steht auf gleicher Ebene vor dem Fenster, Abstand 4m.“* Ein *„gegenseitiges "Abfragen" der Mitarbeiter nach freien Tagen nach Kontakten“* wurde in einer Einrichtung als Kontrollmechanismus etabliert.

Personalbedingte Engpässe erfordern vor allem strukturelle Lösungen zur Aufrechterhaltung des Betriebs. Hierzu wurden verschiedene Maßnahmen genannt: *„wir haben unser Personal vorsorglich mit Zeitarbeitspersonal aufgestockt“*, *„Diakonische Helferinnen als Ehrenamtliche zur zusätzlichen Betreuung“*, *„Akquisition neuer MitarbeiterInnen“*, *„Unternehmensübergreifende oder interne Arbeitnehmerüberlassung“; „Bereichsübergreifender Mitarbeitereinsatz“*, *„Abbau von Mehrstunden und Resturlauben“ „Abbau von Überstunden, Gewähr von Urlaub“*, *„Im Bedarfsfall Urlaubssperre“*, *„Stundung der Sozialversicherungsbeiträge der Mitarbeiter“*, *„Einsatz der nicht voll ausgebildeten MA im Pflegebereich“* und *„betriebsbedingte Kündigungen“*.

Zum Schutz gefährdeter Mitarbeiter*innen wurden auch personalstrukturelle Maßnahmen ergriffen: *„Stark gefährdete Mitarbeiter des Pflegedienstes (aufgrund von eigenen Grunderkrankungen oder Alter) sind von der Pflege freigestellt.“*

Durch die Schließung von Angeboten wie der Tagespflege setzen die Einrichtungen die dadurch freiwerdenden Personalressourcen anders ein (*„Bereichsübergreifender Mitarbeitereinsatz“*). *„Wir haben die Pflegekräfte der Tagespflege in die ambulante Pflege eingearbeitet, für den Fall, dass wir dort einen Personalengpass erhalten.“ „Personal aus anderen Unternehmenszweigen arbeitet im stationären Bereich“*. Dennoch werde versucht, eine personelle Kontinuität aufrechtzuhalten: *„Kontinuität in den Touren noch mehr gewährleisten“*.

Weiterhin wurden die *„Installation einer "Corona Sprechstunde" 3 x wöchentlich seitens des Trägers“* und *„hinterlegen von Infomaterialien“* als strukturelle Maßnahme genannt, um Kommunikationswege vor allem zum Austausch arbeitsrelevanter Informationen sicherzustellen. Die Etablierung eines *„Krisenstabs“* oder von *„Krisenteams und Pandemiebeauftragten“* wurden zusätzlich genannt: *„Intern tagt regelmäßig zu allen aktuellen Fragestellungen ein Krisenstab, der u.a. behördliche Anforderungen berücksichtigt und entsprechende Maßnahmen verfolgt.“* Andere geben an, *„Dienstbesprechungen und Fortbildungen sind bis auf weiteres ausgesetzt.“*

Die Grenzen der Umstrukturierung werden in der unzureichenden Digitalisierung von Prozessen gesehen: *„Weitere Maßnahmen, die die strukturellen Prozesse wie Anforderung von Rezepten, Verordnungen ohne eGK* [elektronischen Gesundheitskarte] *betreffen, sind begrenzt, da es keine Ansprechpartner gibt, die sich einsetzen*.“

Um die Belastungen der pandemiebedingten Mehrarbeit auszugleichen, wird die *„Verteilung der Verantwortlichkeiten (Materialbeschaffung, Informationssammlung, Schulung,...)“* als Strategie genannt. *„Die Mitarbeitenden haben auch vorher schon nicht in Hierarchien, sondern in der Verantwortlichkeit von Aufgabenbereichen gearbeitet - das schützt jetzt vor Überbelastung*.“

