



Bundesministerium
für Gesundheit

**Lehren aus der Corona-Pandemie und
zukünftige Krisenresilienz in der Langzeitpflege**

Teil 1: Ergebnisbericht

„Analyse der Auswirkungen der Corona-Pandemie
in der Pflege 2020–2022“

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.

September 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Ergebnisse	2
2.1	Infektionsepidemiologische Lage in stationären Einrichtungen	2
2.2	Psychische Gesundheit bei Pflegebedürftigen	6
2.3	Arbeitsbelastung der Beschäftigten	7
2.4	Versorgung Pflegebedürftiger	7
2.5	Digitalisierung	8
3	Handlungsempfehlungen.....	9
4	Literaturverzeichnis	12

1 Einleitung

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Pflege sind vielfältig. Sie betreffen die Versorgung, führen zu einer erhöhten Belastung des Pflegepersonals und beeinträchtigen u.a. die Lebenssituation der Pflegebedürftigen. Inzwischen gibt es zahlreiche Studien und Literatur zu diesem Thema. Das BMG ist daran interessiert, relevante Studien zu sichten und die wichtigsten Erkenntnisse und Maßnahmen in einer Kurzexpertise zusammenzufassen, um hieraus Handlungsempfehlungen ableiten zu können. Mit dieser Aufgabe wurde das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) beauftragt. Das BMG stellte dem iso-Institut Literaturquellen zur Verfügung, die vom iso-Institut ergänzt wurden (siehe Literaturverzeichnis).

Nach Sichtung der Literatur wurden in einem ersten Schritt Kategorien abgeleitet, die zur Strukturierung der Literaturlauswertung dienen. Folgende Kategorien wurden auf Basis der zur Verfügung gestellten Literatur identifiziert:

- Infektionsepidemiologische Situation in stationären Einrichtungen,
- psychische Gesundheit von Pflegebedürftigen,
- Arbeitsbelastungen von Beschäftigten,
- Versorgung Pflegebedürftiger und
- Digitalisierung.

Zu jeder Kategorie werden zunächst die zentralen Auswertungsergebnisse berichtet, gefolgt von den in der Literatur genannten Maßnahmen und Empfehlungen. Abschließend werden die zentralen Handlungsempfehlungen aus der Literatur herausgearbeitet und in einer Tabelle zusammengefasst.

2 Ergebnisse

2.1 Infektionsepidemiologische Lage in stationären Einrichtungen

Zentrale Ergebnisse

Eine systematische Übersichtsarbeit von Hashan et al. aus dem Jahr 2021, die auf länderübergreifenden Daten basiert, offenbart die schwerwiegenden Folgen der COVID-19-Pandemie für Pflegeeinrichtungen und ihre Bewohner und Bewohnerinnen (1). Es wird von einer hohen Infektionsrate von 45% sowie einer Letalität von 37% berichtet, wobei sich die Daten auf das erste Jahr der COVID-19-Pandemie beziehen. Die Hospitalisierungsrate beträgt ebenfalls 37%, was die Schwere der Erkrankung unter den Bewohnern und Bewohnerinnen verdeutlicht. Die gravierenden Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen zeigen sich weiterhin darin, dass ein beträchtlicher Anteil aller COVID-19-bedingten Todesfälle auf diese Gruppe zurückzuführen ist (2). Allerdings bleibt etwa ein Drittel der Infizierten asymptomatisch, was die Herausforderungen bei der Erkennung und Isolierung von Fällen, insbesondere in Pflegeeinrichtungen, erhöht (1).

Auch in Deutschland wurden hohe Infektions- und Letalitätsraten bei Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen verzeichnet (3–5). Daten bis Anfang 2021 zeigen, dass, obwohl nur 5 % der Personen über 65 Jahren in Pflegeheimen leben, Pflegebedürftige in Pflegeheimen rund 21 % aller COVID-19 Fälle und knapp 30 % aller gemeldeten COVID-19 Todesfälle ausmachen (6). Sowohl Pflegebedürftige als

auch Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen weisen deutlich höhere Infektionsraten auf. Bei den Beschäftigten sind diese etwa sechsmal höher als in der Allgemeinbevölkerung (7). Eine deutsche Studie von Suwono et al. aus dem Jahr 2022, die Daten über vier SARS-CoV-2-Wellen seit März 2020 untersucht, stellt jedoch auch einen deutlichen Rückgang der Ausbrüche in Langzeitpflegeeinrichtungen während der dritten und vierten Welle im Vergleich zu den ersten beiden Wellen fest (5).

In Pflegeeinrichtungen waren die Ausbrüche von SARS-CoV-2 während der bisherigen Pandemiewellen größer und schwerwiegender als in Krankenhäusern. Suwono et al. (2022) weisen daher auf spezifische Herausforderungen hin, denen diese Einrichtungen gegenüberstehen (5). Vor allem zu Beginn der COVID-19-Pandemie gab es Schwierigkeiten den Eintrag des Virus in die Einrichtungen und dessen Verbreitung einzudämmen und Ausbrüche zu kontrollieren.

