



Studie zur Entbürokratisierung der Pflege in Sachsen

Abschlussbericht

Sächsisches Staatsministerium
für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt

Stand: 21. April 2023

VON MENSCH ZU MENSCH.



Autorinnen und Autoren:

Dr. Grit Braeseke
Ulrike Pörschmann-Schreiber
Nina Lingott
Lukas Wentz
Regine Vogl
Lennart Topalov
Marian Delekat

Herausgeber:

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt
Albertstraße 10, 01097 Dresden
E-Mail: redaktion@sms.sachsen.de
Internet: www.sms.sachsen.de

Redaktion:

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt

Gestaltung und Satz:

IGES Institut GmbH

Redaktionsschluss:

April 2023

www.publikationen.sachsen.de

Zusammenfassung

Im Freistaat Sachsen empfahl die Enquete-Kommission des Sächsischen Landtages im Jahr 2019 in ihrem Bericht zur „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“ den administrativen Aufwand in der Pflege, über die aktuellen Bemühungen der Entbürokratisierung hinaus, deutlich zu reduzieren. Daraus entstand der Vorschlag einer Evaluation des aktuellen Standes der Implementierung des Strukturmodells zur entbürokratisierten Pflegedokumentation sowie zum Stand der Nutzung digitaler Arbeitsmittel in den Pflegeeinrichtungen. Dies war Gegenstand der vorliegenden Studie. Im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) untersuchte das IGES Institut im Zeitraum April 2022 bis März 2023 folgende Themenschwerpunkte:

- den Stand der Nutzung des Strukturmodells (EinSTEP) in den Pflegeeinrichtungen,
- den Status quo der IT-Struktur in der Pflege und die Inanspruchnahme von Förderprogrammen zur Digitalisierung (insbesondere § 8 Abs. 8 SGB XI) sowie
- die Erfahrungen mit coronabedingt ausgesetzten „bürokratischen“ Anforderungen.

Die methodische Vorgehensweise umfasste eine Literaturrecherche und -analyse, Sondierungsinterviews zum Strukturmodell, eine Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen (vollstationär, ambulant und teilstationär), eine Befragung von ambulant oder teilstationär versorgten pflegebedürftigen Personen, zwei Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern des Medizinischen Dienstes und der Pflegekassen in Sachsen sowie einen Reflexionsworkshop mit Expertinnen und Experten der Pflegebranche. Darüber hinaus wurde eine Projektwebsite erstellt, auf der über die Studie informiert wurde und auf der sich interessierte Akteure der Pflegebranche registrieren konnten.

Die Ergebnisse zur **Digitalisierung** zeigen, dass insgesamt eine hohe Aufgeschlossenheit gegenüber der Nutzung von Technik in der Pflegebranche besteht, auch vorangetrieben durch die Erfahrungen während der Corona-Pandemie. Weitgehend digitalisiert ist in allen Einrichtungsarten die Klientenverwaltung (über 90 %). Im Einrichtungsvergleich setzen vollstationäre Einrichtungen erwartungsgemäß am häufigsten technische Systeme ein. Der ambulante Bereich hat den größten Nachholbedarf, wobei aber vor allem hemmende Rahmenbedingungen ursächlich sind. Voraussetzungen zur Nutzung digitaler Endgeräte sind eine gute Netzverfügbarkeit sowie eine schnelle Internetverbindung, welche in ländlichen Regionen in Sachsen als teilweise nicht ausreichend beschrieben wird. Weitgehend digitalisiert ist bereits der Informationsaustausch zwischen Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern, wenig dagegen der Austausch mit anderen Leistungserbringern. Die steht u. a. im Zusammenhang mit der noch unzureichend entwickelten Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen. Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Einrichtungen haben während der Pandemie technische Möglichkeiten für die digitale Kommunikation zur Verfügung gestellt bekommen – aber auf Grund der coronabedingten kurzfristig hohen Nachfrage bei weitem noch nicht in ausreichendem Maße. Die Kenntnis und Inanspruchnahme von Fördermitteln für digitale Systeme fällt im Freistaat Sachsen im Vergleich zu früheren, bundesweit erhobenen Befragungsergebnissen etwas unterdurchschnittlich aus.

Aus den Ergebnissen zum **Strukturmodell** lässt sich schlussfolgern, dass das Strukturmodell im Freistaat Sachsen bereits weit verbreitet ist – drei Viertel aller Pflegeeinrichtungen nutzen es – und weitere Einrichtungen planen die Umstellung der Pflegedokumentation in nächster Zeit. Es zeigten sich deutliche Unterschiede nach Art der Einrichtung: Während bereits 84 % der stationären Einrichtungen nach dem Strukturmodell dokumentieren, sind es bei den am-

bulanten Pflegediensten erst 68 %. Hier liegen somit weitere Potentiale für die Entbürokratisierung in der Pflege. Herausforderungen bezüglich der Implementierung der entbürokratisierten Pflegedokumentation zeigen sich in teilweise unzureichenden Schulungen zum Strukturmodell (zeitlich als auch inhaltlich), in Anwendungsproblemen einzelner Elemente des Strukturmodells (insbesondere die Handhabung der Risikomatrix), der technischen Umsetzung des Strukturmodells (u. a. Software, die das Anforderungsprofil nicht ausreichend berücksichtigt) und in der Ausbildung (teilweise unzureichend Vermittlung des Strukturmodells in der theoretischen Ausbildung, Prüfung nach dem AEDL-Modell).

Die Ergebnisse zu den **coronabedingten Regelungen** zeigen, dass viele Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen beigetragen haben, einige jedoch nur bedingt als unterstützend wahrgenommen wurden. Als Herausforderung stellte sich für die Pflegeeinrichtungen dar, anhand der verfügbaren Informationen schnell eine gute Übersicht über aktuell geltende Regelungen zu bekommen. Weiterhin hätten sich viele Einrichtungen personelle Unterstützung gewünscht, u. a. bei der Umsetzung der Teststrategie.

Folgende Schlussfolgerungen und **Handlungsempfehlungen** lassen sich daraus ableiten:

Viele Probleme bzw. hemmende Faktoren, die von den Pflegeeinrichtungen genannt werden, sind seit Jahren bekannt und liegen in den strukturellen Mängeln unseres Gesundheits- und Pflegesystems (die Arztzentriertheit und die unselbstständige Rolle der Pflegeberufe, die mangelnde Koordinierung der Versorgung, Fehlsteuerungen durch unterschiedliche Finanzierungslogiken in Kranken- und Pflegeversicherung etc.). Einige Punkte wurden bzw. werden in aktuellen Reformbemühungen der Bundesregierung aufgegriffen, aber die konkrete Ausgestaltung dieser Maßnahmen deutet auf langwierige Prozesse hin, so dass kurz- und mittelfristig kaum eine spürbare Veränderung bzw. Entlastung im Pflegealltag zu erwarten ist.

Ungeachtet dieser Weiterentwicklungsbedarfe auf der Bundesebene kann der Freistaat Sachsen als ein Akteur im Sinne des Sicherstellungsauftrags gem. § 8 Abs. 1 und 2 SGB XI in Verbindung mit der Aufgabenerfüllung gem. § 9 SGB XI prüfen, ob und inwieweit über ein Landesförderprogramm ergänzende Mittel für die technische Infrastruktur von Pflegeeinrichtungen bereitgestellt werden können. Weiterhin könnte ein webbasiertes Informationsangebot für die Pflegebranche etabliert werden, das die Einrichtungen bei der Auswahl geeigneter technischer Lösungen unterstützt. Der Freistaat Sachsen plant, im Jahr 2023 eine Kompetenzstelle zur Digitalisierung in der Pflege zu etablieren. Diese wird sich mit den ähnlichen Stellen der anderen Bundesländer vernetzen.

Mit Blick auf die Weiterentwicklung der Nutzung des Strukturmodells zur flächendeckenden Realisierung der damit nachweislich einhergehenden Zeit- und Kosteneinsparungen wird vor allem das erneute Etablieren eines landesweiten Kooperationsgremiums im Freistaat Sachsen empfohlen, mit Beteiligung der Verbände der Leistungserbringer, der Kranken- und Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes und Careproof (Prüfdienst der privaten Krankenversicherungen) sowie der Heimaufsicht (Kommunaler Sozialverband Sachsen KSV) und der Bildungsträger. Weiterhin sollte das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt in Zusammenarbeit mit dem Staatsministerium für Kultus prüfen, inwieweit das Konzept des Strukturmodells in der theoretischen und praktischen Ausbildung bereits ausreichend berücksichtigt ist und wie das unterschiedlich regional ausgeprägte Problem bei der praktischen Prüfung gelöst werden kann. Die Pflegeverbände auf Landesebene werden aufgerufen, ihre Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie die Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen erneut zu schulen und das Wissen zur praktischen Umsetzung des Strukturmodells aufzufrischen.

Aus den Erkenntnissen zu den Entlastungsmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie lässt sich ableiten, dass relevante Informationen in außergewöhnlichen und akut belastenden Situationen seitens der Behörden gebündelter zur Verfügung gestellt und besser verständlich für Pflegeeinrichtungen aufbereitet werden sollten. Weiterhin sollten zur besseren Vorbereitung auf künftige Notlagen hygienische Mindestanforderungen und Hygienepläne etabliert werden. Gemäß § 35 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz wird der Freistaat Sachsen Regelungen zur erforderlichen personellen Ausstattung mit hygienebeauftragten Pflegefachkräften oder Hygienefachkräften erstellen.

Abstract

In the Free State of Saxony, the Enquete Commission of the Saxon State Parliament recommended in 2019, in their report on "Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen" to significantly reduce the administrative burdens in care beyond the current efforts to debureaucratize. This led to the suggestion of an evaluation of the current implementation of the structural model for debureaucratized care documentation and the use of digital working tools in care facilities. This was the objective of the present study. On behalf of the Saxon State Ministry for Social Affairs and Social Cohesion (SMS), the IGES Institute examined the following main topics from April 2022 to March 2023:

- The use of the EinSTEP structural model in care facilities,
- the status quo of IT structure in care and the use of funding programs for digitalization (especially Section 8 Paragraph 8 Code of *Sozialgesetzbuch, Buch XI* (German Social Law, Book XI, "SGB XI") as well as
- the experiences with the suspension of "bureaucratic" requirements due to the coronavirus.

The methodological approach included a literature research and analysis, exploratory interviews on the structural model, an online survey of care facilities in the Free State of Saxony (nursing homes, ambulatory care and day care services), a survey of persons in need of care who were cared for on an ambulatory or day care basis, two focus groups with representatives of the Medical Service and the longterm care insurances in Saxony, and a reflection workshop with experts from the care sector. In addition, a project website was created, where information about the study was provided and where interested stakeholders from the care sector could register.

The findings of the **digitalization** show a high open-mindedness towards the use of technology in the care sector in general, driven by the experiences during the coronavirus pandemic. Client management is largely digitalized in all types of facilities (over 90 %). In comparison nursing homes, as expected, use technical systems most frequently than ambulatory or day care services. The ambulatory sector has the greatest need for backlog demand, although this is mainly due to inhibiting framework conditions. Requirements for the use of digital devices are a good network availability and a fast internet connection, which is described as partially insufficient in rural regions of Saxony. The exchange of information between care facilities and payers is largely digitalized, but the exchange with other service providers is still deficient. This is partly related to the still insufficiently developed telematics infrastructure in the health care system. Residents of nursing homes have been provided with technical possibilities for digital communication during the pandemic - but it is by far not sufficient. The knowledge and use of funding for digital systems in the state of Saxony is slightly below the results of a previous nationwide survey.

The findings of the **structural model** show that the structural model is already widely used in the Free State of Saxony - three fourths of all care facilities use it - and more facilities are planning to switch to this care documentation in the near future. There were clear differences according to the type of facility: while 84 % of nursing homes already document according to the structural model, it is only 68 % of ambulatory care services. There is thus further potential for debureaucratization in care. Challenges regarding the implementation of the debureaucratization in care documentation are partly insufficient training on the structural model (both in time and content), application problems of individual elements of the structural model (especially the handling of the risk matrix), the technical implementation of the structural model (including software that does not adequately consider the profile of requirements) and in education (sometimes insufficient transmission of the structural model in theoretical education, examination according to the model of activities and existential experiences of life).

The findings of the **coronavirus regulations** show that many measures have contributed to relieving the nursing care facilities, but some were only perceived as supportive to a limited extent. The challenge for the facilities was to get a quickly good overview of the currently applicable regulations based on the available information. Furthermore, many facilities wanted personnel support, including for the implementation of the test strategy.

The following conclusions and **recommendations** can be drawn from this:

Many problems and inhibiting factors mentioned by care facilities have been known for years and are rooted in the structural deficiencies of our health and care system (the physician-centeredness and the dependent role of nursing professions, the lack of coordination of care, misdirection due to different financing logics in health and longterm care insurance, etc.). Some aspects have been or are being taken up in current reform efforts of the federal government, but the concrete design of these measures suggests lengthy processes, so that in the short and medium term rarely any noticeable change or relief can be expected in the everyday life of nursing.

Despite the need for further development at the federal level, the state of Saxony, as an actor under the mandate of ensuring care according to Section 8 Paragraph 1 and 2 SGB XI, in connection with the fulfilment of tasks according to Section 9 SGB XI, can examine whether and to what extent additional funds for the technical infrastructure of care facilities can be provided through a state funding program. Additionally, a web-based information service could be established for the care industry, supporting facilities in selecting suitable technical solutions. The Free State of Saxony plans to establish a competence center for digitization in care in 2023, which will network with similar centers in other federal states.

With a view to the further development of the use of the structural model for the nationwide realization, demonstrably associated with time and cost savings, it is particularly recommended to reestablish a statewide cooperation committee in the Free State of Saxony, with participation of the associations of service providers, the health and longterm care insurances, the medical service and Careproof (inspection service for private health insurance) as well as the home supervisory authority (Municipal Social Association Saxony - KSV). Furthermore, the Saxon State Ministry for Social Affairs and Social Cohesion should, in cooperation with the State Ministry for Culture examine to what extent the concept of the structural model is already sufficiently considered in the theoretical and practical training and how the problem, which is differently pronounced regionally, can be solved in the practical examination. The state-level nursing associations are called upon to train their multipliers as well as those responsible persons in the care facilities again and to refresh their knowledge on the practical implementation of the structural model.

The findings on the relief measures during the COVID-19 pandemic lead to the conclusion that relevant information should be provided in exceptional and acutely stressful situations by the authorities in a bundled and better understandable form for care facilities. Furthermore, to be better prepared for future emergencies, hygiene minimum requirements and hygiene plans should be established. According to Section 35 Paragraph 3 of *Infektionsschutzgesetz* (Infection Protection Act), the Free State of Saxony will create regulations for the necessary staffing with hygiene-trained nursing professionals or hygiene specialists.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
Inhaltsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	9
1 Hintergrund und Ziel	12
2 Vorgehensweise und Methodik	14
2.1 Daten- und Literaturrecherchen	14
2.2 Projektwebsite	15
2.3 Sondierungsinterviews mit Expertinnen und Experten	16
2.4 Online-Befragungen von Pflegeeinrichtungen	17
2.5 Befragung pflegebedürftiger Menschen.....	19
2.6 Fokusgruppenworkshops mit Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst	20
2.7 Reflexionsworkshop.....	21
3 Erkenntnisse der Recherchen und Analysen zur Ausgangslage	23
3.1 Digitalisierung in der Pflege.....	23
3.1.1 Begriffsdefinition, Systematisierung digitaler und technischer Anwendungen in der Pflege und Operationalisierung	24
3.1.2 Bundesweite Förderung der Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen.....	27
3.1.3 Status quo der Digitalisierung von Pflegeeinrichtungen.....	29
3.1.4 Einsatz von Technik in Modellprojekten	34
3.2 Das Strukturmodell und seine Anwendung im Freistaat Sachsen	39
3.2.1 Stand der Anwendung des Strukturmodells und Erfahrungen aus dem Umstellungsprozess.....	40
3.2.2 Erkenntnisse zum Strukturmodell aus den Sondierungsinterviews	46
3.3 Coronabedingte Regelungen zur befristeten Aussetzung bürokratischer Anforderungen in der Pflege.....	55
3.4 Pflegerische Versorgung unter Pandemiebedingungen.....	62
3.5 Demografische Situation im Freistaat Sachsen	69
3.6 Bewertung der Ausgangslage (SWOT-Analyse)	70
4 Erkenntnisse aus den Datenerhebungen	76
4.1 Digitalisierung, Inanspruchnahme von Förderprogrammen und Technik in der Pflege.....	81
4.1.1 Status quo der Digitalisierung in den Pflegeeinrichtungen.....	82
4.1.2 Inanspruchnahme von Förderprogrammen	96
4.2 Strukturmodell	98
4.2.1 Status quo des Strukturmodells	98
4.2.2 Umstellungsprozess auf das Strukturmodell.....	100

