



# Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnitts- befragung vollstationärer Pflegeheime

Heinz Rothgang<sup>1,3</sup> , Dominik Domhoff<sup>2,3</sup>, Anna-Carina Friedrich<sup>2,3</sup>,  
Franziska Heinze<sup>1,3</sup>, Benedikt Preuss<sup>1,3</sup>, Annika Schmidt<sup>2,3</sup>, Kathrin Seibert<sup>2,3</sup>,  
Claudia Stolle<sup>2,3</sup>, Karin Wolf-Ostermann<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen

<sup>2</sup>Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen

<sup>3</sup>Wissenschaftsschwerpunkt Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen

**Zusammenfassung:** *Hintergrund:* Pflegebedürftige sind als hoch vulnerable Gruppe von der COVID-19-Pandemie besonders betroffen. Aufgrund ihrer Abhängigkeit von körpernahen Unterstützungsleistungen können Maßnahmen sozialer Distanzierung für sie aber nur sehr eingeschränkt durchgeführt werden. Zudem sind die sozialen und gesundheitlichen Folgen von Kontaktreduktionen für Pflegeheimbewohner\_innen besonders hoch. *Ziele:* Die Studie erhebt die Verbreitung von COVID-19 in Pflegeheimen, die personellen und materiellen Ressourcen der Pflegeheime, den organisatorischen Umgang mit der Situation und die Unterstützungswünsche der Pflegeheime an die Pflegepolitik. *Methode:* Mehr als 7000 Pflegeheime wurden zur Teilnahme an einer Online-Befragung mit quantitativen und qualitativen Elementen eingeladen (Gelegenheitsstichprobe). Bei einem Rücklauf von 11,4% liegen Fragebögen von 824 Heimen vor. Diese Daten wurden deskriptiv ausgewertet. *Ergebnisse:* 824 Pflegeheime nahmen an der Befragung teil. Jedes fünfte Heim hat mindestens einen laborbestätigten Fall von SARS-CoV-2 unter seinen Bewohner\_innen und/oder Beschäftigten. Der anfänglich deutliche Mangel an Schutzausrüstung ist inzwischen zurückgegangen, allerdings müssen die Einrichtungen mit verringerten Personalressourcen einen Corona-bedingten Mehraufwand bewältigen. Pflegeheime haben Außenkontakte in einem Maße reduziert, das nun wieder zurückgefahren werden muss. Unterstützungswünsche der Pflegeheime richten sich auf die Bereitstellung und zusätzliche Finanzierung von Schutzausrüstung und Sachmitteln sowie die systematische und regelmäßige Testung der Pflegekräfte und die Bereitstellung bundeseinheitlicher Handlungsanweisungen. *Schlussfolgerung:* Pflegeheime bedürfen besonderer Aufmerksamkeit, da etwa die Hälfte aller mit COVID-19 Verstorbenen zuvor in Pflegeheimen gelebt haben. Notwendig ist insbesondere die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung mit Schutzausrüstung, die Schulung der Mitarbeitenden und die Durchführung von regelmäßigen Reihentests.

**Schlüsselwörter:** COVID-19, Langzeitpflege, Pflegeheime, Personalsituation, Schutzmaterialien

## Long-term care during the Corona pandemic – Main results from a nationwide online survey in nursing homes in Germany

**Abstract:** *Background:* As a highly vulnerable group, people in need of long-term care are particularly affected by the COVID-19 pandemic. Due to their care-dependency, measures of social distancing can only be carried out to a very limited extent. In addition, the social and health consequences of reduced contacts are particularly high for nursing home residents. *Aim:* The study aims to describe the extent to which nursing homes are affected, the human and material resources of nursing homes, the organizational handling of the situation, and their requests for public support. *Methods:* More than 7,000 nursing homes were invited to participate in an online survey with quantitative and qualitative elements. Data analysis applies descriptive statistics. *Results:* 824 nursing homes participated in the survey. One in five nursing homes has at least one confirmed case of SARS-CoV-2 among its residents and/or employees. The initial lack of protective equipment has now decreased, but the facilities still have to cope with additional corona-related care needs with reduced staff. Nursing homes have banned contacts between residents and relative to an extent that now has to be reduced again. Nursing homes demand the provision and external financing of protective equipment as well as the systematic and regular testing of nursing staff and the provision of uniform guidelines for action throughout Germany. *Conclusions:* As about half of all deceased people with COVID-19 have been living in nursing homes, the support of nursing homes in their attempt to restrict the pandemic requires highest attention.

**Keywords:** COVID-19, long-term care, nursing home care, nursing staff, protective equipment

**Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?**

Obwohl die Hälfte aller mit COVID-19 Verstorbenen Heimbewohner\_innen sind, ist über die Situation in deutschen Pflegeheimen in Bezug auf die Pandemie wenig bekannt.

**Was ist neu?**

Erstmals wird ein Überblick über Prävalenzen in Heimen sowie deren Ressourcen, ihr Umgang mit dem Virus und ihre Wünsche an die Pflegepolitik gegeben.

**Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?**

Um für eine zweite Pandemiewelle gewappnet zu sein, sind Reihentests und eine Verbesserung der Ausstattung mit Schutzmaterialien notwendig.

## Einleitung

Aktuell fordert die COVID-19-Pandemie Gesundheitssysteme weltweit in bisher nicht gekanntem Ausmaß heraus. Zum 5.5.2020 wurden in Deutschland 163820 laborbestätigte COVID-19-Fälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt (RKI, 2020a), darunter 6831 Todesfälle in Zusammenhang mit COVID-19 (RKI, 2020b). Pflegebedürftige Menschen gehören zu den vulnerablen Gruppen, die bei einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus in besonderem Maße von schweren Krankheitsverläufen und einer hohen Mortalität betroffen sind (RKI, 2020c). In einer bundesweiten Online-Befragung wurde daher die Erkrankungs- und Versorgungssituation von Menschen mit Pflegebedarf erfragt. Im vorliegenden Beitrag wird über die Ergebnisse für den stationären Sektor berichtet, in einem weiteren Beitrag in diesem Heft über den ambulanten.

Etwa ein Drittel aller bisher gemeldeten Todesfälle bezieht sich gemäß der vom RKI veröffentlichten Daten auf Gemeinschaftsunterkünfte gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (Pflegeeinrichtungen, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden, sonstige Massenunterkünfte, Justizvollzugsanstalten), wobei dieser Wert aufgrund mangelnder Zuordnungen den tatsächlichen Wert unterschätzt (RKI, 2020b). Da die Daten für diese Gemeinschaftsunterkünfte nicht differenziert erhoben werden, ist der Anteil dieser Todesfälle, die auf Pflegeeinrichtungen entfallen, unbekannt. Aufgrund der jeweiligen Altersstrukturen der Einrichtungspopulationen ist aber davon auszugehen, dass der weitaus größte Anteil dieser Todesfälle auf Pflegeheime entfällt. Ein realistisches Abbild der Situation in Pflegeheimen ist daher von größtem Interesse. In Pflegeheimen arbeiten derzeit rund 765000 Mitarbeitende (Statistisches Bundesamt, 2019), die selbst einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Auch deren Situation bedarf daher einer genaueren Untersuchung.

