

Astrid Elsbernd
Lisa Heidecker

Aus der Krise lernen

**Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen
der stationären und ambulanten Langzeitpflege
in Baden-Württemberg während der Corona-Pandemie**

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar



Jacobs Verlag

Copyright 2021 by Jacobs Verlag

Am Prinzengarten 1, 32756 Detmold

Layout und Satz: Panik Ebner Design, Stuttgart

ISBN 978-3-89918-289-7



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

Die Studie wurde durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg gefördert

Aus der Krise lernen

Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen
der stationären und ambulanten
Langzeitpflege in Baden-Württemberg
während der Corona-Pandemie

Laufzeit: 2020 bis 2021

Forscher*innen-Gruppe:

Prof. Dr. Astrid Elsbernd, Hochschule Esslingen
Lisa Heidecker M. A., Hochschule Esslingen
Benjamin Schüttemeier, Student im Bachelorstudiengang
Pflege/Pflegemanagement, Hochschule Esslingen

Beratung:

Prof. Dr. Cornelia Mahler, Universität Tübingen

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	10
Abkürzungsverzeichnis	13
Ministervorwort	14
Vorwort	16
Vorwort des Zwischenberichtes (Januar 2021)	20
1 Projektauftrag und Projektgegenstand	24
2 Corona-Pandemie: Gesellschaftliche und wissenschaftliche Kontextualisierung	28
2.1 Pandemie als globale gesellschaftliche und medizinische Herausforderung	29
2.2 Ausgewählte aktuelle nationale und internationale Studienlage und Entwicklungen hinsichtlich der Einrichtungen der Langzeitpflege	35
2.3 Ausgewählte politische Strategien auf Länderebene	46
2.4 Überblick zu zentralen Verordnungen im Bundesland Baden-Württemberg	48
2.5 Überblick über die Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege	53
3 Projektdesign und Verlauf	62
3.1 Ziele und Herausforderungen der empirischen Erhebung	63
3.2 Ethikantrag und ethische Implikationen	64
3.3 Forschungsdesign im Rahmen der qualitativen Erhebung	66
3.4 Forschungsdesign im Rahmen der quantitativen Erhebung	71
3.5 Teilnehmer*innengruppen der vorliegenden Studie im Vergleich zu den im Bund und in Baden-Württemberg liegenden Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege	75
4 Darstellung der Ergebnisse	78
4.1 Darstellung der qualitativen Ergebnisse	79
4.1.1 Einführung in die Ergebnisse	79
4.1.2 Kennzeichen der Lebenssituation der Bewohner*innen bzw. Klient*innen	80
4.1.3 Kennzeichen der Lebenssituation der Angehörigen	84
4.1.4 Kennzeichen der Arbeits- und Lebenssituation der Mitarbeiter*innen	87
4.1.5 Kennzeichen der Arbeits- und Lebenssituation der Führungspersonen	96
4.1.6 Beschaffung von und Umgang mit Schutzmaterialien sowie Testungen bzw. Teststrategie und Impfungen	106
4.1.7 Erfahrungen bzw. Umgang mit den Gesundheits- und Landratsämtern	114

4.1.8	Erfahrungen bzw. Umgang mit der Öffentlichkeit und der Presse	117
4.1.9	Erfahrungen bzw. Umgang mit Haus- und Fachärzt*innen und externen Dienstleistern sowie ehrenamtlich Tätigen	120
4.1.10	Umgang mit Informationen, Regelungen und Vorgaben sowie deren Umsetzung in den Einrichtungen	123
4.1.11	Explizite Anliegen, Wünsche und Forderungen	125
4.2	Ergebnisse der quantitativen Befragung	130
4.2.1	Vorbemerkungen	130
4.2.2	Ergebnisdarstellung	131
4.2.2.1	Rahmendaten	131
4.2.2.2	Betroffenheit der Einrichtung	136
4.2.2.3	Bewohner*innen und Kund*innen	140
4.2.2.4	Mitarbeiter*innen	152
4.2.2.5	Arbeitsorganisation und Digitalisierung	169
4.2.2.6	Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen	178
4.2.2.7	Testungen und Impfungen	183
4.2.2.8	Schutzmaterialien und Hygienekonzepte	189
4.2.2.9	Umgang mit Verordnungen und Handreichungen (Fragenblock, geöffnet nur für Leitungs- und Verwaltungskräfte)	192
4.2.2.10	Presse	197
4.2.2.11	Wünsche und Anregungen	200
5	Fazit und Empfehlungen	206
5.1	Vorbemerkungen	207
5.2	Gesellschaftliche Sichtbarkeit der (Pflege-)Arbeit und der Lebenswelt der Bewohner*innen und Kund*innen in der Langzeitpflege	208
5.3	Wertediskussionen und ethische Diskurse vor dem Hintergrund der individuellen und kollektiven Schutzmaßnahmen und coronabedingten Handlungsstrategien	210
5.4	Personelle Ausstattung in der Langzeitpflege	212
5.5	Belastungssituation der Mitarbeiter*innen in der Langzeitpflege	214
5.6	Reduzierung der Bürokratie, Verbesserung der Kommunikation aller Beteiligten und Digitalisierung	216
5.7	Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern	218
5.8	Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und Partizipation an Entscheidungen	219
5.9	Aus der Krise lernen und Gestaltung des Übergangs in eine Normalisierungsphase	222
Literaturverzeichnis		225
Anlagenverzeichnis		227

Ministervorwort

für die Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg

Die Schicksale der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf bewegen mich in der Corona-Pandemie besonders. Genauso wie ich allen Menschen, die in der stationären und ambulanten Pflege arbeiten, meinen höchsten Respekt für ihre Arbeit zolle. Hinter uns liegt eine lange, komplizierte Gratwanderung zwischen möglichst hohem Schutz und den Freiheitsrechten dieser besonders schützenswerten und vulnerablen Bevölkerungsgruppe, die noch immer nicht zu Ende ist. Leichtgemacht hat sich die Landesregierung die Entscheidungen auf diesem Weg nie.

Gerade als im Frühjahr 2021 die Inzidenzzahlen der an Corona erkrankten Menschen erneut nach oben schnellten, war es uns wichtig, alle zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Schutzmaßnahmen wie Masken, Tests sowie Abstands- und Hygieneregeln einzusetzen. Und wir hatten mit dem Impfen begonnen. Damit konnten wir auf die besonders einschneidenden Maßnahmen aus dem Frühjahr 2020 verzichten, als wir gezwungen waren, die Besuche in Pflegeeinrichtungen auf ein Mindestmaß einzuschränken.

Wir haben unser Handeln stets an die aktuelle Lage angepasst und wir haben aus jeder Welle gelernt. Dank der Arbeit von Professorin Dr. Elsbernd und ihres Teams haben wir mit der jetzt vorgelegten Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg eine sehr gute Datengrundlage, um Schwächen zu erkennen, Reformideen zu entwickeln und Bündnispartner für deren Umsetzung zu finden, damit wir künftig auf ähnliche Situationen besser vorbereitet sind.

Die Beauftragung einer Forschungsstudie in einer außerordentlichen, krisenhaften Situation ist nicht selbstverständlich. Uns war aber wichtig, nicht nur akut zu handeln, sondern unser Handeln auch zu reflektieren und zu überprüfen. Dabei ist die Allianz zwischen Wissenschaft und Politik in dieser Pandemie sehr gewinnbringend und zur Bewältigung sehr wichtig. Ich bin davon überzeugt, dass die enge Zusammenarbeit ein wichtiges Mittel ist, um zukünftig gesellschaftspolitische Herausforderungen zu lösen.

Die Arbeit der von mir zu Beginn der Corona-Pandemie eingerichteten „Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe“, in der unter anderem Einrichtungsträgerverbände sowie Vertretungen von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten, Kommunale Landesverbände, Landesseniorenrat, Pflegewissenschaft, Gerontologie, Infektiologie, Gesundheitsämter, Pflegekassen und der Kommunalverband für Jugend und Soziales vertreten sind und die sich als Verantwortungsgemeinschaft versteht, hat bereits im Verlauf der Erarbeitung der Studie von den Ergebnissen profitieren können. Dafür danke ich Ihnen, Frau Professorin Dr. Elsbernd, ganz besonders.

Die vielen spannenden Impulse und Erkenntnisse dieser Studie können nun auch von den verschiedenen Akteuren in der Langzeitpflege in Baden-Württemberg genutzt werden. Das setzt Veränderungswillen und Reflexion des eigenen Handelns zugleich voraus. Davon will ich nach den Erfahrungen der Corona-Pandemie, in der so vieles schnell und unbürokratisch umgesetzt werden musste, ausgehen.

Zu den zentralen Handlungsfeldern gehören für mich die Verbesserung der digitalen Arbeitsstrukturen und Prozesse sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit der Pflegeeinrichtungen mit den Gesundheitsämtern und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Diese Aufgaben haben wir bereits angepackt. An der gesellschaftlichen Sichtbarmachung der Pflegearbeit und der Lebenswelten in der Langzeitpflege arbeiten wir gemeinsam mit den relevanten Akteuren in unserer „Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe“.

Wir hoffen alle, dass uns eine weitere Pandemie erspart bleibt. Nichtsdestotrotz: Wir müssen uns darauf vorbereiten und dafür wappnen – diese Studie leistet einen wichtigen Beitrag dazu.



Manne Lucha,
Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Vorwort

16

Die hier vorgestellte Forschungsstudie zur Lage der Langzeitpflege in der Zeit der Corona-Pandemie eröffnet die Innensicht auf ein Lebens- und Arbeitsfeld, das gesellschaftlich in aller Regel nicht so beachtet oder gar beobachtet wird. Hinter den Bewohner*innen, Klient*innen, den Angehörigen und weiteren Bezugspersonen sowie den Mitarbeitenden von Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege liegen nun 16 stark beanspruchende und intensiv erlebte Monate mit scheinbar kaum zu bewältigenden Belastungen. Und viele Belastungen sind dennoch bewältigt worden – mit hohem persönlichem Engagement, mit Erfindungsreichtum, mit Geduld, mit Mut, mit Besonnenheit, mit Vertrauen und mit gegenseitigem Verständnis und bisweilen auch Nachsicht. Viele der von uns im Rahmen der Forschungsstudie interviewten Personen berichten von Erlebnissen, die sie stark prägen und die verarbeitet und in ihr weiteres Leben integriert werden müssen. Dabei haben wir leider nur mit wenigen Bewohner*innen/Klient*innen oder ihren Angehörigen sprechen können, so dass ihre Lebenswelt weiterhin weniger sichtbar wird als die der Mitarbeitenden in der Langzeitpflege. Wir durften im Verlauf der letzten elf Monate mit über 100 Personen (Bewohner*innen und ihre Angehörige, Mitarbeitende von verschiedenen Ebenen) Tiefeninterviews führen und konnten 490 Personen motivieren, an einer umfassenden Online-Befragung teilzunehmen. Dabei muss bereits hier darauf hingewiesen werden, dass sich alle Teilnehmenden selbst entschlossen haben, sich bei uns zu melden und an der Studie teilzunehmen. Dieser jetzt vorliegende Forschungsbericht stellt eine vertiefte Dokumentation der vergangenen Monate dar und zeigt, wie sich die Krise der Corona-Pandemie, die die gesamte Gesellschaft beinahe unvorbereitet getroffen hat, auf die Einrichtungen der Langzeitpflege und die Menschen, die dort leben und arbeiten bzw. zuhause betreut werden oder betreuen, ausgewirkt hat.

Wir dürfen uns herzlich bedanken für das Vertrauen, das uns von allen Seiten entgegengebracht wurde! Es ist nicht selbstverständlich, sich in einer derartigen Krise an einem Forschungsprojekt zu beteiligen und damit weitere Belastungen auf sich zu nehmen. Vor diesem Hintergrund fühlen wir eine besondere Verantwortung und haben als kleine Forscher*innen-Gruppe ebenfalls mit sehr hohem Engagement die Studie durchgeführt. An dieser Stelle möchten wir uns auch herzlich beim Ministerium für

Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, insbesondere bei Dr. Tobias Schneider, Dr. Angela Postel und Barbara Zeller bedanken, die uns in der Durchführung der Studie sehr unterstützt und viele Wege eröffnet haben.

17

Unsere Leser*innen werden mit unterschiedlichen Erwartungen und Vorstellungen diesen Ergebnisbericht lesen; wir hoffen, durch die teilweise sehr differenzierte Ergebnisdarstellung den unterschiedlichen Ansprüchen gerecht zu werden. Für die Leser*innen, die in Einrichtungen der Langzeitpflege arbeiten oder dort betreut werden, sind viele Ergebnisse wahrscheinlich nicht neu, sondern bestätigen möglicherweise ihre eigenen Erfahrungen. Dieser Effekt tritt oft in der empirischen Sozialforschung ein und ist eher ein Hinweis auf eine gute Datensättigung. Aber sicher wird es auch Leser*innen geben, die weitere oder andere Aspekte vermissen und benennen möchten. Dies können Sie tun, in dem Sie mit uns im Nachgang der Studie Kontakt aufnehmen.

Das Schreiben des Forschungsberichtes ist in eine Zeit gefallen, in der die dritte Infektionswelle in den Einrichtungen der Langzeitpflege – vor allem aufgrund der Impfungen – nicht mehr so viele Ansteckungen und schwere Krankheitsverläufe mit sich bringt. Alle Betroffenen scheinen seit März 2021 aufzuatmen, und obwohl noch immer vielen Maßnahmen zum Infektionsschutz durchgeführt werden müssen, können endlich auch wieder andere Themen und Entwicklungen aufgegriffen werden. Dabei leitet eine Erkenntnis viele der von uns befragten Menschen: Die Corona-Pandemie hat zahlreiche Probleme sichtbar gemacht, die bereits vorher latent oder auch deutlich vorhanden waren und nicht gelöst worden sind: Personalmangel bzw. keine begründeten Personalbemessungssysteme, Personalqualifizierungsprobleme, mangelnde oder gar fehlende Digitalisierung, Konkurrenz statt Kooperation und sektorale Zersplitterung des Gesundheitswesens, mangelnde Kooperation der Gesundheitsfachberufe, starke Fokussierung auf die monetäre Seite der Gesundheits- und Pflegeversorgung der Bevölkerung, verdeckte ethische Diskurse in der Versorgungsqualität usw. Die Einrichtungen der Langzeitpflege, die Menschen, die dort arbeiten oder betreut werden, befinden sich mitten in der Gesellschaft, in einem Landkreis, in einer Stadt, in einem Wohnquartier und in einer direkten Nachbarschaft, und trotzdem scheint die Gesellschaft nur wenig über diese Versorgungsbereiche, ihre Bedingungen und Herausforderungen zu wissen.

Auch sind die Lebenslagen von älteren, zumeist mehrfach erkrankten pflegebedürftigen Menschen gesamtgesellschaftlich wenig beachtet und bekannt. Diese beinahe „isolierte Welt“ wurde von der Corona-Pandemie in einer außerordentlichen Weise erschüttert. Die Gefahr, an der mit dem Corona-virus verbundenen Erkrankung zu sterben oder einen schweren Krankheitsverlauf zu haben, traf in den ersten beiden Infektionswellen insbesondere ältere pflegebedürftige Menschen, die sich zumeist in der letzten Lebens-

phase befinden. Darauf haben Gesellschaft, Politik und Träger der Einrichtungen für Langzeitpflege reagiert und versucht, die Betroffenen so gut wie möglich zu schützen. Eine große Welle der Solidarität und Hilfe war und ist spürbar. Allerdings waren bzw. sind die bereits vorher vorhandenen Probleme oftmals nicht in der Ausprägung und Relevanz bekannt und sichtbar, so dass mitunter auch das Verständnis eingeschränkt ist. Vor diesem Hintergrund wird es wichtig sein, aus der Krise zu lernen und dabei auch die Zeit vor der Krise in den Blick zu nehmen. Zukünftig sollte die „Welt“ der Langzeitpflege stärker in den gesellschaftlichen Fokus genommen werden, um Vorurteile abzubauen und einen Diskurs über Lebensqualität und Rechte von pflegebedürftigen Menschen offen zu führen. Dabei muss auch diskutiert werden, wie viel Vielfalt und Heterogenität in der pflegerischen und medizinischen Versorgung ermöglicht werden soll und wie Versorgungssysteme zum Wohle der Betroffenen miteinander interagieren. Dabei verursacht Vielfalt und Heterogenität der Versorgungssysteme zumeist mehr Kosten, über die ebenfalls gesamtgesellschaftlich diskutiert werden muss.

„Aus der Krise lernen“ ist eine Forderung vieler von uns befragter Personen. Dieser Bericht will dazu beitragen und sichtbar machen, was verändert und weiterentwickelt werden kann. Leider war es uns nicht mehr möglich, die vielen Beispiele von sogenannter „Best Practice“ zu beforschen und ebenfalls darzustellen. Träger und Einrichtungen sollten gut zusammenarbeiten und auch hier die vielfältigen Erfahrungen sammeln und sichtbar machen. Dabei muss es auch darum gehen, das zu zeigen, was uns neben den vielen Herausforderungen auch immer begegnet ist: hohes, verantwortungsvolles Engagement der Mitarbeitenden auf allen Ebenen. Dies sollte nicht nur gesehen und honoriert, sondern auch zum Motor der weiteren Entwicklungen werden, denn tatsächlich haben wir in unseren Befragungen neben vielen Problemen auch viele Lösungen entdecken können. Allerdings können diese Lösungsvorschläge und -wege nur dann umfassend genutzt werden, wenn die Mitarbeitenden und Betroffenen in die weiteren Entscheidungen partizipativ eingebunden werden. Dies erfordert von den gesellschaftspolitischen Akteuren Mut und Vertrauen in die direkt in ihrer Lebens- und Arbeitswelt von den Entscheidungen betroffenen Menschen.

„Aus der Krise lernen“ bedeutet aber auch, die in der Krise entstandenen Traumatisierungen und Ängste wahrzunehmen und den Betroffenen die Möglichkeit geben, diese (miteinander und ohne einander) aufzuarbeiten. Viele Menschen sind in den vergangenen 16 Monate in Einrichtungen der Langzeitpflege erkrankt und auch gestorben, ebenso wie auch Mitarbeitende erkrankten oder starben. Diese bedrückenden Erlebnisse werden die Menschen lebenslang begleiten und sie müssen verarbeitet werden. Vor dem Hintergrund dieser Ereignisse werden auch ethische Diskurse der Langzeitpflege gesellschaftlich intensiver geführt. Dies ist sehr begrüßenswert! Dabei sollten die ethi-

schen Diskurse rund um die Themen „Fürsorge“, „Selbstbestimmung und Autonomie“, „Sicherheit und Schutz“ und weitere Wertethemen die besondere Lebenslage der betroffenen pflegebedürftigen Menschen zum Ausgangspunkt machen. Dafür müssen diese Lebenslagen und die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen der Langzeitpflege sichtbarer und verstehbarer werden.

19

Auch dazu kann der Bericht beitragen, allerdings ist es wünschenswert, dass zukünftig regelmäßig und empirisch abgesichert die Lebenswelt pflegebedürftiger Menschen in ihrer Komplexität sichtbar gemacht wird.

Esslingen, den 27.06.2021



A. Elsbernd

Astrid Elsbernd

1

Projektauftrag und Projekt- gegenstand

Im Rahmen der ersten Gespräche mit leitenden Personen aus dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg nach Ausbruch der Covid-19-Pandemie im März 2020 kristallisierte sich heraus, dass neben der Einrichtung der so genannten „Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe“ eine begleitende Forschungsstudie im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege als sinnvoll erachtet wurde. Diesen Auftrag hat die Hochschule Esslingen in Durchführungsverantwortung von Prof. Dr. Astrid Elsbernd angenommen. Bei den Vertragsverhandlungen zeigte sich, dass grundlegende Erkenntnisse über die aktuellen Herausforderungen, die sich mit dem Infektionsgeschehen rund um Covid-19 verbinden, generiert werden sollen. Dabei geht es im Wesentlichen darum herauszufinden, welche aktuellen Probleme und Herausforderungen von den Akteuren gesehen, benannt und thematisiert werden. Dabei sollen alle möglichen Akteure der stationären und ambulanten Langzeitpflege berücksichtigt werden: Leitungspersonen, Mitarbeiter*innen aus den verschiedenen Bereichen, Bewohner*innen/Kund*innen und ihre Bezugspersonen. Es erschien von Beginn an sinnvoll, durch eine qualitativ geprägte Forschungsstrategie die vielfältigen Meinungen und Ansichten zu erheben, um einen möglichst breiten Überblick der erlebten Herausforderungen und der Unterstützungswünsche zu bekommen. Die verwendete Methodik wird in diesem Bericht an anderer Stelle genauer beschrieben. Hier sei erwähnt, dass der zunächst geplante Wechsel der Methode in eine quantitative Strategie ab Herbst 2020 in Absprache mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg nicht vollzogen wurde, da sich abzeichnete, dass bei dem sich weiter entwickelnden und intensivierenden Infektionsgeschehen die qualitative Erhebung sehr geeignet ist, um die aktuellen Entwicklungen und daraus entstehende spezifische Anforderungen an die überaus komplexen und sich rasch verändernden Situationen der Einrichtungen zu erfassen.

Die Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege benötigen zur Bewältigung der Folgen der aktuellen Corona-Pandemie Hilfen von unterschiedlichen Stellen. Um die aktuellen Bedarfe zu erkennen und darauf zu antworten, ist es notwendig, Beurteilungen und Daten von den Einrichtungen und deren Akteuren zeitnah zu erhalten. Dies ist wichtig, um einerseits Hilfen für die größte Berufsgruppe – das Pflegepersonal – in diesen Einrichtungen zu fokussieren und andererseits die Gesamtperspektive der Einrichtung und ihrer Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens zu analysieren. Ziel ist es, den unterschiedlich handelnden Akteuren (Politik, Verbände, Träger) konkrete Hinweise auf potentielle und wirksame Unterstützungsangebote und -systeme zu geben. Durch die Dynamisierung der Erhebung kann es möglich sein, auf die jeweils aktuellen Anforderungen zu reagieren.

Folgende Fragestellungen bzw. Themen wurden bislang u. a. gezielt untersucht:

26

- Welche Themen haben jeweils welche Priorität für die befragten Gruppen?
- Welche Herausforderungen ergaben sich für Führungspersonen, Bewohner*innen und ihre Angehörigen sowie Klient*innen und Mitarbeiter*innen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege?
- Welche Themen und Herausforderungen existierten bereits vor der Pandemie und haben durch sie nun einen anderen Stellenwert bekommen?
- Welche Lösungsstrategien wurden gewählt?
- Welche Lösungsstrategien sollen zukünftig gewählt werden?
- Welche Informationsstrategien haben die Befragten gewählt, und wie würden sie diese in Zukunft selbst gestalten bzw. gestaltet haben wollen?
- Wo benötigen bzw. wünschen die Einrichtungen Unterstützung von außen?
- Wo benötigen bzw. wünschen die Einrichtungen mehr Autonomie in ihren Entscheidungen?
- Welche Maßnahmen haben die Bewohner*innen oder Klient*innen im Durchleben der Pandemie unterstützt und welche Maßnahmen wurden als belastend erlebt? Sehen die Befragten hier Möglichkeiten einer anderen Herangehensweise an die Infektionsgefahren?

Anhand dieser zentralen Fragen soll ein Eindruck von der aktuellen Lage in Pflegeeinrichtungen gegeben und eine Darstellung von Entwicklungen ermöglicht werden. Dabei geht es zunächst primär um die Unterstützung zur Bewältigung der Folgen der Covid-19-Pandemie. Darüber hinaus sollen diese Ergebnisse auch Aufschluss darüber geben, wie man die Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege dauerhaft so organisational konstellieren und ausstatten kann, dass sie vergleichbaren Herausforderungen zukünftig weiterhin gewachsen bleiben und eine gute, abgesicherte Versorgung der älteren Bevölkerung bieten können.

2

Corona-Pandemie: Gesellschaftliche und wissenschaftliche Kontextualisierung

2.1 Pandemie als globale gesellschaftliche und medizinische Herausforderung

29

Obgleich auf internationaler Ebene alle Gesellschaften Wissen über und teilweise sogar Erfahrungen mit pandemischem Infektionsgeschehen haben, wurden sie anscheinend unvorbereitet von der Corona-Pandemie getroffen. Und doch gab es in Deutschland bereits bestehende Pläne, die zeigen, dass in politischen und wissenschaftlichen Kontexten durchaus Vorstellungen über eine sich möglicherweise ausbreitende Pandemie existierten. Vorweg darf schon an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass einige Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege nach eigener Einschätzung genau von diesen – in den vergangenen Jahren aktualisierten – Pandemieplänen sehr profitiert haben. Dennoch weisen uns die meisten von uns interviewten Personen darauf hin, dass sie diese Pläne zwar erneuert bzw. auch neu erstellt haben, ihre Bedeutung aber zum Zeitpunkt der Erstellung nicht als hoch eingestuft worden sei. Die Vorstellung, dass die Gesellschaft von einer Pandemie tatsächlich betroffen sein könnte, war nicht präsent. Auch als im Dezember 2019 in den Nachrichten erste Berichte aus China vom durchaus beunruhigenden Infektionsgeschehen auftauchten, führte dies nicht dazu, dass die Einrichtungen der Langzeitpflege sich auf ein Infektionsgeschehen dieses Ausmaßes vorbereiteten. Zwar sind die Einrichtungen der Langzeitpflege auf die bislang gängigen Infektionen vorbereitet (z. B. Norovirus) und haben hier auch Erfahrungen im Umgang mit sich ausbreitenden Infektionen in einer Einrichtung, doch hat sich in 2020 eine weltweite Pandemie entwickelt, mit der die Gesellschaften nicht gerechnet haben und auf die niemand umfassend vorbereitet war.

Um eine Grundlage in der Definition einer Pandemie für diese Studie festzulegen, wird die Definition der WHO zur Influenza-Pandemie vorangestellt:

„The major determinant of the severity of an influenza pandemic, as measured by the number of cases of severe illness and deaths it causes, is the inherent virulence of the virus. However, many other factors influence the overall severity of a pandemic’s impact. Even a pandemic virus that initially causes mild symptoms in otherwise healthy people can be disruptive, especially under the conditions of today’s highly mobile and closely interdependent societies. Moreover, the same virus that causes mild illness in one country can result in much higher morbidity and mortality in another. In addition, the inherent virulence of the virus can change over time as the pandemic goes through subsequent waves of national and international spread.“

(vgl. WHO, https://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/en/, abgerufen am 08.12.2020).

Ergänzend schreibt die WHO, dass eine Pandemie unterschiedliche Entwicklungen und Auswirkungen in den Ländern der Welt haben kann. Das Wesen einer Pandemie zeigt sich auch in den sich daraus entwickelnden gravierenden sozialen und wirtschaftlichen Störungen, die überwiegend dadurch entstehen, dass viele Menschen zu einem gleichen Zeitpunkt oder innerhalb kürzester Zeitabstände krank werden. Ein weiteres Risiko, das mit der schnellen Ausbreitung des Virus verbunden ist, ist die Überlastung des Gesundheitssystems. Entscheidend sind dabei die sogenannten vulnerablen Gruppen. Weitreichende Auswirkungen einer Pandemie definieren sich auch darüber, welche Altersgruppen der Bevölkerung betroffen sind und ob Vorerkrankungen oder beispielsweise die Ernährungsweise eine Rolle spielen.

Die Tragweite einer Pandemie muss demnach unter Beachtung vielerlei Faktoren betrachtet werden. Ein Faktor ist, in wie vielen Wellen die Pandemie die Länder trifft. Die Pandemie tritt dabei in mindestens zwei, manchmal auch drei Wellen auf, wobei sich die Auswirkungen und die Folgen der Wellen zwischen einzelnen Ländern stark unterscheiden können (vgl. WHO, https://www.who.int/csr/diseases/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/en/, abgerufen am 08.12.2020).