4.2.3	Ausbildung und Strukturmodell	107
4.3	Coronabedingte Regelungen.....	109
4.3.1	Für Pflegeeinrichtungen relevante coronabedingte Regelungen.....	110
4.3.2	Für pflegebedürftige Personen relevante coronabedingte Regelungen	124
4.4	Weitere Entbürokratisierungspotentiale.....	130
5	Diskussion, Schlussfolgerungen und Limitationen	136
5.1	Digitalisierung, Inanspruchnahme von Förderprogrammen und Technik in der Pflege.....	136
5.2	Strukturmodell	141
5.3	Coronabedingte Regelungen.....	147
5.4	Limitationen.....	151
6	Handlungsempfehlungen	153
	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	158
7	Literaturverzeichnis	161
	Anhang 1 – Interviewleitfaden Sondierungsinterviews	169
	Anhang 2 – Befragung der Pflegeeinrichtungen.....	174
	Anhang 3 – Befragung Pflegebedürftiger	213
	Anhang 4 – Studiensteckbriefe	224
	Anhang 5 – Präsentation Fokusgruppen	238

Abkürzungsverzeichnis

AdaMekoR	adaptives Mehrkomponenten-Robotersystem für die Pflege
AEDL	Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens
AG	Arbeitsgruppe Pflege
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWK	Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (vormals Bundesministerium für Wirtschaft und Energie; BMWi)
CATI	computergestützte Telefoninterviews
DEMIS	Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz
DiPA	Digitale Pflegeanwendungen
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
DVPMG	Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EFRE	Europäischer Fonds für regionale Entwicklung
EinSTEP	Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation
Epi-Lage-Fortgeltungsgesetz	Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite
ePA	elektronische Patientenakte
eMP	elektronischer Medikationsplan
ESF	Europäischen Sozialfonds
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien

IMPS	Implementierungsstrategie
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung
ISIK	Informationstechnische Systeme in Krankenhäusern
ISRADA	Integration von Servicerobotik in die Arbeitsorganisation komplexer sozialer Dienstleistungen
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
kBV	koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KSV	Kommunaler Sozialverband Sachsen
LG I	Leistungsgruppe I
MD	Medizinischer Dienst
MDS	Medizinischer Dienst Bund
PDSG	Patientendaten-Schutz-Gesetz
PfleDatEAV	Verordnung zur Aussetzung der gesetzlichen Pflicht zur Erhebung, Übermittlung und Veröffentlichung von indikatorenbezogenen Daten in vollstationären Pflegeeinrichtungen
PfleKoRo	Pflege erleichtern durch kooperierende Robotik
PFLEX	Pflege Experimentierräume
PfIMaVeV	Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PTKA	Projekträger Karlsruhe
QM	Qualitätsmanagement
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
RKI	Robert Koch-Institut
ROBINA	Robotische Systeme zur Unterstützung hochgradig motorisch eingeschränkter Pflegebedürftiger

RoMi	Roboterunterstützung bei Routineaufgaben zur Stärkung des Miteinanders in Pflegeeinrichtungen
SächsPflUVO	Sächsische Pflegeunterstützungsverordnung
SAP	Statistischer Analyseplan
SARS-CoV-2	Coronavirus, synonym Corona
s. c.	subkutan
SIS®	Strukturierte Informationssammlung
SMC-B	Security Module Card Typ B
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt
SD	Standardabweichung
TI	Telematikinfrastruktur
URL	Uniform Resource Locator (englisch für einheitlicher Ressourcenzeiger)
UTiP	Umfrage zum Technikeinsatz in Pflegeeinrichtungen
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1 Hintergrund und Ziel

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland wird sich die Zahl der Personen mit Pflegebedarf gem. SGB XI bundesweit voraussichtlich bis 2040 auf 4,4 Mio. und bis 2050 auf 5,1 Mio. Personen erhöhen. Für den Freistaat Sachsen ist im Jahr 2050 mit einer Pflegeprävalenz (Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung) von 7 % zu rechnen. Entsprechend wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen gegenüber 2017 um knapp 50 % erhöhen. Damit einher geht unter den aktuellen Rahmenbedingungen ein Anstieg des Bedarfs an Pflegekräften in Sachsen von knapp 37 % (Status quo-Variante) (Schwinger et al., 2020, S. 16).

Um der bei gleichzeitigem Bevölkerungsrückgang zunehmenden Personalknappheit in der Pflege zu begegnen, hat die Politik in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, zuletzt 2019 im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP). Zwei wesentliche Schwerpunkte bilden dabei Maßnahmen zur Entlastung beruflich Pflegenden von fachlich nicht begründeten bürokratischen Aufgaben und der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung der Pflegekräfte im Pflegealltag. Beide Aspekte zielen darauf ab, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern (u. a. durch Entlastung von pflegefernen Tätigkeiten, mehr Zeit für individuelle Pflege, Verringerung des Zeitdrucks) und so auch die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen.

Die Initiative zur Neuausrichtung der Pflegedokumentationspraxis durch die Einführung des Strukturmodells war eine der größten bundespolitischen Aktionen zur Entbürokratisierung der Pflege. Sie erfolgte in enger Zusammenarbeit mit den Einrichtungs- und Kostenträgern auf Bundes- und Landesebene und deren Verbänden, den Prüfinstanzen und den Ländern. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden im Jahr 2013 Empfehlungen zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation entwickelt und erfolgreich einem Praxistest unterzogen. Ab Januar 2015 wurde das Strukturmodell im Rahmen einer bundesweiten Implementierungsstrategie in vielen Pflegeeinrichtungen erfolgreich eingeführt.

Seit November 2017 wird das Projektbüro zur Verstetigung des Prozesses von den Leistungserbringerverbänden weitergeführt. Die Lenkungs- und Kooperationsgremien auf Länderebene bestehen weiterhin und kooperieren eng mit dem Projektbüro.

Im Freistaat Sachsen empfahl die Enquete-Kommission „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“ in ihrem im Januar 2019 vorgestellten Bericht unter anderem, den administrativen Aufwand in der Pflege, über die aktuellen Bemühungen der Entbürokratisierung hinaus, deutlich zu reduzieren und so personelle Kapazitäten in der pflegerischen Versorgung zu erhöhen. Die Empfehlungen der Kommission umfassten u. a.:

- die konsequente Fortführung der Implementierung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung in der Pflegedokumentation,
- die Überprüfung und Anpassung selbstgesetzter Dokumentationspflichten im Rahmen eines Abgleichs mit bundes- bzw. landesspezifischen Vorgaben sowie
- die Forcierung und Umsetzung einer schnellen und einfachen Datenerfassung im Rahmen der notwendigen Bürokratie- und Dokumentationspflichten durch den Einsatz technischer Hilfsmittel. (Sächsischer Landtag, 2018, 250 f.)

Die Fraktionen CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und SPD stellten im Sächsischen Landtag im Oktober 2020 einen Antrag zum Thema „Potentiale für den Abbau von Bürokratielasten in Gesundheits- und Pflegeberufen erkennen“ (Drs.-Nr. 7/4248). Darin schlagen sie die Beauftragung einer Evaluation zum aktuellen Stand der Implementierung des Strukturmodells sowie zur Nutzung digitaler Arbeitsmittel in Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen vor. In ihrer

Begründung verwiesen die Antragsteller u. a. darauf, dass in Sachsen im Dezember 2017 nur rund 45 % der Einrichtungen das Strukturmodell nutzten. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt hat dem Antrag der o.g. Fraktionen im Sächsischen Landtag folgend, in 2021 beschlossen, eine Evaluation des Themas in Verbindung mit Fragen zur Digitalisierung in der Pflege in Auftrag zu geben.

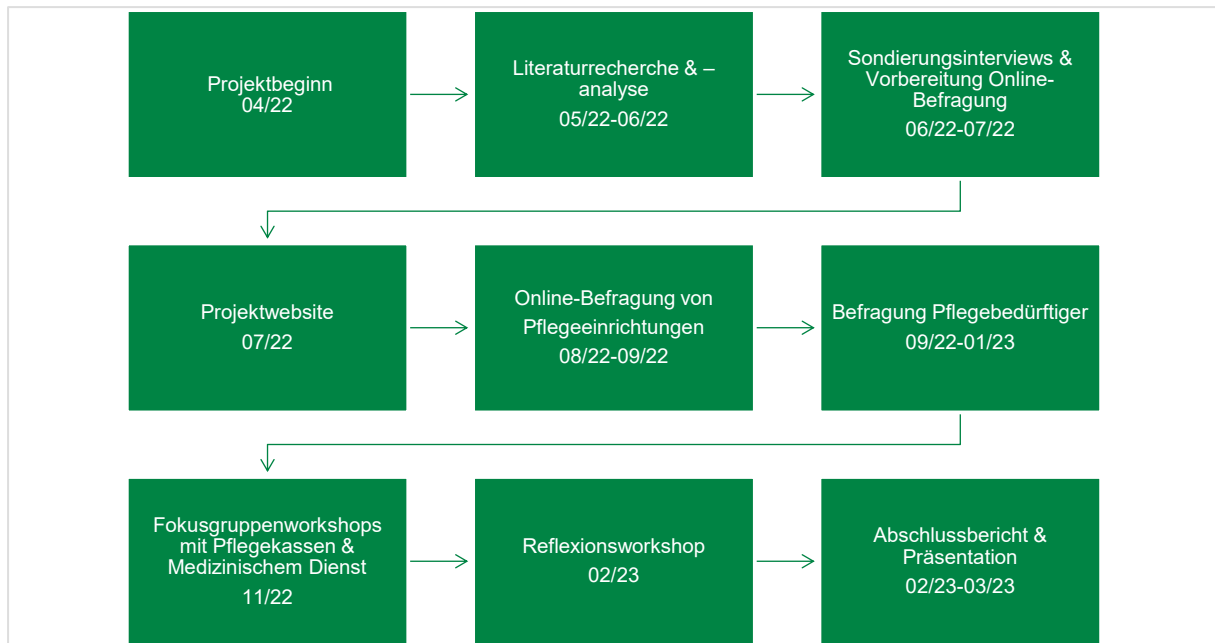
Ziel dieser Evaluation war es zu ermitteln, wie sich der aktuelle Stand der Digitalisierung und Dokumentationsentlastung in sächsischen Pflegeeinrichtungen darstellt. Konkret sollten folgende fünf Module näher beleuchtet werden:

1. Umsetzung des Strukturmodells (EinSTEP) in Pflegeeinrichtungen
2. Status quo der IT-Struktur in Pflegeeinrichtungen
3. Inanspruchnahme von Förderprogrammen zur Digitalisierung (insbesondere § 8 Abs. 8 SGB XI)
4. Erfahrungen mit coronabedingt ausgesetzten „bürokratischen“ Anforderungen
5. Schlussfolgerungen zu Entbürokratisierungspotentialen und ggf. notwendigen Gesetzesänderungen.

2 Vorgehensweise und Methodik

Die Projektlaufzeit der Studie betrug 12 Monate (April 2022 bis März 2023). Das Vorgehen basierte methodisch auf unterschiedlichen Arbeitsschritten, in denen sowohl quantitative als auch qualitative Datenerhebungen und -analysen vorgenommen werden. Abbildung 1 gibt einen Überblick über das methodische Vorgehen während der Studienlaufzeit.

Abbildung 1: Überblick über das methodische Vorgehen während der Studienlaufzeit



Quelle: IGES

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird jeweils das methodische Vorgehen zur Zielerreichung der Studie erläutert.

2.1 Daten- und Literaturrecherchen

Zur Eruiierung des aktuellen Status quo der Pflege im Freistaat Sachsen wurde zu Beginn der Studie eine Literaturrecherche und -analyse für einen allgemeinen Überblick zu den Themenfeldern erstellt. Darüber hinaus dienten die Rechercheergebnisse zur Konzeption einer Online-Befragungen ambulanter, teil- und vollstationärer Pflegeeinrichtungen, beruflich Pflegenden sowie der Vorbereitung von Fokusgruppendifkussionen mit Vertretern und Vertreterinnen der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes (MD) im Freistaat Sachsen. Hierbei konnte I-GES auf bereits selbst durchgeführte Forschungsprojekte zur Thematik zurückgreifen. Darüber hinaus wurden aktuelle Studien, Berichte und frei zugängliche Literatur über eine Online-suche recherchiert. Die Rechercheinhalte betrafen:

- die Digitalisierung in der Pflege (einschließlich bundesweiter Fördermaßnahmen und rechtlicher Grundlagen),
- den Stand der Anwendung des Strukturmodells und ähnlichen Dokumentationssystemen (einschließlich der Erfolgsfaktoren und Hemmnisse),
- Regeln zur befristeten Aussetzung bürokratischer Anforderungen in der Pflege während der Corona-Pandemie,
- aktuelle Studien zur pflegerischen Versorgung unter Pandemiebedingungen

- den Einsatz von Technik in Modellprojekten zur Unterstützung beruflich Pflegender in Sachsen sowie
- die demografische Situation der letzten 10 Jahre im Freistaat Sachsen.

Nach Abschluss der Recherchen und Analysen erfolgte eine fachliche Bewertung der Ausgangslage im Sinne einer SWOT-Analyse. Je Themenfeld wurden Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken ermittelt. Dabei wurde die spezifische demografische Situation des Freistaates und die Entwicklung der Pflegestrukturen in den letzten zehn Jahren auf Basis von Daten der Pflegestatistik berücksichtigt.

2.2 Projektwebsite

Für Interessierte wurde unter „sachsen-pflegearbeit-verbessern.de“ eine Projektwebsite eingerichtet, auf der über das Forschungsprojekt informiert wurde. Im Projektverlauf wurden sukzessive aktuelle Inhalte eingestellt. Nutzerinnen und Nutzer konnten sich auf der Website zum dem registrieren, um über Neuigkeiten zum Projekt informiert zu werden und um ihre Bereitschaft zu erklären, an der Studie mitzuwirken. Die Website umfasst neben der Registrierungsfunktion folgende Inhalte:

- Hintergrund und Ziel des Forschungsprojektes,
- Informationen für Pflegeeinrichtungen und beruflich Pflegende zur Studie und geplanten Projektschritten,
- Informationen zum Strukturmodell zur entbürokratisierten Pflegedokumentation,
- Informationen zur Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen,
- einen Überblick zu coronabedingt getroffenen Maßnahmen zur Entlastung von medizinischem und pflegerischem Personal,
- Aktuelles und weiterführende Informationen sowie
- Kontakt, Impressum und Datenschutz.

Zudem werden nützliche Links zu thematisch relevanten Webseiten sowie PDF-Dokumenten zur Verfügung gestellt. Die Website besteht bis zum Projektabschluss im März 2023. Ausgewählte Inhalte können danach auf die Seite des Pflegenetzes Sachsen übernommen werden.

Um die Reichweite und Bekanntheit der Website zu erhöhen, wurde diese im Rahmen der Ankündigung einer Online-Befragung von Pflegeeinrichtungen (siehe Kapitel 2.4) bei Trägern von Pflegeeinrichtungen beworben. Auch Pflegeeinrichtungen, die zum Start der Online-Befragungen eingeladen wurden, erhielten mit der Ankündigung und Einladung zur Befragung einen Hinweis auf die Website. Ferner erfolgte eine Verteilung der Information im Newsletter vom 02. September 2022 des SMS.

Regelmäßig wurden Aktualisierungen der Projektwebsite vorgenommen.

Tabelle 1: Aktualisierungen der Projektwebsite

Datum der Aktualisierung	Inhalte der Aktualisierung
29.08.2022	Rubrik „Aktuelles“ <ul style="list-style-type: none"> • Ankündigung der Online-Befragungen der Pflegeeinrichtungen
16.09.2022	Rubrik „Projekt“ <ul style="list-style-type: none"> • Aktualisierung der Grafik zum Ablauf des Projekts aufgrund der zeitlichen Verschiebung der Fokusgruppen Rubrik „Corona-Maßnahmen“ <ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung des Zeitstrahls um weitere coronabedingte Regelungen aufgrund der Recherche für die Befragung der pflegebedürftigen Personen

Datum der Aktualisierung	Inhalte der Aktualisierung
	Rubrik „Aktuelles“ <ul style="list-style-type: none"> Ankündigung Start der Befragung pflegebedürftiger Personen und Bitte um Teilnahme Information zur Durchführung von zwei Fokusgruppenworkshops
08.11.2022	Rubrik „Berufliche Pflege“ <ul style="list-style-type: none"> Information zur Schließung der Online-Befragung und Danksagung an Teilnehmende Prominentere Darstellung der noch laufenden Befragungen der beruflich Pflegenden und Pflegebedürftigen anhand von zwei Grafiken und Bitte um Teilnahme Rubrik „Aktuelles“ <ul style="list-style-type: none"> Abbildung einer ersten Grafik zur Teilnahme an der Online-Befragung nach Einrichtungsart
12.12.2022	Rubrik „Projekt“ <ul style="list-style-type: none"> Aktualisierung des Links zum Dokument der Enquete-Kommission: „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“
15.12.2022	Rubrik „Berufliche Pflege“ <ul style="list-style-type: none"> Information zur Schließung der Befragungen beruflich Pflegenden und Pflegebedürftiger sowie Danksagung an Teilnehmende Entfernung des Links zur Registrierung für die Befragung beruflich Pflegenden Rubrik „Aktuelles“ <ul style="list-style-type: none"> Information zur Schließung der Befragungen beruflich Pflegenden und Pflegebedürftiger sowie Danksagung an Teilnehmende Information zu durchgeführtem Abschluss der Fokusgruppenworkshops Information zum geplanten Reflexionsworkshop

Quelle: IGES

2.3 Sondierungsinterviews mit Expertinnen und Experten

Zur Vorbereitung einer Online-Befragung ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflegeeinrichtungen wurden im Juni 2022 fünf Sondierungsinterviews bzgl. der Verbreitung des Strukturmodells zur Entbürokratisierten Pflegedokumentation im Freistaat Sachsen geführt. Ziel der Interviews war die Erfassung von praxisrelevanten Aspekten im Zusammenhang mit der Implementierung des Strukturmodells.