Die COVID-19-Pandemie stellt stationäre Pflegeeinrichtungen vor bislang einzigartige Herausforderungen. Die Personalsituation in stationären Pflegeeinrichtungen war bereits vor der Pandemie angespannt. So wurde für eine durchschnittliche Einrichtung ein Personalmehr-

bedarf von insgesamt mehr als einem Drittel konstatiert (Rothgang, 2020; Rothgang et al., 2020). Dieser Personalmangel wird durch den Ausbruch der Pandemie weiter verschärft: Zum einen müssen Personalausfälle durch die Pandemie kompensiert werden und zum anderen führt die Umsetzung der Handlungsempfehlungen des RKI (2020c) zum Umgang mit dem Virus zu einem weiteren Arbeitsanfall. Unter diesen Rahmenbedingungen eine qualitativ hochwertige Versorgung von Heimbewohner\_innen sicherzustellen und ihrer Fürsorgepflicht für Beschäftigte gerecht zu werden, stellt Heimleitungen vor große Herausforderungen. Es ist daher notwendig, eine valide Datenbasis zur Verbreitung der Pandemie in den Einrichtungen, zum Umgang der Pflegeheime mit der Situation und zu den Unterstützungsbedarfen der Einrichtungen zu schaffen, um es Leistungserbringern aber auch politischen Akteuren zu ermöglichen, auf aktuelle Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe von Pflegeeinrichtungen aufgrund der Pandemie organisatorisch und administrativ zu reagieren. Dies ist umso wichtiger, als die Krisensituation vermutlich noch eine längere Zeit bis zur Verfügbarkeit eines Impfstoffes anhalten wird. Hierzu beizutragen ist das Ziel der Umfrage, über die hier berichtet wird.

## Fragestellungen und Ziele

Ziel der Studie ist es,

- die Verbreitung des Virus in Pflegeheimen und die Zahl der mit COVID-19 Verstorbenen zum Erhebungszeitpunkt Anfang Mai 2020 darzustellen,
- die personellen und materiellen Ressourcen der Heime bzw. deren Mangel zu beschreiben,
- den organisatorischen Umgang mit der Situation zu erhellen und
- die Unterstützungswünsche der Pflegeheime an die Politik zu skizzieren.

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

## Methode und Material

### Studiendesign

Die vorliegende Studie ist eine Querschnittstudie, die durch die Universität Bremen vom 28. April bis zum 12. Mai 2020 deutschlandweit in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurde. Eingesetzt wurde ein im Rahmen dieser Studie entwickelter Online-Fragebogen, der durch entsprechende Filterführung erreicht hat, dass für ambulante und stationäre Einrichtungen nur die

jeweiligen Fragen aufgerufen wurden (vgl. für weitere Details des Fragebogens und der Erhebung auch Wolf-Ostermann et al., 2020). Die Items der Onlinebefragung generieren sich aus projektinternen Literaturrecherchen und Vorarbeiten des Studienteams, die Beantwortungszeit betrug ca. 20 Minuten. Der Fragebogen enthält sowohl geschlossene Fragen (Einfach- oder Mehrfachauswahl) als auch offene Fragen (Freitextformat). Neben Strukturmerkmalen der Einrichtungen beinhaltet der Fragebogen u.a. Fragenkomplexe zum Vorkommen des SARS-CoV-2-Virus in den Einrichtungen, Auswirkungen der Pandemie z.B. in Bezug auf personelle und sachliche Ausstattung, aber auch zu veränderten Arbeitsprozessen und Kommunikationsstrukturen. Zudem wurde den Befragten die Gelegenheit gegeben, ihre Wünsche an die Politik zu äußern. Nach Genehmigung des Datenschutzkonzepts durch die Rechtsstelle der Universität wurde der Befragungslink an eine Gelegenheitsstichprobe von 7723 Pflegeheimen versandt. Zusätzlich haben Einrichtungsverbände ihre Mitglieder angeschrieben, um sie zu einer Teilnahme zu motivieren.

## 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 Einrichtung jeweils nur für dieses Item aus der Auswertung ausgeschlossen. Gleiches gilt für den Fragebogen eines Trägers, der für mehrere Einrichtungen geantwortet hat und dessen Ergebnisse immer dann ausgeschlossen wurden, wenn es darum geht, die Anzahl der Einrichtungen zu zählen. Das für die Prozentberechnung verwendete  $N$  der berücksichtigten, gültigen Fälle wird deshalb bei der Ergebnisdarstellung individuell angegeben. Angaben von absoluten Häufigkeiten werden mit  $n$  gekennzeichnet. Die Auswertung erfolgte deskriptiv unter Verwendung von Häufigkeiten, Mittelwerten, Medianen und Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests (nominales Signifikanzniveau  $\alpha = 0,05$ ). Die in Freitexten gegebenen Antworten wurden zusammenfassend inhaltsanalytisch gebündelt und in ein Kategoriensystem überführt. Alle statistischen Auswertungen wurden mit der Software SAS Version 9.4 durchgeführt.

## Ergebnisse

### Beschreibung der Stichprobe

Für die Auswertung stehen Fragebögen von insgesamt 824 Pflegeheimen zur Verfügung, in denen zum Zeitpunkt der Befragung 64772 Bewohner\_innen lebten. Bezogen auf die

initial angeschriebenen 7223 Einrichtungen entspricht das einem Rücklauf von mehr als 10 %. Die Fragebögen wurden dabei in drei von vier Fällen von der Einrichtungsleitung bearbeitet und in einem von vier Fällen von der Pflegedienstleitung (PDL). Die Einrichtungen in der Stichprobe sind im Durchschnitt etwas größer als der Bundesdurchschnitt (siehe Tab. 1). Zudem sind öffentliche Einrichtungen leicht überrepräsentiert. Alle Bundesländer sind vertreten. Insgesamt unterscheidet sich die Stichprobe in Bezug auf die Einrichtungsgröße und die Trägerschaft nicht entscheidend von der bundesdeutschen Verteilung.

Die durchschnittliche Platz- und Bewohner\_innenzahl in der Stichprobe übersteigt die der amtlichen Statistik um rund 15 %. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass in der amtlichen Statistik ausschließlich vollstationäre Dauerpflegeplätze einbezogen werden, in der Stichprobe aber auch Kurzzeitpflegeplätze und/oder Tages- und Nachtpflegeplätze erfasst worden sind. Dementsprechend ist auch die größere Anzahl der Mitarbeitenden und Pflegekräfte in der Stichprobe damit zu erklären, dass hier – anders als in der amtlichen Statistik – teilstationäre Einrichtungen, die für gewöhnlich kleiner als vollstationäre Einrichtungen sind, nicht einbezogen sind. Zwar sind die Heime in öffentlicher Trägerschaft erkennbar überrepräsentiert, jedoch ist ihr Anteil letztlich zu gering, um relevante Verzerrungen zu erzeugen (siehe Tab. 1).

Wichtiger noch ist, inwieweit die Stichprobe in Bezug auf die Verbreitung des Virus in den Heimen verzerrt ist. Hierzu können die (hochgerechneten) Werte<sup>1</sup> mit den Angaben aus dem RKI-Lagebericht zum 5. Mai zu den Gemeinschaftsunterkünften gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) verglichen werden. Das Datum 5. Mai 2020 wurde gewählt, weil zu diesem Zeitpunkt die Hälfte der hier berücksichtigten Fragebögen ausgefüllt war. Dabei ist zu beachten, dass dem RKI zum Zeitpunkt der Berichterlegung bei 36 % der Fälle noch Angaben zu Betreuung, Unterbringung und Tätigkeit fehlten, so dass „die Anteile der Fälle mit einer Betreuung, Unterbringung oder Tätigkeit in den einzelnen Einrichtungen als Mindestangaben zu verstehen“ sind (RKI, 2020b, S.7). Wird unterstellt, dass der Anteil der Menschen in Gemeinschaftsunterkünften bei den fehlenden Fällen gleich hoch ist, müssten die in der Tabelle angegebenen Fallzahlen für die amtliche Statistik um 59 % erhöht werden. Die hochgerechneten Stichprobenwerte zur Zahl der Verstorbenen liegen dann sogar noch unter denen der amtlichen Statistik.