Grippe-Pandemien der Neuzeit (20. und 21. Jahrhundert)

Die Spanische Grippe (A/H1N1-Virus)

Die sogenannte Spanische Grippe (1918–1920) ist die bisher schwerwiegendste Influenza-Pandemie des 20. Jahrhunderts. Die Pandemie verlief in drei Wellen: Zu Beginn wurde eine kleine Welle verzeichnet, worauf eine deutlich schwerere zweite – mit einer sehr viel höheren Sterberate – nach ca. vier bis sechs Monaten folgte. Mit der dritten und letzten Welle im Frühjahr 1919 flachte die Spanische Grippe (Influenza A, Subtyp H1N1) in Deutschland bis ins Jahr 1920 hinein ab (vgl. Braun et al 2007). Die Zahl der Todesopfer kann nur geschätzt werden, da es außerhalb der USA keine verlässlichen Statistiken oder Aufzeichnungen gab. Die Forschung geht von schätzungsweise ein bis zwei Prozent der Weltbevölkerung aus, die an den Folgen der Grippe starben. In Asien und Afrika waren die meisten Opfer zu beklagen. Die Heftigkeit und die Tatsache, dass die vulnerable Gruppe aus Säuglingen und den 20- bis 40-Jährigen bestand, führten zu Angst und Spekulationen. Die sozialen und wirtschaftlichen Folgen waren durch diese Pandemie, die direkt im Anschluss an den Ersten Weltkrieg wütete, enorm hoch (vgl. Müller 2020).

Beim Betrachten der Spanischen Grippe und deren Verlauf fällt auf, dass die angeordneten Maßnahmen und Verhaltensweisen, die je nach Land bzw. Staat durchgeführt wurden, um die Infektionszahlen zu minimieren, mit den heutigen vergleichbar waren:

Kontaktbeschränkungen, Schließung von Schulen und Theater, Absage von Großveranstaltungen, Tragen einer Mund-Nase-Maske. Dabei waren je nach sozioökonomischer Lage enorme Unterschiede zwischen den Staaten und Kontinenten im Umgang mit der Pandemie zu beobachten. Auch fehlten größtenteils die wissenschaftlichen Grundlagen zur effektiven Bekämpfung der Pandemie, da Viren als Erreger bis dato noch nicht entdeckt waren (vgl. Braun et al 2007; Müller 2020).

Der Verlauf der Pandemie in mindestens drei Wellen trifft bisher auch auf die Corona-Pandemie zu. Doch auch hier kann und muss zwischen einzelnen Ländern bzw. Staaten unterschieden werden; weitere Entwicklungen und Unterschiede sind dabei größtenteils noch offen. So sind auch langfristige Auswirkungen noch nicht fassbar und werden sich erst im Fortgang der Corona-Pandemie zeigen. Die weltweite und schnelle Ausbreitung des Covid-19-Virus und der wellenartige Verlauf lassen jedenfalls starke Parallelitäten mit der Spanischen Grippe erkennen.

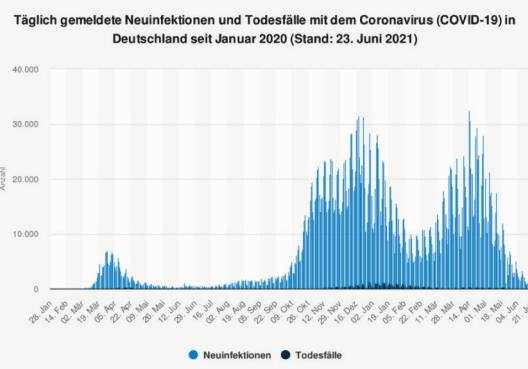
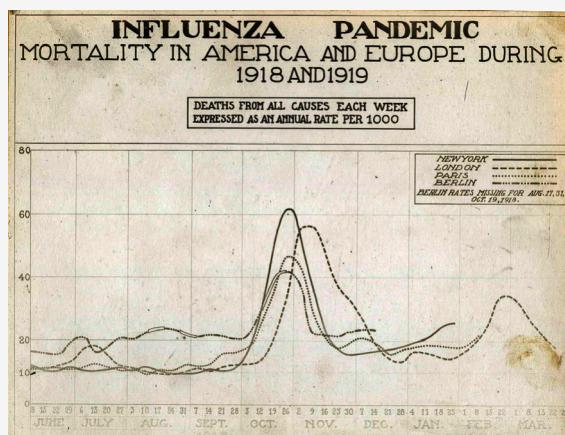


Abb. 1 (links): Verlauf der Spanischen Grippe in Amerika und Europa (vgl. Sax 2020)

Abb. 2 (rechts): Verlauf Corona-Pandemie in Deutschland bis Juni 2021 (vgl. Statista 2021a)

Die Asiatische Grippe (A/H2N2) 1957/1958

Im Jahr 1957 trat eine weitere Influenza-Grippe – die sogenannte Asiatische Grippe – auf, die ein pandemisches Ausmaß erreichte. Die ersten Fälle wurden im Jahr 1957 in China festgestellt. Durch die damals anhaltenden Spannungen des Kalten Kriegs dauerte es, bis die WHO entsprechende Informationen aus der UdSSR oder auch aus China zum Virus erhielt. Das Virus Typ A, Subtyp H2N2 hatte dabei Ähnlichkeiten mit der Russischen Grippe von 1889–1892. Auch hier ist die Übertragung durch Nutztiere wie Schweine wahrscheinlich. Innerhalb weniger Monate breitete sich das Virus zunächst über den Landweg, dann über den Seeweg auf der ganzen Welt aus. Vor allem Schiffe und die Schifffahrt spielten bei der Verbreitung im Jahr 1957 eine ausschlag-

gebende Rolle. Im Mai 1957 wurde der erste Fall in Europa bekannt, das erste Todesopfer wurde im Juni 1957 in Ost-Berlin bestätigt. Die Virusvariante A/H2N2 hatte die Besonderheit, dass die Weltbevölkerung zu diesem Zeitpunkt lediglich Kontakt und eine Immunität mit der Variante A/H1N1 hatte und daher gegen die Asiatische Grippe nur wenig bis gar keine Resistenzen hatte. Die vulnerable Gruppe waren daher die 15- bis 20-Jährigen, aber auch Kinder waren eher betroffen. Demnach starben an dieser Influenza geschätzt ein bis zwei Millionen Menschen; sie war somit die schwerste Influenza-Pandemie nach der Spanischen Grippe (*vgl. Rengeling 2017: S.69ff.*). 1958 flachte das Infektionsgeschehen der Asiatischen Grippe nach zwei Wellen ab. In Deutschland gab es lediglich kleinere Einschränkungen wie beispielsweise kurzzeitige lokale Schulschließungen (*vgl. ebd.: S. 72*). Unter den Maßnahmen zur Vorbeugung ist Händewaschen noch nicht zu finden, hingegen wurde das Gurgeln mit Wasserstoffsuperoxid oder die Einnahme von formalinhaltigen Tabletten empfohlen (*vgl. SWR 2 2020: S. 1*).

Hongkong-Grippe (A/H3N2) 1968-1970

Bei der Hongkong-Grippe gab es zunächst nur einige wenige Verdachtsmomente, publiziert beispielsweise von der Londoner Zeitung „The Times“ über die Ausbreitung eines neuen Influenza-Virus in China. Durch das bestehende totalitäre Regime und die sehr zurückhaltende Informationspolitik der Volksrepublik China zu jener Zeit wurden diese Fälle nie richtig bestätigt. Erst die vermehrten Ausbrüche in der Kronkolonie Hongkong bestätigten die Fälle von Atemwegserkrankungen mit der Möglichkeit einer pandemischen Ausbreitung. Insgesamt schien der Verlauf dennoch wesentlich weniger gravierend und milder als die Asiatische Grippe 1957/58 zu sein. Die Ausbreitung der Hongkong-Grippe kann dabei weniger gut nachkonstruiert werden, was vor allem am vermehrten Flugverkehr zu dieser Zeit liegt. Der Virus Typ A/H3N2 löste mit der Zeit den Typ A/H2N2 – die Asiatische Grippe – ab, der 1968 noch immer kursierte (*vgl. Rengeling 2017: S. 73*). Die Datenlage zur Hongkong-Grippe ist bis heute sehr ungenau. So schätzt die WHO, dass rund 1,5 Millionen Menschen weltweit an den Folgen starben. Dabei lässt sich nicht erklären, warum manche Staaten eher in der ersten Welle, andere nur oder gar nicht mehr von der zweiten Welle betroffen waren. Einige Hypothesen gehen von einer möglichen Resistenz durch die zuvor erlebten Influenza-Pandemien oder einer abgeschwächten Virusvariante in einigen Ländern aus. Wissenschaftlich bestätigt wurden diese Annahmen jedoch nicht (*vgl. ebd.: S. 74f.*).

Trotz des medizinischen Fortschritts wurden Patient*innen symptomatisch behandelt, beispielsweise durch Versorgung mit Sauerstoff oder diverse Antibiotika. Einige Wissenschaftler*innen und Ärzt*innen verfolgten das langfristige Ziel, durch Immunisierung der Bevölkerung die Folgen von Influenza-Pandemien oder -Ausbrüchen zu minimieren. Hier wurde das Instrument der Schutzimpfung genutzt. Die Forschung auf diesem Gebiet und die Wirksamkeit von Schutzimpfungen hatte sich zu diesem