Technische Lösungen

Infolge der Einschränkungen des persönlichen Kontakts berichten einzelne Einrichtungen von technischen Lösungen, um den Kontakt intern zwischen Mitarbeitenden sowie zu Patient*innen und Angehörigen halten zu können. Dienstbesprechungen und Fortbildungen finden bspw. über Videotelefonie statt und es würden *„E-Learning-Plattformen“* eingerichtet. Auch werden *„regelmäßige Newsletter anstelle von Teambesprechungen“* genutzt. Technische Lösungen wie das *„Anbieten von Videotelefonie für Angehörige, um psych. Belastung zu minimieren“*, eine *„telefonische Sprechstunden für Angehörige“* oder das Einrichten von *„Skype und Whats App Telefonie für Bewohner und Angehörige“* wird häufig aus stationären Einrichtungen berichtet. Andere *„sind alle zwei Tage mit den Angehörigen über Mail im Kontakt und halten sie über das Leben im Haus auf dem Laufenden*.“

Aus ambulanten Palliativdiensten wird berichtet, sie seien *„jederzeit für Betroffene, Angehörige und unsere Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen telefonisch erreichbar“* und böten *„Trauergespräche im Büro, nur telefonisch“*. Auch wird von einem *„Projekt digitale Sterbebegleitung*" berichtet. Jedoch würde, wie eine Leitungskraft feststellt, *„eine telefonische Begleitung von Schwerstkranken, Sterbenden und deren Angehörigen kaum angenommen“* und darüber hinaus nicht viel mehr Möglichkeiten bestünden, den Betroffenen beizustehen.

Die Grenzen technischer Lösungen scheinen auch dann erreicht, wenn es um die Ausstattung und Erprobung von Technologien geht: *„Für den digitalen Austausch fehlen erforderliche Mittel, Mitarbeiter sind auf digitale Kommunikation und digitales Lernen unzureichend vorbereitet. Gleiches gilt für den Austausch der Bewohner mit Angehörigen und Bezugspersonen*.“ Aufgerüstet werden kann dann vereinzelt durch finanzielle Rücklagen: *„Wir widmen Spendengelder - nach Absprache - um und werden Tablets anschaffen, und den Pflegeeinrichtungen* […] *zur Verfügung stellen, damit wenigstens die Angehörigen leichter Kontakt zu Verwandten, die erkrankt sind, oder im Pflegeheim leben, halten können.“* Auch der Zugang zum Internet ist teilweise erschwert. So berichtet eine Leitungskraft: *„Nicht ausreichend hohe Internetbandbreite --> Einrichtung Tablets bei Senioren für Videoschaltung etc. Dies ist an einigen Orten rein über das, auch zum Teil schwache, Mobilfunknetz möglich*.“

Soziales Miteinander, Kommunikation und Klima

Die durch die Pandemie entstandenen Unsicherheiten bei den Einrichtungen und Mitarbeiter*innen verlangen Strategien sozialen Miteinanders, besonderer Kommunikation nach innen und außen und ein lösungsorientiertes Klima. Dies erfordert ein hohes Engagement der Führung. Trotz der eigenen arbeitsbezogenen und finanziellen Belastungen vertreten befragte Leitungskräfte die Auffassung: *„Es sind die Ängste der Kunden und Mitarbeiter, die jetzt im Fokus stehen, und wir als Führungskräfte hoffentlich richtige Wege gehen bzw. vorgeben*". Zu den Strategien und Maßnahmen in diesem Bereich zählen nach Angabe der Befragten die *„Beruhigung von Mitarbeitern (müssen ohne Masken arbeiten, da keine vorhanden sind)*", *„Mitarbeiterpflege*", *„anteilnehmende Gespräche mit den Mitarbeitern*", *„Mitarbeiter Motivation*", *„Bewohneranimation*", *„Zusammenhalt*" stärken, *„Teamgeist fördern*", ein *„gutes Arbeitsklima*" schaffen, *„guter Kontakt zu pflegenden Angehörigen*" herstellen, *„Angehörigen- und Seelsorgearbeit*", *„Kontakt zu den Krankenhaussozialdiensten*" pflegen, *„Netzwerken*" *und/*oder den *„Austausch im Verbund mit anderen Diakoniestationen*" pflegen.

