Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie

Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Bremen, Juni 2020

Universität Bremen

socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

ipp bremen Institut für Public Health und Pflegeforschung Universität Bremen

Health Sciences Bremen

Projektleitung:

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Grazer Str. 4, 28359 Bremen

Tel.: 0421 218-68960
E-Mail: wolf-ostermann@uni-bremen.de

Prof. Dr. Heinz Rothgang

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen

Tel.: 0421 218-58557
E-Mail: rothgang@uni-bremen.de

Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen:

Dominik Domhoff (IPP)

Anna-Carina Friedrich (IPP)

Franziska Heinze (SOCIUM)

Benedikt Preuß (SOCIUM)

Annika Schmidt (IPP)

Kathrin Seibert (IPP)

Dr. Claudia Stolle (IPP)

INHALT

TABELLENVERZEICHNIS: 7

ZUSAMMENFASSUNG 8

1 EINLEITUNG 11

2 ZIELE UND FRAGESTELLUNG 14

3 DATEN UND METHODEN 15

3.1 Studiendesign 15

3.2 Durchführung der Studie 15

3.3 Datenaufbereitung und -auswertung 15

4 ERGEBNISSE 17

4.1 Pflegeheime 17

4.1.1 Stichprobenbeschreibung 17

4.1.2 Verbreitung der Infektion in Pflegeheimen 19

4.1.3 Personelle und materielle Ressourcen 22

4.1.4 Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit dem Virus 23

4.1.5 Digitale Kommunikation zum Umgang mit der drohenden Isolation Pflegebedürftiger 27

4.1.6 Forderungen an die Pflegepolitik 30

4.2 Teilstationäre Einrichtungen 31

4.2.1 Stichprobenbeschreibung 31

4.2.2 Verbreitung der Infektion in teilstationären Einrichtungen 33

4.2.3 Personelle und materielle Ressourcen 33

4.2.4 Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit dem Virus 34

4.2.5 Digitale Kommunikation in teilstationären Einrichtungen 35

4.2.6 Forderungen an die Pflegepolitik 37

4.3 Ambulante Pflegedienste 39

4.3.1 Stichprobenbeschreibung 39

4.3.2 Verbreitung der Infektion in ambulanten Diensten 41

4.3.3 Personelle und materielle Ressourcen 43

4.3.4 Auswirkungen auf Pflegebedürftige 45

4.3.5 Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit dem Virus 46

4.3.6 Digitale Kommunikation in ambulanten Pflegediensten 49

4.3.7 Forderungen an die Pflegepolitik ... 51

5 DISKUSSION ... 54

5.1 Limitationen ... 54

5.2 Pflegeheime ... 54

5.2.1 Verbreitung von COVID-19 in Pflegeheimen ... 55

5.2.2 Personelle und materielle Ressourcen ... 56

5.2.3 Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit dem Virus ... 56

5.2.4 Digitale Kommunikation ... 57

5.2.5 Forderungen an die Pflegepolitik ... 58

5.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen ... 58

5.3.1 Personelle und materielle Ressourcen ... 58

5.3.2 Forderungen an die Pflegepolitik ... 59

5.4 Ambulante Pflegedienste ... 59

5.4.1 Verbreitung von COVID-19 in ambulanten Pflegediensten ... 59

5.4.2 Personelle und materielle Ressourcen ... 60

5.4.3 Auswirkungen auf Pflegebedürftige ... 61

5.4.4 Digitale Kommunikation in ambulanten Pflegediensten ... 62

5.4.5 Forderungen an die Pflegepolitik ... 62

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN ... 64

7 LITERATUR ... 66

ABBILDUNGSVERZEICHNIS:

Abbildung 1: Verteilung der teilnehmenden Heime auf die Bundesländer (N=819) 18

Abbildung 2: Anteil der von der Infektion Betroffenen nach Einrichtungsgröße 20

Abbildung 3: Anteil der Heime mit infizierten Bewohner*innen an allen Heimen 21

Abbildung 4: Durchschnittlicher Anteil der mit COVID-19 verstorbenen Pflegebedürftigen an allen Heimbewohner*innen (Hochrechnung) 21

Abbildung 5: Mangel an Ausrüstungsgegenständen in stationären Einrichtungen 23

Abbildung 6: Ergriffene Maßnahmen im Umgang mit der Pandemie in stationären Einrichtungen 24

Abbildung 7: Zugangsregelungen in stationären Einrichtungen 25

Abbildung 8: Vorbereitung auf Pandemiesituationen in stationären Einrichtungen (N=738) 26

Abbildung 9: Maßnahmen zum Umgang mit Personalknappheit in stationäre Einrichtungen (N=762) 27

Abbildung 10: Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in Pflegeheimen während der Pandemie (N=728) 28

Abbildung 11: Nutzung von Kommunikationstechnologien in Pflegeheimen vor der Pandemie (Mehrfachauswahl) 29

Abbildung 12: Schaffen zusätzlicher Möglichkeiten zur Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in Pflegeheimen (N=684) 29

Abbildung 13: Unterstützungswünsche von Pflegeheimen in Bezug auf Personal- und Krisenmanagement 30

Abbildung 14: Verteilung der teilnehmenden teilstationären Einrichtungen auf die Bundesländer (N = 96) 32

Abbildung 15: Mangel an Schutzmaterialien in teilstationären Einrichtungen 33

Abbildung 16: Maßnahmen zum Personalmanagement in teilstationären Einrichtungen 34

Abbildung 17: Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in teilstationären Einrichtungen während der Pandemie (N=80) 36

Abbildung 18: Nutzung von Kommunikationstechnologien in teilstationären Pflegeeinrichtungen vor der Pandemie (Mehrfachauswahl) 36

Abbildung 19: Schaffen zusätzlicher Möglichkeiten zur Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in teilstationären Pflegeeinrichtungen (n=62) 37

Abbildung 20: Unterstützung teilstationärer Einrichtungen durch übergeordnete Institutionen 38

Abbildung 21: Wünsche teilstationärer Einrichtungen in Bezug auf eine personalbezogene Unterstützung und Unterstützung im direkten Zusammenhang mit dem Krisenmanagement 39

Abbildung 22: Verteilung der teilnehmenden ambulanten Dienste auf die Bundesländer (N = 698) 41

Abbildung 23: Anteil der Dienste mit infizierten Klient*innen an allen Diensten 42

Abbildung 24: Durchschnittlicher Anteil der mit COVID-19 verstorbenen Pflegebedürftigen an allen Klient*innen (Hochrechnung) 43

Abbildung 25: Veränderung der Inanspruchnahme von Leistungen bei ambulanten Pflegediensten 44

Abbildung 26: Mangel an Schutzmaterialien in ambulanten Pflegediensten 45

Abbildung 27: Einschätzung der Versorgungssituation von Klient*innen ambulanter Pflegedienste 46

Abbildung 28: Vorbereitung auf Pandemiesituationen in ambulanten Pflegediensten (N=605) 47

Abbildung 29: Maßnahmen zum Personalmanagement in ambulanten Pflegediensten (N=621) 47

Abbildung 30: Maßnahmen zur Bewältigung von Pandemiefolgen in ambulanten Pflegediensten 48

Abbildung 31: Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in Pflegediensten während der Pandemie (N=599) 49

Abbildung 32: Nutzung von Kommunikationstechnologien in Pflegediensten vor der Pandemie (Mehrfachauswahl) 50

Abbildung 33: Schaffen zusätzlicher Möglichkeiten zur Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in Pflegediensten (N=516) 50

Abbildung 34: Unterstützung ambulanter Pflegedienste durch übergeordnete Institutionen 51

Abbildung 35: Wünsche ambulanter Pflegedienste in Bezug auf eine personalbezogene Unterstützung und Unterstützung im direkten Zusammenhang mit dem Krisenmanagement 52

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Vergleich der Studienergebnisse und der amtlichen Statistik 18

Tabelle 2: Von Sars-Cov-2 betroffene Bewohner*innen und Mitarbeitende..... 19

Tabelle 3: Vergleich der Studienergebnisse und der amtlichen Statistik für teilstationäre Pflegedienste 32

Tabelle 4: Vergleich der Studienergebnisse und der amtlichen Statistik für ambulante Pflegedienste 40

Tabelle 5: Von SARS-CoV-2 betroffene Klient*innen und Mitarbeitende in ambulanten Pflegediensten (N = 627) 42

Zusammenfassung

In Deutschland – aber auch weltweit – hat die COVID-19-Pandemie schwerwiegende Auswirkungen auf die Gesellschaft und insbesondere das Gesundheitssystem. Zum 2. Juni 2020 weist das Robert Koch-Institut (RKI) für Deutschland insgesamt 182.028 laborbestätigte COVID-19-Fälle aus, darunter 8.522 Todesfälle in Zusammenhang mit COVID-19. 86 % dieser Todesfälle und 16 % aller infizierten Personen waren dabei 70 Jahre oder älter. Vor allem ältere und pflegebedürftige Menschen sind bei einer Infektion mit dem SARS-CoV2-Virus von schweren Krankheitsverläufen und einer hohen Mortalität betroffen. Pflegekräfte wiederum haben aufgrund des direkten Kontaktes mit Pflegebedürftigen ein hohes Risiko an COVID-19 zu erkranken. Aufgrund der Vielzahl potentiell Betroffener (bundesweit 3,4 Mio Pflegebedürftige und 1,2 Mio. Beschäftigte in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege) sollte in der vorliegenden Pandemie-Situation daher ein besonderes Augenmerk auf den Bereichen der ambulanten und stationären Langzeitpflege liegen – auch mit Blick auf eine mögliche zweie Pandemie-Welle.

Derzeit fehlen jedoch valide Daten zur Situation von Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege, die es Leistungserbringern aber auch politischen Akteuren ermöglichen, auf die Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe aufgrund der Pandemie organisatorisch und administrativ zu reagieren. Die Universität Bremen hat daher vom 28. April bis zum 12. Mai 2020 eine deutschlandweite Online-Befragung in (teil-)stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Knapp 18.000 Einrichtungen wurden mit Fragen zu Strukturmerkmalen, zum Vorkommen des SARS-CoV-2-Virus in den Einrichtungen, Auswirkungen der Pandemie z. B. in Bezug auf personelle und sachliche Ausstattung aber auch zu veränderten Arbeitsprozessen und Kommunikationsstrukturen per Email angeschrieben und zusätzlich über Verbände auf die Umfrage hingewiesen. Von 701 Pflegediensten, 96 teilstationären und 824 stationären Einrichtungen liegen nunmehr Daten vor. In Bezug auf zentrale Strukturmerkmale entspricht die Verteilung der beteiligten Einrichtungen dabei im Wesentlichen der bundesweiten Verteilung.

Pflegeheime sind ebenso wie Pflegedienste von COVID-19-Fällen sowohl bei Mitarbeitenden als auch bei den Pflegebedürftigen im hohen Maße betroffen: Werden die hochgerechneten Befragungsdaten in Relation zu den RKI-Daten für den 5. Mai gesetzt, zeigt sich, dass mehr als 60 % aller Todesfälle bundesweit auf Bewohner*innen von Pflegeheimen (49 %) oder auf Klient*innen ambulanter Pflegedienste (12 %) entfallen, wobei ihr Anteil an allen infizierten

Personen nur insgesamt 8,5 % (7,0 % plus 1,5 %) beträgt. Pflegeheime sind damit der wichtigste Ort in Bezug auf mit COVID-19 Verstorbenen. Hierbei zeigen sich große Unterschiede: knapp 80% der Heime haben keine bestätigten COVID-19 Fälle. Die direkte Betroffenheit konzentriert sich also auf wenige Einrichtungen, die dann aber in der Regel stark betroffen sind. Auffallend ist auch, dass insbesondere kleinere Heime einen deutlich höheren Anteil an infizierten und verstorbenen Bewohner*innen mit COVID-19 berichten als größere.

Fast jedes fünfte Pflegeheim und jeder zehnte ambulante Pflegedienst sind darüber hinaus von Erkrankungsfällen bei Mitarbeitenden betroffen, der Anteil der Erkrankten ist unter den Mitarbeiter*innen in Pflegeheimen sechsmal so hoch und unter den Mitarbeiter*innen in ambulanten Pflegediensten doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung, Beschäftige in Pflegeeinrichtungen haben somit ein hohes Infektionsrisiko.

Testergebnisse für Klient*innen wie Mitarbeitende liegen erst spät (durchschnittlich nach drei bzw. vier Tagen für Pflegeheime bzw. ambulante Pflegedienste) vor. Daraus ergeben sich große Infektionsrisiken – insbesondere, wenn berücksichtigt wird, dass Infizierte nach Angaben des RKI bereits zwei Tage vor Symptombeginn ansteckend sind und die höchste Infektiosität am Tag vor dem Symptombeginn besteht. Eine Folgerung aus den vorliegenden Ergebnissen ist daher, dass Reihentests für Pflegedienste (z. B. als gepoolte Tests) als Standard verankert werden und die Ergebnisse schneller übermittelt werden, um Infektionsherde früh zu erkennen.

Von einem Corona-bedingten Personalausfall von bis zu 10 % berichten etwa die Hälfte aller Pflegedienste und mehr als zwei Drittel aller der Pflegeheime, bei einem Sechstel der Pflegeheime liegt der Personalausfall sogar bei mehr als 10 %. Materialengpässe in Bezug auf persönliche Schutzausrüstungen für Mitarbeitende oder Flächendesinfektionsmittel waren ursprünglich sehr groß – so hatten die Hälfte aller Pflegedienste und Pflegeheime während der Pandemie Probleme, ausreichend persönliche Schutzausrüstungen für Mitarbeitende zu bekommen. Inzwischen hat sich die Lage etwas entspannt, allerdings klagt immer noch jeder vierte Pflegedienst und jedes sechste Pflegeheim über zu wenig Schutzausrüstung. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der großen Zahl infizierter Mitarbeiter*innen und Pflegebedürftigen als problematisch zu bewerten. Zukünftig muss daher sichergestellt werden, dass *alle* Einrichtungen und Dienste ausreichende Schutzausrüstungen erhalten und diese refinanziert werden.

Um eine Ausbreitung der Infektion zu begrenzen, haben Pflegeheime drastische Kontaktsperren für Besucher, Ehrenamtliche aber teilweise auch Ärzte, Therapeuten, Fußpflege etc. durchgesetzt, die nunmehr nach und nach wieder aufgehoben werden müssen, um negative Folgen der Isolation für die Bewohnerinnen und Bewohner zu vermeiden. Eine von einem Teil der

Einrichtungen bereits ergriffene, aber noch ausbaufähige Maßnahme ist die Förderung digitaler Kommunikation insbesondere zwischen Heimbewohner*innen und deren An- und Zugehörigen.

Neben der Situation in Pflegeheimen sollte auch ambulanten Pflegediensten in der vorliegenden Pandemie – und auch mit Blick auf eine mögliche zweite Welle – eine erhöhte Aufmerksamkeit zukommen. Hat sich der Blick von Politik und Öffentlichkeit zunächst vornehmlich auf Kapazitäten einer klinischen und intensivmedizinischen Versorgung gerichtet und dann auf Pflegeheime, weil dort viele hochbetagte und multimorbide Menschen auf engem Raum zusammenleben, so blieben Pflegedienste zunächst unbeachtet – sicherlich auch, weil das Robert Koch-Institut zwar explizit über die Situation in Gemeinschaftsunterkünften (inkl. Pflegeheimen) berichtet, aber keine Daten dazu vorliegen, wie viele Pflegebedürftige außerhalb von Pflegeheimen von COVID-19 betroffen sind. Allerdings berichtet knapp die Hälfte aller Dienste, dass die Versorgung von bislang versorgten Pflegebedürftigen gefährdet/instabil oder sogar nicht sichergestellt ist, da ambulante Sachleistungen nicht mehr in Anspruch genommen werden und teilstationäre Angebote ebenso wie in den Haushalten lebende Betreuungskräfte (Live-Ins) nicht mehr bzw. nicht mehr im gewohnten Umfang zur Verfügung stehen. Dass so wenig Aufmerksamkeit auf die häusliche Pflege gerichtet wird, ist angesichts dessen besorgniserregend.

Neben den kurzfristigen Problemlagen einer prekären Versorgung im ambulanten Bereich und dem Problem der sozialen Isolation in Heimen stehen mittelfristig beide Settings vor dem Problem, eine qualitativ hochwertige Versorgung bei zunehmenden Versorgungsaufwänden (u. a. durch Hygieneanforderungen) und gleichzeitigem Personalausfall, der auf eine auch zuvor schon prekäre Personalsituation trifft, sicherzustellen. Als Lösungsansätze zur Überwindung der Krise fordern die befragten Pflegeeinrichtungen – neben der schon benannten ausreichenden Bereitstellung von Schutz- und Desinfektionsmitteln sowie der systematischen und regelmäßigen Testung von Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden – bundesweite und praktikable Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Pandemiesituationen sowie eine bessere Vergütung der Pflegekräfte und eine bessere Personalausstattung insbesondere in Heimen.

1 Einleitung

Die COVID-19-Pandemie fordert weltweit die Gesellschaft und das Gesundheitswesen in bisher nicht gekanntem Ausmaß heraus. Zum 5.5.2020 wurden in Deutschland 166.124 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt,[1] darunter 6.831 Todesfälle in Zusammenhang mit COVID-19 (RKI 2020a).[2] Während gesamtgesellschaftlich eine Sterberate von 4,2 % (Stand 05. Mai 2020) ermittelt wurde, waren 87 % dieser Todesfälle und 19 % aller infizierten Personen 70 Jahre oder älter. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen liegt bei 81 Jahren (RKI 2020a). Nicht nur aufgrund ihrer Altersstruktur gehören pflegebedürftige Menschen zu den vulnerabelsten Gruppen, die bei einer Infektion mit dem SARS-CoV2-Virus in besonderem Maße von schweren Krankheitsverläufen und einer hohen Mortalität betroffen sind.[3] In einer bundesweiten Online-Befragung wurde daher die Erkrankungs- und Versorgungssituation von Menschen mit Pflegebedarf in vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung analysiert.

Etwa ein Drittel aller bisher gemeldeten Todesfälle bezieht sich auf Gemeinschaftsunterkünfte gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (Pflegeeinrichtungen, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden, sonstige Massenunterkünfte, Justizvollzugsanstalten), wobei dieser Wert aufgrund mangelnder Zuordnungen den tatsächlichen Wert unterschätzt (RKI 2020a). Da die Daten für diese Gemeinschaftsunterkünfte nicht differenziert erhoben werden, ist der Anteil dieser Todesfälle, die auf stationäre Pflegeeinrichtungen entfallen, unbekannt. Aufgrund der jeweiligen Altersstrukturen der Einrichtungspopulationen ist aber davon auszugehen, dass der weitaus größte Anteil dieser Todesfälle auf *Pflegeheime* entfällt. Ein realistisches Abbild der Situation in Pflegeheimen ist daher von größtem Interesse. In Pflegeheimen arbeiten derzeit rund 765 Tausend Mitarbeitende[4], die selbst einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Auch deren Situation bedarf daher einer genaueren Untersuchung.

829.958 Pflegebedürftige werden von *ambulanten Pflegediensten* versorgt (Statistisches Bundesamt 2018). Damit ist deren Anzahl ähnlich groß wie die Anzahl der in der stationären Langzeitversorgung lebenden Personen. Pflegebedürftige, die ambulant versorgt werden, weisen

---

1 https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4/page/page_1/ - Stand: 29.5.2020.

2 Der Stichtag 05. Mai 2020 wurde ausgewählt, da zu diesem Zeitpunkt die Hälfte aller an dieser Studie teilnehmenden Pflegeeinrichtungen den Online-Fragebogen ausgefüllt hatten und Angaben der amtlichen Statistik zu diesem Tag daher die höchste Vergleichbarkeit zu den Befragungsdaten aufweisen.

3 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html.

4 https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.

zwar durchschnittlich einen geringeren Pflegebedarf auf als vollstationär versorgte Personen, dennoch ist die Zahl derer mit hohem Pflegebedarf (Pflegegrad 3, 4 oder 5) mit 396.245 Personen groß (Statistisches Bundesamt 2018). In den bundesweit 14.050 Pflegediensten, die Leistungen nach SGB V, XI und XII erbringen, sind 390.322 Mitarbeitende beschäftigt, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit direktem Personenkontakt ebenfalls einem besonders hohen Risiko an COVID-19 zu erkranken ausgesetzt sind (ebd.).

Die COVID-19-Pandemie stellt stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen vor bislang einzigartige Herausforderungen. Die *Personalsituation in stationären Pflegeeinrichtungen* war bereits vor der Pandemie angespannt. So wurde für eine durchschnittliche Einrichtung ein Personalmehrbedarf von insgesamt mehr als einem Drittel konstatiert (Rothgang 2020; Rothgang et al. 2020). Dieser Personalmangel wird durch den Ausbruch der Pandemie weiter verschärft: Zum einen müssen Personalausfälle durch die Pandemie kompensiert werden und zum anderen führt die Umsetzung der Handlungsempfehlungen des RKI zum Umgang mit dem Virus (RKI 2020b) zu einem weiteren Arbeitsanfall. Bereits vor Ausbruch der Pandemie wurde auch die *Personalsituation in der ambulanten Pflege* von den von Büscher et al. Befragten Expert*innen in hohem Maße übereinstimmend als sehr kritisch und angespannt beschrieben. Dies spiegelt für die Autoren den durch die Literaturrecherche gewonnenen Eindruck wider (Büscher et al. 2020: 103).

Unter diesen Rahmenbedingungen eine qualitativ hochwertige Versorgung von Heimbewohner*innen sicherzustellen und ihrer Fürsorgepflicht für Beschäftigte gerecht zu werden, stellt Heimleitungen daher vor große Herausforderungen. Es ist daher notwendig, eine valide Datenbasis zur Betroffenheit der Einrichtungen von der Pandemie, zum Umgang der Pflegeheime mit der Situation und zu den Unterstützungsbedarfen der Einrichtungen zu schaffen, um es Leistungserbringern aber auch politischen Akteuren zu ermöglichen, auf aktuelle Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe von Pflegeeinrichtungen aufgrund der Pandemie organisatorisch und administrativ zu reagieren. Dies ist umso wichtiger, als die Krisensituation vermutlich noch eine längere Zeit bis zur Verfügbarkeit eines Impfstoffes anhalten wird. Hierzu beizutragen ist das Ziel der Umfrage in Pflegeheimen, über die hier berichtet wird.

Durch die Pandemie ergeben sich nun neben der Kompensation von Personalausfällen zusätzliche Anforderungen durch veränderte Arbeitsbedingungen, z. B. aufgrund notwendiger Hygienerichtlinien und Handlungsempfehlungen, die die Arbeitsbelastung beruflich Pflegender verdichten. Empfehlungen für einen ressourcenschonenden Einsatz von Mund-Nasen-Schutz (MNS) und FFP-Masken in Einrichtungen des Gesundheitswesens bei Lieferengpässen im

Zusammenhang mit der neuartigen Coronavirus-Erkrankung COVID-19 (RKI 2020c) verstärken zudem bei beruflich Pflegenden die Sorge vor potentiellen Infektionen (Begerow & Gaidys 2020).

Menschen mit Pflegebedarf erfahren während der Pandemie Einschränkungen in ihrer gewohnten Versorgung, da beispielsweise teilstationäre Einrichtungen (Tages- und Nachtpflege) nach landesspezifischen Vorgaben vorübergehend geschlossen wurden und eine *teilstationäre Pflege* nur noch im Sinne einer Notbetreuung in Anspruch genommen werden kann (CoronaBetrVO 2020). Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nehmen zudem oftmals zusätzlich Unterstützung von Migrant*innen aus Mittel- und Osteuropa in Anspruch. Die Zahl an migrantischen Betreuungskräften wird auf 700.000 Personen in 250.000 Haushalten geschätzt, wobei pro Haushalt innerhalb eines Jahres zwei bis drei Hilfskräfte arbeiten (Schmucker 2020). Aufgrund der Pandemie und den damit verbundenen Reisebeschränkungen sind viele dieser Personen in ihre Herkunftsländer zurückgekehrt und fehlen nun in der Versorgung der betreffenden Pflegebedürftigen (Dibelius & Piechotta-Henze, 2020).

Pflegeeinrichtungen müssen vor dem geschilderten Hintergrund aktuell massive Herausforderungen bewältigen und sind besonders gefordert, bei oftmals knappen personellen und sachlichen Ressourcen sowie neuen Anforderungen in Bezug auf Versorgungsstandards, eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig ihrer Fürsorgepflicht für Beschäftigte gerecht zu werden. Zusammengefasst ist die Situation dabei durch mehrfache Dilemmata gekennzeichnet: Eine sehr große Anzahl von Personen mit einer zum Teil hohen Vulnerabilität ist von der Pandemie betroffen und einfach durchzuführende Schutzmaßnahmen wie soziale Distanz sind im Bereich der direkten Versorgung nicht anwendbar, so dass ein erhöhtes Infektionsrisiko mit den beschriebenen Folgen besteht. Insofern Kontaktbegrenzungen – insbesondere in der stationären Pflege – dennoch möglich sind, sind die resultierenden negativen Folgen einer sozialen Isolierung von Menschen mit Pflegebedarf gegen die positiven Effekte der Infektionsschutzmaßnahmen abzuwägen und zu bewerten.

Derzeit fehlen valide Daten zur Situation in der vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflege, die es Leistungserbringern aber auch politischen Akteuren ermöglichen, auf die Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe von ambulanten Pflegediensten aufgrund der Pandemie organisatorisch und administrativ zu reagieren. Dies ist umso wichtiger, als derzeit noch kein Impfstoff zur Verfügung steht.

2 Ziele und Fragestellung

Vor dem beschriebenen Hintergrund ist es das primäre Ziel der Studie,

a) darzustellen in welchem Umfang ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen zum Erhebungszeitpunkt Anfang Mai 2020 Verdachtsfälle, laborbestätigt infizierte bzw. verstorbene Pflegebedürftige und Mitarbeitende aufweisen,
b) die personellen und materiellen Ressourcen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bzw. deren Mangel zu beschreiben,
c) die Versorgungssituation von ambulant versorgten Pflegebedürftigen zu beleuchten,
d) den organisatorischen Umgang der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen mit der Situation zu erhellen und
e) die Unterstützungswünsche der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Politik zu skizzieren.

Die Ergebnisse sollen dazu dienen, die besondere Situation von Pflegeheimen während der Pandemie besser zu verstehen, sowie deren zielgenaue Unterstützung durch politische Entscheidungsträger zu ermöglichen. Gleichzeitig tragen die Ergebnisse dazu bei, die Vorbereitung auf eine mögliche zweite Welle der Pandemie zu unterstützen.

3 Daten und Methoden

In Bezug auf die Datenerhebung und die Auswertungsmethodik werden nachfolgend das Studiendesign (3.1), die Studiendurchführung (3.2) sowie Datenaufbereitung und –auswertung (Abschnitt 3.3) beschrieben.

3.1 Studiendesign

Die vorliegende Studie ist eine Querschnittstudie, die durch die Universität Bremen vom 28. April bis zum 12. Mai 2020 deutschlandweit in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurde. Eingesetzt wurde ein im Rahmen dieser Studie entwickelter Online-Fragebogen, der durch entsprechende Filterführung erreicht hat, dass für ambulante und stationäre Einrichtungen nur die jeweiligen Fragen aufgerufen wurden. Neben Strukturmerkmalen der Pflegeeinrichtungen beinhaltet der Fragebogen u. a. Fragenkomplexe zum Vorkommen des SARS-CoV-2-Virus in den Pflegeeinrichtungen, Auswirkungen der Pandemie z. B. in Bezug auf personelle und sachliche Ausstattung aber auch zu veränderten Arbeitsprozessen und Kommunikationsstrukturen. Zudem wurde den Befragten die Gelegenheit gegeben, ihre Wünsche an die Politik zu äußern.

3.2 Durchführung der Studie

Der Befragungslink wurde an eine Gelegenheitsstichprobe von 7.723 Pflegeheimen, 9.547 ambulanten Pflegediensten und 2.731 teilstationären Einrichtungen versandt. Zusätzlich wurde die Befragung über Kontakte des Studienteams zu Interessensvertretungen und Anbieterverbänden beworben. Diese Einrichtungsverbände haben ihre Mitglieder angeschrieben, um sie zu einer Teilnahme zu motivieren. Eine Erinnerung zur Teilnahme erfolgte eine Woche nach der ersten Einladung per E-Mail. Die Onlinebefragung erfolgte mittels EFS-Survey, Version Fall 2019 (Questback GmbH, 2019). Den potenziell Teilnehmenden wurde vorab ein Informationsschreiben mit einer Erläuterung der Studie und einer Erläuterung des Datenschutzes zur Verfügung gestellt. Ein Datenschutzkonzept wurde mit der Datenschutzbeauftragten der Universität Bremen abgestimmt. Alle Teilnehmenden mussten der Datenschutzerklärung zustimmen.