Interviewt wurden neben Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Verbände und Geschäftsführerinnen/Geschäftsführern von Einrichtungsträgern auch freiberuflich Tätige, die Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen betreut haben oder betreuen. Darüber hinaus wurde eine lokale Expertin für Qualitätsmanagement interviewt. Die Interviews hatten einen Umfang von ca. einer Stunde und wurden mithilfe eines halbstrukturierten Interviewleitfadens geführt. Vor Durchführung der Interviews erfolgte die Aufklärung zu Sinn und Zweck der Studie sowie Datenschutz. Die Teilnehmenden erhielten dazu via E-Mail eine schriftliche Einverständniserklärung mit Informationen zur Studie, die unterzeichnet und rückgesendet wurde. Die Interviews wurden telefonisch via Microsoft Teams durchgeführt, aufgezeichnet und anschließend protokollartig verschriftlicht. Die Ergebnisse wurden anonym ausgewertet. Aufgrund der Erkenntnisse aus den Interviews wurden Items und passende Antwortoptionen für die Online-Befragungen entwickelt. Der Interviewleitfaden kann dem Anhang 1 – Interviewleitfaden Sondierungsinterviews entnommen werden.

2.4 Online-Befragungen von Pflegeeinrichtungen

Zur Beantwortung der unterschiedlichen Fragestellungen wurde eine umfassende Online-Befragung von ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen durchgeführt. Die Befragung wurde als Vollerhebung konzipiert, d. h. es wurden alle Pflegeeinrichtungen in Sachsen, für die eine E-Mailadresse vorlag, per E-Mail angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen. Basierend auf den durchgeführten Recherchen und den Ergebnissen der Sondierungsinterviews wurde ein Fragebogen konzipiert, der eine Unterteilung in die Art der Pflegeeinrichtung (ambulant, teilstationär, vollstationär) vorsah. Je nach Setting wurden z. T. unterschiedliche Items erstellt bzw. Antwortkategorien angepasst.

In der Umsetzung wurden drei Befragungen (ambulant, teilstationär, vollstationär) mit jeweils eigener URL erstellt. Hintergrund ist, dass im Adressverteiler z. T. identische allgemeine E-Mail-Adressen für Pflegeeinrichtungen vorlagen, deren Träger verschiedene Versorgungsangebote aufwiesen (info@-Adressen). Verschickt wurden mit der Einladung zur Online-Befragung somit insgesamt drei unterschiedliche Links, abhängig von der Art der Einrichtung, um zum einen die mehrfache Teilnahme mit verschiedenen Einrichtungsarten technisch zu ermöglichen. Zum anderen sollte unterstrichen werden, dass pro Einrichtungsart an der Befragung teilgenommen werden sollte.

Die Online-Befragung enthielt Items zu folgenden Themengebieten:

- Allgemeine Angaben zur Pflegeeinrichtung,
- Status quo der Umsetzung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und Erfahrungen mit dem Strukturmodell,
- Status quo der IT-Infrastruktur in den Pflegeeinrichtungen,
- Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien sowie weiterer Technikeinsatz zur Unterstützung beruflich Pflegenden (auch im Rahmen von Modellprojekten),
- Bekanntheit und Gebrauch von Fördermöglichkeiten gem. § 8 Abs. 8 SGB XI,
- Bewertung von coronabedingt getroffenen Maßnahmen und Regelungen zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen sowie
- weitere Entbürokratisierungspotentiale.

Um die Teilnahmebereitschaft der Pflegeeinrichtungen zu erhöhen, wurde die Befragung vor dem Start von den Landesverbänden der Pflegeeinrichtungen mittels Begleitschreiben zur Studie und Ankündigung des Befragungsstarts beworben.

Adressaten zur Beantwortung der Online-Befragung waren die Geschäftsführungen/Einrichtungsleitungen (einschl. Stellvertretung) sowie die Pflegedienstleitungen (einschl. Stellvertretung). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zu Beginn über datenschutzrechtliche Aspekte informiert sowie über Sinn und Zweck des Forschungsvorhabens aufgeklärt. Die Teilnahme an den Befragungen war freiwillig. Es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben. Die Online-Befragungen konnten jederzeit unterbrochen und die Beantwortung zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden. Dies erfolgte durch die automatisierte Vergabe eines individuellen Codes nach dem Starten der Befragung für einen erneuten Login zu einem späteren Zeitpunkt. Den Mitarbeitenden des IGES Instituts ist nicht bekannt, welchen Code die Teilnehmenden zugewiesen bekommen haben, sodass die Anonymität der Befragten gewahrt wurde.

Für Rückfragen oder auch eventuell auftretende Probleme wurde eine Person des IGES Instituts als Kontakt mit Telefonnummer und E-Mail-Adresse angegeben. Am Ende der Befragung

bestand für die Teilnehmenden die Möglichkeit einen Ausdruck ihres Fragebogens inkl. Antworten als PDF-Dokument zu generieren. Der Aufwand zur Beantwortung der Befragung wurde mit ca. 30 bis 45 Minuten geschätzt. Die Befragung erfolgte von August 2022 bis September 2022. Zwei Wochen nach Befragungsbeginn wurden die Einrichtungen an die Befragung erinnert und nochmals zur Teilnahme eingeladen.

Die finalen Fragebögen für die Pflegeeinrichtungen wurden mit dem Auftraggeber abgestimmt. Anschließend wurde die Befragung programmiert, inhaltlich geprüft sowie auf Funktionalität durch Mitarbeitende des IGES Instituts getestet. Des Weiteren wurde ein Pre-Test der Online-Befragung mit Vertreterinnen bzw. Vertretern von Pflegeeinrichtungen (alle Einrichtungsarten) durchgeführt und die Befragung für die Pflegeeinrichtungen aufgrund der Rückmeldungen punktuell angepasst.

Die Auswertung der in der Befragung erhobenen Daten wurde unter Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung durchgeführt. Die nach Abschluss der Online-Befragung in der Datenbank vorliegenden Datensätze wurden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Zunächst wurden die Datensätze entfernt, welche allein aufgrund einer Anmeldung durch die Befragten entstanden sind, jedoch keine Daten enthalten. Die daraus resultierenden Datensätze wurden in einem nächsten Schritt plausibilisiert. Von 314, teilweise nur begonnenen, Fragebögen konnten nach der Plausibilisierung der Daten 150 abgeschlossene Datensätze aufgenommen werden (57 vollstationäre Einrichtungen, 15 teilstationäre Einrichtungen und 78 ambulante Pflegedienste). Ausgeschlossen wurden Daten, welche allein die allgemeinen Angaben ausgefüllt haben ($n = 74$) und Datensätze ohne beantwortete Fragen ($n = 90$).

Zur strukturierten Auswertung wurde vorab ein statistischer Analyseplan (SAP) erstellt. Die Ergebnisse der Online-Befragungen wurden mittels der Statistiksoftware SPSS Version 23.0 analysiert, deskriptiv (Mittelwert, Median und die Standardabweichung (SD)) getrennt nach dem Setting (ambulant, teilstationär und vollstationär) ausgewertet.

Um die Fehleranfälligkeit in der Auswertung numerischer Freitextfelder zu minimieren, wurden diese anhand ihrer vorab definierten Wertebereiche analysiert und vor der Auswertung plausibilisiert. Nicht-numerische Freitexte wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Der Fragebogen befindet sich zur Einsicht in Anhang 2 – Befragung der Pflegeeinrichtungen.

Exkurs: Befragung beruflich Pflegender

Neben der Befragung der Pflegeeinrichtungen, wurde auf Wunsch des Auftraggebers zusätzlich auch ein Kurzfragebogen für beruflich Pflegende entwickelt. Der Aufwand der Kurzbefragung betrug für die Teilnehmenden ca. 10 Minuten. Der Online-Fragebogen enthielt Items zu folgenden Themengebieten:

- Pflegedokumentation und bürokratische Anforderungen im Arbeitsalltag,
- Einsatz von Technik in der Pflege
- Allgemeine soziodemografische Angaben.

Der Link zur Befragung wurde per E-Mail an die über die Projektwebsite registrierten Nutzerinnen und Nutzer geteilt sowie auf der Projektwebsite verbreitet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zu Beginn über datenschutzrechtliche Aspekte informiert und über Sinn und Zweck des Forschungsvorhabens aufgeklärt. Die Teilnahme an der Befragung beruflich Pflegender war freiwillig. Es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben. Die Befragung erfolgte ab dem 29. August 2022 bis zum 04. Dezember 2023. Die Rekrutierung der beruflich

Pflegenden fand über die Projektwebsite statt. Über den Newsletter vom 09. September 2022 und die Website des Pflegenetzwerk Deutschland erfolgte die bundesweite Bewerbung der Befragung beruflich Pflegender. Es gab einen expliziten Hinweis, dass sich die Befragung auf das Bundesland Sachsen und dort tätige Pflegekräfte bezog. Um ggf. teilnehmende Pflegekräfte aus anderen Bundesländern identifizieren und die entsprechenden Datensätze aus der Auswertung ausschließen zu können, gab es eine entsprechende Abfrageoption beim Themenblock *Allgemeine Angaben und Abschluss*. Die Befragung wurde zudem durch das SMS über das Pflegenetz Sachsen beworben.

Der Rücklauf fiel sehr niedrig aus. Eine statistische Auswertung schien aufgrund der geringen Aussagekraft nicht sinnvoll, sodass in Absprache mit dem Auftraggeber keine weitere Auswertung des Datensatzes erfolgte.

2.5 Befragung pflegebedürftiger Menschen

Im Fokus der Studie stand auch die Erfassung der Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zu pandemiebedingten Maßnahmen zur Entlastung der Pflege. Zu diesem Zweck wurde ein Papierfragebogen entwickelt, in dem leicht verständlich die getroffenen Übergangsregelungen erläutert und deren Einschätzung abgefragt wurden.

Zielstellung der Befragung von Pflegebedürftigen im Freistaat Sachsen war es zu erfassen, welche Erkenntnisse und Erfahrungen bei der befristeten Aussetzung „bürokratischer“ Anforderungen im Pflegebereich durch die Bundesregierung während der Coronavirus-Pandemie gesammelt wurden und welche Probleme aufgetreten sind. Der Papierfragebogen enthielt Items zu Kenntnissen, Erfahrungen und ggf. Wünschen zur zukünftigen Gestaltung in den Themengebieten:

- telefonische Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
- telefonische Pflegeberatungen,
- Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI,
- Pflegeunterstützungsgeld,
- Beratungen gem. § 37 Abs. 3 SGB XI für die Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld sowie
- Finanzierung von Verbrauchshilfsmitteln.

Dabei stellte sich zunächst die Frage, ob pflegebedürftige Personen und deren Angehörige:

- von relevanten Maßnahmen überhaupt Kenntnis hatten,
- von den Maßnahmen überhaupt betroffen waren und falls ja,
- ob die Maßnahmen überhaupt positiv im Sinne einer Verringerung „bürokratischer Anforderungen“ bewertet wurden und nicht eher negativ assoziiert sind (z. B. Bevorzugung eines persönlichen Termins zur Begutachtung).

Darüber hinaus enthielt der Fragebogen einen Teil zu allgemeinen soziodemografischen Angaben. Laut Angebot war vorgesehen, Pflegebedürftige aus ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu befragen. In der Recherche zeigte sich allerdings, dass der Schwerpunkt der identifizierten Maßnahmen im häuslichen Bereich liegt. Für vollstationär Versorgte wären nur die Themenblöcke Allgemeine Angaben, Begutachtung zur Erlangung eines Pflegegrades und Pflegeberatung sowie der Block Abschluss relevant gewesen. Hinzukam, dass der Themenblock Begutachtung zur Erlangung eines Pflegegrades für Personen entfallen wäre, deren Begutachtung vor März 2020 stattfand. Aus diesem Grund wurde in Abstimmung mit dem

SMS vom geplanten Vorgehen abgewichen. Die Rekrutierung von Einrichtungen für die Verteilung des Papierfragebogens beschränkte sich auf ambulante und teilstationäre Einrichtungen.

Der entwickelte Fragebogen wurde einem Pretest unterzogen. Der Fragebogen befindet sich im Anhang 3 – Befragung Pflegebedürftiger.

Die Rekrutierung von Teilnehmenden, die sukzessive Datenerhebung und Datenübertragung in eine Datenbank erfolgte ab September 2022. Die Ansprache der Sach- und Kombileistungsempfängerinnen und -empfänger (ambulant und teilstationär) erfolgte mit Hilfe von Pflegeeinrichtungen. Angestrebt wurde, dass pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt je 30 Bögen in zehn Einrichtungen verteilt werden konnten (fünf je Einrichtungsart). Diese erhielten die gedruckten Fragebögen und verteilten diese zusammen mit frankierten Rückumschlägen an geeignete pflegebedürftige Klientinnen und Klienten. IGES erfuhr nicht, welche Personen durch die Pflegeeinrichtungen angesprochen wurden. Die Befragung war anonym, ein Rückschluss auf einzelne Personen war nicht möglich. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wurden über Ziele und Inhalte der Studie sowie datenschutzrechtliche Aspekte aufgeklärt. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die zurückgesendeten Fragebögen wurden durch Mitarbeitende des IGES gesichtet und die Angaben bis Anfang Januar 2023 in eine Datenbank übertragen. Die Datenauswertung schloss sich im Januar 2023 an.

Die Verteilung der Fragebögen erfolgte über unterschiedliche Kanäle: Zunächst wurden ambulante Pflegedienste und teilstationäre Einrichtungen im Rahmen der Online-Befragung darauf aufmerksam gemacht. Des Weiteren wurde Kontakt über bekannte große Träger im Freistaat Sachsen gesucht, auch über Expertinnen und Experten der Sondierungsinterviews. Ergänzend wurden je fünf ausgewählte Träger aller Kreise und kreisfreien Städte aus einer vom Auftraggeber IGES zur Verfügung gestellten Adressliste angeschrieben und um Beteiligung gebeten. Eine Bitte zur Beteiligung erhielten auch die auf der Website registrierten Personen. Über die Website wurde ebenfalls für die Teilnahme geworben. Alle Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren der Landkreise und kreisfreien Städte wurden durch IGES um Unterstützung bei der Befragung gebeten. Auf der Website eines sächsischen Verbandes in der ambulanten Pflege wurde ebenfalls für die Befragung geworben und der Fragebogen zur Verfügung gestellt. Mitglieder des Verbandes und Besucherinnen und Besucher der Website konnten den Fragebogen herunterladen und ausdrucken. Alle teilnehmenden Einrichtungen erhielten eine vorab oder im persönlichen Austausch festgelegte Anzahl an Fragebögen, die sie an die Pflegebedürftigen verteilten. Wie viele der versendeten Fragebögen durch die Einrichtungen letztlich verteilt wurden, lässt sich nicht ermitteln.

Im Anschluss erfolgte die deskriptive Auswertung mittels Microsoft Excel. Um die Fehleranfälligkeit in der Auswertung numerischer Freitextfelder zu minimieren, wurden diese anhand ihrer vorab definierten Wertebereiche analysiert und vor der Auswertung plausibilisiert. Nicht-numerische Freitexte wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. In die Auswertung konnten insgesamt alle 83 an IGES gesendeten Fragebögen einbezogen werden.