### Verbreitung von SARS-CoV-2 in Pflegeheimen

In 49 der befragten Einrichtungen (6,4 %) waren Todesfälle mit COVID-19 unter den Bewohner\_innen zu verzeichnen und zwar im arithmetischen Mittel 5,3 ( $N = 47$ ;

<sup>1</sup> Als Hochrechnungsfaktoren wurden der Quotient aus der Anzahl der (vollstationären) Heimbewohner\_innen bzw. Mitarbeitenden wie er in der Pflegestatistik zum Dezember 2017 erhoben wurde (Statistisches Bundesamt, 2018, S.34f.) und aus der Stichprobe verwendet. Die Hochrechnungsfaktoren sind  $819956/68956 = 11,867$  für die Bewohner\_innen bzw.  $764648/71694 = 10,655$  für die Mitarbeitenden.

**Tabelle 1.** Vergleich der Studienergebnisse und der amtlichen Statistik

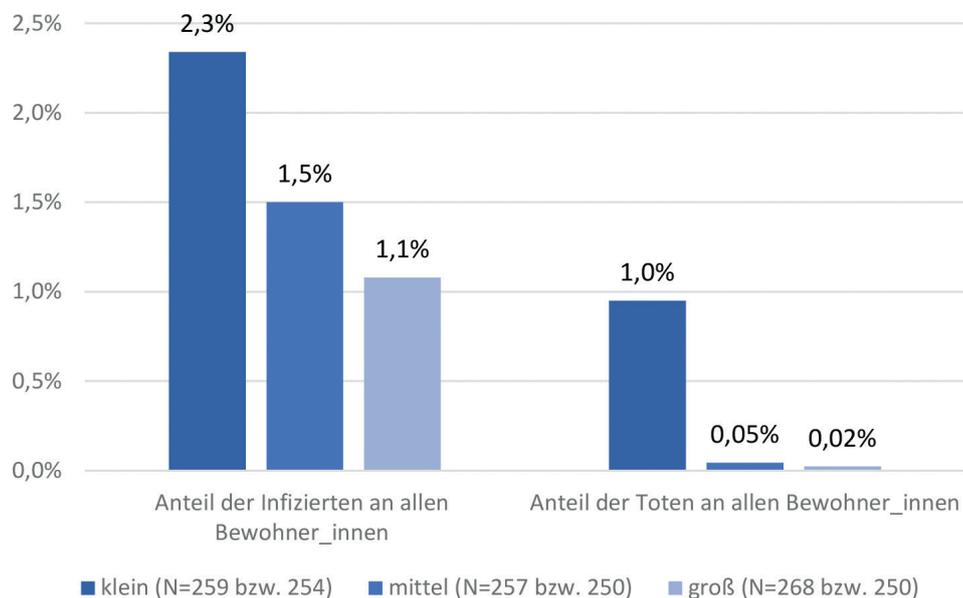
Merkmal	Studienergebnis	Amtliche Statistik	
	Stichprobe (N)	Pflegestatistik	
Einrichtunggröße (Mittelwert)			
Zahl der Plätze	90,6 (N = 782)	78,0	
Bewohner_innen	83,7 (N = 774)	70,5	
Mitarbeitende (Mittelwert)			
Personenzahl	87,0 (N = 774)	52,8	
Vollzeitäquivalente	50,7 (N = 707)	38,2	
Pflegekräfte (Mittelwert)			
Personenzahl	50,8 (N = 734)	38,4	
Vollzeitäquivalente	33,0 (N = 687)	28,9	
Trägerschaft			
öffentlich	11,0% (N = 89)	5,3%	
freigemeinnützig	53,4% (N = 431)	53,6%	
privat	35,6% (N = 287)	41,1%	
	Stichprobe	Hochrechnung	RKI-Statistik
infizierte Bewohner_innen	960	11 391	12 675
verstorbene Bewohner_innen	282	3345	2473
genesene Bewohner_innen	477	5656	7000
infizierte Mitarbeitende	833	8887	7458
genesene Mitarbeitende	560	5973	6300

Anmerkung: Vergleichsquellen der amtlichen Statistik: RKI, 2020b; Statistisches Bundesamt, 2019.

Median = 3,0). Bei einem Viertel dieser Einrichtungen lag die Zahl der Todesfälle mit COVID-19 bei mindestens 8 und verweist damit auf die Gefahren, die mit der Ausbreitung von COVID-19 in einem Pflegeheim verbunden sind.

Einrichtungen sind aber auch durch bestätigte SARS-CoV-2-Fälle oder Verdachtsfälle betroffen. Tabelle 2 differenziert die Einrichtungen entsprechend. Berücksichtigt sind die 765 Pflegeheime, die Angaben zur Zahl der bestä-

tigten Fälle und der Verdachtsfälle sowohl zu den Bewohner\_innen als auch zu den Mitarbeitenden gemacht haben. 78,2% der Einrichtungen haben keine bestätigten SARS-CoV-2-Fälle und 54,8% weder einen bestätigten noch einen Verdachtsfall unter den Bewohner\_innen und/oder den Mitarbeitenden. Die Betroffenheit von Bewohner\_innen und Mitarbeitenden vom Virus sind dabei nicht unabhängig voneinander (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest,  $p < 0,001$ ). Nur eine Minderheit der

**Abbildung 1.** Anteil der Infizierten und mit COVID-19 Verstorbenen nach Einrichtunggröße.

**Tabelle 2.** Von COVID-19 betroffene Bewohner\_innen und Mitarbeitende

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

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

Einrichtungen hat SARS-CoV-2-Fälle, diese Einrichtung dann aber häufig viele Fälle. So weist gut ein Drittel der Einrichtungen mit Fällen genau einen laborbestätigten Fall aus, ein weiteres Drittel zwei bis zehn Fälle und das letzte Drittel mehr als zehn Fälle, mit einem Maximum von 48 Fällen. 81% der infizierten Bewohner\_innen leben in Einrichtungen mit mehr als zehn laborbestätigten infizierten Bewohner\_innen. Nur bei knapp der Hälfte (47,3%, N = 81) der positiv getesteten Bewohner\_innen und knapp zwei Dritteln (61,3%, N = 117) der positiv getesteten Mitarbeitenden dieser Einrichtungen werden für COVID-19 typische Symptome berichtet.

