

Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland
während der Corona-Pandemie

Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen
Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter

SCHNELLBERICHT

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik und

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

der Universität Bremen

in Kooperation mit der DAK Gesundheit

und dem Verein wir pflegen e. V.

Bremen, September 2020

Projektleitung:

Prof. Dr. Heinz Rothgang

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit
und Sozialpolitik

Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen

Tel.: 0421 218-58557

E-Mail: rothgang@uni-bremen.de

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Grazer Str. 4, 28359 Bremen

Tel.: 0421 218-68960

E-Mail: wolf-ostermann@uni-bremen.de

Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen:

Dominik Domhoff

Franziska Heinze

Prof. Dr. Moritz Heß

Thomas Kalwitzki

Dr. Katrin Ratz

Annika Schmidt

Kathrin Seibert

Prof. Dr. Claudia Stolle

Henrik Wiegelmann

INHALT

TABELLENVERZEICHNIS:	6
ZUSAMMENFASSUNG	7
1 EINLEITUNG	8
2 ZIELE UND FRAGESTELLUNG	10
3 DATEN UND METHODEN	11
3.1 Studiendesign.....	11
3.2 Durchführung der Studie	11
3.3 Datenaufbereitung und –auswertung	12
4 STICHPROBE	13
4.1 Selektivität der Stichprobe	14
4.2 Beschreibung der Stichprobe	16
4.2.1 Pflegeperson	16
4.2.2 Pflegebedürftige	21
4.2.3 Pflegesituation.....	24
5 ERGEBNISSE	28
5.1 Allgemeine Wahrnehmung und Bewertung der Coronavirus-Pandemie.....	28
5.2 Veränderungen der Versorgungssituation aufgrund der Coronavirus-Pandemie	29
5.2.1 Betroffenheit von der Infektion	30
5.2.2 Veränderung der Versorgungssituation.....	31
5.2.3 Zeit für Pflege	32
5.2.4 Schutzmaßnahmen	35
5.2.5 Zugang zu Schutzmaterialien.....	36
5.3 Veränderungen bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aufgrund der Coronavirus-Pandemie.....	38
5.4 Veränderung von Gesundheit, Lebensqualität, Einsamkeit und Belastung aufgrund der Coronavirus-Pandemie	40
5.4.1 Gesundheitszustand.....	40

5.4.2	Allgemeine Lebensqualität.....	41
5.4.3	Einsamkeitsempfinden	42
5.4.4	Pflegebelastung	43
5.5	Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger in der Coronavirus-Pandemie	45
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN	47
7	LITERATUR	50

ABBILDUNGSVERZEICHNIS:

Abbildung 1: Befragte nach Rekrutierungsweg	13
Abbildung 2: Altersverteilung der informellen Pflegepersonen.....	14
Abbildung 3: Geschlecht der informellen Pflegepersonen.....	15
Abbildung 4: Ausbildungsabschlüsse der informellen Pflegepersonen	17
Abbildung 5: Erwerbsstatus der informellen Pflegepersonen	17
Abbildung 6: Pflegeausbildung der informellen Pflegepersonen.....	18
Abbildung 7: Berufstätigkeit in der Pflege	19
Abbildung 8: Wohnort der informellen Pflegepersonen nach Bundesland	19
Abbildung 9: Wohnort der informellen Pflegepersonen nach Agglomeration.....	20
Abbildung 10: Haushaltsgröße der informellen Pflegepersonen.....	20
Abbildung 11: Gesundheitliche Einschränkungen der informellen Pflegepersonen.....	21
Abbildung 12: Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen.....	21
Abbildung 13: Alter der gepflegten Personen	22
Abbildung 14: Geschlecht der gepflegten Personen.....	23
Abbildung 15: Pflegegradeinstufung der gepflegten Personen	23
Abbildung 16: Dementielle Erkrankungen bei den gepflegten Personen.....	24
Abbildung 17: Entfernung der Wohnorte	25
Abbildung 18: Beziehungsverhältnis der Pflegesituation.....	25
Abbildung 19: Beziehungsqualität	26
Abbildung 20: Unterstützung aus dem privaten Umfeld	26
Abbildung 21: Professionelle Unterstützung bei der Pflege.....	27
Abbildung 22: Allgemeine Wahrnehmung der Coronavirus-Pandemie.....	28
Abbildung 23: Zufriedenheit mit den Maßnahmen der Bundesregierung	29
Abbildung 24: Sorge vor einer Ansteckung	30
Abbildung 25: Veränderung der Versorgungssituation.....	31

Abbildung 26: Art der Veränderung der Versorgungssituation bei Befragten mit veränderter Versorgungssituation.....	32
Abbildung 27: Zeitaufwand für die Pflege	33
Abbildung 28: Zeitressourcen für Pflege.....	33
Abbildung 29: Gründe für größere Zeitressourcen.....	34
Abbildung 30: Gründe für geringere Zeitressourcen.....	34
Abbildung 31: Anwendung von Schutzmaßnahmen	35
Abbildung 32: Von informellen Pflegepersonen angewendete Schutzmaßnahmen.....	36
Abbildung 33: Fehlen von ... seit Ausbruch der Pandemie und in der letzten Woche	37
Abbildung 34: Schaffung neuer digitaler Kommunikationskanäle	37
Abbildung 35: Probleme bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	38
Abbildung 36: Berufliche Veränderungen durch die Corona-Virus-Pandemie	39
Abbildung 37: Zufriedenheit mit Umgang des Arbeitsgebers mit der Coronavirus- Pandemie	40
Abbildung 38: Auswirkung der Pflege auf den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand während der Coronavirus-Pandemie	41
Abbildung 39: Selbsteinschätzung der allgemeinen Lebensqualität	41
Abbildung 40: Einsamkeitsempfinden der Pflegenden	42
Abbildung 41: Einsamkeit vor und während der Pandemie im Vergleich	43
Abbildung 42: Maßnahmen, die bei häuslicher Pflege in Zeiten der Coronavirus- Pandemie helfen	45

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Verwandtschaftsverhältnis der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person in der Repräsentativbefragung von Kantar	15
Tabelle 2: Infektion mit SARS-CoV-2.....	30
Tabelle 3: COPE - Wertschätzung und Belastung der pflegenden Angehörigen.....	44

Zusammenfassung

Die Coronavirus-Pandemie stellt viele Gruppen vor große Herausforderungen, eine davon, die allerdings meist nicht im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses steht, sind informell pflegende Menschen. In der vorliegenden Studie wurde daher untersucht, welche Auswirkungen die Coronavirus-Pandemie auf pflegende Angehörige hat und wie sich Maßnahmen des „social distancing“ und höhere Hygieneanforderungen auf die informelle Pflege auswirken.

Dazu wurden mehr als 1.000 informell pflegenden Menschen in Deutschland, die jünger als 67 Jahre sind und bei denen Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familien und Pflege häufig sind, mit einem Onlinefragebogen zur Pflegesituation, zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und zu Veränderungen ihrer empfundenen Belastung durch Pflege sowie ihres Gesundheitszustands befragt.

Dabei zeigen sich folgende zentrale Ergebnisse:

- Nur ein sehr kleiner Teil der Befragten (<1 %) ist oder war mit dem Coronavirus infiziert, dennoch hat sich die Versorgungssituation 59 % der Befragten geändert.
- Für 57 % der Befragten ist die Pflege zeitlich aufwendiger geworden. Dabei ist die Belastung durch die Pflege im Durchschnitt deutlich gestiegen, nicht zuletzt, weil professionelle Hilfen nicht mehr im gewohnten Umfang in Anspruch genommen werden (konnten).
- Für 71 % der Befragten ist die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf durch die Coronavirus-Pandemie noch schwieriger geworden.
- Der Gesundheitszustand hat sich für 52 % der Befragten verschlechtert und die selbst eingeschätzte Lebensqualität hat sich verringert.

Bereits vor der Corona-Pandemie war die Situation der informellen Pflegepersonen, in der Regel, aber nicht immer An- und Zugehörige, schwierig und ein Teil war so überfordert, dass er die Fortsetzung der Pflege in Frage gestellt hat (Rothgang & Müller 2018). Obgleich die überwiegende Mehrheit der Befragten die von der Bundesregierung getroffenen Maßnahmen teilt, fühlen sich pflegende Angehörige von der Politik in ihrer Rolle nicht hinreichend wahrgenommen. Für die Zukunft ist es daher – auch im Hinblick auf eine zweite und dritte Welle der Pandemie – wichtig, neben Krankenhäusern und Pflegeheimen auch die häusliche Pflege und ihre Spezifika zu beachten. Als hilfreiche Maßnahmen zur Entlastung von Pflegenden in der Coronavirus-Pandemie werden vor allem die Freistellung mit Lohnfortzahlung und die freie Verwendung des Entlastungsbeitrags angesehen.

1 Einleitung

Der überwiegende Anteil pflegerischer und sozialer Unterstützung für pflegebedürftige Menschen findet in Deutschland innerhalb der häuslichen Umgebung statt. 3,34 Mio. der zum 31.12.2019 gemeldeten 4,25 Mio. pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wurden dabei in einem häuslichen Setting versorgt. Das entspricht einem Anteil von 79 % aller Pflegebedürftigen.¹ Werden nur die Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 betrachtet, liegt dieser Anteil bei 76 % und damit bei mehr als drei Viertel aller Pflegebedürftigen. Erbracht werden diese Leistungen hauptsächlich bzw. (bei Pflegegeldbeziehern) praktisch ausschließlich durch Privatpersonen, die nach der Legaldefinition des § 19 SGB XI als (informelle) Pflegepersonen definiert sind. Auf die Situation dieser Personengruppe, bei der es sich weit überwiegend um An- und Zugehörige der Pflegebedürftigen handelt, ist die hier vorliegende Studie fokussiert.

Dabei ist das Potential an privater Unterstützung, welches sich in den vorstehenden Zahlen dokumentiert, nicht nur aktuell eine immense Pflegeleistung, sondern wird auch in Zukunft aufgrund der demografischen Entwicklung eine zentrale Rolle spielen (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2019). Um die Versorgung einer pflegebedürftigen Person zu ermöglichen, leben viele An- und Zugehörige mit teilweise starken Einschränkungen ihrer Lebenssituation (Rothgang & Müller 2018), obgleich die Politik in der Vergangenheit schon Maßnahmen implementiert hat, um die informelle Pflegenden zu unterstützen. Bedeutsame Herausforderungen für die informell Pflegenden sind insbesondere, die Vereinbarkeit von Beruf, Pflege und eigener Familie sowie die Gestaltung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2019: 21 ff.).

Schon vor der Coronavirus-Pandemie wurden erhöhte Belastungen unter anderen beim gesundheitlichen Zustand, der subjektiven Einschätzung von Lebensqualität oder der gesellschaftlichen Teilhabe dokumentiert (Rothgang & Müller 2018: 152 ff.). Neben den gesundheitlichen und psychischen Belastungen können auch finanzielle Risiken, die sich zum Beispiel aus Verdienstaufschlag ergeben, informelle Pflegepersonen belasten – auch wenn dieses Problem von den Pflegepersonen nicht vorrangig genannt wird (Rothgang & Müller 2018). Seit Beginn der Coronavirus-Pandemie machen sich, aufgrund der damit verbundenen Maßnahmen, wie zum Beispiel der Einhaltung notwendiger Schutzmaßnahmen oder veränderter Alltagsbedingungen durch Kontaktbeschränkungen, zusätzliche Einschränkungen in der

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3236>.

häuslichen Pflege bemerkbar. Erste Ergebnisse zeigen, dass insbesondere die Quarantänemaßnahmen negative psychische und gesundheitliche Folgen auf die Betroffenen haben können (Brooks et al. 2020; Röhrs et al. 2020). Erschwerend kommt in der aktuellen Zeit der Pandemie hinzu, dass pflegebedürftige Menschen aufgrund ihrer Grunderkrankungen und ihres Alters zu der Personengruppe gehören, die ein erhöhtes Infektions- und Sterberisiko haben und daher besonders geschützt werden müssen (RKI 2020; vgl. Rothgang et al. 2020a).

Es ist daher zu vermuten, dass die Einflüsse der Coronavirus-Pandemie auf häusliche Pflege settings komplex sind. Die informell Pflegenden als unersetzliche Pflegersource und „größter Pflegedienst Deutschlands“ pflegt während der Coronavirus-Pandemie unter noch größeren Herausforderungen und Belastungen. Es bedarf daher einer genauen Beobachtung dieser Personengruppe, um ein verlässliches Bild der derzeitigen Auswirkungen zu erhalten und daraus resultierend Anhaltspunkte für Unterstützungsmöglichkeiten generieren zu können. Neben rein objektiven Aspekten zur Versorgungssituation wie dem Zugang zu Schutzmaterialien, der Veränderung des Zeitaufwandes für die Pflege und einer veränderten Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familienleben, müssen auch subjektive Bewertungen der aktuellen Situation betrachtet werden: Der Gesundheitszustand informell Pflegender, ihre Beurteilung der Lebensqualität und auch das Empfinden, in einer ausweglosen Situation zu sein, sind bedeutsam für die Überlegungen weiterer Kompensations- und Entlastungsangebote. Auch bedarf es einer umfassenden Sicht auf die Situation informell Pflegender in der Versorgung Pflegebedürftiger während der Coronavirus-Pandemie, um Antworten für zukünftige Szenarien extremer Belastung im häuslichen Pflegesetting zu erhalten. Die durchgeführte Befragungsstudie will einen Beitrag hierzu leisten.

Der vorliegende Schnellbericht vermittelt einen ersten Eindruck über die deskriptiven Ergebnisse der Befragung. Er wird in Kürze zu einem vollständigen Bericht ausgebaut werden, der auch stärker analytische Anteile und die Auswertung der offenen Fragen enthält. Zudem sind kleinere Veränderungen der Zahlenwerte noch möglich.

2 Ziele und Fragestellung

Ziel dieser Studie ist es mittels einer Befragung informell Pflegender durch die Coronavirus-Pandemie entstehende Veränderungen sichtbar zu machen sowie Möglichkeiten und Grenzen der Durchführung häuslicher Pflege unter erschwerten Bedingungen zu dokumentieren. Ausgangspunkt ist die Vermutung, dass schon bestehende Belastungsmerkmale unter der Coronavirus-Pandemie eine Verstärkung erfahren. Vor dem Hintergrund, dass es sich hierbei um einen gesellschaftlich und auch wirtschaftlich unerlässlichen Personenkreis in Deutschland handelt, sollen Anhaltspunkte für Unterstützungsmöglichkeiten identifiziert werden. Adressat der Befragung sind die Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, da diese Altersgruppe häufig Mehrfachbelastungen durch die Pflege, eine potentielle Erwerbstätigkeit und potentielle Erziehungsaufgaben ausgesetzt ist.

Folgende Fragen sind für diese Untersuchung leitend:

1. Wie beurteilen informelle Pflegepersonen das Infektionsrisiko und den gesellschaftlichen Umgang mit der Coronavirus-Pandemie?
2. Wie wirkt sich die Coronavirus-Pandemie auf die Versorgungssituation in häuslichen Pflegearrangements aus?
3. Wie wirkt sich die Coronavirus-Pandemie auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf – auch unter der Notwendigkeit von Homeschooling – aus?
4. Wie hat sich die Coronavirus-Pandemie auf die Belastungssituation, auf soziale Kontakte und das Einsamkeitsempfinden informeller Pflegepersonen ausgewirkt?
5. Welche Maßnahmen werden von informellen Pflegepersonen als Unterstützung von Seiten der Politik, von Arbeitgebern, Organisationen und Verbänden wahrgenommen oder gewünscht?

3 Daten und Methoden

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

3.1 Studiendesign

Die vorliegende Studie ist eine Querschnittstudie, die durch die Universität Bremen in Kooperation mit der DAK Gesundheit und dem Verein wir pflegen e.V. vom 08.06.2020 bis zum 12.08.2020 durchgeführt wurde. Die Datenerhebung erfolgte durch eine Online-Befragung mittels eines für diese Befragung erarbeiteten Online-Fragebogens. Im Sinne eines partizipativen Verfahrens haben Vertreter*innen des Vereins wir pflegen e.V. an der Erarbeitung des Fragebogens mitgewirkt. Primäre Zielgruppe der Befragung waren informelle Pflegepersonen gemäß § 19 SGB XI im erwerbsfähigen Alter bis 67 Jahre. Für diese Zielgruppe sind besonders starke Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie zu erwarten, da in vielen Fällen die bestehende Mehrfachbelastung durch Pflege, Familie und Beruf weiter verstärkt wird und die vielfach ohnehin fragilen Alltagskonstruktionen zusätzlich destabilisiert werden.

3.2 Durchführung der Studie

Der Befragungslink wurde an eine Gelegenheitsstichprobe versandt. Diese bestand aus 24.500 Personen, die als informelle Pflegepersonen gemäß § 19 SGB XI eines oder einer pflegebedürftigen DAK-Versicherten registriert sind und für die aus diesem Grund Rentenversicherungsbeiträge abgeführt werden.² Diese wurden mit einem postalischen Anschreiben durch die DAK auf die Befragung aufmerksam gemacht und um ihre Teilnahme gebeten. Weiterhin wurde der Befragungslink vom Verein wir pflegen e.V. (Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger) an seine Mitglieder per E-Mail verschickt sowie über Social-Media-Kanäle beworben. Darüber hinaus konnte der Teilnahmelink auch an weitere interessierte informelle Pflegepersonen weitergegeben werden.

Die Onlinebefragung erfolgte mittels EFS-Survey, Version Fall 2019 (Questback GmbH, 2019). Den potenziell Teilnehmenden wurde vorab ein Informationsschreiben mit einer Er-

² Rentenversicherungsbeiträge werden für informelle Pflegepersonen gezahlt, die einen Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 oder höher im Umfang von regelmäßig mindestens 10 Stunden wöchentlich an mindestens zwei Tagen der Woche nicht erwerbsmäßig pflegen und regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind (§§ 19, 44 SGB XI).

läuterung der Studie und einer Erläuterung des Datenschutzes zur Verfügung gestellt. Ein Datenschutzkonzept wurde mit der Datenschutzbeauftragten der Universität Bremen abgestimmt. Alle Teilnehmenden mussten der Datenschutzerklärung zustimmen.

3.3 Datenaufbereitung und –auswertung

Die Befragungsdaten wurden vor der Auswertung auf Plausibilität geprüft. Antworten außerhalb des gültigen Wertebereichs wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Bei fehlenden Daten wurde die befragte Person jeweils nur für das betreffende Item aus der Auswertung ausgeschlossen. Das für die Prozentberechnungen verwendete N der berücksichtigten, gültigen Fälle unterscheidet sich daher von Item zu Item und wird bei der Ergebnisdarstellung jeweils mit angegeben. Angaben von absoluten Häufigkeiten für ein Item werden mit n gekennzeichnet. Alle statistischen Auswertungen wurden mit MS Excel durchgeführt.

4 Stichprobe

Informelle Pflegepersonen konnten auf drei Wegen in die Stichprobe eingeschlossen werden. Erstens konnte eine Rekrutierung über die Ansprache der DAK Gesundheit erfolgen, zweitens war eine Rekrutierung als Mitglied des Vereins wir pflegen e. V. möglich, drittens konnte der Teilnahmelink auch an Interessierte weitergegeben werden. Im letztgenannten Fall wurden die Teilnehmenden in der Studiendatenbank als „Sonstige“ geführt. Insgesamt wurden 1.357 Zugriffe auf den Online-Fragebogen protokolliert, die jedoch nicht alle zu verwendbaren Daten führten. In 34 Fällen konnten ganze Zugriffe nicht verwendet werden, da das als Einschlusskriterium festgelegte Minimum von drei beantworteten Fragen unterschritten wurde. In dieser Fallgruppe eingeschlossen sind auch alle Testzugriffe, die zur Funktionsprüfung während der Befragungszeit erforderlich waren. In 27 Fällen wurden Daten wegen Überschreitung der Altersgrenze von 67 Jahren aus der Stichprobe ausgeschlossen. Für die betreffenden Personen ist zu vermuten, dass sie als Bezieher einer sogenannten Flexi-Rente noch nicht vollumfänglich im Rentenbezug sind, aber bereits außerhalb der Erwerbstätigkeit stehen. Abbildung 1 zeigt, dass 1.296 Personen in die Datenauswertung einbezogen werden konnten und aus welcher Rekrutierungsgruppe diese Befragten stammen. Der Großteil (N=1.173) konnte über den Datenpool der DAK rekrutiert werden, weitere N=104 Befragte über den Verein wir pflegen e. V. und 19 Personen wurden als Sonstige erfasst.