2.6 Fokusgruppenworkshops mit Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst

Zur Reflexion der Maßnahmen zur Entlastung Pflegebedürftiger und der Pflegekräfte während der Corona-Pandemie wurden auch jeweils ca. sechs bis zehn Vertreterinnen und Vertreter des Medizinischen Dienstes (Begutachtende, Mitarbeitende aus dem administrativen Bereich) und der Pflegekassen (verschiedene Kassenarten) im Rahmen eines jeweils etwa halbtägigen Fokusgruppenworkshops im Online-Format befragt. Inhalte der Fokusgruppen waren u. a.:

- die vorübergehende Aussetzung der Qualitätsprüfungen,
- die Pflegebegutachtungen nach Aktenlage,
- die Besuche bei Pflegegeldbeziehenden (§ 37 Abs. 3 SGB XI),
- das temporäre Aussetzen des Personalschlüssels (stationär) sowie
- die Unterstützung der Pflegeeinrichtungen durch das Personal der Medizinischen Dienste.

Ursprünglich war eine Durchführung im September 2022 angedacht. Um Ideen und Anregungen der Pflegeeinrichtungen zu bestehenden Prozessen und/oder Vorschläge für die künftige Entbürokratisierung aus den Online-Befragungen gleich mit den beiden Zielgruppen MD und Pflegekassen reflektieren zu können, wurden die Fokusgruppen mit Zustimmung des SMS am 04. November 2022 und 18. November 2022 durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in einem Protokoll schriftlich festgehalten.

Der Zugang zu möglichen Teilnehmenden in den Pflegekassen erfolgte per Mail über die Leitungspersonen in der Pflegeversicherung der jeweiligen Pflegekasse. Um Mitarbeitende des MD zu erreichen, konnten über das SMS die Kontaktdaten der Leitung und stellvertretenden Leitung an IGES übermittelt werden. Die Leitungspersonen der Pflegeversicherung wurden am 19. September und 04. Oktober 2022 zur Teilnahme an der Fokusgruppe für die Pflegekassen eingeladen. Die Durchführung erfolgte am 04. November 2022. Es nahmen drei Vertretende der Pflegekassen sowie zwei Mitarbeitende des IGES Instituts teil.

Die Leitungspersonen im Bereich Qualitätsprüfung des MD Sachsen wurden am 04. und 13. Oktober 2022 kontaktiert, um eine mögliche Teilnahme an der Fokusgruppe für den Medizinischen Dienst zu erfragen. Die Fokusgruppe wurde am 18. November 2022 durchgeführt. Es nahmen fünf Expertinnen und Experten des MD sowie drei Mitarbeitende des IGES Instituts teil.

Der Ablauf der Fokusgruppen wurde wie folgt gestaltet: Zunächst erfolgte eine Begrüßung und kurze Vorstellungsrunde aller Beteiligten. Darauffolgend wurde das Projekt mit Hintergrund und Ziel vorgestellt. Um ins Gespräch zu kommen und aus dem konkreten Arbeitsalltag beider Expertengruppen etwas zu erfahren, wurde ein explorativer offener Zugang gewählt, eingeleitet durch die Frage „Welche Maßnahmen der Entbürokratisierung haben Sie in Ihrem beruflichen Alltag während der Corona-Pandemie wahrgenommen?“ Anhand der Antworten auf diese Frage ließ sich feststellen, welche coronabedingten Regelungen eine Relevanz beim MD und bei den Pflegekassen hatten. Nach diesem offenen Zugang wurde ein Überblick zu den während der Pandemie ergriffenen Regelungen zur Aussetzung bürokratischer Anforderungen gegeben, zu dem die Beteiligten Stellung beziehen konnten. Anschließend erfolgte die Darstellung der einzelnen Maßnahmen mit Anregung zur Erzählung, welche Bedeutung diese im Arbeitsalltag einnahmen. Nach Erschöpfung der Aussagen der Teilnehmenden, wurden die Ergebnisse aus der Online-Befragung von ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen gespiegelt. Dies hatte zum Ziel, mögliche weitere Informationen zu den einzelnen Maßnahmen zu gewinnen. Abschließend erfolgte eine Zusammenfassung der besprochenen Themen und die Frage nach weiteren Ergänzungen zur Thematik. Die Präsentationsfolien für die Fokusgruppen befinden sich in Anhang 5 – Präsentation Fokusgruppen.

2.7 Reflexionsworkshop

Nach Abschluss der Datenerhebungen und -auswertungen wurden die zentralen Erkenntnisse aus den Untersuchungen gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern:

- von Verbänden,
- aus ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen,

- des Medizinischen Dienstes,
- des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung,
- der Pflegekassen,
- der Pflegekoordination im Freistaat Sachsen,
- der Wissenschaft sowie dem
- Sächsischen Ministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt

in einem halbtägigen Workshop reflektiert. Der Workshop fand am 01. Februar 2023 als Präsenzveranstaltung in Dresden statt. Ziele waren die Validierung der auf Basis der Befragungen von IGES vorläufig gezogenen Schlussfolgerungen sowie der Gewinnung vertiefender Informationen aus der Praxis für die Interpretation der Daten. Nach Präsentation relevanter und zentraler Erkenntnisse aus der Studie folgte eine Arbeitsphase an drei von IGES moderierten Thementischen. Themenschwerpunkte waren:

- Digitalisierung/Technikeinsatz/Fördermaßnahmen,
- Strukturmodell sowie
- coronabedingte Maßnahmen/Entbürokratisierungspotentiale in der Pflege.

An den Thementischen wurden zeitlich begrenzt (35 Minuten pro Tisch) verschiedene Aspekte eines Themas anhand von Leitfragen der Moderatorinnen/Moderatoren diskutiert. Anschließend tauschten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Tische, sodass jedes Themenfeld durch alle Teilnehmenden bearbeitet wurde. Relevante Erkenntnisse wurden auf Karten schriftlich festgehalten. Abschließend stellten die Themenmoderatoren die Ergebnisse der Diskussionen an den Thementischen im Plenum vor. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops hatten hierbei erneut die Möglichkeit in die Diskussion zu gehen. Die Ergebnisse des Reflexionsworkshops flossen in die Ableitung der Handlungsempfehlungen ein.

3 Erkenntnisse der Recherchen und Analysen zur Ausgangslage

Mittels einer Literaturrecherche und -analyse sowie ergänzenden Sondierungsinterviews (zum Strukturmodell) wurde, mit Blick auf das Forschungsinteresse, die Ausgangslage in den zu untersuchenden Themenbereichen der Pflege bundesweit und, wenn möglich, speziell für den Freistaat Sachsen eruiert. Inhalte der folgenden Unterkapitel sind:

- die Digitalisierung in der Pflege, einschließlich bundesweiter Fördermaßnahmen und rechtlicher Grundlagen sowie des Einsatzes von Technik in Modellprojekten (Kapitel 3.1),
- der Stand der Anwendung des Strukturmodells, einschließlich der Erfolgsfaktoren und Hemmnisse (Kapitel 3.2),
- Regeln zur befristeten Aussetzung bürokratischer Anforderungen in der Pflege während der Corona-Pandemie (Kapitel 3.3),
- Erkenntnisse aus aktuellen Studien zur pflegerischen Versorgung unter Pandemiebedingungen (Kapitel 3.4) und
- die demografische Situation der letzten 10 Jahre im Freistaat Sachsen (Kapitel 3.5).

In Kapitel 3.6 erfolgt eine fachliche Bewertung der Ausgangslage im Rahmen einer SWOT-Analyse unter Berücksichtigung der demografischen Situation im Freistaat Sachsen. Je Themenfeld werden Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken ermittelt und Potentiale für Synergien zwischen den Bereichen aufgezeigt.

3.1 Digitalisierung in der Pflege

Die Corona-Pandemie unterstrich einmal mehr die Notwendigkeit eines digitalisierten Gesundheitswesens. In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber auf Bundesebene, z. B. mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG), Bestrebungen unternommen, die Digitalisierung und Technisierung im Gesundheitswesen und der Pflege voranzutreiben und weiterzuentwickeln. Im Fokus standen dabei, neben der Förderung der technischen Ausstattungen in den Pflegeeinrichtungen, u. a. auch die Telematikinfrastruktur (TI), Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) und die elektronische Patientenakte (ePA) (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2021b).

Im Vergleich zu anderen Branchen gilt die Pflegebranche bisher als relativ wenig digitalisiert (Bleses et al., 2020, S. 12). Dies könnte darauf zurückführbar sein, dass Digitalisierung in der Pflege bedeutet, dass tiefgreifende Eingriffe in gewohnte Arbeitsabläufe durchgeführt werden müssten. Dabei steht mehr der Prozess als die Technik im Fokus. Die (weitere) Entwicklung der Digitalisierung in der Pflege kann das pflegerische Handeln vom zumeist reaktiven zum stärker prädiktiven und präventiven Handeln verändern, was durch ergänzende digitale und technische Anwendungen in Verbindung mit der heutigen Pflegedokumentation möglich wird (Mania, 2021, S. 10).

Im folgenden Kapitel 3.1.1 werden der Begriff Digitalisierung definiert und digitale und technische Anwendungen in der Pflege systematisiert sowie operationalisiert. Kapitel 3.1.2 enthält rechtliche Grundlagen zur Digitalisierung in der Pflege. Der derzeitige bekannte Stand der Digitalisierung in ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen ist Gegenstand von Kapitel 3.1.3. Abschließend erfolgt in Kapitel 3.1.4 eine übersichtsartige Darstellung von Technik in Modellprojekten.

3.1.1 Begriffsdefinition, Systematisierung digitaler und technischer Anwendungen in der Pflege und Operationalisierung

Für den Begriff der Digitalisierung im Gesundheitswesen und der Pflege existiert in der Literatur keine einheitliche Nomenklatur. Daraus resultierend wird Digitalisierung vielfältig definiert und in unterschiedlichem Maße operationalisiert. Meist werden Begriffsbestimmungen sehr allgemein gehalten: Baierlein (2017) definiert Digitalisierung als „Umwandlung von analogen Informationen in digital gespeicherte sowie genutzte Informationen“ (Baierlein, 2017, S. 1). Andere Autorinnen und Autoren setzen dagegen die Digitalisierung in der Pflege mit der Nutzung von „[...] intelligenten Technologien, die die Pflege unterstützen“ (Rösler et al., 2018, S. 9) gleich.

Im Monitoring-Report Wirtschaft DIGITAL wird Digitalisierung als eine Veränderung von unternehmerischen Geschäftsmodellen und Kernprozessen aufgrund der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) definiert (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, 2018, S. 6). Der Einsatz von IKT dient demnach sowohl der Automatisierung betrieblicher Prozesse als auch der (Weiter-)Entwicklung neuer Dienstleistungen und Produkte. Bezüglich der betrieblichen Prozesse verstehen Ensinger et al. unter Digitalisierung, dass analoge Informationen sowohl digital erschlossen und verfügbar gemacht werden, als auch aufgrund dieser Basis ursprünglich analoge Arbeitsschritte elektronisch ausgeführt werden (Ensinger et al., 2016, S. 8).

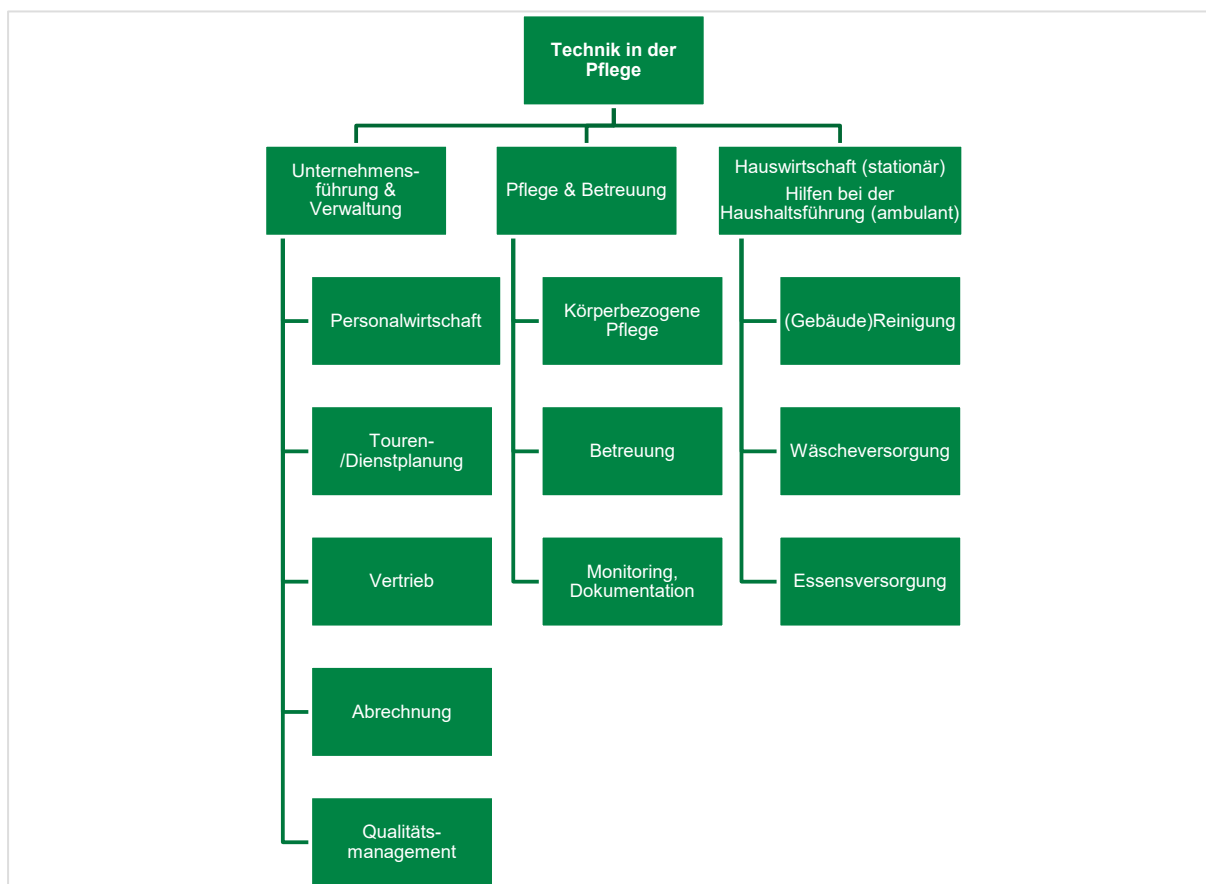
In diesem Sinne wird Digitalisierung auch in der vorliegenden Studie verstanden: Zum einen geht es um die Umstellung analoger, meist papiergebundener Prozesse auf elektronische Verfahren (wie z. B. die elektronische Pflegedokumentation) und gleichzeitig deren Vereinfachung aus Nutzersicht aufgrund der technischen Möglichkeiten (z. B. automatische Datenübertragung). Zum anderen schließt Digitalisierung aber auch die Entwicklung neuartiger Formen der Dienstleistungserbringung ein, was die Erweiterung des Wirkungsbereiches von Pflege bedingt (z. B. Versorgung im ländlichen Raum ergänzend mittels Telepflege) (Braeseke et al., 2020, 19 ff.).

Digitale und technische Hilfen lassen sich in Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Bereichen einsetzen. Dies betrifft neben der Unternehmensführung und Verwaltung (z. B. Controlling, Logistik, Personalmanagement) auch das direkte Erbringen von pflegerischen oder Betreuungsleistungen im Rahmen des Pflegeprozesses sowie, insbesondere im stationären Kontext, die Hauswirtschaft. Innerhalb der direkten pflegerischen Versorgung lassen sich einzelne digitale oder technische Anwendungen unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern der Pflegekräfte zuordnen. Dazu gehören:

- die körperbezogene Pflege (i. S. einer Grund- und Behandlungspflege),
- die pflegerische Betreuung,
- Hilfen bei der Haushaltsführung sowie
- Monitoring und Dokumentation.

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Einsatzfelder und Tätigkeitsbereiche, in denen digitale und technische Anwendungen in der Pflege zum Einsatz kommen.

Abbildung 2: Systematisierung der Einsatzbereiche digitaler und technischer Anwendungen in der Pflege



Quelle: IGES, in Anlehnung an Braeseke et al., 2020, S. 24

Innerhalb der Bereiche Unternehmensführung und Verwaltung sowie Pflege und Betreuung lassen sich weiterhin unterschiedliche Aufgabenfelder sowie Produkt- und Dienstleistungskategorien identifizieren, die eine Vielzahl von Einzellösungen und Produkten enthalten können. Dabei stellt sich der Markt als unübersichtlich und intransparent dar, wie z. B. ein Softwaretest unterschiedlicher Pflegedokumentationssoftwares für die stationäre Altenpflege der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege 2018 zeigte. Angebote verschiedener Anbieter für Pflegeeinrichtungen erwiesen sich als nur schwer vergleichbar. Grund ist, dass Angebote im Bereich Pflegedokumentationssoftware von Komplettlösungen für Abrechnung, Pflege- und Personalplanung bis zu einzeln auswählbaren Modulen für Pflegeplanung und -dokumentation reichen, die entsprechend den individuellen Anforderungen der Einrichtung konfiguriert werden. Unterschiedliche Preismodelle erschweren zudem Preisvergleiche zwischen den Produkten (Braeseke et al., 2017b, S. 81 f.).