Die Aussagen der Leitungskräfte verdeutlichen die Relevanz und den Beitrag des sozialen und arbeitsbezogenen Klimas in der Einrichtung und damit des sozialen Kapitals, um generell arbeitsfähig zu bleiben, aber auch in Krisenzeiten Herausforderungen gut bewerkstelligen zu können. Hervorgehoben wird, dass es nun auf *„Ruhe, Kraft, Solidarität* [ankomme] - *wie auch in Zeiten ohne Krise, jetzt aber noch stärker*". Ziel ist: *„Keine Panik verbreiten, sachlich bleiben, so normal wie möglich die Arbeit verrichten.*" Hierzu besteht die Strategie der Führungskräfte oftmals darin, *„Sicherheit auszustrahlen*".

Um Unsicherheiten aufzufangen, sei es laut der befragten Leitungskräfte erforderlich *„jederzeit für Fragen und Ängste der MA, Kunden oder Angehörigen offen zu sein*" und *„transparente Kommunikation und Information ggü. Kunden und Mitarbeitern*" zu ermöglichen. Vorgeschlagen wird eine *„schnelle Reaktion, so dass Mitarbeiter sich professionell aufgehoben fühlen*". Ein *„enger (nicht räumlich) Kontakt zu Mitarbeitern* [helfe]*, um etwaige Überforderungen/Probleme schnell zu erfassen*" und *„viele persönliche Gespräche der Führungskräfte mit den Mitarbeitern* [helfen]*, um eine Einschätzung der aktuellen Belastung zu erhalten*", um entsprechende Lösungsmaßnahmen einleiten zu können. Dies erfordere *„jederzeit erreichbare Führungskräfte für die MA* [Mitarbeiter*innen]" *und „regelmäßige Teamsitzungen zum aktuellen Stand der Dinge plus Anpassung unserer Aktionen an diesen.*" Auch helfe die *„Einbeziehung der Mitarbeiter in die Kommunikation mit den Behörden, z. B. bei der Beschaffung von Materialien*", um die Akzeptanz für die Situation zu erhöhen.

Wichtig sei auch das *„Gespräche führen mit Patienten (zur Wichtigkeit der Vorschriften), um dadurch Sicherheit zu vermitteln*". Dies erfordere ebenso eine *„dauernde Kommunikationsbereitschaft gegenüber Mitarbeitenden und Bewohnern und Angehörigen*". Um auch Angehörigen Unsicherheiten zu nehmen, sind Einrichtungen bspw. *„alle zwei Tage mit den Angehörigen über Mail im Kontakt und halten sie über das Leben im Haus auf dem Laufenden*." Um den sozialen Kontakt zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen trotz Kontaktbeschränkungen zu halten, bieten stationäre Einrichtungen alternative und wählbare Angebote an. *„Erst einmal versuchen wir so weit wie möglich Selbstbestimmung und Wahlfreiheit zu gewährleisten in den Angeboten durch multiplizierte Angebote, durch Kontaktaufnahme via Fenstern, Skype usw.*" Im ambulanten Bereich wird durch *„engen telefonischen Kontakt mit Patienten*" der fehlende persönliche Austausch kompensiert.

Beklagt wird der Umstand, dass Unsicherheiten, die durch politische Aussagen in den Medien versursacht würden, aufgefangen werden müssten, um ein positives Miteinander und eine hohe Motivation aufrecht halten zu können. *„Pflegekräfte werden durch die Medien bzw. durch zu*