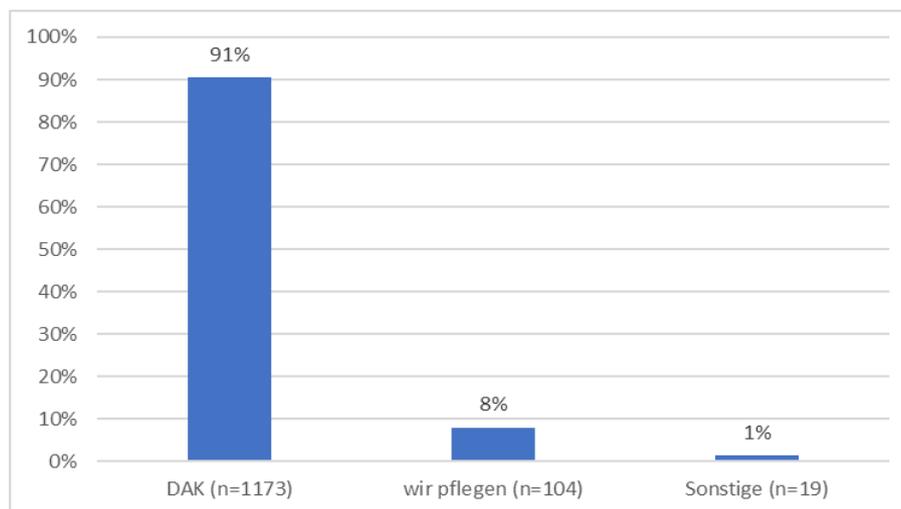


Abbildung 1: Befragte nach Rekrutierungsweg (N=1.296)

Bei den Befragten handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Die Befragten wurden also nicht auf Basis von Quotierungen gezielt mit Blick auf die Repräsentativität der Stichprobe angeworben, sondern konnten vielmehr auf Basis der eigenen Betroffenheit oder des eigenen Interesses an der Befragung teilnehmen. In Abschnitt 4.1 wird daher zunächst die Selektivität

der Stichprobe untersucht. Anschließend erfolgt in Abschnitt 4.2 eine Beschreibung weiterer Merkmale der Stichprobe, die nicht für eine Prüfung auf Selektivität genutzt werden können.

4.1 Selektivität der Stichprobe

Da sich die Zielpopulation auf Pflegepersonen im Alter bis zu 67 Jahren bezieht, ist ein einfacher Vergleich zur Pflege- oder Kassenstatistik nicht möglich. In diesen Statistiken könnte zu Vergleichszwecken zwar eine Teilpopulation von *Pflegebedürftigen* im erwerbsfähigen Alter identifiziert werden, nicht aber eine altersbeschränkte Teilpopulation von *Pflegepersonen*. Als Referenz wird daher die Repräsentativbefragung von Kantar aus dem Jahr 2018 herangezogen, die für die Hauptpflegepersonen im Alter bis 65 vier Altersklassen unterscheidet (Kantar 2019: 99). Wie Abbildung 2 zeigt, ist die Altersverteilung der Stichprobe praktisch identisch mit der der Repräsentativbefragung. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Stichprobe in Bezug auf das *Alter der Pflegepersonen* nicht verzerrt ist.

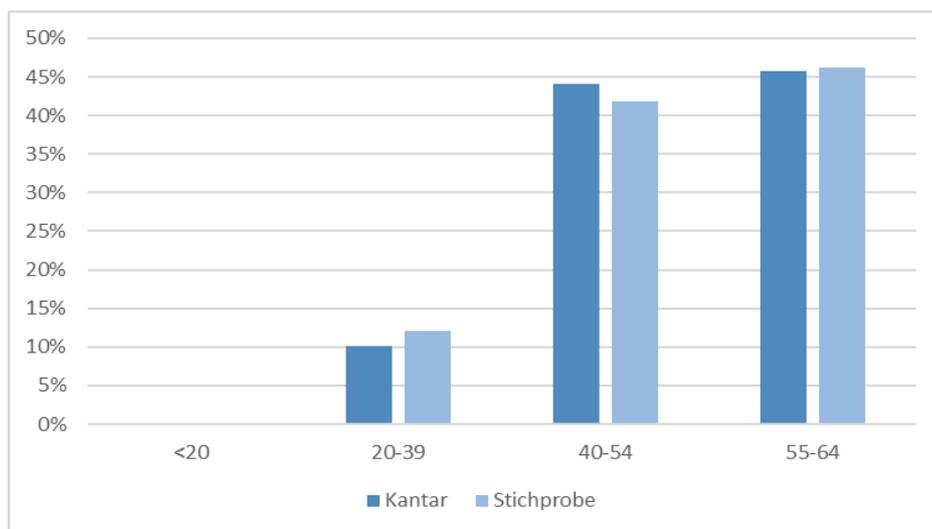


Abbildung 2: Altersverteilung der informellen Pflegepersonen

Der überwiegende Anteil der informell Pflegenden ist weiblich (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2019: 16). Auch vor diesem Hintergrund erscheint der Anteil der Männer unter den Pflegepersonen in der Stichprobe mit 13 % (Abbildung 3) aber als gering. Kantar (2019: 99) weist in seiner Repräsentativumfrage dagegen einen Männeranteil von 31 % aus.

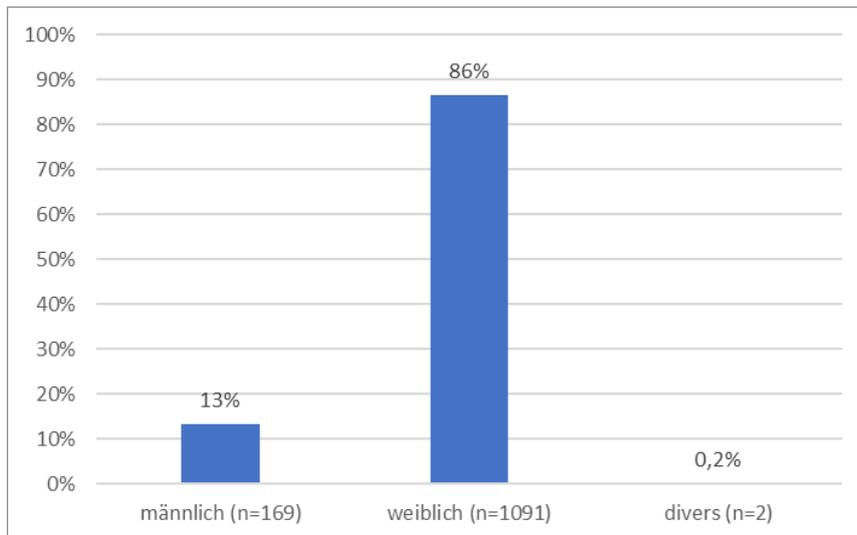


Abbildung 3: Geschlecht der informellen Pflegepersonen

Allerdings wirkt sich die Altersbegrenzung der Pflegepersonen auf 65 Jahre in der Stichprobe bei Männern und Frauen unterschiedlich aus, da Männer zwar häufig ihre pflegebedürftigen Partnerinnen pflegen, (Schwieger-)Söhne dagegen nur selten ihre (Schwieger-)Eltern. So pflegen die Hälfte der in der Kantar-Umfrage erfassten pflegenden Männer (15 % aller Hauptpflegepersonen) ihre Partnerin (Tabelle 1) und dürften daher tendenziell im selben Alter sein.

Tabelle 1: Verwandtschaftsverhältnis der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person in der Repräsentativbefragung von Kantar

	1998	2010	2016	2018
(Ehe-)Partnerin	20	19	18	19
(Ehe-)Partner	12	15	14	15
Tochter	23	26	26	23
Sohn	5	10	11	9
Schwiegertochter	10	8	5	6
Schwiegersohn	0	1	1	1
Mutter	11	10	12	13
Vater	2	1	2	2
Sonstige Verwandte	10	4	4	5
Nachbar/-innen/Bekannte	7	6	7	7

Quelle: Kantar 2019: 97

Männliche Verwandte, Nachbarn und Bekannte stellen weitere 6 % der Hauptpflegepersonen der Repräsentativbefragung. Auch sie dürften überwiegend im Alter der Pflegebedürftigen sein. Dagegen sind nur 10 % der Hauptpflegepersonen intergenerativ pflegende (Schwieger-) Söhne, die weit überwiegend jünger als 65 Jahre sein dürften. Nun sind 74 % der von Kantar (2019: 37) erfassten Pflegebedürftigen 65 Jahre oder älter. Ihre intragenerativen männlichen Pflegepersonen fallen nicht in die Zielgruppe der hier vorgestellten Befragung. Werden $\frac{3}{4}$ der pflegenden Partner, pflegenden sonstigen Verwandten, Nachbarn und Bekannten abgezogen und gleichzeitig der Nenner entsprechend verringert, reduziert sich der Männeranteil bei Kantar auf 24 %.³ Er liegt damit immer noch höher als der Stichprobenwert. Auch wenn weiterhin zu berücksichtigen ist, dass Kantar auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 einbezogen hat und die Stichproben daher nicht vollständig vergleichbar sind, ist in Bezug auf die Geschlechterverteilung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine Unterrepräsentanz der männlichen Pflegepersonen in der Studienpopulation festzustellen, die zwar zu gering ist, um Aussagen über die gesamte Population entscheidend zu verzerren, bei entsprechenden Auswertungen aber in Form von geschlechterdifferenzierten Aussagen zu berücksichtigen ist.

4.2 Beschreibung der Stichprobe

Die nachstehende Beschreibung der Stichprobe bezieht sich zunächst auf die Gruppe der informell Pflegenden (Abschnitt 4.2.1). Darüber hinaus werden – als sekundäre Merkmale der Stichprobe – auch Informationen der zugehörigen Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.2.2) und die Art der jeweiligen Pflegesituation (Unterstützungsarten, Zeitaufwand und Beziehungen innerhalb der Pflegesettings) beschrieben (Abschnitt 4.2.3)

4.2.1 Pflegeperson

Die nachfolgende Charakterisierung der befragten Pflegepersonen bezieht sich auf deren

- Ausbildungsabschlüsse,
- Erwerbsstatus,
- Pflegeausbildung,
- Wohnort,
- Haushaltsgröße

³ Von 100 Hauptpflegepersonen werden $\frac{3}{4}$ der insgesamt 46 (Ehe-)Partner*innen, sonstigen Verwandten, Nachbar*innen und Verwandten abgezogen. Es verbleiben 65,5 Hauptpflegepersonen. Hierunter sind gemäß dieser überschlägigen Berechnungen 10 (Schwieger-)Söhne, 3,75 (Ehe-)Partner und 2 sonstige Verwandte, Nachbarn, Bekannte männlich. Der Männeranteil liegt dann bei $(10+3,75+2) / 65,5 = 24 \%$

- gesundheitliche Einschränkungen und
- die Anzahl der von ihnen versorgten Pflegebedürftigen.

Wie Abbildung 4 zeigt, ist der Anteil der Pflegepersonen ohne Ausbildungsabschluss sehr gering, der Anteil derer mit (Fach-)Hochschulabschluss dagegen sehr hoch. Dieses hohe *Ausbildungsniveau* der Stichprobe ist insbesondere auf die Altersbegrenzung der Pflegepersonen in zurückzuführen. Der arithmetische Mittelwert des Geburtsjahrs der Pflegepersonen liegt bei 1968. Es wird damit auf Kohorten abgestellt, die bereits durch die Bildungsexpansion der 1960er und 1970er Jahre geprägt ist.

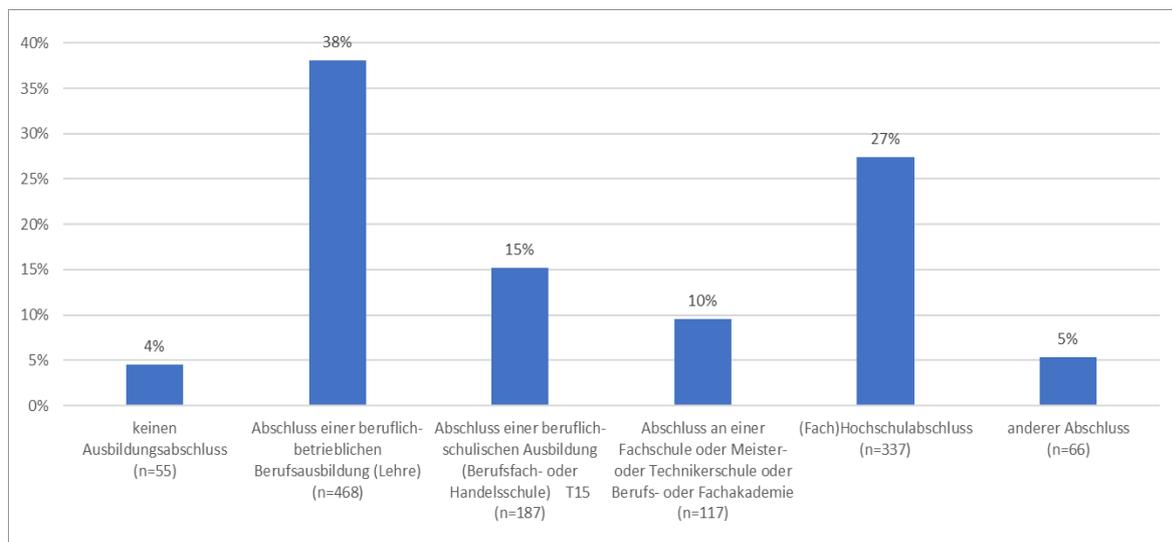


Abbildung 4: Ausbildungsabschlüsse der informellen Pflegepersonen (N=1.230)

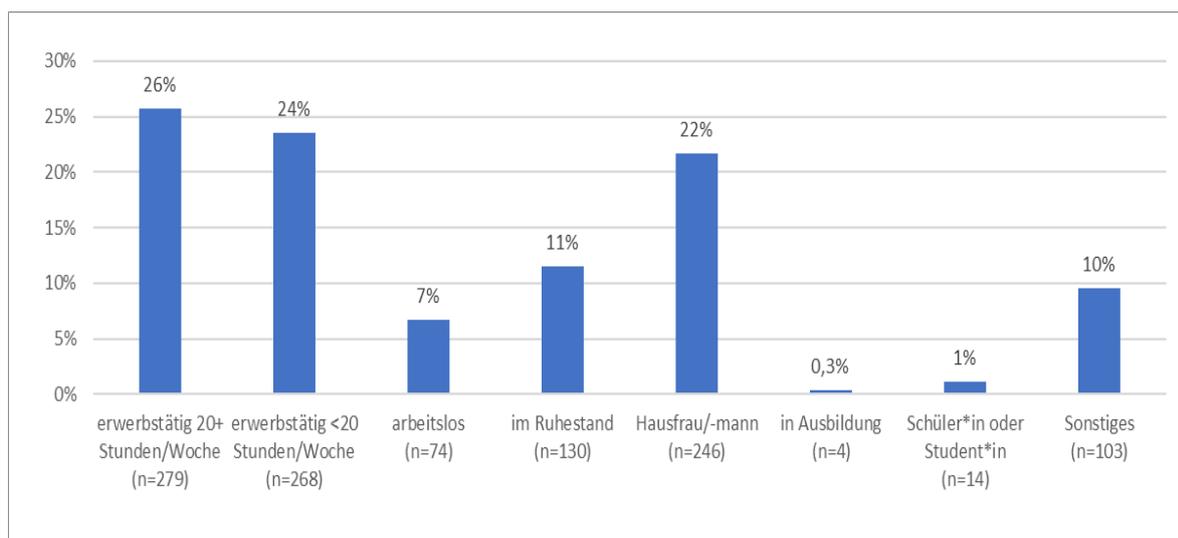


Abbildung 5: Erwerbsstatus der informellen Pflegepersonen (N=1.238)

Bezüglich des *Erwerbsstatus* zeigt Abbildung 5, dass die Hälfte der Befragten erwerbstätig ist, dabei wiederum etwa zu gleichen Teilen mit mehr oder weniger als 20 Stunden in der

Woche. Ein nicht geringer Anteil von 22 % gibt an, Hausfrau oder Hausmann zu sein. In dieser Gruppe sind auch die Pflegepersonen enthalten, die jüngere Kinder und die eigenen Eltern oder Schwiegereltern versorgen und daher auf Erwerbstätigkeit verzichten oder bei denen sich die Phase der Kinder- und der (Schwieger-)Elternversorgung ablösen, sodass sich eine längere Phase der Sorgetätigkeit ergibt (vgl. Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2019: 16 ff).

Insgesamt verfügen 16 % der Befragungsteilnehmer*innen in der Stichprobe über eine *Ausbildung oder ein Studium im Pflegebereich* (Abbildung 6). Dieser Anteilswert liegt deutlich über dem Anteil der ausgebildeten Pflegekräfte in der Bevölkerung. Eine Pflegeausbildung bzw. ein Pflegestudium erhöht somit die Wahrscheinlichkeit, informelle Pflege zu übernehmen.

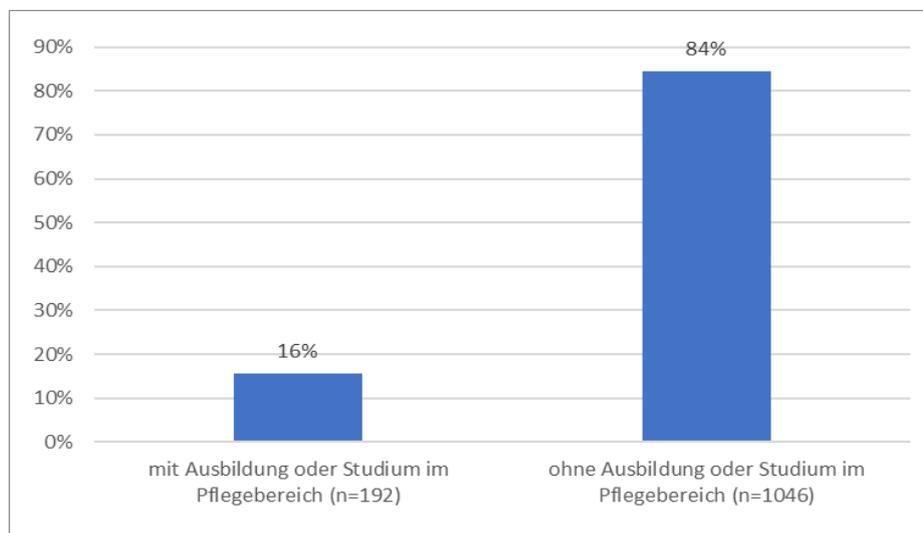


Abbildung 6: *Pflegeausbildung der informellen Pflegepersonen (N=1.238)*

Zum Zeitpunkt der Befragung üben von diesen ausgebildeten Personen mehr als ein Drittel (38 %) ihren Beruf aktiv aus (Abbildung 7).