Anders als in anderen Branchen zielt der Technikeinsatz im Bereich Pflege und Betreuung weniger auf den Ersatz von Personal als vielmehr auf eine physische und psychische Entlastung beruflich und informell Pflegenden ab, damit diese mehr Zeit für persönliche Zuwendung haben. So findet durch den Einsatz von z. B. Personenliftern, elektrisch verstellbaren Betten und robotischen Rollstühlen eine körperliche Entlastung statt, während soziale Roboter oder Medikamentenboxen mit Erinnerungsfunktionen zur psychischen Entlastung beitragen können (bspw. durch eine Verringerung von Zeitdruck infolge von Automatisierung).

Tabelle 2 und Tabelle 3 enthalten die Aufgabenfelder, Aufgaben und beispielhafte Produktkategorien der digitalen und technischen Anwendungen für die Bereiche Unternehmensführung und Verwaltung sowie Pflege und Betreuung.

Tabelle 2: Aufgabenfelder und Produktkategorien im Bereich Unternehmensführung und Verwaltung

Aufgabenfeld	Produktkategorie
Personalwirtschaft	Online-Personalmarketing, Software für Personalverwaltung
Tourenplanung/Dienstplanung	Digitale Touren-/Einsatzplanung, Arbeitszeiterfassung
Vertrieb	Nutzung von Social Media, Adressdatenbanken
Abrechnung	Elektronische Abrechnung mit Kranken- und Pflegekassen
Qualitätsmanagement	Mobile Anwendungen für Verfahrensweisungen und Dokumentation

Quelle: IGES, in Anlehnung an Braeseke et al., 2020, S. 24

Tabelle 3: Aufgabenfelder, Aufgaben innerhalb des Aufgabenfeldes und Produktkategorien im Bereich Pflege und Betreuung

Aufgabenfeld	Aufgaben	Produktkategorie
Körperbezogene Pflege	Lagerung & Transfer von Pflegebedürftigen	Elektrisch (höhen-)verstellbare Betten/Mobilisierungsbetten, Personenlifter, Aufstehhilfen, Exoskelette
	Wundversorgung	Software zur Wunddokumentation, zur Wundvermessung
	Mobilisation/Fortbewegung	Robotische Betten/Rollstühle/Gehhilfen
	Unterstützung des Tag-Nacht-Rhythmus	Intelligente Beleuchtung
	Medikamentenversorgung	Medikamentenbox mit Erinnerungsfunktion
	Materialversorgung	Service-/Transportroboter Intelligente Pflegewägen
	Speise-/Getränkeversorgung der Pflegebedürftigen	Robotische Esshilfen
Betreuung	Unterstützung bei der Kommunikation	Videotelefonie
	Alltagsgestaltung/Tagessstrukturierung/Beschäftigung	Robotische Rollatoren (mit GPS) Emotions-/Soziale Roboter Spielekonsolen/Interaktionsroboter
Hilfen bei Haushaltsführung	Zimmerreinigung, Wäsche-, Mülltransport	Service-/Reinigungsroboter
Monitoring, Dokumentation	Vitalparametererfassung	Wearable Computing/Wearables (Smartwatch/Fitnessarmbänder), Smart Clothing
	Sturzerfassung/-prävention	Sensormatten/-fußboden
	Sicherheit	Systeme zur Aktivitätserkennung, GPS-Tracker, Notrufsysteme, Personenortung, elektronische Schließsysteme
	Pflegedokumentation	Elektronische Pflegedokumentationssysteme, Spracherkennung
	Kommunikation, Assessment und intra-/intersektoraler fachlicher Austausch	Telecare/Telenursing/Telemedizin

Quelle: Braeseke et al., 2020, S. 25

Bisher verfügbare Produkte befinden sich in stetiger Weiterentwicklung. Es gibt zudem vielfältige Forschungsprojekte zur Entwicklung neuer Lösungen (siehe dazu auch Kapitel 3.1.4). Technologien, die auf eine körperliche Entlastung der Pflegekräfte abzielen und Elemente aus der Robotik enthalten, liegen häufig nur als Prototypen vor und stehen der Pflege oft noch nicht marktreif zur Verfügung. Hierzu zählen im Speziellen Exoskelette bzw. Orthesen oder Ganzkörperanzüge, intelligente Pflegewägen oder auch Smart Clothing-Funktionen in Berufskleidung (Braeseke et al., 2020, 23 ff.).

3.1.2 Bundesweite Förderung der Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen

Förderung von Investitionskosten

Um die Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen voranzutreiben und Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag spürbar zu entlasten, wurde im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) u. a. eine Regelung zur Förderung der Anschaffung digitaler und technischer Ausrüstung in Pflegeeinrichtungen zur Entlastung der Pflegekräfte (§ 8 Abs. 8 SGB XI) beschlossen, die im Januar 2019 in Kraft trat. Ursprünglich sollte die Förderung 2021 auslaufen, wurde mit dem DVPMG jedoch bis Ende 2023 verlängert.

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird für in den Jahren 2019 bis 2023 angeschaffte Technik ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschloss im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird (§ 8 Abs. 8 SGB XI).

Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Abs. 8 SGB XI zur Förderung der Digitalisierung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen vom 08. April 2019, geändert durch den Beschluss vom 14. Juli 2021, nennen in ihrer Präambel primär „die Entlastung der Pflegekräfte“ als Ziel der finanziellen Förderung der Anschaffung von entsprechender digitaler und technischer Ausrüstung.

Gefördert werden mit einem einmaligen Zuschuss digitale oder technische Ausrüstungen sowie damit einhergehende Kosten, insbesondere in folgenden Anwendungsfeldern:

- der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation,
- der Dienst- und Tourenplanung,
- dem internen Qualitätsmanagement,
- der Erhebung von Qualitätsindikatoren,
- der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich Videosprechstunden),
- der elektronischen Abrechnung pflegerischer Leistungen nach § 105 SGB XI sowie
- der Aus-, Fort-, Weiterbildung oder Schulung, die insbesondere im Zusammenhang mit der Anschaffung von digitaler oder technischer Ausrüstung stehen (§ 1 Abs. 1 der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 8 SGB XI zur Förderung der Digitalisierung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen).

Hauptzweck der Anschaffung muss die Entlastung der Pflegekräfte in den Einrichtungen sein (§ 1 Abs. 2 der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 8 SGB XI zur Förderung der Digitalisierung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen).

Vorgesehen ist ein einmaliger Zuschuss je Pflegeeinrichtung von bis zu 40 % der Kosten. Die Maximalsumme ist allerdings auf 12.000 Euro begrenzt. Der Antrag auf Fördermittel muss bis spätestens 31. Dezember 2023 gestellt worden sein. Der einmalige Zuschuss kann auch gesplittet und für mehrere Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung wie auch für Aus-, Fort-, Weiterbildung oder Schulung in der Anwendung digitaler oder technischer Ausrüstung genutzt werden (§ 2 der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 8 SGB XI zur Förderung der Digitalisierung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen). Anspruch haben nach § 72 SGB XI zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (§ 3 Abs. 1 der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 8 SGB XI zur Förderung der Digitalisierung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen).

Anbindung der Pflege an die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) (2019) und dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) (2020) wurden Regelungen zur Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI) getroffen. Demnach soll die TI zukünftig als die zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation nicht nur in der medizinischen Versorgung, sondern auch im Bereich der Pflege etabliert werden.

Die Telematikinfrastruktur ist die interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur, die der Vernetzung von Leistungserbringern, Kostenträgern, Versicherten und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens dient (Bundesgesetzblatt Teil I, 2020). Eine freiwillige Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die TI ist bereits möglich. Ab Januar 2024 besteht für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, einschl. Intensivpflegediensten, eine Pflicht zur Anbindung, während es für stationäre Pflegeeinrichtungen derzeit noch keinen entsprechenden Termin gibt.

Die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur erfordert umfangreiche Abstimmungen aller Beteiligten. Dazu zählen Fragen der technischen und semantischen Interoperabilität, die Vereinbarungen zu Standards des Informationsaustauschs erforderlich machen. Zur Unterstützung dieses Prozesses hat die Bundesregierung ein Modellprogramm zur wissenschaftlich gestützten Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur nach § 125 SGB XI etabliert.

Ziel des Modellprogramms ist es, den digitalen sektorenübergreifenden Informationsaustausch im Rahmen der TI im Kontext ambulanter wie stationärer Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu erproben und Grundlagen für notwendige Standards für einen bundesweiten Rollout zu erarbeiten (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, o. J., S. 2).

Seit Mai 2021 werden in diesem Modellprogramm 88 Projekte (Typ A) gefördert, weitere zwei Projekte (Typ B) starteten im April 2022 (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, o. J., 3 f.).

Der Projekttyp A bezieht sich auf die Implementation der Infrastrukturkomponenten und die Erprobung der derzeit für die Pflege verfügbaren Anwendung der sicheren Kommunikation im Medizinwesen (KIM), einem sicheren Übermittlungsverfahren für den vertraulichen Austausch von Dokumenten und Nachrichten zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Bisher nutzbare Anwendungen innerhalb der TI sind:

- das elektronische Rezept,
- die elektronische Patientenakte (ePA),
- die Kommunikation im Medizinwesen (KIM),
- der elektronischer Medikationsplan (eMP),
- Notfalldaten,

- der TI-Messenger,
- die standardisierte Schnittstelle für Informationstechnische Systeme in Krankenhäusern (ISiK; verbindet alle IT-Systeme, die in Kliniken zum Einsatz kommen) sowie
- das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) (gematik GmbH, 2022a).

Der Projekttyp B richtet sich an Pflegeeinrichtungen - vorzugsweise in Form von Kooperationsverbänden mit weiteren Leistungserbringern - die über die Erprobung des bei Projekttyp A genannten sicheren Übermittlungsverfahren KIM hinausgehend im Rahmen der TI die Organisation von Prozessen in der sektoren-übergreifenden Versorgung verbessern möchten und dafür Konzepte entwickeln und umsetzen. Dabei geht es im Kern um die Erprobung digitaler Anwendungen, die bislang noch nicht in der TI vorgesehen sind, aber Innovationspotential für die Pflege in diesem Kontext bergen – z. B. ein digitaler Versorgungsplan oder ein Überleitungsbogen für Entlassungen aus dem Krankenhaus. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung von Standards für einen strukturierten Informationsaustausch zwischen verschiedenen Leistungserbringern im Rahmen der TI (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, o. J., S. 3).

Sowohl die Projekte des Typs A als auch die beiden Projekte des Typs B werden wissenschaftlich evaluiert (Typ B-Projekte bis Ende 2024) (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, o. J., S. 1).

3.1.3 Status quo der Digitalisierung von Pflegeeinrichtungen

Zwischen 2019 und 2020 führte das IGES Institut im Auftrag des BMG eine bundesweite Studie zum Ausmaß der Technikausstattung von ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen durch. Gegenstand der Untersuchung war auch die Bekanntheit und Inanspruchnahme der Fördermaßnahme gem. § 8 Abs. 8 SGB XI. Zu diesem Zweck wurde kurz vor Beginn der Corona-Pandemie zwischen Dezember 2019 und Januar 2020 eine bundesweite Online-Befragung von Pflegeeinrichtungen aller drei Versorgungsarten durchgeführt. Hierzu wurden sowohl eine Kurz- als auch eine Langbefragung aufgesetzt. Insgesamt nahmen 951 Pflegeeinrichtungen an der Befragung teil, davon füllten 606 die Langbefragung aus. Da die realisierte Stichprobe in ihrer Struktur von der Grundgesamtheit abwich, wurde für die statistische Auswertung der Daten neben einer deskriptiven Auswertung auch eine Fallgewichtung der in der Stichprobe enthaltenen Fälle vorgenommen (Standardisierung auf die Struktur der Pflegeeinrichtungen in der Grundgesamtheit). Dieses Vorgehen ermöglichte allgemeingültige Aussagen für die gesamte Branche (Braeseke et al., 2020, S. 10). Eine Auswertung der Daten auf Ebene der einzelnen Bundesländer ist nicht erfolgt, sodass keine spezifischen Erkenntnisse nur für den Freistaat Sachsen vorliegen.

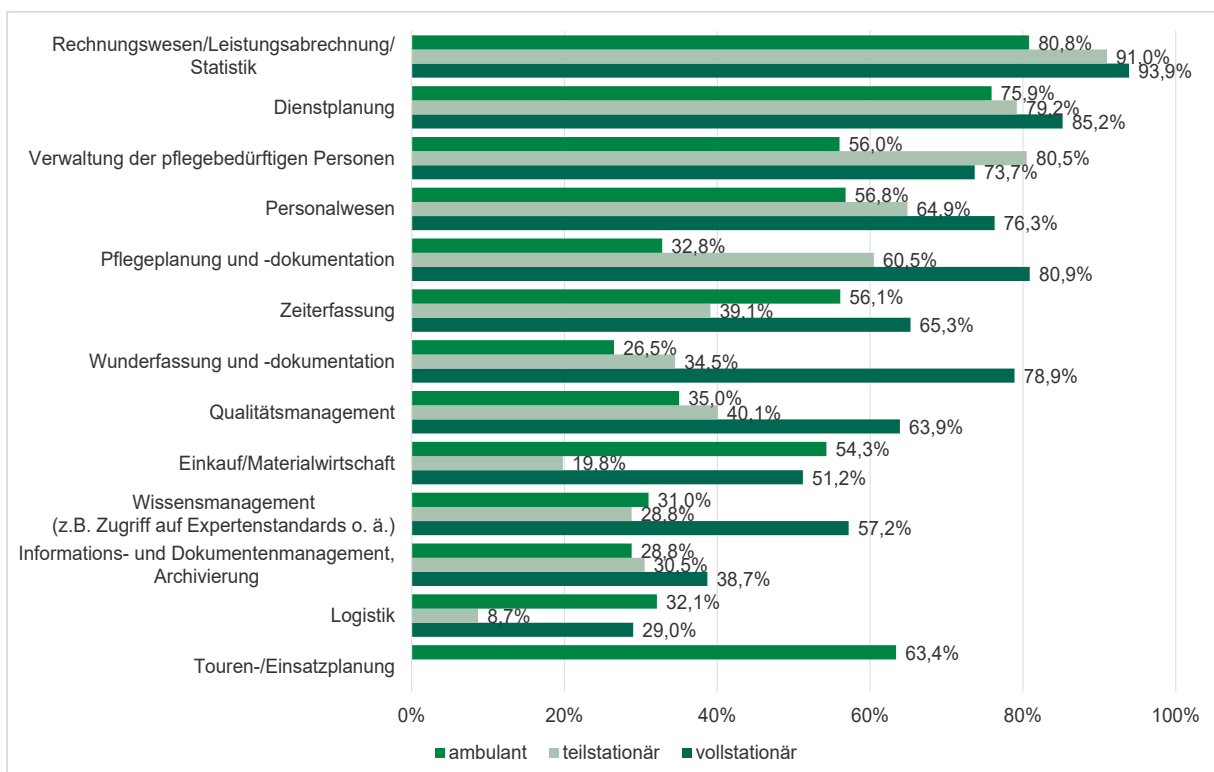
Bundesweit zeigte sich, dass die aktuelle Technikausstattung und -nutzung nach Einrichtungsart variierte, bei allen Einrichtungsarten jedoch in der betrieblichen Organisation und Verwaltung höher als im Bereich Pflege und Betreuung ist. Bereits weit verbreitet waren im stationären Bereich technische Hilfen zur physischen Entlastung der Pflegekräfte, wie Personenlifter, elektrisch verstellbare Betten und Aufsteh-/Transferhilfen. Sensor- und computergestützte Systeme wurden von 30 bis 40 % (standardisiert) der Einrichtungen genutzt. Robotische Systeme (von automatisierten Esshilfen bis Assistenz- und Servicerobotern) wurden bisher nur in Einzelfällen eingesetzt bzw. waren den Befragten (in stationären Einrichtungen) teilweise gar nicht bekannt.

Die Notwendigkeit, die Techniknutzung künftig zu intensivieren, wurde von der großen Mehrheit bestätigt. Bezüglich des möglichen Beitrags, den technische Unterstützung in Pflegeeinrichtungen leisten kann, war dagegen rund die Hälfte der Befragten mit Blick auf den Bereich

Pflege und Betreuung eher skeptisch, dass die Erwartungen, die an den Technikeinsatz gestellt werden, erfüllt werden können. Weitgehend bekannt waren den Pflegeeinrichtungen die Fördermaßnahme gem. § 8 Abs. 8 SGB XI (ca. 80 %) und die entsprechenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes (ca. 70 %). Ca. 70 % der Einrichtungen haben bereits bzw. wollten die Fördermöglichkeit in Anspruch nehmen, so dass von einer breiten Akzeptanz der Maßnahme ausgegangen werden konnte (Braeseke et al., 2020, S. 11).