Andere Studien untersuchen Ursachen von Ausbrüchen in stationären Pflegeeinrichtungen. Eine bedeutende Quelle hierzu stellt ein systematischer Review von Fischer et al. (2021) dar (8). Die Studie kommt zu dem Schluss, dass sich insbesondere folgende Einflussfaktoren auf das Ausbruchsgeschehen in Pflegeheimen differenzieren lassen: Aspekte rund um die SARS-CoV-2-Testung, soziale und kontextuelle Gegebenheiten, individuelle Merkmale (wie Alter und Morbidität), allgemeine Umsetzungsfaktoren (z.B. Verfügbarkeit von Schutzausrüstung), Infektionsrisiken außerhalb der Einrichtungen sowie einrichtungsspezifische Risikofaktoren (u.a. Pflegepraktiken, Arbeitsbedingungen, räumliche Struktur, Gruppengrößen und Möglichkeiten zur Isolierung).

Besonders relevant für Deutschland sind Befunde, die eine Verbindung zwischen höherem Infektionsrisiko außerhalb der Einrichtungen und erhöhten Infektionszahlen innerhalb der Einrichtungen aufzeigen (8). Außerdem zeigt sich, dass in größeren Pflegeeinrichtungen höhere Infektionsraten zu verzeichnen sind (8,9). Zu Beginn der COVID-19-Pandemie gab es Probleme bei der Beschaffung geeigneter Schutzausrüstung und hygienischer Materialien (10). Es wird auch festgestellt, dass eine vollständige Isolation der Pflegeheime von der Gesamtbevölkerung nicht realisierbar ist, da Bewohner und Bewohnerinnen sowie Beschäftigte natürlicherweise Teil der Gesellschaft sind und mit ihr interagieren (3). Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass viele Pflegeeinrichtungen unzureichend auf pandemische Situationen, wie beispielsweise die COVID-19-Pandemie, vorbereitet waren und nicht genügend Erfahrung in der Bewältigung von Ausbrüchen hatten (3).

Maßnahmen und Empfehlungen

Zutritts- und Zugangsregulierende Maßnahmen

Studienergebnisse zeigen, dass zutritts- und zugangsregulierende Maßnahmen wirksam sein können, um den Eintrag des Virus in Pflegeeinrichtungen durch Angestellte, Bewohner und Bewohnerinnen oder Besucher und Besucherinnen zu verhindern (8,11). Zu diesen Maßnahmen zählen die isolierte Unterbringung von Bewohnern und Bewohnerinnen sowie der Beschäftigten, die Anwendung von Quarantäne und Tests bei Neuaufnahmen, verstärkte Testungen nach Urlaubs- oder Feiertagen sowie die Beschränkung von Einzügen in die Einrichtung. Weitere erfolgversprechende Ansätze beinhalten Kontakt- bzw. Zugangsbeschränkungen in Hinsicht auf Frequenz, Dauer und Anzahl von Besuchern und Besucherinnen.

Kontaktregulierende und übertragungshemmende Maßnahmen

Die Reviews von Fischer et al. (2021) und Stratil et al. (2021) liefern auch wertvolle Ergebnisse zu

kontaktregulierenden Maßnahmen (8,11). Diese werden eingesetzt, um die Anzahl von Kontakten mit potenziell infizierten Personen zu reduzieren. Empfehlungen für Bewohner und Bewohnerinnen, sich vorzugsweise im eigenen Zimmer aufzuhalten, die Schließung von Gemeinschafts- und Therapieräumen, Heimarbeit für administratives Personal sowie Aufenthaltsverbote für Angehörige in Einrichtungen können wirksam sein. Eine allgemeine Reduzierung von Kontakten und von Kontakten zwischen Wohneinheiten für Beschäftigte und Bewohner und Bewohnerinnen, Abstandhalten und das Tragen von Masken, Kantinenessen der Beschäftigten mit Abstand und die Kombination mehrerer pflegerischer Tätigkeiten bei einem Kontakt mit Bewohnern bzw. Bewohnerinnen werden als mögliche Maßnahmen beschrieben. Zudem zeigt eine Kohortenbildung, wie sie z. B. in festen Wohngruppen gegeben ist, positive Wirkung als kontaktregulierende Maßnahme. Positive Effekte werden auch durch Maßnahmen wie konsequente Händehygiene, Temperaturkontrollen und ein Screening von Symptomen bei Besuchern und Besucherinnen erzielt. In systematischen Reviews wird allerdings auch darauf hingewiesen, dass die wissenschaftliche Evidenz für die Maßnahmen eher gering ist (8,11).

Als wirksame Übertragungsmindernde Maßnahmen erweisen sich individuelle Hygienemaßnahmen und Händedesinfektion nach jedem Kontakt (6,8). In der Literatur wird häufig geschildert, dass die Einrichtungen in Deutschland Schwierigkeiten hatten, die notwendigen Hygiene- und Infektionspräventionsmaßnahmen angemessen umzusetzen und dass qualifizierte Beschäftigte hierzu fehlen (3,10,12,13). Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) empfiehlt daher die kurz-, mittel- und langfristige Umsetzung verschiedener Maßnahmen (3).

Die Nutzung von persönlicher Schutzausrüstung und das ständige Tragen von Schutzkleidung für alle Angestellten, einschließlich Reinigungspersonal, beim Betreten von Wohneinheiten bzw. bei allen pflegerischen Tätigkeiten sowie Schutzkleidung im Isolationsbereich einschließlich Schutzbrille bzw. -visier bei Gefahr von Übertragung durch Tröpfchen oder spritzende Sekrete erweisen sich ebenfalls als wirksam, wie auch ein Arbeitsverbot und eine sofortige PCR-Testung für symptomatische Beschäftigte (8,11).