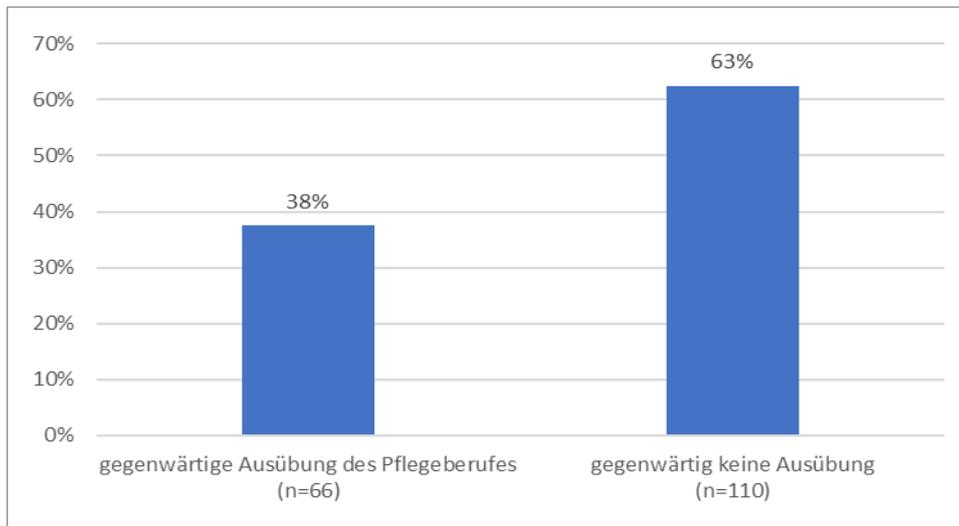


Abbildung 7: Berufstätigkeit in der Pflege (N=176)

Die Verteilung der Befragten auf die Bundesländer (Abbildung 8) spiegelt, die jeweiligen Bevölkerungsanteile der Bundesländer wider. So leben die meisten Befragten in den bevölkerungsreichen Ländern (Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg, Hessen) und die wenigsten in den bevölkerungsschwachen Bundesländern (Bremen, Saarland). Tatsächlich beläuft sich der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman auf $r=0,92$, wenn die Bundeslandränge von Bevölkerung und Vertretung in der Stichprobe korreliert werden. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Stichprobe bezüglich der räumlichen Zuordnung der Befragten nicht verzerrt ist.

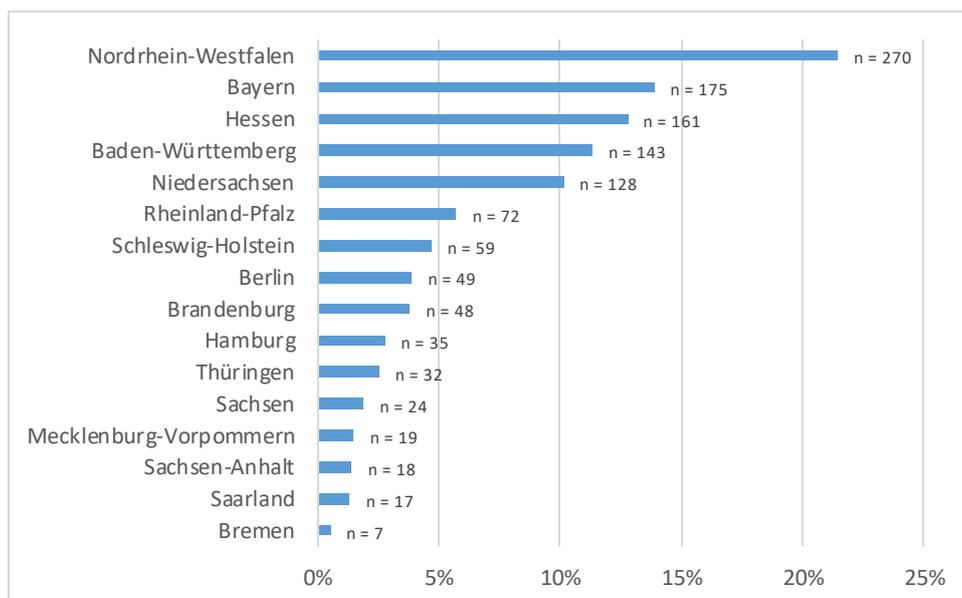


Abbildung 8: Wohnort der informellen Pflegepersonen nach Bundesland (N=1.257)

Werden die Wohnorte gemäß ihrer Zugehörigkeit zu unterschiedlichen *Agglomerationsräumen* unterschieden (Abbildung 9), zeigt sich, dass die Befragten in annähernd gleichem Umfang aus Großstädten, Mittelstädten, Kleinstädten und Landgemeinden kommen.

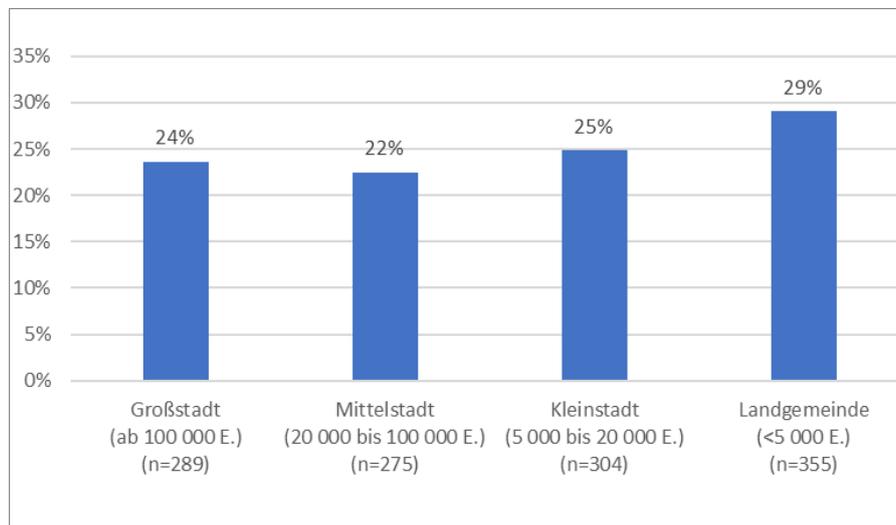


Abbildung 9: Wohnort der informellen Pflegepersonen nach Agglomeration (N=1.223)

Nur ein kleiner Teil der pflegenden Angehörigen (5 %) lebt allein, die meisten leben in *Mehrpersonenhaushalten* (Abbildung 10).

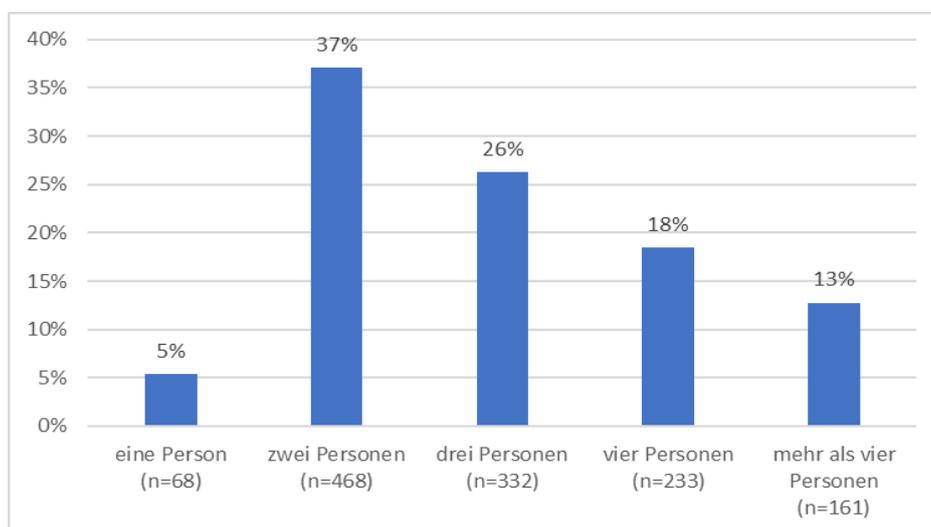


Abbildung 10: Haushaltsgröße der informellen Pflegepersonen (N=1.262)

Es weisen nach Selbsteinschätzung der Befragten nur 3 % starke *gesundheitliche Einschränkungen* auf, die sie bei der Verrichtung alltäglicher Aufgaben beeinträchtigen; immerhin mehr als ein Drittel berichtet aber leichtere Einschränkungen (Abbildung 11).

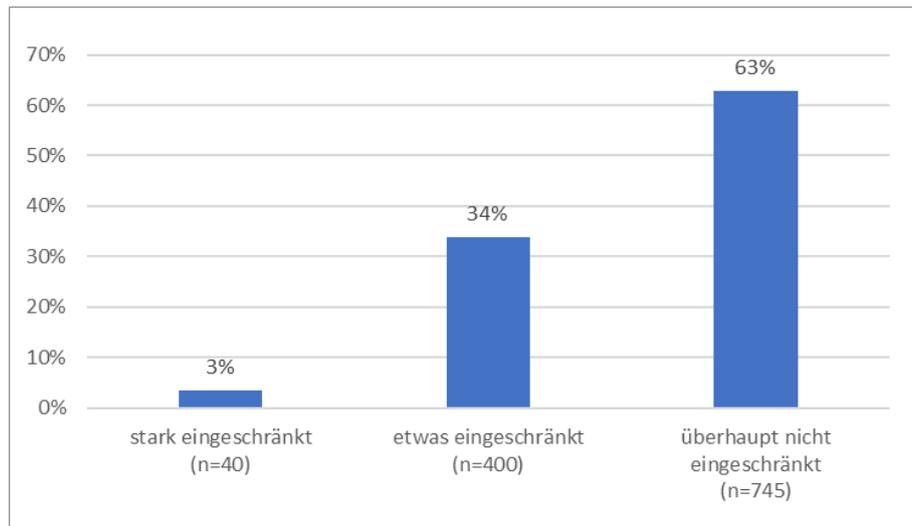


Abbildung 11: Gesundheitliche Einschränkungen der informellen Pflegepersonen (N=1.185)

Fünf von sechs Pflegepersonen versorgen eine pflegebedürftige Person, ein Sechstel mehr als eine pflegebedürftige Person (Abbildung 12).

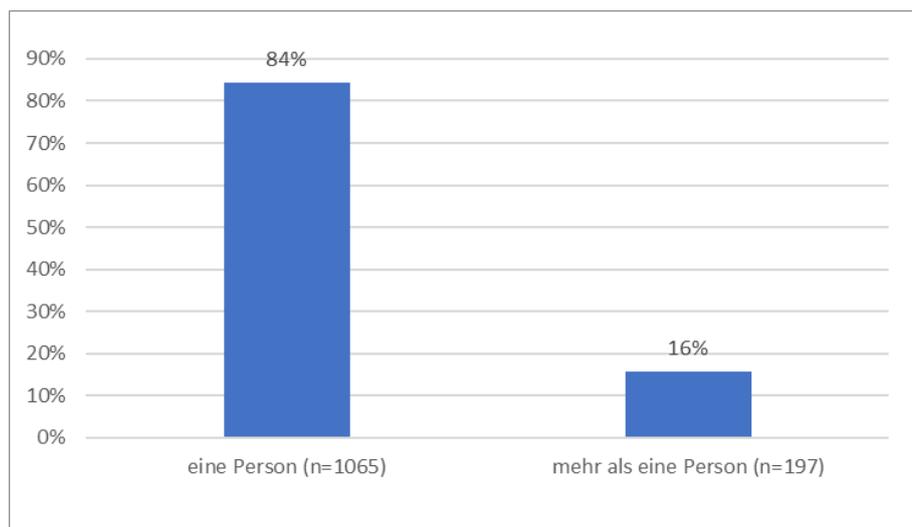


Abbildung 12: Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen (N=1.262)

4.2.2 Pflegebedürftige

Die Pflegepersonen wurden auch zu den von ihnen versorgten Pflegebedürftigen befragt. Nachstehend werden daher Informationen zum

- Alter,
- Geschlecht und
- Pflegegrad sowie
- Vorliegen dementieller Erkrankungen und
- Wohnort

der zugehörigen pflegebedürftigen Person gegeben. Für die Pflegepersonen, die mehr als eine Person pflegen, waren die Fragen an die pflegebedürftige Person adressiert, für die die meiste Zeit aufgewendet wurde.

Wie Abbildung 13 zeigt, ist die Altersverteilung der gepflegten Personen zweigipflig. Hohe Anteile zeigen sich insbesondere bei den 10-19-Jährigen sowie den 80-89-Jährigen. Diese Verteilung ist dabei durch die Abschneidegrenze von 67 Jahren für die Pflegepersonen geprägt, die dazu führt, dass die hohen Altersklassen deutlich niedriger besetzt sind, als die der allgemeinen Verteilung der Pflegebedürftigen entspricht. Da ältere Pflegepersonen oft ältere Menschen pflegen.

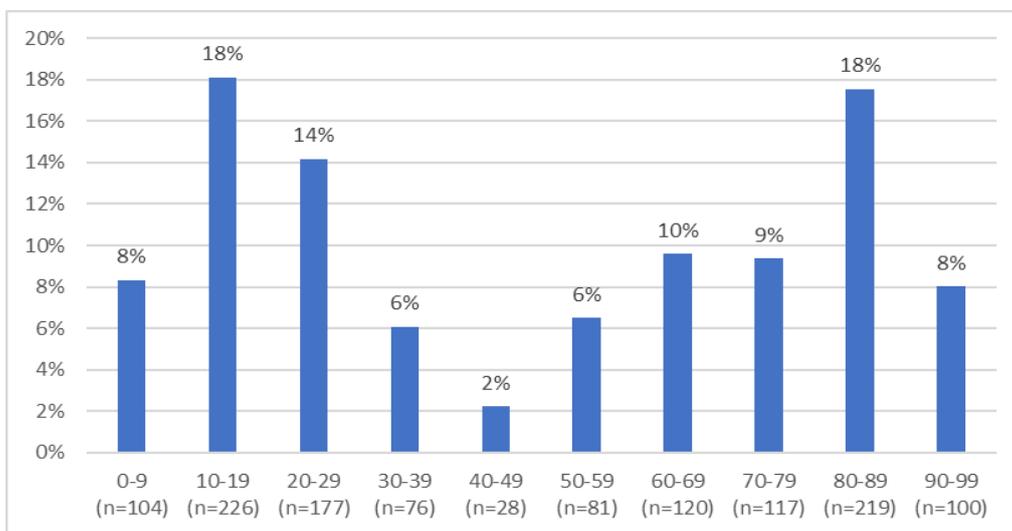


Abbildung 13: Alter der gepflegten Personen (N=1.248)

Die Auswirkungen der gewählten Zielgruppenselektion zeigt sich auch auf die *Geschlechterverteilung* der gepflegten Person, die bei einem leichten Männerüberhang annähernd ausgeglichen ist (Abbildung 14), während bei der Repräsentativbefragung von Kantar (2019: 33) insgesamt ein Männeranteil von 41 % resultiert. Allerdings ist dieser Anteil altersabhängig: Werden nur die Pflegebedürftigen unter 60 Jahre herangezogen, zeigt auch die Repräsentativbefragung einen Männerüberhang (56 (Männer) zu 44 (Frauen) Prozent). Umgekehrt sinkt der Anteil der Männer bei den 80-Jährigen und Älteren auf 31 % (ebd.). Da die älteren Pflegebedürftigen in der Stichprobe, die über Pflegepersonen im Erwerbsalter selektiert wurde, weniger stark vertreten ist, stimmt der Männeranteil somit sehr weitgehend mit den Ergebnissen von Kantar überein.

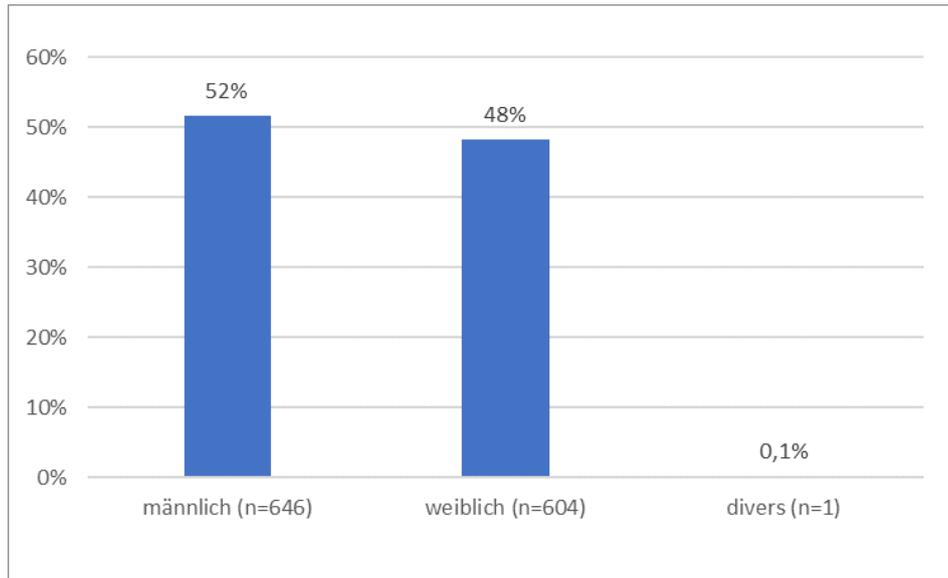


Abbildung 14: Geschlecht der gepflegten Personen (N = 1.251)

Da Beiträge zur sozialen Sicherung von den Pflegekassen nur für Pflegepersonen abgeführt werden, die einen Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 oder höher versorgen, beschränkt sich die *Pflegegradverteilung* auf diese Pflegegrade. Über die Rekrutierung zusätzlich zur DAK sind auch sechs Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in der Stichprobe. Die höheren Pflegegrade 4 und 5 sind stärker vertreten als dies anhand der Verteilung für Pflegebedürftige aller Altersstufen in häuslicher Pflege zu erwarten gewesen wäre.

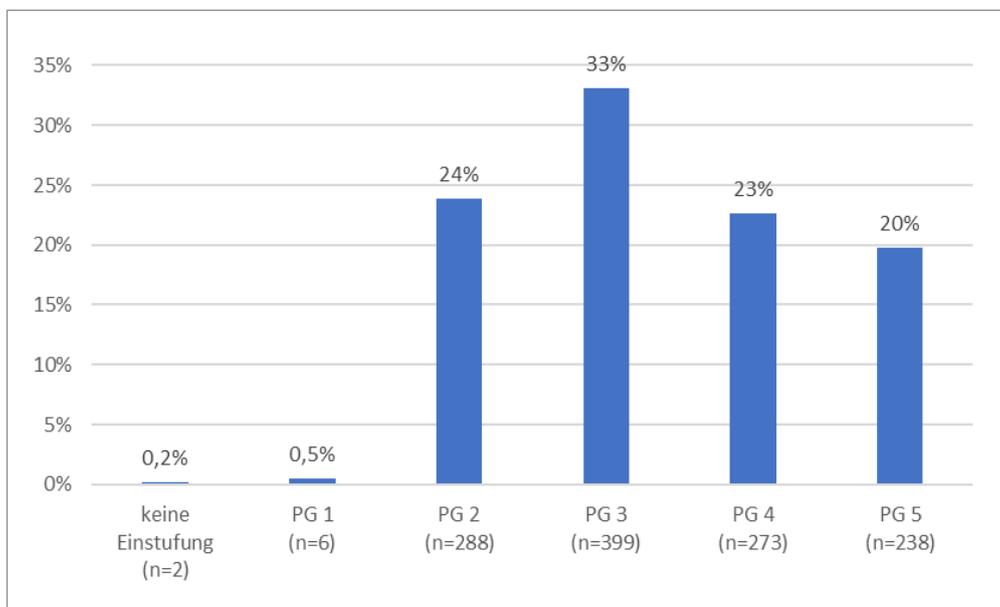


Abbildung 15: Pflegegradeinstufung der gepflegten Personen

Für gut ein Fünftel der Pflegebedürftigen berichten ihre Pflegepersonen das Vorliegen einer *dementiellen Erkrankung* (Abbildung 16). Diese Personengruppen, die für den Umgang mit

SARS-CoV-2 besondere Herausforderungen mit sich bringt, ist mit n=252 Pflegebedürftigen damit hinreichend für vertiefte Analysen vertreten.