3.3 Datenaufbereitung und -auswertung

Zunächst gingen alle Datensätze von Personen in die Analyse ein, welche die Befragung begonnen hatten (N = 849 Pflegeheime, N = 101 teilstationäre Einrichtungen und N = 755

ambulante Pflegedienste). In einem ersten Schritt wurden Teilnehmende ausgeschlossen, die ausschließlich Angaben zu ihrem Dienst / ihrer Einrichtung, nicht jedoch zu themenbezogenen Fragen machten N = 25 Pflegeheime, N = 5 teilstationäre Einrichtungen und N = 54 ambulante Pflegedienste). Die Befragungsdaten der verbleibenden N = 824 Pflegeheime, N = 96 teilstationären Einrichtungen und N = 701 Pflegedienste gingen in die Auswertung ein und wurden vor der Auswertung itemweise auf Plausibilität geprüft. Antworten außerhalb des gültigen Wertebereichs wurden dann ebenso wie fehlende Angaben jeweils für dieses Item aus der Auswertung ausgeschlossen. Bei fehlenden Daten wurde die Einrichtung jeweils nur für dieses Item aus der Auswertung ausgeschlossen. Gleiches gilt für den Fragebogen eines Trägers, der für mehrere Einrichtungen geantwortet hat und dessen Ergebnisse immer dann ausgeschlossen wurden, wenn es darum geht, die Anzahl der Einrichtungen zu zählen. Das für die Prozentberechnung verwendete *N* der berücksichtigten, gültigen Fälle wird deshalb bei der Ergebnisdarstellung individuell angegeben. Angaben von absoluten Häufigkeiten werden mit *n* gekennzeichnet. Die in Freitexten gegebenen Antworten wurden zusammenfassend inhaltsanalytisch gebündelt und in ein Kategoriensystem überführt. Die statistische Auswertung wurde mit der Software SAS Version 9.4 durchgeführt.

4 Ergebnisse

Da sich die Ergebnisse zwischen den verschiedenen Einrichtungsarten teilweise deutlich unterscheiden und auch die primären Problemlagen andere sind, werden die Ergebnisse nachfolgend getrennt für Pflegeheime (Abschnitt 4.1), teilstationäre Einrichtungen (Abschnitt 4.2) und ambulante Pflegedienste (Abschnitt 4.3) berichtet, wobei aber eine weitgehend einheitliche Berichtsstruktur verwendet wird.

4.1 Pflegeheime

Nach einer Beschreibung der Stichprobe (4.1.1) werden nachfolgend die Verbreitung von COVID-19 in den Pflegeheimen (Abschnitt 4.1.2), die personellen und materiellen Ressourcen bzw. deren Einschränkungen (Abschnitt 4.1.3), die ergriffenen Maßnahmen und Strategien zur Eindämmung der Infektion (Abschnitt 4.1.4) und zum Umgang mit der drohenden Isolation Pflegebedürftiger (Abschnitt 4.1.5) sowie die Forderungen an die Pflegepolitik (Abschnitt 4.1.6) berichtet.

4.1.1 Stichprobenbeschreibung

Für die Auswertung stehen Fragebögen von insgesamt 824 Pflegeheimen zur Verfügung, in denen zum Zeitpunkt der Befragung 64.772 Bewohner*innen lebten. Bezogen auf die initial angeschriebenen 7.223 Einrichtungen entspricht das einem Rücklauf von mehr als 10 %. Die Fragebögen wurden dabei in drei von vier Fällen von der Einrichtungsleitung bearbeitet und in einem von vier Fällen von der PDL. Die Einrichtungen in der Stichprobe sind im Durchschnitt etwas größer als der Bundesdurchschnitt. Zudem sind öffentliche Einrichtungen leicht überrepräsentiert. Alle Bundesländer sind vertreten (Abbildung 1).

Insgesamt unterscheidet sich die Stichprobe in Bezug auf die Einrichtungsgröße und die Trägerschaft nicht entscheidend von der bundesdeutschen Verteilung.[5] Zwar sind die Heime in öffentlicher Trägerschaft erkennbar überrepräsentiert, jedoch ist ihr Anteil letztlich zu gering, um hier relevante Verzerrungen zu erzeugen (Tabelle 1) [6].

---

[5] Die durchschnittliche Platz- und Bewohner*innenzahl in der Stichprobe übersteigt die der amtlichen Statistik um rund 15 %. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass in der amtlichen Statistik ausschließlich vollstationäre Dauerpflegeplätze einbezogen werden, in der Stichprobe aber auch in vollstationäre Pflegeeinrichtungen eingestreute Kurzzeitpflegeplätze und/oder Tages- und Nachtpflegeplätze erfasst worden sind.

[6] Die Angaben zu Plätzen, Bewohner*innen und Trägerschaft beziehen sich in der amtlichen Statistik auf Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege, die Anzahl der Mitarbeitenden bzw. der Pflegekräfte hingegen auf alle voll- und teilstationären Einrichtungen. Dementsprechend ist auch die größere Anzahl der Mitarbeitenden und Pflegekräfte in der Stichprobe damit zu erklären, dass hier – anders als in der amtlichen Statistik – teilstationäre Einrichtungen, die für gewöhnlich kleiner als vollstationäre Einrichtungen sind, nicht einbezogen sind. Als Pflegekräfte wurden alle Beschäftigten einbezogen, die überwiegend in der körperbezogenen Pflege, der Betreuung sowie der zusätzlichen Betreuung (§ 43 b SGB XI) tätig sind.

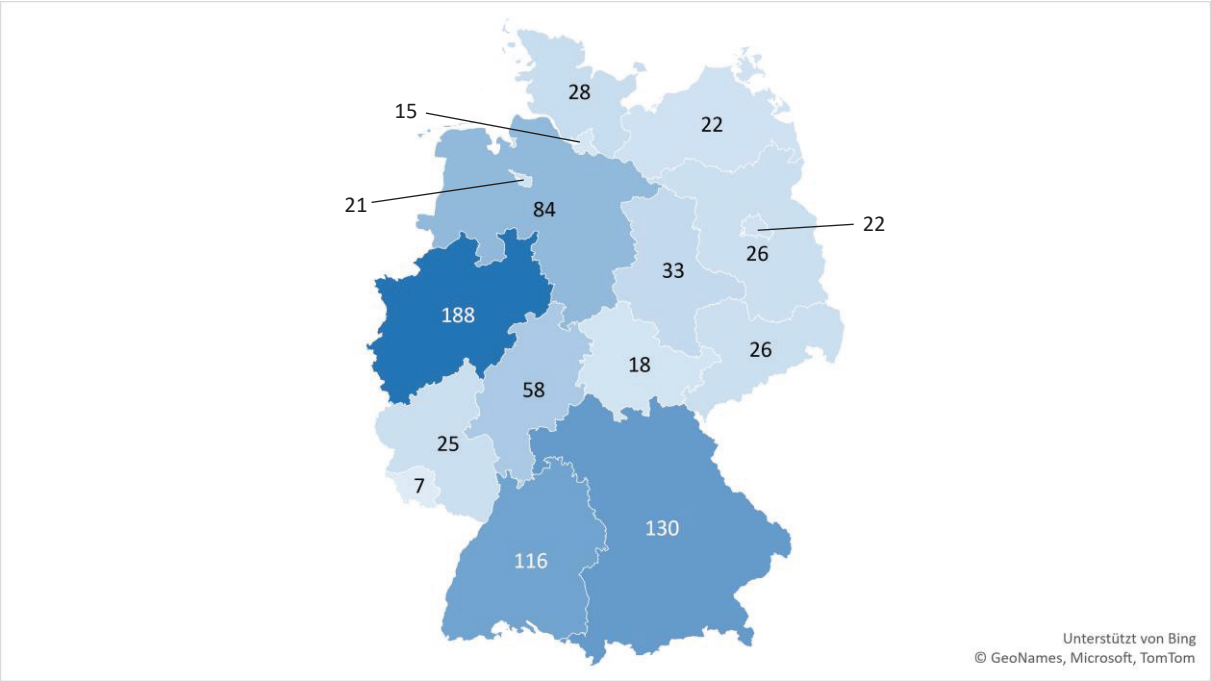

Abbildung 1: Verteilung der teilnehmenden Heime auf die Bundesländer (N=819)

Tabelle 1: Vergleich der Studienergebnisse und der amtlichen Statistik

Merkmal	Studienergebnis		amtliche Statistik
	Stichprobe (n)		Pflegestatistik
Einrichtungsgröße (Mittelwert)			
Zahl der Plätze	90,6 (782)		78,0
Bewohner*innen	83,7 (774)		70,5
Mitarbeitende (Mittelwert)			
Personenzahl	87,0 (774)		52,8
Vollzeitäquivalente	50,7 (707)		38,2
Pflegekräfte (Mittelwert)			
Personenzahl	50,8 (734)		38,4
Vollzeitäquivalente	33,0 (687)		28,9
Trägerschaft (N=807)			
öffentlich	11,0 % (89)		5,3 %
freigemeinnützig	53,4 % (431)		53,6 %
privat	35,6 % (287)		41,1 %
	Stichprobe	Hochrechnung	RKI-Statistik
infizierte Bewohner*innen	960	11.391	12.675
verstorbene Bewohner*innen	282	3.345	2.473
genesene Bewohner*innen	477	5.656	7,000
infizierte Mitarbeiter*innen	833	8.887	7.458
genesene Mitarbeiter*innen	560	5.973	6.300
Vergleichsquellen der amtlichen Statistik: Statistisches Bundesamt 2017, RKI 2020a			

Wichtiger noch ist, inwieweit die Stichprobe in Bezug auf die Betroffenheit von COVID-19 verzerrt ist. Hierzu können die (hochgerechneten[7]) Werte mit den Angaben aus dem RKI-Lagebericht zum 5. Mai[8] zu den Gemeinschaftsunterkünften gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) verglichen werden Dabei ist zu beachten, dass dem RKI zum Zeitpunkt der Berichtslegung bei 36 % der Fälle noch Angaben zu Betreuung, Unterbringung und Tätigkeit fehlen, so dass „die Anteile der Fälle mit einer Betreuung, Unterbringung oder Tätigkeit in den einzelnen Einrichtungen als Mindestangaben zu verstehen“ sind (RKI 2020a). Wird unterstellt, dass der Anteil der Menschen in Gemeinschaftsunterkünften bei den fehlenden Fällen gleich hoch ist, müssten die in der Tabelle angegebenen Fallzahlen für die amtliche Statistik um 59 % erhöht werden.[9] Die hochgerechneten Stichprobenwerte zur Zahl der Verstorbenen liegen dann sogar noch unter denen der amtlichen Statistik.

4.1.2 Verbreitung der Infektion in Pflegeheimen

In 49 der befragten Einrichtungen (=6,4 %) waren Todesfälle mit COVID-19 unter den Bewohner*innen zu verzeichnen und zwar im arithmetischen Mittel 5,3 (n=47). Bei einem Viertel dieser Einrichtungen lag die Zahl der Todesfälle mit COVID-19 bei mindestens 8 und verweist damit auf die Gefahren, die mit der Ausbreitung von SARS-CoV-2 in einem Pflegeheim verbunden sind.

Tabelle 2: Von Sars-Cov-2 betroffene Bewohner*innen und Mitarbeitende

N = 765		Mitarbeitende			
		infiziert	Verdacht	kein Fall	Summe
Bewohner*innen	infiziert	8,8%	0,8%	2,2%	11,8%
	Verdacht	1,7%	5,4%	6,0%	13,1%
	kein Fall	8,4%	12,0%	54,8%	75,2%
	Summe	18,8%	18,2%	63,0%	100,0%

Legende:
Infiziert = mindestens ein bestätigter Fall
Verdacht = mindestens ein Verdachtsfall, aber kein bestätigter Fall
Kein Fall = weder ein bestätigter, noch ein Verdachtsfall.

Einrichtungen sind aber auch durch (laborbestätigte) SARS-CoV-2-Fälle oder Verdachtsfälle betroffen. Tabelle 2 differenziert die Einrichtungen entsprechend.[10] 78,2 % der Einrichtungen

---

7 Hierzu wurde jeweils für Pflegebedürftige und Mitarbeitende ein Hochrechnungsfaktor errechnet aus *bundesweiter Anzahl nach Pflegestatistik 2017/ Anzahl in der Stichprobe*. Die Fallzahl aus der Stichprobe wurde dann mit diesem Faktor multipliziert.

8 Dieses Datum wurde gewählt wie zu diesem Zeitpunkt die Hälfte der hier berücksichtigten Fragebögen ausgefüllt wurde.

9 Der Korrekturfaktor errechnet sich als 100 / (100-37) =1,587.

10 Berücksichtigt sind die 765 Pflegeheime, die Angaben zur Zahl der bestätigten Fälle und der Verdachtsfälle sowohl zu den Bewohner*innen als auch zu den Mitarbeiter*innen gemacht haben.

haben *keine* bestätigten SARS-CoV-2-Fälle und 54,8 % weder einen bestätigten noch einen Verdachtsfall unter den Bewohner*innen und/oder den Mitarbeiter*innen. Die Betroffenheit von Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen ist dabei positiv korreliert (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0{,}001$).

Werden die Einrichtungen nach der Einrichtungsgröße in drei gleich stark besetzte Gruppen unterteilt,[11] zeigt sich, dass kleine Einrichtungen einen deutlich höheren Anteil an Infizierten und Toten aufweisen (Abbildung 2).

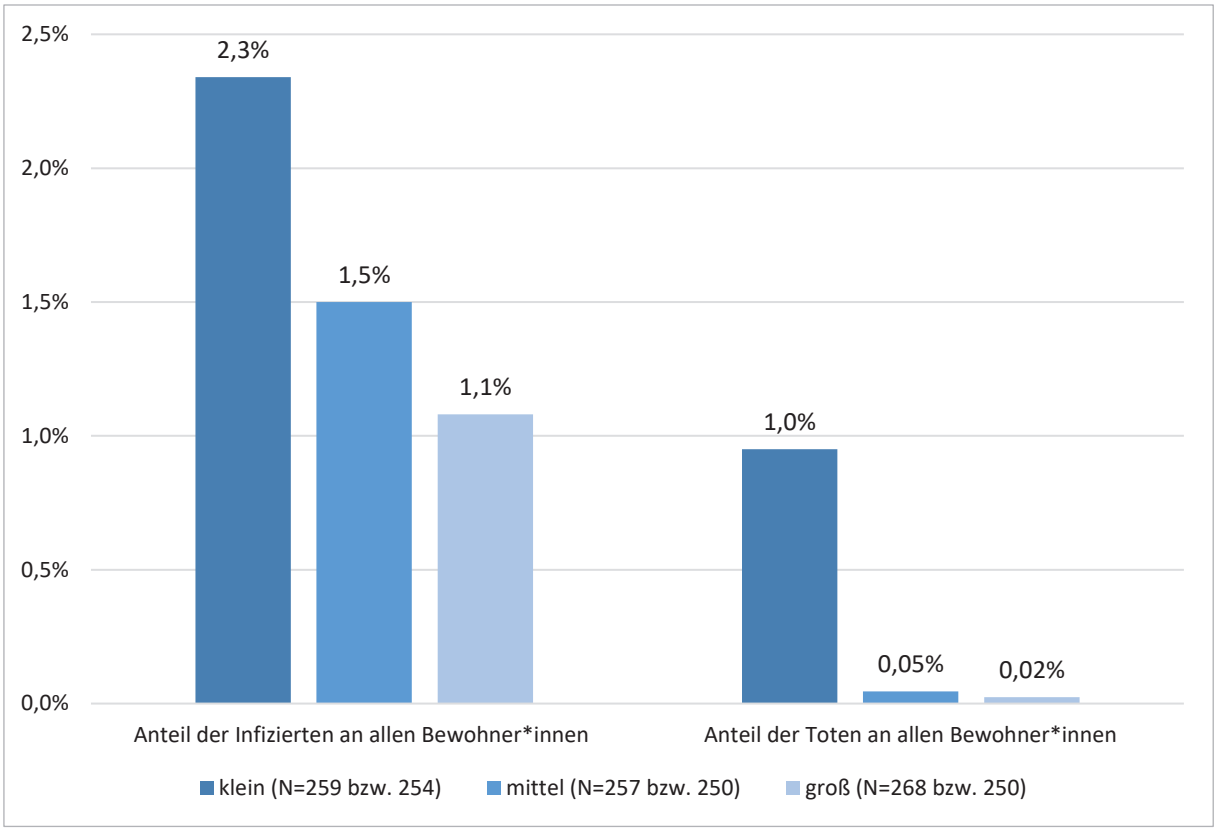

Abbildung 2: Anteil der von der Infektion Betroffenen nach Einrichtungsgröße

Abbildung 3 und Abbildung 4 zeigen regionale Verteilungen. In Abbildung 3 ist angegeben, welcher Anteil der Heime des jeweiligen Bundeslandes mindestens einen laborbestätigten SARS-CoV-2-Fall unter seinen Bewohner*innen hat, während Abbildung 4 den durchschnittlichen Anteil der mit Covid-19 Verstorbenen an der Heimbewohnerschaft abbildet. Eine hohe Betroffenheit zeigt sich bei beiden Indikatoren in Bayern und Baden-Württemberg. In Hamburg

[11] „Kleine“ Einrichtungen haben 1-66 Bewohner*innen, „mittlere“ 67-93 und „große“ mehr als 93. Diese Trichotomie wird für viele der folgenden Einrichtungen beibehalten. Da jeweils andere Einrichtungen fehlende Angaben aufweisen, sind die drei Gruppen je nach Fragestellung nicht immer gleich groß.

und Hessen ist der Anteil der Heime mit infizierten Bewohner*innen am höchsten, allerdings bei einem gleichzeitig sehr niedrigen Anteil Verstorbener unter der Heimbewohnerschaft. Einen hohen Anteil mit Covid-19-Verstorbener weisen auch Berlin und Niedersachsen auf.

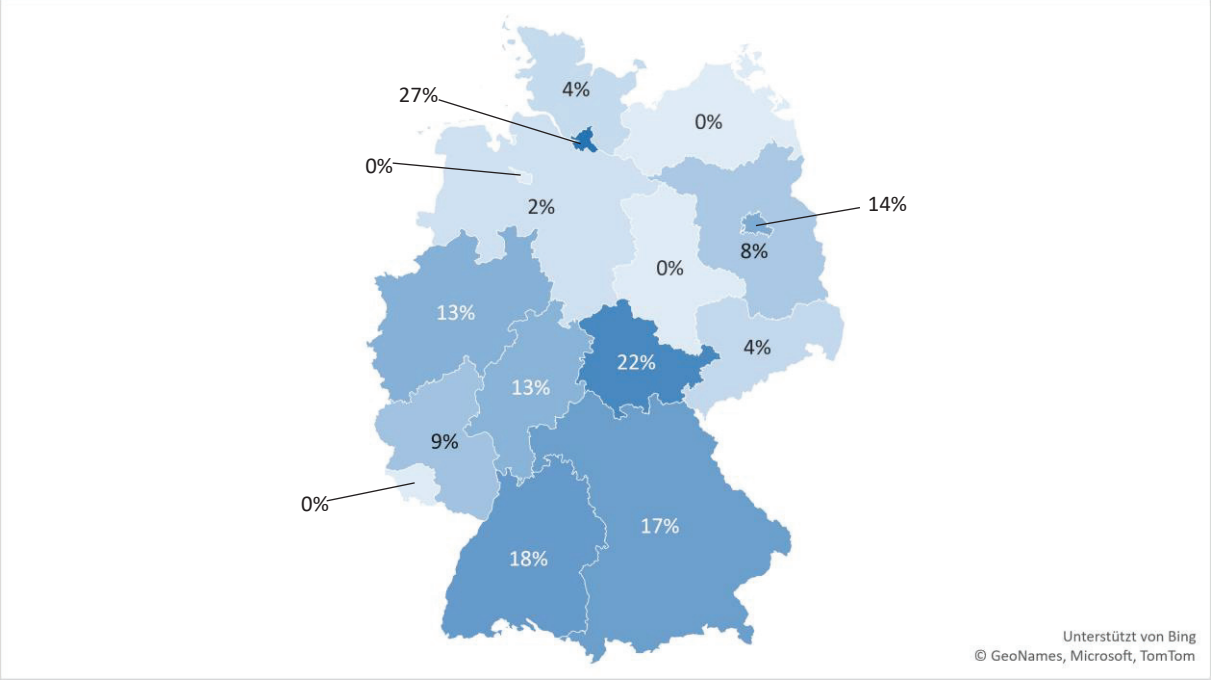

Abbildung 3: Anteil der Heime mit infizierten Bewohner*innen an allen Heimen

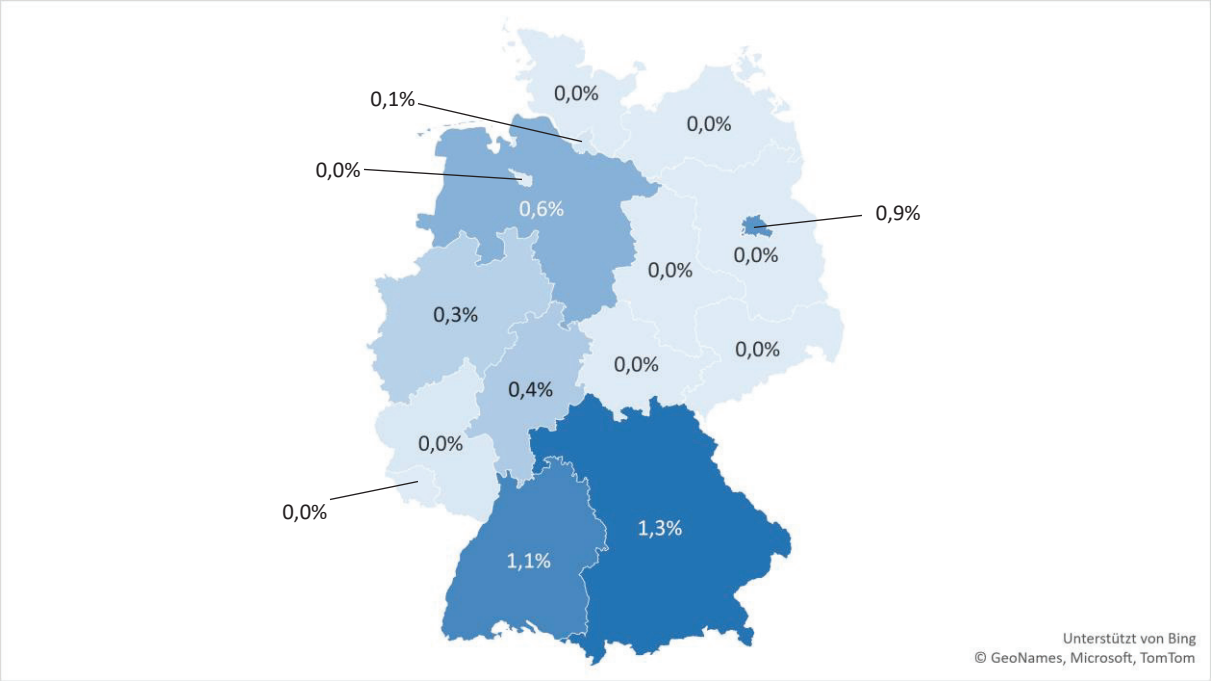

Abbildung 4: Durchschnittlicher Anteil der mit COVID-19 verstorbenen Pflegebedürftigen an allen Heimbewohner*innen (Hochrechnung)

4.1.3 Personelle und materielle Ressourcen

Die Pandemie stellt die Pflegeheime vor erhebliche Herausforderungen. So berichten 71 % der 732 Einrichtungen, dass sie aufgrund von COVID-19 *Personalausfälle* zu verzeichnen haben – allerdings überwiegend in begrenztem Ausmaß. Nur 16 % berichten Ausfälle von mehr als 10 % des Personals. Bei den Einrichtungen, die stärker von der Pandemie betroffen sind,[12] sind die Effekte allerdings ausgeprägter: So geben 75 % der 40 stärker betroffenen Einrichtungen, die hierzu Angaben gemacht haben, einen Personalausfall von über 10 % an, 28 % sogar einen Personalausfall von mehr als 30 %. Für diese Einrichtungen ist der Personalausfall existenziell.

Gleichzeitig können aufgrund zusätzlicher Hygienemaßnahmen, aus Gründen des Infektionsschutzes, des Wegfalls ehrenamtlicher Hilfepersonen (s.u.) etc. *Mehraufwände* für Pflegende entstehen. 75 % der Einrichtungen (N=649) geben an, dass Mehraufwände entstehen. Dabei steigt dieser Anteil von 73,9 % (N=574) in Einrichtungen ohne Bewohner*innen mit bestätigter COVID-19-Erkrankung über 80,0 % (N=40) in weniger stark betroffenen auf 93,9 % (N=33) in stärker betroffenen Einrichtungen. Zum Mehraufwand in Minuten pro Schicht und Pflegekraft liegen Daten von 477 Einrichtungen vor. Für diese Einrichtungen belaufen sich die Mehraufwände im Durchschnitt auf 61,7 Minuten pro Pflegekraft und Schicht, der Median liegt bei 50 Minuten. Da drei Viertel dieser Einrichtungen einen Wert von bis zu 60 Minuten berichten, impliziert das einen erheblichen Mehraufwand für das verbleibende Viertel.

Wie Abbildung 5 zeigt, sind Mängel an *persönlicher Schutzausrüstung* größer als die an *Desinfektionsmitteln zur Flächendesinfektion* und diese wiederum größer als die an *Beatmungsgeräten*.[13] Erkennbar ist auch, dass der Anteil der Einrichtungen, der jemals einen Mangel an Ausrüstungsgegenständen empfunden hat, deutlich größer ist, als der Anteil derer, die aktuell einen Mangel empfinden. Inzwischen sind somit viele Engpässe behoben. Dennoch geben 16 % der Einrichtungen an, auch aktuell nicht über genügend Schutzausrüstung für Mitarbeiter*innen zu verfügen und immerhin noch 5 % bzw. 4 % der Einrichtungen beklagen dies in Bezug auf Flächendesinfektion und Beatmungsgeräte.

---

[12] Entsprechend des Median der Zahl der infizierten Bewohner*innen wurden die Einrichtungen mit COVID-19-Fällen unter den Bewohner*innen in stärker und schwächer betroffene Einrichtungen eingeteilt. Daneben gibt es als dritte Gruppe die Einrichtungen ohne bestätigten COVID-19-Fall unter den Bewohner*innen. Auf diese Dreiteilung wird im Folgenden verschiedentlich Bezug genommen.

[13] Insbesondere bezüglich der Beatmungsgeräte ist der Anteil der Einrichtungen, die diesen Ausrüstungsgegenstand nicht benötigen und die Frage daher mit „nicht zutreffend“ beantworten, mit n= 518 besonders hoch.

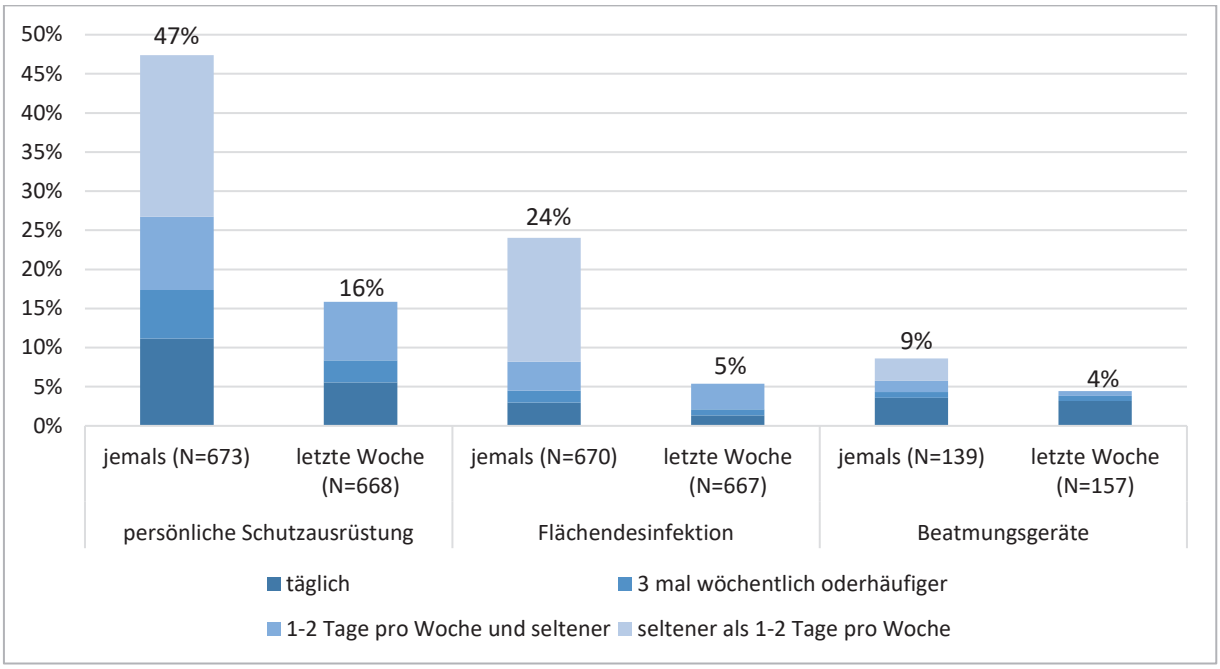

Abbildung 5: Mangel an Ausrüstungsgegenständen in stationären Einrichtungen

4.1.4 Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit dem Virus

92,5 % der Einrichtungen, die mindestens einen Verdachtsfall unter ihren Bewohner*innen haben (N=133), berichten, dass Bewohner*innen *getestet* wurden, immerhin 7,5 % (n=10) haben allerdings (noch) keinen Test durchgeführt. Im arithmetischen Mittel liegen die *Testergebnisse* bei getesteten Heimbewohner*innen nach 3,0 Tagen vor (N=107), im Maximum allerdings erst nach 14 Tagen. Bei den auf SARS-CoV-2 getesteten Mitarbeiter*innen muss im Durchschnitt sogar 3,4 (N=216) und im Maximum 25 Tage auf ein Testergebnis gewartet werden. Bei besonders stark betroffenen Einrichtungen sind die durchschnittlichen Wartezeiten auf Testergebnisse von Mitarbeiter*innen mit 2,4 Tagen dagegen deutlich geringer (N=17).

