Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Wissenschaftlicher Artikel

Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegefachkräften zu Beginn der COVID-19-Krise im Bereich der stationären Langzeitpflege

Gudrun Piechotta-Henze, Annina Böhm-Fischer & Olivia Dibelius

Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Der Artikel wurde erstmals veröffentlicht in:
Piechotta-Henze, G., Böhm-Fischer, A., Dibelius, O.: Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegefachkräften zu Beginn der COVID-19-Krise im Bereich der stationären Langzeitpflege. In: Pflegewissenschaft, Ausgabe 6-2022, S. 315-330. doi.org/10.3936/22c2pw06

Zweitveröffentlicht auf aliceOpen, dem Publikationsserver der Alice-Salomon-Hochschule Berlin im Dezember 2022. Das Dokument ist abrufbar unter:
URN urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-5304
https://nbn-resolving.org/html/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-5304

Dieses Werk steht unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 3.0 Deutschland (CC BY-SA 3.0 DE)

Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegefachkräften zu Beginn der COVID-19-Krise im Bereich der stationären Langzeitpflege

Gudrun Piechotta-Henze[1], Annina Böhm-Fischer[2], Olivia Dibelius[3]

*Die COVID-19-Krise stellte gerade zu Beginn die stationären Langzeiteinrichtungen und ihre Akteur*innen vor große Herausforderungen. Um die subjektiven Sichtweisen, das Belastungserleben sowie die Problemlösekompetenz des Pflegefachpersonals in einem ohnehin prekären Arbeitsbereich erfassen zu können, wurde in einem ersten Studienprozess ein Review durchgeführt. Anschließend erfolgte eine empirische Mixed-Methods-Studie, die sich auf die erste COVID-Welle konzentrierte. Für die beruflich Pflegenden standen in der Pandemie kaum bis keine personellen Ressourcen zur Verfügung und auf professionelle Unterstützungsangebote zur Bewältigung von Belastungen in krisenhaften Zeiten konnten sie nicht zurückgreifen. Auf der Basis individueller Strategien zeigten sie allerdings eine hohe Problemlösekompetenz.*

Stresses and coping strategies of nurses at the onset of the COVID-19 crisis in long-term care

The COVID-19 crisis posed major challenges for long-term inpatient facilities and their actors, especially at the beginning. In order to be able to record the subjective perspectives, the experience of stress and the problem-solving competence of the nursing staff in an already precarious work area, a review was carried out in a first study process. This was followed by an empirical mixed-methods study focusing on the first wave of COVID. During the pandemic, there were hardly any or no human resources available for the professional caregivers and they could not fall back on professional support services to cope with stress in times of crisis. On the basis of individual strategies, however, they showed a high level of problem-solving competence.

Korrespondenzadresse

Gudrun Piechotta-Henze
Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-PLatz 5
D-12627 Berlin
piechotta@ash-berlin.eu

Eingereicht am 16.06.2022
Akzeptiert am 11.10.2022

DOI: 10.3936/22c2pw06

1 Prof.in, Alice Salomon Hochschule Berlin
2 Dipl.-Psych.
3 Prof.in Dr.in

Hintergrund und Zielsetzung

Bereits vor der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 gab es von den Pflegenden heftige Kritik an den Arbeitsbedingungen in Deutschland, die mit den beiden Begriffen „Personalmangel" und „Überlastung" zu umreißen sind (Ertel, Richter, Blass, Klein, & Gaugisch, 2005; Mairhuber, 2019). Auf die pflegerische Versorgung im dauerhaften Krisenmodus trafen nun noch weitere akute Problemlagen, die bewältigt werden mussten.

Um annähernd verstehen zu können, wie hoch die Anforderungen und Belastungen aufgrund der COVID-19-Krise für das pflegerische Personal waren – und immer noch sind – müssen demzufolge die Prä-Corona-Zeiten mitberücksichtigt werden (Bonacker & Geiger, 2022).

Auswirkung einer langlebigen Gesellschaft: Mehr Menschen mit Pflegebedarf

Eine Auswirkung der langlebigen Gesellschaft ist die Zunahme von immer mehr pflegebedürftigen Menschen (DESTATIS, 2021). In einem Zehnjahresrhythmus heißt das konkret: Im Dezember 1999 gab es 2,02 Millionen pflegebedürftige Menschen, im Dezember 2009 2,34 Millionen und im Dezember 2019 4,13 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass es mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem Wechsel von Pflegestufen zu Pflegegraden im Jahr 2017 zu einem überdurchschnittlichen Anstieg gekommen ist (DESTATIS, 2022).

Alter geht mit dem Risiko von Pflegebedürftigkeit einher: „Während bei den 70- bis 74-Jährigen rund 8 % pflegebedürftig waren, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung in diesem Alter betrug 76 %". Zwar werden aktuell noch „vier von fünf Pflegebedürftigen (80 % beziehungsweise 3,31 Millionen) zu Hause versorgt", aber ein Fünftel, umgerechnet 0,82 Millionen Menschen, lebt bereits vollstationär in Pflegeheimen (DESTATIS, 2020).

Im BARMER Pflegereport (Rothgang & Müller, 2021) wird prognostiziert, dass 2030 etwa sechs Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig sein werden, eine Steigerung von über 30 Prozent, für deren Versorgung über 180.000 Pflegekräfte zusätzlich zur Verfügung stehen müssten.

Auswirkung eines wenig attraktiven beruflichen Tätigkeitsbereiches: Personalnotstand in der Altenpflege

Angesichts des demographischen Wandels, der mit einer Zunahme von älteren Menschen einhergeht, erleben wir einen Zuwachs von pflegebedürftigen Menschen (Rothgang & Müller, 2021). In der häuslichen Pflege übernehmen vor allem weibliche Angehörige die Pflege. Studien zufolge geht die Anzahl der pflegenden Angehörigen, aufgrund der gestiegenen Berufstätigkeit und der besseren Einschätzung der Belastungsfaktoren zurück (Blinkert & Klie, 2006). Das führt dazu, dass der bereits bestehende Pflegenotstand gerade auch im stationären Bereich weiter zunimmt. Die Konsequenz ist, dass noch mehr Personal für die (Alten-)Pflege gewonnen werden muss. Ansonsten kollabiert die Unterstützung und pflegerische Versorgung alter Menschen (Rothgang & Kalwitzki, 2021). Das Einwerben ist in den letzten Jahren tatsächlich gelungen: 2009, so DESTATIS (2021), waren 679 000 Pflegekräfte im ambulanten und stationären Altenpflegebereich tätig, 2019 waren es 40 Prozent mehr, etwa 954 000 beruflich Pflegende. Im stationären Bereich erhöhte sich die Zahl der Beschäftigten von 2009 bis 2019 um 30 Prozent (DESTATIS, 2021).

Dieser positiven Seite stehen jedoch viele Herausforderungen gegenüber, denn es ist abzusehen, dass altersbedingt ein Großteil der beruflich Pflegenden zeitnah ausscheiden wird. Aufgrund der häufig praktizierten Arbeitszeitreduzierung steht den Einrichtungen netto weniger Arbeitszeit zur Verfügung: Im Jahr 2019 arbeiteten 616 000 von 954 000 Pflege- und Betreuungskräften in Pflegeheimen oder ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten in Teilzeit. Das entspricht einem Anteil von 65 % (DESTATIS, 2021).

Hinzu kommt, dass die neuen Wege der Pflegeausbildungen (Pflegeberufegesetz), generalistische Pflegeausbildung und Pflegestudium wenig Motivation bei jungen Menschen wecken, nach der Ausbildung in den Altenpflegebereich zu gehen, da dieser Tätigkeitsbereich und die zu pflegende Klientel gesellschaftlich weniger wertgeschätzt wird als der Krankenhausbereich (Goesmann & Nölle, 2009). Im Sechsten Altenbericht zum Thema „Altersbilder in der Gesellschaft" wird darauf verwiesen, dass

> „mit Pflege und Pflegebedürftigkeit (…) häufig die dunklen Seiten des Alters verbunden (sind). Der Pflegefall erscheint als die Kehrseite des Bildes vom aktiven und produktiven Alter. Solche verbreiteten Bilder und Vorstellungen prägen die Pflege." (Bundesministerium für Familie, 2010, S. 181)

Begleitet wird das Negativimage von einem weiteren benachteiligenden Faktor: Die schlechtere Bezahlung (Kümmerling, 2016). Zwischen Alten- und Krankenpflege war bislang eine Gehaltsdifferenz beim Fachpersonal von monatlich Brutto 505 Euro zu verzeichnen, bei Helfer*innen von 529 Euro (DESTATIS, 2021).

Im Rahmen des Pflegelöhneverbesserungsgesetzes wurde eine stufenweise Anhebung des Mindestlohns auf den Weg gebracht, welche im November 2019 in Kraft getreten ist (Bundesministerium für Gesundheit, o. J.). Ab 01. September 2022 wird sich der Mindestlohn für Pflegefachkräfte nochmals erhöhen, dann erneut ab 1. Mai 2023 und ab 1. Dezember 2023. Ein Grundentgeld bei einer vollen Stelle wird dann 3.174 Euro monatlich betragen (ver. di, 2020). Außerdem werden Pflegeeinrichtungen ab 01.09.2022 nur noch zur Versorgung zugelassen, d. h. in die Lage versetzt, mit der Pflegeversicherung abzurechen, wenn sie das Pflege- und Betreuungspersonal nach Tarif bezahlen (Dienst, 2022).

Hien und von Schwarzkopf (2020, S. 8) sehen als eine der basalen Ursachen für die Missstände im Altenpflegebereich die „offene Vermarktlichung seit den 1990er Jahren". Dadurch „entstanden große Pflegekonzerne und Pflegeketten mit Versorgungskonzepten, die der industriellen Produktion entlehnt waren". Profitstreben verursacht aber nicht nur das Einsparen von Personal und trägt zum Personalmangel in den Einrichtungen bei, sondern auch zu einer ökonomisierten Raumnutzung, mangelhafter Materialausstattung und unzureichender Arbeitsschutzorganisation.

> „Bestrebungen, die Produktivität mithilfe von Privatisierung zu steigern, haben oft zu einer Verschlechterung sowohl der Qualität der Pflege als auch der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten geführt." (Pelling, 2021, S. 6)

Wie groß der Personalnotstand in stationären Langzeiteinrichtungen in Deutschland womöglich noch wird, zeigen unter anderem die Berechnungen von Rothgang und Müller (2021) perspektivisch auf:

> „Gemäß der Modellrechnung steigt der Bedarf an Pflegefachkräften für die vollstationäre Versorgung von 2020 bis 2030 um 39.000 Vollzeitäquivalente (VZÄ), der an Pflegehilfskräften mit Ausbildung um 23.000 VZÄ und der an Pflegehilfskräften ohne Ausbildung um 30.000 VZÄ. Damit ist nur die Entwicklung von 2020 bis 2030 abgebildet, aber nicht, dass die Zahl der vorhandenen Pflegekräfte in der stationären Pflege 2020 deutlich unter den Personalwerten, die das GVWG für 2023 vorsieht, liegt. Im Jahr 2030 ergibt sich so ein in VZÄ gemessener Gesamtpflegekräftebedarf für vollstationäre Pflege von 218.000 Pflegefachkräften." (Rothgang & Müller, 2021, S. 18)

Die Zahlen sprechen für sich. Zwar gibt es verschiedenste Bestrebungen von politischer und wissenschaftlicher Seite, Problemlösungen zu entwickeln und innovative Schritte zu gehen, etwa das seit Herbst 2020 ausgearbeitete Bemessungsverfahren des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen, das der Konzertierten Aktion Pflege zugrunde liegt und zunächst in zwei Schritten, nachfolgend in einem dritten und vierten Schritt, umgesetzt werden soll (Rothgang & Müller, 2021). Auch der Ausbildungsbereich ist mit Generalistik und Studium mittlerweile neu gestaltet. Doch werden all diese Schritte reichen, vor allem sind sie ausreichend in Zeiten während und nach der COVID-19-Krise?

Coronabedingte Top-Down-Herausforderungen und Belastungen

Besonders die Zeit der ersten Welle und des ersten Lockdowns (22. März bis 04. Mai 2020) dürfte sich bei vielen Menschen, insbesondere auch bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen, eingeprägt und sie belastet haben. In dieser Zeit, in der es noch keine Impfungen gegen das Virus gab, kam es in zahlreichen Einrichtungen zu Infektionen bei Bewohner*innen und Personal sowie zu Todesfällen aufgrund und mit Corona. Das Robert Koch Institut (RKI) konstatiert 2021 rückblickend zum Thema *COVID-19-Ausbrüche in deutschen Alten- und Pflegeheimen:*

> „Aus einer Analyse der an das RKI übermittelten COVID-19-Meldedaten ging hervor, dass 70 % der hospitalisierten und 95 % der verstorbenen Patientinnen und Patienten in Deutschland ≥ 60 Jahre alt waren und Alten- und Pflegeeinrichtungen in besonderem Maße von Ausbrüchen betroffen sind. Einen wesentlichen Einfluss auf das Auftreten von Ausbrüchen hat dabei die Entwicklung der COVID-19-Inzidenzen in der Gesamtbevölkerung." (RKI, 2021, S. 3)

Die Sterberate etwa in der 15. Kalenderwoche (KW) vom 6. bis 15. April, d. h. im ersten Lockdown, zeigt, dass überdurchschnittlich viele Pflegeheimbewohner*innen in Deutschland starben. Den Sommer über gingen die Infektions- und Todeszahlen zurück, doch das Aufatmen verstummte mit der zweiten Welle im September 2020. Es kam zu noch höheren Inzidenzen und Sterbefällen. Am 2. November 2020 wurde ein „Lockdown light" verkündet und es folgte ein zweiter Lockdown von Januar bis April 2021.