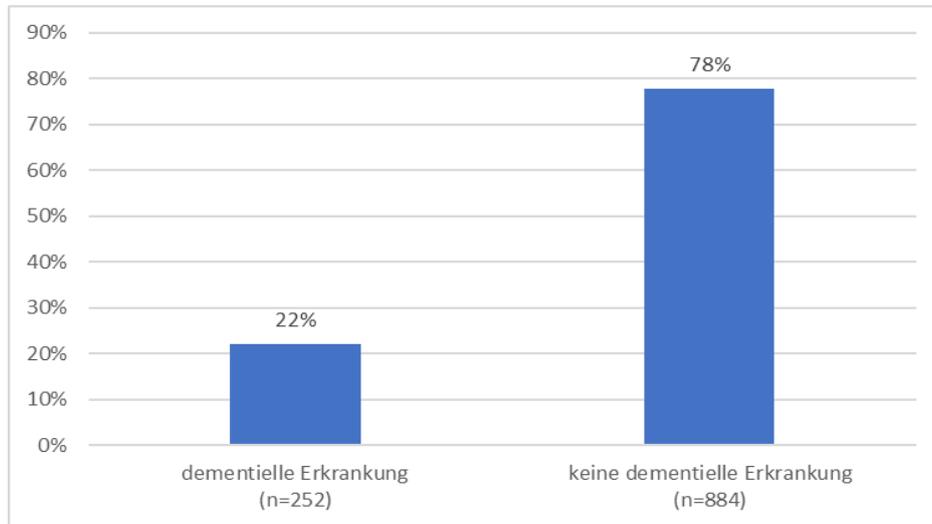


Abbildung 16: Dementielle Erkrankungen bei den gepflegten Personen

Von den 1.251 eingeschlossenen Pflegebedürftigen leben 98 % in einem eigenen oder gemeinsamen Haushalt und nur n=9 in einer Pflegewohngemeinschaft. Differenzierte Analysen für diese Teilgruppe sind aufgrund dieser geringen Fallzahl nicht möglich.

4.2.3 Pflegesituation

Die Pflegesituation hängt nicht nur von den soziodemographischen Merkmalen der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person ab, sondern auch von

- der Wohnsituation,
- dem Beziehungsverhältnis
- der Beziehungsqualität und
- dem Unterstützungsnetzwerk ab,

auf die nachfolgend eingegangen werden soll.

In vier von fünf Fällen lebt die pflegebedürftige Person mit der Pflegeperson zusammen im *selben Haushalt* oder zumindest *im selben Haus* (Abbildung 17). In weiteren 6 % der Konstellationen wohnen beide Personen in unmittelbarer Nachbarschaft und in 7 % immerhin im gleichen Ort. Pflegekonstellationen mit größerem räumlichem Abstand sind dagegen extrem selten.

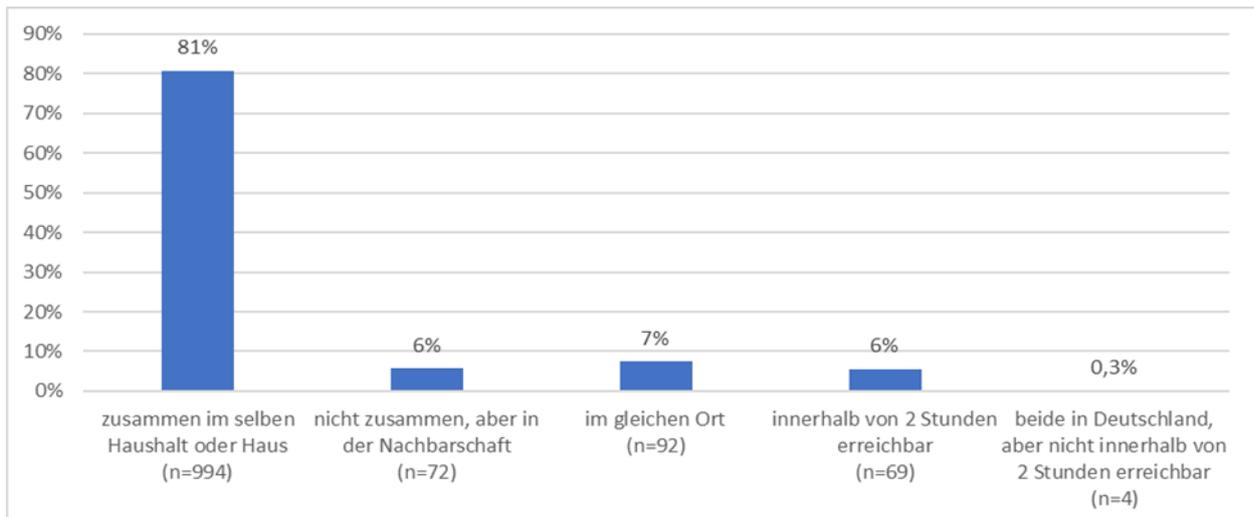


Abbildung 17: Entfernung der Wohnorte (N=1.231)

Die Besonderheit der Stichprobe, Pflegepersonen über 67 Jahre nicht zu berücksichtigen, zeigt sich auch im *Beziehungsverhältnis*. Ein Fünftel der Pflegepersonen aus der Stichprobe pflegen ihren Partner oder ihre Partnerin, 21 % die (Schwieger-)Eltern und 46 % die (Schwieger-)Kinder. Andere Personen werden nur sehr selten gepflegt (Abbildung 18).

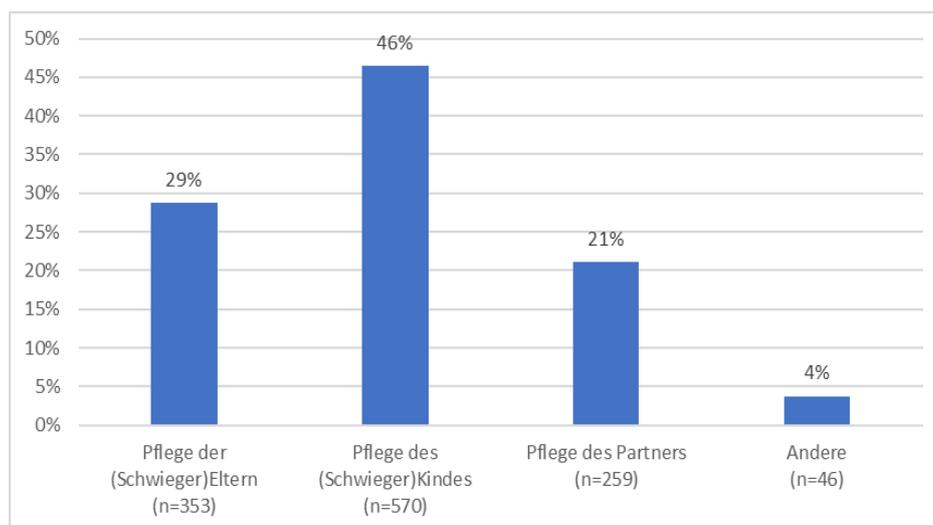


Abbildung 18: Beziehungsverhältnis der Pflegesituation (N=1.228)

Fast zwei Drittel der befragten Pflegepersonen bezeichnen die Beziehungsqualität zu ihrer pflegebedürftigen Person als sehr gut, weitere 28 % als gut. Eine schlechte oder sehr schlechte Beziehungsqualität wird dagegen von weniger als 1 % der befragten Pflegepersonen angegeben (Abbildung 19).

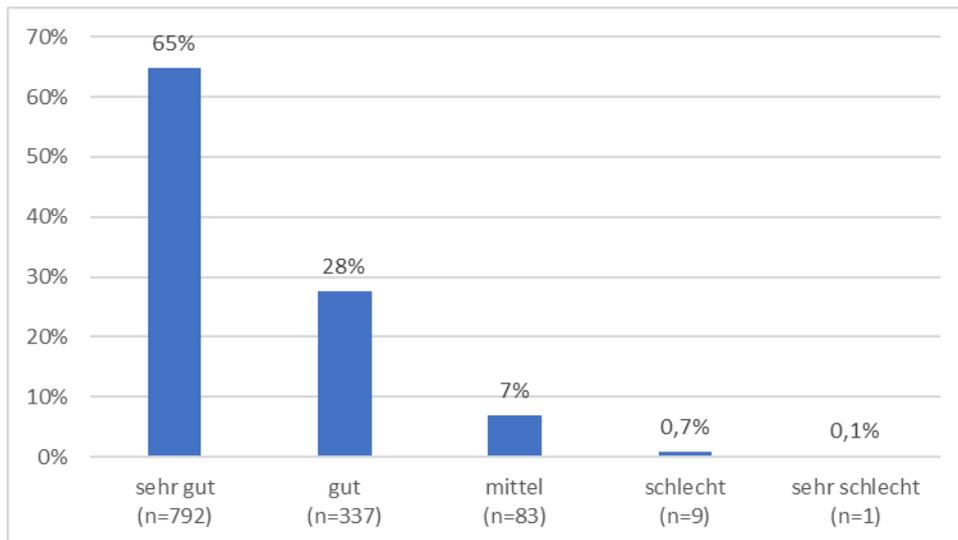
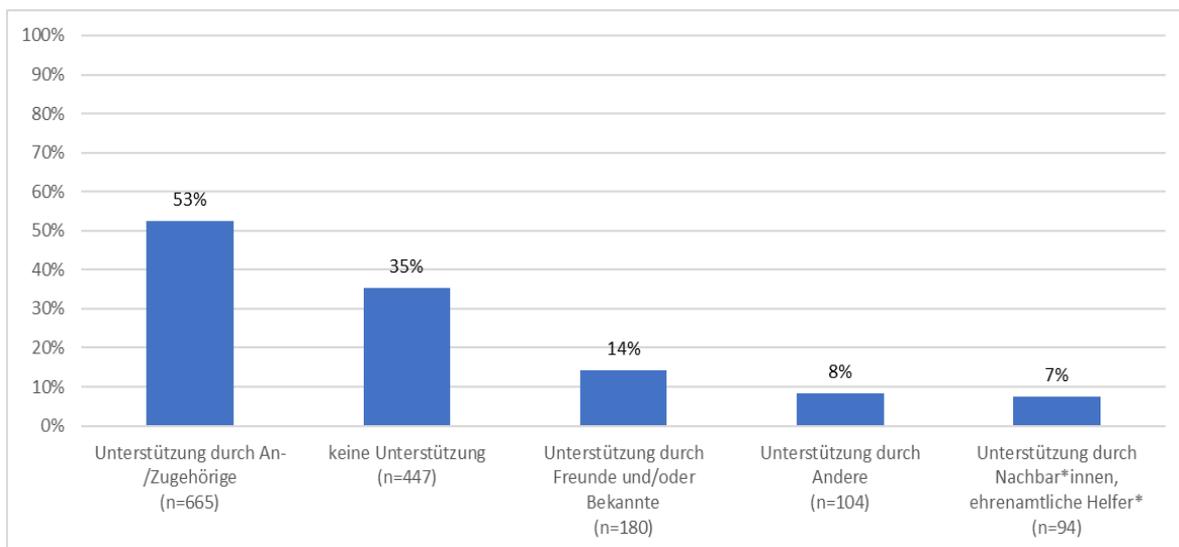


Abbildung 19: Beziehungsqualität

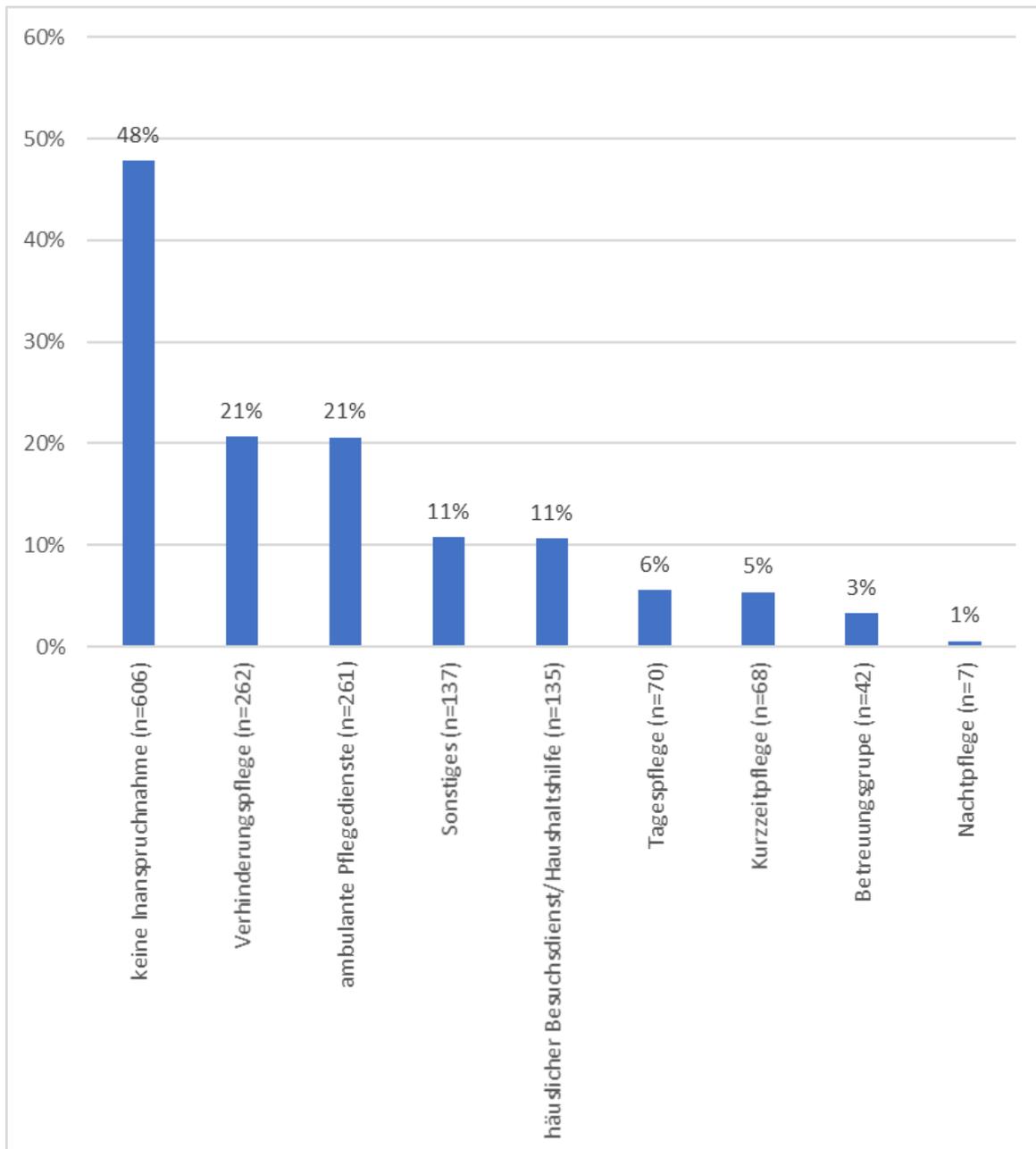
Etwas mehr als die Hälfte der Pflegepersonen erhalten Unterstützung durch An-/Zugehörige, während der Anteil derjenigen mit anderen Unterstützungsarten immer unter 15 % liegt (Abbildung 20).



Anmerkung: N=1.266 bei allen Merkmalsausprägungen, Mehrfachantwort möglich

Abbildung 20: Unterstützung aus dem privaten Umfeld

Knapp die Hälfte der Befragten gibt an, dass sie keine professionelle Unterstützung bei der Pflege bekommen. Jeweils ein Fünftel werden durch Verhinderungspflege und ambulante Pflegedienste unterstützt (Abbildung 21).



Anmerkung: N=1.266 bei allen Merkmalsausprägungen, Mehrfachantwort möglich

Abbildung 21: Professionelle Unterstützung bei der Pflege

5 Ergebnisse

In Kapitel 2 wurden fünf Fragestellungen genannt, die das erkenntnisleitende Interesse dieser Untersuchung umreißen. In den nachstehenden Abschnitten 5.1 bis 5.5 werden die erhobenen Daten in Hinblick auf diese Fragestellungen ausgewertet.

5.1 Allgemeine Wahrnehmung und Bewertung der Coronavirus-Pandemie

Inwieweit Deutschland gut auf die Coronavirus-Pandemie vorbereitet war, wird von den befragten informellen Pflegepersonen unterschiedlich bewertet. Während annähernd 40 % der Befragten der Aussage, dass Deutschland gut auf die Pandemie vorbereitet war, „sehr“ (13 %) oder zumindest „eher“ (26 %) zustimmen, stimmen 29 % „eher nicht“ oder „gar nicht“ zu. Knapp ein Drittel der Befragten ist ambivalent und stimmt „teilweise zu“ und „teilweise nicht zu“ (Abbildung 22, linke Säule).

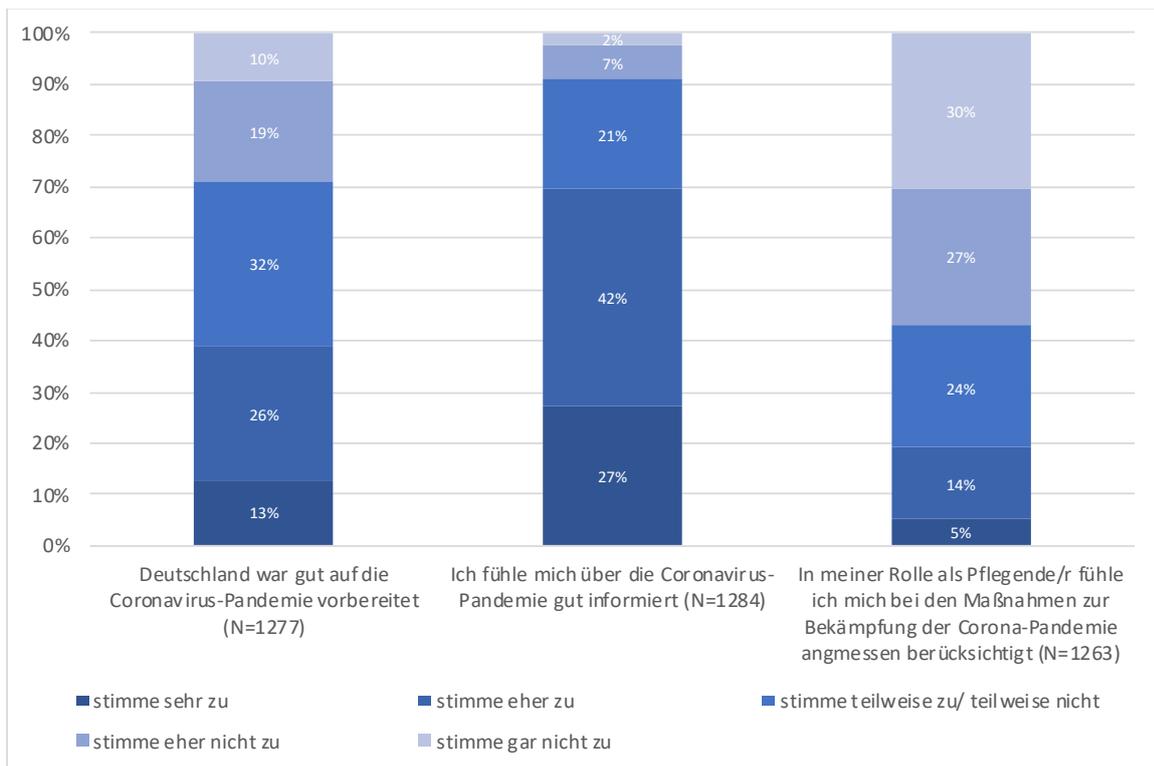


Abbildung 22: Allgemeine Wahrnehmung der Coronavirus-Pandemie

Gut zwei Drittel der Befragten geben dabei an, gut über die Coronavirus-Pandemie informiert zu sein, während sich nur 9 % nicht gut informiert fühlen (Abbildung 22, mittlere Säule). In ihrer Rolle als pflegende Angehörige fühlt sich allerdings nur knapp ein Fünftel der Befragten (19 %) bei den Maßnahmen gegen die Coronavirus-Pandemie angemessen berücksichtigt (Abbildung 22, rechte Säule).