30,7 % der Einrichtungen mit bestätigten SARS-CoV-2-Fällen unter den Bewohner*innen[14] haben aufgrund dessen (zumindest) *einzelne Bereiche ihrer Einrichtung geschlossen*. Der Unterschied zwischen weniger und stärker von COVID-19 betroffenen Einrichtungen ist dabei gering (28,3 %, N=46 vs. 30,8 %, N=39). 49,1 % der Einrichtungen (N=793) haben zum Befragungszeitpunkt einen *Aufnahmestopp*. Dabei schließen stärker und weniger stark betroffene Heime eher als Einrichtungen ohne Fälle unter den Bewohner*innen (81,0%, N=42 vs. 58,7%, N=46 vs. 46,2%, N=649) (Abbildung 6).

[14] Von den 92 Einrichtungen, die Bewohner*innen mit bestätigter SARS-CoV-2-Infektionen, haben 88 auf diese Frage geantwortet. Der Anteilswert bezieht sich auf diese Fälle.

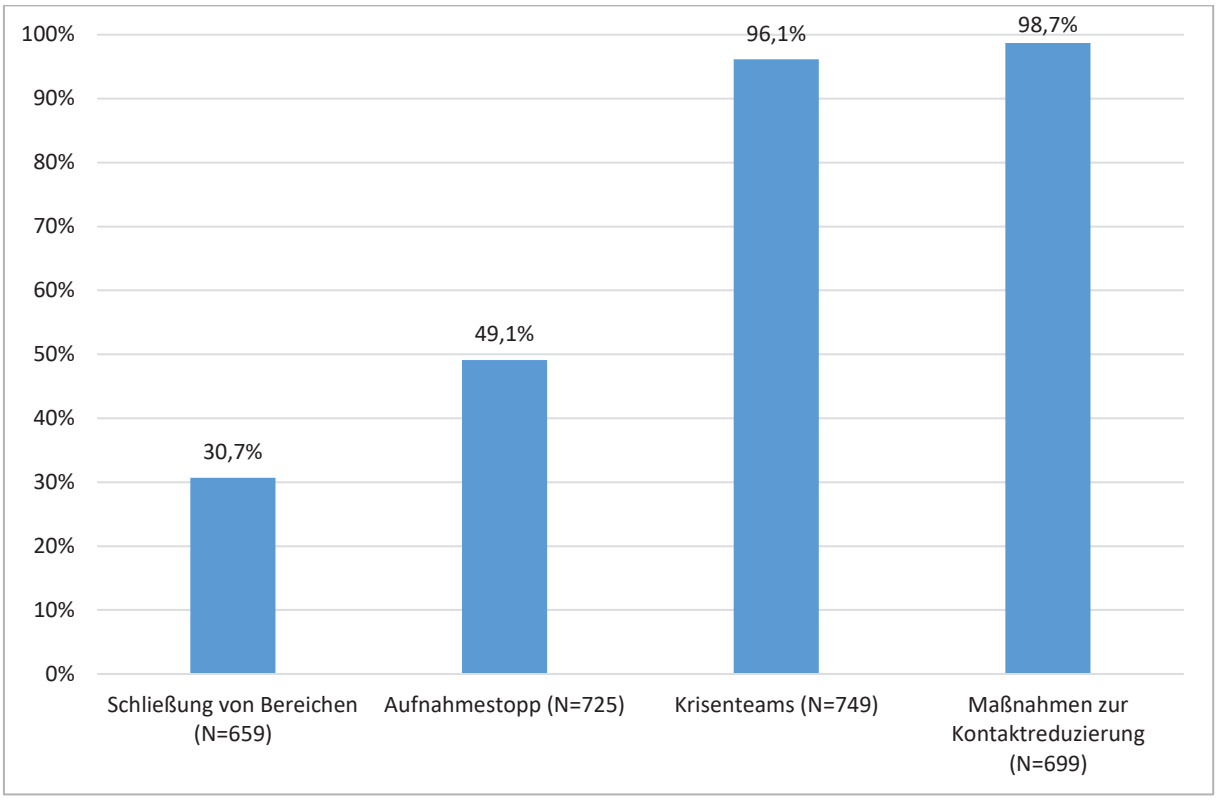

Abbildung 6: Ergriffene Maßnahmen im Umgang mit der Pandemie in stationären Einrichtungen

Zum Befragungszeitpunkt haben 88,1 % der Einrichtungen (N=682) den *Ehrenamtlichen* den Zutritt zur Einrichtung verboten (Abbildung 7). Nur in 14 Einrichtungen (=2,1 %) haben Ehrenamtliche weiter uneingeschränkten Zugang wie vor der Pandemie. *Zugangsbeschränkungen für externe Dienstleister* (wie z. B. Fußpfleger*innen) wurden ebenfalls durchgängig verhängt. 37,1 % der Einrichtungen (N=711) gewähren keinerlei Zugriff, während 60,6 % den Zugang in Ausnahmen ermöglichen. Bei den stärker betroffenen Einrichtungen erhöht sich der Anteil derer, die keinen Zugang gewähren, sogar auf 56 % (N=39) (Abbildung 7). Auch bei den *externen Leistungserbringern* (z. B. ärztliche Versorgung, Physiotherapie) ist der Anteil der Einrichtungen, die uneingeschränkten Zutritt gewähren, gering (5,7 %, N=707). Gut ein Viertel (27,7 %) der Einrichtungen gewährt keinen Zugang, zwei Drittel (66,6 %) gewähren Zugang in Ausnahmen (Abbildung 7). Bei den stärker betroffenen Einrichtungen steigt der Anteil derer, die keinen Zugang gewähren, sogar bis auf 38,5 % (n=39). Noch stärker ist das *Besuchsrecht* eingeschränkt: Mehr als die Hälfte der Einrichtungen (56,4 %, N=714), gewähren keinen Zugang, die übrigen Heime gewähren Zugang nur in Ausnahmen – weitgehend unabhängig davon, wie stark die Einrichtung betroffen ist. Keine Einrichtung erlaubt uneingeschränkten Zugang für Besucher*innen (Abbildung 7).

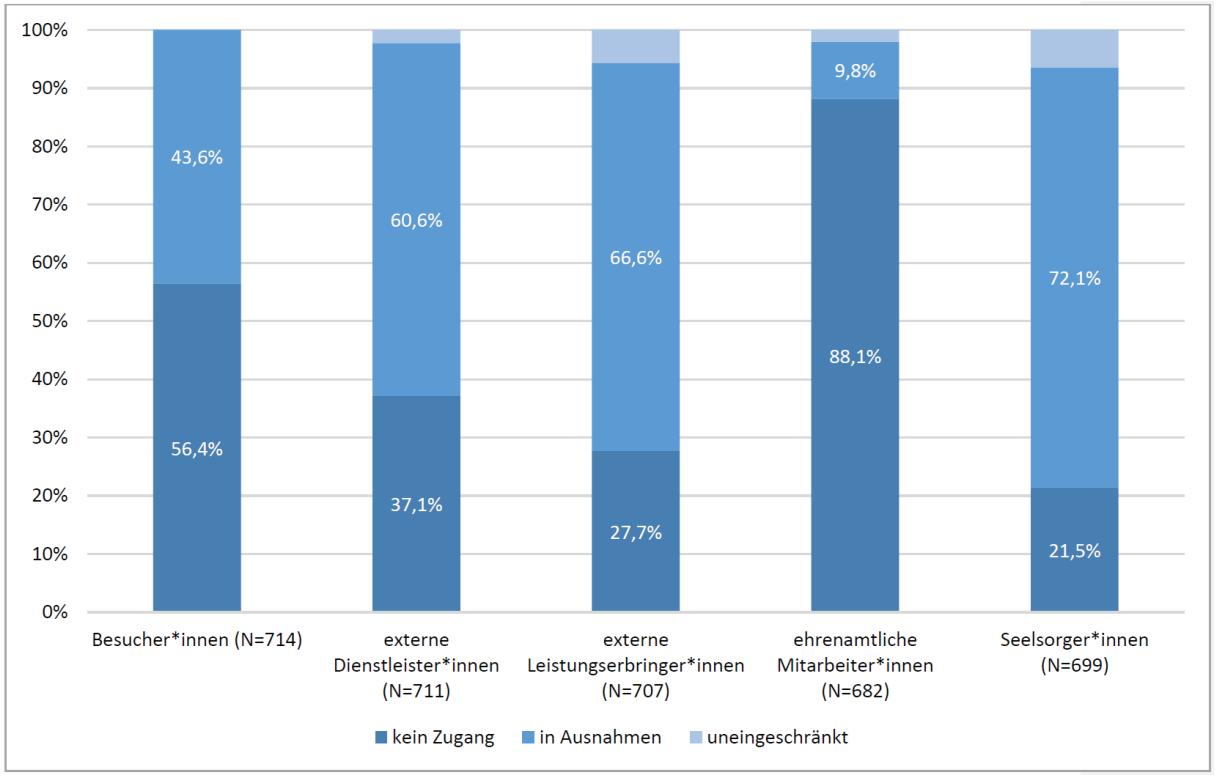

Abbildung 7: Zugangsregelungen in stationären Einrichtungen

Um Isolierungsmaßnahmen durchführen zu können, haben 17,8 % der Einrichtungen (N=725), *bauliche Veränderungen* vorgenommen, weitere 8,3 % haben solche Maßnahmen geplant. Mehr als ein Viertel (26,1 %) der antwortenden Einrichtungen gibt an, dass Umbaumaßnahmen nicht möglich sind, fast die Hälfte (47,9 %) hält solche Maßnahmen für die eigene Einrichtung für nicht erforderlich.

Fast alle Einrichtungen (98,7 %, N=699) haben in der Einrichtung *Maßnahmen zur Kontaktreduktion* innerhalb der Einrichtung umgesetzt, und 96,1 % (N=749) geben an, dass ein *Krisenteam* eingerichtet wurde (Abbildung 6).

Knapp zwei Drittel der Heime (61,7 %, N=738) gaben an, vor der Coronavirus-Pandemie nicht speziell auf den *Umgang mit einer Pandemie* vorbereitet worden zu sein – auch nicht im Rahmen von Ausbildung (88,9 %), Studium (95,1 %) oder Fortbildung (72,0 %) (Abbildung 8). 90,7 % der Einrichtungen (N=688) haben *Schulungen* zu den Themen Schutzbekleidung, spezielle Hygieneeinweisungen und Umgang mit hoch infektiösen Bewohner*innen durchgeführt, überwiegend (62,1 %, N=688) in einem Umfang von bis zu zwei Stunden. Der Anteil der Einrichtungen ohne Schulungen liegt bei den stärker betroffenen Einrichtungen mit 21,1 % (n=8, N=38) aber mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt aller Einrichtungen (9,3 %, n=64, N=688). Das vom RKI für Pflegeheime empfohlene *klinische Monitoring* (RKI 2020b) wird von zwei Dritteln der Einrichtungen (64 %, N=691) für alle Bewohner*innen und von

weiteren 19 % für einen Teil der Bewohner*innen durchgeführt. Immerhin 14 % aller Einrichtungen führen es aber nicht durch und haben auch nicht vor, es einzuführen. Dieser Anteilswert ist bei den Einrichtungen ohne COVID-19 Fälle noch etwas höher (16 %, N=607), wogegen keine der stärker betroffenen Einrichtungen darauf verzichtet und 79 % der stärker betroffenen Einrichtungen alle Bewohner*innen einbeziehen (N=39).

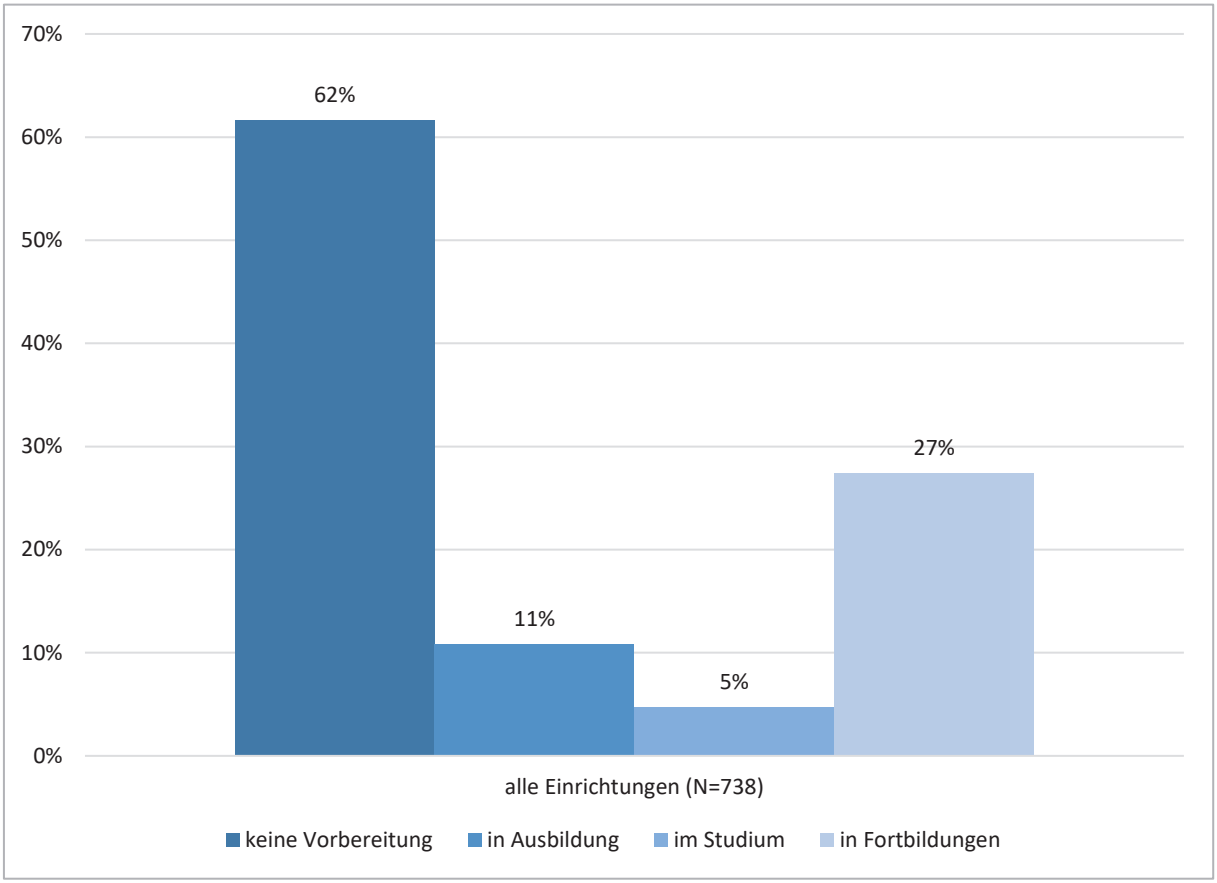

Abbildung 8: Vorbereitung auf Pandemiesituationen in stationären Einrichtungen (N=738)

Fast alle Einrichtungen (97,0 %, N=700) haben *Abwesenheitsregelungen* für Mitarbeiter*innen mit für COVID-19 typischen Symptomen, allerdings nur 39,7 % (N=604) für Mitarbeiter*innen aus Risikogruppen.

39,5 % der Pflegeheime (N=762) müssen keine Corona-bedingten *Veränderungen des Personalmanagements* vornehmen. Werden Veränderungen durchgeführt, dann vor allem durch einrichtungsinterne Maßnahmen wie die Umverteilung des Stammpersonals innerhalb der Einrichtung (33,1 %) und Stundenaufstockung (28,5%). Jede sechste Einrichtung (16,3 %) greift zudem auf Zeit- und Leiharbeiter*innen zurück. Die Initiative #pflegereserve spielt dagegen praktisch keine Rolle (Abbildung 9).

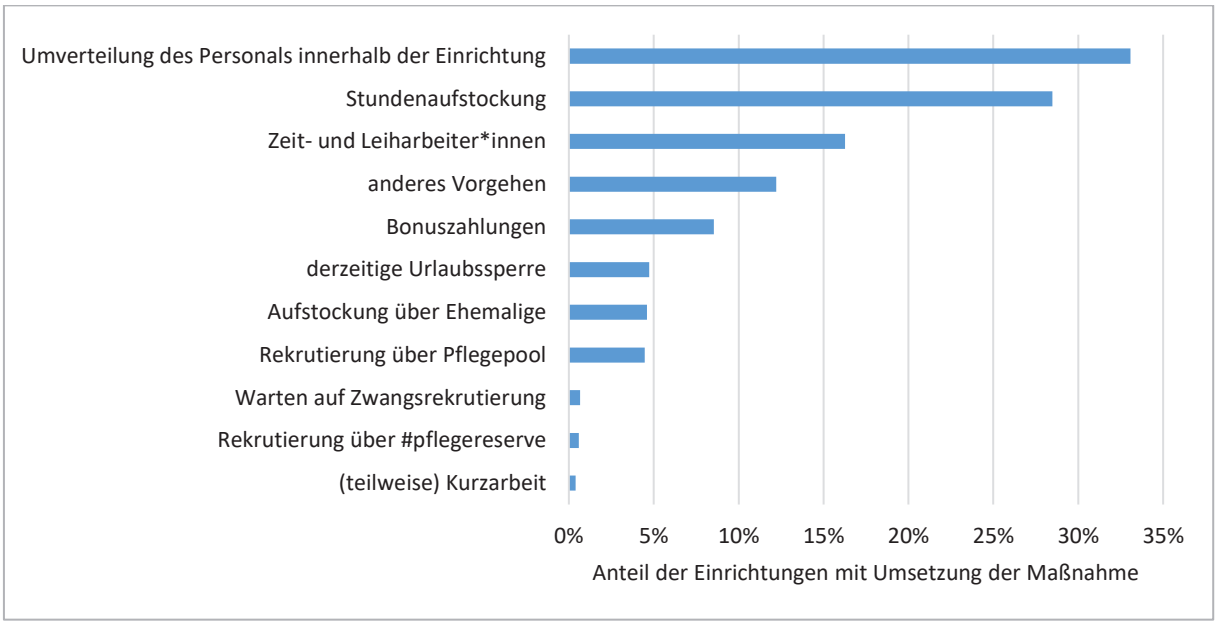

Abbildung 9: Maßnahmen zum Umgang mit Personalknappheit in stationäre Einrichtungen (N=762)

4.1.5 Digitale Kommunikation zum Umgang mit der drohenden Isolation Pflegebedürftiger

Wie in Abschnitt 4.1.4 dargestellt, haben die Pflegeheime zur Eindämmung der Infektion drastische Abschottungsmaßnahmen ergriffen. Allerdings droht als Folge dessen eine Isolation der Bewohner*innen mit ebenfalls erheblichen negativen Effekten. Um dem entgegenzutreten, haben Pflegeheime während der Pandemie verstärkt digitale Kommunikationstechnologien genutzt, um den Kontakt zwischen Heimbewohnenden und Angehörigen zu fördern, aber auch generell, um mit den verschiedenen Akteuren in Kontakt zu treten. Für die Kommunikation mit den Mitarbeitenden wird in fast allen (91,6 %, N=728) Pflegeheimen das Telefon genutzt, danach folgen E-Mail (69,4 %, N=728), Messengerdienste (46,0 %, N=728) und seltener Videokonferenz (30,5 %, N=728). Zur Kommunikation mit externen Leistungserbringern sind ebenfalls Telefon (86,4 %, N=728) und E-Mail (73,8 %, N=728) etabliert, andere Systeme werden deutlich seltener benannt. Ebenfalls nutzen die Pflegeheime auch digitale Kommunikationsmöglichkeiten, um mit den Pflegebedürftigen selbst in Kontakt zu kommen. In 54,4 % (N=728) der Einrichtungen kommt hierfür das Telefon zum Einsatz, aber auch E-Mail (19,2 %, N=728), Messengerdienste (24,6 %, N=728) und Videokonferenz (25,0 %, N=728) werden genutzt. Spezielle Telecare-Technologien bilden mit einem Anteil von 4,8 % (N=728) der Einrichtungen noch die Ausnahme. Auch für die Kommunikation zu Angehörigen zeigt sich eine vergleichbare Rangfolge. Die meisten Einrichtungen nutzen hierfür Telefon (90,9%, N=728) oder E-Mail (77,9 %, N=728). Auch E-Mail (44,0 %, N=728) und Videokonferenz (40,1 %,

N=728) spielen hier jedoch in vielen Einrichtungen ebenfalls eine Rolle. Andere Technologien werden kaum eingesetzt (Abbildung 10).

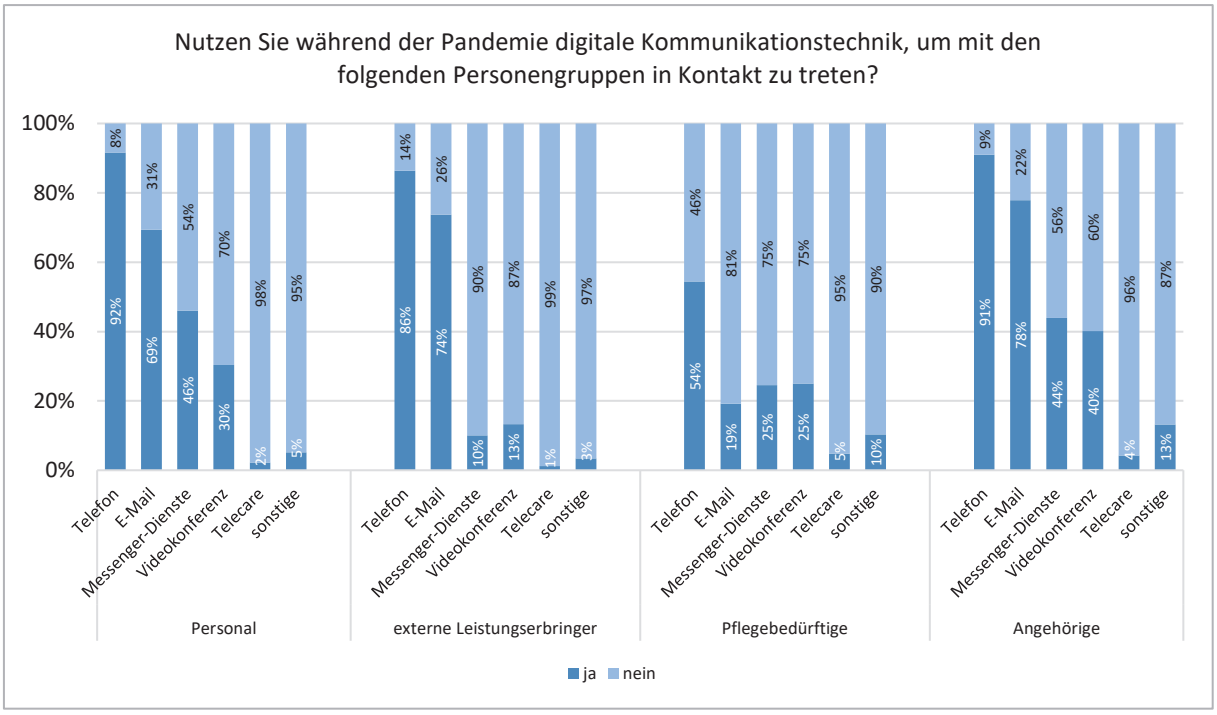

Abbildung 10: Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in Pflegeheimen während der Pandemie (N=728)

Die Pflegeheime gaben auch Auskunft über die Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien während der Pandemie im Vergleich zur Situation davor. Besonders E-Mail und Messengerdienste wurden vor der Pandemie seltener genutzt: 36 % von 689 Pflegeheimen (E-Mail) und 30,1 % von 579 Pflegeheimen (Messengerdienste) berichteten, diese auch vor der Pandemie zwar genutzt zu haben, dies jedoch seltener. Videokonferenzen wurden noch von 16,1 % von 620 Einrichtungen bereits genutzt, jedoch seltener. Telecare Technologien (etwa Haus-(not)ruf mit Bild oder Monitoringtechnologien) wurden vor der Pandemie mehrheitlich (90 % von 444 Pflegeheimen) nicht genutzt (Abbildung 11).

Pflegeheime schafften während der Pandemie mehrheitlich (75,9 % von 684 Einrichtungen) zusätzliche Möglichkeiten für Pflegebedürftige, digitale Kommunikationstechnologien für soziale Kontakte zu Freunden, Angehörigen oder anderen Personen zu nutzen. Wie aus den Antworten auf eine Freitextfrage hervorgeht, haben viele Pflegeheime Tablets oder Smartphones angeschafft und darauf Programme wie Skype, WhatsApp oder Jitsi installiert, um Videokonferenzen durchführen zu können. Einige Heime mussten für ihre Bewohner*innen zunächst WLAN eingerichtet, damit diese digitalen Technologien überhaupt genutzt werden können. Einzelne Einrichtungen schafften sich zudem Software an, um mit dieser, anstelle einer

persönlichen Visite, eine Videosprechstunde mit Ärzt*innen durchführen zu können (z. B. Patientus oder ELVI). Von 684 Einrichtungen gab nur knapp jedes vierte Pflegeheim an, keine zusätzlichen Möglichkeiten geschaffen zu haben (Abbildung 12).