schnellen Zusagen von Politiker dazu animiert, hohe monetäre Forderungen zu stellen. Führungskräfte müssen sehr viel Aufklärungsarbeit betreiben. Spürbare Folgen in einzelnen Teams: Abbruch von Motivation bei den Pflegekräften". Reagiert wird dann oft mit internen, eigenfinanzierten Motivationshilfen, auch, weil „*man […] als Arbeitgeber nicht der Buh-Mann sein und wettbewerbsfähig bleiben* [will]". Erhöht werden könne so z. B. die „*Motivation der Mitarbeiter durch ein zusätzliches Angebot an Getränken während des Dienstes und weitere Aufmerksamkeiten, z. B. Handpflegeprodukte*", „*Verpflegungsgeld für die Mitarbeiter*", „*Einkaufsgutscheine für die Mitarbeiter*", „*freiwillige Zahlung an MA*" und „*Motivation der MA z. B. durch Supervision*". Weiterhin gelinge eine „*Bestärkung des Teams durch Darstellung der Kompetenz der eigenen Einheiten und der evtl. Möglichkeiten diese auszubauen*." Ziel ist es, „*Ruhe bewahren, für gute Stimmung sorgen*", aber auch eine Stärkung des Selbstbewusstseins. „*Ich als Geschäftsführer des Pflegedienstes stärke das Selbstbewusstsein unserer Mitarbeiter unter dem Motto: Wachsam, aber nicht ängstlich!*". Dabei helfe „*Mut zur Wahrheit und diese mit Zivilcourage und Diplomatie vorzutragen, anzusprechen, darauf hinzuweisen und mit Stolz die Pflegebranche zu vertreten*."

Hinsichtlich der Gefahr der Ansteckung von Kolleg*innen und Pflegebedürftigen, sehen die befragten Leitungspersonen das Zugehörigkeitsgefühl zur Einrichtung und ein damit verbundenes erhöhtes Verantwortungsbewusstsein als eine mögliche Strategie zur Einhaltung der Hygienestandards und Vermeidung von Infektionen. So wird berichtet: „*dadurch, dass wir keine Personalfluktuation haben, identifizieren sich die Mitarbeiter mehr mit der Einrichtung und halten die Hygienestandards ein; schließlich möchte niemand den Virus einschleppen!*".

Zum einen fordern die pandemiebedingten Herausforderungen laut Aussagen der Leitungskräfte Zusammenhalt, zum anderen fördern die Umstände diese. „*Zusammengehörigkeitsgefühl ist gestiegen, Mitarbeiter und Leitungskräfte sind im Alltag "näher" zusammengerückt*." „*Die Corona Krise hat unser Team gefestigt und befähigt, mit den Schwierigkeiten gut fertig zu werden. Die finanzielle Unterstützung hat sehr viel dazu beigetragen*". „*Das Team ist noch fester zusammengewachsen und arbeitet hoch professionell zusammen. Humor und Freude wird trotzdem großgeschrieben*."

Generell wird betont, dass „*Wenn alle zusammenhalten und zusammenarbeiten, sei es die Politik, die Behörden und alle Pflegeeinrichtungen etc., können wir schneller aus dieser Krise kommen*." Denn, so die Aussage einer Leitungskraft: „*Keine Hilfestellung von außen, kein Rettungsschirm kann den Zusammenhalt, das Verständnis füreinander und das "sich-auf-den-anderen-verlassen-können" toppen!*"

Austausch/Unterstützung durch andere

Im Kampf gegen die pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen konnten und mussten einige Einrichtungen auf die Hilfe Dritter zurückgreifen. Diese Dritte sind Träger, Verbände, Unternehmen, Vereine, Ämter und Behörden oder Privatpersonen. Dies gilt besonders für die Beschaffung von Schutzausrüstung: „*ein Krisenstab Corona vom Landkreis versorgt uns mit Schutzmittel und die* [Firmenname] *hat Desinfektionsmittel verschenkt. Selbst genähte Mundschutz von einer bekannten Raumausstatterin hielt uns zum Anfang über Wasser*". Die Beschaffung von Schutzmasken erfolge zudem „*über unseren Berufsverband*", über die „*Verteilung über die städt. Feuerwehr*" oder „*über das Landratsamt / THW* [Technisches Hilfswerk]". Einige nehmen das „*Angebot vom Verband an, dass er die Hilfsmittel, die er bekommt und uns zuschickt, direkt mit KK* [Krankenkassen] *abrechnet*". Andere griffen auf „*Unterstützung von Angehörigen*" zurück.