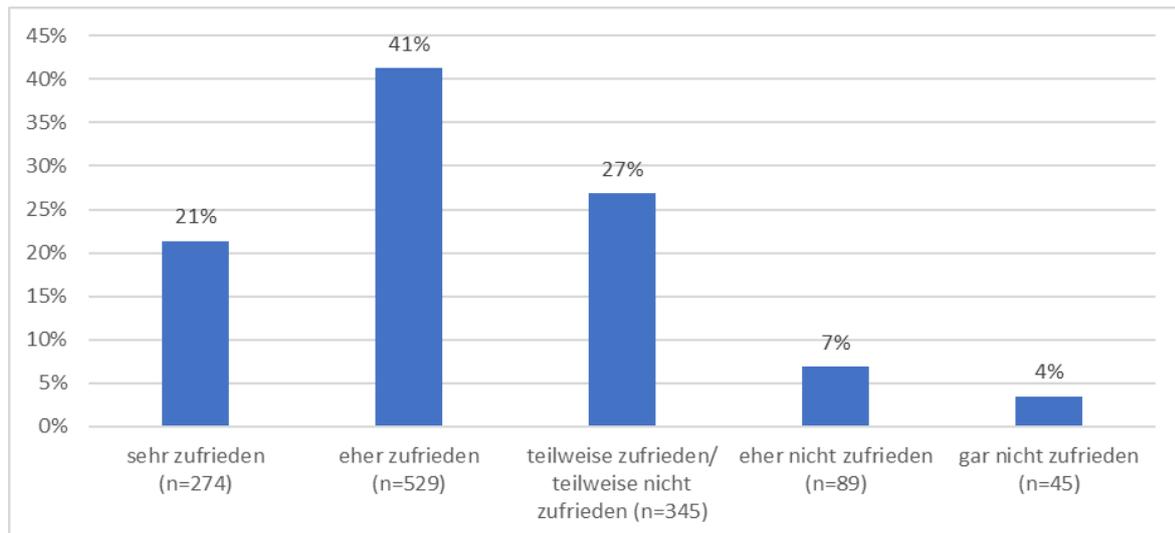


Abbildung 23: Zufriedenheit mit den Maßnahmen der Bundesregierung (N=1.282)

Knapp zwei Drittel der Befragten sind mit den Maßnahmen der Bundesregierung „sehr“ (21 %) oder „eher“ (41 %) zufrieden (Abbildung 23). Damit unterscheiden sich die Befragten nicht von der restlichen Bevölkerung, für die in einer im August 2020 im Rahmen des ARD-Deutschlandtrends durchgeführten bundesweiten Umfrage eine Zustimmungsraten von 59 % für die Angemessenheit der staatlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie ermittelt wurde.⁴

Während die informellen Pflegepersonen damit gut informiert und auch überwiegend zufrieden mit den politischen Maßnahmen zum allgemeinen Umgang mit der Coronavirus-Pandemie sind, fühlen sie sich in ihrer Rolle als informell Pflegenden bei den Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie dagegen nicht ausreichend berücksichtigt.

5.2 Veränderungen der Versorgungssituation aufgrund der Coronavirus-Pandemie

Für die Veränderung der Versorgungssituation ist es zunächst von Bedeutung, wie die Pflegepersonen und die von ihnen versorgten Pflegebedürftigen von der Pandemie betroffen sind (Abschnitt 5.2.1). Eine Corona-bedingte Veränderung der Versorgung zeigt sich einerseits in Änderungen der Inanspruchnahme professioneller Dienste (Abschnitt 5.2.2), andererseits aber auch in veränderten Zeitressourcen und -bedarfen für die informelle Pflege (Abschnitt 5.2.3). Von großer Bedeutung im Pflegealltag sind die Nutzung von Schutzmaßnahmen (Abschnitt

⁴ <https://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/ard-deutschlandtrend/2020/august/>.

5.2.4) und der Zugang zu Schutzausrüstungen (Abschnitt 5.2.5) Abschließend wird darauf eingegangen, inwieweit die Nutzung digitale Informationstechniken zur Aufrechterhaltung von Kommunikation ausgebaut wurde (Abschnitt 5.2.6).

5.2.1 Betroffenheit von der Infektion

Nur ein sehr kleiner Teil (0,6 %) der befragten informellen Pflegepersonen war selbst, labormedizinisch bestätigt, von einer Infektion mit SARS-CoV-2 betroffen. Auch der Anteil der bestätigten infizierten pflegebedürftigen Personen ist mit 1,4 % gering. Allerdings liegen diese Werte deutlich über der Durchschnittsbevölkerung, von der am 15. Juli 2020 200.000 Personen laborbestätigt infiziert waren, was einem Anteilswert von 0,24 % entspricht. Wird nach infizierten Kontaktpersonen gefragt wird, zeigen sich deutlich höhere Werte (Tabelle 2).

Tabelle 2: Infektion mit SARS-CoV-2

Informelle Pflegeperson (n (%))		Pflegebedürftige Personen (n (%))	
Selbst	Kontaktperson	Selbst	Kontaktperson
8 (0,6 %)	54 Fälle (4,1 %)	19 (1,4 %)	36 Fälle (2,7 %)

Auch wenn also die tatsächlichen Infektionszahlen absolut betrachtet gering sind, ist die Sorge, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren, unter den befragten pflegenden Angehörigen relativ weit verbreitet: So geben 36 % der Befragten an, sich „sehr“ vor einer Infektion zu sorgen, und 49 % sorgen sich „etwas“ (Abbildung 24).

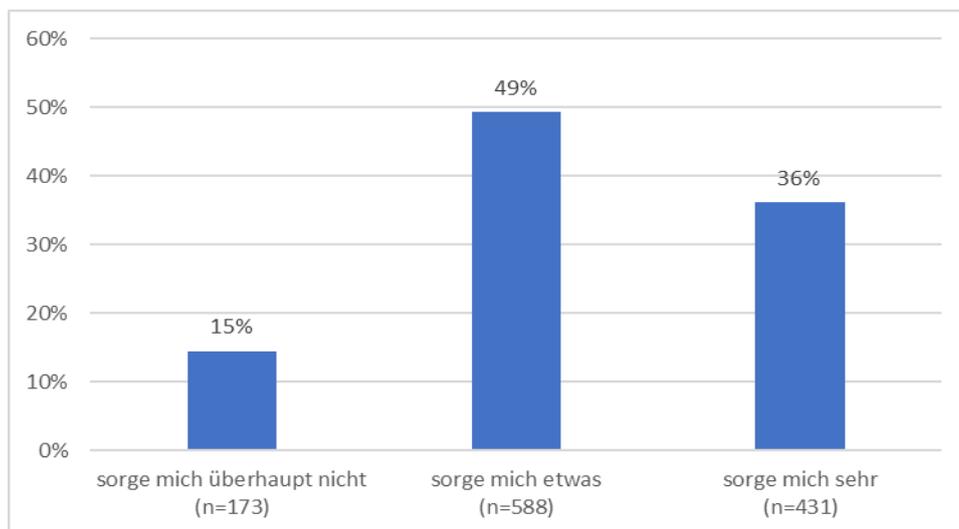


Abbildung 24: Sorge vor einer Ansteckung (N=1.192)

Es ist daher davon auszugehen, dass sich Veränderungen in der Versorgungssituation nicht nur aus veränderten Angeboten professioneller Anbieter ergeben, sondern auch aus Verhaltensänderungen der Pflegepersonen, die auf dieser Sorge vor einer Ansteckung beruhen.

5.2.2 Veränderung der Versorgungssituation

Tatsächlich hat sich für 59 % der befragten informellen Pflegepersonen eine Veränderung der Versorgungssituation ergeben (Abbildung 25).

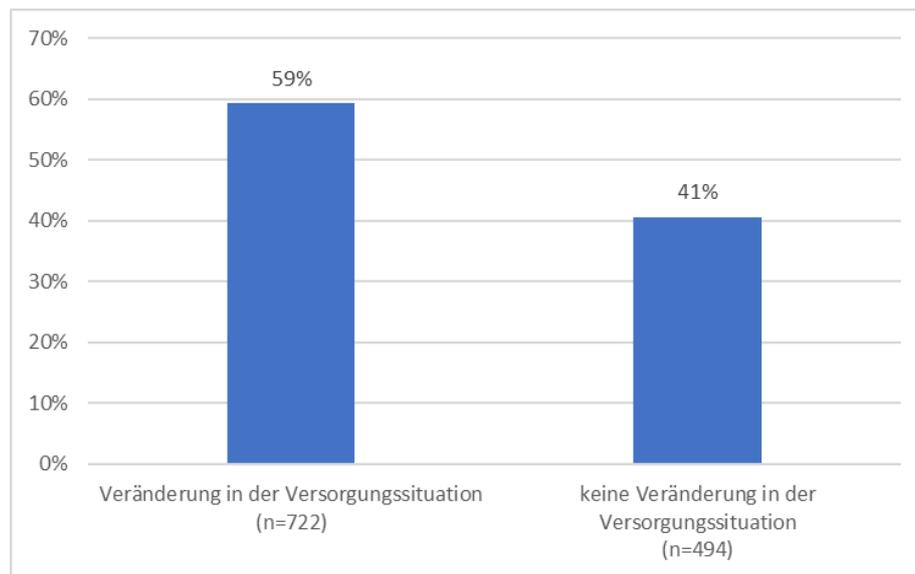


Abbildung 25: Veränderung der Versorgungssituation (N=1.216)

Abbildung 26 zeigt für die Personen, die angegeben haben, dass es Veränderungen gegeben hat, bei welchen professionellen Angeboten dies der Fall war.⁵ Die erstmalige Inanspruchnahme von Leistungen nach der Pandemie ist dabei bei allen angegebenen Diensten extrem selten. Stark rückläufige Inanspruchnahmen gibt es bei praktisch allen Angeboten, insbesondere bei der Verhinderungspflege, der Beratung durch Pflegedienste, der häuslichen Besuchsdienste und der Betreuungsgruppen. Auffällig ist dabei, dass die Ursache für den Rückgang der Nutzung sowohl darauf zurückzuführen ist, dass der Dienstleister das Angebot aufgrund der Coronavirus-Pandemie nicht mehr anbietet, als auch darauf, dass die Pflegehaushalte das Angebot wegen der Coronavirus-Pandemie nicht mehr in Anspruch nehmen. Allerdings ist der Wegfall des Angebots bei fast allen Diensten der wichtigere Grund. Lediglich bei der Nutzung der ambulanten Pflegedienste ist die Reduktion der Nachfrage quantitativ bedeutsamer

⁵ Berücksichtigt sind für die Auszählung dieser Frage alle Pflegepersonen, die bei mindestens einem Dienst eine Veränderung vermelden. Da die Mehrzahl dieser Befragten die meisten Dienste gar nicht nutzt, resultiert für jeden einzelnen Dienst ein hoher Anteil an Antworten mit „trifft nicht zu“.

als eine Reduktion des Angebots. Bei den „sonstigen Angeboten“, die selbst in ihrer Summe allerdings weniger in Anspruch genommen werden wie jedes der anderen Angebote, ist der Rückgang am stärksten ausgeprägt.

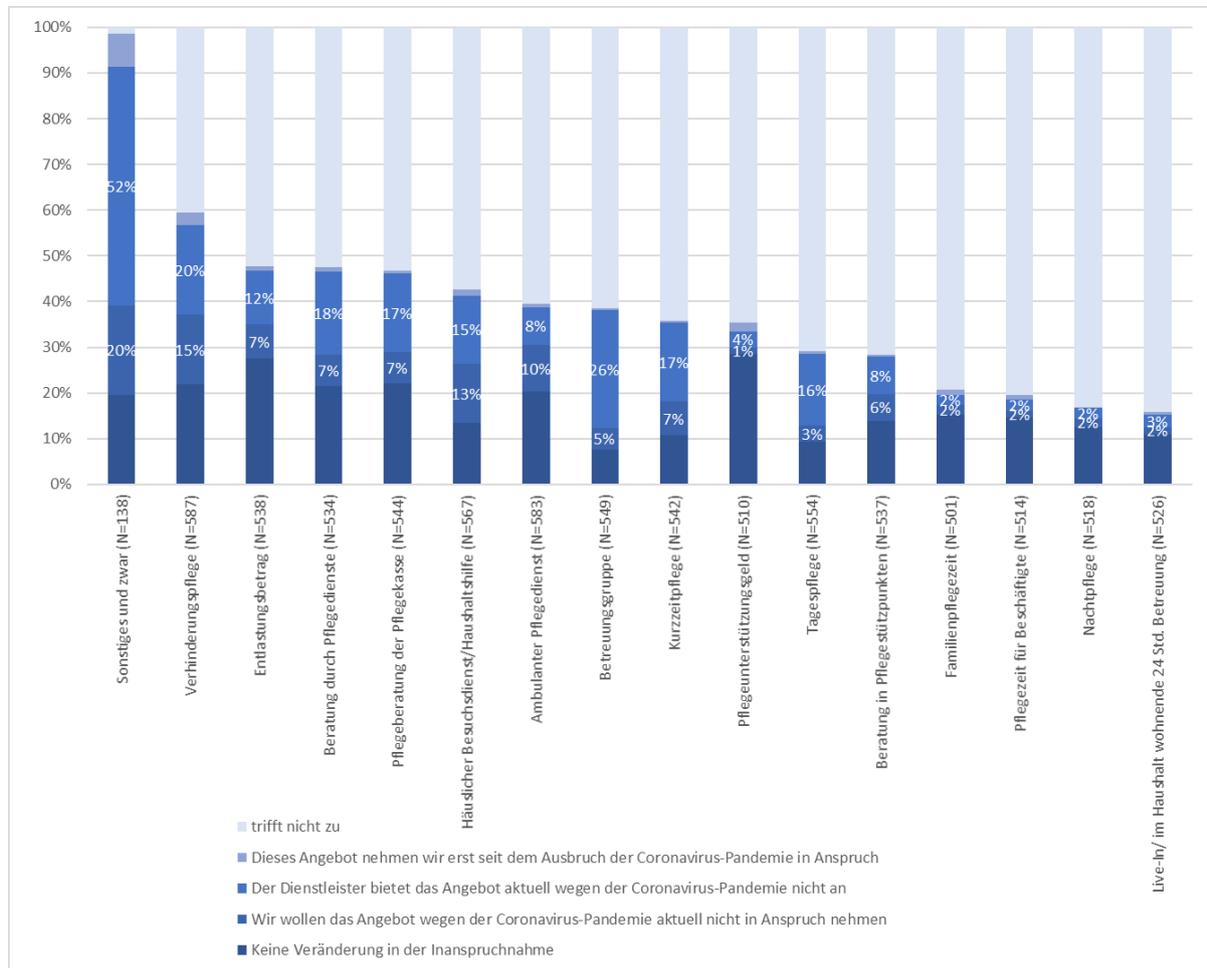


Abbildung 26: Art der Veränderung der Versorgungssituation bei Befragten mit veränderter Versorgungssituation

5.2.3 Zeit für Pflege

Eine rückläufige Nutzung professioneller Pflegedienste erhöht – ceteris paribus – den Bedarf an informeller Pflege. Dem entsprechend gibt mehr als die Hälfte (57 %) der pflegenden Angehörigen an, dass sich der tägliche Zeitaufwand für die Pflege in der Corona-Pandemie erhöht hat (Abbildung 27). Dieser erhöhte Zeitaufwand dürfte insbesondere auf die sich verändernde Rahmenbedingungen wie weniger soziale Unterstützung, erhöhter Aufwand für die Bewältigung des Alltags mit Pflegebedürftigen, geringere Unterstützung durch versorgende Institutionen, mehr Personen im Haushalt unter Quarantänebedingungen oder auch veränderte Arbeitsbedingungen zurückgehen.

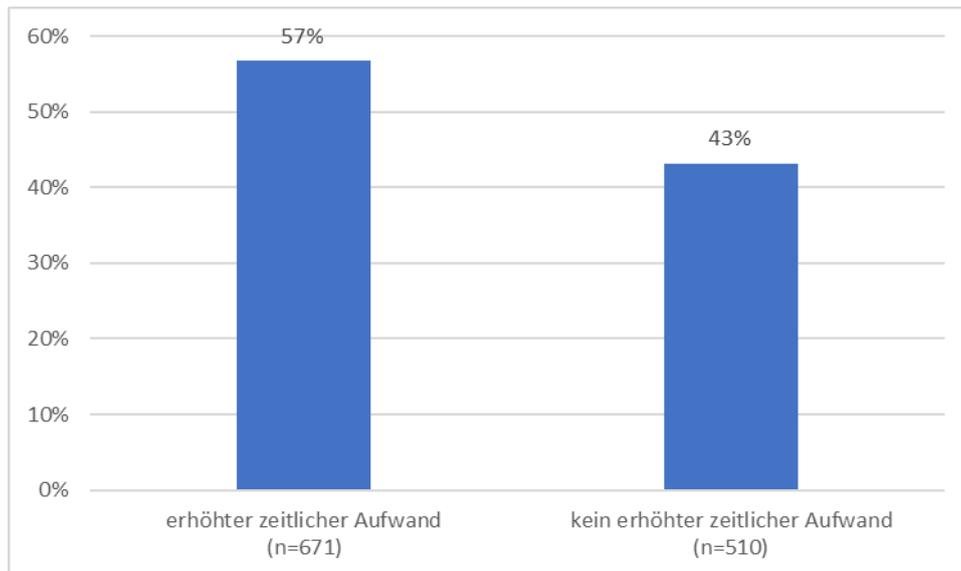


Abbildung 27: Zeitaufwand für die Pflege (N=1.181)

Zu fragen ist, ob sich die verfügbaren Zeitressourcen der informell Pflegenden entsprechend erhöht haben. Während 60 % der Befragten angeben, dass sich die Coronavirus-Pandemie *nicht* auf die zur Verfügung stehende Zeit für Pflege ausgewirkt hat, äußert jede sechste Pflegeperson, dafür in der Pandemie weniger Zeit zu haben (17 %), während Zeitgewinne von ungefähr einem Viertel der Befragten (23 %) wahrgenommen werden (Abbildung 28).