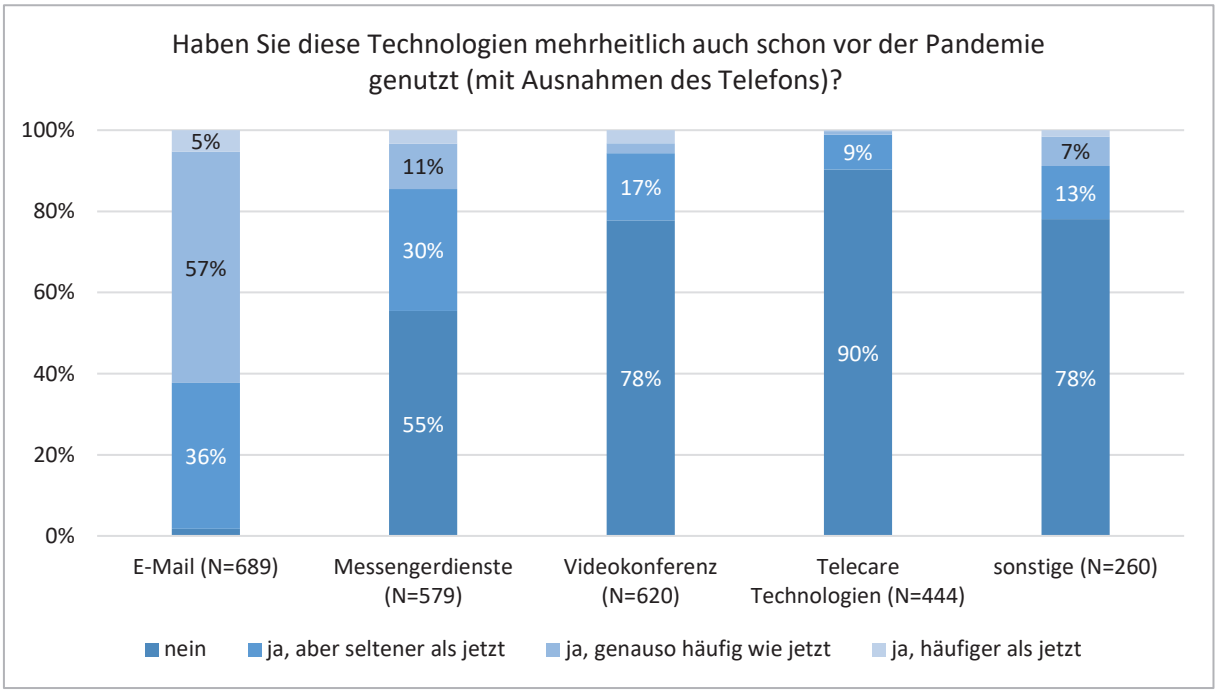

Abbildung 11: Nutzung von Kommunikationstechnologien in Pflegeheimen vor der Pandemie (Mehrfachauswahl)

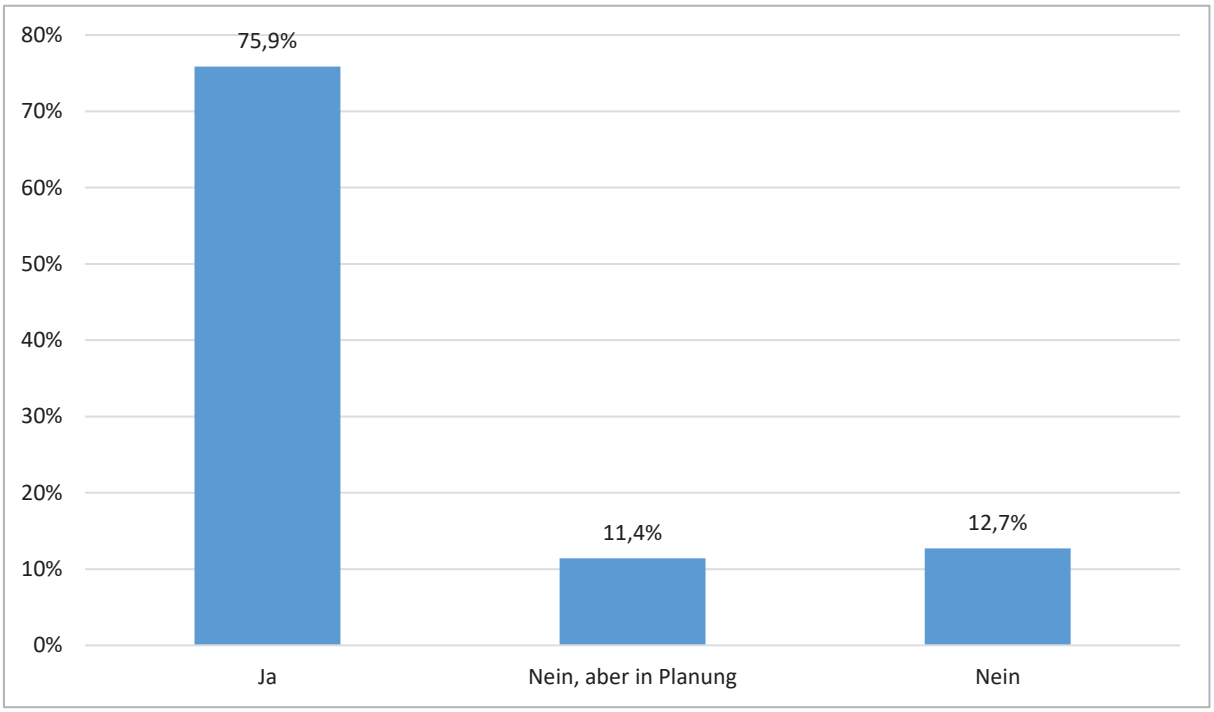

Abbildung 12: Schaffen zusätzlicher Möglichkeiten zur Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in Pflegeheimen (N=684)

4.1.6 Forderungen an die Pflegepolitik

Pflegeheime fühlen sich während der Pandemie von Trägerverbänden, RKI und Gesundheitsamt überwiegend hinreichend unterstützt (Zustimmungsraten von 87,7 % (N=658), 74,9 % (N=672) bzw. 68,4 % (N=690)). Der Aussage, dass sie sich durch Bundesgesundheitsministerium und die Berufsverbände hinreichend unterstützt fühlen, stimmt etwa die Hälfte der Einrichtungen (voll und eher) zu (51,6 %, N=669 bzw. 48,6 %, N=551), während der gleichen Aussage in Bezug auf die Kranken- und Pflegekassen nur ein Viertel (25,2 %, N=643) zustimmen, dieser Aussage aber drei Viertel der antwortenden Einrichtungen (74,8 %) eher und gar nicht zustimmen.

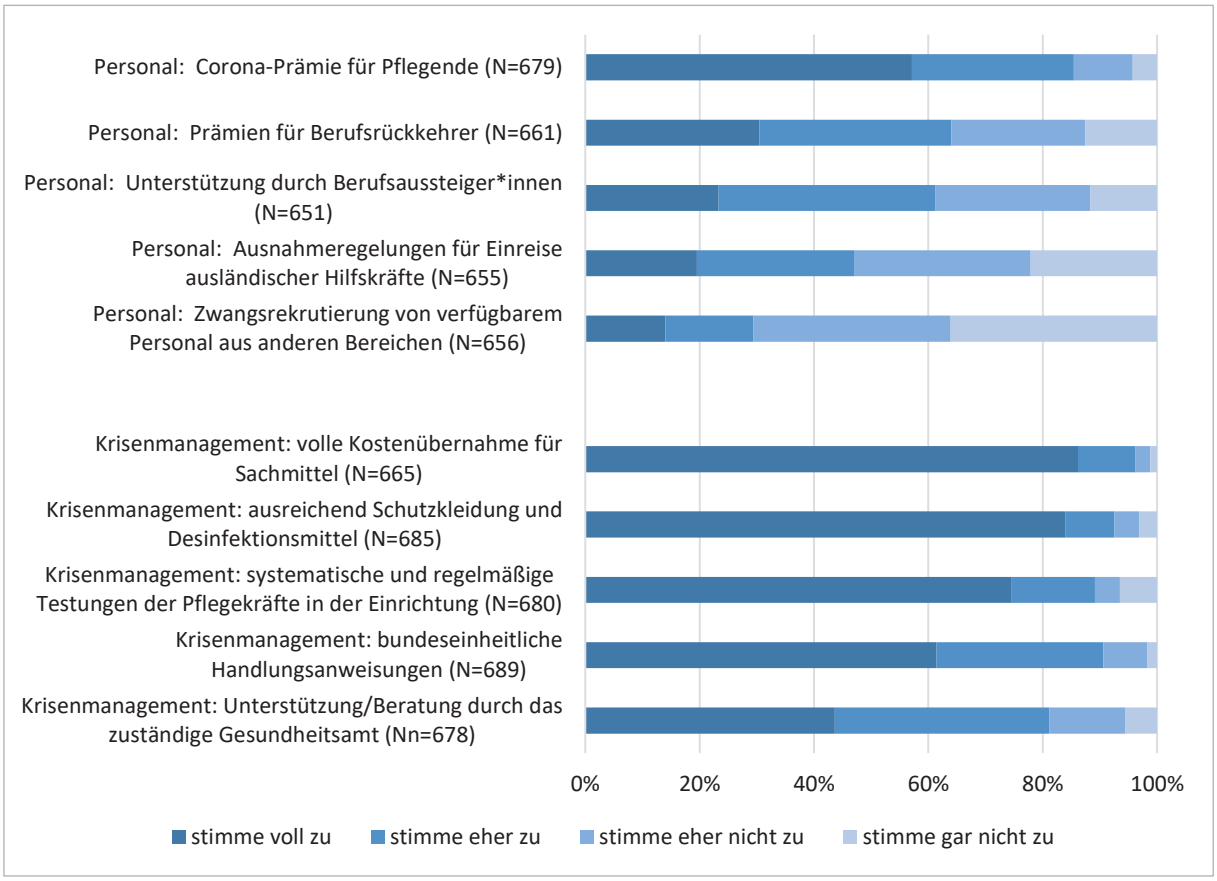

Abbildung 13: Unterstützungswünsche von Pflegeheimen in Bezug auf Personal- und Krisenmanagement

Von einer Liste möglicher extern zu finanzierender Maßnahmen, um die Heime bei der Bewältigung der Krise zu unterstützen, fanden in Bezug auf das Personalmanagement insbesondere Corona-Prämien für Pflegende und Prämien für Berufsrückkehrer*innen hohe Zustimmung (Zustimmungsraten von 85,4 % und 64,0 %). Wie Abbildung 13 weiterhin zeigt, sind die Zustimmungswerte für alle genannten Maßnahmen des Krisenmanagements sogar noch

deutlich höher und liegen selbst bei dem Vorschlag mit der niedrigsten Zustimmung immer noch bei mehr als 81 %.

In einer abschließenden Freitextfrage äußerten sich 286 der befragten Heime zu ihren Wünschen und forderten dabei insbesondere bundeseinheitliche und praktikable Handlungsempfehlungen, die ausreichende Bereitstellung von Schutzkleidung und Desinfektionsmitteln, die systematische und regelmäßige Testung bei Bewohner*innen und Personal, eine bessere Vergütung der Pflegekräfte und eine bessere Personalausstattung.

4.2 Teilstationäre Einrichtungen

Nach einer Beschreibung der Stichprobe (Abschnitt 4.2.1) werden nachfolgend die Verbreitung von SARS-CoV-2 in den teilstationären Einrichtungen (Abschnitt 4.2.2), die personellen und materiellen Ressourcen bzw. deren Einschränkungen (Abschnitt 4.2.3), die ergriffenen Maßnahmen und Strategien (Abschnitt 4.2.4), Maßnahme zur Intensivierung digitaler Kommunikation (Abschnitt 4.2.5) sowie die Forderungen an die Pflegepolitik (Abschnitt 4.2.6) berichtet.

4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Für die Auswertung finden Datensätze von insgesamt 96 teilstationären Einrichtungen Verwendung. Bezogen auf die initial angeschriebenen 2.731 teilstationären Einrichtungen entspricht dies einem Rücklauf von rund 3,5 %. Dabei antwortete in der Hälfte der Fälle die Einrichtungsleitung (51,0 %; N = 96). Zum Zeitpunkt der Befragung waren in den teilstationären Einrichtungen 2.599 Mitarbeiter*innen beschäftigt, die (in)direkt für die Versorgung von 2.236 Gästen zuständig waren. Fast jede sechste Einrichtung (15,6 %, N = 96) ist dabei schwerpunktmäßig auf die Versorgung von Menschen mit Demenz spezialisiert.

Die durchschnittliche Anzahl von Plätzen und Gästen in den Einrichtungen liegt bei 19,0 bzw. 23,3. Die Einrichtungen in der Stichprobe sind damit etwas größer als Einrichtungen im Bundesdurchschnitt (Tabelle 3). Daten zur Trägerschaft für teilstationäre Eirichtungen sind in der amtlichen Statistik nicht vorhanden – vergleicht man die Angaben mit denen stationärer Einrichtungen (Tabelle 1), so sind öffentliche Träger in der Stichprobe etwas über- und freigemeinnützige Träger etwas unterrepräsentiert.

Tabelle 3: Vergleich der Studienergebnisse und der amtlichen Statistik für teilstationäre Pflegeeinrichtungen

Merkmal	Studienergebnis	amtliche Statistik
	Stichprobe (N)	
Einrichtungsgröße (Mittelwert)		
Zahl der Plätze	19,0 (94)	14,4
Gäste	23,3 (92)	22,5
Mitarbeitende (Mittelwert)		
Personenzahl	27,1 (95)	-
Vollzeitäquivalente	15,6 (83)	-
Pflegekräfte (Mittelwert)		
Personenzahl	15,4 (91)	-
Vollzeitäquivalente	9,7 (84)	-
Trägerschaft (N = 92)		
öffentlich	7,3 % (7)	-
freigemeinnützig	45,8 % (44)	-
privat	42,7 % (41)	-
Vergleichsquellen: Statistisches Bundesamt 2018		

Teilstationäre Einrichtungen sind aus fast allen Bundesländern – mit Ausnahme von Bremen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland – vertreten (Abbildung 14). Sie befinden sich in jeweils knapp der Hälfte aller Fälle in freigemeinnütziger (47,8 %, N = 92) oder privater (44,6 %, N = 92) Trägerschaft (7,6% öffentliche Trägerschaft, N = 92). Sechs von zehn Einrichtungen geben dabei an, aufgrund der vorliegenden Pandemie derzeit geschlossen zu sein (N = 95).

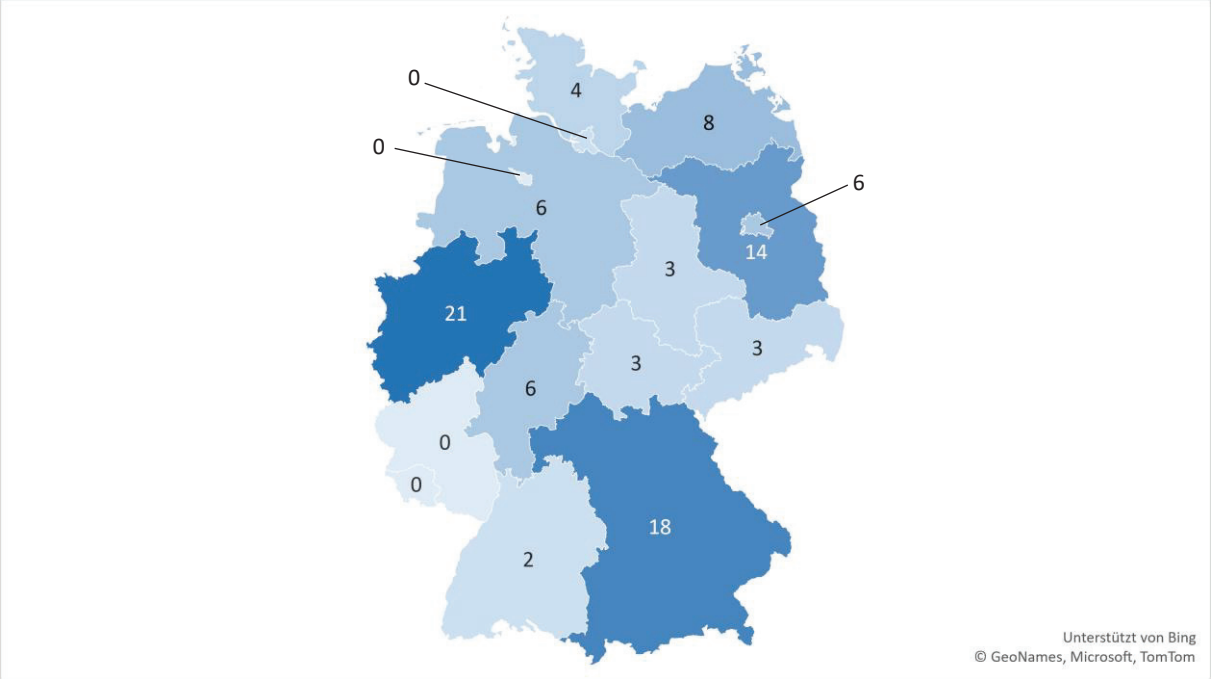

Abbildung 14: Verteilung der teilnehmenden teilstationären Einrichtungen auf die Bundesländer (N = 96)

4.2.2 Verbreitung der Infektion in teilstationären Einrichtungen

Lediglich vier der 96 Einrichtungen berichten von bestätigten COVID-19 Fällen (4,2 %), die Gesamtzahl aller bestätigten Fälle beläuft sich auf 13 Tagesgäste, die der verstorbenen auf sechs. Drei Einrichtungen berichten zudem über Infektionen unter den Mitarbeitenden, dann jedoch gleich über mehr als einen Fall. Aufgrund der geringen Einrichtungs- und Fallzahlen wir auf eine detailliertere Auswertung verzichtet.

4.2.3 Personelle und materielle Ressourcen

Von einem Personalausfall berichten mehr als ein Vierteil aller Einrichtungen (28.1 %; N = 96), jede zehnte Einrichtung (N = 96) sogar von Personalausfällen von mehr als 20 Prozent (einschließlich etwaiger Quarantänemaßnahmen) für den Monat April 2020, nicht betroffen von einem solchen Ausfall waren knapp 60% der Einrichtungen (59,4 %, N = 96). Durchschnittlich wird aufgrund der Pandemie und damit veränderter Arbeitsbedingungen von etwa jeder fünften Einrichtung (20,8 %, N = 96) ein Arbeitsmehraufwand berichtet, der mit durchschnittlich 85 Minuten pro Schicht beziffert wird (n=19).

Zwei Drittel der Einrichtungen (65,6 %, 63/96) berichten von einem Aufnahmestopp bzw. sind ganz geschlossen (N = 96). Mehr als die Hälfte der Einrichtungen (57,3 %, N = 96) rechnet pandemiebedingt mit Umsatzverlusten zwischen 50 und 100 Prozent.

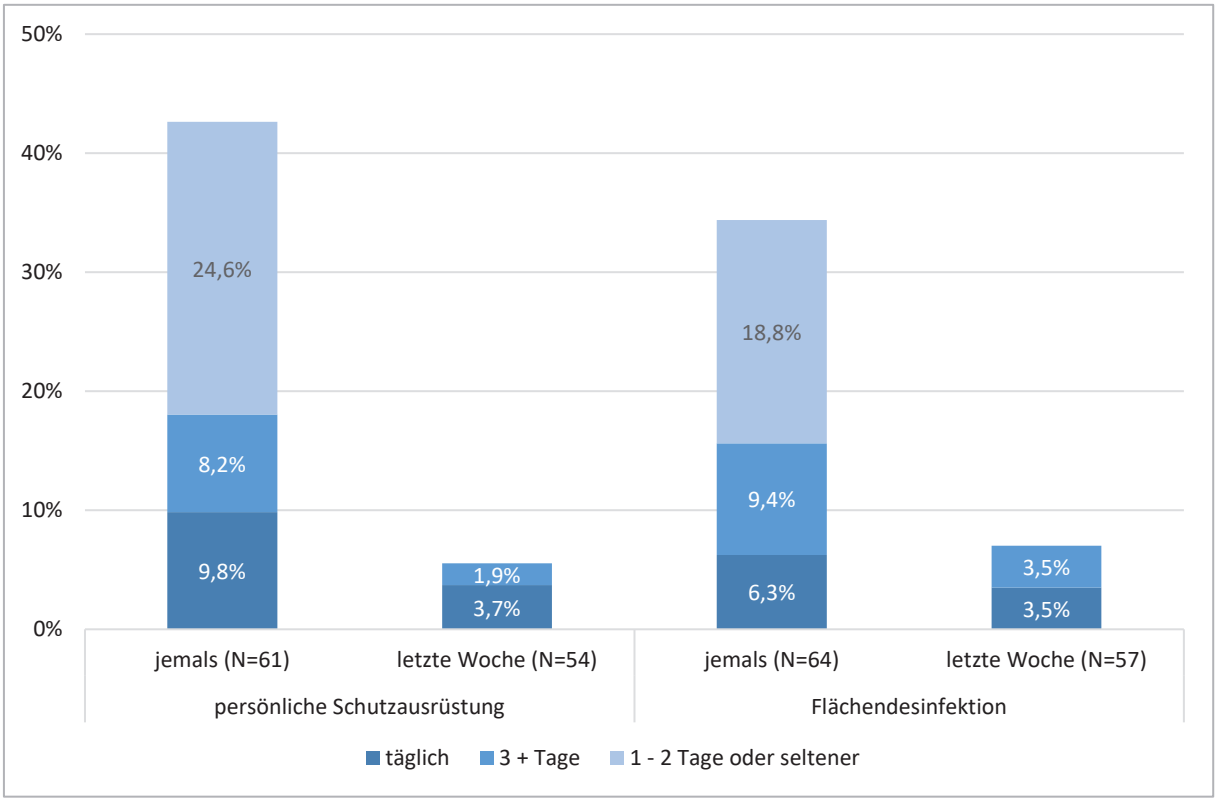

Abbildung 15: Mangel an Schutzmaterialien in teilstationären Einrichtungen

Von einem Mangel an persönlicher Schutzausrüstung (bis zu einmal pro Woche oder seltener) im Verlauf der bisherigen Pandemie-Situation berichten mehr als ein Viertel aller Einrichtungen (27,1 %, N = 96) bzw. 42,6% der antwortenden Einrichtungen (N = 61), etwas mehr als jede fünfte Einrichtung (22,9 %, N = 96) bzw. 34,4 % (N = 64) berichtet dies auch für Flächendesinfektionsmittel. Ein Vergleich über die Zeit (Abbildung 15) zeigt jedoch auch, dass sich diese Mangelsituation in der letzten Woche vor der Befragung bereits deutlich entspannt (Schutzausrüstung: 3,1 %, N = 96 bzw. 5,6 %, N = 54), Flächendesinfektionsmittel; 4,2 %, N = 96 bzw. 7,0 %, N = 57).

4.2.4 Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit dem Virus

Mehr als die Hälfte aller befragten Einrichtungen (58,3 %, N = 96) geben an, dass sie vor Ausbruch der Corona-Pandemie nicht speziell auf die Situation eine Pandemie vorbereitet gewesen sind – auch im Rahmen von Ausbildung/Studium (10,4 %, N = 96) oder aber auch Fortbildungen (18,8 %, N = 96) ist dieses Thema bisher eher selten präsent. Zur Bewältigung der vorliegenden Pandemie-Situation haben mehr als die Hälfte (56,3 %, N = 96) aller Einrichtungen ein Krisenteam gegründet, jeweils etwa ein Fünftel aller Einrichtungen hat dies nicht getan (23,9 %, N = 96) oder keine Angabe hierzu gemacht (19,8 %, N = 96).

Gut 90 % aller Einrichtungen (N = 96) machten Angaben über Maßnahmen zum Personalmanagement während der Pandemie (vgl. Abbildung 16). Etwa ein Sechstel aller Einrichtungen (16,7 %, N = 96) bzw. 18,4 % (N = 87) der antwortenden Einrichtungen haben kein verändertes Personalmanagement bei ausreichendem Personal. Auffallend ist, dass mehr als jede vierte Einrichtung (29,2 %, N = 96) bzw. 32,2 % (N = 87) über (teilweise) Kurzarbeit berichtet.

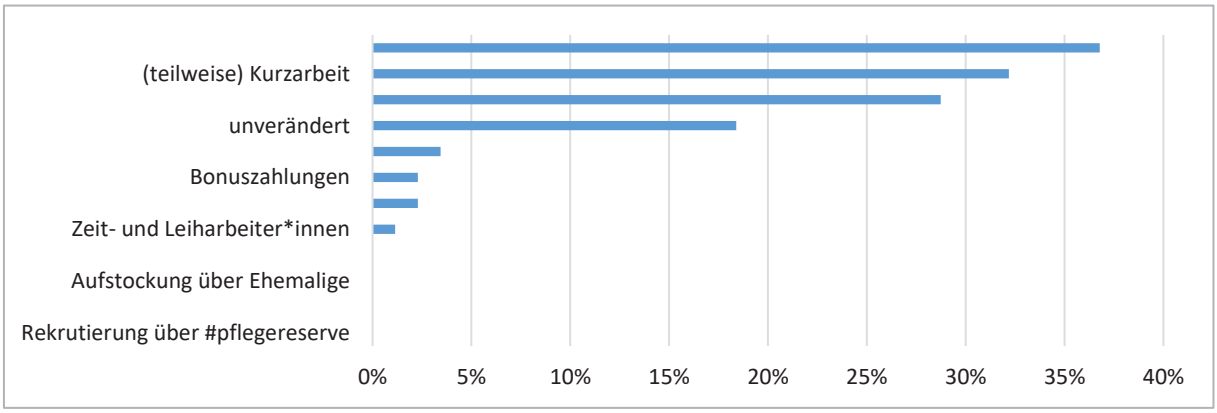

Abbildung 16: Maßnahmen zum Personalmanagement in teilstationären Einrichtungen

Knapp drei Viertel aller Einrichtungen (74,0 %, N = 96) reagieren auf die veränderte Versorgungssituation mit Maßnahmen zur Kontaktreduzierung. Gäste und deren Angehörige werden

in knapp drei Vierteln (70,8 %; N = 96) aller Einrichtungen zu erforderlichen Maßnahmen im Umgang mit COVID-19 geschult. Abwesenheitsregeln für Beschäftigte bei COVID-19 typischen Symptomen berichten etwa drei Viertel (72,9 %, N = 96) der Einrichtungen, eine von 16 Einrichtungen (6,3 %, N = 96) hat solche Regelungen jedoch explizit nicht. Für Beschäftigte, die einer Risikogruppe zugeordnet werden können, hat nur noch gut ein Fünftel (20,8 %, N = 96) aller Einrichtungen Abwesenheitsregeln getroffen. Ein klinisches Monitoring entsprechend der Empfehlung des Robert Koch-Instituts (z. B. tägliche Erfassung und Dokumentation der entsprechenden klinischen Symptome einschließlich der Messung der Körpertemperatur) von Gästen auf COVID-19 berichtet ein Drittel (32,3 %, N = 96) der Einrichtungen.

4.2.5 Digitale Kommunikation in teilstationären Einrichtungen

Auch teilstationäre Einrichtung nutzen digitale Kommunikationswege in der Pflege. die Kommunikation mit dem Personal erfolgt dabei auch hier primär über Telefon (82,5 %), Messengerdienst (52,5 %) und E-Mail (50,0 %) werden in ungefähr gleichem Maße eingesetzt. Der Kontakt mit externen Leistungserbringer erfolgt beim stark überwiegenden Teil der Einrichtungen per Telefon (70,0 %) oder auch E-Mail (43,8 %). Während beim Großteil der Einrichtungen (87,5 %) nur das Telefon in der Kommunikation mit den Klient*innen eine Rolle spielt, nutzen zumindest zur Kommunikation mit dem Angehörigen auch 53,8 % der teilstationären Einrichtungen E-Mail. Insgesamt zeigt sich bei teilstationären Einrichtungen damit ein starker Fokus auf Telefon und E-Mail und im Kontakt mit dem Personal auch noch die Nutzung von Messengerdiensten. Weitere Kommunikationstechnologien werden nur sehr selten eingesetzt (Abbildung 17). E-Mail und Messengerdienste sind diejenigen digitalen Kommunikationstechnologien, die in teilstationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu vor der Pandemie eher häufiger zum Einsatz kommen. Von 73 teilstationären Einrichtungen gaben noch 31,5 % an vor der Pandemie seltener E-Mail und 30 % von 60 Einrichtungen seltener Messengerdienste genutzt zu haben. Videokonferenzen und Telecare Technologien kamen in 12 % beziehungsweise 13 % der antwortenden teilstationären Einrichtungen bereits vor der Pandemie zum Einsatz (Abbildung 18).