In der wissenschaftlichen Literatur werden folgende Maßnahmen als geeignet erachtet, um Ausbrüche einzudämmen: Die Separierung von nicht-infizierten und infizierten Beschäftigten und Bewohnern und Bewohnerinnen sowie die isolierte Unterbringung von Infizierten (6,8,11,14). Eine kombinierte Anwendung verschiedener Maßnahmen kann effektiv dazu beitragen, die Anzahl der Infektionen und Todesfälle signifikant zu reduzieren (8). Die Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 sollten einem ganzheitlichen Ansatz folgen, der nicht nur auf die Pandemie, sondern auch auf andere Infektionskrankheiten wie das Norovirus und Influenza eingeht (11).

Surveillance

Um Infektionen bei Beschäftigten, Besuchern und Besucherinnen oder Bewohnerinnen und Bewohnern möglichst früh zu erkennen, werden symptomorientierte und symptomunabhängige Tests als wirksam eingestuft (8,11). Besonders zur Erkennung asymptomatischer Infektionen werden Antigen-Schnelltests empfohlen. Bei symptomatischen Personen und nach positivem Schnelltest sollen PCR-Tests zur Anwendung kommen (6–8). Es zeigt sich, dass routinemäßige Tests bei Bewohnern und Bewohnerinnen sowie bei Mitarbeitenden die Anzahl der Infektionen, Krankenhausaufenthalte und Todesfälle bei Bewohnern und Bewohnerinnen verringern können (8,11). Die Einführung der Testpflicht für Bewohner und Bewohnerinnen, Mitarbeitende und Besucher bzw. Besucherinnen stellte die Einrichtungen vor Herausforderungen. Die Durchführung der Tests und die Gewinnung von qualifizierten Beschäftigten waren problematisch (15). Die zeitweise Unterstützung durch

Bundeswehrsoldatinnen und -soldaten wurde als hilfreich empfunden (15). Zusätzlich trugen epidemiologisches Monitoring durch Apps, digitale Kontaktnachverfolgung mittels tragbarer Geräte und der Einsatz von Hygienefachkräften zu einer wirksamen Überwachung bei (8).

Die oben genannten wissenschaftlichen Studien liefern Hinweise darauf, dass die beschriebenen nicht-medikamentösen Infektionsschutzmaßnahmen SARS-CoV-2-Infektionen und deren Folgen bei allen Geschlechtern verhindern können (8,11). Allerdings ist die wissenschaftliche Evidenzlage überwiegend gering bis sehr gering, was auf die begrenzte Verfügbarkeit von Evidenz sowie das Design und die Qualität der verfügbaren Studien zurückzuführen ist (8,11,16). Da viele der Infektionsschutzmaßnahmen zu erheblichen Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen führen, muss dies auch bei der Umsetzung von Maßnahmen berücksichtigt werden (16).

Impfung

Auch wenn nichtpharmakologische Maßnahmen dazu geführt haben, dass die COVID-19 Fälle in den Einrichtungen zurückgegangen sind, konnte die Verbreitung von COVID-19 nicht ausreichend eingedämmt werden (5). Die Impfung erwies sich in Deutschland (und auch international) als eine entscheidende Maßnahme zur Reduzierung von Infektionen in Pflegeheimen (2,6,14,17). Die gezielte Priorisierung von Bewohnern und Bewohnerinnen sowie von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen beim Zugang zu Impfungen zwischen Ende 2020 und Anfang 2021 führte zu einem deutlichen Rückgang der Todesfälle (6). Dies betont die immense Bedeutung einer strategischen Impfstrategie für gefährdete Bevölkerungsgruppen. Die anfänglich geringe Bereitschaft des Gesundheitspersonals zur Impfung kann durch ausführliche Gespräche und überzeugende Argumentation seitens der Führungskräfte und Kollegen bzw. Kolleginnen erheblich gesteigert werden (15). Offene Kommunikation und umfassende Aufklärung über Impfvorteile spielen eine entscheidende Rolle bei der Ansprache von Bedenken und der Förderung der Akzeptanz. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Impfkampagne in Pflegeeinrichtungen können zukünftigen Strategien zur Pandemiebewältigung zugrunde liegen.

Eine frühzeitige Priorisierung gefährdeter Gruppen hinsichtlich der Impfkampagnen und gezielte Kommunikation tragen dazu bei, Auswirkungen von Infektionskrankheiten zu minimieren und die Widerstandsfähigkeit des Gesundheitssystems zu stärken.