Auch hinsichtlich der Beschaffung arbeitsrelevanter Informationen erscheint *„Netzwerken“* und eine *„Offene Kooperation mit den vorgebenden Institutionen, wie Gesundheitsamt, Kreisverwaltung, Berufsverband, Landesregierung“* dringend erforderlich. Andere betonen einen *„guten Kontakt zu pflegenden Angehörigen“* oder *„guten Kontakt zu den Krankenhaussozialdiensten“*, *„Kontakt zum Kreis und dem Gesundheitsamt sowie dem Berufsverband bpa* [Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)]“, einen *„engen Kontakt mit Gesundheits- und Landratsamt“*, eine *„enge Zusammenarbeit mit dem hiesigen Gesundheitsamt/Katastrophenschutz“*, eine *„enge Rücksprache mit dem Landesamt und den Kostenträgern“*, die *„Vernetzung unseres Kreisverbandes, Private Kontakte“* und die *„Vernetzung mit anderen Pflegeeinrichtungen“* als förderlich. Auch andere erwähnen *„Möglichkeiten des Landesverbandes und der Sozialverbände“* oder sie würden *„Kompetenzen Dachverband/Nachbareinrichtungen nutzen“*.

Eher negativ wird die Kooperation mit den Krankenkassen und der Regierung bewertet: *„Die verdammten Krankenkassen sind nicht im Geringsten eine Hilfe“*. Auch Versprechungen der Regierungen werden kritisiert: „[…] *es wird versprochen von der Regierung, aber* […] *wenn wir uns nicht selbst darum kümmern würden und der Verband uns nicht geholfen hätten, hätten wir kein Material!“*

Die als formal aufwändig beschriebene Beantragung finanzieller Hilfen erfolge oftmals über Träger oder Verbände: *„Die finanziellen Zuschüssen werden von Seiten des Verbandes zentralseitig beantragt.“* Bei der Abklärung von finanziellen Auswirkungen können einige auch durch Kooperationen profitieren: *„Unterstützung vom Hospiz- und Palliativ Landesverband Rheinland-Pfalz (HPV) ist zugesagt worden. Dort steht man in Gesprächen mit den GKV/ PKV darüber, wie erwartete Einnahmeausfälle der Ambulanten Hospizdienste für 2020 ggf. ausgeglichen werden können.“*

Schulung, Beratung und Aufklärung

Um die vielen handlungsrelevanten Informationen rund um die Situation und den Umgang mit der Pandemie in der Einrichtung anwenden zu können, werden laut der Befragten Möglichkeiten der Schulung, Beratung und Aufklärung von Mitarbeitenden, Pflegebedürftigen und Angehörigen genutzt - vor allem zum Thema Hygienevorschriften. Von Führungskräften verlange dies, *„im Thema aktuell auf hohem Niveau informiert“* zu sein und diese Informationen *„flexibel* […] *konstruktiv sofort ins Team zu bringen und geplant um*[zu]*setzen“*. Notwendig sei *„Aufklärungsarbeit rund um die Uhr“* und eine *„hohe Präsenz der Führungskräfte, um Missverständnisse und Unklarheiten aus dem Weg zu schaffen“*.

Ziel einer *„transparenten Informationspolitik Intern / Extern“* und einer *„Weitergabe sinnvoller und situativer Informationen“* sei zum einen die *„Förderung der Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeiter“*. Zum anderen ist das *„Hinwirken auf das ständige Gefahrenbewusstsein bei allen Mitarbeitern“* ein besonderes Ziel, um eine Einhaltung von Hygienestandards und Abstandregeln sicherzustellen. Genutzt werden hierzu bspw. *„Merkblätter zu Hygienemaßnahmen“* oder *„E-Learning-Plattformen“*. Auch können durch Schulung, Beratung und Aufklärung Ängste genommen werden: *„Einige Mitarbeiter hatten zu Beginn der Pandemie so große Angst vor einer Infektion, dass sie äußerten, sie werden dann nicht mehr arbeiten kommen. Mittlerweile haben wir durch konsequente Aufklärung und Schulungen diese Grundeinstellung ändern können.“*

Berichtet wird auch von einer *„Erhöhung der Aktivitäten und Mittel bezüglich medialer Darstellung unserer Tätigkeit“*, *„Öffentlichkeitsarbeit“ und einer „engmaschige*[n] *Präsenz bei Facebook“* zur internen und externen Aufklärung, aber auch zur Wahrung einer positiven Außendarstellung, um Klient*innen und Mitarbeiter*innen zu halten oder zu gewinnen.