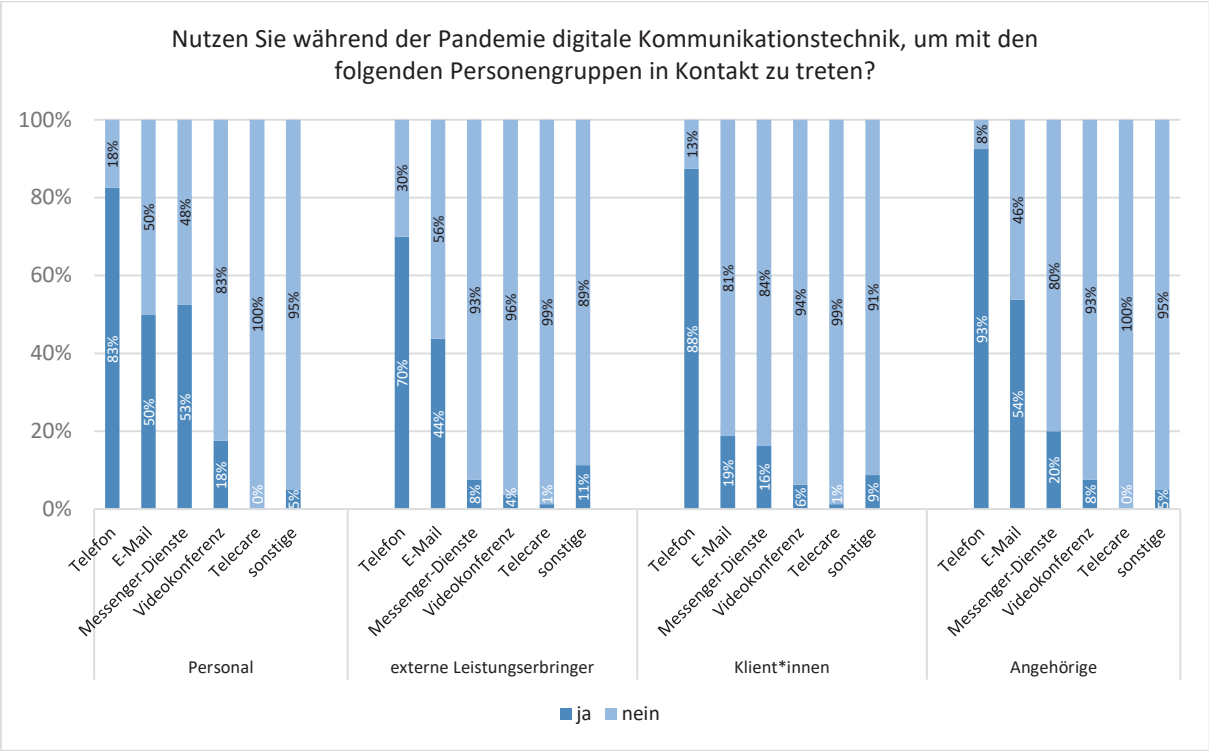

Abbildung 17: Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in teilstationären Einrichtungen während der Pandemie (N=80)

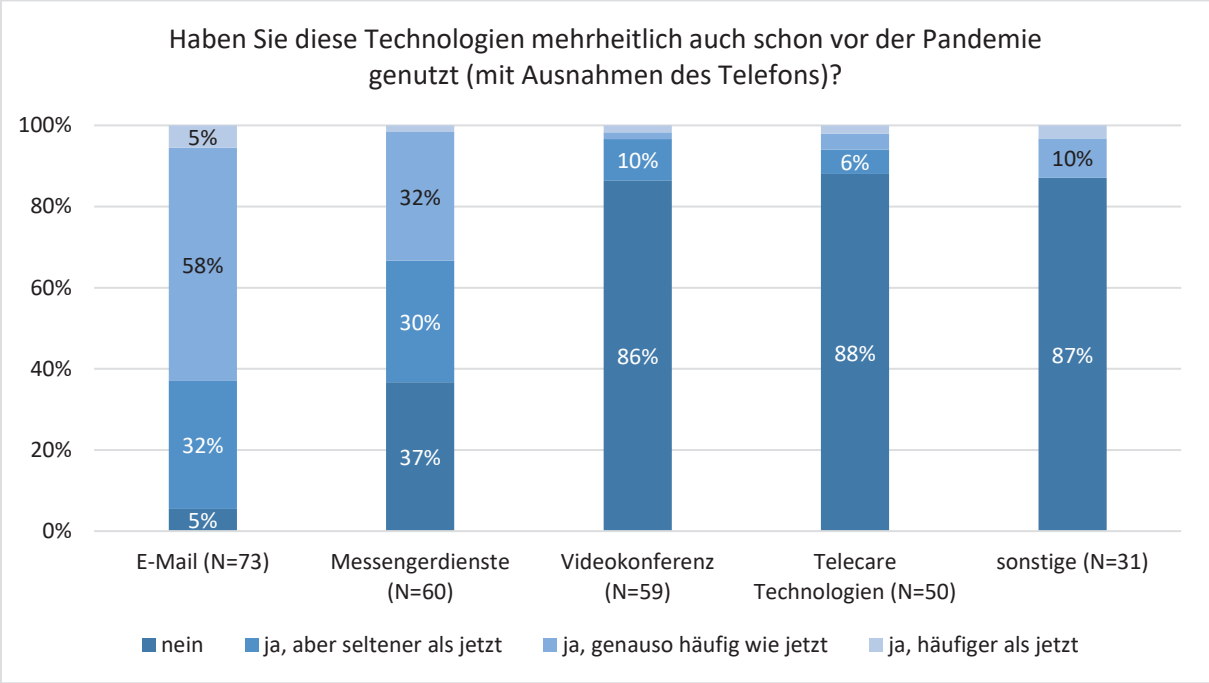

Abbildung 18: Nutzung von Kommunikationstechnologien in teilstationären Pflegeeinrichtungen vor der Pandemie (Mehrfachauswahl)

Von 62 antwortenden Einrichtungen, schaffte gut jede vierte teilstationäre Pflegeeinrichtung (25,8 %) zusätzliche Möglichkeiten für Klientinnen und Klienten, digitale Kommunikationstechnologien für soziale Kontakte zu Freunden, Angehörigen oder anderen Personen zu nutzen (Abbildung 19).

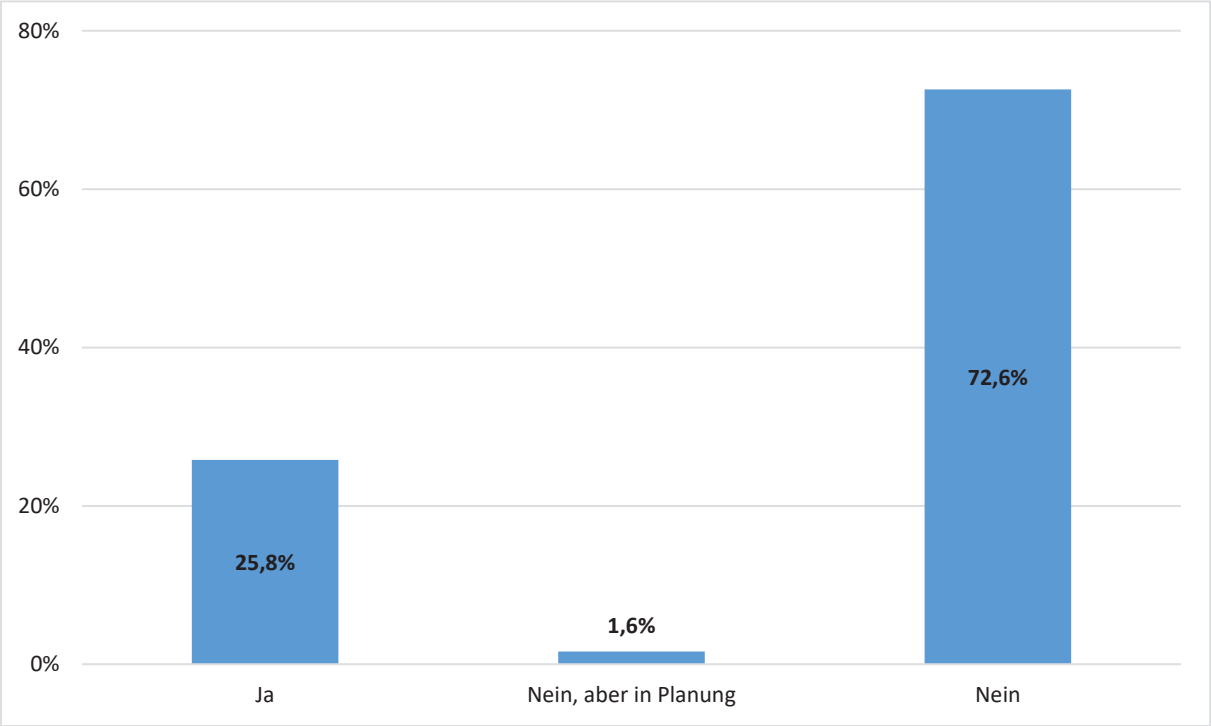

Abbildung 19: Schaffen zusätzlicher Möglichkeiten zur Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in teilstationären Pflegeeinrichtungen (n=62)

4.2.6 Forderungen an die Pflegepolitik

Auf die Frage, wie sie die Unterstützung durch übergeordnete Institutionen während der Pandemie beurteilen, zeichnen die Dienste ein überwiegend positives Bild (Abbildung 20). Hohe Zustimmungsraten (stimme voll oder eher zu) erhalten Trägerverbände (81,9 %, N = 61), Berufsverbände (64,1 %, N = 64) aber auch das Robert Koch-Institut (RKI) (57,7 %, N = 69). Kranken- und Pflegekassen werden mit einer Zustimmungsrate von 40,5 % (N = 74) deutlich kritischer beurteilt.

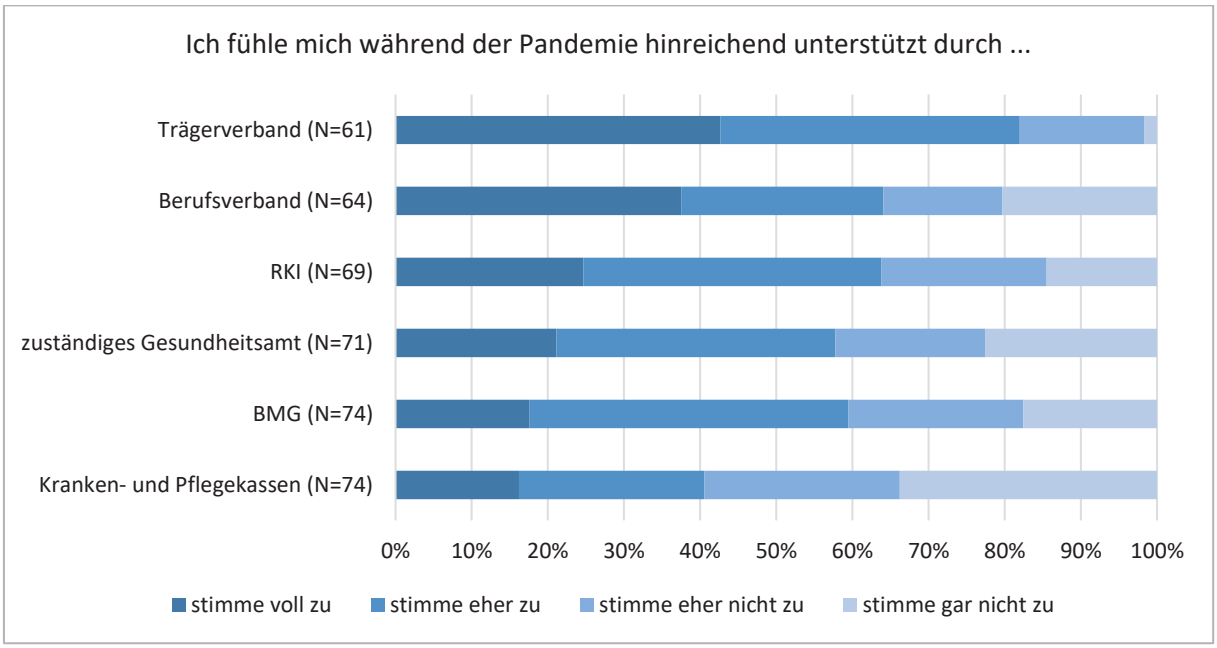

Abbildung 20: Unterstützung teilstationärer Einrichtungen durch übergeordnete Institutionen

In Bezug auf Wünsche an Kostenträger, die aus Sicht der befragten Einrichtungen dabei unterstützen sollen, die Herausforderungen der aktuellen Pandemie-Situation zu bewältigen, zeigen sich hohe Zustimmungsraten (stimme voll oder eher zu) für finanzielle Anreize (Abbildung 21). So stimmen mehr als vier von fünf Einrichtungen (84,1 %, N = 69) einer „Corona-Prämie“ für Pflegende und mehr als drei von fünf Einrichtungen (64,2 %, N = 67) einer Prämie für Berufsrückkehrer*innen zu. Auch personelle Unterstützung durch Berufsaussteiger*innen (60,6 %, N = 66) treffen auf eine Zustimmung von mehr als der Hälfte der Dienste, Zwangsrekrutierungen werden dagegen deutlich abgelehnt.

In Bezug auf das direkte Krisenmanagement wird insbesondere die volle Kostenübernahme für Sachmittel (97,1 %, N = 69), bundeseinheitliche Handlungsanweisungen (94,4 %, N = 72) und eine ausreichende Zurverfügungstellung von Schutzmaterialien (92,8 %, N = 69) von fast allen Einrichtungen angemahnt (Abbildung 21). Eine systematische und regelmäßige Testung von Pflegekräften wünschen sich neun von zehn Einrichtungen (89,7 %, N = 68) und mehr als vier von fünf Einrichtungen (85,9 %, N = 71) eine zugehende dienstbezogene Unterstützung und Beratung bei der Infektionsprävention und -kontrolle in den Einrichtungen durch das zuständige Gesundheitsamt. Ein Aussetzen externer Prüfungen während der Pandemie befürworten fast neun von zehn (87,1 %, N = 70) der Einrichtungen.

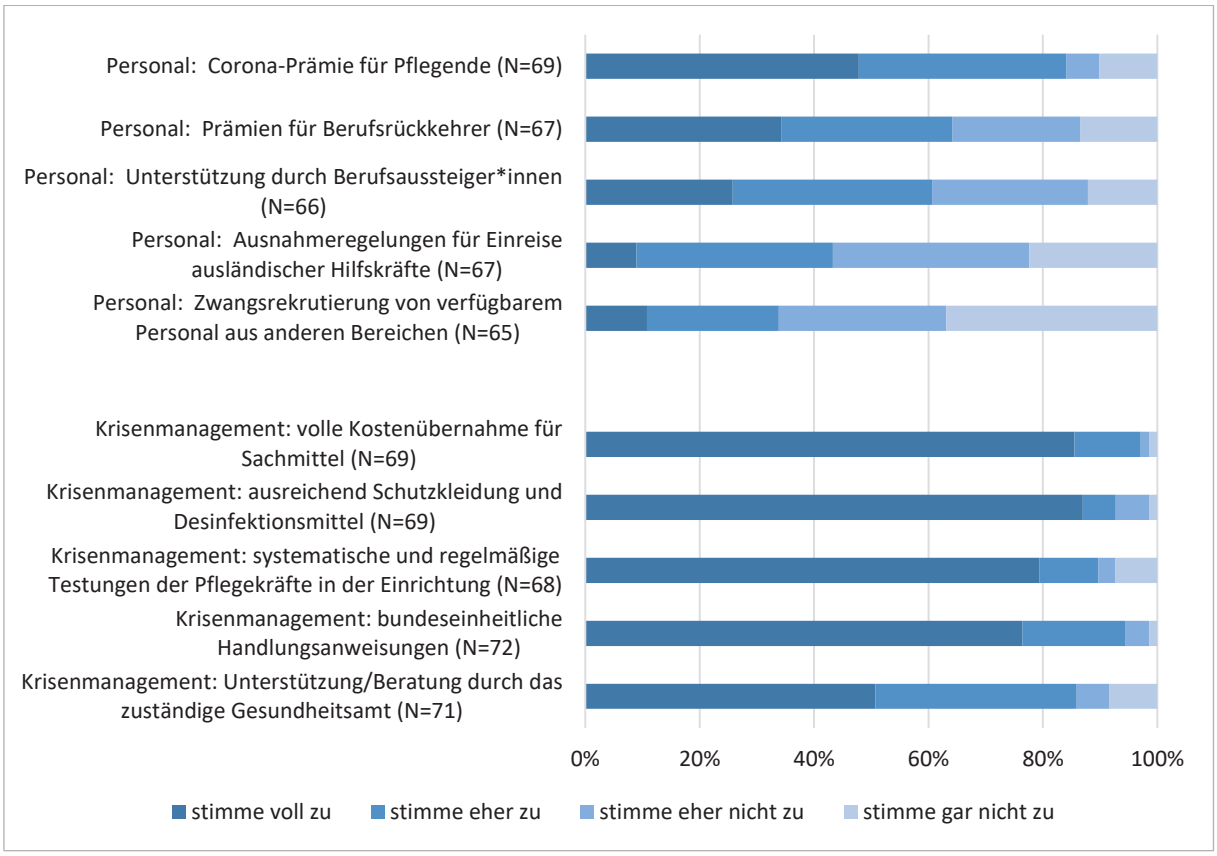

Abbildung 21: Wünsche teilstationärer Einrichtungen in Bezug auf eine personalbezogene Unterstützung und Unterstützung im direkten Zusammenhang mit dem Krisenmanagement

4.3 Ambulante Pflegedienste

Nach einer Beschreibung der Stichprobe (4.3.1) werden nachfolgend die Verbreitung von COVID-19 in den Pflegeheimen (Abschnitt 4.3.2), die personellen und materiellen Ressourcen bzw. deren Einschränkungen (4.3.3), die Auswirkungen auf die Versorgungssituation Pflegebedürftiger (4.3.4), die ergriffenen Maßnahmen und Strategien (4.3.5), Maßnahmen zur Förderung der digitalen Kommunikation (Abschnitt 4.3.6) sowie die Forderungen an die Pflegepolitik (4.3.7) berichtet.

4.3.1 Stichprobenbeschreibung

Für die Auswertung finden Datensätze von insgesamt 701 Pflegediensten Verwendung. Bezogen auf die initial angeschriebenen 9.547 ambulanten Pflegedienste entspricht dies einem Rücklauf von rund 7,3 %. Dabei antwortete in einem Drittel der Fälle die Einrichtungsleitung und in zwei Dritteln der Fälle die Pflegedienstleitung. Zum Zeitpunkt der Befragung waren in den Pflegediensten 26.261 Mitarbeiter*innen beschäftigt, die (in)direkt für die Versorgung von

82.949 Klient*innen zuständig waren. Die durchschnittliche Anzahl von Klient*innen liegt damit bei 118,3 Personen, ist aber aufgrund der fehlenden Differenzierung nach SGB V/ XI/ XII-Leistungen nur eingeschränkt mit Werten der amtlichen Pflegestatistik vergleichbar. 42,7 % (N = 682) der insgesamt 701 Pflegedienste erbringen Leistungen im betreuten Wohnen und 23,9 % (N = 678) in ambulant betreuen Wohngemeinschaften. Die Pflegedienste in der Stichprobe sind gemessen an der Zahl der Klient*innen und der Zahl an Mitarbeitenden deutlich größer als Pflegedienste im Bundesdurchschnitt (Tabelle 4). Öffentliche Träger sind in der Stichprobe im Gegensatz zur Grundgesamtheit etwas über- und private Träger etwas unterrepräsentiert. Alle Bundesländer sind weitgehend entsprechend ihrer Verteilung in der Pflegestatistik vertreten (Abbildung 22).

Tabelle 4: Vergleich der Studienergebnisse und der amtlichen Statistik für ambulante Pflegedienste

Merkmal	Studienergebnis		amtliche Statistik
	Stichprobe (N)		Pflegestatistik
Mitarbeitende (Mittelwert)			
Personenzahl	37,5 (613)		27,8
Vollzeitäquivalente	19,8 (579)		18,9
Pflegekräfte (Mittelwert)			
Personenzahl	25,8 (595)		20,1
Vollzeitäquivalente	15,5 (543)		13,9
Trägerschaft (N = 674)			
öffentlich	5,0 % (34)		1,4 %
freigemeinnützig	33,8 % (228)		32,8 %
privat	61,1 % (412)		65,8 %
Gesamtzahl…	Stichprobe (N = 701)	Hochrechnung[1]	RKI
infizierter Klient*innen	250	2.499	-
verstorbener Klient*innen	81	812	-
genesener Klient*innen	113	1.127	-
infizierter Mitarbeiter*innen	116	1.717	-
genesener Mitarbeiter*innen	98	1.462	-

Vergleichsquellen: Statistisches Bundesamt 2019.

[1] *Die Werte aus der vorliegenden Stichprobe wurden anteilsmäßig auf die Anzahl aller Pflegebedürftigen in Deutschland hochgerechnet.*

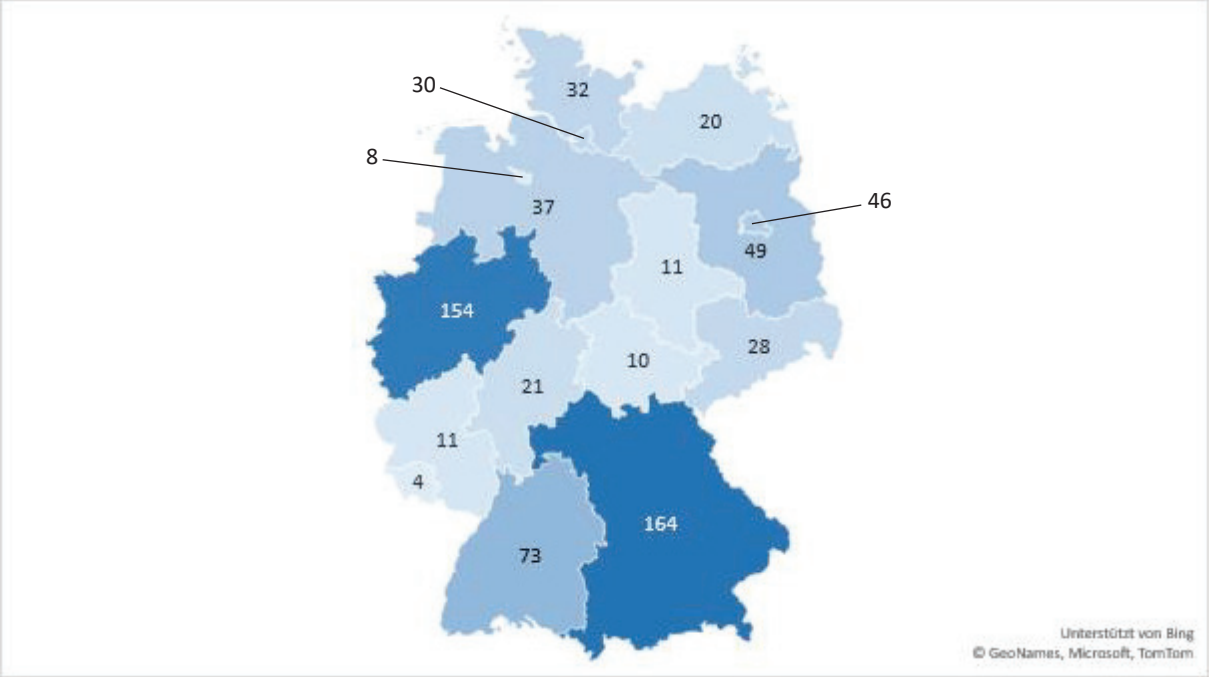

Abbildung 22: Verteilung der teilnehmenden ambulanten Dienste auf die Bundesländer (N = 698)

4.3.2 Verbreitung der Infektion in ambulanten Diensten

In Tabelle 4 werden die ambulanten Pflegedienste (N = 627), für die diesbezügliche Angaben vorliegen, danach differenziert, ob laborbestätigte Infektionen, Verdachtsfälle oder keines von beiden bei Klient*innen und/oder Mitarbeitenden vorkommen. Demnach haben 16,7 % (N = 627) der Dienste Klient*innen mit einer bestätigten Infektion und weitere 13,4 % (N = 627) der Dienste haben mindestens einen Verdachtsfall unter den Klient*innen. Insgesamt sind damit drei von zehn Diensten (30,1 %, N = 627) von Klient*innen mit Verdacht oder einer bestätigten Infektion betroffen. Mehr als jeder 12. aller antwortenden Dienste (8,7 % bei N = 599) hat zumindest einen COVID-19-Todesfall unter seinen Klient*innen. Bei den Mitarbeitenden liegen die Werte an labormedizinisch bestätigt infizierten Mitarbeitenden dagegen deutlich geringer (8,9 %, N = 627). Mit jedem fünften Dienst (20,4 %, N = 627), der auf Seiten von Klient*innen oder Mitarbeitenden und jedem 20. Dienst (5,3 %, N = 627), der sowohl bei Klient*innen und Mitarbeitenden bestätigte COVID-19 Fälle aufweist, sind ambulante Dienste damit deutlich von der Pandemie betroffen. Die Situation bei Mitarbeitenden und Klient*innen ist dabei nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, $p < 0{,}001$). Für etwa sechs von zehn Diensten mit Mitarbeiterfällen (58,9 %; 33 von 56 Diensten) gilt, dass auch bei Klient*innen bestätigte Fälle (durchschnittlich 1,3 Fälle) bekannt sind, umgekehrt gilt bei bestätigten Fällen von Klient*innen, dass nur bei drei von zehn Diensten (31,4 %, 33 von

105) auch Fälle unter den Mitarbeitenden bekannt sind – Mitarbeitende haben also bei Erkrankungsfällen unter Klient*innen ein erhöhtes eigenes Erkrankungsrisiko.

Tabelle 5: Von SARS-CoV-2 betroffene Klient*innen und Mitarbeitende in ambulanten Pflegediensten (N = 627)

		Mitarbeitende			
		infiziert	Verdacht	kein Fall	Summe
Klient*innen	infiziert	5,3%	4,6%	6,9%	16,7%
	Verdacht	1,0%	4,0%	8,5%	13,4%
	kein Fall	2,7%	9,9%	57,3%	69,9%
	Summe	8,9%	18,5%	72,6%	100,0%

Legende:
Infiziert = mindestens ein bestätigter Fall
Verdacht = mindestens ein Verdachtsfall, aber kein bestätigter Fall
Kein Fall = weder ein bestätigter, noch ein Verdachtsfall.

Durchschnittlich berichten von SARS-CoV-2 betroffene Dienste dabei von jeweils zwei infizierten Klient*innen/Mitarbeitenden (n = 84 und 42) und jeweils drei weiteren Verdachtsfällen (jeweils n = 93). Knapp jede/jeder dritte positiv auf SARS-CoV-2 getestete Klient*in (32,4 %, 81 von 250) ist verstorben.

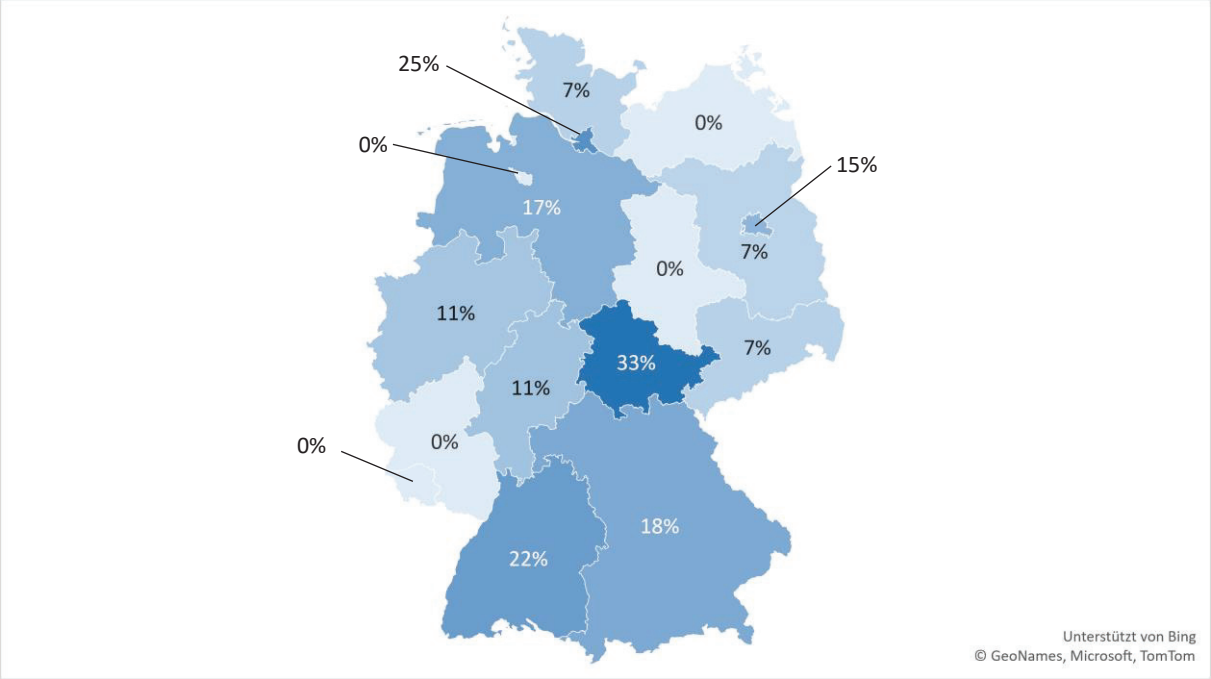

Abbildung 23: Anteil der Dienste mit infizierten Klient*innen an allen Diensten

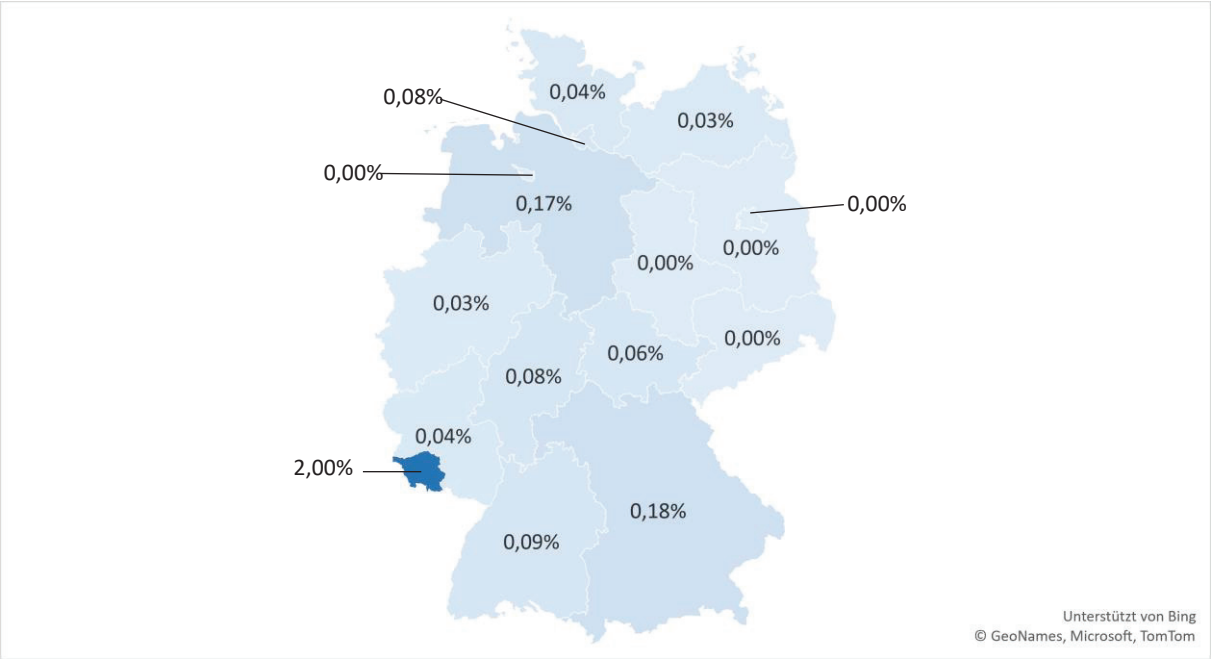

Abbildung 24: Durchschnittlicher Anteil der mit COVID-19 verstorbenen Pflegebedürftigen an allen Klient*innen (Hochrechnung)

Abbildung 23 und Abbildung 24 zeigen regionale Verteilungen. In Abbildung 23 ist angegeben, welcher Anteil der Pflegedeinste des jeweiligen Bundeslandes mindestens einen laborbestätigten SARS-CoV-2-Fall unter seinen Klient*innen hat, während Abbildung 24 den durchschnittlichen Anteil der mit Covid-19 Verstorbenen an den Klient*innen abbildet. Den höchsten Anteilswert an Diensten mit infizierten Klient*innen weist Thüringen auf. Dort betreut jeder dritte Dienst auch infizierte Klient*innen. Der durchschnittliche Anteil der mit COVID-19 Verstorbenen an allen Klient*innen ist deutlich kleiner als bei den vollstationären Pflegeheimen. Auffällig hoch ist dieser Wert im Saarland.