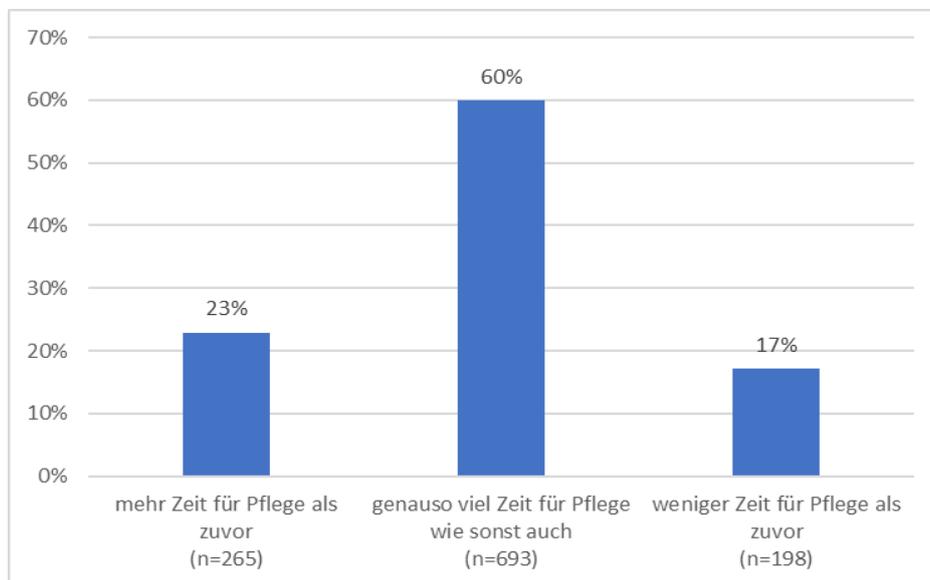


Abbildung 28: Zeitressourcen für Pflege

Abbildung 29 zeigt die von den Befragten genannten Gründe dafür, dass sie seit Ausbruch der Pandemie *mehr* persönliche Zeitressourcen für die Pflege haben. Am häufigsten werden neben „sonstigen Gründen“ das „Homeoffice“ (22 %), die Kurzarbeit (14 %) und die Arbeitslosigkeit (14 %) genannt.

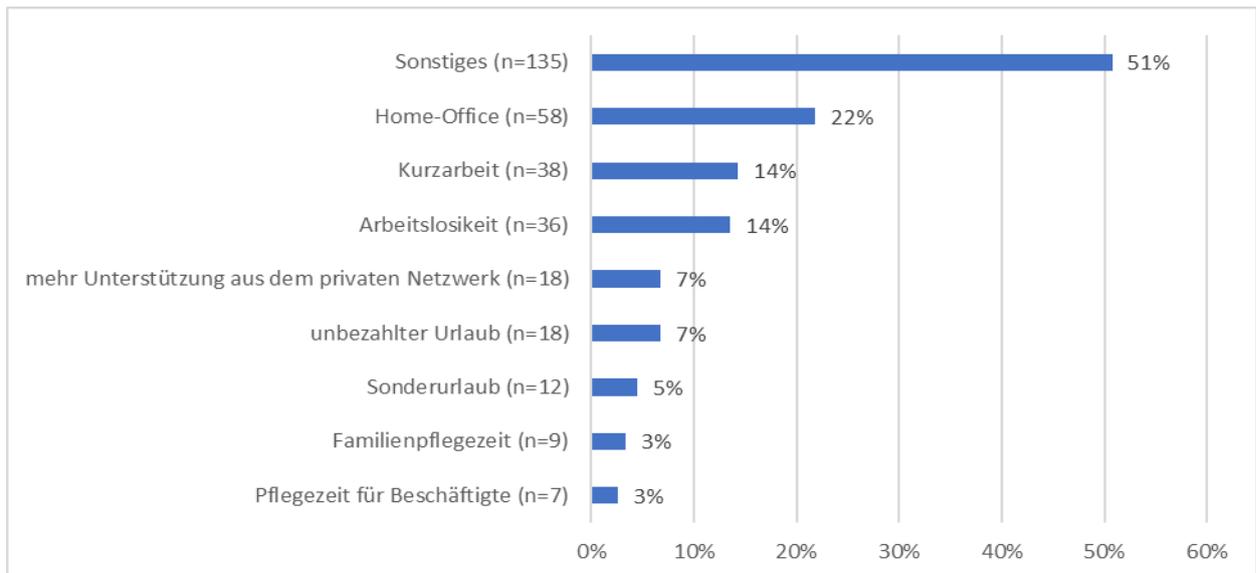


Abbildung 29: Gründe für größere Zeitressourcen

Viele der Befragten, die „Sonstiges“ angegeben haben, haben hierzu weitere freitextliche Angaben gemacht. Neben den bereits genannten Gründen für größere Zeitressourcen nahmen die Befragten dabei häufig Bezug auf „Zeitgewinne“ durch Kontaktvermeidung und weniger eigene private Termine. Eigene eingeschränkte Möglichkeiten führen also offenbar zu mehr Ressourcen für die häusliche Versorgung. Ebenso wurde die Schließung von Werkstätten, Schulen, Tagespflegeeinrichtungen etc. benannt, wodurch die zu pflegenden Personen mehr zu Hause und die Bedarfe gestiegen sind, so dass sich die informell Pflegenden mehr Zeit nehmen *mussten*, um dies zu bewerkstelligen.

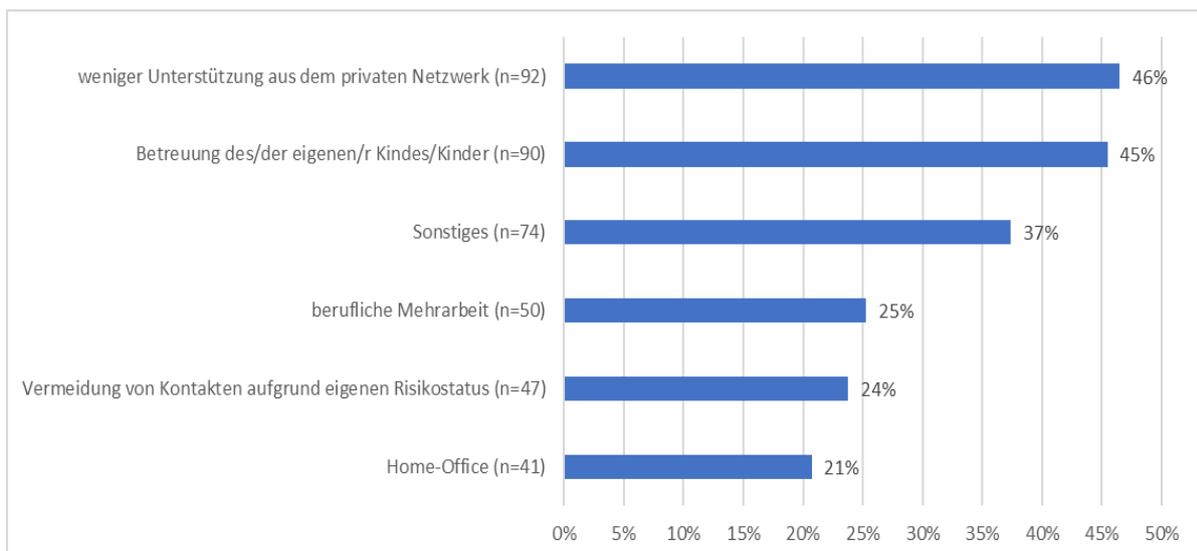


Abbildung 30: Gründe für geringere Zeitressourcen

Abbildung 30 veranschaulicht die Gründe, die die Befragten geäußert haben, die aufgrund der Pandemie *weniger* Zeit für die Pflege haben. Dies sind vor allem „weniger Unterstützung aus dem privaten Netzwerk“ (46 %) und die „Betreuung des eigenen Kindes/der eigenen Kinder“ (45 %). Bei der Kinderbetreuung zeigt sich ein sehr großer Geschlechterunterschied: Von den 90 Personen die Kinderbetreuung als Grund angaben, sind 86 Frauen.

5.2.4 Schutzmaßnahmen

Die Mehrheit der Befragten (69 %) wendet Schutzmaßnahmen zur Corona-Vorsorge an (Abbildung 31).

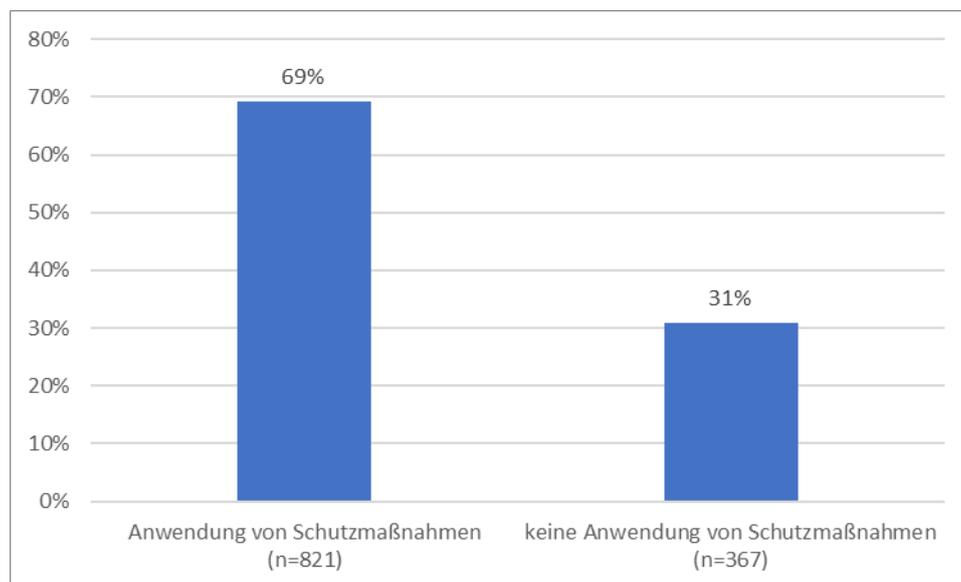


Abbildung 31: Anwendung von Schutzmaßnahmen (N=1.188)

Abbildung 32 zeigt, welche Schutzmaßnahmen angewandt werden: Fast alle Befragten desinfizieren oder waschen sich die Hände nach Kontakten und niesen in die Armbeuge. Weniger als 10 % der Befragten tragen einen Schutzkittel. Auffallend ist darüber hinaus, dass 71 % der pflegenden Angehörigen – den allgemeinen Empfehlungen folgend – persönliche Besuche auf ein Minimum beschränken. Wiederum 63 % der Befragten ersetzen persönliche soziale Kontakte durch Telekommunikation.

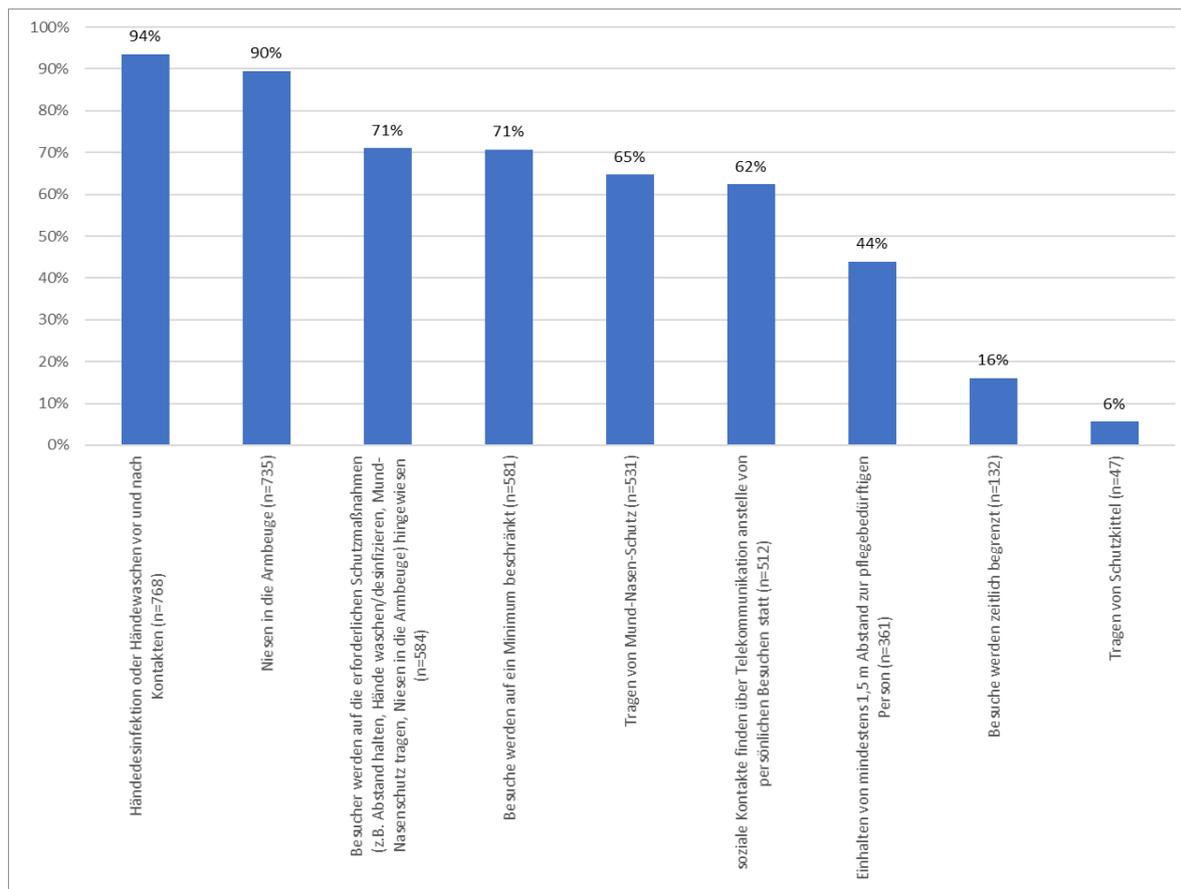


Abbildung 32: Von informellen Pflegepersonen angewendete Schutzmaßnahmen (N=821)

5.2.5 Zugang zu Schutzmaterialien

Zu den Schutzmaßnahmen zählen auch die Nutzung von Schutzmaterialien und Wund- sowie Flächendesinfektionsmitteln. Abbildung 33 enthält den Anteil der Befragten die angaben, aktuell, d. h. in der letzten Woche vor der Befragung, keinen ausreichenden Zugang zu Schutzmaterialien und Desinfektionsmitteln gehabt zu haben. Wird auf die Personen abgestellt, die einen solchen Mangel mindestens 1-2-mal wöchentlich oder häufiger berichteten, zeigen sich Werte von 15 % (persönliche Schutzausrüstung) bzw. 14 % (Haut-, Hände- oder Wunddesinfektionsmittel ebenso wie Flächendesinfektionsmittel). Wie auch in der professionellen Pflege (Wolf-Ostermann & Rothgang et al. 2020) hat sich die Situation seit Beginn der Pandemie deutlich verbessert. Dennoch ist der Anteil von knapp einem Sechstel der Pflegepersonen, die das Fehlen von Schutzmaterialien beklagen, immer noch hoch.

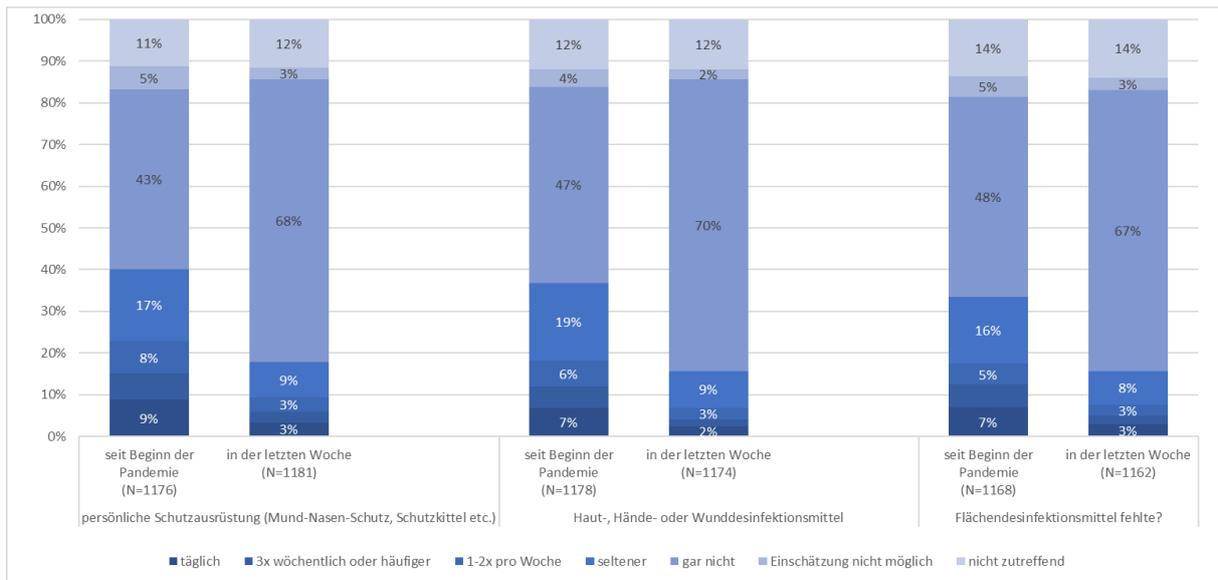


Abbildung 33: Fehlen von ... seit Ausbruch der Pandemie und in der letzten Woche

5.2.6 Digitale Kommunikationstechnologien

Eine Möglichkeit, die Maßnahmen des social distancing umzusetzen, ohne dabei zu vereinsamen, ist die verstärkte Nutzung digitaler Kommunikationstechnologien. Tatsächlich haben mehr als 40 % der Befragten neue digitale Kommunikationstechnologien für soziale Kontakte zu Freunden, Angehörigen oder anderen Personen geschaffen (Abbildung 34). Die Corona-virus-Krise hat damit auch für pflegende Angehörige zu einem Digitalisierungsschub geführt.

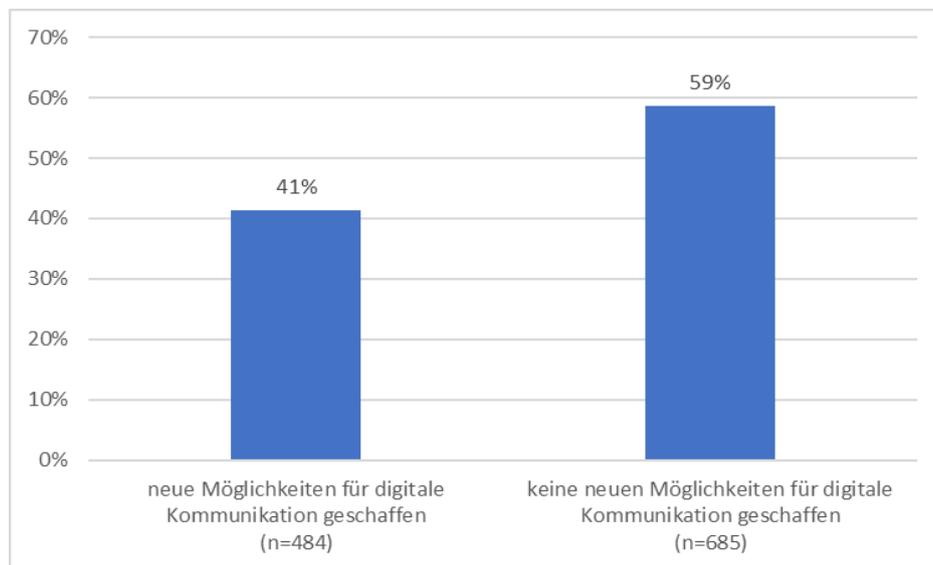


Abbildung 34: Schaffung neuer digitaler Kommunikationskanäle

5.3 Veränderungen bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aufgrund der Coronavirus-Pandemie

Die hier untersuchte Stichprobe stellt auf Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter ab, gerade um Mehrfachbelastungen durch Pflege, Arbeit und Familie besser erkennen zu können. Knapp die Hälfte (n=609) der befragten Pflegepersonen sind erwerbstätig und können in Hinblick auf eine Veränderung bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf befragt werden.

71 % der Befragten geben dabei an, dass sie in Hinblick auf diese Vereinbarkeitsproblematik seit dem Beginn der Coronavirus-Pandemie mehr Probleme haben (Abbildung 35).