Mehrarbeit und Zusatzaufwand

Einigen Kommentaren zufolge seien die zusätzlichen pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen lediglich durch Mehrarbeit und Zusatzaufwand, vor allem auf Seiten der Leitungskräfte, zu lösen. So sei *„erhöhter Aufwand in allen Bereichen,* [aber] *keine finanziellen Hilfen nötig*“. Es werde *„Mit einem noch höheren Stundentag, besonders der Leitungskräfte versucht, Hygienekonzepte, Angehörigen- und Seelsorgearbeit und alle weiteren Vorgaben nach Möglichkeit umzusetzen*.“ Auch notwendig sei eine *„verstärke Zeitaufwendung zur Beschaffung von Schutzausrüstungen*“.

Um Risikogruppen vor Ansteckung in der Öffentlichkeit zu schützen, wurden zusätzliche *„Einkaufsangebote für unsere Pflegebedürftigen und Menschen in der Nachbarschaft*“ entwickelt. Kontaktsperren erfordern zudem *„zusätzliche Telefonate mit Ehrenamtlichen und Sterbenden*“. Zudem wird berichtet: *„Wir investieren sehr viel mehr Zeit am Telefon um Zusammenhänge zu erklären. Teilweise ist die Stimmung sehr angespannt. Man benötigt viel Energie um auszugleichen*.“

Die erhöhte Arbeitsintensität erfordert nach Angaben der Leitungskräfte oftmals eine *„intensivere Begleitung und Betreuung der Mitarbeiter (Ängste, Mehrbelastung physisch und psychisch)* […] *und mehr Gespräche mit Bewohnern und Angehörigen*“. Die Mehrarbeit der Leitungskräfte besteht dann vor allem in der Schulung, Beratung und Aufklärung. Diese sind zum Erhalt des Wohlbefindens aller Betroffenen sowie für ein adäquates Verhalten zum Schutz vor Ansteckung und Übertragung unerlässlich und unersetzlich. Demnach wird berichtet: *„Wir haben alle MA und Angehörigen aufgefordert, sich bei allen Fragestellungen zu melden, damit wir eine Lösung finden können. Das führt zu Anfragen von Kollegen, wie sie sich im privaten Rahmen verhalten sollen (z. B. bei Körperkontakt zu einem neuen Freund) und zu Anfragen von Angehörigen (traditioneller Friseurbesuch der Mutter vor Ostern). Für all diese Dinge muss eine Entscheidung getroffen werden, die dann weitergegeben und überzeugend vertreten wird - von banal bis dramatisch. Und bei jeder dieser Entscheidungen steht indirekt die Frage von Leben und Tod dahinter, falls sich rausstellt, dass die falsche Entscheidung getroffen worden ist. Das empfinden wir als sehr große Herausforderung und Dauerstress, weil es permanent bei jedem Anruf, jeder Mail vollste Konzentration erfordert. Diese hohe Verantwortung habe ich in 35jähriger Leitungstätigkeit so noch nicht erlebt. Trotzdem will ich das alles auch so tun, weil ich glaube, dass es die einzige Möglichkeit ist, diese Krise erfolgreich für die Menschen, aber auch für die Einrichtung zu überstehen*.“

Deutlich wird, dass jegliche Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung der pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen durch die Verantwortungsübernahme, Mehrarbeit und den Zusatzaufwand der Leitungskräfte getragen werden.

Letztlich helfe nach Ansicht einiger Befragten zur Bewältigung der entstandenen Herausforderungen lediglich eine entsprechende, widerstandsfähige Einstellung („*"Augen zu und durch"-Strategie*“) und Gelassenheit („*Wir als Team der Einrichtung bleiben gelassen, die Zeit wird zeigen wie es weitergeht*“). Andere geben an, sie würden *„Beten, dass wir "ungeschoren" davonkommen*“. Denn, so die Aussage einer Leitungskraft: *„Wir müssen alle Patienten versorgen, egal wie*.“

5. Fazit und Ausblick

Die Studie zielte darauf ab, Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien der Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte in Zeiten der COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie aufzugreifen und zu erfassen.