Zwei Drittel (65,8 %) der positiv getesteten Klient*innen (Daten aus 71 Diensten mit bestätigten Fällen bei Klient*innen) und fünf Sechstel (84,6 %) der Mitarbeitenden (Daten aus 39 Diensten mit bestätigten Fällen bei Mitarbeitenden) weisen im Mittel typische Symptome der COVID-19-Erkrankung auf. Sowohl bei Klient*innen als auch bei Mitarbeitenden liegt die durchschnittliche Zeit von einer Testung bis zur Bekanntgabe des Ergebnisses bei etwa vier Tagen (Klient*innen 4,5 Tage, n = 63; Mitarbeitende 3,9 Tage, n = 133).

4.3.3 Personelle und materielle Ressourcen

Vor Ausbruch der Pandemie lag der Umsatzanteil an SGB V-Leistungen bei den ambulanten Pflegediensten durchschnittlich bei etwas weniger als der Hälfte (45,3 %, N = 564 antwortende Dienste) aller Umsätze, der der SGB XI-Leistungen knapp darüber (50,9 %, N = 571 antwortende Dienste).

Im Zuge der Pandemie ändert sich die *Inanspruchnahme* von SGB V-Leistungen bei fast 50 % (N=605) der Dienste, hiervon sind drei Viertel (73,6 %, N=288) von einer Abnahme betroffen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Inanspruchnahme von Grundpflegeleistungen nach SGB XI. Mehr als die Hälfte aller antwortenden Dienste (59,7 %, N = 628) berichten von Veränderungen, wobei in vier von fünf Fällen (77,9 %, N=375) eine Abnahme an Leistungen stattfindet (Abbildung 25).

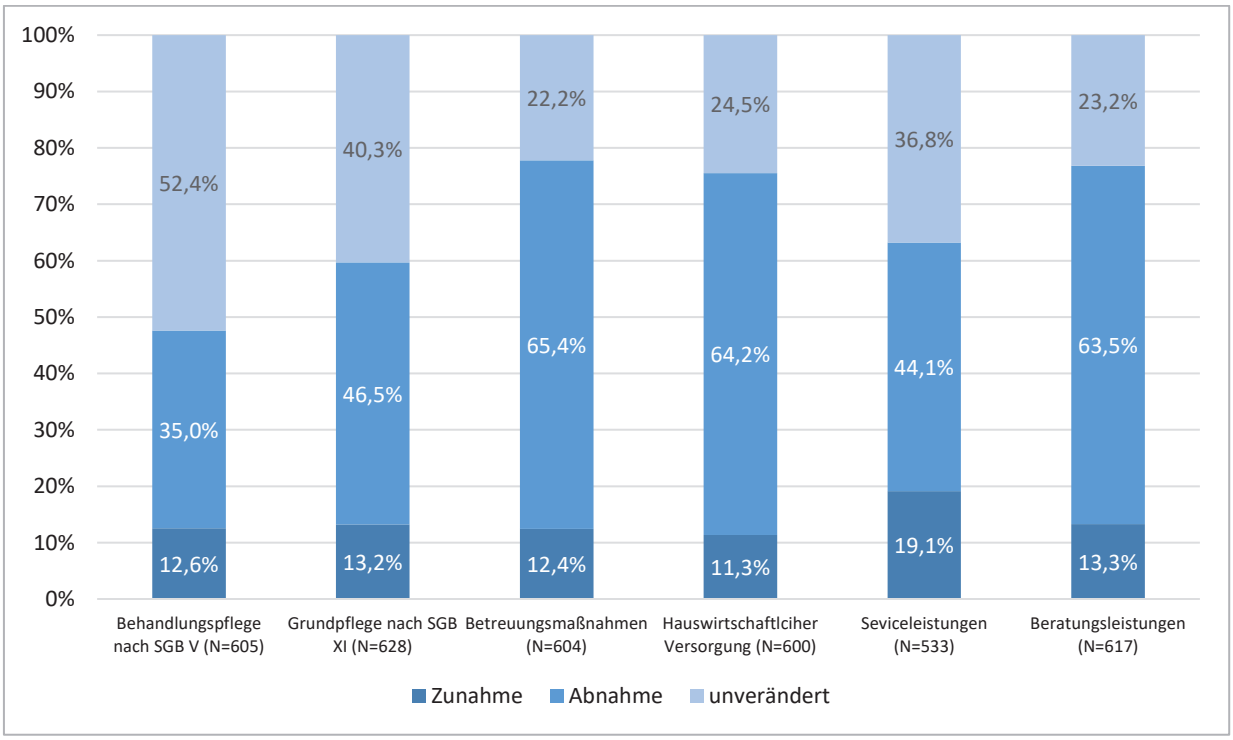

Abbildung 25: Veränderung der Inanspruchnahme von Leistungen bei ambulanten Pflegediensten

Eine deutliche Abnahme von Leistungen wird auch für die Inanspruchnahme von Betreuungsmaßnahmen (65,4 %, N = 604), hauswirtschaftlicher Versorgung (64,2 %, N = 600), Service- (44,1 %, N = 533) und Beratungsleistungen (63,5 %, N = 617) berichtet. Etwa die Hälfte aller Pflegedienste (50,5 %, N = 701) erwarten aufgrund der Pandemiefolgen *Umsatzverluste*. Von einem *Personalausfall* von bis zu zehn Prozent (einschließlich etwaiger Quarantänemaßnahmen) berichten mehr als ein Drittel (37,4 %, N = 701) für den Monat April 2020, weitere 8,1 % verzeichnen sogar einen Personalausfall von 10-20 % und 4,3 % einen von mindestens 20 %. Keinen Personalausfall vermeldet etwa jeder dritte Dienst (37,1 %, N = 701). Durchschnittlich wird aufgrund der Pandemie und damit veränderter Arbeitsbedingungen von etwas mehr als der Hälfte aller Dienste (52,1 %, N = 701) ein Arbeitsmehraufwand berichtet, der mit durchschnittlich 40 Minuten pro Schicht beziffert wird (n = 347).

Von einem Mangel an *persönlicher Schutzausrüstung* (bis zu einmal pro Woche oder seltener) im Verlauf der bisherigen Pandemie-Situation berichten über die Hälfte der Dienste (55,6 %, N = 583), etwas mehr als jeder dritte Dienst (34,3 %, N = 566) berichten dies auch für Flächendesinfektionsmittel. Ein Vergleich über die Zeit (Abbildung 26) zeigt jedoch auch, dass sich diese Mangelsituation in der letzten Woche vor der Befragung bereits wieder etwas entspannt (Schutzausrüstung: 24,0 %, N = 574), Flächendesinfektionsmittel; 10,9 %, N = 558).

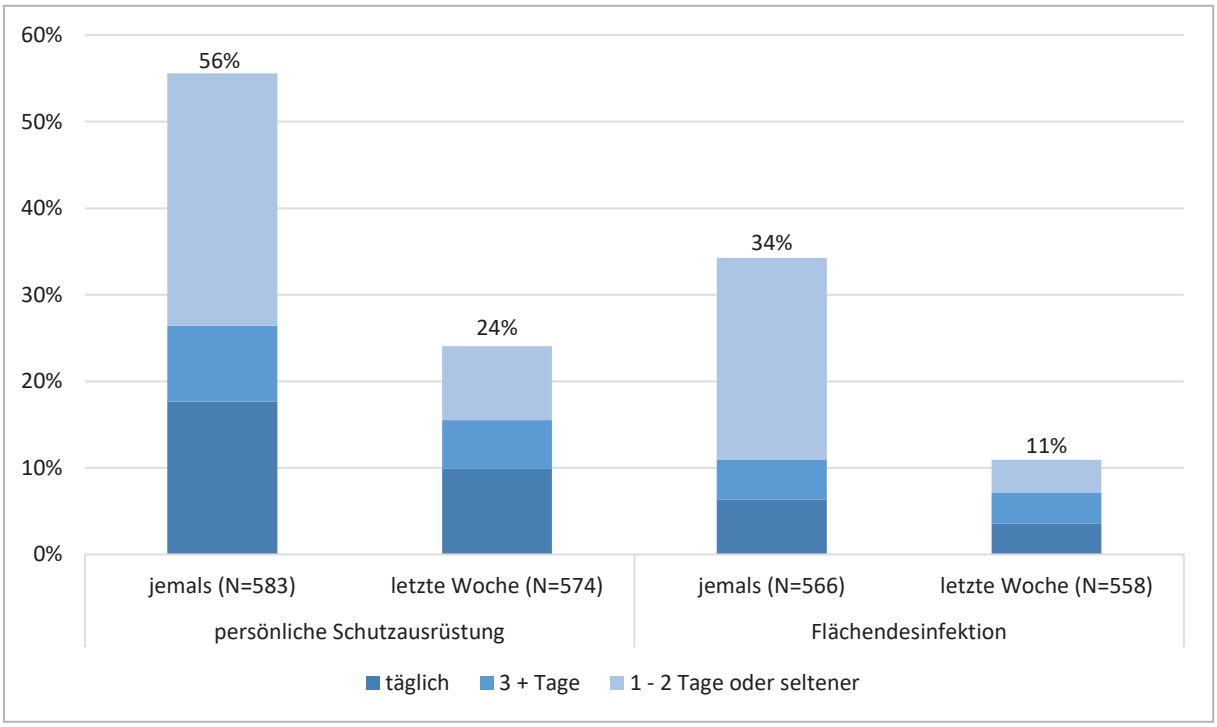

Abbildung 26: Mangel an Schutzmaterialien in ambulanten Pflegediensten

4.3.4 Auswirkungen auf Pflegebedürftige

Nach Auskunft aus den ambulanten Pflegediensten lebten vor Ausbruch der Pandemie bei 41,8 % (n = 293) aller 701 Dienste in mindestens einem von ihnen versorgten Haushalt bezahlte Hilfs-/Betreuungskräfte aus dem Ausland, bei etwa ebenso vielen war dies nicht der Fall (42,2 %, n = 296) und für 16,0 % (n = 112) aller Dienste lagen hierzu keine Informationen vor. Durchschnittlich wurden 6,3 Haushalte mit bezahlten Hilfs-/Betreuungskräften aus dem Ausland genannt, was einer Gesamtzahl von 1.837 Haushalten in der vorliegenden Stichprobe entspricht. Nach Ausbruch der Pandemie berichtet etwa ein Drittel der Pflegedienste (32,4 %; n = 293), dass in den von ihnen versorgten Haushalten diese Hilfs- und Betreuungskräfte nun fehlen. Dies betrifft anteilmäßig nach Schätzungen aus den Pflegediensten die Hälfte aller von ihnen versorgten Haushalte mit einer zuvor vorhandenen Hilfs- und Betreuungskraft. Aufgrund der zuvor schon berichteten Rückgänge in den in Anspruch genommenen Leistungen sowie

derzeit fehlender teilstationärer Versorgungsangebote (s. o.) schätzt fast die Hälfte aller Pflegedienste (45,8 %, n = 552) die Versorgung von Personen mit geringer Inanspruchnahme von Leistungen als gefährdet/instabil oder sogar nicht sichergestellt ein (Abbildung 27).

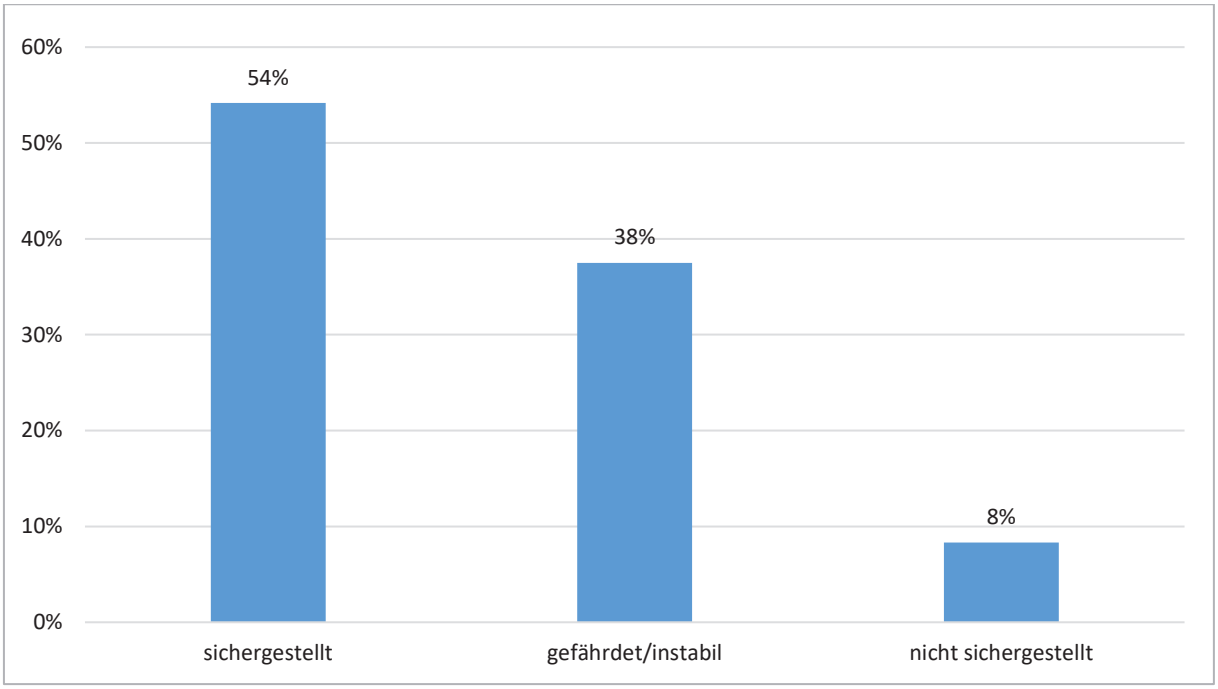

Abbildung 27: Einschätzung der Versorgungssituation von Klient*innen ambulanter Pflegedienste

4.3.5 Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit dem Virus

Zwei Drittel aller befragten Dienste (65,3 %, N = 701) bzw. 75,7 % der 605 antwortenden Dienste geben an, dass sie vor Ausbruch der Corona-Pandemie nicht speziell auf die Situation eine Pandemie vorbereitet gewesen sind – auch im Rahmen von Ausbildung/Studium (10,7 %, und 2,6 %, N = 605) oder aber auch Fortbildungen (15,4 %, N = 605) ist dieses Thema bisher eher selten präsent (Abbildung 28).

Mit 621 machten knapp 90 % aller Dienste (N = 701) Angaben über Maßnahmen zum Personalmanagement während der Pandemie (Abbildung 29). Etwas weniger als die Hälfte dieser Dienste (45,6 %, N = 621) haben kein verändertes Personalmanagement bei ausreichendem Personal, gefolgt von einem Viertel der Dienste (25,1 %, N = 621), die Versorgungssituationen über die Umverteilung des Stammpersonals sicherstellen. Eine Aufstockung über Ehemalige, die Rekrutierung über einen Pflegepool oder #pflegereserve spielt nur eine (sehr) geringe Rolle. Auffallend ist, dass es einerseits Dienste gibt, die einen gestiegenen Arbeitsaufwand bewältigen müssen (z. B. über Stundenaufstockungen, Urlaubssperren etc.), andererseits aber fast jeder elfte Dienst (8,5 %, N = 621) auch über (teilweise) Kurzarbeit berichtet.

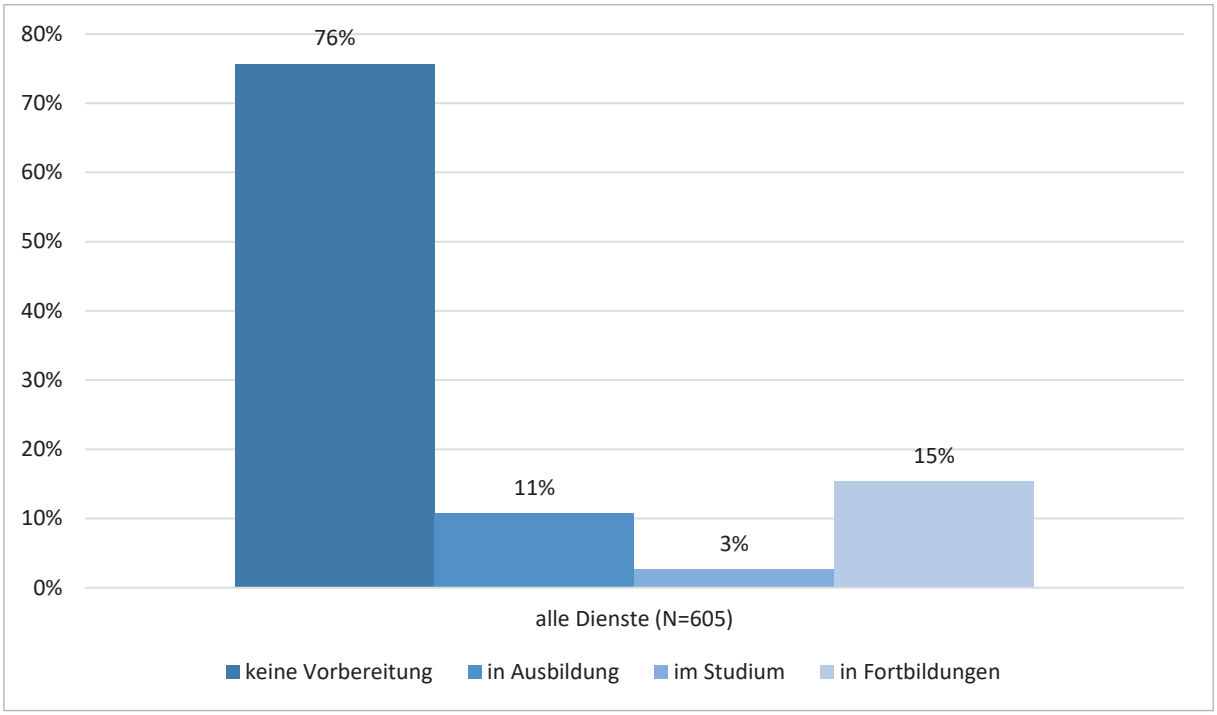

Abbildung 28: Vorbereitung auf Pandemiesituationen in ambulanten Pflegediensten (N=605)

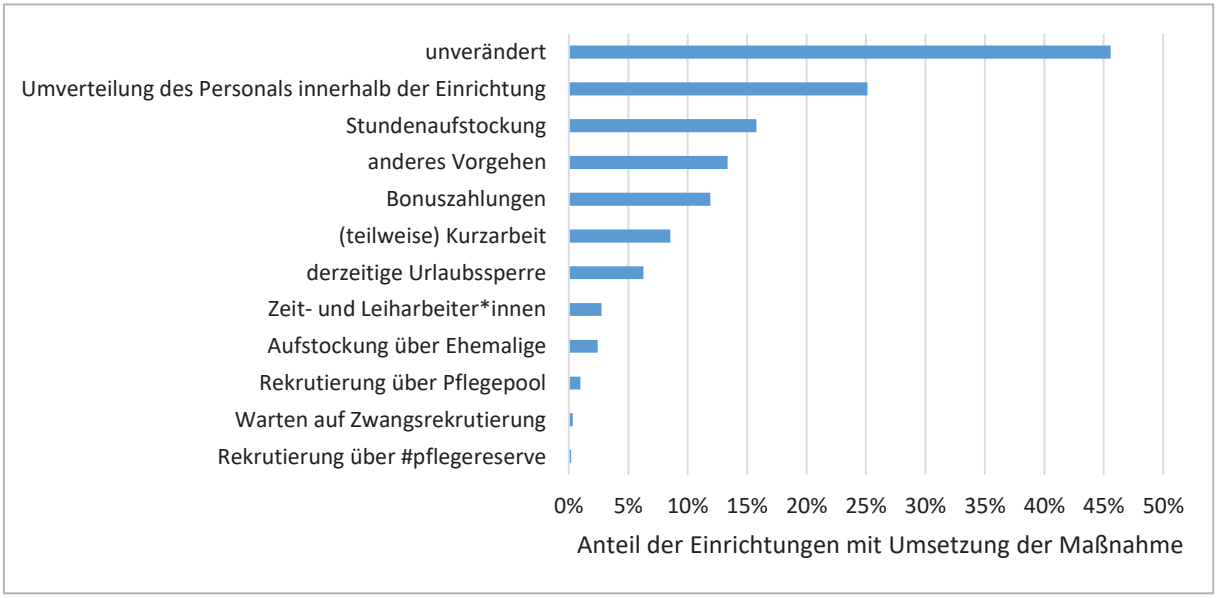

Abbildung 29: Maßnahmen zum Personalmanagement in ambulanten Pflegediensten (N=621)

Knapp drei Viertel aller Dienste (72,6 %, N = 701) reagieren auf die veränderte Versorgungssituation mit speziellen *Schulungen zu den Thema Schutzkleidung und Hygiene*, in der Regel sind dies Schulungsangebote mit einer Dauer von bis zu zwei Stunden. Abwesenheitsregeln für Beschäftigte bei COVID-19 typischen Symptomen berichten drei Viertel (75,5 %, N = 701) aller Dienste, einer von 17 Diensten (5,7 %, N = 701) hat solche Regelungen jedoch explizit nicht. Für Beschäftigte, die einer Risikogruppe zugeordnet werden können, hat nur noch gut

ein Viertel (28,8 %, N = 701) aller Dienste Abwesenheitsregeln getroffen. Klient*innen und deren Angehörige werden in mehr als drei Vierteln (77,3 %, N = 701) aller Dienste zu erforderlichen Maßnahmen im Umgang mit dem Virus geschult. Ein klinisches Monitoring entsprechend der Empfehlung des Robert Koch-Instituts (z. B. tägliche Erfassung und Dokumentation der entsprechenden klinischen Symptome einschließlich der Messung der Körpertemperatur) von Klient*innen auf COVID-19 berichtet ein knappes Drittel (29,8 %, N = 701 oder 33,8%, N = 701 inkl. Monitorings in Planung) der Dienste.

Zur Bewältigung der vorliegenden Pandemie-Situation haben mehr als zwei Drittel (68,1 %, N = 701) aller Dienste ein Krisenteam gegründet, jeweils etwa ein Sechstel aller Dienste hat dies nicht getan (16,1 %, N = 701) oder keine Angabe hierzu gemacht (15,8 %, N = 701). Etwa ein Drittel (36,6 %, N = 618) der antwortenden ambulanten Pflegedienste berichten aufgrund von veränderten Arbeits- und Personalbedingungen auch von einem aktuellen Aufnahmestopp für neue Klient*innen und ein Viertel (25,3 %, N = 95) auch von der Schließung von Bereichen (Abbildung 30).

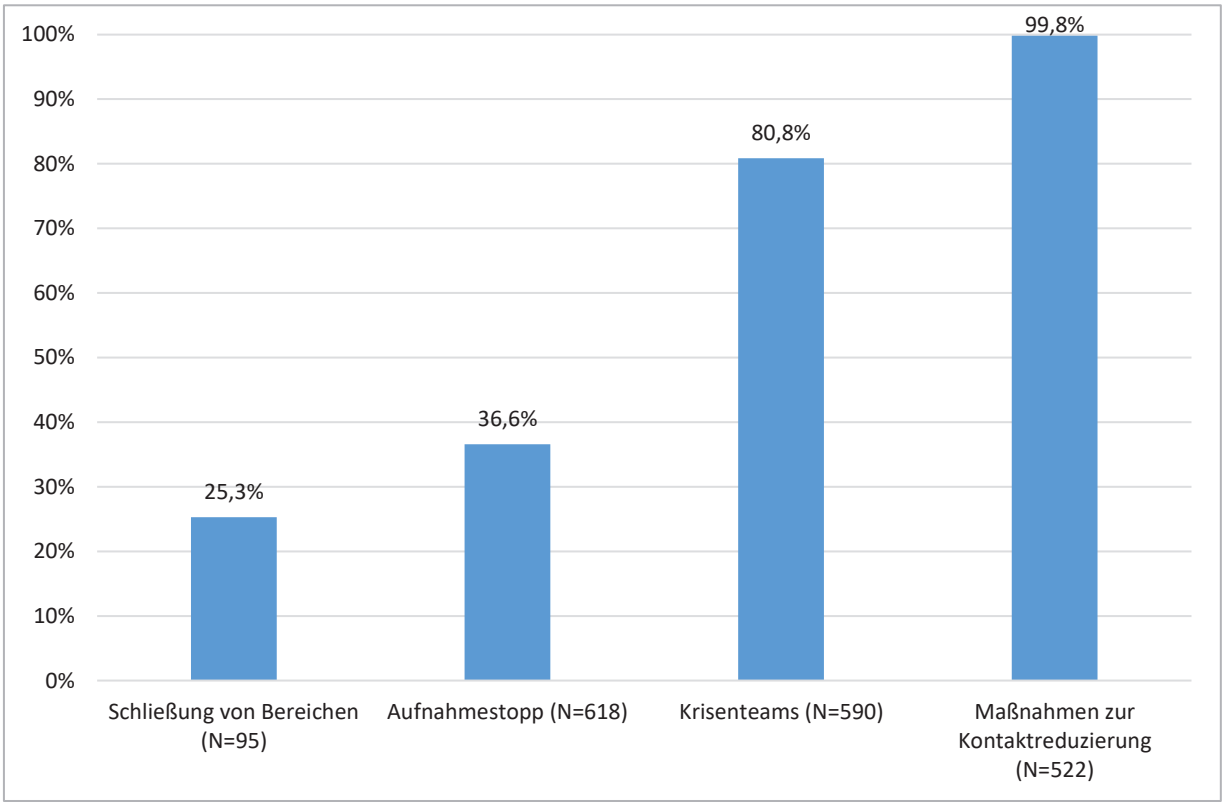

Abbildung 30: Maßnahmen zur Bewältigung von Pandemiefolgen in ambulanten Pflegediensten

4.3.6 Digitale Kommunikation in ambulanten Pflegediensten

Die ambulanten Pflegedienste nutzten *während* der Pandemie verschiedene digitale Kommunikationstechnologien. Für die Kommunikation mit den Mitarbeitenden wird in fast allen (88,0 %, N=599) Pflegediensten das Telefon genutzt, danach folgen insbesondere Messengerdienste (62,6 %, N=599), E-Mail (53,6 %, N=599), und seltener Videokonferenz (23,9 %, N=599). Die Kommunikation mit externen Leistungserbringern erfolgt primär über Telefon (74,6 %, N=599) und E-Mail (63,9 %, N=599), andere Kommunikationswege werden kaum benannt. Ebenfalls in der Kommunikation mit den Klient*innen ist das Telefon der dominante Kommunikationsweg, nur 30,9 % (N=599) der Pflegedienste nutzt hierfür auch E-Mail. Gleichsam erfolgt die Kommunikation mit Angehörigen. Neben dem Telefon (95,3 %, N=599) nutzten 69,9 % (N=599) hierfür E-Mail und 23,0 % (N=599) Messengerdienste (Abbildung 31).