Im Durchschnitt über zwölf konkrete Anwendungsbereiche war der vollstationäre Bereich mit 66 % (standardisiert) am höchsten digitalisiert, die teilstationären und ambulanten Einrichtungen lagen jeweils knapp unter 50 % (standardisiert) (ohne Berücksichtigung der Touren- bzw. Einsatzplanung im ambulanten Bereich). Über alle Einrichtungsarten hinweg ist das Rechnungswesen einschl. Leistungsabrechnung/Statistik der am weitesten digitalisierte Bereich (jeweils über 80 %, standardisiert) (Braeseke et al., 2020, 10 f.) Abbildung 3 zeigt den Stand der Digitalisierung der einzelnen Anwendungsbereiche nach Einrichtungsart (Rechnungswesen/Leistungsabrechnung/Statistik, Dienstplanung, Verwaltung der pflegebedürftigen Personen, Personalwesen, Pflegeplanung und -dokumentation, Zeiterfassung, Wunderfassung und -dokumentation, Qualitätsmanagement, Einkauf/Materialwirtschaft, Wissensmanagement, Informations- und Dokumentationsmanagement/Archivierung, Logistik sowie Touren-/Einsatzplanung).

Abbildung 3: Digitalisierte Bereiche nach Einrichtungsart (Anteil in %, standardisiert)

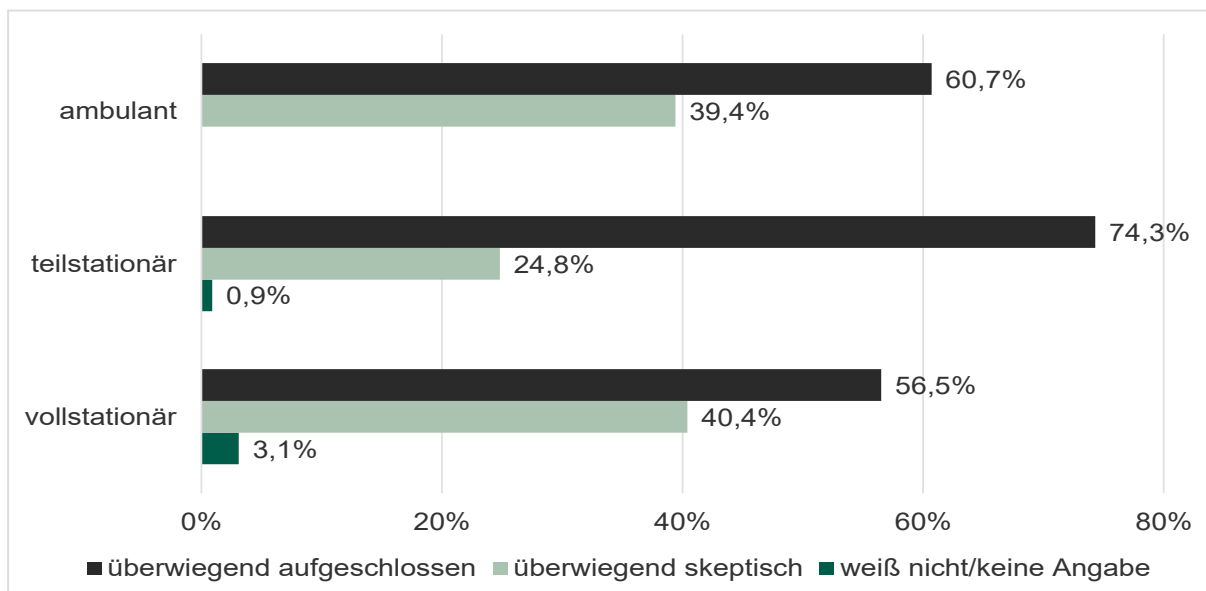


Quelle: IGES, in Anlehnung an Braeseke et al., 2020, S. 56

Durchschnittlich 64 % (standardisiert) der Führungskräfte der Pflegeeinrichtungen schätzten ihre Beschäftigten als „überwiegend aufgeschlossen gegenüber dem Einsatz neuer Technologien in Pflege und Betreuung“ ein. 35 % (standardisiert) sahen sie dagegen als „überwiegend skeptisch“ eingestellt. In Abbildung 4 ist die geschätzte Aufgeschlossenheit der Beschäftigten zum Technikeinsatz in Pflege und Betreuung unterteilt nach Einrichtungsart dargestellt – sie

wurde in teilstationären Einrichtungen mit rund 74 % am höchsten und in stationären Einrichtungen mit knapp 57 % am niedrigsten bewertet (Braeseke et al., 2020, 60 f.).

Abbildung 4: Aufgeschlossenheit der Beschäftigten bzgl. des Technikeinsatzes in Pflege und Betreuung (Anteil in %, standardisiert)



Quelle: IGES, in Anlehnung an Braeseke et al., 2020, S. 61

Ein regelmäßiger digitaler Datenaustausch mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens fand in Pflegeeinrichtungen mehrheitlich Anfang 2020 noch nicht statt – nur rund 22 % (standardisiert) der ambulanten, etwa 17 % (standardisiert) der stationären und etwa 3 % (standardisiert) der teilstationären Einrichtungen tauschen bereits regelmäßig Daten mit Ärztinnen und Ärzten bzw. anderen Gesundheitsdienstleistern aus. Begründet wurde dies mit mangelndem Interesse bzw. mangelnder technischer Ausstattung der anderen Akteure. Rund ein Drittel der Pflegeeinrichtungen (standardisiert) berichteten jedoch auch von einer mangelnden technischen Ausstattung ihrerseits (Braeseke et al., 2020, 61 f.).

Eine Befragung der gematik für den Atlas zur Telematikinfrastruktur 2022 (gematik GmbH, 2022b) ergab, dass Stand Juni 2022 u. a.:

- 96 % der Arztpraxen,
- 99 % der Apotheken,
- 98 % Krankenhäuser,
- 3 % der vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie
- jeweils 0 % der ambulanten Pflegedienste und Gesundheitsämter

an die TI angeschlossen sind. Der Anteil der Einrichtungen, der voll TI-ready ist (u. a. mind. eine TI-Anwendung installiert hat) fällt dagegen deutlich geringer aus (Arztpraxen 43 %; Apotheken 43 %; Krankenhäuser 24 %; keine Daten zu Pflegeeinrichtungen). 71 % der befragten vollstationären Pflegeeinrichtungen, 72 % der ambulanten Pflegedienste und 90 % der Gesundheitsämter kennen die TI. Während Gesundheitsämter nur zu 34 % eine Relevanz der TI für ihre eigene Arbeit sehen, liegt der Anteil bei den Pflegediensten bei 79 % und vollstationären Pflegeeinrichtungen bei 78 %. Dennoch planen lediglich 43 % der vollstationären Einrichtungen und 57 % der ambulanten Dienste einen Anschluss an die TI. Bei den Gesundheits-

ämtern liegt der Anteil bei 75 %. Sowohl vollstationäre Pflegeeinrichtungen, als auch Pflegedienste und Gesundheitsämter würden gerne auf Notfalldaten, Befunde, Arztbriefe, Medikationspläne, Krankenhausentlassbriefe sowie Impfnachweise zugreifen können.

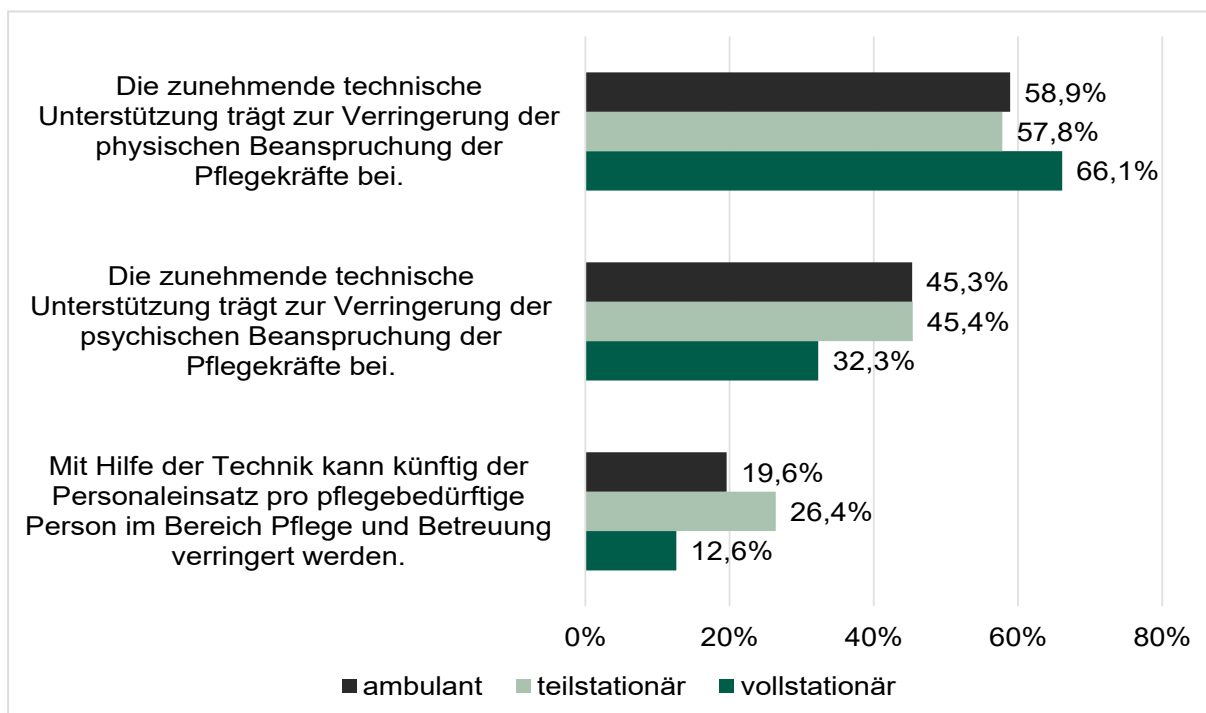
Eine Nachfrage nach pflegerischen, digital erbrachten Dienstleistungen war ebenfalls kaum vorhanden bzw. wurde als gering eingestuft. 92 % (standardisiert) der befragten ambulanten Pflegeeinrichtungen gaben an, dass digitale Angebote nicht aktiv nachgefragt werden; 8 % (standardisiert) meinten „selten“. Dazu ist allerdings zu sagen, dass der Befragungszeitraum im Dezember 2019 und Januar 2020 und damit kurz vor Beginn der Corona-Pandemie lag. Folglich kann es in der Zwischenzeit eine Zunahme der Nachfrage gegeben haben, da die Pandemie allgemein als Treiber der Digitalisierung in Deutschland angesehen wird (Braeseke et al., 2020, 11 f.).

Eine Intensivierung der Techniknutzung im Rahmen der Unternehmensstrategie sahen Anfang 2020 nur etwas mehr als die Hälfte der ambulanten Dienste (53 %, standardisiert) als relevant an. Bei den stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen fiel der Anteil dagegen deutlich höher aus (78 % teil- und 76 % vollstationär, standardisiert). Die dabei am häufigsten genannten Bereiche waren neben der Pflegeplanung und -dokumentation (32 % teil- und 49 % vollstationär, standardisiert), die Verwaltung und Abrechnung (19 % teil- und 46 % vollstationär, standardisiert) sowie die Vernetzung und der Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (23 % teil- und 35 % vollstationär, standardisiert) (Braeseke et al., 2020, 12, 67).

Hemmend für den weiteren Ausbau der Techniknutzung waren aus Sicht der Pflegeeinrichtungen mit Abstand am häufigsten Finanzierungsproblematiken (148 Einrichtungen). Bedenken gab es zudem hinsichtlich Akzeptanzproblemen bei älteren Beschäftigten und des Zeitaufwandes (74 Nennungen) der mit der Einführung neuer Technik in den Einrichtungen einhergeht. 65 ambulanten Diensten verwiesen weiterhin auf die Probleme der Doppeldokumentation (Papierform bei der Klientin bzw. dem Klienten erforderlich). 51 Einrichtungen benannten auch den mangelnden Reifegrad der technischen Lösungen bzw. die Schnittstellenproblematik (mangelnde Interoperabilität). Eine mangelnde Akzeptanz von Technik bei pflegebedürftigen Personen schien eine geringere Rolle zu spielen (23 Nennungen), etwas häufiger wurde auf eigene ethische Bedenken und eine Überschätzung der Möglichkeiten der Digitalisierung in der Pflege (31 Nennungen) verwiesen (Braeseke et al., 2020, 12, 68).

Potentiale des Technikeinsatzes für die Entlastung des Pflegepersonals wurden durch die Befragten eher zurückhaltend bewertet (s. Abbildung 5). Etwas mehr als die Hälfte (vollstationär zwei Drittel; standardisiert) versprachen sich mit zunehmendem Technikeinsatz eine Verringerung der physischen Belastung, aber nur rund 40 % (standardisiert) eine psychische Entlastung. Dass der Personaleinsatz pro Pflegebedürftigem mittels technischer Lösungen verringert werden könnte, sahen nur rund 20 % (standardisiert) (Braeseke et al., 2020, S. 12).

Abbildung 5: Potentialeinschätzung des Technikeinsatzes in der Pflege (Anteil in %, standardisiert)



Quelle: IGES, in Anlehnung an Braeseke et al., 2020, S. 73

Mit Blick darauf, dass die Finanzierung an erster Stelle der Hemmnisse für den weiteren Ausbau des Technikeinsatzes genannt wurde, scheint die Fördermaßnahme gem. § 8 Abs. 8 SGB XI ein adäquates Mittel zu deren Überwindung zu sein. Zu Antragsverfahren und Höhe des Förderbetrages gab es allerdings auch Kritik: 47 % (194 Einrichtungenvertreterinnen bzw. -vertreter) schätzten das Antragsverfahren als zeitaufwändig bzw. kompliziert ein. Weiterhin sei das Aufbringen der erforderlichen Eigenmittel schwierig und damit auch die Inanspruchnahme der Fördermittel. Darüber hinaus wurde die Summe von bis zu 12.000 Euro je Pflegeeinrichtung als zu gering eingestuft (Braeseke et al., 2020, S. 12).

Darüber hinaus gibt es für Pflegeeinrichtungen weitere Möglichkeiten finanzielle Förderungen für den Ausbau der Digitalisierung zu erhalten. Identifiziert werden konnten Förderungen durch:

- den Freistaat Sachsen (Förderprogramm Digitalisierung im Gesundheitswesen – eHealthSax),
- den Europäischen Sozialfonds (ESF) (Programm *rückenwind+*),
- das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Bundesprogramm Zukunftszentren),
- das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) (Digital Jetzt – Investitionsförderung für KMU),
- die KfW (Digitalisierungs- und Innovationskredit) sowie
- Lotteriegelder (z. B. Glücksspirale, Sachsenlotto).

Die Förderprogramme richten sich an unterschiedliche Einrichtungen und Betriebe verschiedener Branchen und weisen individuelle Förderbedingungen auf. Während bspw. „*rückenwind+*“ den Themenschwerpunkt Personal- und Organisationsentwicklung in der Sozialwirtschaft adressiert, fokussiert eHealthSax die Förderung patientenorientierter Anwendungen

und sektorenübergreifender Dienstleistungen, die die medizinische Versorgung gem. SGB V mittels digitaler und telemedizinischer Lösungen verbessern.

3.1.4 Einsatz von Technik in Modellprojekten

Bundesweit gibt es eine Reihe aktueller Modellprojekte, die den Einsatz von Technik in der Pflege erproben, wobei in den identifizierten Modellprojekten der Fokus auf Robotik und Assistenzsystemen und der Entlastung von beruflich Pflegenden liegt. Weiterhin gibt es die Projekte im Rahmen des Modellprogramms zur wissenschaftlich gestützten Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur nach § 125 SGB XI, auf die im Folgenden nicht näher eingegangen wird (siehe dazu Abschnitt 3.1.2). Im Freistaat Sachsen sind mehrere Forschungsprojekte angesiedelt, die zu Digitalisierung und Robotik in der Pflege forschen und neue Technologien entwickeln und erproben.

Insgesamt zeigte die Recherche, dass die Erprobung in verschiedenen pflegerischen Settings stattfindet. In Krankenhäusern und damit dem akutstationären Bereich angesiedelte Modellprojekte werden in der Darstellung nicht berücksichtigt. Ebenso bleiben Projekte unberücksichtigt, die nicht die Entlastung von beruflich Pflegenden adressieren. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die identifizierten Modellprojekte zum Technikeinsatz in der Pflege. Nachfolgend werden ausgewählte derzeit laufende oder kürzlich abgeschlossene Modellprojekte kurz vorgestellt.

Tabelle 4: Überblick über bundesweite Modellprojekte zum Technikeinsatz in der Pflege

Modellprojekt	Verbundkoordinator	Laufzeit	Projekthinhalte
Bundesweite Modellprojekte			
AdaMekoR	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.	03/2020 03/2023	- Entwicklung von Sensorikkomponenten zur situationsabhängigen Anpassung - Testung verschiedener Halte- und Stützfunktionen des Roboterarms im Pflegelabor - Kontinuierliche Überwachung der Körperhaltung der Pflegekräfte während körperlich belastenden Tätigkeiten
RoMI	pi4 robotics GmbH, Berlin	03/2020 02/2023	- Qualifizierung des Serviceroboters workerbot 6TM für pflegerische Aufgaben zur Entlastung beruflich Pflegenden
PfleKoRo	DIERS International GmbH, Schlangenbad	02/2020 01/2023	- körperliche und zeitliche Entlastung sowie Ressourcenschonung von beruflich Pflegenden bei der Versorgung immobiler schwer- und schwerstpflegebedürftiger Menschen
ROBINA	Pflegewerk Berlin GmbH	04/2017 06/2020	- Entwicklung robotergestützter individueller und ressourcenorientierter Palliativ- und Intensivdienste - Entwicklung eines Leichtbaurobotiksystems, das Pflegebedürftige mit eingeschränkten Fähigkeiten des täglichen Lebens unterstützen und so informell und beruflich Pflegenden entlasten sollte
DIGIKOMP-AMBU-LANT	MA&T Sell GmbH	[&] Partner 07/2019 06/2022	- Entwicklung spezieller Sensorik für das ambulante Versorgungssetting - Erfassung und Übermittlung verschiedener Daten von Pflegebedürftigen (z. B. Vitalparameter, Bewegungsdaten) an Pflegekräfte
Modellprojekte im Freistaat Sachsen			
Health.Connect	-	-	- Schaffung einer Plattform für die intersektorale IT-Vernetzung in der Gesundheitsversorgung - Entwicklung und Erprobung einer plattformorientierten Datendrehscheibe und den dafür notwendigen Schnittstellen für die Verknüpfung von Daten
PFLEX SACHSEN	ATB Arbeit Technik Bildung GmbH	Bil- 01/2020 12/2022	- Pflegenden ambulanter Pflegeeinrichtungen arbeiten an passgenauen Lösungen für ihr Unternehmen und experimentieren mit neuen Technologien - Unterstützung und Begleitung bei betrieblichen Gestaltungs- und Arbeitsprozessen - Aufbau eines Netzwerks von Unternehmen der Pflegewirtschaft
CARE4ALL	HTW Dresden	08/2019 04/2022	- Entwicklung einer Software für eine Roboterplattform für den Einsatz in der Versorgung demenziell erkrankter Personen
ISRADA	HTW Dresden	09/2018 08/2021	- Erforschung der Integration von Servicerobotik in die Arbeitsorganisation komplexer sozialer Dienstleistungen am Beispiel der stationären Altenpflege

Quelle: IGES

Bundesweite Modellprojekte

Das durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt **AdaMekoR** (adaptives Mehrkomponenten-Robotersystem für die Pflege) hat das Ziel, Pflegenden zu entlasten. Da Rückenschmerzen bei der Betreuung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen eine häufige Folgeerscheinung der Belastung von Muskeln und Skelett sind, will das Projekt beruflich Pflegenden wie pflegebedürftige Menschen im Alltag bei körperlich belastenden Tätigkeiten am und im Pflegebett unterstützen. Fehlzeiten und Berufsunfähigkeiten aufgrund muskuloskelettaler Erkrankungen sollen minimiert werden.

Folgende Inhalte sind Teil des Projektes:

- Entwicklung von Sensorikkomponenten zur situationsabhängigen Anpassung von Arbeitsplätzen (z. B. Sturzerkennungsmatten in Bewohnerzimmern) bzw. –mitteln, z. B. der Bettposition
- Testung verschiedener Halte- und Stützfunktionen des Roboterarms im Pflegelabor, z. B. für den Bett-Rollstuhl-Transfer oder das Anreichen von Objekten
- Kontinuierliche Überwachung der Körperhaltung der Pflegekräfte während körperlich belastenden Tätigkeiten, wie z. B. Mobilisation oder Transfer der Pflegeempfänger, um bei ungünstigen Belastungen Hinweise zur Optimierung zu geben (Bundesministerium für Bildung und Forschung, o. J.a)

Abbildung 6: Ziele und Vorgehen im Projekt AdaMeKoR



Quelle: IGES, in Anlehnung an Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., 2022

Die Motivation des BMBF-geförderten Projektes **RoMi** (Roboterunterstützung bei Routineaufgaben zur Stärkung des Miteinanders in Pflegeeinrichtungen) begründet sich im demographischen Wandel und dem damit verbundenen ungünstigen Verhältnis von beruflich Pflegenden zu Pflegebedürftigen. Davon ausgehend untersucht RoMi Entlastungsmöglichkeiten von Pflegekräften und Unterstützungspotentialen für Pflegebedürftige durch den Einsatz von Robotern. Ziel des Projekts ist die Qualifizierung des Serviceroboters workerbot 6TM für pflegerische Aufgaben. Untersucht werden Arbeitsprozesse im Pflegealltag unter Einbeziehung von Pflegepersonal und pflegebedürftigen Menschen (z. B. der Robotereinsatz als Unterstützung bei Hol- und Bringdiensten). Weitere forschungsrelevante Aspekte stellen vertrauensbildende Merkmale des Roboters, Anforderungen an den Datenschutz, Verbesserung der Kommunikation

und der Interaktion (Sprache, Mimik, Gestik, Übergabe von Gegenständen) zwischen Roboter und Mensch sowie die Benutzerfreundlichkeit dar (Remmers, 2020).

Ziel von **PfleKoRo** (Pflege erleichtern durch kooperierende Robotik) ist die körperliche und zeitliche Entlastung von beruflich Pflegenden bei der Versorgung immobiler schwer- und schwerstpflegebedürftiger Menschen. Perspektivisch soll durch die Unterstützung bei der Pflege mehr Freiraum für „gute Pflege“ entstehen. Auch eine Schonung der körperlichen Ressourcen der Pflegenden durch die Übernahme von körperlich belastenden Halte- und Umlagerungsarbeiten wird im Projekt fokussiert. Die technische Unterstützung soll dabei bedarfsgerecht und störungsfrei in die Pflegehandlungen integriert werden. Dies soll durch einen iterativen Entwicklungsprozess, an dem Pflegenden, Pflegebedürftige und Entwicklerinnen und Entwickler beteiligt sind, ermöglicht werden. Das Modellprojekt wird vom BMBF gefördert. (Bundesministerium für Bildung und Forschung, o. J.b)

Im Mittelpunkt des Projekts **ROBINA** stand die Krankheit Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) und die damit verbundene steigende Abhängigkeit von einer umfassenden und kombinierten Grund- und Behandlungspflege sowie benötigter Assistenz. Um beruflich Pflegenden aber auch pflegende Angehörige dabei physisch und psychisch zu entlasten und gleichzeitig die Patientenautonomie zu steigern, sollten im Projekt ROBINA robotergestützte individuelle und ressourcen-orientierte Palliativ- und Intensivdienste entwickelt werden. Hierfür wurde ein Leichtbaurobotiksystem entwickelt, welches modularisiert eingeschränkte Fähigkeiten des täglichen Lebens unterstützen sollte. Handlungen am Körper der Pflegebedürftigen, die mit Scham und Intimität besetzt sein können, sollten von der Robotik übernommen werden. Durch multimodale Bedienmöglichkeiten sollte ROBINA auch noch bei schweren Lähmungen und Sprachverlust einsatzfähig sein. Das Projekt wurde durch das BMBF gefördert. (Bundesministerium für Bildung und Forschung, o. J.c)

Vor dem Hintergrund stetiger Entwicklung pflegeunterstützender Technologien bei gleichzeitiger Schwierigkeit, die tatsächlichen Bedarfe von Pflegekräften zu adressieren, verfolgt **DIGIKOMP-AMBULANT** das Ziel, eine neue Sensorik für das ambulante Setting zu entwickeln. Dabei sollen Daten der Pflegebedürftigen, wie z. B. Vitaldaten oder Bewegungsdaten, erfasst werden und durch eine neue Vernetzungssoftware den Pflegekräften trotz räumlicher Distanz zur Verfügung gestellt werden. Hierdurch könnten die Pflegekräfte besser vorbereitet ihren Einsatz durchführen und stehen gleichzeitig im Kontakt mit allen Beteiligten. Für die Pflegekräfte könnten sich dadurch neue zeitliche Potentiale in der Pflege ergeben. Dieses Forschungs- und Entwicklungsprojekt wird im Rahmen des Programms „Zukunft der Arbeit“ vom BMBF und dem Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert und vom Projektträger Karlsruhe betreut (MA&T Sell & Partner GmbH, 2019).

Modellprojekte im Freistaat Sachsen

Ziel des Forschungsprojekts **Health.Connect** ist die Schaffung einer Plattform für die intersektorale IT-Vernetzung in der Gesundheitsversorgung. Gefördert wird das Projekt im Rahmen der Richtlinie eHealthSax der Sächsischen Staatsregierung. Das Projekt befasst sich mit einer digitalen Unterstützung der Versorgungsprozesse sowie der Entwicklung und Erprobung einer plattformorientierten Datendrehscheibe und den dafür notwendigen Schnittstellen für die Verknüpfung von Daten. Etablierte Lösungen wie die TI und das KV-SafeNet (sicheres Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen für den Datenaustausch mit Leistungserbringern) sollen für die Kommunikation zwischen Plattform und Akteuren genutzt werden. Health.Connect soll in der Lage sein, sowohl Verbindungen im Rahmen der Telematik-Infrastruktur aufzubauen als auch sichere Verbindungen zu Akteuren, die (noch) nicht an die Telematik-Infrastruktur angebunden sind (z. B. vollstationäre Pflegeeinrichtungen und medizinische Dienstleister). Per-

spektivisch können so Informationen (z. B. Medikationen, Medikationsänderungen und Behandlungspläne, Vorbefunde, Bilder) automatisiert zwischen Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzten und Pflegeeinrichtungen ausgetauscht sowie schnell und sicher auf digitalem Wege übertragen werden (evermind GmbH, 2021; Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2019).

PFLEX, Pflege Experimentierräume, setzt bei pflegerischen Versorgungsschwierigkeiten aufgrund des demographischen Wandels und den hohen Arbeitsanforderungen und -belastungen von Pflegekräften an. Zur Bewältigung der Problemlagen fokussiert das Projekt einen ganzheitlichen Ansatz und begleitet bis zu 10 ambulante Pflegeeinrichtungen bei der Bearbeitung und Bewältigung aktueller Herausforderungen. Im Mittelpunkt des Vorhabens stehen Lern- und Experimentierräume, in denen die Beschäftigten im Team an passgenauen Lösungen für ihr Unternehmen arbeiten, mit neuen Technologien experimentieren sowie Unterstützung und Begleitung bei betrieblichen Gestaltungs- und Arbeitsprozessen erhalten. In einem Wissenspool stehen Informationen zu pflegespezifischen und arbeitsorganisatorischen Themen frei zugänglich zur Verfügung. Das Projekt soll außerdem durch den Aufbau eines weitreichenden Netzwerks zur Kontaktknüpfung von Unternehmen der Pflegewirtschaft führen. Das Projekt wird mitfinanziert mit Steuermitteln auf Grundlage des vom Sächsischen Landtag beschlossenen Haushaltes (ATB Arbeit, Technik und Bildung gGmbH, 2020).

Bei **CARE4ALL** handelte es sich um die Weiterführung des erarbeiteten Konzepts, welches im Rahmen des Care4All-Initial Projektes 2019 zum Einsatz von Robotern in der Pflege von Demenzkranken entstand. Im Vorgängerprojekt konnte gezeigt werden, dass eine Unterstützungsfunktion von Behandlungen und Therapien mittels Robotern realisiert werden kann und Aufgaben in der MAKS®-Therapie teilweise durch Roboter übernommen werden können. Bei MAKS® (motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, sozial) handelt es sich um eine nicht-medikamentöse Mehrkomponententherapie, die sich an Personen mit kognitiven Einschränkungen richtet. Bestandteil sind eine motorische, kognitive und alltagspraktische Förderung sowie eine soziale Einstimmung in fester Reihenfolge in einer Gruppe.

CARE4ALL widmete sich zwei Bereichen, in denen Software entstehen sollte, die am Ende des Projektes in die Roboterplattform einfließt:

- Überwachungsfunktion: Im Vorgängerprojekt ist ein Prototyp für die Nachtwache entstanden, welcher bis zum Abschluss des weiterführenden Projekts befähigt werden soll, pflegebedürftige Personen mit Hinlauftendenzen oder Verletzungsrisiko in der Nacht autonom zu beaufsichtigen. Zusammen mit beruflich Pflegenden sollten die kognitiv beeinträchtigten Menschen sicher wieder in ihr Zimmer begleitet und das Verletzungsrisiko minimiert werden können (Verhinderung von Stürzen).
- Behandlungs- und Therapiefunktion: Zum einen soll eine therapeutenunabhängigere Steuerung entstehen, um die Konzentration vermehrt auf die Gruppe lenken zu können. Zum anderen waren weitere Ausbaustufen und Konzepte für erweiterte therapeutische Anwendungen und die Untersuchung von Szenarien für den Einsatz der Software außerhalb des therapeutischen Ansatzes Teil des Projekts.

Das Modellprojekt wurde mit Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) gefördert (Hochschule für Technik und Wirtschaft Dresden, o. J.a, o. J.b).

Bei **ISRADA** (Integration von Servicerobotik in die Arbeitsorganisation komplexer sozialer Dienstleistungen), das über den ESF gefördert wurde, handelte es sich um eine Nachwuchsforscherguppe, die die Integration von Servicerobotik in die Arbeitsorganisation komplexer sozialer Dienstleistungen am Beispiel der stationären Altenpflege erforschte. Das Projekt verfolgte die Ziele:

- explorative Analyse der Implementierungsbedingungen des unmittelbaren Arbeitskontextes in der Pflegeeinrichtung, Entwicklung und Pilotierung eines Beteiligungsinstrumentes für zur partizipativen Arbeitsplatzgestaltung für Mitarbeitende bei Servicerobotik-Einsatz,
- explorative Analyse der Implementierungsbedingungen des mittelbaren Arbeitskontextes über Interviews mit strategischen Planern/Entscheidern in der Altenpflege, Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretungen und Verbänden sowie Ableitung eines Bedingungsmodells für den erfolgreichen Robotik-Einsatz in komplexen sozialen Dienstleistungskontexten,
- Entwicklung innovativer Dialogmodelle in der Intelligente Intuitive Mensch-Maschine/Roboter-Interaktion (insbesondere Optimierung des Wechselspiels zwischen technischem Assistenzsystem, Pflegebedürftigen, beruflich Pflegenden und Therapeutinnen und Therapeuten (weiterhin multimodale Erfassung der Intentionen der Beteiligten und adäquate Repräsentation in einem Modell) sowie
- Technische Implementierungsforschung unter Berücksichtigung aller Stakeholder (Usability Engineering) (Haubold et al., o. J.; Hochschule für Technik und Wirtschaft Dresden, o. J.c).

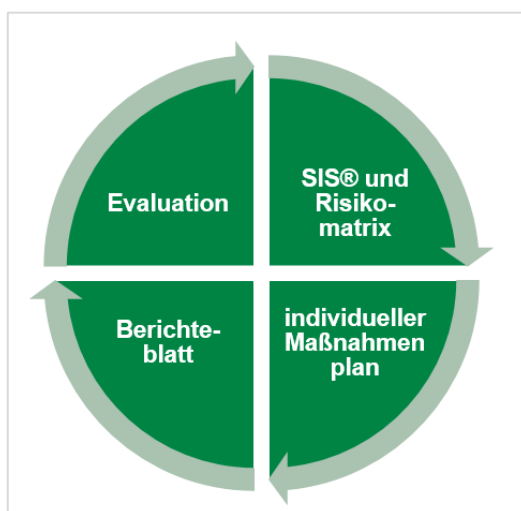
3.2 Das Strukturmodell und seine Anwendung im Freistaat Sachsen

2015 erfolgte die bundesweite Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, nachdem seit 2013 umfangreiche Erprobungen in der Praxis stattgefunden haben. Bei dem Strukturmodell handelt es sich um ein neues Konzept zur Pflegedokumentation für ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen, das den täglichen Dokumentationsaufwand für Pflegekräfte und -einrichtungen reduzieren sollte. Nicht zuletzt sollte dadurch auch die Motivation der Pflegekräfte gesteigert und mehr Zeit für die direkte Pflege und Betreuung gewonnen werden. (BMG, 2022)

Das zugrundeliegende Konzept des Strukturmodells ist wissenschaftlich basiert erarbeitet worden. Die Pflegedokumentation richtet sich nach einem vierphasigen Pflegeprozess und umfasst die Elemente:

- die Strukturierte Informationssammlung (SIS®) und Risikomatrix,
- den individuell zu erstellenden Maßnahmenplan,
- das Berichtblatt sowie
- die Evaluation (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Die Elemente des Strukturmodells



Quelle: IGES

Die Pflegedokumentation kann mit weiteren Dokumenten zur Behandlungspflege und Protokollen ergänzt werden (z. B. Lagerungsprotokoll, Trinkprotokoll) (Beikirch et al., 2017, 3 ff.).