Herausforderungen und Belastungen in Pflegeeinrichtungen generell und in Krisenzeiten der COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie

Folgende Ergebnisse können hervorgehoben werden:

1. **„Normaler Wahnsinn" verstärkt durch Corona:** Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass sich das pflegerische Versorgungssystem in Deutschland bereits vor Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie an der Belastungsgrenze befand. Sie zeigen aber auch, dass durch die Corona-Pandemie ein zusätzlicher Anstieg der Herausforderungen und Belastungen zu verzeichnen ist.

2. **Beschaffung von Infektionsschutz ist ein zentrales Problem und wird kreativ, aber nicht systematisch gelöst:** Die Beschaffung und der Verbrauch von Schutzausrüstung, die Einhaltung von Hygienevorschriften, die Widersprüchlichkeit und Intransparenz arbeitswichtiger Informationen und Einnahmeausfälle zählen zu den starken Herausforderungen und Belastungen und resultieren in einer Arbeitsverdichtung.

3. **Die Sorge um das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen und Mitarbeiter*innen zählt zu den größten Herausforderungen und Belastungen**: Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden der Pflegebedürftigen und vor allem demenziell erkrankten Menschen seien laut der Leitungskräfte bereits sichtbar. Für die Risikogruppe Pflegebedürftiger, mit oftmals limitierter verbleibender Lebenszeit, gäbe es kaum eine Perspektive. Die Sorge vor der Infektion eines*r Mitarbeiters*in resultiert besonders aus den drohenden Konsequenzen, z. B. der Schließung einer Einrichtung.

4. **Wenn-Dann-Unsicherheiten:** Große Unsicherheit herrscht darüber, was bei COVID-Infektionen für Maßnahmen zu treffen sind und welche Konsequenzen (z. B. Schließung des Dienstes) drohen. Ohne finanzielle Unterstützung sind die Konsequenzen vor allem für kleinere und private Einrichtungen kaum zu tragen.

5. **Schlechterer Gesundheitszustand der Leitungskräfte, aber sie kommen dennoch zur Arbeit:** Das Wohlbefinden der befragten Leitungskräfte hat sich den Einschätzungen zufolge im Zuge der Pandemie um 7,5% verschlechtert. Ebenso erschienen sie nach eigenen Angaben um durchschnittlich 20% häufiger als vor Ausbruch der Pandemie krank bei der Arbeit. Gründe hierfür werden in der pandemiebedingten Mehrbelastung vermutet, die vor allem durch die Leitungen aufgefangen werden müsse.

6. **Individuelle und organisationale Gratifikationskrise:** Deutlich wird, dass sowohl Arbeitsverdichtungen als auch Überlastungszustände bereits vor der Pandemie bestanden und generell in einem Missverhältnis zu der wahrgenommen mangelnden gesellschaftlichen sowie finanziellen Anerkennung stehen. Anstelle von einer als kurzeitig wahrgenommen Anerkennung in Form von Applaus, wird eine leistungsgerechte Vergütung und eine reelle Refinanzierung von Aufwendungen - generell, aber besonders im Zuge der Mehraufwände durch die Corona Situation, gefordert.

7. **Organisationale Coping-Kapazität wird hoch eingeschätzt (Bewältigungsoptimismus):** Trotz der vielschichtigen Auswirkungen der Pandemie glauben rund 62% der Befragten, die damit verbundenen Herausforderungen und Belastungen bewältigen zu können. Dies lässt darauf schließen, dass Pflegeeinrichtungen im Notstand erprobt und dadurch widerstandfähig sind.

Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung der pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen

8. **Finanzielle Hilfen sind hilfreich, aber nicht leicht zu haben:** Ein Großteil der Befragten berichtet, finanzielle Hilfsmittel in Anspruch genommen zu haben, um Einnahmeausfälle und Mehrausgaben auszugleichen. Die Meinungen über die Abdeckung, Beantragung, Bürokratie und Gerechtigkeit von Hilfsangeboten wie dem Pflegerettungsschirm sind gespalten.