Mitte Dezember 2020 wurden Schutzmasken (FFP2-Masken) und Antigen-Schnelltests in der stationären Altenpflege für das Pflegepersonal verpflichtend eingeführt. Die Besucher*innen erhielten die Auflage mit einem nachgewiesenen Negativtest die Räumlichkeiten zu betreten.

Im Januar 2021 kam es dann zu Erstimpfungen der Bewohner*innen und Mitarbeitenden in stationären Langzeiteinrichtungen, die etwa im März abgeschlossen waren. Nach ungefähr sechs Monaten folgte in der Regel die Zweitimpfung.

Um die alten, noch ungeimpften Menschen in der ersten und zweiten Welle vor einer Infektion zu schützen, wurden wochenlange Besuchsverbote erlassen, aktivierende Maßnahmen und Therapieangebote eingestellt, das gemeinsame Essen sowie das Umhergehen in den Einrichtungen und Außenanlagen verboten. Die Einrichtungen ähnelten in dieser Zeit einer „totalen Institution" (Goffman, 1981). Die Isolation der älteren Menschen führte dazu, dass Pflegefachkräfte wichtige Grundrechte der Bewohner*innen einschränken und mit deren Einsamkeit und Autonomieverlusten umgehen mussten. Angehörige konnten weder Vertrautheit noch emotionale Nähe durch ihre Anwesenheit bewirken und willkommene Abwechslungen im Heimalltag fielen weg, was zur psychischen Instabilität führte.

Für Deutschland ist es schwierig, eine Aussage bzgl. Erkrankungen und Todesfällen von Mitarbeitenden bzw. Pflegepersonal in stationären Pflegeeinrichtungen sowie im Gesundheitswesen insgesamt zu treffen, da zwar die entsprechenden Daten gemäß Infektionsschutzgesetz für COVID-19-Erkrankungen übermittelt werden können, vielfach aber differenzierte Angaben zu Betreuung, Unterbringung, Tätigkeit fehlen (RKI, 2020). Habich (2020) greift nach einer Pressekonferenz am 02.12.2020 mit dem Präsidenten des RKI, dessen Aussagen auf und schreibt: Von Alten- und Pflegeheimen seien bislang 55 Todesfälle von Pflegenden gemeldet. Doch ob diese auf Ausbrüche in den Einrichtungen zurückgehen oder auf Infektionen im privaten Bereich kann niemand sagen. „Dass sich Pflegekräfte überdurchschnittlich oft mit dem Coronavirus anstecken oder daran sterben, geben die Daten des RKI tatsächlich nicht her" (Habich, 2020).

Für den Zeitraum 10/2020 bis 06/2021 fasst das Robert Koch Institut (RKI) zusammen:

> „Im Rahmen der Ausbrüche wurden 5.262 Fälle als beschäftigt in der Pflegeeinrichtung dokumentiert, was etwa 27 % der Personen, die hinsichtlich ihres Status als Beschäftigte bzw. Bewohner*innen von Einrichtungen nach § 36 zugeordnet wurden, entspricht (...). 11 Personen, die alle älter als 40 Jahre alt waren, verstarben an oder mit COVID-19." (RKI, 2021, S. 14)

Dem Belastungserleben von beruflich Pflegenden in der COVID-19-Krise, insbesondere zu Beginn, liegen sicherlich verschiedenste Gründe zugrunde. Zu vermuten ist etwa, dass nicht nur die Angst, sich selbst mit dem Virus zu infizieren, sondern auch Familienangehörige oder zu pflegende Bewohner*innen anzustecken, die Belastung verstärken. Es ist anzunehmen, dass sich Belastungserleben, Unsicherheits- und Angstgefühle des Pflegepersonals auch durch Überstunden, Schlafmangel und fehlenden Freizeitausgleich verstärkten (Möhner & Wolik, 2020; Nienhaus, 2021).

Hierüber geben die Zahlen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) keine Auskunft, aber sie machen deutlich, wie hoch die Belastungen bzw. das Belastungserleben gerade im Altenpflegebereich in der Zeit von März bis Mai 2020 war (vgl. dazu Abb. 1). Denn

> „(...) in diesem Zeitraum (haben) 1.283 je 100.000 Beschäftigte in der Altenpflege im Zusammenhang mit COVID-19

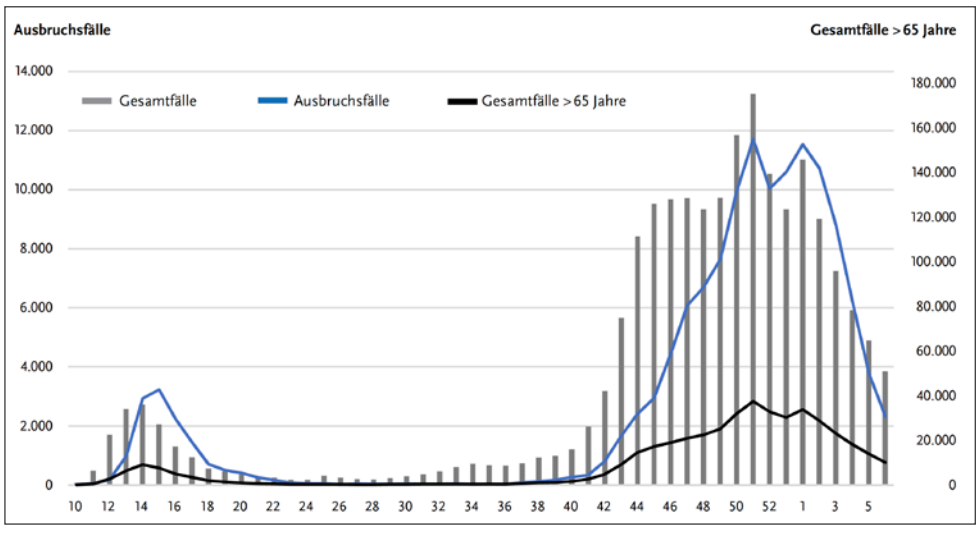

Abbildung 1: Covid-19-Fallzahlen in der Bevölkerung und in Alten- und Pflegeheimen in der Zeit vom 10/2020 bis 06/2021 (RKI, 2021, S. 8)

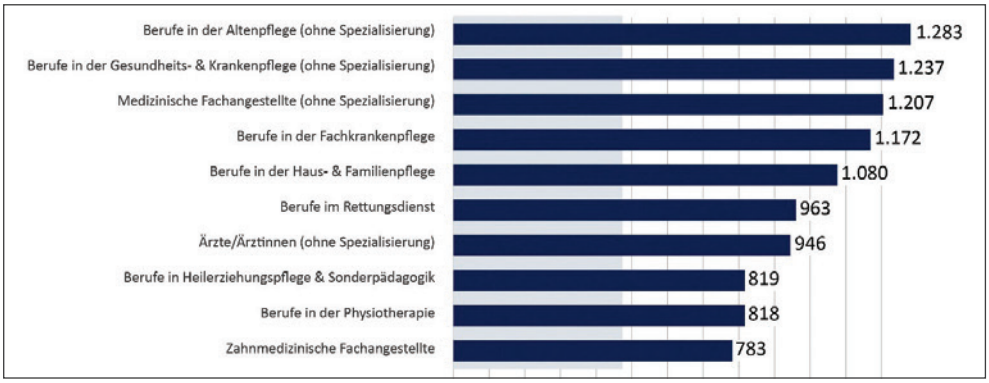

Abbildung 2: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der ersten Pandemiewelle (WIdO, 2020, S. 3)

> an ihrem Arbeitsplatz gefehlt. Damit liegt die Betroffenheit dieser Pflegekräfte mehr als das 2,5-fache über dem Durchschnittswert von 474 Betroffenen je 100.000 AOK-versicherte Beschäftigte. Gleichzeitig gab es bei Beschäftigten in der Altenpflege auch häufiger Krankenhausbehandlungen im Zusammenhang mit COVID-19: Je 100.000 Beschäftigte wurden 157 Personen mit dieser Diagnose in einer Klinik behandelt – der Vergleichswert aller AOK-Mitglieder liegt bei 91 je 100.000 Beschäftigen." (WIdO, 2020).

(Vgl. dazu auch Abb. 2)

Zielsetzung

Die 2021 durchgeführte Studie *Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegefachkräften zu Beginn der COVID-19-Krise im Bereich der stationären Langzeitpflege*, deren Ergebnisse im Folgenden vorgestellt werden, fokussiert die erste Welle der COVID-19-Krise und ist auf Berlin begrenzt. Auf methodisch unterschiedlich angelegte Untersuchungen, die wir im Sinne eines Scoping Review gesichtet, ausgewählt und deren Daten wir extrahiert haben, ist das Untersuchungsdesign entwickelt worden.

Ziel ist die Identifizierung von Belastungen *vor* und schwerpunktmäßig *während* der ersten Welle in der COVID-19-Krise sowie Bewältigungsstrategien, Wahrnehmung von Entlastungen und Ressourcen.

Methoden

Literaturrecherche und -auswertung wurden ab April 2021 mittels eines Scoping Review durchgeführt. In der sich anschließenden empirischen Studie ist die Literaturrecherche zwar fortgeführt worden, aber in zeitlich breiteren Abständen. Der dynamische Forschungsprozess gewährleistete so die Berücksichtigung aktueller Ergebnisse.

Suchbegriffe, auf Deutsch und Englisch, waren unter anderem Altenpflege, Pflegefachkräfte, Altenpfleger, Altenpflegerinnen, stationäre Pflegeeinrichtungen, stationäre Langzeiteinrichtungen, Pflegeheime, Belastungen, Stresserleben, Krisen, Ressourcen, Bewältigungsstrategien, Long-Term Care Facilities. German Nursing Homes.

Einschlusskriterien waren 1. Metaanalysen, 2. quantitative und qualitative Studien, 3. Mitarbeiter*innen/Pflegefachpersonal in stationären Pflegeeinrichtungen, 4. Sprache: deutsch und englisch, 5. Zugänglichkeit: online, 6. Zeitraum von 2015 bis zunächst 2021, dynamische Fortsetzung bis zum Ende des Forschungsprojektes.

In einem analytischen Stufenprozess wurden letztlich Studien ausgeschlossen, die ausschließlich den Bereich Hygiene und Hygienemaßnahmen fokussierten; ausschließlich oder schwerpunktmäßig die Situation und das Befinden von Bewohner*innen untersucht hatten; ausschließlich oder überwiegend andere Versorgungssettings als stationäre Pflegeeinrichtungen untersuchten, die neben den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen noch ein oder mehrere andere Settings untersucht und die Ergebnisse nicht getrennt publiziert hatten (Hower, Pförtner, & Pfaff, 2020; Pförtner, Hower, Pfaff, & Pflege, 2021). Konzentriert wurde sich schließlich auf Untersuchungen, die in deutschen stationären Langzeiteinrichtungen durchgeführt worden sind, um Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Gesundheits- und Versorgungssysteme zu vermeiden. Gleichwohl wurden zu Beginn des Forschungsprozesses auch internationale Studien herangezogen sowie systematische Reviews (z. B. Benzinger et al., 2021, El-Nawab, 2021).

Es wurde ein Rechercheprotokoll angefertigt, das Angaben zu Datenbanken, Suchbegriffen, Trefferanzahl, Angaben zur Anzahl der relevanten Literatur und Datum der Recherche aufführte.

Für die *empirische Mixed-Methods-Studie mit zwei Teiluntersuchungen* wurden im April 2021 per E-Mail die Leitungskräfte von insgesamt 48 stationären Altenpflegeeinrichtungen in Berlin über das Projekt informiert und um Mitarbeit gebeten. Zwei Wochen später erfolgte eine telefonische Nachfrage. Da eine breite Streuung sowohl der stationären Einrichtungen als auch der beruflich Pflegenden gewünscht war, wurden Häuser kommunaler, gemeinnütziger, kirchlicher und privater Träger angefragt. Festgelegt war, dass max. drei Pflegefachkräfte aus einer Einrichtung einbezogen werden sollten. Zudem sollten diese keine Leitungsposition innehaben. Das letzte Einschlusskriterium ist nicht strikt eingehalten worden, drei interviewte Pflegende erläuterten erst während des Interviews, dass sie eine Weiterbildung oder ein Studium absolviert hatten und aktuell als Wohnbereichsleitung und/oder als Qualitätsmanager*in tätig sind.

Alle Gesprächspartner*innen erhielten ein Informationsschreiben und eine Einwilligungserklärung, sodass eine informierte Zustimmung gemäß datenschutzrechtlichen Bestimmungen gegeben war.

Die Durchführung der Interviews (n = 18) wurde auf Wunsch der Interviewpartner*innen telefonisch (n = 13), per Zoom (n = 2) oder persönlich in der Einrichtung (n = 3) im Zeitraum von April 2021 bis Januar 2022 realisiert. Der relativ lange Zeitraum der Interviewdurchführung ist der COVID-19-Krise und den damit einhergehenden hohen Arbeitsbelastungen in der Pflege geschuldet.

Alle Gesprächspartner*innen waren entweder dreijährig ausgebildete Altenpfleger*innen (n = 11) oder Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (n = 7). 13 bezeichneten sich als weiblich, 5 als männlich. Die Anzahl der Kinder wurde zwischen 0 und 3 angegeben, im Alter zwischen 5 Jahren und 40 Jahren. Die beruflichen Tätigkeiten in den jeweiligen stationären Pflegeeinrichtungen lagen zwischen 9 Monaten und 23 Jahren. 4 Pflegefachkräfte verfügten über Migrationserfahrung, sie sind in Albanien, Pakistan, Polen oder im Iran geboren und aufgewachsen.

Die ersten beiden Interviews dienten als Pretest. Es zeigte sich, dass der Interviewleitfaden verständlich war, die Themen, die für eine Beantwortung der Forschungsfragen notwendig sind, angesprochen wurden und die zeitliche Vorgabe für das Gespräch von ca. 30 Minuten eingehalten werden konnte. Da keine Veränderungen vorgenommen wurden, sind beide Interviews in das Sample und in die Auswertung eingeflossen.