Pandemiepläne

Um für zukünftige Pandemien, Hitzewellen und ähnliche Ereignisse besser gerüstet zu sein, wird empfohlen, bereits im Vorfeld konkrete Notfallpläne zu entwickeln. Diese Pläne sollten in Krisensituationen schnell abrufbar sein und verbindliche Handlungsschritte festlegen (18). Diese Pläne sollten klare Maßnahmen festlegen, damit im Ernstfall keine wertvolle Zeit verloren geht (17). Klare Handlungsanweisungen sind entscheidend, um effizient reagieren zu können. Es existierten zwar Pandemiepläne vor der COVID-19-Pandemie. Die Bedeutung dieser Pläne schien jedoch oft nicht ausreichend bewusst oder bekannt zu sein. Zudem fehlt es bisher an praktischen Übungen, um die Funktionsfähigkeit der verschiedenen Akteure im Krisenmodus zu testen. Es wird daher empfohlen, die Pandemiepläne auf allen Ebenen weiterzuentwickeln und die Strukturen und Abläufe zu erproben (12). Dazu könnten Beratungen der Träger und Einrichtungen zur Weiterentwicklung der Pläne sowie praktische Übungen, Planspiele und Koordinierungsgremien gehören. Der Pandemieplan einer Einrichtung sollte die Einhaltung von Hygiene- und Infektionsschutzvorschriften mit einem

personenorientierten Ansatz verbinden. Ziel muss sein, die Würde der Bewohner und Bewohnerinnen zu wahren und ihr Wohlbefinden bestmöglich zu fördern (19).

2.2 Psychische Gesundheit bei Pflegebedürftigen

Zentrale Ergebnisse

Sowohl die COVID-19-Pandemie insgesamt als auch die ergriffenen Maßnahmen zur Infektionskontrolle und die verhängten Besuchsverbote haben tiefgreifende Auswirkungen auf die psychische Verfassung der Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeeinrichtungen und erhöhen das Risiko für depressive Symptome (14). Einsamkeit in der stationären Langzeitpflege war bereits vor der COVID-19-Pandemie ein Problem, das sich während der Pandemie verschärfte. Besuchseinschränkungen und Kontaktregelungen führen zu sozialer Isolation der Pflegebedürftigen (21,22). Soziale Isolation kann bei Pflegebedürftigen zu schwerwiegenden psychischen Folgen wie Einsamkeit und Angst führen. Besuche von Angehörigen spielen eine wichtige Rolle für die Aufrechterhaltung des Gefühls von Kontinuität, Zugehörigkeit und Wertschätzung sowie für den Erhalt kognitiver Fähigkeiten bei Pflegebedürftigen.

Maßnahmen und Empfehlungen

Zur Verringerung der sozialen Isolation werden in der Literatur verschiedene Maßnahmen genannt (10,23): Sogenannte pseudo-kontaktbezogene Maßnahmen, wie z. B. Gespräche vom Balkon oder hinter Glas, können ein gewisses Maß an Verbundenheit vermitteln, aber die physische Anwesenheit nicht vollständig ersetzen. Physische Präsenz, z.B. durch Spaziergänge, kann das Gefühl der Einsamkeit lindern und die emotionale Bindung stärken. Virtuelle Formen der sozialen Interaktion, die durch digitale Technologien, wie virtuelle Besuche oder FaceTime unterstützt werden, können eine Alternative bieten und den Kontakt aufrechterhalten, wenn persönliche Treffen nicht möglich sind (21). Digitale Kommunikationsunterstützung hat das Potenzial, Einsamkeit und ihre gesundheitlichen Folgen zu reduzieren, aber ihre Wirksamkeit muss noch durch systematische Evaluierung bestätigt werden. Dyer et al. heben in ihrem Review aus dem Jahr 2022 auch die Bedeutung vertrauter Kommunikationsmethoden, wie Telefon oder E-Mail, für die Aufrechterhaltung des Wohlbefindens in Zeiten von Kontakteinschränkungen hervor (14). Der Umgang mit sozialer Isolation erfordert einen ganzheitlichen Ansatz mit einer Kombination verschiedener Maßnahmen.

Neben konkreten Maßnahmen zur Verringerung der sozialen Isolation durch Infektionsschutzmaßnahmen wird in der Literatur auch allgemein das Dilemma diskutiert, die Bewohner und Bewohnerinnen einerseits bestmöglich vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu schützen, andererseits aber auch vor den gravierenden negativen Folgen der Schutzmaßnahmen so weit wie möglich zu bewahren (6). Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft hat 2020 eine Leitlinie veröffentlicht, die verschiedene Empfehlungen dazu gibt, wie soziale Teilhabe und Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen im Kontext der COVID-19-Pandemie gesichert werden können (19). Die Empfehlungen konzentrieren sich vor allem darauf, Wege aufzuzeigen, wie man trotz der Einschränkungen von Kontakten weiterhin sozial aktiv sein und die Lebensqualität aufrechterhalten kann. Gleichzeitig soll das Infektionsrisiko minimiert werden. Außerdem geht es darum, sicherzustellen, dass die Kommunikation innerhalb und außerhalb von Einrichtungen gut funktioniert, zum Beispiel durch den Verzicht auf Lebensqualität einschränkende Maßnahmen bei der Anwendung von Quarantäneregeln, Anpassungen

in der Kommunikation wegen Masken und durch Angebote für sinnvolle Aktivitäten im Alltag sowie zur Förderung von Bewegung. Auch Unterstützung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, psychosoziale Hilfe und Beratung sind Teil der Empfehlungen, ebenso wie der Aufbau und die Pflege von lokalen Netzwerken zwischen Gesundheitsdienstleistern verschiedener Bereiche.