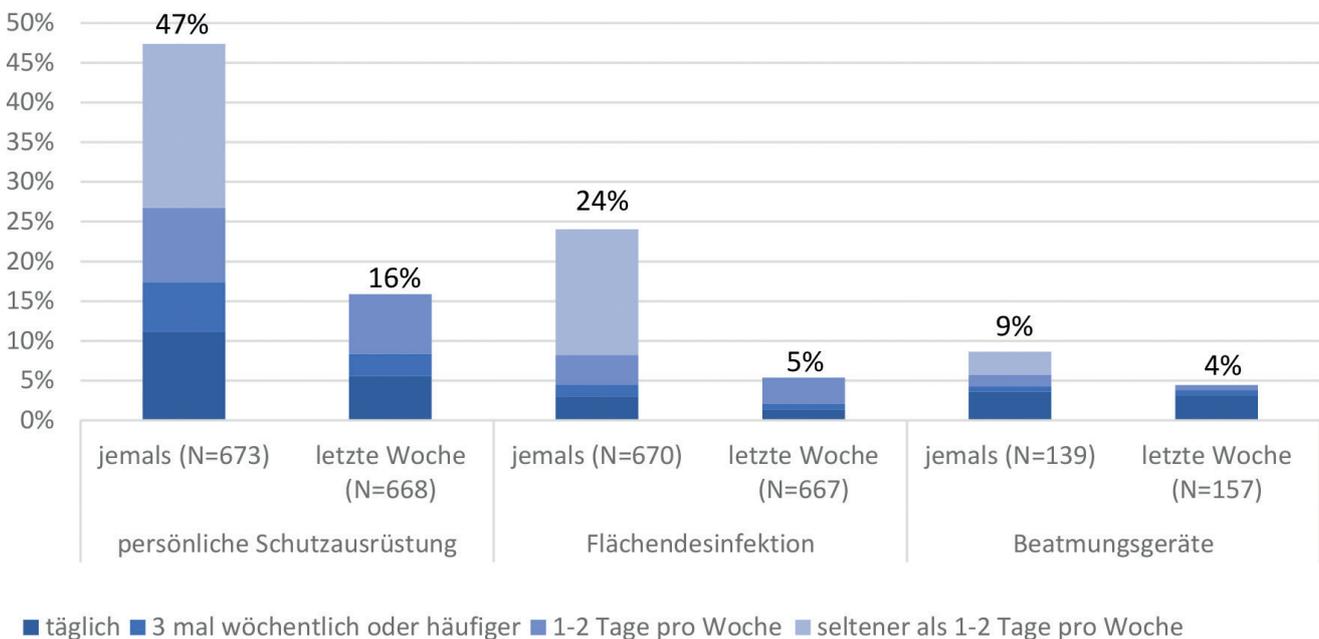
Werden die teilnehmenden Einrichtungen nach der Einrichtunggröße in drei gleich stark besetzte Gruppen unterteilt („kleine“ Einrichtungen haben 1–66 Bewohner\_innen, „mittlere“ 67–93 und „große“ mehr als 93), zeigt sich, dass kleine Einrichtungen einen deutlich höheren Anteil an Infizierten und Toten aufweisen (siehe Abb. 1).

### Personelle und materielle Ressourcen

Die Pandemie stellt die Pflegeheime vor erhebliche Herausforderungen. So berichten 71% der Einrichtungen (N = 732), dass sie aufgrund von COVID-19 Personalaus-

fälle zu verzeichnen haben – allerdings überwiegend in begrenztem Ausmaß. Nur 16% berichten Ausfälle von mehr als 10% des Personals. Bei den Einrichtungen, die stärker von der Pandemie betroffen sind, sind die Effekte allerdings ausgeprägter. Entsprechend des Medians des infizierten Bewohner\_innenanteils (4,7%) wurden die Einrichtungen mit infizierten Fällen unter den Bewohner\_innen in stärker und schwächer betroffene Einrichtungen eingeteilt. Daneben gibt es als dritte Gruppe die Einrichtungen ohne bestätigten SARS-CoV-2-Fall unter den Bewohner\_innen. Auf diese Dreiteilung wird im Folgenden verschiedentlich Bezug genommen. Dabei geben 75% der 40 stärker betroffenen Einrichtungen, die hierzu Angaben gemacht haben, einen Personalausfall von über 10% an, 28% sogar einen Personalausfall von mehr als 30%. Ein Personalausfall von einem Drittel und mehr (letzte erfasste, rechtsoffene Klasse) ist für Pflegeeinrichtungen substantiell.

Gleichzeitig können aufgrund zusätzlicher Hygienemaßnahmen, aus Gründen des Infektionsschutzes, des Wegfalls ehrenamtlicher Hilfspersonen (s. u.) etc. zeitliche Mehraufwände für Pflegekräfte entstehen. 75% der Einrichtungen (N = 649) geben an, dass Mehraufwände entstehen. Dabei steigt dieser Anteil von 73,9% (N = 574) in Einrichtungen ohne Bewohner\_innen mit bestätigter Infektion über 80,0% (N = 40) in weniger stark betroffenen



**Abbildung 2.** Mangel an Ausrüstungsgegenständen.

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000760 - Friday, October 30, 2020 2:36:14 AM - IP Address: 88.130.56.185

auf 93,9 % (N = 33) in stärker betroffenen Einrichtungen. Zum Mehraufwand in Minuten pro Schicht und Pflegekraft liegen Daten von 477 Einrichtungen vor. Für diese Einrichtungen belaufen sich die Mehraufwände im Durchschnitt auf 61,7 Minuten pro Pflegekraft und Schicht, der Median liegt bei 50 Minuten.

Wie Abbildung 2 zeigt, sind Mängel an persönlicher Schutzausrüstung größer als die an Desinfektionsmitteln zur Flächendesinfektion und diese wiederum größer als die an Beatmungsgeräten. Insbesondere bezüglich der Beatmungsgeräte ist der Anteil der Einrichtungen, die diesen Ausrüstungsgegenstand nicht benötigen und die Frage daher mit „nicht zutreffend“ beantworten, mit n = 518 besonders hoch. Erkennbar ist auch, dass der Anteil der Einrichtungen, der jemals einen Mangel an Ausrüstungsgegenständen empfunden hat, deutlich größer ist, als der Anteil derer, die aktuell einen Mangel empfinden. Inzwischen sind somit viele Engpässe behoben. Dennoch geben 16 % der Einrichtungen an, auch aktuell (Stand: Mai 2020) nicht über genügend Schutzausrüstung für Mitarbeitende zu verfügen und immerhin noch 5 % bzw. 4 % der Einrichtungen beklagen dies in Bezug auf Flächendesinfektion und Beatmungsgeräte.

## Umgang mit dem Virus

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

30,7 % der Einrichtungen mit bestätigten SARS-CoV-2-Fällen unter den Bewohner\_innen haben aufgrund dessen (zumindest) einzelne Bereiche ihrer Einrichtung geschlossen (N = 88). Der Unterschied zwischen weniger und stärker von Infektionen betroffenen Einrichtungen ist dabei gering (28,3 %, N = 46 vs. 30,8 %, N = 39). 49,1 % der Einrichtungen (N = 793), haben zum Befragungszeitpunkt einen Aufnahmestopp. Dabei schließen stärker und weniger stark betroffene Heime eher als Einrichtungen ohne Fälle unter den Bewohner\_innen (81,0 %, N = 42 vs. 58,7 %, N = 46 vs. 46,2 %, N = 649).

Zum Befragungszeitpunkt haben 87,6 % der Einrichtungen (N = 659) den Ehrenamtlichen den Zutritt zur Einrichtung verboten oder diesen zumindest stark eingeschränkt. Nur in 12 Einrichtungen (1,8 %) verläuft der Umgang mit Ehrenamtlichen überwiegend wie vor der Pandemie. Zugangsbeschränkungen für externe Dienstleister (wie z.B.

Fußpflege) wurden ebenfalls durchgängig verhängt. 37,1 % der Einrichtungen (N = 711) gewähren keinerlei Zugriff, während 60,6 % den Zugang in Ausnahmen ermöglichen. Bei den stärker betroffenen Einrichtungen erhöht sich der Anteil derer, die keinen Zugang gewähren, sogar auf 56 % (N = 39). Auch bei den externen Leistungserbringern (z. B. ärztliche Versorgung, Physiotherapie) ist der Anteil der Einrichtungen, die uneingeschränkten Zutritt gewähren, gering (5,7 %, N = 707). Gut ein Viertel (27,7 %) der Einrichtungen gewährt keinen Zugang, zwei Drittel (66,6 %) gewähren Zugang in Ausnahmen. Bei den stärker betroffenen Einrichtungen steigt der Anteil derer, die keinen Zugang gewähren, sogar bis auf 38,5 % (n = 39). Noch stärker ist das Besuchsrecht eingeschränkt: Mehr als die Hälfte der Einrichtungen (56,4 %, N = 714) gewähren keinen Zugang, die übrigen Heime gewähren Zugang nur in Ausnahmen – weitgehend unabhängig davon, wie stark die Einrichtung betroffen ist. Keine Einrichtung erlaubt uneingeschränkten Zugang für Besucher\_innen.