9. **Individuelle Bewältigungsstrategien dominieren:** Bei der Bewältigung der Krise ist erkennbar, dass einrichtungsinterne strukturelle Lösungsmaßnahmen im Vordergrund stehen. Diese müssten aufgrund sich dynamisch ändernder interner und äußerer Rahmenbedingungen, Entwicklungen und Vorschriften permanent überprüft und angepasst werden.

10. **Kommunikation als Führungsinstrument in der Krise:** Um die psychischen und physischen Auswirkungen für Mitarbeitende, Pflegebedürftige und Angehörige gering zu halten, zeigten sich eine ständige Kommunikationsbereitschaft, Informierung und Aufklärung seitens der Leitungskräfte als zusätzliche Bewältigungsstrategie.

11. **Sozialer Zusammenhalt als Schlüsselfaktor für die Krisenbewältigung:** Die Befragungsergebnisse verdeutlichen, dass der soziale Zusammenhalt eine der stärksten Ressourcen zur Bewältigung herausfordernder und belastender Situation ist. In Anbetracht generell knapper finanzieller, materieller und personeller Ressourcen, erschienen soziales Miteinander, emotionale Unterstützung und gegenseitiger Verlass an Bedeutung zu gewinnen.

Ausblick

Zwar haben seit Anfang Mai 2020 bereits einige Bundesländer[9,10,11] vereinzelte Lockerungsmaßnahmen der Kontaktbeschränkungen und Besuchsregelungen in Pflegeeinrichtungen umgesetzt, die generell einer sozialen Isolation entgegenwirken sollen. Diese gehen jedoch mit zusätzlichen Hygienemaßnahmen und damit verbundenen Unsicherheiten sowie einem erhöhten Ansteckungsrisiko einher. Dies erfordert eine permanente Abwägung von Risiken der Ansteckung und Risiken der sozialen Isolation – sowohl für die Risikogruppe Pflegebedürftiger als auch Angehöriger und Pflegender. Neben dem damit verbundenen Risiko der Ansteckungs- und Übertragungsgefahr, bedeutet die „Öffnung der Pflegeeinrichtungen“ auch eine erhebliche Mehrbelastung[12]. So bedürfen Lockerungen der Kontaktbeschränkungen in stationären Pflegeeinrichtungen der Vorhaltung und dem Nachweis eines ausgearbeiteten Schutzkonzepts[13]. Zudem besteht weiter das Problem, die damit einhergehenden zusätzlichen Hygienebestimmungen des Robert-Koch-Instituts aufgrund mangelnder Schutzmaterialen nicht umsetzen zu können.

Angemerkt wurde in den offenen Angaben der Befragung zwar: *„Es ist schon immer der ganz normale Wahnsinn!“* Dennoch besteht Unklarheit darüber, welche und in welchem Ausmaß langfristige Folgen zu erwarten sind. Rund 40% sind unsicher, ob sie die gegenwärtige Situation bewerkstelligen können.

[9] https://www.verkuendung-bayern.de/baymbl/2020-240/
[10] https://www.mags.nrw/pressemitteilung/aufhebung-des-generellen-besuchsverbots-einrichtungen-der-pflege-und-der-eingliede
[11] https://corona.saarland.de/DE/service/massnahmen/verordnung-stand-2020-05-02.html
[12] https://www.liga-hessen.de/veroeffentlichungen/pressemeldungen/detail/article/offener-brief-an-ministerpraesident-bouffier/
[13] https://www.hessen.de/sites/default/files/media/2vo_corona.pdf

Impressum:
IMVR – Institut für Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft
der Humanwissenschaftlichen Fakultät
und der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln (KöR)

Dr. Kira Isabel Hower
Eupener Straße 129
50933 Köln
Tel.: 0221-478-97141
E-Mail: kira.hower@uk-koeln.de
http://www.imvr.de

Köln
Mai 2020