2.3 Arbeitsbelastung der Beschäftigten

Zentrale Ergebnisse

Die COVID-19-Pandemie hat die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals sowohl physisch als auch psychisch weiter erhöht (10,12,24,25). Dies deutet darauf hin, dass Pflegekräfte unter extremen Belastungsbedingungen arbeiten und besonderer Unterstützung bedürfen. Die Autonomie, z.B. die Einflussnahme darauf, wie die Arbeit verrichtet werden soll, werden von den Pflegekräften kritisch bewertet (24). Die Beschaffung von Schutzausrüstung, die Einhaltung von Hygienevorschriften und die Intransparenz arbeitsrelevanter Informationen stellen Herausforderungen dar, die das Krisenmanagement erschweren und die Arbeitsbelastung in den Pflegeeinrichtungen erhöhen (6,12,25,26). Auch die Sorge um die Gesundheit der betreuten Personen und Ihrer Angehörigen belasten das Pflegepersonal (10,26). Die hohen Belastungen führen auch zu problematischem Bewältigungsverhalten unter Beschäftigten, wie beispielsweise zu einem erhöhtem Alkohol- und Tabakkonsum, wobei insbesondere bei jüngeren Beschäftigten eine Zunahme dieses problematischen Konsumverhaltens beobachtet wird (10). In der zweiten Pandemiewelle gab es in einigen Pflegeeinrichtungen plötzliche und dramatische Ausbrüche. Dies führte dazu, dass einige Pflegeeinrichtungen kaum noch arbeitsfähig waren und externe Hilfe benötigten (12). Dies unterstreicht die Notwendigkeit, besser auf solche Ausbrüche vorbereitet zu sein.

Maßnahmen und Empfehlungen

Da die Autonomie von den Pflegekräften kritisch bewertet wird, sollten Pflegekräfte stärker in Entscheidungsprozesse eingebunden werden und mehr Möglichkeiten erhalten, ihre Kompetenzen einzubringen (24). Um gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, wie erhöhtem Tabak- und Alkoholkonsum vorzubeugen, sollten gezielte Unterstützungsangebote erfolgen. Führungskräfte fühlten sich mit der Umsetzung von Verordnungen und neuen Regelungen oft allein gelassen und kritisierten die delegierte Verantwortung (12). Hier besteht Bedarf an stärkerer Unterstützung und Entwicklung von Managementsystemen mit geteilter Verantwortung. Die Zusammenarbeit mit den Trägern sollte intensiviert und neue Führungssysteme wie z.B. kollegiale Führung sollten erprobt werden (12). Pflegekräfte berichten von einem Mangel an Entlastungsangeboten, was auf die Notwendigkeit individueller und kollektiver Angebote zur physischen und psychischen Entlastung hinweist. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden in den Einrichtungen des Gesundheitswesens noch zu selten umgesetzt (12).

2.4 Versorgung Pflegebedürftiger

Zentrale Ergebnisse

Die COVID-19-Pandemie hat auch erhebliche Auswirkungen auf die Versorgung älterer Menschen in Pflegeeinrichtungen. Eine Befragung von Führungskräften und Qualitätsbeauftragten zeigt, dass in 62

Prozent der Einrichtungen, während der COVID-19-Pandemie zumindest zeitweise ein Aufnahme-
stopp bestand (25). Die Aufnahmestopps, aber auch die Befürchtung, dass Heime Orte hoher Gefähr-
dung seien, sowie die erhöhte Sterberate in den Pflegeheimen hatten zu einem Rückgang der Inan-
spruchnahme von Kurzzeitpflege, teilstationärer Pflege und vollstationärer Dauerpflege geführt (4).
Es wird außerdem berichtet, dass sich die Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen, z. B. durch
Ärztinnen, Ärzte, Kliniken, Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten verschlechtert hat (25). Be-
sonders betroffen war die stationäre Langzeitpflege, die in vielen Fällen verschoben oder sogar abge-
sagt wurde (2). Für die Leistungsanbieterinnen und -anbieter war es schwierig, während der COVID-
19-Pandemie die notwendigen Pflegeleistungen zu erbringen (12).

Maßnahmen und Empfehlungen

Es wird empfohlen, Maßnahmen, die den Gesundheitsschutz mit sozialen Angeboten kombinieren,
zu bevorzugen, um soziale Isolation zu vermeiden (22). Um der Reduktion von Pflegeangeboten ent-
gegenzuwirken und den Zugang zu bedarfsgerechten Versorgungsangeboten zu ermöglichen, sind
einige Einrichtungen Kooperationen mit externen Anbietern eingegangen (19). Dieser Schritt ist wich-
tig, um Versorgungslücken zu verringern und den Bedürfnissen der älteren Menschen gerecht zu
werden.