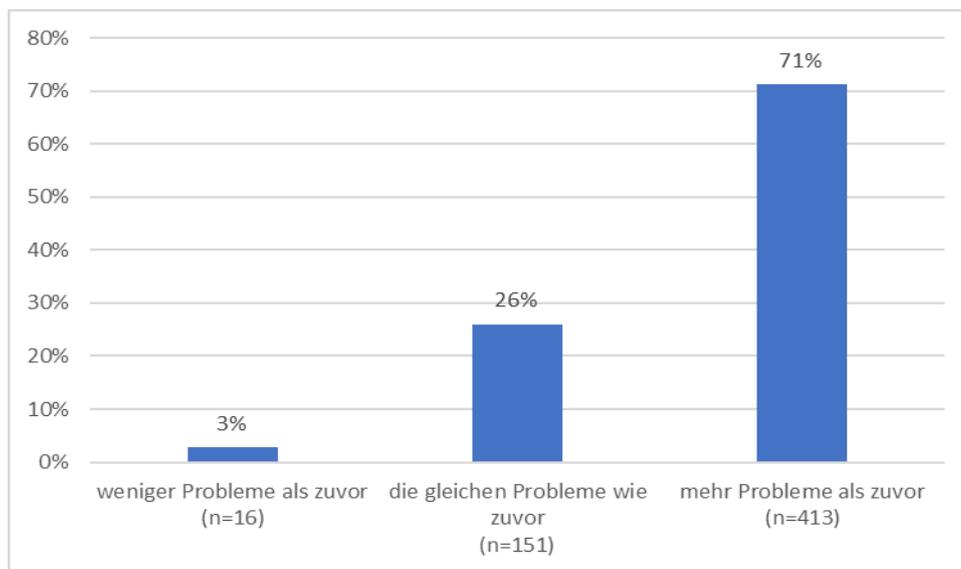


Abbildung 35: Probleme bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

58 % der befragten berufstätigen informellen Pflegepersonen geben an, dass es zu beruflichen Veränderungen durch die Pandemie gekommen ist: Während 23 % der Befragten weniger gearbeitet und Überstunden abgebaut haben, haben 16 % der Befragten Minusstunden aufgebaut (Abbildung 36). Eine Reduktion bzw. Verkürzung der formalen Arbeitszeit drückt sich aber auch durch die Inanspruchnahme einer vergütungsfreien Abwesenheit (11 %), einer Reduktion der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit (8 %) oder sogar einer Kündigung (2 %) bzw. der Aufgabe der Selbständigkeit (1 %) aus. Je nach Berufstätigkeit kommt es somit sowohl zu Mehr- als auch zu Minderarbeit, wobei der Anteil derer, die Corona-bedingt weniger im formellen Sektor arbeiten, deutlich überwiegt.

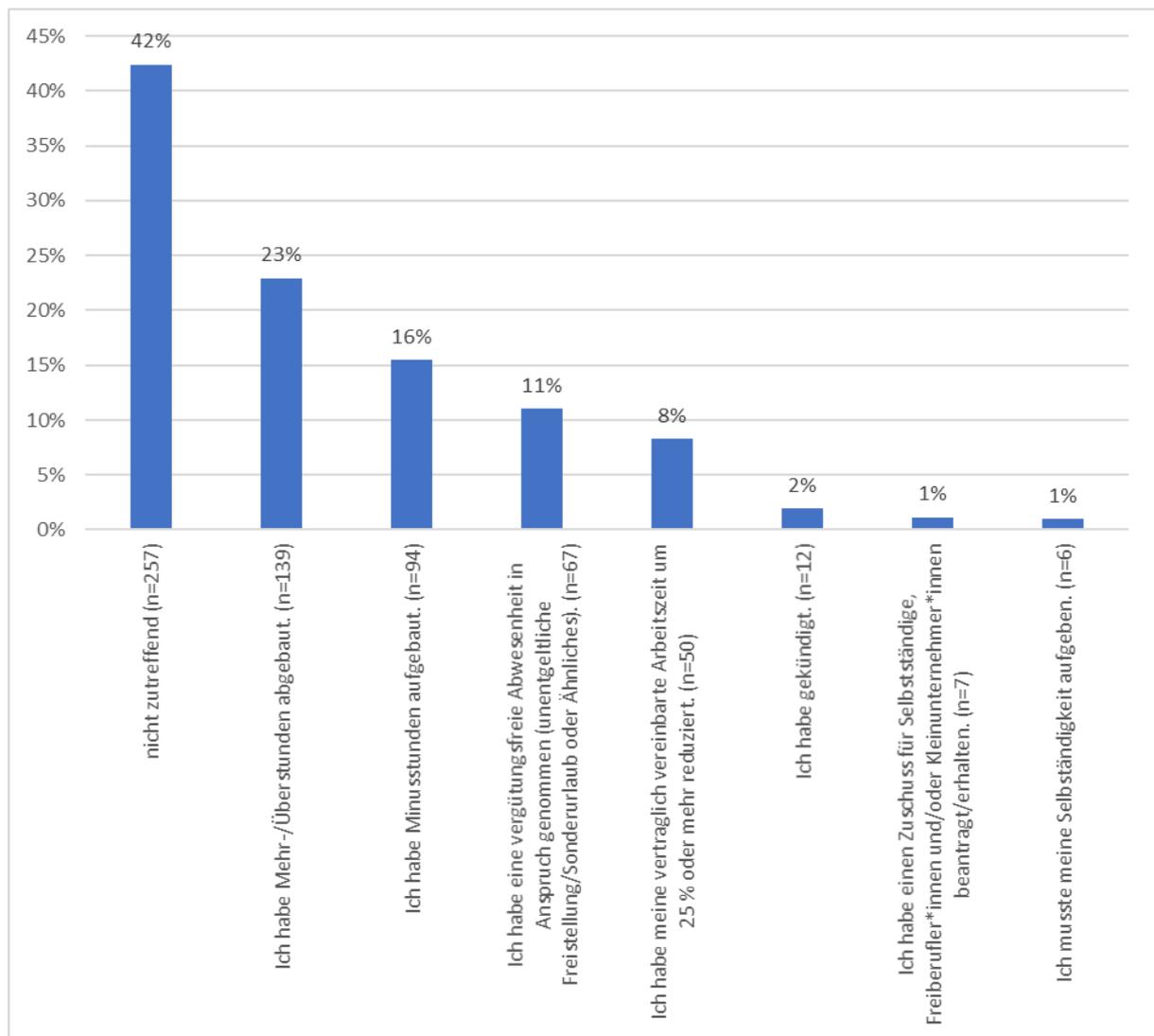


Abbildung 36: Berufliche Veränderungen durch die Corona-Virus-Pandemie

Bemerkenswert ist, dass knapp zwei Drittel der Befragten „sehr“ oder „eher“ damit zufrieden ist, wie ihr Arbeitgeber mit der Coronavirus-Pandemie umgeht (Abbildung 37) und nur ein knapp ein Sechstel „eher“ oder „gar nicht“ damit zufrieden ist. Auch wenn die Pandemie in hohem Ausmaß berufliche Veränderungen bewirkt hat, führt das nur in geringerem Maße zu Konflikten zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten. Gleichzeitig haben die Beschäftigten aber durchaus Wünsche in Bezug auf weitere Reaktionen der Arbeitgeber (siehe Abschnitt 5.5).

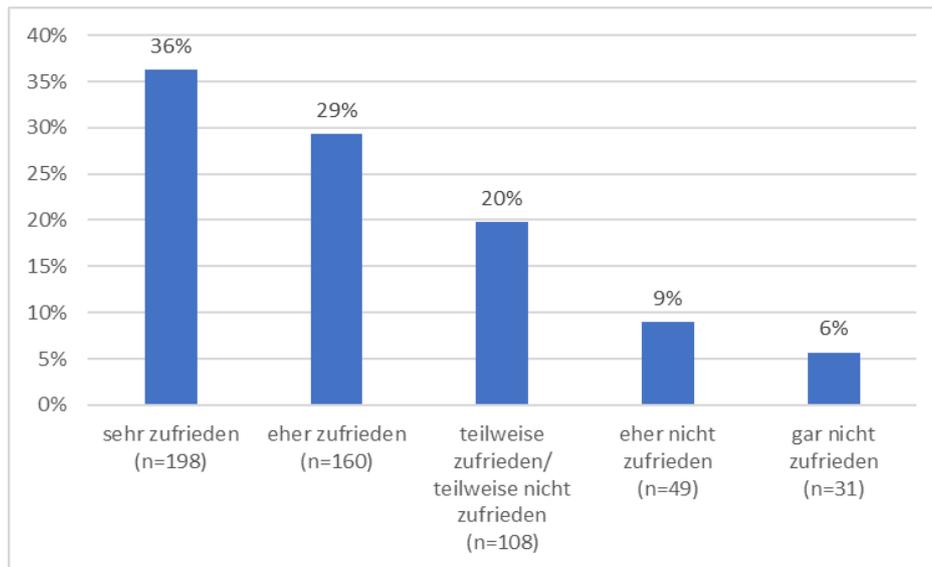


Abbildung 37: Zufriedenheit mit Umgang des Arbeitsgebers mit der Coronavirus-Pandemie

5.4 Veränderung von Gesundheit, Lebensqualität, Einsamkeit und Belastung aufgrund der Coronavirus-Pandemie

Schon unter „normalen“ gesellschaftlichen Bedingungen, berichten viele pflegende Angehörige von physischen und psychischen gesundheitlichen Problemen aufgrund ihrer Pflegetätigkeit und von negativen sozialen Folgen (Rothgang & Müller 2018). Erste Studien seit Ausbruch der Pandemie und Inkrafttreten der Maßnahmen des „social distancing“ zeigen, dass sich die gesundheitliche Lage der pflegenden Angehörigen und damit auch die Möglichkeiten die Pflegesituation zu meistern, weiter verschlechtert hat (Eggert et al. 2020). Nachfolgend wird daher berichtet wie sich der Gesundheitszustand der Befragten (Abschnitt 5.4.1), die Lebensqualität (Abschnitt 5.4.2), das Einsamkeitsempfinden (Abschnitt 5.4.3) und das Belastungsempfinden (Abschnitt 5.4.4) in dieser Stichprobe verändert hat.

5.4.1 Gesundheitszustand

Für 11 % der pflegenden Angehörigen hat sich der Gesundheitszustand während der Coronavirus-Pandemie erheblich und für vier von zehn Befragte etwas verschlechtert. Verbesserungen werden nur von 1 % der Befragten berichtet, während sich für knapp die Hälfte der Befragten keine Veränderung ergeben hat (Abbildung 38). Auch wenn diese Verschlechterungen nicht strikt kausal auf die Pandemie zurückgeführt werden können, spricht das hohe Maße der Veränderung in kurzer Zeit sehr dafür, dass die Corona-bedingten Veränderungen der Lebensumstände hierfür ursächlich sind.

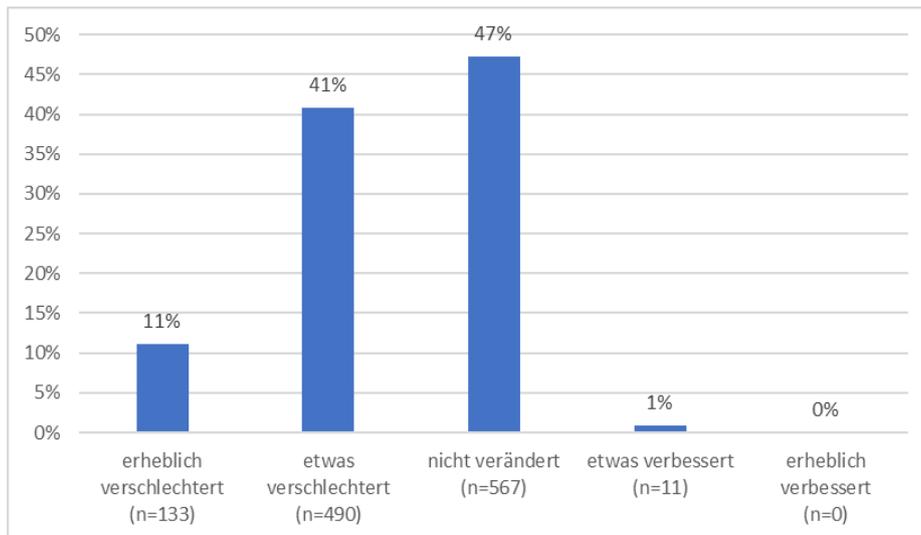


Abbildung 38: Auswirkung der Pflege auf den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand während der Coronavirus-Pandemie

5.4.2 Allgemeine Lebensqualität

Auch die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen hat sich im Durchschnitt seit Beginn der Coronavirus-Pandemie deutlich verschlechtert (Abbildung 39). 7 % der Befragten berichtet, dass die eigene allgemeine Lebensqualität vor der Pandemie „schlecht“ war, während der Anteil der Befragten mit der Einschätzung „sehr schlecht“ unter 1 % lag. Im Verlauf der Pandemie ist der Anteilswert derer, die ihre Lebensqualität als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einschätzten von 7 % auf 32 % gestiegen. 9 % geben dabei sogar eine „sehr“ schlechte Lebensqualität an. Wie auch beim Gesundheitszustand zeigen sich hier erhebliche Verschlechterungen.

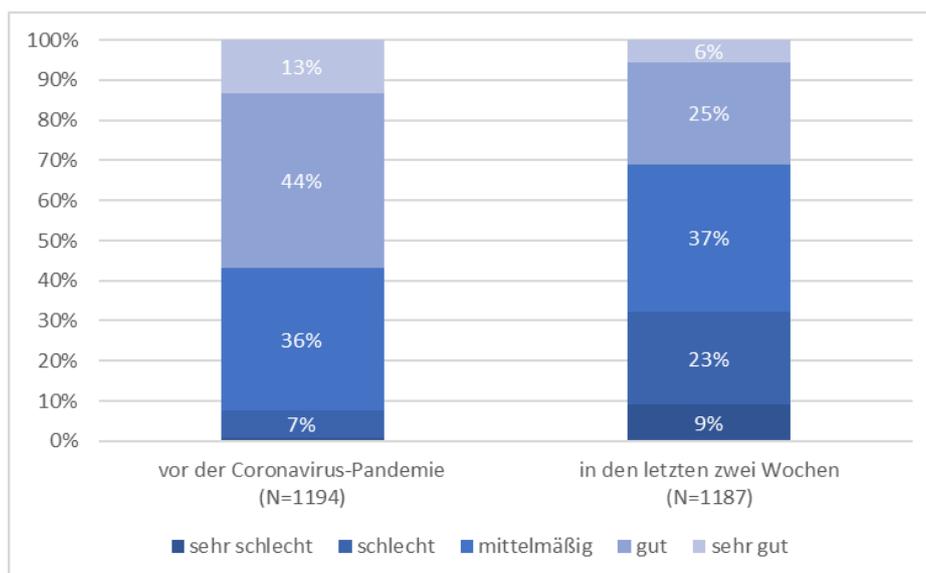


Abbildung 39: Selbsteinschätzung der allgemeinen Lebensqualität

5.4.3 Einsamkeitsempfinden

Abbildung 40 zeigt wie sich die Pandemie auf das emotionale und soziale Einsamkeitsempfinden der befragten pflegenden Angehörigen ausgewirkt hat. Zur Messung des Einsamkeitsempfindens wurde die Einsamkeitsskala von de Jong Gierveld (2009) verwendet. Die Befragten hatten die Möglichkeit, die einzelnen Aussagen auf einer vierstufigen Likert-Skala zwischen (1) „trifft genau zu“ und (4) „trifft gar nicht zu“, zu bewerten. Die individuellen Skalenausprägungen können dann wiederum vom Wert 1 (gar nicht einsam) bis 4 (sehr einsam) reichen. Die Ergebnisse können sowohl auf Ebene der einzelnen Aussagen als auch als Summenscore beschrieben und interpretiert werden. Die *Betrachtung der einzelnen Items* erlaubt einen differenzierten Blick auf verschiedene Einsamkeitsdimensionen. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede im Vergleich vor und während der Pandemie über alle Aussagen hinweg. Die stärksten Veränderungen sind bei den folgenden Aussagen zu verzeichnen: „Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohlfühle“ (von 2,21 auf 3,02), „Ich fühle mich häufig im Stich gelassen“ (von 2,27 auf 2,67) und „Ich vermisse Geborgenheit und Wärme“ (von 2,1 auf 2,39) (Abbildung 40).

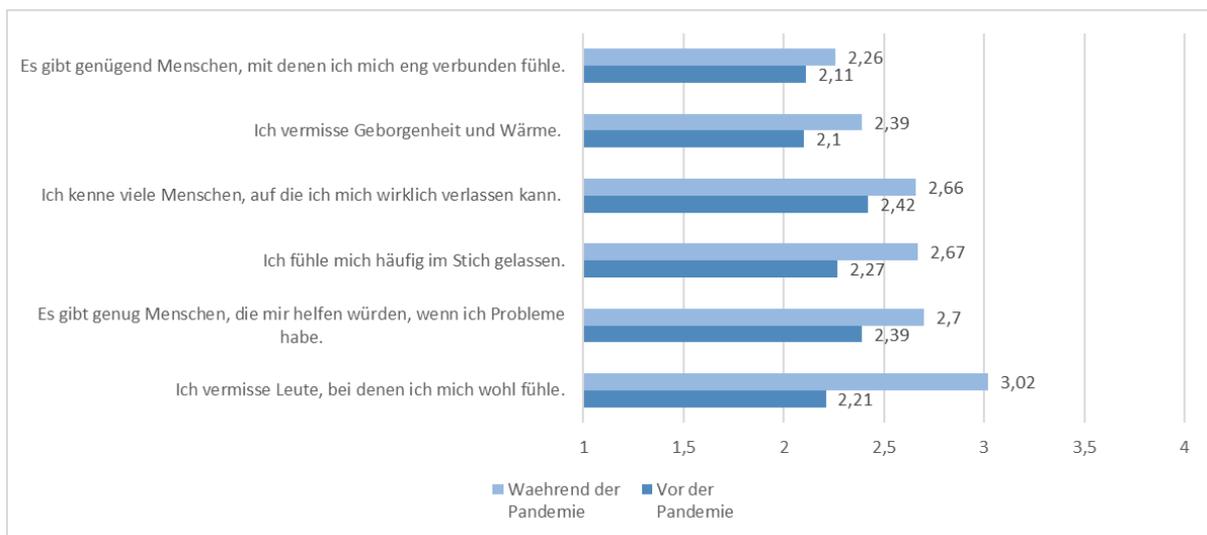


Abbildung 40: Einsamkeitsempfinden der Pflegenden

Das Einsamkeitsempfinden kann mit der Skala jedoch auch als *Summenwert* betrachtet werden. Als einsam werden dann die Personen angesehen, deren Wert insgesamt größer ist als 2,5, die sich also in der oberen Hälfte des möglichen Wertebereichs befinden. Mit dieser Aufteilung der Skalenwerte wird Einsamkeit als dichotome Variable mit den beiden Ausprägungen 1 (einsam) und 0 (nicht einsam) erfasst.

Die Auswirkungen der zum Infektionsschutz getroffenen Maßnahmen des „social distancing“ sind auch hier deutlich sichtbar: Während vor der Pandemie ein Drittel der Befragten auf

Basis des verwendeten Messinstruments als einsam zu bezeichnen ist (33 %, N=1.064), steigt der Anteil sich einsam fühlender pflegender Angehöriger während der Coronavirus-Pandemie auf etwas mehr als die Hälfte an (51,4 %, N=1.050) (Abbildung 41).