Alle Interviews wurden aufgezeichnet und anonymisiert transkribiert. Die Auswertung erfolgte im Rahmen einer qualitativen

Inhaltsanalyse, computergestützt mit MAXQDA (Kuckartz, 2018). Die Hauptkategorien umfassten zunächst: 1. Belastungen, 2. Belastungserleben, 3. Ressourcen, 4. Fazit und Handlungsempfelungen. Im Auswertungsprozess wurden die Hauptkategorien induktiv differenziert und erweitert sowie Subkategorien entwickelt.

Nach dem Interview wurde von den Befragten noch ein quantitativer Fragebogen ausgefüllt.

Um eine umfangreichere Stichprobengröße zu erzielen, wurde dieser Fragebogen außerdem online veröffentlicht. Insgesamt füllten den Fragebogen 107 Personen aus, davon waren 35 vollständig und sind in die Auswertung eingeflossen (Erhebung Oktober 2021 bis Januar 2022, Rücklaufquote von 37,5 %).

Die Konzeption der Fragen war ein iterativer Prozess in drei Schleifen, an denen jeweils ein interdisziplinäres Team, bestehend aus drei Wissenschaftlerinnen, beteiligt war. Die finalen Fragen wurden mit dem Online-Fragebogentool von SoSci Survey erhoben. Die Entscheidung fiel auf SoSci, da Server und Betreiber in München sind, das Tool datenschutzkonform nach DSGVO und BDSG sowie barrierefrei ist. Der Fragebogen umfasste fünf Seiten. Auf der ersten Seite war ein Begrüßungstext mit Informationen zum Ziel der Befragung und Erläuterungen, warum das Entwickeln von Entlastungsstrategien für das Pflegepersonal in der stationären Langzeitversorgung älterer Menschen relevant ist. Zusätzlich gab es Informationen zu den beteiligten Wissenschaftler*innen und Hochschulen, zur Dauer der Befragung sowie Datenschutzinformationen. Auf der zweiten Seite des Fragebogens wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie eine Leitungsfunktion innehaben, wer im ersten Lockdown erkrankt war (Bewohner*innen, Pflegepersonal, Angehörige etc.) und es gab 32 Aussagen, die auf einer 5er Skala („trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“) bewertet werden sollten. Diese 32 Aussagen waren Beschreibungen von potentiellen Belastungen und Ressourcen und bildeten einen der Hauptfokusse der Studie. Auf der dritten Seite wurde erfragt, ob und wie der Einsatz von digitalen Medien zur Erleichterung der Isolation der Bewohnenden zum Einsatz kamen. Ferner wurden persönliche Ängste und Motivationshilfen während des ersten Lockdowns erfragt.

Auf der vierten Seite wurde nach Parallelen und Unterschieden zwischen dem ersten und dem dritten (zum Zeitpunkt der Befragung aktuellen) Lockdown gefragt. Zusätzlich konnten die Teilnehmenden ergänzende Kommentare abgeben.

Die letzte Seite war mit einem Dank für die Teilnahme und Datenschutzanmerkungen versehen sowie mit einer Information, wie Teilnehmende die Ergebnisse erhalten können.

Vor der Auswertung wurden die Daten aus dem Online-Fragebogentool runtergeladen und in IBM SPSS 21 importiert. Danach wurde erst ein Plausibilitäts- und Vollständigkeits-Check gemacht und unvollständige Datensätze aus der Auswertung ausgeschlossen. Bei den Belastungen und Ressourcen (zweite Seite des Fragebogens) wurde ausgewertet, ob sich Skalen bilden lassen (Reliabilitätsstatistiken). Anschließend wurden die deskriptiven Statistiken (Minimum, Maximum, Mittelwerte und Standardabweichung) ausgewertet.

Studienergebnisse: Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien

Das **Review**, das sich auf Untersuchungen in stationären Langzeiteinrichtungen während der COVID-19-Krise, insbesondere auf die erste Welle zu Beginn 2020 bezieht, fokussiert auf das Pflegepersonal, deren Belastungen, Ressourcen, Belastungserleben und berücksichtigte die in Tabelle 1 aufgeführten Studien.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass vom Pflegepersonal über Monate ein arbeits- und arbeitszeitbezogener Mehraufwand geleistet wurde. Hinzu kamen in der ersten Welle Belastungen aufgrund fehlender oder ungenügend vorhandener Hygieneschutzmaterialien, flankiert von defizitären Testmöglichkeiten sowie langen Wartezeiten auf Testergebnisse. Impfstoff war in dieser Zeit noch gar nicht vorhanden.

Gänzlich fehlten Pandemiepläne, entsprechende Schulungen, zuverlässige Ansprechpartner*innen bei Fragen und Beratungsstellen, weswegen es viele Wissenslücken beim Personal gab.

Die Unterstützung von An- und Zugehörigen brach aufgrund der Besuchsverbote bzw. -einschränkungen ein, ebenso die Begleitung der Bewohner*innen durch Alltagshelfer*innen. Konflikte mit Angehörigen, die das Besuchsverbot nicht akzeptieren wollten, nahmen zu.

Die Versorgungsangebote von externen Dienstleister*innen, wie Fußpflege, Friseur*innen, sowie die therapeutische Arbeit von Physio-, Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen lagen brach.

Sowohl die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern als auch mit den ärztlichen Praxen wurde als ungenügend und wenig hilfreich erlebt. Die Gesundheitsämter waren aufgrund ihrer hohen Belastung gar nicht mehr in der Lage, mit den Altenpflegeeinrichtungen zusammen zu arbeiten. Außerdem musste das Personal mit hohen psychosozialen Belastungen umgehen, etwa mit der Angst, eigene Familienangehörige und Freund*innen zu infizieren oder – ohne es zu wissen – in den Einrichtungen das Virus auf Kolleg*innen und Bewohner*innen zu übertragen.

Die vorgenommene Unterteilung der Ergebnisse (Tabelle 1) zeigt auf den ersten Blick, dass *Belastungen* im Vergleich mit den Ergebniskategorien *Ressourcen* und *Bewältigungsstrategien* überdurchschnittlich oft zu konstatieren sind.

Bei den *Ressourcen* verweisen die Aussagen auf das Klinische Mentoring vom RKI, vereinzelt auf Vertrauen, etwa im Hinblick auf die zentral geregelte Beschaffung von Schutzkleidung und die Maßnahmen der Heimleitung. Des Weiteren werden die gesellschaftliche Wertschätzung – endlich auch einmal für die Altenpflege – in Form von Applaus sowie eine finanzielle Anerkennung mittels einer Corona-Bonuszahlung geschildert. Im Einzelfall wird auch von einem wertschätzenden Danke seitens des Arbeitsgebers in Form kleiner Geschenke berichtet. Eine wichtige Ressource ist das kollegiale Miteinander, der Teamzusammenhalt. In der Krisensituation haben sich Mitarbeitende unterstützt, die Anforderungen in der COVID-19-Krise hat sie zusammengeschweißt und mitunter sogar krankheitsbedingte Ausfälle reduziert.

In der Kategorie *Bewältigungsstrategien* finden sich eher Lücken als konkrete Angaben, nicht immer sind Angaben zu Ressourcen und Bewältigungsstrategien trennscharf, etwa im Hinblick auf eine „solidarische Atmosphäre im sozialen und beruflichen Umfeld bei einem Verdachtsfall“. Ein gut funktionierendes, sich unterstützendes Team, kann in Krisenzeiten offensichtlich zentral für die Mitarbeitenden sein, um die hohen Anforderungen zu bewältigen. Auch eine als positiv wahrgenommene Kommunikation in den Einrichtungen hilft, Anforderungen und Belastungen zu bewältigen, ebenso Maßnahmen, wie Isolationsmaßnahmen, die als sinnvoll erachtet werden. Für den privaten Bereich wird eine individuelle Strategie der Infektionsvermeidung geschildert, die in einem veränderten Sozialverhalten, vor allem in der Vermeidung physischer Kontakte, besteht.

Zu den Versuchen der Bewältigung zu Beginn der COVID-19-Krise zählen außerdem Angstabwehr und Leugnung bezüglich der Gefährlichkeit des Virus sowie eine moderate Form von Alkohol- und Zigarettenkonsum, Schlafmittel und Antidepressiva.

Professionsrelevante Methoden zur Unterstützung der Verarbeitung und Bewältigung (z. B. Supervision) werden nicht bereitgestellt.

SYSTEMATISCHES REVIEW (international)				
Autor*innen	**Studie**	**1) Zeitpunkt 2) Methode 3) Befragungsgruppe**	**Ergebnisse: A) Belastungen B) Ressourcen C) Belastungsbewältigung**	**Schlussfolgerungen**
Benzinger et al., 2021	*Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohnern von Pflegeheimen sowie deren Angehörige – Ein systematisches Review*	1) Februar bis Juni 2020 2) Systematisches Review 3) Sichtung von 756 Studien (international, 14 Länder), Einschluss von 15 Untersuchungen (Stichprobengröße von 24 bis 1997 Teilnehmenden), davon 9 Studien, die Mitarbeitende in Ländern mit hohen Fallzahlen befragten	A) ▪ Ungenügende Personalausstattung und erhöhte Arbeitsbelastung ▪ Angst vor einer Infektion ▪ zu wenig Sozialkontakte, sowie Freizeitaktivitäten ▪ Konflikte im professionellen Handeln aufgrund ungenügender Pflegequalität ▪ Unzureichende Bereitstellung von Hygieneschutzmaterialien ▪ Anstieg von Sterben und Tod sowie Covid-19-Erkrankungen ▪ Infizierte Mitarbeitende fühlten sich nicht beachtet und wütend über mangelhafte Versorgung mit Schutzkleidung ▪ Stigmatisierung aufgrund ihrer Tätigkeit in einer Pflegeeinrichtung (Italien, Spanien, Mexiko, Peru) ▪ Verunsicherung durch wechselnde Hygienevorschriften (England) ▪ Sekundäre Traumatisierung aufgrund des Pandemiegeschehens in stationären Altenpflegeeinrichtungen (Italien, Spanien) B) ▪ Teamzusammenhalt hat sich in der Pandemie verbessert ▪ Reduzierte Krankheitsausfälle ▪ Arbeitsatmosphäre ist ruhiger geworden C) ▪ Soziale Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte ▪ Psychologische Unterstützung	▪ Bereitstellung von Schutzausrüstung ▪ Angebote zur psychosozialen Unterstützung ▪ Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen beachten ▪ Kollegialer Zusammenhalt und Unterstützung durch Leitungspersonal sind zu fördern ▪ Wertschätzung der Mitarbeiter*innen und ihrer Leistungen
QUANTITATIVES FORSCHUNGSDESIGN (national)				
Autor*innen	**Studie**	**1) Zeitpunkt 2) Methode 3) Befragungsgruppe**	**Ergebnisse: A) Belastungen B) Ressourcen C) Belastungsbewältigung**	**Schlussfolgerungen**
Rothgang et al., 2020a	*Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI*	1) 28. April bis 28. Mai 2020 2) Gelegenheitsstichprobe von 824 Pflegeheimen 3) Einrichtungsleitungen und Pflegedienstleitungen	A) ▪ Personalausfälle aufgrund von COVID-19, ansteigend mit dem Infektionsgeschehen in Einrichtungen ▪ Mehraufwände für das Pflegepersonal: durch zusätzliche Hygienemaßnahmen, Infektionsschutz und den Ausfall von Ehrenamtlichen ▪ Mangel an Schutzkleidung und Desinfektionsmitteln sowie Beatmungsgeräten ▪ Zunächst zu wenig materielle Corona-Tests und zu lange Wartezeiten auf Ergebnisse ▪ Ausfall von Dienstleister*innen wie Fußpfleger*innen oder Physiotherapeut*innen, Besuchsverbot und -einschränkung: für Angehörige ▪ Kontaktreduzierung: im Kreis der Mitarbeitenden, Ausfall von Besprechungs- und Teamsitzungen sowie Austausch ▪ Unzureichendes Wissen und Vorbereitung bzgl. des Verhaltens in einer Pandemie B) ▪ Klinisches Mentoring vom Robert Koch Institut C) –	▪ Bundeseinheitliche Handlungsempfehlungen in Pandemie- und Krisenzeiten ▪ Corona-Bonus für Pflegende setzt ein positives Zeichen, darf aber nicht einer Tariferhöhung entgegenwirken ▪ Personalausstattung nachhaltig und ausreichend erhöhen