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

Fast alle Einrichtungen (98,7 %, N = 699) haben in der Einrichtung Maßnahmen zur Kontaktreduktion (z.B. die Reduktion von Teamsitzungen) innerhalb der Einrichtung umgesetzt, und 96,1 % (N = 749) geben an, dass ein Krisenteam eingerichtet wurde.

Knapp zwei Drittel der Heime (61,7 %, N = 738) gaben an, vor der COVID-19-Pandemie nicht speziell auf den Umgang mit einer Pandemie vorbereitet worden zu sein – auch nicht im Rahmen von Ausbildung (88,9 %), Studium (95,1 %) oder Fortbildung (72,0 %). 90,7 % der Einrichtungen (N = 688) haben Schulungen zu den Themen Schutzbekleidung, spezielle Hygieneeinweisungen und Umgang mit hoch infektiösen Bewohner\_innen durchgeführt, überwiegend (62,1 %, N = 688) in einem Umfang von bis zu zwei Stunden. Der Anteil der Einrichtungen ohne Schulungen liegt bei den stärker betroffenen Einrichtungen mit 21,1 % (N = 38) aber mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt aller Einrichtungen (9,3 %, N = 688). Das vom RKI (2020c) für Pflegeheime empfohlene klinische Monitoring wird von zwei Dritteln der Einrichtungen (64 %, N = 691) für alle Bewohner\_innen und von weiteren 19 % für einen Teil der Bewohner\_innen durchgeführt. Immerhin 14 % aller Einrichtungen führen es aber nicht durch und haben auch nicht vor, es einzuführen. Dieser Anteilswert ist bei den Einrichtungen ohne COVID-19-Fälle noch etwas höher (16 %, N = 607), wogegen keine der stärker betroffenen Einrichtungen darauf verzichtet und 79 % der stärker betroffenen Einrichtungen alle Bewohner\_innen einbeziehen (N = 39).

Fast alle Einrichtungen (97,0 %, N = 700) haben Abwesenheitsregelungen für Mitarbeitende mit für COVID-19

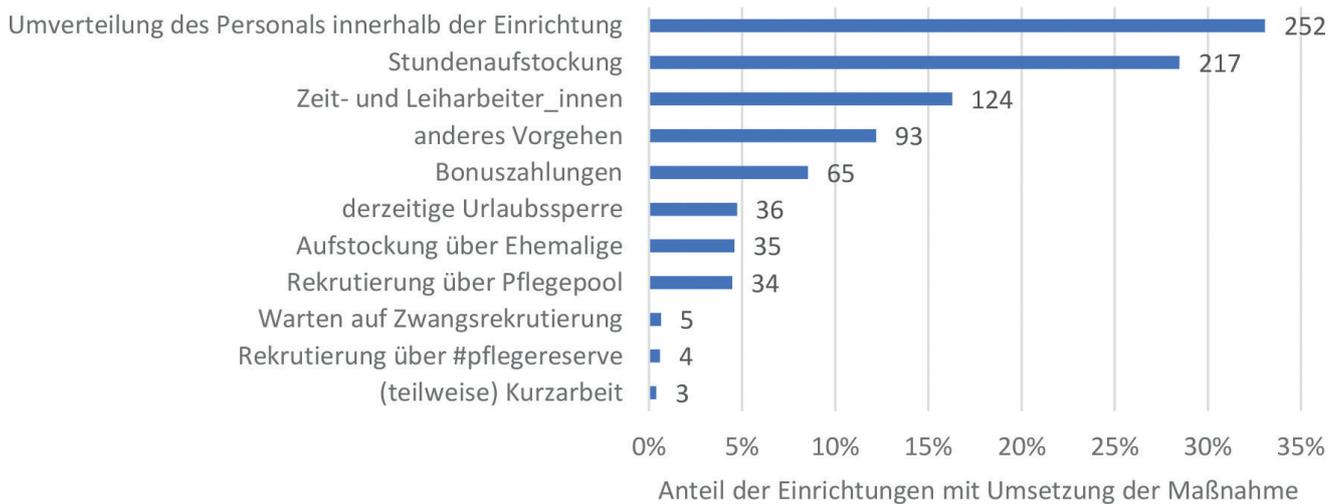


Abbildung 3. Maßnahmen zum Umgang mit Personalknappheit (N = 762). Mehrfachnennungen waren bei der Beantwortung der Frage möglich.

typischen Symptomen, allerdings nur 39,7% (N = 604) für Mitarbeitende aus Risikogruppen.

39,5% der Pflegeheime (N = 762) müssen keine Corona-bedingten Veränderungen des Personalmanagements vornehmen. Werden Veränderungen durchgeführt, dann vor allem durch einrichtungsinterne Maßnahmen wie die Umverteilung des Stammpersonals innerhalb der Einrichtung (33,1%) und Stundenaufstockung (28,5%). Jede sechste Einrichtung (16,3%) greift zudem auf Zeit- und Leiharbeiter\_innen zurück. Die Initiative #pflegereserve<sup>2</sup> spielt dagegen praktisch keine Rolle (siehe Abb. 3).

## Forderungen an die Pflegepolitik

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

Von einer Liste möglicher extern zu finanzierender Maßnahmen, um die Heime bei der Bewältigung der Krise zu unterstützen, fanden in Bezug auf das Personalmanagement insbesondere Corona-Prämien für Pflegekräfte und Prämien für Berufsrückkehrer hohe Zustimmung (Zustimmungsraten von 85,4% und 64,0%). Wie Abbildung 4 weiterhin zeigt, sind die Zustimmungswerte für alle genannten Maßnahmen des Krisenmanagements sogar noch deutlich höher und liegen selbst bei dem Vorschlag mit der niedrigsten Zustimmung immer noch bei mehr als 81%.

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

## Diskussion

Die vorliegende Studie liefert erstmalig während der aktuellen COVID-19-Pandemie einen Überblick zu Situation von Pflegeheimen in Deutschland und zeigt, dass Pflegeheime massiv von Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zum Erhebungszeitpunkt Anfang Mai 2020 betroffen waren. Die Stichprobe der Studie basiert dabei auf einer Gelegenheitsstichprobe von 824 vollstationären Pflegeeinrichtungen und ist nicht zwingend repräsentativ (siehe Limitationen).

Basierend auf Daten aus 26 Ländern mit entsprechenden Angaben errechnen Comas-Herrera et al. (2020) einen durchschnittlichen Anteil der Heimbewohner\_innen unter den Verstorbenen von 47%. Zu ähnlichen Werten kommt auch das ECDC Public Health Emergency Team et al. (2020), das Daten aus Belgien, Deutschland, England und Wales, Frankreich, Irland, den Niederlanden, Norwegen, Schweden und Spanien analysiert.