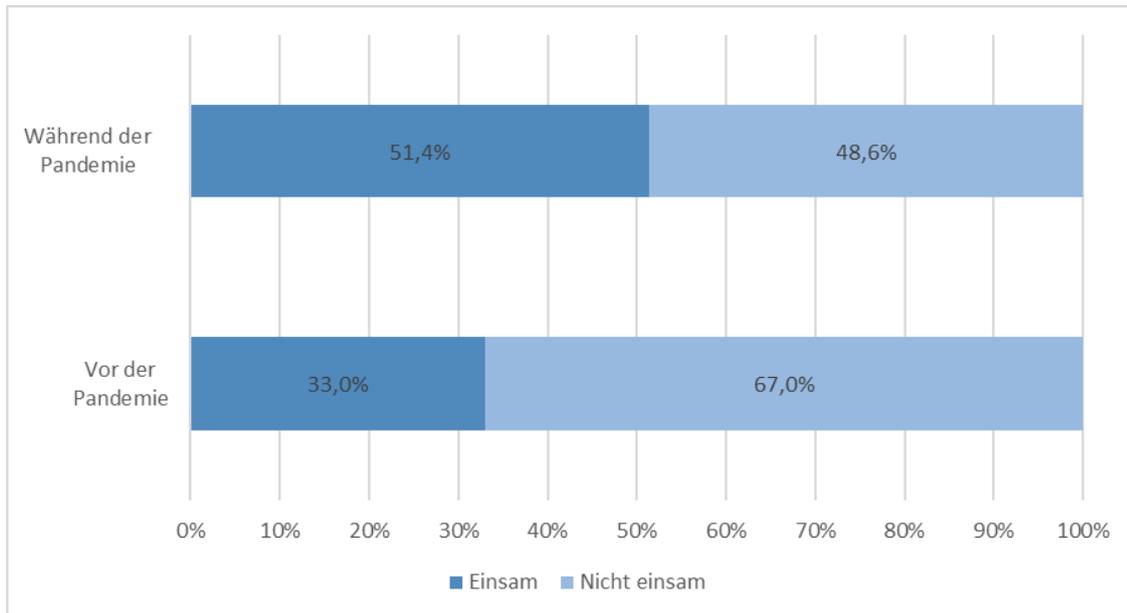


Abbildung 41: Einsamkeit vor (N=1.064) und während (N=1.050) der Pandemie im Vergleich (Summenscore)

5.4.4 Pflegebelastung

Das subjektive Belastungsempfinden wurde mit dem COPE Instrument erhoben (McKee et al. 2003). Es enthält die drei Subskalen Wertschätzung (4 Items), Belastung (7 Items) und Qualität der Unterstützung (4 Items). Die einzelnen Items werden auf einer Viererskala von 4 (immer), 3 (meistens), 2 (manchmal) und 1 (nie) eingeschätzt. Tabelle 3 gibt einen Überblick zur Entwicklung der wahrgenommenen Wertschätzung, Belastung und Qualität der Unterstützung im Vergleich vor und während der Pandemie.

Im Bereich der *Wertschätzung der Pflegerolle* (1-4) zeigt sich einerseits eine auffallende Stabilität dahingehend, die Pflege auch in Corona-Zeiten als eine lohnenswerte Aufgabe zu betrachten. Andererseits sind aber auch hier abnehmende Werte, d. h. eine Verschlechterung zu beobachten, dies insbesondere mit Blick auf die Frage, ob die Befragten mit der Pflege gut zurechtkommen (von 3,26 auf 3,01). Für die Dimension Wertschätzung ist insgesamt eine Verschlechterung zu beobachten (von 12,24 auf 11,8). Zum Vergleich: In der deutschen Teilstudie des Eurofamcare-Projekts liegt dieser Wert bei 12,54 (Kofahl et al. 2007).

Die *Pflegebelastung* (5-11) hat allgemein über alle Dimensionen hinweg zugenommen. Besonders auffällige negative Entwicklungen zeigen sich hier vor allem hinsichtlich der allge-

meinen Anstrengung (von 2,06 auf 2,39), negativer Auswirkungen auf das Verhältnis zu Freunden (von 2,01 auf 2,31) sowie dem Empfinden sich in der Rolle als Pflegende/r gefangen zu fühlen (von 2,23 auf 2,57). Die Belastung insgesamt erhöht sich im Durchschnitt von 13,94 auf 15,73. Zum Vergleich: In der deutschen Teilstudie des Eurofamcare-Projekts liegt dieser Wert mit 13,07 deutlich niedriger (Kofahl et al. 2007).

Tabelle 3: COPE - Wertschätzung und Belastung der pflegenden Angehörigen

Item	Vor der Pandemie	Während der Pandemie
<i>Wertschätzung</i>	MW	MW
(1) Denken Sie, dass Sie mit der Pflege gut zurechtkommen?	3,26	3,01
(2) Finden Sie, dass die Pflege eine lohnenswerte Aufgabe ist	3,14	3,1
(3) Haben Sie ein gutes Verhältnis zu der Person die Sie pflegen?	3,6	3,53
(4) Haben Sie das Gefühl, dass Sie als Pflegende/r Wertschätzung erfahren?	2,24	2,16
<i>Belastung</i>		
(5) Empfinden Sie die Pflege als zu anstrengend?	2,06	2,39
(6) Wirkt sich die Pflege negativ auf das Verhältnis zu Ihren Freunden aus?	2,01	2,31
(7) Hat das Pflegen eine negative Auswirkung auf Ihre körperliche Gesundheit?	2,04	2,27
(8) Haben Sie durch die Pflege Probleme innerhalb der Familie?	1,7	1,86
(9) Haben Sie wegen der Pflege finanzielle Probleme?	1,65	1,85
(10) Fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als pflegender gefangen?	2,23	2,57
(11) Beeinträchtigt die Pflege Ihr seelisches Wohlbefinden?	2,25	2,48
<i>Qualität der Unterstützung</i>		
(12) Fühlen Sie sich von Ihren Freunden und/oder Nachbarn gut unterstützt?	2,26	2,04
(13) Fühlen Sie sich von Ihrer Familie gut unterstützt?	2,85	2,74
(14) Fühlen Sie sich von Pflegediensten und -einrichtungen ausreichend unterstützt?	2,71	2,33
(15) Fühlen Sie sich bei der Pflege insgesamt ausreichend unterstützt?	2,46	2,18
COPE Wertschätzung (4 Items)	12,24	11,8
COPE Belastung (7 Items)	13,94	15,73

Die wahrgenommene *Qualität der Unterstützung* (12-15) hat ebenfalls im Vergleich vor und während der Pandemie, abgenommen, auffällig stark hinsichtlich der Unterstützung durch Pflegedienste und -einrichtungen (von 2,71 auf 2,33).

5.5 Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger in der Corona-virus-Pandemie

Wie die vorstehenden Analysen gezeigt haben, führt die Coronavirus-Pandemie für informelle Pflegepersonen zu erheblichen Belastungssteigerungen und verstärkt bereits vorhandene Vereinbarkeitsprobleme, so dass die Lebensqualität sinkt und sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Es stellt sich daher abschließend die Frage, welche Maßnahmen aus Sicht der Pflegenden geeignet sind, diesen Entwicklungen entgegenzuwirken.

Abbildung 42 zeigt die Bewertung einer Reihe möglicher Maßnahmen durch die Befragten. Fast alle Maßnahmen werden von der Mehrheit der Befragten als „sehr“ oder „etwas“ hilfreich bewertet, lediglich bei der „Tagespflege für Pflegebedürftige an der Arbeitsstätte“ und der „Online-Selbsthilfegruppe“ liegt dieser Anteil knapp unterhalb der 50 %-Marke. Die sieben erstgenannten Maßnahmen werden von der Mehrheit der Befragten sogar als „sehr“ hilfreich eingestuft, wobei die Freistellung von der Erwerbsarbeit mit Lohnfortzahlung und die freie Verwendung des Entlastungsbeitrags die höchsten Werte aufweisen.

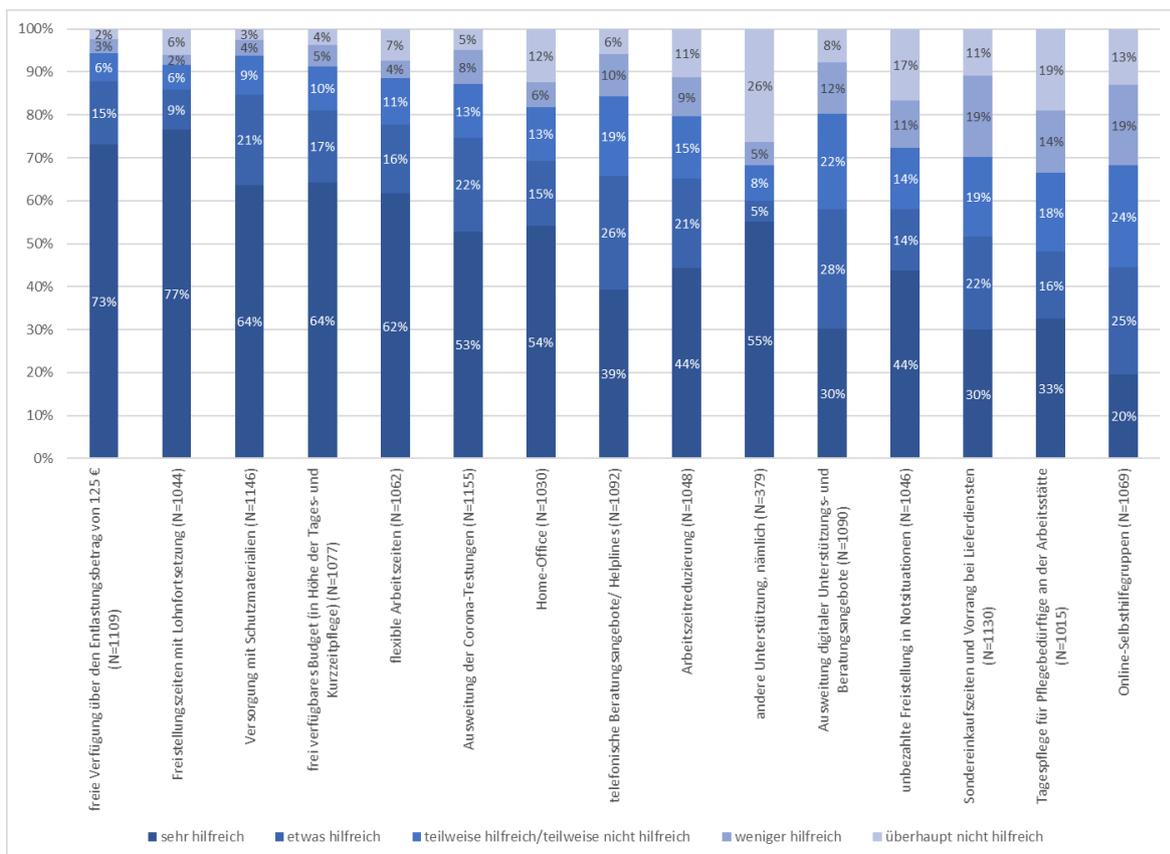


Abbildung 42: Maßnahmen, die bei häuslicher Pflege in Zeiten der Coronavirus-Pandemie helfen

Insgesamt zeigt Abbildung 42 damit, dass es eine ganze Reihe von Maßnahmen gibt, die ergriffen werden könnten und von denen sich die Betroffenen selbst in erheblichem Umfang einer Verbesserung ihrer Situation versprechen.

6 Schlussfolgerungen

In Deutschland wird der Großteil der Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung von informellen Pflegepersonen versorgt. Meist sind diese Pflegepersonen An- und Zugehörige, von denen die Pflege oft zusätzlich zu einer beruflichen Tätigkeit und der Erziehung von eigenen Kindern erfolgt. Die im hier vorliegenden Schnellbericht dargestellte Studie gibt einen vielschichtigen Einblick wie die Coronavirus-Pandemie die Situation von diesen informell Pflegenden und den entsprechenden Pflegebedürftigen verändert hat. Die zugrunde liegenden Daten wurden in den Monaten Juni bis August 2020 gesammelt, sie beziehen sich also auf einen Zeitpunkt, in dem die Pflege in den häuslichen Settings bereits seit 3 bis 4 Monaten wesentlich durch die Coronavirus-Pandemie beeinflusst war. Es können also schon erste übersituative Veränderungen der häuslichen Pflegesituationen beschrieben und es kann so ein Ausgangspunkt für eine längerfristige Beschreibung von Entwicklungsprozessen gelegt werden.

Um solche Veränderungen und Effekte umfassend abzubilden, war es wichtig, auf eine große Anzahl von potenziell Betroffenen als Studienteilnehmer*innen zurückgreifen zu können. Die hierzu angestrebte Stichprobe von mehr als 1.000 befragten informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter wurde durch eine direkte, nicht quotierte Ansprache von Pflegenden über die DAK Gesundheit und den Verein wir pflegen e. V. erschlossen. Generiert wurde hierdurch eine Gelegenheitsstichprobe, die sich durch ihre Konzentration auf Personen im erwerbsfähigen Alter, die häufig eine Mehrfachbelastung durch Pflege, Beruf und Kindererziehung zu bewältigen haben, auszeichnet. Eine Überprüfung der Altersverteilung der studienteilnehmenden Pflegenden weist dabei eine hohe Übereinstimmung der Stichprobe mit den bekannten Daten der Grundgesamtheit auf. Es ist daher möglich, auf Basis der erhobenen Daten erste Schlussfolgerungen für die Situation der informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter abzuleiten.

Allgemein ist die direkte Betroffenheit durch eine Infektion sehr gering. Bisher wurde nur bei einem sehr kleinen Anteil der Befragten und ihrer Gepflegten bereits eine Infektion durch das Corona-Virus diagnostiziert. Jedoch sind die mittelbaren *Belastungen* enorm. Weit mehr als die Hälfte der Befragten hat Sorge, sich mit dem Corona-Virus zu infizieren. Gleichzeitig fühlt sich die Mehrheit der Pflegenden bei den Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Pandemie umgesetzt werden, in ihrer Rolle als Pflegende nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt, obwohl die von zur Bekämpfung der Pandemie ergriffenen Maßnahmen ansonsten Zustimmung finden. An dieser Stelle sind sowohl Politik als auch Gesellschaft aufgefordert,

die Leistungen, die von Pflegenden während der Coronavirus-Pandemie erbracht werden und die Belastungen, denen diese ausgesetzt sind, wahrzunehmen, explizit anzuerkennen und durch geeignete Maßnahmen zu mildern. Hierzu gehört die kontinuierliche – auch aktuell schon vorhandene und empfundene – Wertschätzung der Pflegenden, durch die die Pflegetätigkeit als lohnende Aufgabe markiert wird. Darüber hinaus ist es vor allem erforderlich, die durchwegs als schwieriger und negativer bewerteten Pflegesituationen zu stabilisieren und die Pflegenden zu entlasten.

Die Coronavirus-Pandemie hat einen durchgehend negativen Einfluss auf die *selbsteingeschätzte Gesundheit und die Lebensqualität* der Befragten. Auch fühlen sich deutlich mehr Pflegende seit Einsetzen der Coronavirus-Pandemie einsam und durch die Pflege belastet. Bisher haben diese negativen Entwicklungen noch keine Auswirkungen auf die allgemeine Qualität der Beziehung zur gepflegten Person und darauf, die Pflege allgemein als eine lohnenswerte Aufgabe anzusehen. Bei weiter abnehmender Gesundheit und Lebensqualität besteht jedoch die Gefahr, dass dies mittelfristig nicht so bleibt. Ohne entsprechende professionelle Unterstützungsangebote (Informationsangebote, Nummer gegen Kummer, Telemedizin etc.) wird die dauerhafte (psychische wie körperliche) Überforderung der Pflegepersonen zu einer nachlassenden Versorgungssicherheit in den häuslichen Pflegesettings führen.

Konkret manifestieren sich die angesprochenen Überforderungstendenzen in erhöhten Koordinationsanforderungen, die durch die Doppel- oder gar Dreifachbelastung durch Pflege, Berufstätigkeit und zeitweilige häusliche Betreuung der eigenen Kinder entsteht. So geben zwar jeweils rund 20 % der Befragten an, über mehr oder weniger Zeitressourcen für die Pflege zu verfügen, gleichzeitig ist jedoch für über die Hälfte der Befragten die Pflege zeitlich aufwändiger geworden. Es ist daher also letztlich im Durchschnitt von einer größeren zeitlichen Belastung auszugehen. Durch die Coronavirus-Pandemie erhöhten Mehrfachbelastungen verstärken dabei die Gender-Ungleichheiten weiter. Um dem entgegenzutreten, sind vor allem die lokalen Schul- und Betreuungsstrukturen zu verbessern, so dass eine verlässliche und planbare Verfügbarkeit der eigenen Zeitressourcen – zur Erfüllung der übernommenen Verpflichtungen wie auch zur dringend notwendigen Erholung – möglichst schnell wiederhergestellt werden kann.

Hinzu kommen große Probleme beim Thema *Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*, die sich für über 70 % der Befragten verschlechtert hat. Zwar ist die Mehrheit der Befragten damit zufrieden wie die Arbeitgeber mit der Coronavirus-Pandemie umgehen. Als weitere Verbesserung benannt werden gleichzeitig vor allem die Freistellung zur Pflege mit Lohnfortzahlung

und die freie Verwendung des Entlastungsbeitrags als hilfreiche Maßnahmen zur Entlastung von Pflegenden in der Coronavirus-Pandemie. Zudem bedarf es einer weiteren Sensibilisierung der Arbeitgeber für die Situation informeller Pflegepersonen und ihrer besonderen Schutzbedürfnisse.

7 Literatur

- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubi GJ (2020): The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395 (10227), 912-920.
- De Jong Gierveld J, Van Tilburg T (2010): The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing*. 7(2):121-130. [doi:10.1007/s10433-010-0144-6](https://doi.org/10.1007/s10433-010-0144-6).
- Eggert S, Teubner C, Budnick A, Gellert P, Kuhlmeier A (2020): Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (HRS G.). <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-AngehörigeCOVID19.pdf>.
- Kantar (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). URL : https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflege_beduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Evaluationsbericht_18c_SGB_XI.pdf.
- Kofahl C, Arlt S, Mnich E (2007): „In guten wie in schlechten Zeiten“. Unterschiede und Gemeinsamkeiten von pflegenden Ehepartnern und anderen pflegenden Angehörigen in der deutschen Teilstudie des Projektes EUROFAMCARE. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 20(4), 211–225. [doi: 10.1024/1011-6877.20.4.211](https://doi.org/10.1024/1011-6877.20.4.211).
- McKee KJ, Philp I, Lamura G, et al. The COPE index--a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging Ment Health*. 2003;7(1):39-52. [doi:10.1080/1360786021000006956](https://doi.org/10.1080/1360786021000006956)
- RKI [= Robert Koch Institut] (2020). SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html.
- Röhr S (2020) Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus – Ausbrüchen: ein Rapid Review. *Psychiatrische Praxis*, 47 (4), 179-189.
- Rothgang H, Müller R (2018) BARMER Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. Berlin.
URL: <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf>.
- Rothgang H, Wolf-Ostermann K, Domhoff D, Friedrich AC, Heinze F, Preuss B, Schmidt A, Seibert K, Stolle C (2020a): Care Homes and Covid-19: Results of an Online Survey in Germany. <https://ltccovid.org/2020/07/16/care-homes-and-covid-19-results-of-an-online-survey-in-germany/>.
- Rothgang H, et al. (2020b). Zweiter Zwischenbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB

XI (PeBeM).

<https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/02/2.-Zwischenbericht-Personalbemessung-%C2%A7-113c-SGB-XI.pdf>.

Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019): Erster Bericht.

<https://www.bmfsfj.de/blob/138138/1aac7b66ce0541ce2e48cb12fb962eef/erster-bericht-des-unabhaengigen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf>.

Wolf-Ostermann K, Rothgang H, et al. (2020): Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Bremen. https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Ergebnisbericht_Coronabefragung_Uni-Bremen_24062020.pdf.