Tabelle 1: Studienreview

Stolle et al., 2020	*Bedarfe der Langzeitpflege in der Covid-19-Pandemie (Teil der o. g. Studie)*	1) 28. April bis 12. Mai 2020 2) Bundesweite Onlinebefragung im Querschnittsdesign, Ausfüllen der Freitextfläche im Fragebogen, davon n = 286 aus der stationären Langzeitpflege 3) Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte	A) ▪ Unstrukturiertes Krisen- und Kommunikationsmanagement, widersprüchliche Angaben von RKI, Gesundheitsamt und Träger ▪ Defizitäre Bereitstellung und Organisation von Schutzkleidung und Desinfektionsmittel ▪ Unzureichende Testmöglichkeiten: unsystematische, unregelmäßige und langsame Testungen sowie lange Wartezeiten für Ergebnisse ▪ Keine Beratungsangebote trotz hohem Beratungsbedarf in den Einrichtungen ▪ Keine Schulungs- und Informationsmaterialien für Mitarbeitende und Angehörige ▪ Fehlender Pandemieplan und fehlende geregelte Versorgungsprozesse ▪ Unzureichende Personalausstattung, die sich in Pandemiezeiten verschärft hat ▪ Fehlende Vergütung für zusätzliche Aufgaben und Mehrarbeit, z. B. Höherer Beratungsaufwand für Angehörige aufgrund von Besuchsverboten und Kontaktbeschränkungen ▪ Negative, verzerrte Berichterstattung in den Medien B) – C) –	▪ Einrichtungen benötigen einheitliche und an die Settings angepasste Handlungsempfehlungen und Vorgaben ▪ Entwicklung von Pandemieplänen, die Pflegepraxis, -management und -wissenschaft einbezieht und Informationen für Schulungen von Mitarbeitenden und Angehörigen vorlegt ▪ Ausreichende Schutz- und Hygienematerialien und Testmaterial ▪ Anlaufstellen zur Beratung der Einrichtungen, die bei der Umsetzung von Schutzmaßnahmen unterstützen ▪ Gesundheitsämter müssen verlässlich ansprechbar sein ▪ Angemessene Personalausstattung ▪ Höhere Wertschätzung, adäquate Bezahlung und soziale Anerkennung des Pflegepersonals
Perkhofer et al., 2021	*COVID-19-Pandemie-bedingte Belastungen und SARS-CoV-2-Prävalenz in Pflegeeinrichtungen*	1) 27. Juli bis 25. August 2020 2) Prospektive Querschnittstudie in sieben Pflegeeinrichtungen (Baden-Württemberg), davon sechs zur primären Versorgung alter Menschen und eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung 3) Mitarbeitende und Bewohner*innen	A) ▪ Angst vor Übertragung des Virus insbesondere auf die Bewohner*innen und Angehörigen, weniger davor, sich selbst zu infizieren ▪ Mehrbelastung in der pflegerischen Versorgung ▪ Mangel an Hygienematerialien (FFP2-Masken) B) ▪ Vertrauen in Aktivitäten der staatlichen Institutionen (z. B. Großbeschaffung von Schutzkleidung) sowie in Kommunikation und Maßnahmen der Heimleitung C) ▪ Isolationsmaßnahmen werden als sinnvoll erachtet und unterstützt ▪ Kommunikation in den Einrichtungen wird als positiv bewertet ▪ Verändertes Sozialverhalten, Einschränkung sozialer Kontakte ▪ Reduzierte physische Kontakte ▪ Moderate Form von Alkoholgenuss, Rauchen, geringfügig Einnahme von Antidepressiva oder Schlafmittel	▪ Erstellung von Konzepten: zur Bewältigung der Mehrbelastung von Mitarbeitenden
Eggert & Teubner, 2021 (zwei Studien, durchgeführt im ZQP)	*Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste* (Anmerkung: Aussagen und Ergebnisse zu ambulanten Pflegediensten bleiben unberücksichtigt. Beide Bereiche sind im Bericht getrennt beschrieben.)	1) 06. bis 27. Juli 2020 2) Zufallsauswahl, Stichprobe n = 950 (vollstationäre Pflegeeinrichtungen) 3) Pflegedienstleitung oder Qualitätsbeauftragte	A) ▪ Mehrarbeit (in geringem bis erheblichem) Umfang für das Pflegepersonal ▪ Hohes Belastungserleben (psychisch und körperlich) beim Pflegepersonal, insbesondere wegen fehlenden Angehörigen (Kontaktverbot) und Ehrenamtlichen sowie damit verbundenen verschlechterten Lebenslage und Befinden der Bewohner*innen ▪ Ungenügende Zusammenarbeit mit ärztl. Praxen ▪ Unbefriedigende Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern, da diese überlastet waren ▪ Mangel an Hygiene- und Schutzmaterialien (insbes. Atemschutzmasken und Mund-Nasen-Schutz) ▪ Wissenslücken aufgrund fehlender Schulungsmaßnahmen B) – C) –	

Fortsetzung Tabelle 1: Studienreview

QUALITATIVES STUDIENDESIGN (national)				
Autor*innen	**Studie**	**1) Zeitpunkt 2) Methode 3) Befragungsgruppe**	**Ergebnisse: A) Belastungen B) Ressourcen C) Belastungsbewältigung**	**Schlussfolgerungen**
Hien & von Schwarzkopf, 2020	*Corona-Gefährdung im Erleben von Pflegekräften – eine explorative Studie mit Hinweisen auf erweiterte Gesundheitsschutzkonzepte (Anmerkung: Es werden ausschließlich Daten und Ergebnisse vorgestellt, die sich auf den stationären Altenheimbereich beziehen. Bei den Schlussfolgerungen wurde soweit möglich eine Zuordnung zur stationären Altenpflege vorgenommen.)*	1) Mai bis Juli 2020 2) Explorative Studie 3) n = 26, davon n = 13 aus der stationären Altenpflege	A) ▪ Undifferenzierte und späte Anweisungen / Empfehlungen seitens RKI und Gesundheitsämter ▪ Chaotische Situationen bei Ausbrüchen in den Einrichtungen ▪ Besuchsverbote für Angehörige, Therapeut*innen (Physio-,Ergotherapie, Logopädie) ▪ Leid der Bewohner*innen aufgrund fehlender sozialer Kontakte ▪ unzureichend Personalausstattung verursachte hohe ethisch-moralische Dissonanz und Distress (= emotionales Limit) ▪ fehlende bzw. mangelhafte überbetriebliche Unterstützung, etwa vom Gesundheitsamt ▪ Inadäquate Testkapazitäten und -ergebnisse: zu wenig Tests, die Auswertung dauerte bis zu einer Woche, angeordnete Folgen (Quarantäne) seitens der Gesundheitsämter uneinheitlich ▪ Defizitärer Gesundheitsschutz auf Seiten der Mitarbeitenden - Schutz der Bewohner*innen stand (auch subjektiv) im Vordergrund ▪ Keine Koordinierung seitens Gewerbeaufsicht und Unfallträger ▪ Kein Wissen über Organisationen, die Handlungsanleitungen bereithalten (wie z. B. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) ▪ Fehlende Arbeitsschutzorganisation ▪ Überforderung, Unsicherheit und unstrukturierte Abläufe, insbesondere bei Infektionsausbrüchen wegen fehlender Betriebsärzte ▪ Krisenstab nur auf überregionaler Ebene B) ▪ Unterstützendes Team ▪ Hohe Bereitschaft, sich zu engagieren im und für das Team C) ▪ Solidarische Atmosphäre im sozialen und beruflichem Umfeld bei einem Verdachtsfall ▪ Angstabwehr, Leugnung der Gefahr des Virus	▪ Verbindliche Pflege-Personal-Regelung ▪ Erhöhung des Gratifikationsgrades ▪ Verbesserung bei Raum- und Materialausstattung ▪ Betriebsärztliche Betreuung ▪ Differenzierte Gefährdungsbeurteilungen ▪ Verzahnung von Hygienefachkräften, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte mit klaren Aufgaben-regelungen ▪ Mehr Augenmerk auf gesundheitliche Vorsorge ▪ Angebote für psychosoziale Unterstützungen
Müller et al., 2021	*„Man rennt, man kommt gar nicht zur Ruhe". Qualitative Befragung zu den Belastungen in Einrichtungen der Altenpflege während der Covid-19-Pandemie*	1) Zeitpunkt: nicht ersichtlich 2) Problemzentrierte Interviews nach Witzel 3) 5 Pflegefachkräfte, 1 Pflegehilfskraft	A) ▪ Zeitlicher und pflegerischer Mehraufwand aufgrund von Quarantänebestimmungen (z. B. Temperaturmessung, Nahrung auf den Zimmern) ▪ Erhöhte psychosoziale Anforderungen ▪ Begleitung und Unterstützung der Angehörigen müssen wegen Besuchsverbote kompensiert werden, insbes. bei Menschen mit Demenz ▪ Konflikte mit Angehörigen wegen Besuchsverbot ▪ Isolation der Bewohner*innen verursachen (noch höhere) Arbeitsverdichtung und Kompensationsbemühungen seitens der Pflegenden sowie emotionale Belastungen bei allen Akteur*innen ▪ Angst unerkannt das Virus weiterzuverbreiten ▪ Tragen von Schutzkleidung und FFP2-Masken führt zu Erschöpfung (körperlich, psychisch) ▪ Unzureichende Beachtung und Unterstützung bei Mehrarbeit und Belastungen seitens der Leitungen ▪ Wegfall von Copingstrategien im Arbeits- und Freizeitbereich, da soziale Aktivitäten eingestellt oder minimiert werden ▪ Neidreaktionen wegen „Corona-Bonuszahlung" und erhöhter gesellschaftlicher Wertschätzung ▪ Unzureichende Wahrnehmung der (Alten-)Pflege seitens der Politik B) ▪ Finanzielle und gesellschaftliche Wertschätzung (Corona-Bonuszahlung und Applaus für Pflege), auch für die Altenpflege ▪ Wertschätzung etwa in Form kleiner Geschenke seitens des Arbeitgebers C) ▪ Krankschreibung	▪ Langfristige organisatorische und strukturelle Veränderungen im (Alten-)Pflegebereich, insbesondere erhöhter Personalschlüssel, mehr Verantwortung und Eigenständigkeit, Veränderungen bei den Dienstzeiten ▪ Bezahlung muss insgesamt und dauerhaft erhöht werden ▪ Professionalisierung der Pflege voranbringen ▪ Interventionsleitlinien: für den Umgang mit Schutzmaßnahmen ▪ Unterstützende, niedrigschwellige psychosoziale Kriseninterventionen im Umgang mit Stress, Angst und Unsicherheit (interne Gespräche, Supervision, psychosoziale Beratung)

Fortsetzung Tabelle 1: Studienreview

Empirische Studie

Der zeitliche Schwerpunkt der Studie mit einer qualitativen und quantitativen Teilstudie liegt auf dem ersten Lockdown während der ersten Welle der COVID-19-Krise (22. März bis 04. Mai 2020).

Im Folgenden werden die Hauptkategorien aufgeführt, die jeweiligen Subkategorien fließen in den Text direkt mit ein. Sie sind fett markiert.

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie (Durchführung: April 2021 – Januar 2022)

Belastungserleben und -bewältigung *vor* der COVID-19-Krise

Personalmangel ist *der* zentrale Faktor, der den Alltag auch in Prä-Covid-Zeiten in der stationären Altenpflege geprägt hat. Damit unmittelbar verbunden ist *„der Zeitdruck, um alles halt zu schaffen …“* (Nr. 2, 37), zunehmende **Arbeitsdichte** und ein hoher **Krankenstand**, der die personelle Unterbesetzung und damit einhergehende Belastungen noch weiter erhöhen.

> „Der akute Personalmangel und der hohe Krankenstand, das ist ja völlig irre. Das war vor Corona auch nicht anders. Verrückt ist, dass man mit zwei bis drei Leuten alles zu schaffen versucht, etwa im Frühdienst, statt mit vier bis fünf Leuten, aber irgendwie kriegt man das immer hin. Aber man kommt an seine Grenzen.“ (Nr. 8, 12)

In einem solchen Szenario ist schon die „normale“ pflegerische Versorgung anstrengend, zumal es in der Regel keine **institutionelle Sichtbarmachung** und **Aufarbeitung** gibt und keine sich daran anschließenden Entlastungs- und Bewältigungsstrategien gegeben sind. *„Irgendwie kriegt man“* die anstehenden Aufgaben – trotz Personalmangel – mit lediglich persönlichem Willen und individueller Bearbeitung hin, und auch die damit einhergehenden Be- und Überlastungen. Das gilt auch für hochbelastende Situationen im Arbeitsalltag, wenn man etwa *„Gewalt seitens der Bewohner (erfährt), ohne dass man das vorhersehen kann. Plötzlich hat man eine Faust im Gesicht oder wird gekratzt. Das macht schon was mit einem“* (Nr. 8, 12). Oder wenn manche Bewohner*innen als sehr belastend erlebt werden.

> „Manche sind noch jung und haben so schlimme Krankheiten, z. B. wenn jemand erst 40 Jahre ist und eine MS hat oder Bewohner, die schlagen, auch das ist schwer, damit umzugehen. Oder beleidigen. Das ist wirklich schwer, damit umzugehen. Mit den Jahren lernt man das, aber trotzdem.“ (Nr. 8, 12)

Des Weiteren wird über die Zunahme der **Dokumentationsarbeit** geklagt, *„(…) gerade von 2000 bis 2015 kam so viel Neues an Dokumentationen hinzu“* (Nr. 1, 12).

Auch der **Schichtdienst** ist belastend.

Einige verweisen auf die Belastungen und Ähnlichkeit der Ausbrüche des hochinfektiösen **Norovirus** mit dem Coronavirus. Jahr für Jahr würde das Norovirus in stationären Pflegeeinrichtungen Einzug halten. Hierbei kommt es in sehr kurzer Zeit zu schwallartigem Erbrechen und Durchfall, leichtem Fieber, Glieder-, Bauch- und Kopfschmerz. Sowohl die Bewohner*innen als auch das Personal seien davon betroffen, bei den älteren Menschen müsse rasch reagiert werden, damit Flüssigkeits- und Elektrolytverlust vermieden wird. Der Verdacht auf eine Norovirus-Infektion ist meldepflichtig. Eigentlich, so einige Befragte, hätten die Einrichtungen und das Personal auf die damit gebotenen Hygienemaßnahmen und Erfahrungen in der COVID-19-Krise zurückgreifen können.

Als **Bewältigungsstrategien vor der COVID-19-Krise** werden durchgängig persönliche Maßnahmen genannt, etwa das Lesen von Büchern oder Gespräche im privaten Setting. Die im beruflichen Bereich durchgeführten Entlastungsschritte wie das Schreiben von Überlastungsanzeigen werden als nicht erfolgreich beschrieben und sind deshalb eingestellt worden. Einzig die Reduzierung von Arbeitsaufgaben konnte entlastend für das Personal sein, war allerdings mit einer Senkung der Pflegequalität verbunden.