2.5 Digitalisierung

Ergebnisse / Maßnahmen und Empfehlungen

Ein zentrales Thema in der Literatur ist die Digitalisierung in der Pflege und ihre Bedeutung in der CO-
VID-19-Pandemie (2,27). Es wird darauf hingewiesen, dass es bei der Digitalisierung in der Pflege sehr
wichtig ist, auf bedarfsgerechte Technologien zu setzen (27). Während frei verfügbare Lösungen
schnell eingeführt werden können, sind speziell für die Pflege entwickelte Telecare-Systeme besser
geeignet, um spezifische Anforderungen zu erfüllen. Die Auswahl der richtigen Technologie sollte
sorgfältig erfolgen, um den größtmöglichen Nutzen zu erzielen. Die Digitalisierung von Pflegeeinrich-
tungen erfordert jedoch eine angemessene Finanzierung. Unzureichende Finanzierungsmöglichkeiten
stellen ein Hemmnis dar und können den Ausbau der technischen Infrastruktur behindern. Um die
technologische Entwicklung in der Pflege voranzutreiben, ist es wichtig, geeignete Finanzierungsquel-
len zu erschließen (27). Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Einführung digitaler Technologien
in der Pflege eine fachliche Begleitung und Schulung des Personals erfordert. Die Beschäftigten müs-
sen in der Lage sein, die neuen Arbeitsstrukturen und -prozesse zu verstehen und effektiv damit um-
zugehen. Eine kontinuierliche Begleitung und Schulung ist daher unerlässlich (12). Die COVID-19-Pan-
demie zeigt auch, dass der verstärkte Einsatz digitaler Kommunikationstechnologien einen großen
Mehrwert bietet, um die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten und den sozialen Kontakt zwi-
schen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen aufrechtzuerhalten. Solche Technologien können in
Krisenzeiten einen wichtigen Beitrag leisten und sollten daher weiter gefördert werden (OECD,
2023). Durch die Digitalisierung kann die Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtungen, Kostenträ-
gern, Gesundheitsämtern sowie Kranken- und Pflegekassen verbessert werden. Gezielte digitale
Schnittstellen erleichtern den Informationsaustausch und die Zusammenarbeit, was zu effizienteren
Prozessen führen kann (12).

3 Handlungsempfehlungen

In der folgenden Tabelle sind die zentralen Handlungsempfehlungen, die sich aus der vorhandenen Literatur ergeben, zusammengefasst.

Handlungsempfehlung	Literaturquelle
<ul style="list-style-type: none"> Es sollen gemeinsam mit den örtlichen Gesundheitsbehörden erregerunspezifische Pandemiepläne erstellt und weiterentwickelt werden, um besser auf zukünftige Pandemien und ähnliche Ereignisse vorbereitet zu sein. Die Pläne sollten schnell zugänglich sein und verbindliche Handlungsschritte festlegen. Die Pläne sollten getestet werden, zum Beispiel durch Übungsszenarien und Simulationen. 	(18) (12) (28) (16)
<ul style="list-style-type: none"> Es muss sichergestellt werden, dass persönliche Schutzausrüstung bereitgestellt und verwendet wird. Maßnahmen zur Schulung der Beschäftigten im korrekten Umgang müssen ebenfalls ergriffen werden. Ein Gesundheitssystem mit einer hohen Resilienz sollte auch temporäre Versorgungsprobleme ausgleichen und im Notfall kurzfristig den Bedarf decken können. Dazu sind nicht nur Strategien zur Stabilisierung oder zum Ersatz globaler Lieferketten notwendig, sondern auch Maßnahmen zur Bevorratung besonders wichtiger Produkte sowie zur Sicherung von Produktionskapazitäten. 	(14) (29) (30) (2) (17) (23) (12) (8) (28) (31) (19) (26) (7) (16)
<ul style="list-style-type: none"> Es ist notwendig, dass die Beschäftigten Schulungen zur Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen erhalten. Um sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen darauf zugreifen können, sollte der Zugang zu Informationen und Schulungsunterlagen problemlos sein. 	(28) (12) (19) (21) (30) (31)
<ul style="list-style-type: none"> Schwächen im Hygienemanagement und fehlende Hygienekompetenz gelten als wichtige Faktoren bei der Übertragung von SARS-CoV-2. Empfohlen werden Maßnahmen, die kurz-, mittel- und langfristig umgesetzt werden sollten. Zu den kurzfristigen Maßnahmen gehören die Einführung eines geeigneten Hygienemanagements, die Erstellung eines Hygieneplans, die Strukturierung des Ausbruchsmagements unter Einbeziehung des örtlichen Gesundheitsamtes, die Aufzeichnung und Bewertung von SARS-CoV-2-bedingten Infektionen sowie eine angemessene Ableitung von Schlussfolgerungen zur Einleitung und Kommunikation erforderlicher Präventionsmaßnahmen und die Etablierung von Konzepten für Screening-Tests auf SARS-CoV-2 zur besseren Überwachung. Zu den mittel- und langfristigen Maßnahmen gehören die Etablierung einer entsprechend qualifizierten hygienebeauftragten Pflegefachperson, die Einführung 	(16) (6) (3) (19) (30)

eines Theorie-Praxis-Transfers, die Implementierung eines einrichtungswirtschaftlichen Berichtssystems für kritische Vorkommnisse (Critical Incident Reporting-System, CIRS), die Etablierung des Faches „Hygiene“ als Bestandteil der Ausbildung zur Pflegefachperson, Regelungen zur verbindlichen Betreuung der Einrichtungen durch Hygienefachpersonal sowie die Erlassung einer Hygieneverordnung durch die Länder und die Vergabe von Hygienegütesiegeln. Dies ist auch in Bezug auf die Gefährdung durch multiresistente Erreger relevant, die ebenfalls eine akute Gesundheitsgefährdung für die Bewohner und Bewohnerinnen darstellen.