Für Deutschland weist das RKI seit dem 20. April in seinem täglichen Lagebericht die auf Bewohner\_innen und Mitarbeitenden von Gemeinschaftsunterkünften nach § 36 IfSG entfallene Zahl der (laborbestätigt) Infizierten und seit dem 29. April auch die der Verstorbenen mit COVID-19 aus. Der Anteil der Verstorbenen, der auf Bewohner\_innen von Gemeinschaftsunterkünften entfällt,

<sup>2</sup> Die Initiative #pflegereserve zielt darauf ab, ausgebildete Pflegekräfte, die nicht mehr in ihrem Beruf tätig sind, aber bereit dazu wären, während der Pandemie temporär in diesem Beruf zu arbeiten, mit Einrichtungen in Kontakt zu bringen, bei denen Corona-bedingt eine Mangelversorgung auftritt (Bertelsmann Stiftung, 2020).

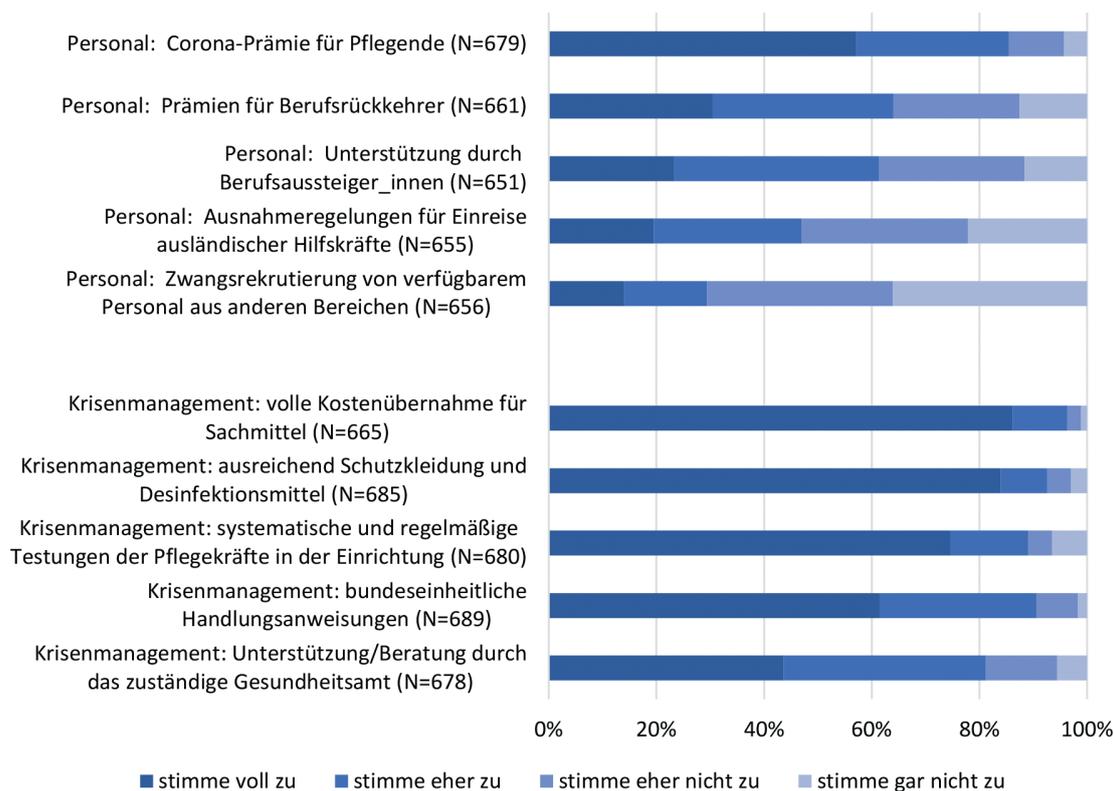


Abbildung 4. Unterstützungswünsche von Pflegeheimen in Bezug auf Personal- und Krisenmanagement.

ist dabei von 34,8% am 29. April auf 39,3% am 25. Juni angestiegen. Dabei ist ein großer Teil der Infizierten und Verstorbenen in Bezug auf das Merkmal „Gemeinschaftsunterkünfte“ nicht klassifiziert, sodass diese Werte eine Untergrenze darstellen. Werden die Ergebnisse dieser Befragung auf Deutschland hochgerechnet, ergibt sich sogar ein Anteilswert von knapp 50% an den Verstorbenen (siehe Tab. 1), der dem anderer Länder entspricht. Der Anteil der mit COVID-19 Verstorbenen an der Bevölkerung ist damit zwar um ein Vielfaches geringer als in den genannten Ländern, der Anteil der Heimbewohner\_innen an den Verstorbenen ist aber ähnlich hoch, und der Heimsektor das zentrale Setting, wenn es darum geht, die Zahl der mit COVID-19 Verstorbenen zu begrenzen.

## Verbreitung von SARS-CoV-2 in Pflegeheimen

Wie die Ergebnisse der Erhebung zeigen, konzentriert sich die Infektion mit SARS-CoV-2 derzeit auf wenige Einrichtungen, die dann aber häufig viele Fälle aufweisen. Bei einer solchen Häufung von Infektionen liegt die Vermutung nahe, dass das Virus auch in der Einrichtung weitergegeben wird. Dies gilt umso mehr, als unter den Einrichtungen mit einer geringen Zahl an Infizierten auch solche sind, bei denen ein möglicher Ausbruch erst am Anfang steht.

Zudem gelingt es anscheinend besser, ein Übergreifen der Infektion von Mitarbeitenden auf Bewohner\_innen zu verhindern, als umgekehrt. Die knapp 9000 infizierten Mitarbeitenden von Pflegeheimen, die sich aus der Hoch-

rechnung der Stichprobe ergeben (siehe Tab. 1), unterstreichen zudem das beträchtliche Infektionsrisiko, dem sich Beschäftigte von Pflegeheimen ausgesetzt sehen. Bezogen auf die rund Dreiviertelmillion Beschäftigte in Pflegeheimen, die in der Pflegestatistik für Dezember 2017 ausgewiesen sind (Statistisches Bundesamt, 2018), entspricht dies einem Anteilswert, der rund sechsmal so hoch ist wie in der Gesamtbevölkerung.

Die Datenanalyse gibt außerdem deutliche Hinweise darauf, dass der Anteil der Infizierten und der Anteil der Verstorbenen unter den Bewohner\_innen kleinerer Einrichtungen deutlich höher ist als in mittleren und größeren (siehe Abb. 1). Dies ist ein Indiz dafür, dass kleinere Einrichtungen größere Probleme haben, sich auf die neuen Herausforderungen durch das SARS-CoV-2-Virus einzustellen und in noch höherem Maße der Hilfe von außen bedürfen.

## Personelle und materielle Ressourcen

Die Coronavirus-bedingten Personalausfälle führen in Verbindung mit den Pandemie-induzierten Mehraufwänden zu einer deutlich gesteigerten Belastung der Mitarbeitenden – und dies in einem Beruf, der bereits durch hohe Arbeitsbelastungen (Schmucker, 2020) und eine niedrige Personalausstattung (Rothgang et al., 2020) gekennzeichnet ist.

Ändern sich die Rahmenbedingungen nicht, droht daher mittelfristig eine Überforderung der Pflegeheimmitarbeitenden (vgl. hierzu auch Begerow & Gaidys, 2020) und damit eine Gefährdung der Versorgung.

Dass immer noch ein Sechstel der Einrichtungen über einen Mangel an persönlichen Schutzausrüstungen klagt, muss insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Anteile infizierter Heimmitarbeitenden und angesichts dessen, dass hinreichende Schutzmaterialien eine notwendige Voraussetzung für den Schutz von Personal und Bewohner\_innen sind (Wasserman et al., 2020), ernst genommen werden und dazu führen, dass auch die noch verbleibenden Lücken geschlossen werden.

## Umgang mit dem Virus

Die allermeisten Einrichtungen haben die RKI-Empfehlungen zu Abwesenheitsregelungen bei Heimpersonal mit Symptomen und zum klinischen Monitoring umgesetzt. Abwesenheitsregelungen für Beschäftigte aus Risikogruppen gibt es dagegen nur in einer Minderheit der Heime. Das kann Personalengpässe reflektieren und ist daher kurzfristig verständlich. Mittel- und langfristig sind Personalregelungen, bei denen Beschäftigte aus Risikogruppen verstärkt bewohnerfern eingesetzt werden, sicherlich wünschenswert. Schulungen zu Hygienemaßnahmen sind als Instrument zur Eindämmung der Pandemie besonders wichtig (Dosa, Jump, LaPlante & Gravenstein, 2020). Einrichtungen und deren Mitarbeitende wurden in Deutschland jedoch nicht gezielt auf eine Pandemie geschult, so dass die Notwendigkeit besteht, dies nunmehr im laufenden Betrieb nachzuholen. Bemerkenswert ist dabei, dass der Anteil der Einrichtungen, die auf eine solche Schulung verzichtet haben, unter den Heimen, die stärker von COVID-19 betroffen sind, um ein Mehrfaches höher liegt. Das kann als Hinweis darauf angesehen werden, dass derartige Schulungen effektiv sind.

Internationale Studien zeigen, dass die Mehrheit der positiven Bewohner\_innen in Pflegeheimen asymptomatische Verläufe haben (Comas-Herrera, 2020). Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die asymptomatische Ausbreitung von COVID-19 durch Mitarbeitende und Bewohner\_innen als Hauptbeschleuniger der Infektion gilt (Wasserman et al., 2020). Aus diesem Grund wird eine regelmäßige Testung von Bewohner\_innen und Mitarbeitenden unabhängig vom Auftreten von Symptomen empfohlen (Comas-Herrera, 2020; Wasserman et al., 2020). Auch bei unserer Befragung zeigt sich die Bedeutung der asymptomatischen Verläufe (s. o.) und damit auch die Notwendigkeit häufigerer Testung. Die Testergebnisse liegen im Durchschnitt erst nach 3–4 Tagen vor. Angesichts der zentralen Bedeutung von Pflegeheimen für das Pandemiegeschehen und dabei insbesondere für die Fälle mit schweren Verläufen ist dies unbefriedigend. Dass kürzere Zeitabstände möglich sind, zeigt sich bei Mitarbeitenden von Heimen, die stärker betroffen sind. Hier kann eine Prioritätensetzung vermutet werden, die auf alle Heime ausgedehnt werden sollte, da diese ein Hotspot von COVID-19-Fällen mit schwerem Verlauf sind. Da die Infektiosität am Tag vor erstmaligem Auftreten der Symptome am größten ist (He et al., 2020; RKI, 2020d), sollte geprüft

werden, ob hinreichende Kapazitäten geschaffen werden können, um vorsorgliche (Reihen-)Tests zu ermöglichen, etwa in Form gepoolter (Speichel-)Tests.

Die Versorgung Pflegebedürftiger in Zeiten von COVID-19 ist durch ein zentrales Dilemma gekennzeichnet: Einerseits ist soziale Distanzierung derzeit weltweit die einzige erfolgreich exekutierte Strategie zur Eindämmung der Pandemie und auch zum Schutz der Pflegebedürftigen vor einer Infektion, die aufgrund von Multimorbidität und der oftmals damit einhergehenden Immobilität generell anfälliger für Infektionen sind (Kunz & Minder, 2020; Lai et al., 2020). Andererseits sind Pflegebedürftige definitionsgemäß auf die Hilfe anderer angewiesen. Da Pflege ohne körperliche Nähe praktisch nicht möglich ist, können viele Maßnahmen der sozialen Distanzierung nicht durchgeführt werden. Um das Infektionsrisiko dennoch zumindest zu verringern, haben Pflegeheime nicht nur interne Kontaktbeschränkungen eingeführt, sondern auch die Zugangsmöglichkeiten von Besucher\_innen, Ehrenamtlichen sowie externen Dienstleister\_innen und Leistungserbringer\_innen drastisch eingeschränkt. Allerdings ist Isolation für Pflegebedürftige extrem schädlich, verschlechtert deren Gesundheitszustand (Gardner, States & Bagley, 2020) und erhöht deren Sterblichkeit (Seidler et al., 2020), und auch für Angehörige sind Besuchsverbote teilweise nur schwer hinnehmbar (Koppelin, 2020). Das in der Befragung sichtbar werdende Maß an Beschränkung externer Kontakte muss daher reduziert werden und Einrichtungen müssen Hygienekonzepte entwickeln, um Besucher\_innen, Ehrenamtliche sowie externe Dienstleister\_innen und Leistungserbringer\_innen wieder in die Heime lassen zu können.

## Forderungen an die Pflegepolitik

Hinsichtlich der geäußerten Wünsche werden die Antworten auf die vorgegebenen Statements durch die Freitextangaben weitgehend bestätigt. Bemerkenswert ist dabei, dass einer Corona-Prämie für Pflegekräfte und für Berufsrückkehrer zwar weitgehend zugestimmt wird, insbesondere der Anteil derer, die „voll“ zustimmen, aber deutlich niedriger ist als die entsprechenden Raten für die genannten Items in Bezug auf das Krisenmanagement (siehe Abb. 4). Bei den Freitextantworten wurde ein Grund hierfür deutlich: die Befürchtung, dass die Prämien anstelle höherer Tariflöhne ausgezahlt werden.

## Limitationen

Die voranstehend berichteten Ergebnisse beruhen auf einer Gelegenheitsstichprobe von 824 Pflegeheimen, die etwa 7% der rund 12000 vollstationären Pflegeheime in Deutschland repräsentieren (Statistisches Bundesamt, 2018). Die Fallzahl ist damit zwar hinreichend groß, um sicherzustellen, dass einzelne Ausreißer nicht das Gesamtbild verzerren, eine Selbstselektion und eine entsprechende Verzerrung können aber natürlich nicht ausgeschlossen

werden. Die Überprüfung bekannter Verteilungen ergibt allerdings keine Hinweise auf eine gravierende Verzerrung. Zudem ist zu beachten, dass hier die Perzeption der Pflegeheime wiedergegeben wird, die durch die spezifische Sichtweise der antwortenden Akteur\_innen geprägt ist.

## Schlussfolgerungen

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

Die üblichen Maßnahmen der sozialen Distanzierung können dabei nicht auf das Pflegeheim übertragen werden, da deren Bewohner\_innen auf körpernahe Dienstleistungen angewiesen sind. Sichergestellt werden muss daher, dass wirklich alle Einrichtungen über hinreichende Schutzausrüstung verfügen und diese im Alltag auch eingesetzt wird. Wünschenswert ist darüber hinaus, dass die Möglichkeit für regelmäßige, vorsorgliche Testungen geschaffen wird und die Testergebnisse schneller als bisher kommuniziert werden, damit schnell mit Isolationsmaßnahmen innerhalb der Einrichtungen reagiert werden kann.

Die weitgehenden Kontaktreduktionen, die Einrichtungen bislang – teilweise aufgrund von Rechtsverordnungen – durchgeführt haben, können nicht aufrechterhalten werden, da damit erhebliche gesundheitliche Risiken für die Heimbewohner\_innen und erhebliche Belastungen für die Angehörigen verbunden sind. Es müssen daher Konzepte entwickelt werden, wie Besuche wieder ermöglicht werden können, ohne dabei das Infektionsrisiko mehr als notwendig zu erhöhen. Angesichts des Wunsches vieler Einrichtungen nach bundeseinheitlichen Handlungsempfehlungen liegt hier ein wichtiges Handlungsfeld für das RKI, das Bundesgesundheitsministerium und die gemeinsame Selbstverwaltung der Pflegeversicherung.