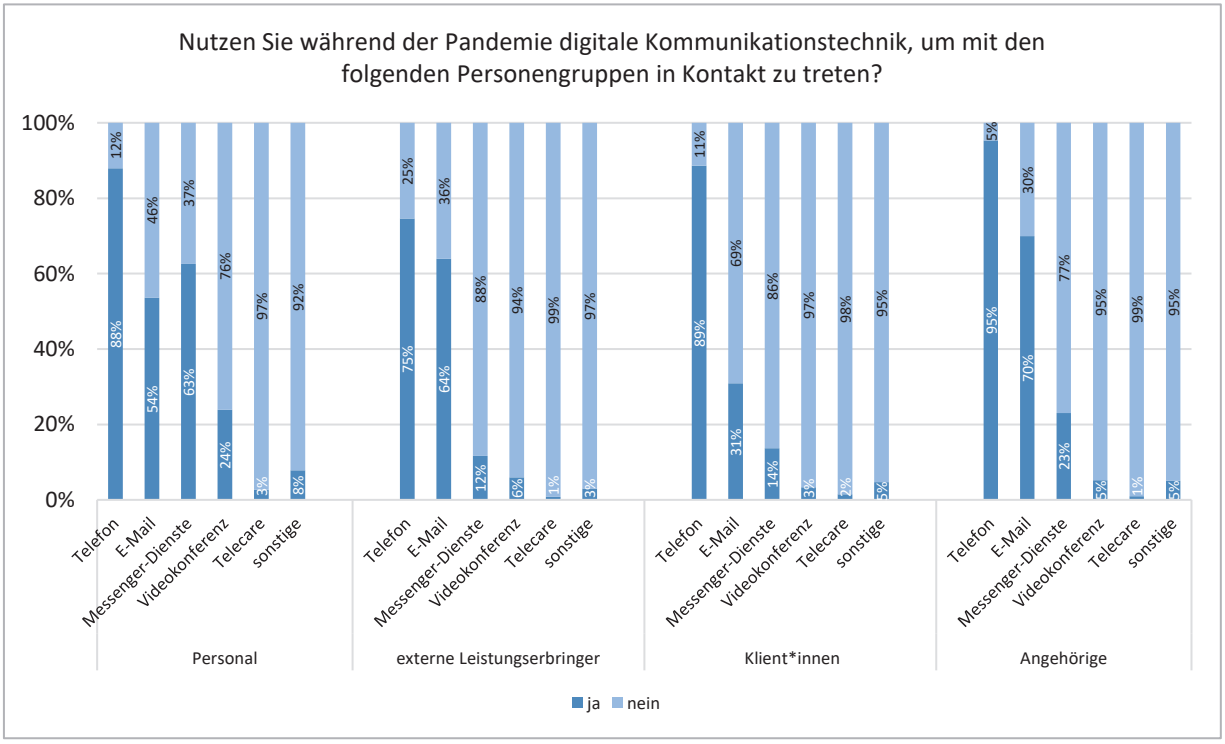

Abbildung 31: Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in Pflegediensten während der Pandemie (N=599)

Abbildung 32 zeigt die Nutzungshäufigkeiten von digitalen Kommunikationstechnologien in Pflegdiensten *vor* der Pandemie. Technologien wie E-Mail und Messengerdienste wurden in den Pflegediensten vor der Pandemie seltener genutzt: 31,5 % von 577 Pflegediensten (E-Mail) und 28,1 % von 459 Pflegediensten (Messengerdienste) gaben an, diese jetzt häufiger zu benutzen. Videokonferenzen wurden von 14,5 % von 427 Pflegediensten ebenfalls vor der Pandemie seltener genutzt. Telecare-Technologien (etwa Haus(not)ruf mit Bild oder Monitoringtechnologien) kamen vor der Pandemie in 9,9 % von 333 antwortenden Pflegediensten bereits

zum Einsatz. Von 33 Pflegediensten, die angaben, auch vor der Pandemie Telecare-Technologien genutzt zu haben, berichten 19 von einer Zunahme der Nutzung während der Pandemie.

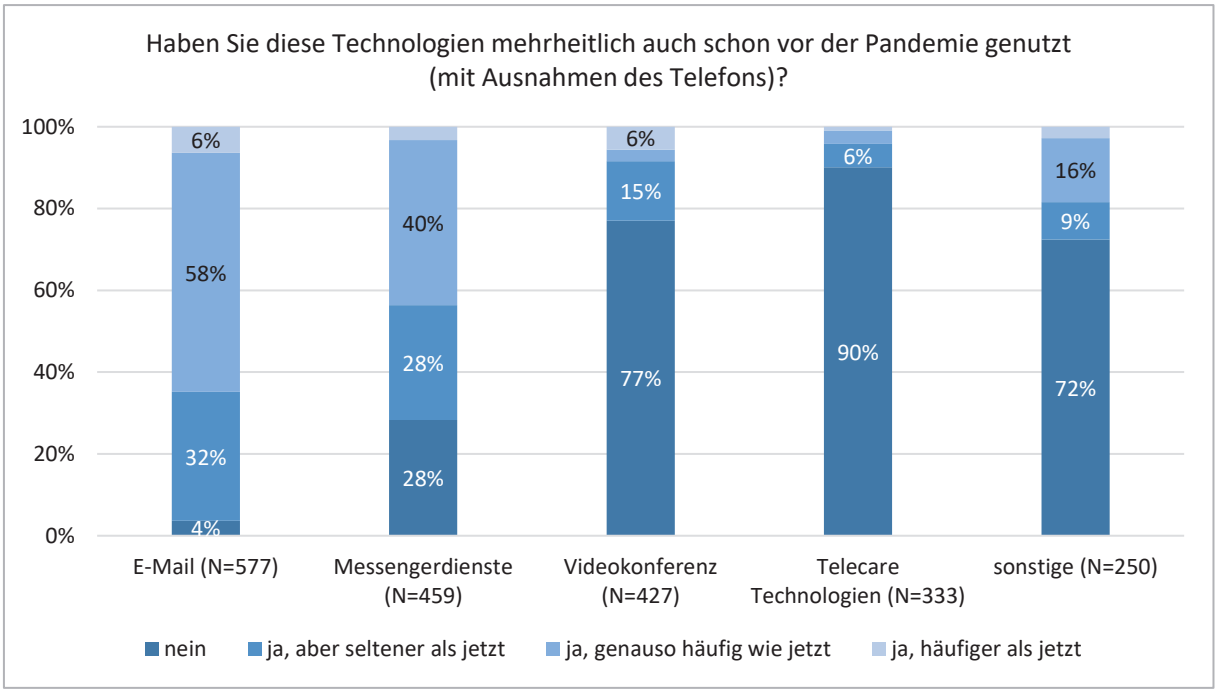

Abbildung 32: Nutzung von Kommunikationstechnologien in Pflegediensten vor der Pandemie (Mehrfachauswahl)

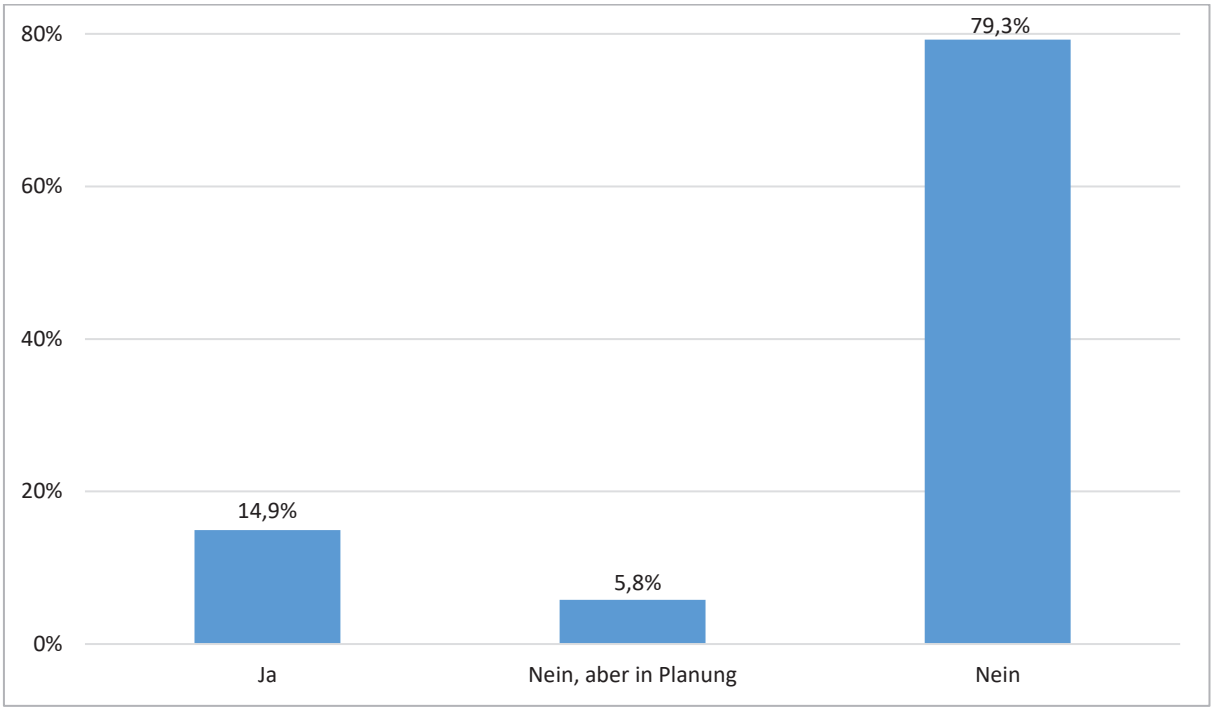

Abbildung 33: Schaffen zusätzlicher Möglichkeiten zur Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien in Pflegediensten (N=516)

Gut 85 % von 516 antwortenden Pflegediensten verneinten, während der Pandemie zusätzliche Möglichkeiten für Klientinnen und Klienten geschaffen zu haben, digitale Kommunikationstechnologien für soziale Kontakte zu Freunden, Angehörigen oder anderen Personen zu nutzen. Knapp 15 % gaben an, diese Möglichkeiten geschaffen zu haben (Abbildung 33). Es handelte sich vor allem um Software (Skype, WhatsApp) die installiert wurde, um Videotelefonie durchführen zu können.

4.3.7 Forderungen an die Pflegepolitik

Auf die Frage, wie sie die Unterstützung durch übergeordnete Institutionen während der Pandemie beurteilen, zeichnen die Dienste ein überwiegend positives Bild (Abbildung 34): Hohe Zustimmungsraten (stimme voll oder eher zu) erhalten Trägerverbände (85,8 %, N = 436), Berufsverbände (73,6 %, N = 503) aber auch das Robert Koch-Institut (RKI) (66,4 %, N = 562). Kranken- und Pflegekassen werden mit einer Zustimmungsrate von 40,6 % (N = 560) deutlich kritischer beurteilt.

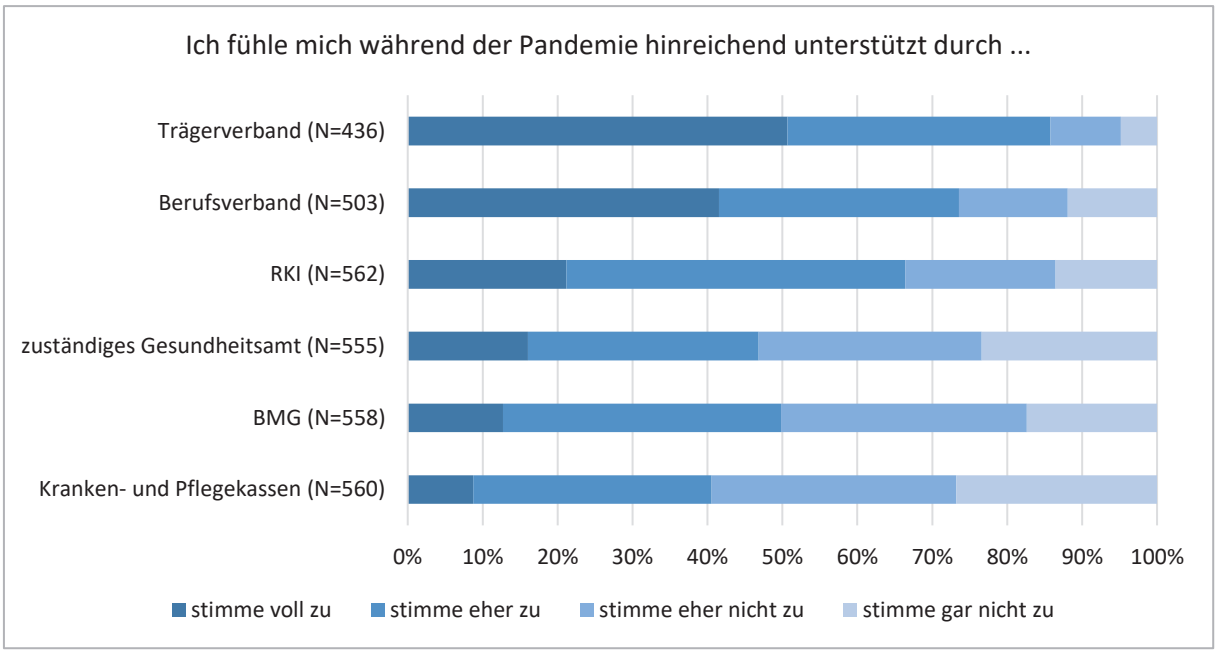

Abbildung 34: Unterstützung ambulanter Pflegedienste durch übergeordnete Institutionen

Pflegedienste und -einrichtungen waren auch bereits vor der Pandemie gefordert, vielfältige Herausforderungen bei der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu bewältigen. In Bezug auf Wünsche an Kostenträger, die aus Sicht der befragten Dienste dabei unterstützen sollen, die Herausforderungen der aktuellen Pandemie-Situation zu bewältigen, zeigen sich hohe Zustimmungsraten (stimme voll oder eher zu) für finanzielle Anreize (Abbildung 35). So stimmen vier von fünf Diensten (80,8 %, N = 561) einer „Corona-Prämie“ für Pflegende

und mehr als drei von fünf Diensten (64,0 %, N = 553) einer Prämie für Berufsrückkehrer zu. Auch personelle Unterstützung durch Berufsaussteiger*innen (59,9 %, N = 546) oder ausländische Kräfte (52,6 %, N = 542) treffen auf eine Zustimmung von mehr als der Hälfte der Dienste, Zwangsrekrutierungen werden dagegen deutlich abgelehnt.

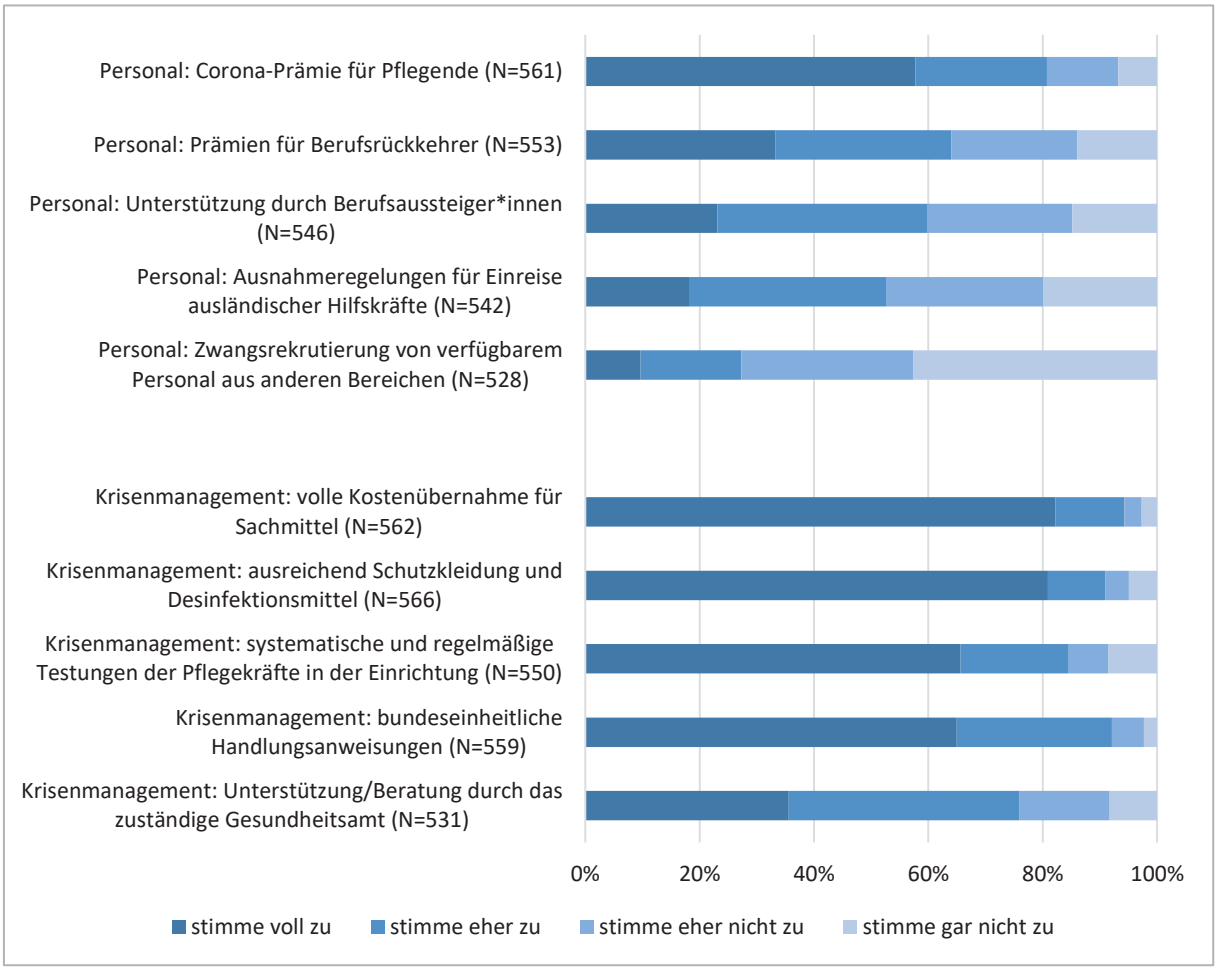

Abbildung 35: Wünsche ambulanter Pflegedienste in Bezug auf eine personalbezogene Unterstützung und Unterstützung im direkten Zusammenhang mit dem Krisenmanagement

In Bezug auf das direkte Krisenmanagement (Abbildung 35) wird insbesondere die volle Kostenübernahme für Sachmittel (94,3 %, N = 562), ausreichende Zurverfügungstellung von Schutzmaterialien (91,0 %, N = 566) aber auch bundeseinheitliche Handlungsanweisungen (92,1 %, N = 559) von fast allen Diensten angemahnt. Eine systematische und regelmäßige Testung von Pflegekräften wünschen sich vier von fünf Diensten (84,5 %, N = 550) und drei von vier Diensten (75,9 %, N = 531) eine zugehende dienstbezogene Unterstützung und Beratung bei der Infektionsprävention und -kontrolle in den Diensten durch das zuständige Gesundheitsamt.

Ein Aussetzen externer Prüfungen während der Pandemie befürworten neun von zehn (92,4 %, N = 563) der antwortenden Dienste. Darüber hinaus wünschen sich vier von fünf Diensten (85,9 %, N = 568) eine Reduktion des Dokumentationsaufwands sowie sieben von zehn Diensten (72,2 %, N = 539) verstärkte Home-Office-Lösungen für administrativ tätige Pflegende.

In einer abschließenden Freitextangabe führten einige Befragten ergänzend aus, dass höhere Mitarbeiterausfälle durch die Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten und ein gestiegener Zeitbedarf in den Einsätzen durch den Mehraufwand zur Durchführung der notwendigen Schutzmaßnahmen entstehen. Zudem sorgen sich einige Dienste, dass gerade der ambulanten Versorgung zu wenig öffentliche Aufmerksamkeit zuteil wird.

5 Diskussion

Einleitend soll auf die Limitationen der Erhebung eingegangen werden (Abschnitt 5.1), die sich auf alle Settings auswirken. Anschließend werden die Befunde für Pflegeheime (Abschnitt 5.2), teilstationäre Einrichtungen (Abschnitt 5.3) und ambulante Pflegedienste (Abschnitt 5.4) jeweils separat diskutiert.

5.1 Limitationen

Die Stichprobe der Studie basiert auf einer Einladung zur Teilnahme an einen opportunistischen E-Mail-Verteiler von etwa 12.000 ambulanten Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie gut 7.000 vollstationären Pflegeeinrichtungen. Mit einem Rücklauf von 7,3 % der Pflegedienste bzw. 3,5 % der teilstationären und 10,7 % der vollstationären Einrichtungen ist die Rücklaufquote als eher gering einzustufen. Auf Grund des umfangreichen Verteilers konnten jedoch Antworten von einer hohen Anzahl von Einrichtungen erlangt werden. Die resultierende Fallzahl ist damit zwar hinreichend groß, um sicherzustellen, dass einzelne Ausreißer nicht das Gesamtbild verzerren, eine Selbstselektion und ein entsprechender Bias können aber natürlich nicht ausgeschlossen werden. Ein Hinweis hierfür zeigt sich darin, dass die teilnehmenden Dienste im Hinblick auf die Anzahl der Klient*innen größer sind als in der Pflegestatistik berichtet – sich allerdings aufgrund der fehlenden Differenzierung nach SGB V/ XI/ XII-Leistungen auch nur eingeschränkt vergleichen lässt. Möglicherweise haben hier vorrangig Dienste teilgenommen, die hierfür ausreichende personelle Ressourcen aufweisen und sich somit auch im Falle der Pandemie in höherem Maße engagieren können. Ansonsten ergibt die Überprüfung bekannter Verteilungen allerdings keine Hinweise auf eine gravierende Verzerrung. Darüber hinaus wurden in dieser Befragung die Vertreter*innen der Pflegeeinrichtungen stellenweise zur individuellen Situation der versorgten Personen befragt, ohne dass davon auszugehen ist, dass für alle diese Angaben eine strukturierte und abrufbare Dokumentation vorlag. Schließlich sind die hier präsentierten Ergebnisse sehr zeitsensitiv, so dass sich im Zeitraum seit der Befragung bereits wieder Verschiebungen ergeben haben können.

5.2 Pflegeheime

Wie Momentaufnahmen von Forschenden der London School of Economics zeigen, gehen etwa die Hälfte der Todesfälle mit COVID-19 in Italien, Spanien, Frankreich, Irland oder Belgien

auf Verstorbene in Pflegeheimen zurück[15]. Für Deutschland weist das RKI seit dem 20. April in seinem täglichen Lagebericht die auf Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen von Gemeinschaftsunterkünften nach § 36 IfSG entfallene Zahl der (laborbestätigt) Infizierten und seit dem 29.4. auch die der Verstorbenen mit COVID-19 aus. Der Anteil der Verstorbenen, der auf Bewohner*innen von Gemeinschaftsunterkünften entfällt, ist dabei von 34,8 % am 29.April auf 38,1 % am 30.Mai angestiegen. Dabei ist ein großer Teil der Infizierten und Verstorbenen in Bezug auf das Merkmal „Gemeinschaftsunterkünfte" nicht klassifiziert, so dass diese Werte eine Untergrenze darstellen. Werden die Ergebnisse dieser Befragung auf Deutschland hochgerechnet, ergibt sich sogar ein Anteilswert von mehr als 50 % an den Verstorbenen, der dem in anderen Ländern entspricht. Der Anteil der mit COVID-19 Verstorbenen an der Bevölkerung ist damit zwar um ein Vielfaches geringer als in den genannten Ländern, der *Anteil der Heimbewohner*innen an den Verstorbenen* ist aber ähnlich hoch, und der Heimsektor *das* zentrales Setting, wenn es darum geht, die Zahl der mit COVID-19 Verstorbenen zu begrenzen.

5.2.1 Verbreitung von COVID-19 in Pflegeheimen

Wie die Ergebnisse der Erhebung zeigen, konzentriert sich die direkte Betroffenheit von COVID-19 derzeit auf wenige Einrichtungen, die dann aber häufig viele Fälle aufweisen. Bei einer solchen Häufung von Infektionen liegt die Vermutung nahe, dass das *Virus auch in der Einrichtung weitergegeben* wird. Dies gilt umso mehr, als unter den Einrichtungen mit einer geringen Zahl an Infizierten auch solche sind, bei denen ein möglicher Ausbruch erst am Anfang steht.

Zudem gelingt es anscheinend besser, ein Übergreifen der Infektion von Mitarbeiter*innen auf Bewohner*innen zu verhindern, als umgekehrt. Die knapp 9.000 infizierten Mitarbeiter*innen von Pflegeheimen, die sich aus der Hochrechnung der Stichprobe ergeben (Tabelle 1), unterstreichen zudem das *beträchtliche Infektionsrisiko*, dem sich Beschäftigte von Pflegeheimen ausgesetzt sehen. Bezogen auf die rund Dreiviertelmillion Beschäftigte in Pflegeheimen, die in der Pflegestatistik für Dezember 2017 ausgewiesen sind (Statistisches Bundesamt 2018), entspricht dies einem Anteilswert, der rund sechsmal so hoch ist wie in der Gesamtbevölkerung.

Deutlich erkennbar ist in der Datenanalyse auch, dass der Anteil der Infizierten und der Anteil der Verstorbenen unter den Bewohner*innen kleinerer Einrichtungen deutlich höher ist als in

[15] https://www.theguardian.com/world/2020/apr/13/half-of-coronavirus-deaths-happen-in-care-homes-data-from-eu-suggests.

mittleren und größeren. Die ist ein Hinweis darauf, dass *kleinere Einrichtungen* größere Probleme haben, sich auf die neuen Herausforderungen durch COVID-19 einzustellen und in noch höherem Maße der Hilfe von außen bedürfen.

5.2.2 Personelle und materielle Ressourcen

Die Coronavirus-bedingten Personalausfälle führen in Verbindung mit den Pandemie-induzierten Mehraufwänden zu einer deutlich gesteigerten Belastung der Mitarbeiter*innen – und dies in einem Beruf, der bereits durch hohe Arbeitsbelastungen (Schmucker 2020) und eine niedrige Personalausstattung (Rothgang et al. 2020) gekennzeichnet ist. Ändern sich die Rahmenbedingungen nicht, droht daher mittelfristig eine *Überforderung der Pflegeheimmitarbeiter*innen* (vgl. hierzu auch Begerow & Gaidys 2020) und damit eine Gefährdung der Versorgung.

Dass immer noch ein Sechstel der Einrichtungen über einen Mangel an persönlichen Schutzausrüstungen klagt, muss insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Anteile infizierter Heimmitarbeiter*innen ernst genommen werden und dazu führen, dass auch die noch verbleibenden Lücken geschlossen werden.

5.2.3 Maßnahmen und Strategien zum Umgang mit dem Virus

Die allermeisten Einrichtungen haben die *RKI-Empfehlungen* zu Abwesenheitsregelungen bei Heimpersonal mit Symptomen und zum klinischen Monitoring umgesetzt. Abwesenheitsregelungen für Beschäftigte aus Risikogruppen gibt es dagegen nur in einer Minderheit der Heime. Das kann Personalengpässe reflektieren und ist daher kurzfristig verständlich. Mittel- und langfristig sind Personalregelungen, bei denen *Beschäftigte aus Risikogruppen* verstärkt bewohnerfern eingesetzt werden, sicherlich zielführend.

Einrichtungen und deren Mitarbeiter*innen wurden nicht gezielt auf eine Pandemie geschult, so dass die Notwendigkeit besteht, dies nunmehr im laufenden Betrieb nachzuholen. Bemerkenswert ist dabei, dass der Anteil der Einrichtungen, die auf eine solche Schulung verzichtet haben, unter den Heimen, die stärker von COVID-19 betroffen sind, um ein Mehrfaches höher liegt. Das kann als Hinweis darauf angesehen werden, dass derartige *Schulungen* effektiv sind.