- Die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit nichtmedikamentöser Maßnahmen und zu den weiteren Folgen von Infektionsschutzmaßnahmen für die Betroffenen ist sehr begrenzt. Bei der Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen ist es daher wichtig, negative Folgen wie **soziale Isolation** zu minimieren. Bei der Bewertung der Maßnahmen müssen neben der Wirksamkeit zur Verringerung des Infektionsrisikos auch die negativen Auswirkungen berücksichtigt werden. Daher müssen die Maßnahmen von den beteiligten Akteuren an die Gegebenheiten vor Ort und unter Berücksichtigung einer individuellen Risikoeinschätzung der Pflegebedürftigen an die jeweilige Situation angepasst werden. (8) (11) (16) (19)

- Strategien zur Erhaltung der **sozialen Teilhabe** bzw. **Lebensqualität** trotz Kontakteinschränkungen sind umzusetzen. Dazu gehören: Sicherstellung ausreichender Kommunikationswege und -mittel innerhalb und außerhalb der Einrichtungen; Verzicht auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Einhaltung der Quarantänevorschriften; Anpassung der verbalen und nonverbalen Kommunikation aufgrund des Mund-Nasen-Schutzes; Angebote zur sinnstiftenden Alltagsgestaltung sowie zur Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit; Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch psychosoziale Angebote sowie Informations- und Beratungsangebote oder Aufbau und Pflege lokaler Netzwerke von Leistungserbringern aus verschiedenen Versorgungsbereichen. (16) (19)

- Die **digitale Infrastruktur** der Pflegeeinrichtungen muss ausgebaut und der Digitalisierungsgrad erhöht werden. Dies betrifft u.a. die schnittstellenübergreifende Kommunikation mit externen Leistungserbringern, die Möglichkeiten digitaler Aus- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende, die Bereitstellung moderner Hard- und Software und die Reorganisation von Arbeitsprozessen in den Einrichtungen. Eine qualifizierte externe Beratung und Begleitung der Einrichtungen wird angeregt. Eine begleitende Schulung bei der Einführung digitaler Produkte und die Vermittlung digitaler Kompetenzen in Ausbildung und Studium von Pflegefachkräften sollte erfolgen. (27) (14) (12) (2) (16)

- **Telemedizinische Lösungen** sollten weiterentwickelt werden. Sie sollten insbesondere in Krisenzeiten verstärkt eingesetzt werden und können zur Resilienz in der Patientenversorgung beitragen, um die Versorgung aufrechtzuerhalten. Telemedizinische Lösungen können das Infektionsrisiko minimieren. Auch in der ambulanten Versorgung können telemedizinische Angebote den Kontakt zum Hausarzt für Pflegebedürftige sowie für pflegende Angehörige aufrechterhalten. (14) (27) (16) (8) (28) (19)
- Zur Reduzierung der Arbeitsbelastungen sollten Maßnahmen der betrieblichen **Gesundheitsförderung** durchgeführt werden, die sowohl auf der Ebene des individuellen Gesundheitsverhaltens als auch auf der der organisationalen Verhältnisebene ansetzen. Eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen sollte regelmäßig durchgeführt werden. (16)
- **Alternative Wohnformen** mit **kleineren Wohneinheiten** könnten das Potenzial für eine Umgestaltung der Unterbringungsmöglichkeiten bieten, die nicht nur zum Infektionsschutz, sondern auch zur Verbesserung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen beitragen könnte. (6) (14) (16)
- Die **Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern** sollte verbessert werden. (8) (9) (12) (17) (31)

4 Literaturverzeichnis

1. Hashan MR, Smoll N, King C, Ockenden-Muldoon H, Walker J, Wattiaux A, u.a. Epidemiology and clinical features of COVID-19 outbreaks in aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. März 2021;33:100771.
2. OECD. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience [Internet]. OECD; 2023 [zitiert 21. Juli 2023]. (OECD Health Policy Studies). Verfügbar unter: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience_1e53cf80-en
3. Gleich S, Turlik V, Schmidt S, Wohlrab D. COVID-19-Sterbefälle bei Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen in München – Todesursachen und Sterbeorte. *Bundesgesundheitsbl*. September 2021;64(9):1136–45.
4. Rothgang H, Müller R. BARMER Pflegereport 2022. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse-Band 38. 2022.
5. Suwono B, Steffen A, Schweickert B, Schönfeld V, Brandl M, Sandfort M, u.a. SARS-CoV-2 outbreaks in hospitals and long-term care facilities in Germany: a national observational study. *The Lancet Regional Health - Europe*. März 2022;14:100303.
6. Said D, Sin MA, Zanuzdana A, Schweickert B, Eckmanns T. Alten- und Pflegeheime – die COVID-19-Pandemie als Mahnung: Infektionshygienische Maßnahmen und Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bewohnenden. *Bundesgesundheitsbl*. März 2023;66(3):248–55.
7. Rothgang H, Wolf-Ostermann K. Pflegeheime in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer bundesweiten Online-Umfrage. 2020.
8. Fischer T, Henry J, Thümmler K, Horn A. SARS-CoV-2 Ausbrüche in stationären Pflegeeinrichtungen. Literatúrauswertung zu Ursachen, beeinflussenden Faktoren und Prävention. 2021.
9. Jäger S. Corona-Schutz für Pflegeheime. *Gesundheit und Gesellschaft Digital*. 2022;
10. Perkhofer L, Grünke P, Gashi-Ymeri E, Grünke T, Kroschel J, Michel D, u.a. COVID-19-Pandemiebedingte Belastungen und SARS-CoV-2-Prävalenz in Pflegeeinrichtungen. *Z Gerontol Geriat*. August 2021;54(5):463–70.
11. Stratil JM, Biallas RL, Burns J, Arnold L, Geffert K, Kunzler AM, u.a. Non-pharmacological measures implemented in the setting of long-term care facilities to prevent SARS-CoV-2 infections and their consequences: a rapid review. *Cochrane Public Health Group*, Herausgeber. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 15. September 2021 [zitiert 21. Juli 2023];2021. Verfügbar unter: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD015085.pub2>
12. Elsbernd A, Heidecker L, Schüttemeier B. Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (LACOVID-BA-WÜ2020). Abschlussbericht. 2022.
13. Mühle U. Eindämmungsstrategien der COVID-19-Pandemie in Alten- & Pflegeheimen: Die Situation in Bayern. *Public Health Forum*. 27. September 2021;29(3):220–3.

14. Dyer AH, Fallon A, Noonan C, Dolphin H, O'Farrelly C, Bourke NM, u.a. Managing the Impact of COVID-19 in Nursing Homes and Long-Term Care Facilities: An Update. *Journal of the American Medical Directors Association*. September 2022;23(9):1590–602.
15. Langner B. Lernen für die nächste Welle. *Pflegez*. April 2022;75(5):26–8.
16. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen: Gutachten 2023. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 2023.
17. Roth A, Feller S, Ruhnau A, Plamp L, Viereck U, Weber K, u.a. Characterization of COVID-19 outbreaks in three nursing homes during the first wave in Berlin, Germany. *Sci Rep*. 24. Dezember 2021;11(1):24441.
18. Preuß B, Schmidt A, Seibert K, Hoel V, Domhoff D, Heinze F, u.a. Ambulante Pflege in den ersten beiden Wellen der COVID-19-Pandemie: Herausforderungen für Personal und Pflegebedürftige. *Bundesgesundheitsbl*. März 2023;66(3):256–64.
19. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.) S1 Leitlinie-Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie - Langfassung-AWMF Registernummer 184 – 001. 2020. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelleleitlinien.html>
20. Klie T, Remmers H, Manzeschke A. Corona und Pflege: lessons learned. Kuratorium Deutsche Altershilfe; 2021.
21. Fischer F, Raiber L, Boscher C, Winter MHJ. COVID-19-Schutzmaßnahmen in der stationären Altenpflege: Ein Mapping Review pflegewissenschaftlicher Publikationen. *Pflege*. August 2020;33(4):199–206.
22. Gangnus A, Hering C, Kohl R, Henson CS, Schwinger A, Steinhagen-Thiessen E, u.a. Covid-19-Schutzmaßnahmen und Einschränkungen des sozialen Lebens in Pflegeheimen: Analyse von Verordnungen und Surveydaten. *Pflege*. 1. Juni 2022;35(3):133–42.
23. Beogo I, Bationo NJC, Collin S, Tapp D, Ramdé J, Gagnon MP, u.a. Promising Best Practices Implemented in Long- Term Care Facilities During the COVID-19 Pandemic to Address Social Isolation and Loneliness: A Scoping Review. *JLTC*. 29. Dezember 2022; 298-311.
24. Dürr L, Forster A, Bartsch CE, Koob C. Anforderungen, Ressourcen und Arbeitsengagement Pfleger während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie: Eine Querschnittstudie. *Pflege*. Februar 2022;35(1):5–14.
25. Eggert S, Teubner C. Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste. *zpq*; 2021.
26. Hower KI, Pfaff H, Pfortner TK. Pflege in Zeiten von COVID-19: Onlinebefragung von Führungskräften zu Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien. *Pflege*. August 2020;33(4):207–18.
27. Domhoff D, Seibert K, Rothgang H, Wolf-Ostermann K. Die Nutzung von digitalen Kommunikationstechnologien in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie. In: Frommeld D, Scorna U, Haug S, Weber K, Herausgeber. *Alter - Kultur - Gesellschaft [Internet]*. 1. Aufl. Bielefeld, Germany: transcript Verlag. 2021. S. 65–86. Verfügbar unter: <https://www.transcript-open.de/doi/10.14361/9783839454695-003>

28. Fischer T, Kopke K. Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. 2022.
29. Eggert S, Teubner C, Budnick A, Gellert P, Kuhlmei A. Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. 2020.
30. Gosch M, Altrichter D, Pflügner M, Frohnhofen H, Steinmann J, Schmude-Basic I, u. a. Langzeitpflegeeinrichtungen in der COVID-19-Pandemie: Überlegungen auf dem Weg zurück in die Normalität. Z Gerontol Geriat. Juli 2021;54(4):377–83.
31. Gleich S, Walger P, Popp W, Lemm F, Exner M. Nosokomiale COVID-19-Ausbrüche in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Ursachen und Forderungen. Hygiene und Medizin. 2021;46.2021.