Die auch zuvor schon erheblichen Belastungen des Pflegepersonals werden durch die Pandemie noch weiter verstärkt. Soll eine systematische Überforderung der Pflegekräfte verhindert werden, ist es daher von größter Bedeutung, die Personalausstattung nachhaltig und in hinreichendem Ausmaß zu erhöhen. Das vorgelegte Personalbemessungsinstrument (Rothgang et al., 2020), das es erlaubt, auf Einrichtungsebene individuell an die Pfl-

egradverteilung angepasste Personalausstattungen zu berechnen, bietet hierzu eine gute Grundlage.

## Literatur

- Begerow, A. & Gaidys, U. (2020). COVID-19 Pflege Studie. Erfahrungen von Pflegenden während der Pandemie – erste Teilergebnisse. *Pflegewissenschaft*, Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, 85–86.
- Bertelsmann Stiftung (2020). #pfliegereserve. Stand 16.04.2020. Verfügbar unter <https://pfliegereserve.de/faq> [26.06.2020].
- Comas-Herrera, A. (2020). NOTE: The problem of asymptomatic COVID-19 infections among care home staff and residents: emerging evidence and implications. Verfügbar unter <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/note-on-asymptomatic-transmission-in-care-homes.pdf> [24.06.2020].
- Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Litwin, C., Hsu, A. T., Lemmon, E., Henderson, D. et al. (2020). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. Last updated 26 June 2020. Verfügbar unter <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Mortality-associated-with-COVID-among-people-who-use-LTC-26-June-2020-1.pdf> [26.6.2020].
- Dosa, D., Jump, R. L. P., LaPlante, K. & Gravenstein, S. (2020). Long-Term Care Facilities and the Coronavirus Epidemic: Practical Guidelines for a Population at Highest Risk. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21 (5), 569–571.
- ECDC Public Health Emergency Team, Danis, K., Fonteneau, L., Georges, S., Daniau, C., Bernard-Stoecklin, S. et al. (2020). High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU / EEA, May 2020. *Euro Surveillance*, 25 (22), 2000956.
- Gardner, W., States, D. & Bagley, N. (2020). The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *Journal of Aging & Social Policy*, 32 (4–5), 310–315.
- He, X., Lau, E. H. Y., Wu, P., Deng, X., Wang, J., Hao, X. et al. (2020). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature medicine*, 26, 672–675.
- Koppelin, F. (2020). Das gegenwärtige Ausgangs- und Besuchsverbot in Pflegeheimen in Deutschland – eine kritische Reflektion aus der Perspektive der Angehörigen und der Gesundheitswissenschaften. *Pflegewissenschaft*, Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, 76–78.
- Kunz, R. & Minder, M. (2020). COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Medical Weekly*, 150, w20235.
- Lai, C. C., Wang, J. H., Ko, W. C., Yen, M. Y., Lu, M. C., Lee, C. M. et al. (2020). COVID-19 in long-term care facilities: An upcoming threat that cannot be ignored. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 5 (3), 444–446.
- RKI (2020a). COVID-19-Lagebericht vom 05.05.2020. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-05-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-05-de.pdf?__blob=publicationFile) [12.07.2020].
- RKI (2020b). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 05.05.2020 Aktualisierter Stand für Deutschland. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-05-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-05-de.pdf?__blob=publicationFile) [26.06.2020].
- RKI (2020c). Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst. V.06. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Alten\\_Pflegeeinrichtung\\_Empfehlung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile) [24.6.2020].
- RKI (2020d). SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). Verfügbar unter <https://www.rki.de/DE/>

- Content/InfAZ/N/Neuartiges\_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText8 [24.06.2020].
- Rothgang, H. (2020). Personalbemessung im stationären Sektor – auf dem Weg zum bedarfsorientierten Pflegepersonalmix. *bpa Magazin*, 2020 (1), 6 – 10.
- Rothgang, H., Görres, S., Darmann-Fink, I., Wolf-Ostermann, K., Becke, G., Brannath, W. et al. (2020). *Zweiter Zwischenbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)*. Verfügbar unter <https://www.gsqsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/02/2.-Zwischenbericht-Personalbemessung-%C2%A7-113c-SGB-XI.pdf> [01.06.2020]. doi: 10.26092/elib/171
- Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In K. Kuhlmeier, A. Jacobs, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Seidler, A., Schubert, M., Petereit-Haack, G., Horn, A., Kämpf, D. & Westerman, R. (2020). *Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche („Rapid Scoping Review“), ergänzt durch eine qualitative Erhebung*. Verfügbar unter [http://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020\\_05\\_18\\_fact\\_sheet\\_soziale-isolation-als-mortalita\\_\\_tsrisiko\\_1.pdf](http://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_05_18_fact_sheet_soziale-isolation-als-mortalita__tsrisiko_1.pdf) [24.06.2020].
- Statistisches Bundesamt (2018). *Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile) [24.06.2020].
- Statistisches Bundesamt (2019). *Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen> [01.06.2020].
- Wasserman, M., Ouslander, J. G., Lam, A., Wolk, A. G., Morley, J. E., von Preyss-Friedman, S. et al. (2020). Editorial: Diagnostic Testing for SARS-Coronavirus-2 in the Nursing Facility: Recommendations of a Delphi Panel of Long-Term Care Clinicians. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24 (6), 538 – 443.
- Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A., Preuß, B., Heinze, F., Seibert, K., Friedrich, A.-C. et al. (2020). Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittstudie zu ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen. *Pflege*, 33 (5), 277 – 288.

## Historie

Manuskripteingang: 01.06.2020

Manuskript angenommen: 29.08.2020

## Autorenschaft

Substanzieller Beitrag zur Konzeption oder Design der Arbeit:

HR, DD, ACF, FH, BP, AS, KS, CS, KW

Substanzieller Beitrag zur Erfassung, Analyse oder Interpretation der Daten: HR, DD, ACF, FH, BP, AS, KS, CS, KW

Manuskripterstellung: HR, DD, ACF, FH, BP, AS, KS, CS, KW

Einschlägige kritische Überarbeitung des Manuskripts: HR, DD, ACF, FH, BP, AS, KS, CS, KW

Genehmigung der letzten Version des Manuskripts: HR, DD, ACF, FH, BP, AS, KS, CS, KW

Übernahme der Verantwortung für das gesamte Manuskript:

HR, DD, ACF, FH, BP, AS, KS, CS, KW

## ORCID

Heinz Rothgang

 <https://orcid.org/0000-0001-6529-2129>



## Prof. Dr. Heinz Rothgang

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik  
Abt. Gesundheit, Pflege, Alterssicherung  
Universität Bremen  
Mary-Somerville-Straße 3  
28359 Bremen  
Deutschland  
[rothgang@uni-bremen.de](mailto:rothgang@uni-bremen.de)

## Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Pflegeeinrichtungen trotz der hochbelastenden Situation zur Mitarbeit zu gewinnen.

## Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Die Verbesserung der Personalsituation durch Einführung des Personalbemessungsverfahrens darf durch die Pandemie nicht hinausgeschoben werden.

## Was empfehlen Sie zum Weiterlesen/Vertiefen?

Für aktuelle Informationen sind qualitätsgesicherte Internetressourcen (z. B. <https://ltccovid.org/>) Zeitschriften ohne Preprints vorzuziehen.