> „Grundsätzlich bin ich ein sehr pragmatischer Mensch und so habe ich zu den Kollegen gesagt: ‚So, wir machen jetzt mal die sogenannte Katzenwäsche und dann die Dokumentation‘ – natürlich zum Unmut der Bewohner. Irgendwie hat man den Dienst durchgezogen. Ganz klar, wir haben dann keine Visiten gemacht, keine Anrufe entgegengenommen. Aber diese Abstriche musste man machen, das war auch ein Lernprozess.“ (Nr. 1, 14-15)

Belastungsfaktoren und -erleben *zu Beginn* der COVID-19-Krise

Aufgefallen ist, dass sowohl Fragen, die die zeitliche Orientierung während der Pandemie betreffen, als auch Fragen zum Tagesablauf nur mit großer Verunsicherung beantwortet werden können, vornehmlich während des ersten Lockdowns. Geschuldet dürfte dies den vielfältigen, neuen Aufgaben sein sowie den Anforderungen, die darin bestehen, auf alle unvorhergesehenen Herausforderungen schnell zu reagieren. *„Vom Ersten bis Dritten (Lockdown) war alles sehr schwierig“* (Nr. 15, 71-72).

Auf den damaligen Tagesablauf und die Bewältigung der Anforderungen und Belastungen angesprochen, sagen viele, dass es keinen klassischen Tagesablauf gab, sondern die Anforderung darin bestand, auf alle unvorhersehbaren Herausforderungen schnell zu reagieren. Immer wieder wird dabei auf den **Personalnotstand** als größte Belastung verwiesen. Man sei nur noch *„von einer zur anderen Aufgabe gehastet.“* (Nr. 5, 51) Wenn Kolleg*innen infiziert sind und den Arbeitsbereich verlassen müssen, bleibt oftmals nur eine Fachkraft für die Versorgung zuständig, manchmal mit Unterstützung von Pflegehelfer*innen und Leasingkräften und immer mit viel Engagement hinsichtlich notwendiger Veränderungen, die immer auf die notwendigsten Arbeiten zielen, Kontaktreduzierung berücksichtigen und in jedem Fall Mehrarbeit verlangen.

> „Wie ging das vonstatten? Wir haben oft schon um 6:00 Uhr angefangen. Auch schon ein bisschen vor Dienstbeginn. Die Übergabe haben nur noch die Fachkräfte gemacht. Also wir arbeiten ja auch mit Pflegehelfern, aber eigentlich haben sich nur die Fachkräfte noch zu zweit getroffen. Der vom Nacht- in den Frühdienst, sag ich jetzt mal. Und dann gab es eine Übergabe. Der Pflegehelfer ist schon nach oben auf die Etage gegangen. Wir haben auch geguckt, dass die gleichen Pflegehelfer da oben oder da unten sind, dass sich das nicht noch mehr vermischt. Dass die immer getrennt sind. Und dann ging es los. Die Bewohnerversorgung. Also als Fachkraft bin ich dann durch, morgens. In jedes Zimmer. Hab die Nüchtern-Tabletten, die Tabletten verteilt, Temperatur gemessen und geguckt wie es jedem geht.“ (Nr. 13, 54)
>
> „Man musste halt alles umstellen. Die Strukturen. Es hat sich keiner mehr getroffen im Speiseraum.“ (Nr. 13, 58)

Das Pflegepersonal erlebt im Hinblick auf **Infektions- und Erkrankungsraten** in den unterschiedlichen Einrichtungen verschiedene Szenarien: Entweder kommt es zu keinerlei Infektionen, weder unter den Bewohner*innen noch beim Personal, bis hin zu einem hohen Aufkommen und schweren Krankheitsverläufen, auch mit Todesfolge auf Seiten der zu pflegenden Menschen. Mitunter sind über die Hälfte der Mitarbeitenden in einem Wohnbereich infiziert.

Andere konstatieren, dass die erste Welle glimpflich verlaufen ist, aber in der zweiten Welle dann sowohl Bewohner*innen als auch Kolleg*innen betroffen sind – trotz strikt eingehaltener Hygienemaßnahmen.

Immer wieder kommt es zu **personellen Ausfällen**, weil Pflegende infiziert sind und in Quarantäne müssen. Zwar berichtet niemand von Todesfällen unter Mitarbeitenden, aber mitunter gibt es **schwere und lange Krankheitsverläufe** und **Long-Covid.** Einige Mitarbeiter*innen haben so schwere Folgeerscheinungen durch Long-Covid, dass sie sich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt erleben und über einen Ausstieg aus dem Berufsleben nachdenken (müssen).

„Die Anderen, die vor mir erkrankt sind, gut, die hatten einen Krankheitsverlauf, aber der wird dann auch wieder besser nach ein paar Tagen. Bei mir war es dann aber leider nicht so. Die Erkrankung ist relativ moderat verlaufen, also Fieber, Migräne, fatigueähnliche Symptomatik, Geschmacksverlust – es war so wie bei fast allen meinen Mitarbeitern. Mich hat dann aber noch ein Vorhofflimmern ereilt, das wird damit in Zusammenhang gebracht (…) Jetzt gerade bin ich wieder zu Hause, weil ich wieder so einen schweren Aussetzer hatte." (Nr. 1, 30-36)

Hohe Belastungen gehen mit **infizierten Bewohner*innen** einher, die von einer ausgeprägten Symptomatik betroffen sind und eine intensive pflegerische Betreuung – und damit verbunden auch viel Zeit – benötigen.

„Den Bewohnern ging es so schlecht, so schlecht, dass eigentlich eine Intensivpflege notwendig war, nur dass sie bei uns nicht an der Beatmung gehangen haben. Aber so ein Mensch mit Covid hat ja keine Kraft für nichts, für gar nichts. Es sind aber auch so unterschiedliche Symptome und diese intensive Pflege der an Covid erkrankten Bewohner, das muss ich Ihnen ja nicht sagen, wie enorm diese Belastung war." (Nr. 1, 43)

In einigen Häusern kommt es zu Covid-Ausbrüchen mit **Todesfällen**. Das Pflegepersonal muss erleben, wie die ihnen anvertrauten Menschen um Luft ringen und sie ihnen nicht mehr helfen, sondern nur noch Beistand leisten können.

„Also ehrlich gesagt, weiß ich gar nicht, wie wir das geschafft haben. Aber ehrlich gesagt, haben wir es auch gar nicht so gut geschafft, weil, wir sind ja auch viel krank geworden, wir waren so kaputt, wir haben manchmal so geweint, das muss man auch mal sagen. Man kann sich den Verlust der Bewohner zwar mit ihrem Alter erklären, aber das Sterben an Covid war für die Bewohner trotz Morphium etc. doch schwer. Sie haben trotz allem sehr gelitten. Das steckt man nicht so weg. Die Bewohner, diese Situationen vergisst man nicht." (Nr. 1, 43-44)

Aber nicht nur Infektionen und Mortalität tragen zu den Belastungen bei, auch das **Eingeschlossen sein der Bewohner*innen** in den Einrichtungen und die **Kontaktverbote** erzeugen Leid und Mitleid, fördern aggressives Verhalten und schränken ein vertrautes Miteinander, die verbale und non-verbale Kommunikation ein. Gerade für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung kann das eine soziale Katastrophe sein im Sinne einer existenziellen Vereinsamung, eines sozialen Ausschlusses und einer Deprivation.

„Was schlimm war? Die Bewohner waren richtig isoliert, also keine Besucher, keine Familie. Die waren natürlich alle traurig. Wir waren die einzigen Ansprechpartner. Es durften keine Gruppen stattfinden. Die Bewohner waren wirklich alleine im Zimmer. Viele haben geweint, haben nicht verstanden, was los ist und das hat richtig wehgetan. Jetzt geht es langsam, aber viele Bewohner haben wirklich richtig abgebaut, viele sind auch verstorben, nicht an Corona, aber weil sie dann nicht gegessen, nicht getrunken haben. Das war schlimm." (Nr. 18, 22-23)

„(…) die Aggression unter den Bewohnern ist definitiv auch gestiegen. Es gab keine Therapien, keine Physiotherapien in der Zeit etc." (Nr. 13, 21)

„Nonverbale Kommunikation ist für meine Bewohner extremst wichtig, sie sind zum Teil im Endstadium der Demenz, wo verbale Sprache keine Rolle mehr spielt." (Nr. 13, 18)

Die soziale Exklusion, die das Besuchsverbot der Angehörigen bedeutet, ist für alle Akteur*innen tragisch, denn den Bewohner*innen gehen dadurch Struktur, Vertrautheit, soziale Partizipation verloren, die Angehörigen sind verzweifelt, weil sie um diese Verluste wissen, letztlich aber hilflos sind. Nach dem Ende der Kontaktbeschränkungen kommt es dann dazu, dass Bewohner*innen ihre Kinder nicht mehr erkennen.

„Als die Leute dann wieder rein durften, gab es einige Bewohner, die haben dann ihre Angehörigen dann nicht mehr erkannt. Für die Angehörigen natürlich ein absoluter Schock, im Laufe der Demenz passiert das sowieso, aber wenn das so adhoc passiert, ist das für die Angehörigen ein Schock." (Nr. 1, 18)

Die Pflegenden sind mit der **Einsamkeit** und den **Irritationen der Bewohner*innen** täglich konfrontiert, können letztlich aber die Verluste der sozialen Kontakte, insbesondere die der Angehörigen allein zeitlich nicht kompensieren, da sie sich mit vielen anderen zusätzlichen Aufgaben konfrontiert sehen.

„Also man bräuchte wirklich für jeden Bewohner mindestens eine Stunde Kommunikation. Einfach mal reden, Beschäftigung. Das war in diesem Moment überhaupt nicht möglich" (Nr. 18, 292). Ein Teil der Bewohner*innen kann zudem den Sinn des Eingeschlossen seins nicht nachvollziehen und reagiert entsprechend ungehalten. „Bewohner sind dann bei uns richtig ausgeflippt und wollten raus. Sind dann auch raus gegangen, weil die das nicht verstanden haben" (Nr. 6, 222). Andere reagieren depressiv. „Sie durften ja ihre Zimmer nicht verlassen. Warum sollte ich denn noch aufstehen? Und damit gab es natürlich wieder mehr Arbeit für die Pflegekräfte. Für uns." (Nr.1, 84)

Soweit wie möglich versucht das Pflegepersonal, Zeit mit den Bewohner*innen zu verbringen, um den Kontaktverlusten entgegenzuwirken und soziales Miteinander zu fördern. Dennoch gelingt dies nicht umfassend. Die Pflegenden sehen, dass es den Menschen psychisch und schließlich auch körperlich schlechter geht.

Auch viele Angehörige sind verzweifelt, versuchen Einlass zu bekommen, geben vor oder im Eingangsbereich alles das ab, was sie selber nun nicht mehr der Mutter, dem Vater, der*dem Ehepartner*in geben können. Eine desolate Situation, die einer Dilemma-Situation gleichkommt. Es kann immer nur das geringere Übel gewählt werden und es gibt keinen Ausweg.

„Mit einigen Angehörigen war es schon schwierig. Sie haben auf andere Einrichtungen aufmerksam gemacht, die das lockerer sehen und mehr erlauben und dann mussten wir immer wieder unsere Strategie erklären. Das war schon schwierig. Es ist natürlich auch schwer, wenn die Angehörigen sagen, mein Vater/meine Mutter geht ein, wenn der/die keinen Kontakt hat." (Nr. 4, 42-43)

Mehrarbeit, Überstunden, Unsicherheit und Erschöpfung

Interviewte Pflegende berichten davon, dass sie in einem Dienst mindestens ein Dutzend Mal vom Wohnbereich zur Pforte laufen müssen, um die von den Angehörigen abgegebenen Gegenstände und Geschenke abzuholen und dem*der jeweiligen Bewohner*in auszuhändigen.

Gleichzeitig steigen die **Telefonanrufe der Angehörigen**, die sich nach dem Befinden erkundigen, nachfragen, ob es bereits einen Corona-Ausbruch gegeben hat, wann wieder Besuche erlaubt sind.

„Ich habe 10-Stunden-Dienste gemacht in dieser Zeit, und ohne eine PDL, die mich täglich unterstützt hat, stundenlang mit den Bewohnern Zeit verbracht hat, hätte ich das gar nicht geschafft." (Nr. 1, 43)

Alles das kostet (Arbeits-)Zeit und oftmals auch emotionale Stärke und Stabilität. Das Pflegepersonal sieht die Not der Angehörigen, muss aber darauf dringen, dass das Kontaktverbot und die Abstandsregeln eingehalten werden, um die Bewohner*innen und das Personal vor Infektionen zu schützen. Dabei sind sie **verbalen Angriffen bis hin zu körperlicher Gewalt** ausgesetzt. Aber es gibt auch verständnisvolle und unterstützende Angehörige.

„Die meisten haben angerufen. Haben kurz gefragt wie es dem Papa geht, oder dem Ehemann. Haben uns alles Gute gewünscht und haben sich bedankt und viel Kraft gewünscht. Das war überwiegend so." (Nr. 13, 175)

Hinzu kommt zu Beginn der COVID-19-Krise ein hoher Grad an Verunsicherung, weil es an **Schutzkleidung, Mund-Nasen-Schutz, Desinfektionsmittel mangelt**. In manchen Häusern gibt es Mitarbeitende, die für alle Stoffmasken nähen. Schließlich werden die Einrichtungen mit den notwendigen Hygieneschutzartikeln versorgt, nun beginnt das Schwitzen unter Masken und in Schutzkleidung. Schweißgebadet wird Körperpflege durchgeführt, Brillen beschlagen, Bewohner*innen müssen immer wieder ermahnt werden, ihre Masken aufzusetzen. Dringend benötigte Pausen, die auch dazu dienen, an der frischen Luft die Maske abzusetzen und zu trinken, können mitunter nicht durchgeführt werden. Die Folgen sind Erschöpfungszustände und Kreislaufprobleme.