Nur bei knapp der Hälfte (47,3 %, n=81) der positiv getesteten Bewohner*innen und knapp zwei Dritteln (61,3 %, n=117) der positiv getesteten Mitarbeiter*innen werden für COVID-19 typische Symptome berichtet. Auch in Pflegeheimen zeigt sich damit die Bedeutung der asymptomatischen Verläufe und damit auch die Notwendigkeit *häufigerer Testung*. Die *Testergebnisse* liegen im Durchschnitt erst nach 3-4 Tagen vor. Angesichts der zentralen Bedeutung

von Pflegeheimen für das Pandemiegeschehen und dabei insbesondere für die Fälle mit schweren Verläufen ist dies unbefriedigend. Dass kürzere Zeitabstände möglich sind, zeigt sich bei Mitarbeiter*innen von Heimen, die stärker betroffen sind. Hier kann eine Prioritätensetzung vermutet werden, die auf alle Heime ausgedehnt werden sollte, da diese ein Hotspot von COVID-19-Fällen mit schwerem Verlauf sind. Da die Infektiosität am Tag vor erstmaligem Auftreten der Symptome am größten ist (RKI 2020c), sollte geprüft werden, ob hinreichende Kapazitäten geschaffen werden können, um vorsorgliche (Reihen) Tests zu ermöglichen.

Die Versorgung Pflegebedürftiger in Zeiten von Corona ist durch ein zentrales Dilemma gekennzeichnet: Einerseits ist soziale Distanzierung weltweit die einzige erfolgreich exekutierte Strategie zur Eindämmung der Pandemie und auch zum Schutz der Pflegebedürftigen, die aufgrund von Multimorbidität und der oftmals damit einhergehenden Immobilität generell anfälliger für Infektionen sind (Kunz & Minder 2020; Lai et al. 2020), vor einer Infektion. Andererseits sind Pflegebedürftige definitionsgemäß auf die Hilfe anderer angewiesen. Da Pflege ohne körperliche Nähe praktisch nicht möglich ist, können viele Maßnahmen der sozialen Distanzierung nicht durchgeführt werden. Um das Infektionsrisiko dennoch zumindest zu verringern, haben Pflegeheime nicht nur interne Kontaktbeschränkungen eingeführt, sondern auch die Zugangsmöglichkeiten von Besucher*innen, Ehrenamtlichen sowie externen Dienstleister*innen und Leistungserbringer*innen drastisch eingeschränkt. Allerdings ist Isolation für Pflegebedürftige extrem schädlich und erhöht deren Sterblichkeit (Seidler et al. 2020) und auch für Angehörige sind Besuchsverbote teilweise nur schwer hinnehmbar (Koppelin 2020). Das in der Befragung sichtbar werdende Maß an Beschränkung externer Kontakte muss daher reduziert werden und Einrichtungen müssen Hygienekonzepte entwickeln, um Besucher, Ehrenamtliche sowie externe Dienstleister*innen und Leistungserbringer*innen wieder in die Heime lassen zu können.

5.2.4 Digitale Kommunikation

Digitaler Kommunikation kommt in den Pflegeheimen während der Pandemie ein hoher Stellenwert zu, um für Pflegebedürftige zusätzliche Möglichkeiten zu schaffen, soziale Kontakte zu Freunden, Angehörigen oder anderen Personen zu pflegen. 76 % der Pflegeheime gaben an, entsprechende Möglichkeiten eingeführt zu haben. In der Kommunikation der Pflegeheime mit unterschiedlichen Akteursgruppen sowie in der Nutzung vor und während der Pandemie kommt im Alltagsgebrauch gesellschaftlich etablierten digitalen Kommunikationstechnologien wie E-Mail und Messengerdienste ein hoher Stellenwert zu. Pflegespezifische Technologien wie Telecare-Lösungen kommen in den Pflegeheimen sowohl vor als auch

während der Pandemie dagegen weitgehend nicht zur Anwendung. Hier zeigt sich noch Weiterentwicklungspotential, denn die Förderung digitaler Kommunikation könnte ein Element einer Strategie sein, mit der versucht wird, den Zielkonflikt zwischen dem dringend notwendigen Schutz von Pflegeheimbewohner*innen vor einer Infektion und dem ebenfalls essentiellen Kommunikationsbedürfnis der Bewohner*innen, auch zur Verhinderung von Einsamkeit und psychischen Erkrankungen zu mildern.

5.2.5 Forderungen an die Pflegepolitik

Hinsichtlich der geäußerten Wünsche werden die Antworten auf die vorgegebenen Statements durch die Freitextangaben weitgehend bestätigt. Bemerkenswert ist dabei, dass einer Corona-Prämie für Pflegekräfte und für Berufsrückkehrer zwar weitgehend zugestimmt wird, insbesondere der Anteil derer, die „voll“ zustimmen, aber deutlich niedriger ist als die entsprechenden Raten für die zuvor genannten Items. Bei den Freitextantworten wurde ein Grund hierfür deutlich: die Befürchtung, dass die Prämien anstelle höherer Tariflöhne ausgezahlt werden.

5.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen

Die vorliegende Studie liefert erste Zahlen zur Situation teilstationärer Einrichtungen während der aktuellen Corona-Pandemie in Deutschland. Die Studie hat dabei gezeigt, dass teilstationäre Pflegeeinrichtungen ebenfalls von Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zum Erhebungszeitpunkt Anfang Mai betroffen waren. Während für vollstationäre Pflegeeinrichtungen Vergleichsdaten zur Verfügung stehen, ist dies im teilstationären Bereich nicht der Fall. In der nachfolgenden Diskussion werden zwei Aspekte besonders hervorgehoben: die personellen und materiellen Ressourcen (Abschnitt 5.3.1) und die Forderungen an die Pflegepolitik (Abschnitt 5.3.2)

5.3.1 Personelle und materielle Ressourcen

Ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Studie ist, dass teilstationäre Einrichtungen von Personalausfällen und pandemiebedingten Mehraufwänden bis hin zu Schließungen aufgrund der Pandemie massiv betroffen waren. Die daraus resultierenden Mehrkosten und Umsatzausfälle dürften daher erhebliche bis existenzielle Konsequenzen für die entsprechenden Einrichtungen nach sich ziehen. Eine sich bereits im Rahmen der Umfrage direkt abzeichnende Konsequenz für Mitarbeitende besteht in der großen Anzahl von Einrichtungen (32,2 %), die über Kurzarbeit berichten. Für Gäste der Einrichtungen und deren Angehörige führen Schließungen und die berichteten Kontaktreduzierungen zu erheblichen Konsequenzen für die Aufrechterhaltung von Betreuung und Versorgung (vgl. hierzu auch Abschnitt 5.4.3) – insbesondere vor

dem Hintergrund, dass fast jede sechste Einrichtung auf die Versorgung von Menschen mit Demenz spezialisiert ist. Diese besonders vulnerable Gruppe von Gästen, die aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen nur schwer mit Veränderungen im Tagesablauf umgehen kann ist aufgrund der benannten Einschränkungen/Schließungen besonders betroffen. Hierbei ist insbesondere der Gesichtspunkt sozialer Teilhabe hervorzuheben, der einen wichtigen Baustein im Konzept sozialer Gesundheit darstellt (Dröes et al. 2017; Huber et al. 2011) und für Menschen mit Demenz in aller Regel nur schwer durch andere Formen (digitaler) Kommunikation und Interaktion ersetzt werden kann. Der Wegfall von Versorgungsangeboten wie z. B. der Tagespflege kann hier Versorgungssicherheit gefährden. Für versorgende Angehörige entstehen große Herausforderungen, die Versorgung von Menschen mit Demenz in Zeiten der Pandemie sicherzustellen und gleichzeitig eigene Anforderungen auch in Bezug auf Beruf und/oder Kinderbetreuung auszubalancieren (vgl. auch Köhler et al. 2020)

5.3.2 Forderungen an die Pflegepolitik

Forderungen an die Politikunterscheiden sich in den wesentlichen Aussagen nicht zu den berichteten Ergebnissen für vollstationäre Einrichtungen bzw. auch ambulante Pflegedienste, so dass hier auf eine ausführliche Diskussion angesichts der vorliegenden geringeren Fallzahl verzichtet wird und statt dessen auf die Abschnitte 5.2.5 und 5.4.5verwiesen wird.

5.4 Ambulante Pflegedienste

Die vorliegende Studie liefert erstmalig während der aktuellen Corona-Pandemie einen Überblick zu Situation von ambulanten Pflegediensten in Deutschland. Die Studie hat dabei gezeigt, dass ambulante Pflegedienste massiv von Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zum Erhebungszeitpunkt Anfang Mai betroffen waren. Während für vollstationäre Pflegeeinrichtungen international hohe Fallzahlen und Sterberaten, etwa aus Spanien (in der Region um Madrid starben im März diesen Jahres allein 4.260 Bewohner*innen von Pflegeheimen mit COVID-19 Diagnose oder assoziierten Symptomen), Frankreich und den USA (einer von fünf aller auf COVID-19 zurückzuführenden Todesfällen trat in Pflegeheimen auf) berichtet werden (UN 2020), nehmen ambulante Pflegedienste in der (inter)nationalen Berichterstattung bislang keine prominente Rolle ein.

5.4.1 Verbreitung von COVID-19 in ambulanten Pflegediensten

Die in dieser Studie berichteten Fallzahlen geben einen ersten Einblick in die Verbreitung des Corona-Virus bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen. Im Unterschied zur parallel ermittel-

ten Anzahl von infizierten Personen im größenmäßig vergleichbaren stationären Langzeitpflegesetting (siehe hierzu Abschnitt 4.1.2), ist bundesweit ambulant nur knapp ein Viertel an Todesfälle (812 vs. 3.345) zu verzeichnen, was vermutlich auf eine höhere Vulnerabilität aber auch größere räumliche Nähe der versorgten Klientel in Pflegeheimen zurückzuführen ist. Eine Einordnung der bestätigten Fallzahlen erweist sich insgesamt als schwierig, da dies zum einen von der Anzahl der durchgeführten Tests abhängig ist und sich zum anderen Hinweise aus Studien mehren, dass vermutlich viele Fälle aufgrund eines Fehlens typischer Symptome nicht als Fälle erkannt bzw. getestet werden (Ing et al. 2020; Stobbe 2020). Berücksichtigt man, dass nach derzeitigen Erkenntnissen zudem „*eine relevante Infektiosität bereits zwei Tage vor Symptombeginn vorhanden ist und die höchste Infektiosität am Tag vor dem Symptombeginn liegt*“ (RKI 2020b), so ergeben sich daraus große Konsequenzen für eine rechtzeitige Testung von Mitarbeitenden in Pflegediensten und -einrichtungen – aber auch für Pflegebedürftige. Die ermittelte derzeitige durchschnittliche Dauer bis zum Bekanntwerden eines Testergebnisses von vier Tagen ist damit als völlig unzureichend zu bewerten.

5.4.2 Personelle und materielle Ressourcen

Von einem Personalausfall bis zu 10 % durch z. B. Quarantänemaßnahmen berichten rund 37 % der Pflegedienste. Pflegedienste versuchen den personellen Mehraufwand in der Versorgung dabei mehrheitlich durch interne Lösungen aufzufangen. Angesichts der ohnehin sehr angespannten Personalsituation im Bereich der ambulanten Pflege ist dies, neben Umsatzeinbußen, ein Faktor der existenziell bedrohlich sein kann. Über die Hälfte der Pflegedienste berichten in der Pandemie von Arbeitsmehraufwand. Schon vor Beginn der Pandemie waren Pflegekräfte häufig psychischen und emotionalen Belastungen sowie schweren körperlichen Anforderungen ausgesetzt – die Pflege zählt zu einem Beruf mit sehr hoher quantitativer Arbeitsbelastung, die mit einem hohen Risiko einhergeht, dass die Pflegepersonen sich ausgebrannt fühlen, mehr Krankentage verzeichnen und eher den Beruf verlassen möchte als andere Berufsgruppen (Schmucker 2020; Simon et al. 2005).

Die ohnehin prekäre Situation des Fachkräftemangels und die geringe Attraktivität des Pflegeberufs kann aufgrund dessen seit der Pandemie als verschärft angesehen werden. Ob die Bemühungen der Bundesregierung (beispielsweise durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz) dieses Dilemma lösen können, scheint gerade jetzt unsicher. Weitgreifende Maßnahmen, die die Arbeitsbedingungen, das Einkommen oder die Arbeitszeiten der Pflege adressieren, sollten schnell Gegenstand der politischen Entscheidungen sein.

Pflegekräfte sind durch den regelmäßigen Umgang mit u. a. Körperflüssigkeiten einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt. Zu diesem tatsächlichen Risiko, kommt die wahrgenommene Gefährdung (Simon et al. 2005). Dies ist angesichts der Tatsache, dass über die Hälfte der Pflegedienste über einen Mangel an Schutzausrüstung, ein Drittel auch für einen Mangel an Flächendesinfektionsmittel berichten, ein nicht zu vernachlässigendes Thema. Auch wenn sich die Situation fehlender Materialien seit Beginn der Pandemie entspannt hat, bleibt festzuhalten, dass die Versorgung zumindest zeitweise nicht sichergestellt und der Schutz für Pflegekräfte und Pflegebedürftige gefährdet war.

5.4.3 Auswirkungen auf Pflegebedürftige

Die Versorgungsbereiche der Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft deckt die gesetzliche Pflegeversicherung in vielen Fällen nur teilweise ab. Um dem Versorgungsbedarf dennoch gerecht zu werden, greifen laut Petermann et al. geschätzt 250.000 deutsche Haushalten auf 24-Stunden-Betreuungskräfte – sogenannte Live-ins, die vor allem aus dem osteuropäischen Ausland stammen – zurück (Petermann et al. 2020). Hielscher et al. schätzen, dass etwa jeder zwölfte Pflege-Haushalt auf Live-ins zurückgreift (Hielscher et al. 2017). Da diese Hilfskräfte jedoch in 90 % der Fälle nicht sozialversicherungspflichtig angestellt sind, bleibt die tatsächliche Anzahl unklar, da hierzu keine Erkenntnisse vorliegen (Deutscher Bundestag, 2019). Hielscher et al. geben weiter an, dass in ihrer Untersuchung in 11 % der befragten Haushalte ein/eine Live-In beschäftigt war (Hielscher et al. 2017). In der hier vorliegenden Stichprobe waren es hingegen 5 %, allerdings wurde die Befragung von Hielscher et al. direkt an die Pflegehaushalte gerichtet, die sicher genauere Auskünfte geben konnten, als die hier befragten ambulanten Pflegedienste.

Wer die Versorgungszeiten durch live-ins bei den Pflegebedürftigen kompensiert, bei denen diese Leistung durch die Pandemie und damit verbundenen Einreiseverboten weggebrochen ist, bleibt angesichts der berichteten Einbrüche der Umsätze in Pflegediensten unklar. Zudem zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass auch teilstationäre Leistungen (wie etwa Tagespflegeeinrichtungen) massiv weggebrochen sind. Dies in Kombination mit dem beschriebenen Leistungseinbruch aus Sicht der Pflegedienste zeichnet ein düsteres Bild der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf während der Pandemie, das sich auch mit der Einschätzung aus den Pflegediensten deckt, dass fast die Hälfte aller Pflegedienste (45,8 %) die Versorgung von Pflegebedürftigen während der Pandemie als gefährdet/instabil oder sogar nicht sichergestellt einschätzt.

5.4.4 Digitale Kommunikation in ambulanten Pflegediensten

Auffallend ist, dass in den Pflegediensten sowohl in der Kommunikation mit verschiedenen Akteursgruppen als auch in der Nutzungshäufigkeit vor und während der Pandemie Telecare-Lösungen als pflegespezifische digitale Kommunikationstechnologien eine eher untergeordnete Rolle spielen. Nur knapp 10 % berichteten dabei überhaupt eine Nutzung entsprechender Technologien wobei unklar bleibt, welche Funktionalitäten die von den teilnehmenden Einrichtungen genutzten Technologien aufweisen. Für die von den Pflegediensten versorgten Klientinnen und Klienten wurden mehrheitlich keine zusätzlichen digitalen Kommunikationsmöglichkeiten für soziale Kontakte zu Freunden, Angehörigen oder anderen Personen geschaffen. Hier bleibt offen, ob diese Möglichkeiten bereits vor der Pandemie ausreichend vorhanden waren, ob der Bedarf nach entsprechender Unterstützung im ambulanten Sektor weniger ausgeprägt ist als in der stationären Langzeitpflege oder ob die Verantwortung für diesen Lebensbereich eher bei Angehörigen oder Pflegenden gesehen wird als bei Pflegediensten selbst

5.4.5 Forderungen an die Pflegepolitik

Aus Sicht der befragten Dienste ergeben sich vor allem finanzielle Wünsche in Bezug auf eine Honorierung der Mitarbeitenden bzw. zur Anreizschaffung für Berufsrückkehrer. Dies ist umso nachvollziehbarer, da vor allem ambulante Pflegedienste bereits vor der Pandemie an einer Personalunterdeckung litten (Büscher et al., 2020: 103 u.118) und fürchten, dass sich dies durch die beschlossenen Maßnahmen im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) aufgrund einer Abwanderung von Pflegekräften aus der ambulanten in die stationäre oder klinische Versorgung zukünftig noch weiter verstärkt (Block 2018; Millich 2018). Der Wunsch nach einer vollen Kostenübernahme von Sachmitteln lässt sich sowohl unter finanziellen Gesichtspunkten als auch durch die erfahrene Mangelsituation zu Beginn der Pandemie erklären. Durch die unvermeidbare körperliche Nähe in Pflegesituationen erhöht sich zudem die Gefahr einer raschen Ausbreitung der SARS-Cov2-Virus innerhalb von Mitarbeitenden aber auch Pflegebedürftigen (Kimball et al. 2020; Kunz & Minder 2020; Lai et al., 2020), so dass insbesondere auch die Forderung nach ausreichenden Schutzmaterialien und einer systematischen Testung von Mitarbeitenden im Fokus steht. Diese Forderung an die Politik steht in Einklang mit den Vorschlägen zum Schutz und zur Sicherung der häuslichen Pflege in der Corona-Pandemie der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.) und des Vereins „wir pflegen e.V.“ (bagso & wir pflegen!, 2020).

Während die Unterstützung insbesondere durch Trägerverbände, Berufsverbände und das RKI als überwiegend positiv bewertet wurde, fühlten sich die Dienste weniger gut durch die Gesundheitsämter, BMG und Kranken- und Pflegekassen unterstützt. In Erwartung eines längeren Fortdauerns der Pandemie erscheint es daher auch sinnvoll, Maßnahmen und Unterstützungsangebote für die ambulante Pflege bei den entsprechenden Institutionen zu etablieren.

In Bezug auf die Situation der Pflegebedürftigen sind ebenfalls Maßnahmen zu erarbeiten. Neben der möglichen Wiederaufnahme von entlastenden Angeboten wie teilstationären Einrichtungen ist aber auch eine Unterstützung der pflegenden Angehörigen ratsam. Hierzu könnten beispielsweise besondere Abwesenheits- oder Heimarbeitsregelungen für berufstätige pflegende Angehörige zählen, die zugleich eine Reduzierung der Kontakte der Pflegebedürftigen mit sich bringen könnten.

6 Schlussfolgerungen

Ältere und insbesondere pflegebedürftige Menschen sind in hohem Maße durch die Pandemie betroffen und weisen ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko auf. Wie in anderen Ländern sind gemäß der hier präsentierten Hochrechnung auch in Deutschland die Hälfte der mit COVID-19 Verstorbenen Pflegeheimbewohner*innen. Pflegeheime sind daher das entscheidende Setting, wenn die Zahl der mit COVID-19 Verstorbenen begrenzt werden soll. Vier von fünf Pflegeheimen in der Studie weisen noch keinen labormedizinisch bestätigten Fall unter den Bewohner*innen oder Mitarbeiter*innen aus. Die Mehrzahl der Einrichtungen konnte somit bisher gegen einen Einbruch des Virus geschützt werden. In den Einrichtungen mit mindestens einem bestätigten Fall gibt es dagegen häufig eine Vielzahl Infizierter. Ziel der kommenden Monate muss es daher sein, zum einen den weiteren Einbruch des Virus in Einrichtungen zu verhindern, gleichzeitig aber eine weitere Verbreitung zu verhindern, falls eine Erstinfektion aufgetreten ist.

Wichtige konkrete Forderungen hierbei sind eine umfassende und sehr schnelle Testung von Verdachtsfällen sowohl bei Bewohner*innen/Klient*innen als auch bei Mitarbeitenden. Wünschenswert ist, dass die Möglichkeit für regelmäßige, vorsorgliche Testungen umfassend und schnell umgesetzt wird, die durch die neue Testverordnung rückwirkend zum 14. Mai in Kraft getreten ist. Testergebnisse müssen schneller als bisher kommuniziert werden, damit sofort mit Isolationsmaßnahmen innerhalb der Einrichtungen reagiert werden kann. Sichergestellt werden muss auch, dass wirklich alle Einrichtungen über hinreichende Schutzausrüstung verfügen und diese im Alltag auch eingesetzt wird.

Die auch zuvor schon erheblichen Belastungen des Pflegepersonals insbesondere in Pflegeheimen aber auch in ambulanten Pflegediensten werden durch die Pandemie noch weiter verstärkt. Soll eine systematische Überforderung der Pflegekräfte verhindert werden, ist es daher von größter Bedeutung, die Personalausstattung nachhaltig und in hinreichendem Ausmaß zu erhöhen. Das vorgelegte Personalbemessungsinstrument bietet hierzu eine gute Grundlage.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auch, dass dem Setting ambulante Pflegedienste in der vorliegenden Pandemie – und auch mit Blick auf eine mögliche zweite Welle –eine erhöhte Aufmerksamkeit zukommen sollte. Richtet sich der Blick von Politik und Öffentlichkeit derzeit vornehmlich auf Kapazitäten einer klinischen und intensivmedizinischen Versorgung und geraten stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen noch in den Fokus, weil dort sehr schnell Hotspots der Erkrankung mit vielen hochbetagten und multimorbiden Menschen auf engem

Raum entstehen können, so verliert sich die Aufmerksamkeit in ambulanten Versorgungssituationen, obwohl dort ebenfalls sehr große und sehr vulnerable Gruppen von Personen versorgt werden. Eine gesicherte ambulante Versorgung Pflegebedürftiger hat zudem auch für viele Angehörige eine hohe Relevanz, um weiter ihren beruflichen Tätigkeiten nachgehen zu können. Hier findet sich somit ein Dilemma, da entlastende Angebote wie Tagespflege zwar einen wichtigen Teil in der Versorgung darstellen, als soziale Aktivität jedoch auch das Risiko einer stärkeren Ausbreitung der Pandemie bergen.

Die üblichen Maßnahmen der vorbeugenden sozialen Distanzierung können dabei nicht auf Pflegebedürftige übertragen werden, da diese Personen auf körpernahe Dienstleistungen angewiesen sind. Die weitgehenden Kontaktreduktionen, die Einrichtungen bislang – teilweise aufgrund von Rechtsverordnungen – durchgeführt haben, können nicht aufrechterhalten werden, da damit erhebliche gesundheitliche Risiken und erhebliche Belastungen für die Angehörigen verbunden sind. Es müssen daher Konzepte entwickelt werden, wie Besuche in Pflegeheimen wieder ermöglicht werden können, ohne dabei das Infektionsrisiko mehr als notwendig zu erhöhen. Auch ist im Blick zu behalten, dass notwendige Schutzmaßnahmen wie etwa die verringerte Inanspruchnahme von Leistungen, reduzierte Kontakte und soziale Distanzierung gerade im ambulanten Bereich zu prekären Versorgungssituationen führen können. Angesichts des Wunsches vieler Einrichtungen nach bundeseinheitlichen Handlungsempfehlungen und Pandemieplänen liegt hier ein wichtiges Handlungsfeld für das RKI, das Bundesgesundheitsministerium und die Selbstverwaltung.

7 Literatur

bagso & wir pflegen! (2020). Vorschläge zum Schutz und zur Sicherung der häuslichen Pflege in der Corona-Pandemie. https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/01_News/Aktuelles/2020/Massnahmen_zur_Corona-Soforthilfe_fuer_die_haeusliche_Pflege.pdf.

Begerow, A., & Gaidys, U. (2020). COVID-19 Pflege Studie. Erfahrungen von Pflegenden während der Pandemie – erste Teilergebnisse. *Pflegewissenschaft* (Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie), 85-86.

Block, S. (2018). Kritik am neuen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Kommentar. Häusliche Pflege. http://www.haeusliche-pflege.net/Infopool/Nachrichten/Kritik-am-neuen-Pflegepersonal-Staerkungsgesetz.

Büscher, A., Schröder, D., Gruber, E. M., Bäumker, M. T., & Zeiser, S. (2020). Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungenim Rahmen der „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113 c SGB XI“. Abschlussbericht. https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/02/Anlagenband-zum-2.-Zwischenbericht.pdf.

CoronaBetrVO [Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 im Bereich der Betreuungsinfrastruktur (Coronabetreuungsverordnung - CoronaBetrVO)] (2020). https://www.land.nrw/sites/default/files/asset/document/2020-05-05_fassung_coronabetrvo_ab_07.05.2020.pdf.

Deutscher Bundestag (2019). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/6392 – Arbeitsbedingungen von im Haushalt lebenden Pflegekräften http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/067/1906792.pdf

Dibelius, O., & Piechotta-Henze, G. (2020). Care Work zu Hause. Die Versorgung von älteren Menschen durch osteuropäische Arbeitsmigrant_innen. *Pflegewissenschaft* Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, 85-86.

Dröes, R. M., Chattat, R., Diaz, A., Gove, D., Graff, M., Murphy, K., et al. (2017). Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for re-search and practice. *Aging & Mental Health*, 21(1), 4-17. doi:10.1080/13607863.2016.1254596.

Hielscher, V., Kirchen-Peters, S., & Nock, L. (2017). Pflege in den eigenen Vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D. et al. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.

Ing, A. J., Cocks, C., & Green, J. P. (2020). COVID-19: in the footsteps of Ernest Shackleton. *Thorax*. doi:10.1136/thoraxjnl-2020-215091.

Kimball, A., Hatfield, K. M., Arons, M., James, A., Taylor, J., Spicer, K. (2020). Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility - King County, Washington, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 69(13), 377-381. doi:10.15585/mmwr.mm6913e1.

Köhler, K., Dreyer, J., Hochgraeber, I., Pinkert, C. & Holle, B. (2020). Gefährdet die Covid-19-Pandemie die Stabilität häuslicher Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz? – eine Reflektion. https://www.pflege-wissenschaft.info/pflegewissenschaft_hpsmedia_corona.pdf.

Koppelin, F. (2020). Das gegenwärtige Ausgangs- und Besuchsverbot in Pflegeheimen in Deutschland – eine kritische Reflektion aus der Perspektive der Angehörigen und der Gesundheitswissenschaften. *Pflegewissenschaft*. Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, 76-78.

Kunz, R., & Minder, M. (2020). COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Med Wkly*, 150, w20235. doi:10.4414/smw.2020.20235.

Lai, C. C., Wang, J. H., Ko, W. C., Yen, M. Y., Lu, M. C., Lee, C. M., & Hsueh, P. R. (2020). COVID-19 in long-term care facilities: An upcoming threat that cannot be ignored. *J Microbiol Immunol Infect*. doi:10.1016/j.jmii.2020.04.008.

Millich, N. (2018). Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Reaktionen zeigen: Es bleibt noch viel zu tun. BibliomedPflege. https://www.bibliomed-pflege.de/news/36823-reaktionen-zeigen-es-bleibt-noch-viel-zu-tun.

Petermann, A., Jolly, G., & Schrader, K. (2020). Fairness und Autonomie in der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft - Ergebnisse einer empirischen Studie. Grauer Markt Pflege. 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte, 99-122.

RKI (2020a). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 05.05.2020 Aktualisierter Stand für Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-05-de.pdf?__blob=publicationFile.

RKI (2020b). Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst. V.06. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile.

RKI (2020c). SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText8.

Rothgang, H. (2020). Personalbemessung im stationären Sektor – auf dem Weg zum bedarfsorientierten Pflegepersonalmix. *bpa Magazin* (1), 6-10.

Rothgang, H., Darmann-Fink, I., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Krempa, A., Matzner, L., Zenz, C. & Sticht, S. et al. (2020). Zweiter Zwischenbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). .https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/02/2.-Zwischenbericht-Personalbemessung-%C2%A7-113c-SGB-XI.pdf, zuletzt geprüft am 01.06.2020.

Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In K. K. Jacobs, A. Greß, S. Klauber, J. Schwinger, A. (Ed.), Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer, 49-60.

Seidler, A., Schubert, M., Petereit-Haack, G., Horn, A., Kämpf, D., & Westerman, R. (2020). Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche („Rapid Scoping Review"), ergänzt durch eine qualitative Erhebung. http://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_05_18_fact_sheet_soziale-isolation-als-mortalita__tsrisiko_1.pdf.

Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, M. H., Kümmerling, A., Büscher, A., & Müller, B. H. (2005). Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. http://www.next.uni-wuppertal.de.

Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile.

Stobbe, M. (2020). More evidence indicates healthy people can spread virus. AP News. https://apnews.com/5c4992645fee551994325093858c14a4.

UN [United Nations] (2020). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons. https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf.