



Bundesministerium
für Gesundheit

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

Teil 2: Ergebnisbericht

„Qualitative Befragung von Leitungspersonen
stationärer Pflegeeinrichtungen sowie weiterer
Expertinnen und Experten aus der Pflege
zu ihren Erfahrungen aus der Corona-Pandemie“

INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung

Oktober 2023

ERGEBNISBERICHT

***Qualitative Befragung von Leitungspersonen stationärer
Pflegeeinrichtungen sowie weiterer Expertinnen und
Experten aus der Pflege
zu ihren Erfahrungen aus der Corona-Pandemie***

Durchgeführt für das:



**Bundesministerium
für Gesundheit**

Berlin, 24.10.20

Inhalt

1. Untersuchungsdesign	3
1.1. Hintergrund und Zielstellung der Studie.....	3
1.2. Durchführung und Inhalte der qualitativen Befragung.....	3
1.3. Zusammensetzung der Stichprobe.....	3
2. Zusammenfassung der Kernergebnisse	4
3. Problemanalyse und Lösungsansätze im Detail	6
3.1. „Regelungsflut“ und Umsetzungsüberforderung.....	6
3.2. Überlastung des Pflegepersonals.....	8
3.3. Digitalisierung und Entbürokratisierung	9
3.4. Infektionsschutz versus soziale Teilhabe.....	9
3.5. Hygienekompetenz	11
3.6. Surveillance und Testen.....	12
3.7. Schutzausrüstung und Bevorratung	12
3.8. Vorgaben für Einrichtungen: Das Problem des Transfers	13
4. Empfehlungen für zukünftige (pandemische) Krisenlagen	14
Anhang 1: Handlungsempfehlungen/ Maßnahmen aus der Literaturlauswertung des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso)	15

1. Untersuchungsdesign

1.1. Hintergrund und Zielstellung der Studie

Die Corona-Pandemie hat die Pflege mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die INFO GmbH daher beauftragt, diese im Rahmen der hier vorliegenden Studie herauszuarbeiten, zu verdichten und als Handlungsansätze für künftige vergleichbare Situationen aufzubereiten. Die Info GmbH hat hierfür sowohl mit Einrichtungsleitungen von Pflegeeinrichtungen als auch mit externen Pflegeexpertinnen und -experten die wichtigsten Erfahrungen der stationären Pflegeeinrichtungen für den gesamten Zeitraum der Pandemie erhoben, aber auch daraus resultierende Lernprozesse herausgearbeitet. Aufbauend auf einer vom BMG beauftragten Literaturlauswertung verschiedener Publikationen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Pflege, die vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft durchgeführt wurde (siehe Anhang), sollten die wichtigsten Erfahrungen und „Lessons Learned“ so aufgearbeitet werden, dass sie die Vorbereitung auf vergleichbare (pandemische) Situationen unterstützen können. Dabei ging es nicht nur um die Evaluation von Maßnahmen, die im Verantwortungsbereich der Pflegeeinrichtungen liegen, sondern auch um das Vorgehen von verantwortlichen externen bzw. staatlichen Akteuren.

1.2. Durchführung und Inhalte der qualitativen Befragung

Insgesamt wurden zwei Fokusgruppen mit Leitenden von vollstationären Pflegeeinrichtungen und eine Fokusgruppe mit externen Pflegeexpertinnen und -experten am 20. und 21. September 2023 im Rahmen von Online-Diskussionen durchgeführt. Die Dauer der Fokusgruppensprechungen betrug jeweils rund 120 Minuten. Im ersten Teil der Diskussionen wurden die Hauptherausforderungen und -problemlagen im Verlauf der Pandemie diskutiert sowie daraus resultierende Bewältigungsstrategien und Lernprozesse herausgearbeitet. Der zweite Teil der Diskussionen widmete sich der Evaluation von Präventionsmaßnahmen, die in der vorangegangenen Literaturlauswertung zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Pflege identifiziert wurden (siehe Anhang). Diese Maßnahmen umfassten folgende fünf Schwerpunktthemen: infektionsepidemiologische Lage, psychische Gesundheit von Pflegebedürftigen, Arbeitsbelastung der Beschäftigten, Versorgung Pflegebedürftiger und Digitalisierung. Im vorliegenden Bericht werden die Maßnahmen aus der Literaturlauswertung – so wie sie auch den Teilnehmenden der Fokusgruppen präsentiert wurden – im Originalwortlaut der Literaturrecherche wiedergegeben und kursiv gesetzt sowie unterstrichen.

1.3. Zusammensetzung der Stichprobe

Die beiden Fokusgruppen mit Leitenden von Pflegeeinrichtungen waren unterteilt nach der Größe der Einrichtung, d.h. eine Gruppe deckte Häuser mit bis zu 50 Betten und eine Gruppe Häuser mit mehr als 50 Betten ab. Die Zusammensetzung jeder Gruppe stellte eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Geschlechter und der Lage der Einrichtungen (bundesweit, städtisch und ländlich) sicher.

Für die dritte Fokusgruppe wurden externe Pflegeexpertinnen und -experten aus dem Pflege-Beratungssektor, den Gesundheitsämtern und der Wissenschaft gewonnen.

Alle Teilnehmenden wurden basierend auf Vorschlägen des BMG mittels Empfehlungsschreiben von der INFO GmbH rekrutiert und ausgewählt.

2. Zusammenfassung der Kernergebnisse

Die Befragten begrüßen es grundsätzlich sehr, dass das Thema Prävention und Krisenresilienz in der Pflege vonseiten des BMG auf die Tagesordnung gehoben wird, weil dies die Anerkennung der großen Probleme indiziert, mit denen der Sektor in der Corona-Pandemie zu kämpfen hatte – und bis heute zu kämpfen hat.

Die Einrichtungen erlebten insbesondere die Anfangsphase der Pandemie bis zu den ersten Impfungen um die Jahreswende 2020/2021 als extreme Herausforderung. Neben dem anfänglichen Mangel an Schutz- und Hygieneausrüstung wurde v.a. die hohe Zahl sich immer wieder ändernder Verordnungen und die damit zusammenhängende Überforderung bei ihrer praktischen Umsetzung als ein zentraler Problembereich der Pandemie wahrgenommen. Als besonders problem- und konfliktbehaftet erwiesen sich außerdem die harten Vorgaben zum Infektionsschutz und zur Isolation, die spürbare und drastische Konsequenzen für Pflegebedürftige, Pflegepersonal und Angehörige hatten. Infolge dieser Belastungen verschärfte sich im Verlauf der Pandemie – durch den zunehmenden Ausfall bzw. die zunehmende Abwanderung von Mitarbeitenden – der Personalmangel im Pflegesektor.

Viele der in der Literaturoswertung aufgezeigten Maßnahmen (siehe Anhang) adressieren aus Sicht der Befragten die Kernproblembereiche der Pandemie und liefern zahlreiche wichtige Ansatzpunkte für die Präventionsarbeit. Besonders positiv aufgenommen wird, vor allem auf Einrichtungsebene, die Empfehlung einer Flexibilisierung beim Infektionsschutz zugunsten der verstärkten sozialen Teilhabe der Pflegebedürftigen. Vor allem die Expertinnen und Experten verweisen auf die große Schwierigkeit, eine fundierte Kompromisslinie zwischen beiden Polen zu definieren und wirksam zu verhindern, dass eine Lockerung des Infektionsschutzes verstärkt Super-Ausbrüche nach sich zieht mit allen bekannten, schweren Folgen für die Pflegebedürftigen sowie das Personal – wie zum Beispiel eskalierende Todesraten, psychische Belastung bzw. Traumatisierung und Personalausfall.

In diesem Zusammenhang wird der Hygiene eine besondere Bedeutung zugemessen als potenziellem Kompensationsfaktor für einen flexibleren Infektionsschutz. Die tatsächliche Hygienekompetenz in den Einrichtungen ist aus Expertinnen- und Expertensicht allerdings immer noch gering. Aus der Praxis-Perspektive besteht im Bereich der Hygiene dagegen wenig präventiver Handlungsbedarf. Hier erscheinen Hygieneregeln oft als zeitraubende Zusatzaufgabe, die sich bereits während der Pandemie schwer in den ohnehin schon stark beanspruchenden Pflegealltag integrieren und unter alle Mitarbeitenden tragen ließen. Deshalb wird – v.a. von den Expertinnen und Experten, aber auch von einigen Einrichtungsleitungen – ein wichtiger Hebel in der Vermittlung der praktischen Handhabung und des praktischen Mehrwerts von Hygiene durch (externe) Hygienefachkräfte gesehen.

Eine Vielzahl der präsentierten Handlungsempfehlungen aus der Literaturoswertung wird von den Befragten als zu unkonkret und „schwammig“ wahrgenommen, weil oft unklar bleibe, was die Maßnahmen genau bedeuten, aber auch wie und vor allem von wem sie umgesetzt werden sollen, wie zum Beispiel Maßnahmen der Gesundheitsförderung zur Reduzierung der Arbeitsbelastung der

Beschäftigten oder auch die Erstellung von praxistauglichen Plänen (z.B. Pandemiepläne oder Hygienepläne) und ihre effiziente Übersetzung in der Einrichtung.

Vor allem auf der Praxisebene werden Bedenken deutlich, dass die eigentliche Präventionsarbeit letztlich allein auf der Ebene der einzelnen Einrichtung geleistet werden soll. Hier bestehe die Gefahr, dass keine wirksame Krisenresilienz entwickelt werden kann, weil den Einrichtungsleitungen sowohl finanzielle, zeitliche, strukturelle als auch personelle Ressourcen und vor allem methodisches Wissen fehlen. Die Einrichtungen haben immer noch mit der Nachbereitung der Pandemie und der Bewältigung der Pandemiefolgen zu kämpfen und Präventionsarbeit wird als komplexe, kollektive Aufgabe gesehen (sie braucht die systematische Identifikation von Schwachstellen, die Ableitung von Lösungen, die Übersetzung wissenschaftlicher Ergebnisse in praxistaugliche Maßnahmen und den Abgleich der Erfahrungen verschiedener Einrichtungen).

Diese Thematik knüpft an ein vor allem auf Praxisebene als zentral und relevant wahrgenommenes Problemfeld der Corona-Pandemie an, welches nicht in der Literaturlauswertung adressiert wird: die Überforderung der einzelnen Einrichtung bzw. Einrichtungsebene mit der Umsetzung und Übersetzung zahlreicher, umfangreicher und theoretischer (in der Summe oft nicht als praxistauglich wahrgenommener) gesetzlicher Verordnungen und Regelungen bei gleichzeitig hohem Zeit-, Kontroll- und Haftungsdruck.

Eine zentrale Schlussfolgerung und Forderung der Befragten für eine zukünftige Krisensituation ist daher auch ein systematischer und einrichtungsübergeordneter Theorie-Praxis-Transfer. Hiemit ist gemeint, die Übersetzung von Regularien in konkrete Handlungsanweisungen an ein multidisziplinär besetztes Gremium auszulagern. Dieses sollte auch die Praxis-Ebene einbeziehen, um eine effiziente, konsistente Umsetzung zu sichern. Eine Ansiedlung dieses Gremiums auf Landesebene könnte dabei aus Sicht der Befragten am besten die effiziente und einheitliche Implementierung von Vorgaben des Bundes, des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Länder sicherstellen. Auch die Gesundheitsämter sollten personell und strukturell befähigt werden, auf kommunaler Ebene eine kooperativ-unterstützende Rolle zu spielen durch die digitale, entbürokratisierte Bündelung von Informationen, eine kontinuierliche Erreichbarkeit und die beratende Begleitung in den Einrichtungen.

Generell großes Potenzial für die Krisenprävention im Pflegesektor sehen die Befragten deshalb auch in allen Maßnahmen, die sich an der Praxis orientieren und damit implizit das generelle Problem des Theorie-Praxis-Transfers adressieren. Hierzu gehören z. B. Schulungen, der einfache Zugang zu Schulungsunterlagen und verbindlich definierten Handlungsschritten sowie die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden. Darüber hinaus wird die breite und konsistente Digitalisierung als Schlüssel für eine effiziente Umsetzung aller als potenziell wirksam eingestuften Maßnahmen gesehen.

3. Problemanalyse und Lösungsansätze im Detail

Im Folgenden werden alle diskutierten Herausforderungen, die in der Literaturlauswertung identifizierten Maßnahmen (siehe Anhang) und die von den Befragten entwickelten Ideen für weitere Maßnahmen detaillierter dargestellt.

3.1. „Regelungsflut“ und Umsetzungsüberforderung

Problemanalyse

Vor allem Befragte mit Praxisbezug sehen die notwendige Übersetzung von Regularien und gesetzlichen Vorgaben auf der Ebene der Pflegeeinrichtungen als ein Kernproblem der Pandemie. Die Umsetzung einer großen Anzahl an schnell aufeinanderfolgenden (Neu-)Regelungen aus verschiedenen Quellen (Bund/Land/Kommune) wird von den Befragten als klare Überforderung für die Einrichtungsebene identifiziert, weil sie während der Pandemie ohnehin knappe Kapazitäten blockierte und die Alleinverantwortung bei den Einrichtungen lag.

Für die in der Regel nicht juristisch ausgebildeten Leiterinnen und Leiter der Einrichtungen waren detaillierte juristische Formulierungen und Neu-Justierungen nur sehr schwer und mühsam in klare Handlungsanweisungen (v.a. auch für Mitarbeitende) übersetzbar. Darüber hinaus erwiesen sich viele Vorgaben als praxisfern, d.h. unter den realen Bedingungen vor Ort nur schwer umsetzbar.

Der hohe, bürokratische Dokumentations- und Meldeaufwand verstärkte die Überlastung schließlich noch: die Einrichtungsleitungen erlebten diesen als ineffizient und zeitraubend und die damit zusammenhängende, kontrollierende Rolle und Haltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) als belastend und demotivierend.

Lösungsansätze

Der Schlüssel zur Entlastung der Einrichtungsebene bzw. Einrichtungsleitung für künftige Krisenlagen wird von allen befragten Zielgruppen in einer Auslagerung des Übersetzungsaufwands von Verordnungen auf eine Einrichtungs-übergeordnete Ebene gesehen. Als geeignet erscheint den Diskussionsteilnehmenden ein multidisziplinär besetztes Gremium, das einen gebündelten Theorie-Praxis-Transfer sicherstellt und damit nicht nur Entlastung schaffen, sondern auch die Wirksamkeit von Maßnahmen in konsistent hoher Qualität über verschiedene Einrichtungen hinweg sicherstellen kann. Neben der Repräsentanz von Wissenschaft, Gesetzgebung und Verbänden gilt die Einbeziehung von Akteuren aus der Praxis als zentral, um von diesem Gremium entwickelte Handlungsanleitungen nicht nur wissenschaftlich-juristisch fundiert abzusichern, sondern vor allem auch unter realen, praktischen Bedingungen umsetzbar zu machen. Die Arbeit eines solchen Gremiums muss aus Sicht der Befragten die Entwicklung klarer Handlungsanleitungen einschließen. Diese sollten pointiert und einfach verständlich (barrierefrei) formuliert sein und in praktische Vorlagen/Flow-Charts gefasst werden, die von den Einrichtungsleitenden ggfs. angepasst und direkt an Mitarbeitende weitergegeben werden können. Im Kontext dieser konkreten Lösungsideen werden die Maßnahmen aus der Literaturlauswertung Schnell zugängliche Informationen, Verbindliche Handlungsschritte (siehe Anhang, Punkt 1) positiv wahrgenommen und als relevant bewertet.

Aus Sicht der Befragten sollte das vorgeschlagene Gremium für den Theorie-Praxis-Transfer am besten auf Landesebene verortet sein, weil dort die Vorgaben des Bundes, des RKI und der Länder am effizientesten verarbeitet und zur erleichterten Umsetzung an lokale Strukturen weitergegeben werden könnten. Außerdem werden zusätzliche kommunale Krisenzirkel für sinnvoll erachtet, um das Krisenmanagement in den örtlichen Gesundheitsämtern zu koordinieren bzw. zu unterstützen und auf die Lage vor Ort reagieren zu können.

In der Befragung zeigte sich außerdem, dass Einrichtungsleitungen nicht nur in der akuten Krisensituation, sondern auch bei der Prävention, vor allem zur Stärkung der Resilienz für zukünftige Krisenlagen, externe Hilfe benötigen und erwarten. Die Präventionsarbeit, die auf Erkenntnissen aus der vergangenen Krise basieren soll, wird als komplexe und kollektive Aufgabe betrachtet, die nicht „wieder“ allein auf die Einrichtungen „abgewälzt“ werden darf. Die Entwicklung eines Krisenplans verlangt die systematische Identifikation der Problemfelder und Schlussfolgerungen aus der Pandemie. Den Einrichtungsleitungen fehlen hierfür sowohl methodisches Know-How als auch gesammelte und aufbereitete Erfahrungen und Vergleichsgrößen aus anderen Einrichtungen. Darüber hinaus sind die zeitlich-personellen Kapazitäten in den Einrichtungen durch die „Nachwehen“ der Pandemie (Burn-Out des Personals bzw. finanziell-organisatorische Nachbereitung) und durch die Anforderungen des Pflegealltags bereits voll beansprucht. Aus diesem Grund werfen die in der Literaturlauswertung identifizierten Maßnahmen Erregerunspezifische Pandemiepläne erstellen (siehe Anhang Punkt 1) und Erstellung eines Hygieneplans (siehe Anhang Punkt 4) bei den Teilnehmenden der Diskussionen vor allem Fragen bezüglich der (Verantwortung für die) Umsetzbarkeit auf.

Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bzw. den Gesundheitsämtern wird auch in der Prävention eine zentrale, potenziell entlastende Rolle zugeschrieben. Zum einen sollte – wie auch in der Krisensituation – aus Sicht der Befragten auf Systeme und Netzwerke von Medizinischen Diensten, Heimaufsichten und Gesundheitsämtern zurückgegriffen werden. Zum anderen sollte weiter an einer kooperativ-unterstützenden (statt kontrollierenden) Rolle der Gesundheitsämter gearbeitet werden, die vor allem durch die (digitale) Bündelung und Auswertung von Informationen, einen aktiven Austausch mit den Einrichtungen aber auch durch eine Vor-Ort-Präsenz und durchgängige Erreichbarkeit vor allem in akuten Krisenlagen sichergestellt werden könnte. Vor diesem Hintergrund werden die Maßnahmen aus der Literaturlauswertung Strukturierung des Ausbruchsmangements unter Einbeziehung des örtlichen Gesundheitsamts (siehe Anhang Punkt 4) und Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern (siehe Anhang Punkt 11) als relevant und hilfreich begrüßt.

Nicht zuletzt gelten Schulungen als wichtiges Implementierungstool für gesetzliche Vorgaben. Sie werden vor allem als sinnvolle und wichtige Maßnahme für die Prävention gesehen und somit als weniger relevant für die akute Krisensituation, weil dort die zeitlichen und personellen Ressourcen fehlen. Viele der bisher üblichen, verpflichtenden (von Mitarbeitenden oft individuell abgearbeiteten) Schulungen werden als zu wenig wirkungsvoll erlebt, weil sie zu „trocken“, theoretisch und zeitintensiv sind. Deshalb erachten es die Befragten als essenziell wichtig, dass Schulungen anschaulich und praxisorientiert gestaltet und im Team durchgeführt werden – vor allem auch unter Einbeziehung von gering qualifiziertem, häufig wechselndem und externem Personal.

Die Maßnahmen aus der Literaturlauswertung Schulung zum korrekten Umgang mit persönlicher Schutzausrüstung (siehe Anhang Punkt 2) und Pläne testen/ für den Ernstfall üben (Simulation) (siehe Anhang Punkt 1) werden als relevant eingestuft, weil sie praxisorientiert und dadurch potenziell wirksam erscheinen.

3.2. Überlastung des Pflegepersonals

Problemanalyse

Die prekäre Personalsituation im Pflegesektor, die sich durch die Pandemie weiter verschärft und danach nicht wieder erholt hat, wird als Kernproblem mit komplexen Folgen betrachtet. Aus Sicht der Befragten beeinträchtigt der Mangel an fachkundigem, gut eingearbeitetem Personal nicht nur zunehmend die Versorgung der Pflegebedürftigen, sondern stellt auch die Hauptbarriere für eine effektive Krisenprävention in den Einrichtungen dar. Zu der extremen Belastung des Personals in der Pandemie – psychisch durch Arbeitsdruck und Sterbefälle sowie physisch durch Mehrarbeit, fehlende Pausen und das Tragen von Schutzkleidung und FFP2-Masken – kommt die fehlende Wertschätzung und das schlechte Image des Pflegeberufs hinzu. Diese Umstände führten und führen zu einer Abwanderung von Personal und neuen Personalengpässen, die nicht schnell genug wieder ausgeglichen werden können, da aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen ein Fachkräfte- und Nachwuchsmangel besteht – eine Dynamik, die als „Teufelskreis“ empfunden wird.

Lösungsansätze

Für die globale und komplexe Problemlage lassen sich aus Sicht der Befragten schwer substanzial wirksame Lösungen finden, dennoch werden einige Ansatzpunkte gesehen.

Die in der Literaturlauswertung identifizierten Maßnahmen Psychosoziale Informations- und Beratungsangebote und Aufbau lokaler Netzwerke von Leistungserbringern (siehe Anhang Punkt 6) werden als wichtiger Hebel für die Erhaltung des verbliebenen Personalstands betrachtet – für die Prävention und in der Krise. Als notwendiger erster Schritt für den Aufbau von Krisenresilienz wird die rückblickend psychologische Aufarbeitung der Traumatisierungen beim Pflegepersonal betrachtet. Im präventiven Kontext wird darüber hinaus die Wichtigkeit von Schulungen für Mitarbeitende zum Thema Selbstfürsorge, Entspannung und Kommunikation betont. Für den Krisenfall selbst sollte den Mitarbeitenden aus Sicht der Befragten ein breites Angebot an psychologischer Beratung und Supervision – auch per Video/Telefon – zur Verfügung stehen.

Über psychosoziale Angebote hinaus suchen die Befragten nach Hebeln für eine systematische zeitliche und physische Entlastung des Fachpersonals, z.B. durch die Ausweitung von Aufgaben (wie Testen/ Hygiene) auf nicht examiniertes Fachpersonal, durch die Einbindung von Schülerinnen und Schülern, Personen im Ruhestand, Ehrenamtlichen oder anderen Berufsgruppen des Trägers sowie durch Konzepte für verbindliche Aus- und Pausenzeiten und einen engen Kontakt und Austausch mit der Einrichtungsleitung.

Viele der Maßnahmen aus der Literaturlauswertung (z.B. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für die individuelle und organisationale Ebene oder Regelmäßige Gefährdungsbeurteilung psychischer

Belastungen: siehe Anhang Punkt 6) werden von den Befragten als wenig hilfreich empfunden, weil ihre konkrete Ausgestaltung, ihr Nutzen und die Verantwortlichkeiten bei der Konzeption und Operationalisierung unklar bleiben.

Nicht zuletzt wird die Schaffung verbesserter – nicht allein finanzieller – Rahmenbedingungen in der Pflege für die Gewinnung von kompetentem, langfristig gebundenem Personal als unumgänglich betrachtet, um Wertschätzung und Image des Sektors zu verbessern.

3.3. Digitalisierung und Entbürokratisierung

Lösungsansätze

Die Digitalisierung wird – analog zur Literaturlauswertung – auch in der qualitativen Befragung als zentraler Hebel für die Entlastung in verschiedensten Problembereichen der Pflege identifiziert. Die Maßnahmen aus der Literaturlauswertung (Telemedizinische Lösungen zur Stärkung der Resilienz und Aufrechterhaltung der Patientenversorgung, zur Minimierung des Infektionsrisikos und zur Aufrechterhaltung des Kontakts zum Hausarzt; siehe Anhang Punkt 8, Digitale Aus- und Weiterbildungsangebote, Bereitstellung moderner Hard- und Software, Reorganisation von Arbeitsprozessen, Schnittstellenübergreifende Kommunikation mit externen Leistungserbringern, Beratung, Begleitung und Schulung bei Einführung digitaler Produkte, Vermittlung digitaler Kompetenzen in Ausbildung und Studium; siehe Anhang Punkt 7 und problemloser Zugang zu Schulungsunterlagen; siehe Anhang Punkt 3) werden durchgängig begrüßt und als wichtig erachtet, weil sie alle relevanten Themenfelder adressieren: die generelle, sektorenübergreifende ärztliche Versorgung, Entbürokratisierung/ Personalentlastung und soziale Teilhabe. Einer zentralen digitalen Plattform und Schnittstelle wird besonderes Potenzial zugeschrieben – zum einen im Kontext des Einrichtungs-übergeordneten Theorie-Praxis-Transfers (effiziente Bereitstellung von aktuellen Vorlagen, Flow-Charts, Tutorials) und zum anderen, um den bürokratischen Aufwand beim Ausbruchmanagement erheblich zu reduzieren (eine Plattform für Meldung/ Dokumentation/ Monitoring – auf die alle Ebenen zugreifen können).

Zur Entbürokratisierung muss die Digitalisierung aus Sicht der Befragten umfassend ausgerollt und finanziell aus mehreren Quellen gespeist werden.

3.4. Infektionsschutz versus soziale Teilhabe

Problemanalyse

Die Befragten unterstützen einhellig die Ansicht, dass die Regelungen zum Infektionsschutz während der Corona-Pandemie zu wenig Rücksicht auf die psychische Gesundheit der Pflegebedürftigen nahmen. Die rückblickend-kritische Aufarbeitung des Themas wird sehr begrüßt, weil sie die drastischen Auswirkungen auf die Einrichtungen (Traumatisierung von Personal und Pflegebedürftigen, Personalausfall/-abwanderung und die daraus resultierende Zunahme pflegerischer Probleme) anerkennt und eine konzeptionelle Neuausrichtung für zukünftige Krisen ermöglicht.

Lösungsansätze

Die in der Literaturobwertung identifizierten Maßnahmen zur Flexibilisierung des Infektionsschutzes zugunsten stärkerer sozialer Teilhabe werden als sinnvolle Schlussfolgerungen aus der Pandemie wahrgenommen und generell positiv bewertet (Maßnahmen an Gegebenheiten vor Ort anpassen, Individuelle Risikoeinschätzung mit negativen Folgen der Isolation abwägen, Anpassung der verbalen und nonverbalen Kommunikation, Verzicht auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen; siehe Anhang Punkte 5 und 6). Vor allem die Praxisebene, bei der die belastenden Erfahrungen noch sehr präsent sind, positioniert sich klar für mehr Entscheidungs-Autonomie der Einrichtungen und plädiert für eine maximal individuelle Risikoeinschätzung bei minimalem Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Die Expertinnen und Experten dagegen haben stärker auch die positiven Effekte des Infektionsschutzes im Blick (Verhinderung von Erkrankung und Todesfällen) und betonen die große Schwierigkeit, eine fundierte, plausible Kompromisslinie zwischen beiden Seiten zu definieren („Quadratur des Kreises“).

Im Kontext der Flexibilisierung des Infektionsschutzes wird dem Thema „Hygiene“ eine besondere Bedeutung zugemessen. Vor allem aus Sicht der Expertinnen und Experten kann eine in der gesamten Einrichtung etablierte und gelebte hohe Hygienekompetenz einen individuell-flexibleren Umgang beim Infektionsschutz kompensierend begleiten. Die in dem Zusammenhang häufig stattfindende, direkte Übertragung von Krankenhaus-Hygienestandards auf die Langzeitpflege (z.B. durch Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, KRINKO) wird allerdings kritisch gesehen. Aus Sicht der Befragten beider Zielgruppen hat die Pandemie gezeigt, dass die Langzeitpflege an ihre spezifischen Gegebenheiten angepasste Regelungen braucht, weil ein Pflegeheim in erster Linie als Wohnort verstanden werden muss – und nicht als Krankenhaus.

Weiteren, in der Pandemie erprobten Lösungen für die Infektionsschutz-Teilhabe-Problematik wird ein hohes Potenzial zugeschrieben: dazu gehören digitale Lösungen (Kommunikation über iPad, FaceTime & Co.), die aber einen systematischeren Ausbau der digitalen Infrastruktur verlangen und für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz schwierig nutzbar sind. Besucherzelte und Kiosk- bzw. Fensterbesuche sind weitere – aber nur begrenzt relevante und steuerbare – Alternativen, um Kontakte zu ermöglichen.

Alternative Wohnformen mit kleineren Wohneinheiten (siehe Anhang Punkt 10) – als Maßnahme aus der Literaturobwertung – werden auf der Theorie- und Praxis-Ebene ambivalent bewertet. Während es auf wissenschaftlicher Ebene aufgrund der in Studien nachgewiesenen, die Krankheitsausbreitung hemmenden Wirkung Fürsprecher gibt, dominieren auf der Einrichtungsebene Bedenken bezüglich der räumlichen und personellen Realisierbarkeit sowie der generellen Wirtschaftlichkeit dieses Ansatzes.

Ein weiterer Aspekt verweist aus Sicht der Befragten auf den Mangel an pflegespezifischen Konzepten: die fehlende, systematische ärztliche Versorgung, die in der Pandemie drastisch zutage trat. Die hausärztliche Versorgung in den Heimen brach in Spitzenzeiten der Pandemie oft vollständig ein und auch die Krankenhausversorgung von Corona-infizierten Pflegebedürftigen riss in Teilen ab, was von einigen Befragten als „stille Triage“ bezeichnet wird. Die Befragten sehen präventive Lösungsansätze hier vor allem im Aufbau einer eigenen, systematischen, ärztlichen Versorgung der Heime – auch über

Telemedizin – und in der verstärkten Einbeziehung von Angehörigen.

3.5. Hygienekompetenz

Problemanalyse

Die Relevanz von Maßnahmen zum präventiven Aufbau von Hygienekompetenz in den Pflegeeinrichtungen wird von beiden befragten Zielgruppen sehr unterschiedlich wahrgenommen: Die Expertinnen und Experten auf der einen Seite betonen die hohe Evidenz der Effektivität eines konsequent umgesetzten Hygienemanagements im Kampf gegen Infektionsdynamiken, sehen aber noch starke Defizite bei ihrer tatsächlichen Umsetzung in den Pflegeeinrichtungen (was zum Teil auch schon als prä-pandemisches Problem betrachtet wurde).

Von der Einrichtungsebene auf der anderen Seite wird „Hygiene“ tendenziell als durch die Pandemie omnipräsentes, ermüdendes Verordnungsthema wahrgenommen, mit dem sich die Einrichtungen schon „genug“ beschäftigen mussten. Auch hierfür werden als Hauptursache Schwierigkeiten bei der Umsetzung von zahlreichen, theoretischen, zu wenig praxistauglichen (oft an Krankenhausstandards orientierten) Hygienevorschriften in die tägliche Pflegerealität gesehen. So wurde Hygiene im überlasteten Arbeitsalltag oft eher als zeitraubende Zusatzaufgabe wahrgenommen, wogegen ihr faktischer Nutzen, vor allem für das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner, wenig präsent ist. Darüber hinaus fehlte es vielen Einrichtungsleitungen an Mitteln und Tools, Hygienevorschriften und -wissen stringent in das gesamte Team zu tragen – vor allem auch unter weniger geschultes und häufiger wechselndes Personal wie Pflegehelferinnen und -helfer, Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter, Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger.

Lösungsansätze

Vor dem Hintergrund der Ermüdung und der Implementierungsschwierigkeiten beim Thema Hygiene auf Einrichtungsebene werden viele der Maßnahmen, die in der Literaturlauswertung identifiziert wurden, aus der Perspektive der Einrichtungsleitungen bereits ausreichend erfüllt und somit nicht als besonders relevant für die Präventionsarbeit erachtet (z.B. Erstellung eines Hygieneplans, Einführung eines geeigneten Hygienemanagements; siehe Anhang Punkt 4).

Generell jedoch sind sich Pflegeexpertinnen und -experten, aber auch viele Einrichtungsleitungen einig, dass es vor allem Maßnahmen braucht für eine praxisnahe, interaktive, team-orientierte Wissensvermittlung und damit für eine gelebte Umsetzung auf allen Ebenen in den Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Aufklärung der Angehörigen. Die in den Maßnahmen der Literaturlauswertung erwähnte qualifizierte hygienebeauftragte Pflegefachperson und die verbindliche Betreuung der Einrichtungen durch Hygienefachpersonal (siehe Anhang Punkt 4) könnte aus Sicht der Befragten diese praxisorientierte Implementierung über regelmäßige Schulungen und intensive Alltagsbegleitung durchführen. Gerade auf Einrichtungsebene wird hier die Idee einer externen Hygienefachkraft favorisiert, die mehrere Einrichtungen eng betreut, weil die Erschließung von Ressourcen für die Ausbildung und Finanzierung einer einrichtungseigenen Hygienefachkraft schwierig erscheint und noch ungeklärt ist.

Landeseinheitliche Regelungen werden als hilfreich erachtet (Erlassung einer Hygieneverordnung

durch die Länder: siehe Anhang Punkt 4), benötigen aber aus Sicht der Befragten einen konkret definierten, systematischen Theorie-Praxis-Transfer (siehe Anhang Punkt 4). Gerade für die Multiplikation der Hygienepraxis in die Einrichtungen werden hier weitere Ideen/ Impulse gebraucht.

Die Maßnahme aus der Literaturlauswertung Vergabe von Hygienegütesiegeln (siehe Anhang Punkt 4) wird vor allem auf Einrichtungsebene kritisch gesehen: hier wünscht man sich auch beim Thema Hygiene einen weniger kontrollierenden, sondern einen eher aktiv begleitend-unterstützenden Ansatz des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

3.6. Surveillance und Testen

Problemanalyse

Das Screening des Infektionsgeschehens in Form von Vor-Ort-Testungen wird von allen Befragten als wichtiges Instrument des Monitorings angesehen. Die Testanforderungen stellten die Einrichtungen jedoch in der Praxis vor große Herausforderungen. Zum einen konnte die angeordnete Qualität nicht dauerhaft gewährleistet werden, d.h. die Durchführung der Tests ausschließlich durch medizinische Fachkräfte bzw. medizinisch geschultes Personal. Aber auch die Quantität der Testungen und vor allem der Meldeaufwand erwiesen sich schnell als Überforderung der vorhandenen Ressourcen.

Hinzu kam eine große Unsicherheit bezüglich des richtigen Umgangs mit positiv getesteten Personen – vor allem bezüglich gesonderter, zusätzlicher Hygieneanforderungen und Kapazitäten für Quarantäne und Isolation.

Lösungsansätze

Die Maßnahme aus der Literaturlauswertung zur Etablierung von Konzepten für Screening-Tests (siehe Anhang Punkt 4) kann aus Sicht der Befragten nützlich sein, sofern die Praktikabilität und vor allem der effiziente Einsatz personeller Ressourcen mitgedacht werden.

Konkret wünschen sich die Einrichtungen, dass mehr internes oder externes Personal systematisch in die Teststrategie eingebunden wird, um Fachpersonal zu entlasten. Die Testqualität sollte durch Schulungen und vorsorgliche Einweisungen in Testabläufe sichergestellt werden.

Nicht zuletzt sollte aus Sicht der Befragten der Dokumentationsaufwand so gering wie möglich gehalten und über effiziente (digitale) Tools vereinfacht werden.

3.7. Schutzausrüstung und Bevorratung

Problemanalyse

Als eines der greifbarsten Probleme zu Beginn der Pandemie erwies sich das Fehlen professioneller Schutzausrüstung. Der plötzlich enorm hohe Bedarf an Materialien zum Schutz vor einer Infektion (wie FFP2-Masken, persönliche Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel), bei einem sich gleichzeitig manifestierenden globalen Mangel, stellte alle Einrichtungen vor Herausforderungen und erforderte viel Improvisation, die nur begrenzt effizienten Schutz sicherstellen konnte. Die Befragten sind sich darin einig, dass Präventionsmaßnahmen auch für diesen Problembereich unumgänglich sind, sich hier aber

auch sehr konkrete Lösungsansätze finden lassen.

Lösungsansätze

Einige Einrichtungsleitungen machten in der Phase des Mangels positive Erfahrungen mit etablierten Netzwerken. Wer über langjährige und vertrauensvolle Lieferantenbeziehungen verfügte, die sich nicht allein nach dem günstigsten Preis richteten oder in enger Kooperation mit Verbänden stand, berichtete von einer verhältnismäßig lückenlosen Versorgung mit den notwendigen Schutzmaterialien.

Der in der Literaturoswertung identifizierten Maßnahme Bevorratung wichtiger Hygiene-/ Infektionsschutzprodukte (siehe Anhang Punkt 2) wird von den Befragten hohe Relevanz zugeschrieben: Ein verpflichtender Grundstock an Schutzausrüstung in den Einrichtungen wird als essenzielle Prävention gesehen. Allerdings müssen dabei aus Sicht der Befragten die meist geringen Lagerkapazitäten – v.a. in den kleineren Einrichtungen – und die Notwendigkeit der Prüfung bzw. Wartung der Produkte berücksichtigt werden, da diese außerhalb der Pandemiephasen nicht oder kaum verbraucht werden. Dieses Problem könnte durch eine zentrale Lagerung von Schutzmaterialien gelöst werden. Außerdem ist es den Einrichtungsleitungen auch an dieser Stelle wichtig, mit den Kosten nicht alleine gelassen zu werden.

Die Maßnahme mit Bezug auf die Entwicklung von Strategien zur Stabilisierung globaler Lieferketten, Sicherung von Produktionskapazitäten (siehe Anhang Punkt 2) wird als wünschenswertes Szenario bewertet, welches aber aus Sicht der Befragten nur schwer lokal bzw. national gelöst werden kann.

3.8. Vorgaben für Einrichtungen: Das Problem des Transfers

Das Anliegen der Krisenprävention des Bundesministeriums für Gesundheit wird grundsätzlich begrüßt, da es zeigt, dass die Bundesregierung die chronische Überlastung der Einrichtungen und ihre enormen Herausforderungen in der Pandemie wahrnimmt, damit anerkennt und den Pflegesektor für zukünftige Krisenlagen besser aufstellen will.

Bei den Einrichtungsleitungen wecken allerdings alle empfohlenen Präventionsmaßnahmen den Eindruck, dass die Umsetzungsverantwortung allein bei den Einrichtungen liegen soll. Hier könnten Reaktanzen entstehen, weil aus Sicht der Praxis ein Muster erkennbar wird, unter dem die Pflegeeinrichtungen in der Pandemie stark gelitten haben: dass sie als „letztes Glied der Kette“ mit der Implementierung von theoretischen, oft in der Form und Menge praktisch nicht umsetzbaren Verordnungen allein blieben.

Mit Blick auf die gesamte Verordnungs- und Kommunikationsdynamik zwischen Bund und Ländern und den Einrichtungen erscheint es wichtig, dass alle erlassenen Maßnahmen und Regelungen sicht- und spürbar auch von den Einrichtungen her gedacht sind. Das schließt ein, dass Behörden, die Regelungen erlassen, die Schwierigkeiten der Einrichtungen beim Theorie-Praxis-Transfer verstehen und künftig (methodische) Brücken für die Umsetzung von Anforderungen bauen, auch und vor allem beim Aufbau bzw. der Verbesserung von Maßnahmen zur Krisenresilienz.

4. Empfehlungen für zukünftige (pandemische) Krisenlagen

Für eine effektive Prävention und den Aufbau von Krisenresilienz – das heißt auch für die Erarbeitung von Krisenplänen – sollte den Einrichtungsleitungen methodisch-konzeptionelle Hilfe und Unterstützung an die Hand geben werden.

Hilfreich wäre ein Überblick über alle potenziell krisenrelevanten Problemfelder, geclustert nach Überthemen (Infektionsgeschehen, Hygiene, Arbeitsbelastung etc.) und heruntergebrochen auf ganz konkrete Unterthemen und deren Manifestationen in der Praxis (z.B. Zugang-/ Zutrittsregelungen, Testprozedere, Quarantäne, Kontaktregulierung, Hygienepläne, Schleusen etc.).

Dieser Überblick sollte möglichst als visuell-plastisches Gerüst bzw. als Checkliste oder Entscheidungsbaum angelegt sein, an dem sich die Einrichtungen orientieren, individuelle relevante Fragen identifizieren und entsprechend individuelle Antworten darauf finden können. Dabei sollte jeder Themenpunkt unterteilt sein in:

- Die Evaluation der Pandemie-Situation, das heißt die Identifikation von erprobten Lösungen/ Stärken (Wo waren wir gut aufgestellt? Was waren gute eigene Lösungen?) sowie die Identifikation von Schwachstellen (Wo sind wir in Schwierigkeiten geraten bzw. gescheitert und warum?)
- Die Ableitung von konkreten Lösungen, Ressourcen und hilfreichen Maßnahmen (Was hat uns gefehlt? Was könnte in Zukunft helfen? Was brauchen wir?) – unterteilt in interne Ressourcen (Woraus können wir in der Einrichtung schöpfen?) und externen Ressourcen (Wen können wir ansprechen bzw. einbinden? Auf wen können wir zurückgreifen?) wie Träger, Berufsverbände, Gesundheitsamt, Ehrenamtliche etc.

Jeder Maßnahmen-Themenbereich sollte mit einer Auflistung von möglichen Optionen unterstützt werden, darunter z. B. konkreten Maßnahmen aus wissenschaftlichen Studien und Best-Case-Beispielen anderer Einrichtungen. Zudem sollten potenzielle externe Kontakt- und Ansprechpartner ergänzt werden.

Das methodische Gerüst sollte in konkrete Vorlagen übersetzt werden, z.B. in (ausfüllbare) Arbeitsblätter, die mit methodischen Hinweisen für den kollektiven Austausch bzw. für Brainstormings in der Einrichtung bei der Erarbeitung der Krisenpläne ergänzt werden können (Was kann ich im Leitungskreis erarbeiten? Wo und wie beziehe ich Mitarbeitende ein?).

Darüber hinaus sollten Möglichkeiten eruiert werden, wie Behörden, die Regelungen erlassen, Impulse geben und Verantwortlichkeiten definieren können für ein gebündeltes Regulierungsmanagement in der Krisensituation, für einen systematischen Theorie-Praxis-Transfer auf Länderebene und für eine Weiterentwicklung der unterstützend-beratenden Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Anhang: Handlungsempfehlungen bzw. Maßnahmen aus der Literaturlauswertung des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft

Die folgende Zusammenstellung von Handlungsempfehlungen ist der Literaturlauswertung verschiedener Publikationen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Pflege entnommen (Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft: Analyse der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in der Pflege 2020-2022, Saarbrücken, September 2023). Sie fasst in der Literatur empfohlene Maßnahmen für zukünftige Pandemievorbereitungen zusammen.

Diese Maßnahmen wurden den Teilnehmenden der Fokusgruppen in verkürzter, schlagwortartiger Form zur Diskussion vorgelegt.

Handlungsempfehlungen

1. Es sollen gemeinsam mit den örtlichen Gesundheitsbehörden erregerspezifische 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.
 2. 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.
 3. Es ist notwendig, dass das Personal Schulungen zur Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen erhält. Um sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen darauf zugreifen können, sollte der Zugang zu Informationen und Schulungsunterlagen problemlos sein.
 4. 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 eines Theorie-Praxis-Transfers, die Implementierung eines einrichtungsinternen 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 Bewohnenden darstellen.

-
5. 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.

 6. 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.

 7. 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.

 8. 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.

 9. Zur Reduzierung der Arbeitsbelastungen sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung (BGF) 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.

10. 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.

11. Die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern sollte verbessert werden.