„Wir hatten von allem genug, Masken, Schutzkittel etc. Aber damit arbeiten, das war richtig belastend. Man hat so darunter geschwitzt und man hat richtig Kreislaufprobleme kommen – das war das schlimmste. (…) Zudem war wenig Personal, eigentlich hätten wir viel Trinkpausen machen müssen, hatten aber dafür keine Zeit. Und heute noch sagen manche Bewohner, oh, das war so schlimm, dass sie mit Masken laufen mussten. Sie haben es so vermisst, die Gesichter zu sehen." (Nr. 6, 26-29)

In dieser Zeit fehlen **Fachwissen, Erfahrungen und Struktur** in allen Bereichen, die **Kommunikation** und die **Empfehlungen** seitens der Politik und der zuständigen Gesundheitseinrichtungen auf Bundes- und Landesebene erscheinen nicht immer plausibel und wechseln rasch. In jedem Fall bedeuten die Anordnungen für die Mitarbeitenden in den stationären Pflegeeinrichtungen Verunsicherung und Mehraufwand. Nun müssen täglich die aktuellen Vorgaben vom Robert Koch-Institut, von der Berufsgenossenschaft, vom Senat etc. gelesen und umgesetzt werden.

„Ganz am Anfang war sehr belastend, dass täglich Änderungen kamen, BGW hat Richtlinien rausgegeben, vom BMG kam ständig etwas Neues usw. Das musste alles gelesen und umgesetzt werden. Es gab noch keine Testungen, die Bundeswehr war noch nicht da. Besuchermanagement, das Unverständnis der Bewohner, der Angehörigen. Da erst einmal Strukturen zu entwickeln, das alles in halbwegs geordnete Bahne zu bringen, also, das war wirklich schwierig." (Nr. 5, 18-19)

Später kommen dann noch die **Schnelltests** hinzu, die zunächst von den Mitarbeitenden, später mit Unterstützung der Bundeswehr durchgeführt werden müssen.

Verunsicherung und Sorgen bereiten dem Personal eine mögliche Übertragung des Virus durch sie selber. Interessant das Phänomen, dass die **Angst der Übertragung auf andere** (z. B. Kinder, Eltern) größer ist als auf die eigene Person. Das hängt vielleicht mit einer professionellen Verdrängung und einem hohen Helfer*innen-Ethos zusammen.

„Dann bekam man schon Angst, weniger selbst zu erkranken, sondern andere anzustecken, die Bewohner anzustecken, die Familie, die Eltern anzustecken" (Nr. 3, 31).

„Angst nicht für mich, sondern für die Familie" (Nr. 6, 404).

Um ein mögliches Weitergeben des Virus zu vermeiden, werden unterschiedliche Strategien entwickelt. Eine Pflegefachkraft lässt etwa ihren Sohn wochenlang bei Freunden wohnen, andere testen sich und ihre Familie täglich, schränken strikt alle privaten Kontakte ein.

Einige interviewte Pflegende wiederum berichten, dass sie keine Angst vor einer Infektion in dieser Zeit verspürten.

Große **Sorgen** machen sich Mitarbeiter*innen, deren **Angehörige im Ausland** leben und dort mit einer unzureichenden Gesundheitsversorgung konfrontiert sind. Das Wissen darum und die große räumliche Trennung führen zu besonderen Belastungen.

„Dass die mehr Sorgen machen, als ich selber zeige, dass ich mir auch Sorgen mache, ne. Ich sage, mein Vater war mehrfach im Krankenhaus. Also, das war dann extrem schwierig für mich. Er hatte einen Schlaganfall." (Nr. 6, 441)

Von Ausnahmen abgesehen, werden von den meisten Interviewpartner*innen im Fall einer **Sterbebegleitung** erläutert, dass die Angehörigen, wenn auch mitunter personenbeschränkt und immer ausgestattet mit Schutzkleidung und Mund-Nasen-Schutz, das Familienmitglied in der letzten Lebensphase besuchen und begleiten dürfen. *„Die Sterbebegleitung ist in allen drei Phasen der Pandemie weitergelaufen. In Sterbephasen durften auch die Angehörigen ins Haus kommen."* (Nr. 1, 27)

In wenigen Fällen wird allerdings auch am absehbaren Lebensende nicht erlaubt, dass Angehörige die Einrichtung betreten und Abschied nehmen können. Auch für die Mitarbeitenden ist dieser Umstand eine hohe moralische Belastung. Potenziert wird diese noch, wenn nicht einmal sie selber dann die Zeit finden, die Sterbebegleitung durchzuführen.

„Also Sterbebegleitung war in der Zeit nicht möglich gewesen." (Nr. 18, 308)

„(…) jetzt ein Bewohner im Sterben lag, sie sind ja palliativ dann bei uns. Dann in der Regel setzen wir uns mal hin, begleiten sie, halten die Hand. Aber die Zeit war ja gar nicht gegeben in dieser Zeit. Weil, viele haben ja auch Angst zu sterben. (…) Und das ist halt kein schönes Gefühl." (Nr. 5, 88-90)

Mit welchen Gefühlen sind die Pflegenden damals, in der ersten Welle, nach Hause gegangen? Es wird von **Traurig- und Bedrückt sein, Erschöpfung und Müdigkeit** gesprochen.

„Im Prinzip war ich nur müde, wenn ich nach Hause kam. Wenn man den ganzen Dienst angepellt war wie die ‚Eskimos' und danach noch einkaufen gefahren, wieder mit Maske. Ja, man war platt, wenn man nach Hause kam. Man war platt. Ich habe nur die Tage gezählt, bis die Kollegen wiederkommen, dass man es besser aufteilen kann." (Nr. 7, 43)

Wer dann noch Kinder im Kindergarten- oder Schulalter zu Hause hat, kann nicht einmal „die Füße hochlegen", sondern muss Kita- und Schulschließungen kompensieren, Online-Unterricht und -Aufgaben gemeinsam nacharbeiten.

„Meine Tochter ging zur Schule, mal zwei Tage oder drei Tage, manchmal gar nicht, aber dann gab es eine Art Notbetreuung. Also, sie hat dann 20 DIN-A 4-Seiten aufbekommen, die sie dann noch mit nach Hause bringt. (…) Man denkt ja dann so, ach jetzt nach Hause und mal die Füße kurz hochlegen, aber nee, dann saß man und hat mit der Tochter erst einmal Schularbeiten gemacht, teilweise ganz neue Sachen, die ja

eigentlich die Schule den Kindern beibringt, aber jetzt mussten wir das machen. Das war schon eine Doppelbelastung. (...) Das war echt schon eine Doppelbelastung. Da ist man abends ‚tot' ins Bett gefallen. Und das war ja wochenlang." (Nr. 9, 49-52)

Rückkehr zu einer Art Normalität im beruflichen Setting

Das Gefühl, endlich wieder in einem annähernd normalen Arbeitsalltag zu sein, setzt erst 2021, nach den **Impfungen** und den damit verbundenen **sozialen Kontaktmöglichkeiten**, ein. Nun können Bewohner*innen wieder gemeinsam ihre Mahlzeiten einnehmen, verschiedenste **Aktivitäten** können – zumindest in einem kleineren Kreis – stattfinden; Betreuungskräfte, Physiotherapeut*innen, ehrenamtliche Helfer*innen, Angehörige haben wieder Zutritt, Koch- und Singgruppen laden ein.

„Die Leute dürfen wieder zusammen essen in den Küchen, aber auch eingeschränkt. Wir mussten schon auswählen, entscheiden, für wen wir was sinnvoll finden. Was uns aber auch wichtig war, weil viele einsam waren und sich kaum noch bewegen. Da haben wir gesagt, irgendwann können die gar nicht mehr laufen, nur noch in ihrem Zimmer sitzen. Da haben wir geguckt. Nun dürfen wieder fünf Leute zusammen in der Küche sitzen, an einem langen Tisch um Abstand zu halten. Wir lüften zwischendurch. Die Betreuungsgruppen dürfen wieder kleine Gruppen bilden, machen wieder Sitzgymnastik, Musikgruppen. Das ist für uns wieder ein wenig Normalität." (Nr. 2, 37)

Für das Pflegepersonal bringen sowohl die **gemeinsamen Mahlzeiten** außerhalb der Zimmer als auch die von extern ausgeführten **Angebote** und **Aktivitäten** für die Bewohner*innen Entlastung und Erleichterung. *„Es kommt wieder mehr Lebens ins Haus, das ist toll"*, so beschreibt es eine Gesprächspartnerin (Nr. 6, 47).

Andere beschreiben, dass für sie die **Rückkehr der Kolleg*innen aus der Quarantäne** wieder ein Stück Normalität im Arbeitsalltag bedeutete. Endlich können auch sie dann wieder einmal freie Tage beanspruchen. Zudem stellt sich das Gefühl ein, dass das **soziale Leben** zurückkehrt und es können wieder **Aufgaben** an andere, externe Mitarbeitende delegiert werden. Hierzu zählen vor allem die Testungen.

„... weil wir Testhelfer einstellen konnten, die das Besuchermanagement übernehmen. So ein bisschen Normalität ist da wieder eingetreten, auch weil wir jetzt wieder die Besucher in Gruppen zusammenbringen können und dass sie wieder an den Aktivitäten teilnehmen können." (Nr. 3, 41)

Gleichwohl müssen nun aber auch wieder die alten, pandemiebedingt lange Zeit nur eingeschränkt durchgeführten Tätigkeiten bewältigt werden und es kommen neue Aufgaben hinzu.

„Wir hatten ja gewisse Maßnahmen umzusetzen. Oder auch andere Regeln. (...) Und das musste ja den Kollegen, die wieder gekommen sind, erstmal beigebracht werden. Und gezeigt werden wie es eigentlich lief und was wir jetzt dürfen und was wir nicht dürfen. Wie wir was machen müssen." (Nr. 13, 182)

Entlastungen und Ressourcen *während* der COVID-19-Krise

Rückblickend wird resümiert, dass alle Mitarbeitenden, auch auf **Leitungsebene**, sehr viel Mehrarbeit leisten mussten. Inwieweit das Pflegepersonal **Unterstützungen** durch Vorgesetzte erfahren haben, wird sehr unterschiedlich beantwortet. Teilweise wird Anerkennung und Lob für die engagierte Mitarbeit in der pflegerischen Versorgung etwa seitens der Pflegedienstleitung ausgesprochen oder dafür, dass Angehörige jederzeit für Gespräche an die Leitung verwiesen werden konnten. Leitungskräfte hätten immer ein *„offenes Ohr (gehabt), haben immer gefragt, können wir unterstützen?"* (Nr. 7, 54).

Vereinzelt werden vom Träger als Dank für die außergewöhnlichen Leistungen kleine Geschenke verteilt, die als Anerkennung und Wertschätzung sehr positiv bewertet werden.

Teilweise wird aber auch mitgeteilt, dass es keinerlei Unterstützung von den Führungskräften gab.

Fallgespräche oder **Supervisionen** werden in keinem Fall angeboten und in Anspruch genommen.

Eine Unterstützung durch **Leasing-Kräfte** kann entweder nicht genutzt werden oder ihr Einsatz stellt sich als wenig hilfreich heraus, da das Personal offensichtlich unvorbereitet in die Einrichtungen geschickt wurde und sprachliche Hürden in dieser angespannten Situation nicht abgebaut werden konnten.

„Also, es gab nur die eine Unterstützung für die Pflege, dass die Pflegedienstleitung mit hoch gekommen ist in den akuten Dienst, sie mit versorgt hat. Ansonsten gab es nichts, es gab einfach nichts. Es war eine schlechte Vorbereitung. Leasing-Kräfte sind nicht mehr reingekommen als Covid ausgebrochen ist. Eine Leasingkraft hat das noch gemacht, die hat dann selber noch Covid bekommen. Oder man hat Leasingkräfte bekommen, die die Problematik nicht verstehen, das muss man so sagen, wurden eingesetzt, die kein Wort Deutsch verstanden haben. Das wirkte immer so, dass sie von der Leasingfirma abgeschoben worden sind, so, jetzt geht ihr da mal hin. Das war eine Katastrophe, weil gar keine Kommunikation stattfinden konnte." (Nr. 1, 57-58)

Als externe helfende Organisation wird immer wieder die **Bundeswehr** genannt. Das abgeordnete ausgebildete Personal übernimmt als erstes die zeitaufwendigen, vielzähligen Schnelltests in den Einrichtungen, später übernehmen diese Aufgabe die Testhelfer*innen. Die Soldat*innen sind auch zuständig für den Eingangsbereich, für das Ausfüllen und Überprüfen der Zugangsformalia für Angehörige, externe Helfer*innen und Dienstleistungspersonal.

Die Pflegenden berichten davon, dass es trotz der hohen Belastungen nicht zu Konflikten im **Team** gekommen ist, ganz im Gegenteil: Die Not hat das Team eher zusammengeschweißt. Es wird von einem guten Zusammenhalt gesprochen, von gegenseitiger Unterstützung und Wertschätzung. Beschrieben wird eine große Solidarität untereinander, eine gute Organisation, Humor als Mittel der Entspannung und digitale Kommunikation.

„Wir haben digital kommuniziert. Wir haben eine Gruppe gebildet in WhatsApp." (Nr. 15, 539)

„Wir waren voller Adrenalin, möchte ich behaupten. Ja. Wir waren nur noch ein kleiner Kern und haben halt sehr zusammen gehalten." (Nr. 13, 139)

Gerade in einer Zeit, die von wochenlanger Isolierung gekennzeichnet ist, kann das Gefühl von **Verlässlichkeit** offensichtlich Hoffnung geben, die Krise gemeinsam überwinden zu können. Dieses Gefühl hat auch ein Hausarzt vermittelt, der täglich in die Einrichtung gekommen ist, um Bewohner*innen zu versorgen und gemeinsam mit dem Pflegepersonal über Medikamentengabe zu beraten und anzuordnen.

Als endlich wieder (mehr) soziale Kontakte erlaubt sind, ist die Freude groß, sich wieder im **kollegialen Kreis** zu begegnen, gemeinsame Übergaben zu machen und mit Wohnbereichs- und Pflegedienstleitungen sprechen zu können. Der Austausch fördert auch die Pflegequalität.

Große Erleichterung tritt ein, als wieder **Gespräche mit Angehörigen** geführt und Bewohner*innen und Personal ohne Maske kommunizieren können.

Wie bereits deutlich geworden ist, sind **keine professionellen Unterstützungsangebote** an das Pflegepersonal in dieser krisenhaften Zeit adressiert und genutzt worden. Stattdessen wird – wie

auch in der Vor-Covid-Krise – auf **private Ressourcen** zurückgegriffen. Das ist überwiegend die Familie, auch wenn dieser Bereich durchaus verschiedene Belastungen bereithält.

> „Nein, ich habe als Stressabbau eigentlich meine Familie, auch wenn das nun mit Homeschooling, die Doppelbelastung, alles so anstrengend war. Mein Stressausgleich ist trotzdem meine Familie. Ich kann nur für mich sprechen. Andere Kollegen haben auch ihre Familie, andere haben einen Hund als Stressausgleich." (Nr. 9, 58-59)

Andere beschreiben, dass sie ein großes Grundstück haben, sich hier „auspowern" und darüber Abstand gewinnen können. Wieder andere gehen ins Sportstudio, das aber auch lange Zeit geschlossen war. Wer kann, steigt nun vermehrt aufs Fahrrad, um sich körperlich fit zu halten und Stress abzubauen. Andere lesen viel und können sich mit einem Buch in der Hand entspannen.

Berufspolitische Ausrichtung und berufsorientierte Wünsche

Mit der COVID-19-Krise findet Pflege unter gänzlich anderen Bedingungen statt. Zwischenmenschliche Begegnungen, Gespräche, Körperpflege, Nahrung reichen können nur noch mit Mund-Nasen-Schutz und Schutzkitteln durchgeführt werden, Angehörige sind ausgesperrt, ebenso (ehrenamtliche) Helfer*innen, Alltagsbegleiter*innen, Ergo- und Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen etc. Im Zuge dessen und trotz der individuellen Bemühungen von Pflegenden kann nur noch eine Pflege im Krisenmodus, ohne die Erfüllung sozialer und kommunikativer Qualitätsansprüche, geleistet werden. Die Auswirkungen auf viele Bewohner*innen sind unübersehbar: Sie sind einsam, ziehen sich zurück, der körperliche Zustand verschlechtert sich, Menschen mit Demenz erkennen später mitunter ihre Angehörigen nicht mehr.

Trotz dieser Umstände und Bedingungen wird die Frage, ob an ein Verlassen der Altenpflege zwischenzeitlich oder final gedacht wird, durchgängig mit „Nein" beantwortet. Ein wesentlicher Faktor für ein **Verbleiben im Beruf** ist die Teamarbeit, die Nähe, die Kommunikation und Interaktion mit den zu pflegenden Menschen, die Sinnhaftigkeit und Gratifikation vermitteln.

Darüberhinausgehendes **berufspolitisches und partizipatives Engagement**, etwa die Mitgliedschaft und Mitarbeit in einer Gewerkschaft oder im Berufsverband, werden verneint. Einige Befragte erläutern, dass sie zur Diakonie gehören, dies sei *„ihr Berufsverband"* (Nr. 3, 59).

In der COVID-19-Krise ist Pflege, auch die Altenpflege, in der Gesellschaft erstmals als **systemrelevant** wahrgenommen worden. Es gab öffentlich Applaus, Bonuszahlungen wurden geplant und ausgezahlt, eine höhere tarifgebundene Bezahlung wurde in Aussicht gestellt und ist realisiert worden. Wie sind derlei Maßnahmen vom Pflegefachpersonal bewertet worden? Unterschiedlich, es haben sich alle über die **Bonuszahlungen** gefreut, aber es wird kritisch erwähnt, dass selbstverständlich auch Pflegehelfer*innen, das Küchen- und Reinigungspersonal diese Sonderzahlungen verdient hätten, aber nicht bekommen haben, und viele andere Berufe auch nicht, etwa die Kassiererinnen im Supermarkt.

> „Bei Bonuszahlung wäre es gut gewesen, dass alle Pflegebereiche das bekommen, alle waren ja in Mitleidenschaft gezogen. Aber warum bekommen nicht auch andere Bereiche eine Bonuszahlung? Das Personal an den Kassen, die Supermärkte waren die ganz Zeit auf, die ganze Zeit wurden Waren angeliefert usw. Oder die Küche, Reinigungskräfte." (Nr. 3, 54-55)

Letztlich sei die **gesellschaftliche und politische Wertschätzung** der (Alten-)Pflege aber nicht von Dauer. Das Bild von einer Altenpflege, die nur körperbezogene Arbeiten erledigt und Essen verteilt, hätte sich letztlich nicht verändert, obwohl tagtäglich sehr komplexe, vor allem kommunikative und psychosoziale Arbeiten geleistet werden. Diese negative Sichtweise verursache weiterhin eine dauerhafte Abwertung und letztlich einen weiteren Mangel an Nachwuchskräften. Wer will schon in die Altenpflege? Die Befragten sind sich sicher, dass zukünftig dieser Versorgungs- und Pflegebereich noch sehr viel stärker von Personalmangel und dessen Auswirkungen betroffen sein wird. *„Ja, die Sonderzahlung habe ich auch bekommen. Für mich war das so in Ordnung. Es gibt ein ganz anderes Problem: Dass niemand mehr in der Altenpflege arbeiten möchte."* (Nr. 8, 49)

Abschließend nach drei Wünschen gefragt, steht im Vordergrund **mehr Personal** bzw. ein **höherer Personalschlüssel**. Möglich sei dies, wenn *„statt Pflegeversicherung ein steuerfinanziertes Modell"* geschaffen wird (Nr. 10, 48).

Erhofft wird ein **Ende der COVID-19-Krise**, verbunden mit Gesundheit für die Familien, Kolleg*innen und Bewohner*innen, insgesamt mit Normalität im Arbeits- und Familienalltag, wieder ohne Maske arbeiten zu können, dass die Kitas wieder täglich geöffnet sind.

Die zusätzlichen Aufgaben wie das Testen von Angehörigen würden damit wegfallen. Vor allem würde es dann den Bewohner*innen wieder besser gehen, sie hätten wieder soziale Kontakte und könnten Gemeinschaft erfahren.

Ergebnisse der quantitativen Teilstudie (Durchführung: Oktober 2021 – Januar 2022)

Von den 35 Befragten, deren Antworten in die Auswertung einflossen, gaben 31 an, dass sie eine Leitungsfunktion hätten (88,6 %). Diese antworteten, dass im ersten Lockdown die Pfleger*innen am häufigsten erkrankt waren (60,0 %), während Bewohner*innen am zweithäufigsten an Covid erkrankten (40,0 %) und Angehörige (20,0 %) sowie die Leitungen selbst (14,3 %) sich seltener infizierten.

Ressourcen und potentielle Belastungen

Die 32 Aussagen zu Ressourcen und potentiellen Belastungen werden in zwei Kategorien geteilt und es wird vor der inhaltlichen Auswertung analysiert, wie gut die einzelnen Items der Skalen zusammenpassen (Interne Konsistenz; Cronbachs Alpha). Die Skala der Ressourcen bestand ursprünglich aus 8 Items (Cronbachs Alpha .699), wovon ein Item thematisch nicht zur Skala passte („Unser Team ist seit der Pandemie mehr zusammengewachsen.") und ausgeschlossen wurde. Dadurch erhöht sich Cronbachs Alpha auf akzeptable .760. Inhaltlich stellt sich heraus, dass als größte Ressource das **konstruktive Lösen von auftretenden Konflikten** ist (Mittelwert 3,83 auf einer 5er Skala von 1 – „trifft gar nicht zu" bis 5 „trifft völlig zu"). Weitere Ressourcen sind ein Zufriedensein mit der eigenen finanziellen Situation (Mittelwert 3,46), ausreichend Entspannung in der Freizeit (Mittelwert 3,21) sowie eine verständnisvolle und konstruktive Zusammenarbeit mit den Angehörigen (Mittelwert 3,04). Daneben gehört zur Skala der Ressourcen eine verständnisvolle Kommunikation mit Angehörigen (Mittelwert 2,96), das selbstbestimmte Einteilen von Pausen (Mittelwert 2,83) sowie das Festlegen der zeitlichen Abfolge von Aufgaben („Ich kann selbst festlegen, was ich wann erledige."; Mittelwert 2,67). Insgesamt wird deutlich, dass keine Ressource einen Mittelwert über 4 hat und somit keine Ressource als sehr hoch ausgeprägt eingeschätzt wird. Drei Ressourcen waren in der Pandemie sogar eher selten vorhanden (Mittelwert unter 3; verständnisvolle Kommunikation mit Angehörigen, selbstbestimmtes Einteilen von Pausen und der zeitlichen Abfolge von Aufgaben).

Die 24 Aussagen zu Belastungen bilden eine Skala, die inhaltlich sehr homogen ist und bei der die Items gut zusammenpassen (Interne Konsistenz; Cronbachs Alpha von 840). Dabei wird deutlich, dass vier Belastungen als sehr groß einzuschätzen sind, da diese

einen Mittelwert über 4,0 haben (5er Skala von 1 – „trifft gar nicht zu“ bis 5 „trifft völlig zu“). Die größte Belastung für die Befragten ist, dass das **Fehlen von Angehörigen zu emotionalen und körperlichen Verschlechterungen bei den Bewohner*innen** geführt hat (Mittelwert von 4,33). Außerdem wird als sehr erschwerend empfunden, dass noch mehr bewohner*innenferne Aufgaben verlangt werden (z. B. Organisation und Dokumentation; Mittelwert 4,17), Isolationen angeordnet wird (Mittelwert 4,12) und es häufiger belastende Situationen durch herausfordernde Verhaltensweisen einzelner Bewohner*innen gibt (Mittelwert 4,04).

Belastungen, deren Mittelwerte zwischen 3 und 4 liegen, werden als große Belastungen eingeschätzt. Zu den großen Belastungen der Pflegefachkräfte während der COVID-19-Krise gehörte, dass das Fehlen der Angehörigen beim Pflegepersonal zu Mehrarbeit und Belastungen führt (Mittelwert 3,71), der Zeitdruck weiter zunimmt (Mittelwert 3,33), es häufiger zu Arbeitsunterbrechungen kommt (z. B. um bei anderen Tätigkeiten zu helfen; Mittelwert 3,17) und die Mitarbeitenden für noch mehr Bewohner*innen zuständig sind (Mittelwert 3,12).

Als mittlere Belastungen werden Aussagen eingestuft, deren Mittelwerte zwischen 2 und 3 liegen. Dazu gehört unter anderem, dass sich die Befragten seit Corona nach dem Aufstehen noch müde und zerschlagen fühlen (Mittelwert 2,92) und das körperliche Leistungsvermögen als verringert einschätzt wird (Mittelwert 2,88). Zusätzlich gibt es vermehrt Spannungen und Konflikte unter den Kolleg*innen (Mittelwert 2,75) sowie zwischen den Pflegenden und den Wohnbereichs-/Pflegedienstleitungen (Mittelwert 2,54). Außerdem geben die Befragten an, dass sie seit der Pandemie häufiger von Bewohner*innen wegen Kleinigkeiten gerufen werden (Mittelwert 2,42) und sie sich als Pflegende*r diskriminiert fühlen, weil Menschen Angst haben, sich bei ihnen zu infizieren (Mittelwert 2,13).

Erfreulicherweise zeigt sich, dass es im Pflegealltag auch Belastungen gibt, deren subjektives Wahrnehmen sich während dieser Zeit nicht verschlechtert hat. Diese Belastungen hatten einen Mittelwert unter 2. So geben die Teilnehmenden an, dass sie nicht häufiger die Geduld gegenüber den Bewohner*innen verlieren (Mittelwert 1,25), es nicht mehr Konflikte und Spannungen mit anderen Diensten gibt (z. B. Ärzt*innen, Therapeut*innen; Mittelwert 1,63) und sie auch nicht häufiger als früher über einen Jobwechsel nachdenken (Mittelwert 1,92).

Bei der Auswertung der Fragen zum **Einsatz von digitalen Medien** zur Erleichterung der Isolation der Bewohner*innen zeigt sich, dass in fast dreiviertel der Einrichtungen (26 Einrichtungen; 74,3 %) digitale Medien verwendet werden, um einen Kontakt zwischen Bewohner*innen und Angehörigen zu ermöglichen. Allerdings werden dafür am häufigsten private Endgeräte verwendet, da Endgeräte von den Einrichtungen nur selten zur Verfügung gestellt werden können (Handys 5,7 %, Tablets 8,6 % und Laptops 5,7 %).

Bei den Fragen zu **persönlichen Ängsten** zeigt sich, dass es die höchsten Mittelwerte bei der Befürchtung gibt, **ohne es zu wissen Überträger*in von Covid zu sein** (Mittelwert 3,48) und Familie, Freund*innen (Mittelwert 3,46) sowie Bewohner*innen (Mittelwert 3,25) zu infizieren, während die Angst sich selbst zu infizieren nur eine untergeordnete Rolle spielt (Mittelwert 2,88).

Die größten **Motivationen** für die Befragten sind, dass sie praktische Hilfe leisten können (Mittelwert 2,83), der **Zusammenhalt unter Kolleg*innen** (Mittelwert 2,75) sowie das Wissen, dass die Pandemie nicht ewig dauern wird (Mittelwert 2,73). Anerkennung aus dem persönlichen Umfeld (Mittelwert 2,35), die Hoffnung auf künftige Veränderungen (z. B. bessere Rahmenbedingungen; Mittelwert 2,26) und Anerkennung durch die Gesellschaft (Mittelwert 1,67) sind hingegen die drei Fragen mit den geringsten Mittelwerten. Damit bestätigt sich, dass für viele Pflegende die Arbeit selbst motivierend ist.

Bei den Fragen nach Parallelen und Unterschieden zwischen den Lockdowns sowie den offenen Anmerkungen wird unter anderem von **anhaltender schwieriger Kommunikation mit den Angehörigen** berichtet, da diese es häufig nicht akzeptieren wollen, welche Regularien einzuhalten sind (z. B. FFP2-Maske tragen) und weiterhin Unsicherheit seitens der Gesetzgebung vorherrscht (z. B. ständig veränderte Vorgaben zum Infektionsschutz, keine gute Kommunikation seitens der Behörden, gesellschaftlicher Druck). Es wird kommentiert, dass es wie ein Schlag ins Gesicht ist, wenn gleichzeitig Menschen immer noch Coronaschutzmaßnahmen verweigern und auf die Straße gehen.

Konklusion

Das in den Interviews aufgedeckte Belastungserleben durch Arbeitsverdichtung bestätigt sich in den Antworten der quantitativen Fragen (große Belastungen; Mittelwerte zwischen 3 und 4). Die Befragten stehen unter Zeitdruck, haben den Eindruck nicht alles zu schaffen, erleben öfter Mehrarbeit, häufigere Arbeitsunterbrechungen und eine erhöhte Zuständigkeit für noch mehr Bewohner*innen. Die von den Interviewten berichteten psychischen Belastungen äußerten sich darin, dass sie die Irritation und Einsamkeit der Bewohner*innen nicht auffangen konnten. Dies zeigt sich auch sehr deutlich in der Onlinebefragung. Die Antworten belegen, dass sich die Befragten ohnmächtig fühlen, die Arbeit als stärker seelisch belastet empfunden wird und die emotionalen sowie körperlichen Verschlechterungen bei den Bewohner*innen die größte Belastung sind. Sie macht aber auch deutlich, dass das „konstruktive Lösen von auftretenden Konflikten“ sowie „eine gute Kommunikation mit den Angehörigen“ mit zu den wichtigsten Ressourcen der Befragten gehören.

Limitationen und Diskussion

Beide Studien sind limitiert durch die Stichprobenzusammensetzung, die Erinnerungsfähigkeit sowie die Möglichkeit von sozial erwünschtem Antwortverhalten. Die Teilnahme an der Interviewstudie sowie dem Onlinefragebogen basierte auf Freiwilligkeit, weswegen von einer Selbstselektion ausgegangen werden muss. Bei einer Selbstselektion nehmen vor allem Personen teil, die sich überdurchschnittlich für ein Thema interessieren, einen besonderen Bezug haben im Sinne einer hohen persönlichen Relevanz sowie über ausreichend Zeit verfügen. Die Erinnerungsfähigkeit ist gerade bei retrospektiv ausgerichteten Befragungen über sich wiederholende Ereignisse mit Schwierigkeiten verbunden, weil sich die Befragten mitunter nicht an alle Ereignisse korrekt erinnern können und diese entsprechend schwer zu rekonstruieren sind. Ein weiterer Aspekt ist, dass sozial erwünschtes Antwortverhalten die Validität der Studienergebnisse verringern kann. Insgesamt ist deswegen nicht sicher, ob die Ergebnisse die komplette Bandbreite an Erleben und Einstellungen widerspiegeln. Der gesamte Forschungsprozess, die angewendete systematische Auswertungsstrategie und die Auswertungen der Daten wurden ausführlich dokumentiert. Um die empirische Verankerung der Ergebnisse zu sichern und alle wesentlichen Qualitätskriterien an Forschung umzusetzen, wurde ein textnaher Codierprozess durchgeführt.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass die qualitative Studie sich ausschließlich aufgrund der besseren Erreichbarkeit und der Covid-Situation auf Berlin beschränkte.

Das Zusammenspiel von nicht vorhandenen Strukturen, die weder professionelle Beratungs- und Bewältigungsangebote noch adäquate Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote bereitstellen, und geringer Organisation in Berufsverbänden, Gewerkschaften etc. manifestieren die Sichtweisen von ausschließlich individuellen Entlastungsmöglichkeiten und Ressourcen sowie von Gefühlen der Ohnmacht. Die psychischen Belastungen während der Krisensituation führten dazu, dass die vorher schon psychisch hohen Anforderungen in der Pflege (Jacobs et al., 2021) auf ein nicht mehr leistbares Maß angestiegen sind. Stark ausgeprägte Ressourcen dieser Berufsgruppe zeigen sich in Form eines konstruktiven Problemlöseverhaltens, von Teamfähigkeit und einer hohen Motivation, die Situation „in den Griff zu bekommen". Dennoch muss hier kritisch angemerkt werden, dass die genannten Ressourcen nicht ausreichend sind, um weitere Pandemien zu bestreiten. Es fehlen eindeutig Ressourcen, die für ein modernes Management und ein gesellschaftliches Empowerment stehen, wie z. B. starke Lobbyarbeit in politischen Organisationen. Insofern stellt sich hier die Frage der Zukunftsfähigkeit dieser Berufsgruppe und der stationären Pflegeeinrichtungen, insbesondere in Krisenzeiten wie der Pandemie. Es ist zu hoffen, dass in der Zukunft stationäre Pflegeeinrichtungen mehr Mitspracherechte bei der Gestaltung und Umsetzung von Infektionsschutzgesetzen haben und dass Formen der absoluten Isolation von Menschen insbesondere in einer palliativen Phase der Vergangenheit angehören.

Um die zentralen Belastungen für Pflegende in stationären Langzeiteinrichtungen grundsätzlich sowie insbesondere in Krisensituation zu minimieren, müssen sich die Arbeitsbedingungen deutlich verbessern (Auffenberg et al., 2022). Im Zentrum der Veränderungen müssen Personalbemessung und Personalentwicklung (mehr Personal und familienfreundliche Arbeitszeiten) stehen. Damit unmittelbar verbunden sind ein verändertes Zeitmanagement und neue Aufgabendefinitionen, beides zusammen muss pflegerisch komplexe, hochwertige Tätigkeiten ermöglichen. Dokumentationen müssen sinnvoll „verschlankt" werden. Unerlässlich sind eine adäquate Bezahlung und Tarifbindung, die auch auf neuen Krankenkassenmodellen mit Steuerzuschüssen basieren müssen, wie z. B. der Bürgerversicherung. Des Weiteren sind Unterstützungs-, Schulungs- und Trainingsformen (z. B. Supervision, Coaching, Achtsamkeitsschulung und gesundheitsförderliche Maßnahmen am Arbeitsplatz) einzuführen, die zur Psychohygiene beitragen und bei vergleichbaren Berufsgruppen mit hohen psychosozialen Belastungen wie z. B. der Sozialen Arbeit fester Bestandteil der Arbeits- und Unternehmenskultur sind. Insofern müssten diese Angebote durch das Management implementiert, die Teilnahme durch Anreizsysteme gefördert werden oder verpflichtend sein. Auch die Verbesserung der Karrierebildung in der Pflege mit generalistischer Ausbildung, Schulungen, Fort- und Weiterbildung und Studium tragen zur Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes bei. Teambildung und Organisationsentwicklung sind zu fördern. Hier kommt einer wertschätzenden Kommunikation zwischen den Leitungs- und Pflegekräften, vor allem auch in multiprofessionellen Teams, eine besonders wichtige Rolle zu.

Literatur

- *Auffenberg, J., Becka, D., Schleicher, S., & Braun, E. (2022). „Ich pflege wieder, wenn…". Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitsaufstockung von Pflegefachkräften. Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes. Abgerufen am 05.06.2022 von https://arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf*
- *Benzinger, P., Kuru, S., Keilhauer, A., Hoch, J., Prestel, P., Bauer, J. M., & Wahl, H. W. (2021). Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige – Ein systematisches Review. Gerontologie und Geriatrie, 54(2), S. 141-145.*
- *Blinkert, B., & Klie, T. (2006). Pflegekulturelle Orientierungen. Die Annaberg-Unna Studie. Eine empirische Untersuchung über Erwartungen und Präferenzen, Innovationsbereitschaft und Traditionsverbundenheit, Nahraum- und Fernraumsolidarität. Abgerufen am 08.02.2022 von https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/38922*
- *Bonacker, M., & Geiger, G. (2022). Pflege in Zeiten der Pandemie: Wie sich Pflege durch Corona verändert hat. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich.*
- *Bundesministerium für Familie, Senioren und Frauen (17.11.2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Abgerufen am 23.11.2021 von https://www.bmfsfj.de/resource/blob/77898/a96affa352d60790033ff9bbeb5b0e24/bt-drucksache-sechster-altenbericht-data.pdf*
- *Bundesministerium für Gesundheit (o.J.). Konzertierte Aktion Pflege. Abgerufen am 15.12.2020 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html*
- *DESTATIS. (15.12.2020). 4,1 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2019. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html?nn=238640*
- *DESTATIS. (08.12.2021). Altenpflegekräfte arbeiten sehr häufig in Teilzeit. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21_N068_2313.html*
- *DESTATIS. (12.01.2022). Mehr Pflegebedürftige. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html*
- *Dienst, Ö. (08.02.2022). https://oeffentlicher-dienst-news.de/pflegemindestlohn-altenpflege-pflegehilfskraefte-ungelernte-pflegekraefte/*
- *Eggert, S., & Teubner, C. (2021). Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste. Berlin: Stifung ZQP - Zentrum für Qualität in der Pflege.*
- *El-Nawab, S. (2021). Der lange Schatten von Covid. Altenheim, 43(9), 22–25.*
- *Ertel, M., Richter, G., Blass, K., Klein, B., & Gaugisch, P. (2005). Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen in der Pflege — aktuelle Projekte im Rahmen der Initiative „Neue Qualität der Arbeit". In Fehlzeiten-Report 2004 (S. 221-235). Berlin, Heidelberg: Springer.*
- *Goesmann, C., & Nölle, K. (2009). Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik. Dortmund: Technische Universität Dortmund, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Forschungsbereich Arbeitssoziologie Dortmund.*
- *Goffman, E. (1981). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.*
- *Habich. I. (03.12.2020). Faktencheck: Gibt es mehr Corona-Tote in Pflegeberufen? https://www.rnd.de/gesundheit/mehr-corona-tote-in-pflegeberufen-wie-gefahrdet-sind-pflegekrafte-ein-faktencheck-4ZG5FM5U5ZEEJBDKLAOJQPYYLA.html*
- *Hien, W., & von Schwarzkopf, H. (2020). Corona-Gefährdung im Erleben von Pflegekräften – Eine Explorative Studie mit Hinweisen auf Erweiterte Gesundheitsschutzkonzepte. Bremen: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.*
- *Hower, K. I., Pförtner, T. K., & Pfaff, H. (2020). Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften. Kölner Universitäts Publikationsserver.*
- *Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2021). Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer Nature.*

- *Kuckartz, U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.*
- *Kümmerling, A. (2016). Erschöpft, unterbezahlt und ohne Lobby – Beschäftigte in der Altenpflege. In T. Haipeter, E. Latniak, & S. Lehndorff, Arbeit und Arbeitsregulierung im Finanzmarktkapitalismus (S. 141-167). Wiesbaden: Springer VS.*
- *Mairhuber, I. (2019). Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung: hohe Belastungen, geringe Entlohnung, grosse Herausforderungen. In U. Filipič (Hrsg.), Gute Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen?!, (S. 4-17). Wien. Abgerufen am 14.09.2019 von https://nbn-resolving.org/urn:nbn:at:at-akw:g-3093387*
- *Möhner, M., & Wolik, A. (2020). Differences in COVID-19 risk between occupational groups and employment sectors in Germany. Deutsches Ärzteblatt International, 117(38), S. 641-642.*
- *Müller, T., Bunjes-Schmieger, S., & Renaud, D. (2021): „Man rennt, man kommt gar nicht zur Ruhe". Monitor Versorgungsforschung, 04, 67-71. DOI: 10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2332*
- *Nienhaus, A. (2021). COVID-19 among Health Workers in Germany—An Update. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(17), 9185.*
- *Pelling, L. (2021). An der Corona-Front. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.*
- *Perkhofer, L., Grünke, P., Gashi-Ymeri, E., Grünke, T., Kroschel, J., Michel, D., Pensel, I., Rost, A., Denkinger, M., Dallmeier, D., Seufferlein, T. (2021). COVID-19-Pandemie-bedingte Belastungen und SARS-CoV-2-Prävalenz in Pflegeeinrichtungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 54(5), 463-470.*
- *Pförtner, T. K., Hower, K. I., Pfaff, H., & Pflege, A. G. (2021). Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften. IMVR – Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.*
- *RKI. (06.05.2021). Epidemiologisches Bulletin 18/2021. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/18_21.pdf?__blob=publicationFile. Abgerufen am 11.12.2021*
- *RKI. (30.11.2020). Prävention und Management von Covid-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile. Abgerufen am 24.11.2021*
- *Rothgang, H., & Kalwitzki, T. (2021). Pflegeversicherungsreform 2021 – Was muss geschehen und was geht noch? Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S), 75(2), 6-15.*
- *Rothgang, H., & Müller, R. (2021). BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Barmer.*
- *Rothgang, H., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S., Krempa, A., Matzner, L, Zenz, C., Stich, S., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Brannath, W. Becke, G. (2020a). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI. Universität Bremen: Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM).*
- *Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A.-C., Heinze, F., Preuss, B., Schmidt, A., Seibert, K., Stolle, C., Wolf-Ostermann, K. (2020b). Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime. Pflege, 33(5), 265-275.*
- *Stolle, C., Schmidt, A., Domhoff, D., Friedrich, A. C., Heinze, F., Preuß, B., Seibert, K., Rothgang, H., Wolf-Ostermann, K. (2020). Bedarfe der Langzeitpflege in der COVID-19-Pandemie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 53(8), 788-795.*
- *ver.di. (2020). Pflegemindestlohn steigt erneut. https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/pflegepolitik/++co++b83195ba-cef4-11e7-85f9-525400423e78*
- *WIdO. (08.07.2020). Krankschreibungen und Krankenhaus-Aufenthalte von Beschäftigten in der Lock-down-Phase: Gesundheitsberufe besonders stark von Covid-19 betroffen. https://mailhost.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2020/wido_pm_krankschreibungen_und_kh-aufenthalte_covid-19.pdf*