In den Themenfeldern der SIS® erfassen die Pflegefachkräfte im Gespräch mit der pflegebedürftigen Person ihre Ersteinschätzung sowie die individuellen Wünsche der pflegebedürftigen Person und bewerten die pflegerelevanten Risiken. Die fachliche Beurteilung durch die Pflegekräfte erfolgt anhand von fünf (für den stationären) bzw. sechs Themenfeldern (für den ambulanten Bereich), die Bezug auf das seit 2017 geltende Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nehmen. Auf den Ergebnissen der SIS® basierend erfolgt im Anschluss die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans. Im Berichteblatt werden durch Pflegekräfte und alle weiteren am Versorgungs- und Betreuungsprozess beteiligten Personen Eintragungen zu aktuellen Ereignissen vorgenommen. Dokumentiert werden dabei nur die Abweichungen vom Maßnahmenplan. Das zuvor praktizierte Dokumentieren redundanter Informationen und die standardmäßige Erfassung (Kürzeln) erbrachter Einzelleistungen entfällt somit. Für jede pflegebedürftige Person werden individuelle Evaluationsdaten festgelegt. In die Evaluation fließen die Erkenntnisse aus der SIS®, dem Maßnahmenplan und dem Berichteblatt ein. Das Strukturmodell spiegelt damit deutlich den Kerngedanken einer personenzentrierten Pflege wieder (Beikirch et al., 2017, 13 f.).

Die Umstellung der Pflegedokumentation auf das Strukturmodell bedeutet eine umfassende Neuausrichtung der bisherigen Dokumentationspraxis. Der Prozess muss aktiv durch die Einrichtungsleitungen begleitet werden. Bis dahin vorhandene Verfahrensanweisungen und das Qualitätshandbuch müssen schrittweise überarbeitet und angepasst werden. Mit Unterstützung des damaligen Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, wurden mehr als 800 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Trägerverbände und Prüfinstanzen ausgebildet, die eine qualifizierte Schulung und Begleitung von Pflegeeinrichtungen zum Umgang mit der Dokumentation nach dem Strukturmodell durchführten (BMG, 2022) und teilweise bis heute durchführen.

Im nachfolgenden Kapitel werden Erkenntnisse aus der Literatur zum Stand der Anwendung und Erfahrungen von Pflegeeinrichtungen mit dem Strukturmodell dargelegt. In Kapitel 3.2.2 werden die Erkenntnisse aus den Sondierungsinterviews mit Expertinnen und Experten zum Strukturmodell im Freistaat Sachsen geschildert.

3.2.1 Stand der Anwendung des Strukturmodells und Erfahrungen aus dem Umstellungsprozess

Im Oktober 2017 waren bei EinSTEP bundesweit 11.685 Einrichtungen registriert, die das Strukturmodell anwandten – das waren 41 % aller Pflegeeinrichtungen (2017). Im Freistaat Sachsen waren es im Dezember 2017 rund 45 Prozent der Einrichtungen (Sächsischer Landtag, 2020).

Einer nicht repräsentativen Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) vom September 2020 zufolge, setzten 82 % der 1.202 teilnehmenden, verbandszugehörigen Pflegeeinrichtungen das Strukturmodell um. Damit sei im Vergleich zu 2017 (39 % der freigemeinnützigen Einrichtungen) von einem erheblichen Zuwachs auszugehen (Drößler & Tran, 2020). Eine Auswertung auf Ebene der Bundesländer wurde nicht veröffentlicht, sodass speziell für den Freistaat Sachsen keine näheren Erkenntnisse aus dieser Umfrage vorliegen.

Zwischen November 2021 und Januar 2022 befragte die BAGFW bundesweit vollstationäre Pflegeeinrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege zu ihren Erfahrungen mit der Umsetzung der neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien (seit November 2019 in Kraft). Es konnten 308 Fragebögen

ausgewertet werden, was einem Anteil von etwa 5 % der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege entspricht. In der nicht repräsentativen Befragung wurden die Einrichtungen in diesem Zusammenhang auch zum Strukturmodell befragt (Drößler, 2022, S. 7).

Knapp 84 % (n = 242) von 289¹ befragten Einrichtungen gaben an, nach dem Strukturmodell zu dokumentieren. Dieser Anteil ist nahezu identisch mit der vorangegangenen Abfrage der BAGFW aus dem Jahr 2020. 40 % (n = 238) gaben an, dass es in den Qualitätsprüfungen zwischen Prüfenden und Mitarbeitenden der geprüften Pflegeeinrichtung strittige Punkte zur Dokumentation nach dem Strukturmodell gegeben habe. Wird nur die Verteilung im Bereich der durch den MD geprüften Einrichtungen betrachtet (n = 202), erhöhte sich dieser Anteil auf 56 %. Die Einrichtungen berichteten in diesem Zusammenhang auch von Auswirkungen auf die Bewertung (Drößler, 2022, S. 22). Eruiert wurde, dass stets ähnliche Themen Diskussionen zwischen Prüfenden und Pflegefachkräften hervorrufen würden:

- der Detaillierungsgrad der Maßnahmenplanung,
- die Aktualität der SIS[®] und
- das Befüllen der Risikomatrix.

Einige Einrichtungen sahen die Prinzipien des Strukturmodells durch diese Anforderungen der Prüfenden konterkariert (Drößler, 2022, 23 ff.). Daraus schlussfolgernd empfiehlt die BAGFW u. a. Updateschulungen für alle Beteiligten zum Konzept des Strukturmodells und seinen Prinzipien im Kontext von Dokumentation sowie insbesondere zu den Themen Aktualisierung der SIS[®] und Maßnahmenplanung (Drößler, 2022, 31 f.).

Im Jahr 2017, zwei Jahre nach Einführung des Strukturmodells, evaluierten Wolf-Osternmann et al. die damit verbundene Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Nachfolgend werden fördernde sowie hemmende Faktoren der Einführung des Strukturmodells berichtet:

Tabelle 5: Relevanteste Förderfaktoren und Barrieren der Einführung des Strukturmodells

Bereich	Relevanteste Förderfaktoren	Relevanteste Barrieren
Praktikabilität des Strukturmodells	einfachere, schnellere Dokumentation und weniger Dokumentationsumfang/-aufwand	Reduktion auf wesentliche Inhalte gelingt nicht immer (beispielsweise werden nach wie vor Probleme und Ressourcen in der Maßnahmenplanung abgebildet und die Dokumentation wird weiterhin sehr umfangreich geführt)
	Übersichtlichkeit der Dokumentation durch kurze und knappe Formulierungen	Externe, an der Versorgung Beteiligte, z. B. zur Wundpflege oder Ernährungsberatung, werden, obwohl so angedacht, nicht in die Dokumentation einbezogen. Z. T. weil es für Externe keinen Zugang zur EDV-(elektronische Datenverarbeitung)gestützten Dokumentation gibt.
	fachliche Kompetenz bei Anwendung des Strukturmodells mehr abgefragt/gefördert als nach dem alten Dokumentationssystem <ul style="list-style-type: none"> • reduzierter Dokumentationsaufwand und reduzierte Anzahl von Formblättern • reduzierter Umfang des Pflegeberichts 	

¹ Innerhalb der Untersuchung variiert die Anzahl der Einrichtungen (n) je nach Frage (unterschiedliche Teilstichproben). Daher liegen für die Studie teils unterschiedliche Angaben zur Zahl der Einrichtungen vor.

Bereich	Relevanteste Förderfaktoren	Relevanteste Barrieren
Umstellung auf das Strukturmodell	<p>Bereitstellung eines angemessenen langen Zeitraums für die richtige Umsetzung und Anwendung des Strukturmodells</p> <p>Pflegediensten fällt Umstellung leichter, da sich die Maßnahmenplanung bereits an Leistungskomplexen orientiert und somit auf das Wesentliche reduziert wird</p> <p>für eine gelingende Umsetzung von Bedeutung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalsituation • Pflegefachlichkeit <p>adäquate Begleitung durch Multiplikatoren</p>	<p>notwendige Schaffung zusätzlicher Ressourcen für das Qualitätsmanagement der Dokumentation (z. B. für die Überarbeitung)</p> <p>zeitgleiche Umstellung auf eine EDV-basierte Dokumentation</p> <p>Zeitaufwand zur Umstellung der alten auf die neue Dokumentation</p> <p>Zeitaufwand zur Bereitstellung personeller Ressourcen für die Umsetzung der Umstellung</p>
Personzentrierung im Strukturmodell	<p>Individualität und Selbstversorgung der pflegebedürftigen Person steht im Vordergrund</p> <p>individuelle Abbildung der Person in der Dokumentation und dadurch gute Wiedererkennung</p>	-
Schulung zum Strukturmodell	<p>gemeinsamer Austausch mit Fachleuten</p> <p>Schulungsunterlagen als Unterstützung zur Erlangung des notwendigen Fachwissens</p>	<p>Schulung zu theoretisch, Fehlen von Praxisbeispielen</p> <p>Zeitpunkt zwischen der Schulung und der tatsächlichen Anwendung des Strukturmodells zu groß, dadurch geraten Schulungsinhalte schnell in Vergessenheit und man verfällt in seine vorherige Dokumentationsroutine</p> <p>Hoher zeitlicher Aufwand für die Schulungen der Fachkräfte</p> <p>Mangelhafte Schulung zu Risikoerfassung und Verknüpfung mit den Themenfeldern/Umgang mit der Risikomatrix</p> <p>Bedarf zur Nachschulung hinsichtlich der multidisziplinären Nutzung der Pflegedokumentation, da die Einbindung aller Beteiligten noch nicht gelingt</p> <p>Schulungsbedarf für die Fachkräfte der sozialen Betreuung, da die Kommunikation nur in wenigen Ausnahmen gelingt</p> <p>Zu wenig Zeit für die Schulungen</p> <p>Zu wenig Unterstützung durch Einrichtungsträger</p> <p>Nicht alle Mitarbeitende geschult</p> <p>Fehlende Nachbetreuung nach der Schulung zur Implementierung des Strukturmodells</p>

Bereich	Relevanteste Förderfaktoren	Relevanteste Barrieren
Kosten für die Umstellung auf das Strukturmodell	Ersparnis durch weniger Dokumentationsblätter	<p>Finanzieller Aufwand für die Umstellung (Beschaffungs- und Personalkosten)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegeheime: Ø 6.672 € • Pflegedienste: Ø 4.757 € <p>Einstellung von Fachkräften als Qualitätsmanagementbeauftragte oder für die Qualitätssicherung</p>
Rechtssicherheit des Strukturmodells	<p>hohes Vertrauen in das neue Dokumentationssystem</p> <p>keine Befürchtungen zur Rechtssicherheit bei den Fachkräften</p>	Unsicherheiten und Rückversicherungen durch Pflegefachkräfte in der Qualitätsprüfung zum Umfang der Dokumentation
Qualitätsmanagement im Strukturmodell	-	<p>fehlende klare Vorgaben zur Bewertung der Risiken und zur Evaluation</p> <p>Einrichtungen fühlen sich allein gelassen mit der Erstellung von Verfahrensanleitungen</p> <p>Schaffung zusätzlicher Ressourcen notwendig für das Qualitätsmanagement der Dokumentation (z. B. für die gemeinsame Überarbeitung der Dokumentation mit verschiedenen Berufsgruppen) für eine gemeinsame Entscheidungsfindung, welche Formulare in die neue Dokumentation einbezogen werden</p>
Qualitätsprüfung durch MD	<p>hohe Qualität der Pflegedokumentation</p> <p>effizientere Arbeit für MD</p> <p>Kompatibilität mit den Prüfvorschriften auf Bundesebene</p> <p>Zeitvorteil für die Begutachtung (adäquate Anwendung des Strukturmodells sichert die Beantwortung aller Prüffragen)</p>	<p>Suche nach benötigten Informationen in Doku für die Qualitätsprüfung zeitaufwändiger je nach Software</p> <p>Kontinuität der pflegerischen Versorgung kann nicht mehr geprüft werden – wird nun anhand des Handzeichen-Nachweises und Dienstplan geprüft – begrenzte Aussagekraft der Dienstpläne</p> <p>Umgang mit landesspezifischen Anforderungen (z. B. Rahmenprüfkatalog in Nordrhein-Westfalen), die spezielle Dokumentationsinhalte fordern, werden im Strukturmodell nicht mehr oder in anderer Weise erfasst</p> <p>kein bundeseinheitliches Dokumentationssystem</p> <p>fehlende/unzureichende biografische Angaben, fehlende/unzureichende Aussagen zu individuellen Besonderheiten/pflegerischen Problemen und Ressourcen und Mitwirkungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen</p>

Bereich	Relevanteste Förderfaktoren	Relevanteste Barrieren
Dokumentation im Strukturmodell (SIS® - Aufnahmedokumentation und Maßnahmenplan)	<p>SIS® kann ins Erstgespräch zur direkten Informationssammlung mitgenommen werden</p> <p>Bedarfe, Wünsche und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person gut erfassbar</p> <p>Zufriedenheit bei Pflegebedürftigen und Angehörigen mit dem Erstgespräch (auch aufgrund fehlender Erwartungen)</p> <p>Wegfall von Zielformulierungen</p> <p>Maßnahmenplanung nach Themenfeldern fällt leichter</p> <p>einfache Anpassung von Situationsveränderungen</p> <p>Wegfall täglicher Einzelleistungsnachweise sowie das tägliche Abhaken erfolgter Maßnahmen</p> <p>Wegfall einer aufwändigen Pflegeplanung und Evaluation</p> <p>Wegfall diverser (Risiko-)Assessments</p>	<p>Schwierigkeiten bei der Erstellung der SIS®</p> <p>wird häufig allein, ohne Angehörige oder Pflegebedürftige ausgefüllt</p> <p>gemeinsame Erstellung der SIS® von Betreuungsfachkräften und Pflegefachkräften in der Praxis zum Teil nicht umsetzbar, da im Verhältnis nur wenige Betreuungsfachkräfte</p> <p>Durchführung von defizit- und maßnahmenorientierten Erstgesprächen (Situation jetzt unbekannt)</p> <p>Pflegebedürftige nehmen Maßnahmenplan nicht als Basis des Vertrags mit der Einrichtung wahr</p> <p>zu allgemeine Formulierung der Themenfelder</p>
Kommunikation im Strukturmodell	<p>verbesserte Kommunikation im Team (sowohl inter- als auch intradisziplinär)</p> <p>erleichterter Informationsaustausch im Pflereteam, insbesondere nach längerer Abwesenheit einer Mitarbeitenden oder bei der Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen</p> <p>Einführung von Fall- und Teambesprechungen (zumeist einmal pro Woche)</p>	-
Auswirkungen auf Motivation, Zufriedenheit und Arbeitsbelastung der Pflegefachkräfte	<p>Steigerung der Zufriedenheit und Motivation der Pflegefachkräfte</p> <p>Förderung der Pflegefachlichkeit</p> <p>Abnahme der Arbeitsbelastung/keine Veränderung in der Arbeitsbelastung</p> <p>höhere Wertschätzung des Pflegeberichts</p> <p>gute Akzeptanz bei den Pflegefachkräften, da die pflegefachliche Sicht gefördert wird</p>	<p>gesteigertes Belastungserleben für Personen mit besonderen Aufgaben (Dokumentationsbeauftragte) oder in Leitungspositionen für die Umstellungsphase sowie die nun aufwändiger zu planenden Erstgespräche</p> <p>fehlende pflegefachliche Kompetenz wirkt sich negativ auf die Qualität der Dokumentation aus</p> <p>Dokumentation lässt zu viel Interpretationsspielraum offen</p>

Bereich	Relevanteste Förderfaktoren	Relevanteste Barrieren
Einbindung des Strukturmodells in die Curricula der Pflegeausbildung	-	Auszubildende werden unzureichend auf das Strukturmodell vorbereitet Auszubildende werden mit dem alten Dokumentationssystem geprüft

Quelle: IGES, auf Basis von Wolf-Ostermann et al., 2017, 83 ff.

Eine weitere Erkenntnis der Studie war, dass durch die Anwendung des Strukturmodells zwischen 30 % und 60 % der früheren täglichen Dokumentationszeit eingespart werden.

Im Zeitraum Oktober 2018 bis Juni 2019 untersuchten Larjow & Lingner den betrieblichen Dokumentationsaufwand in Pflegeeinrichtungen vergleichend für verschiedene Pflegedokumentationssysteme (Larjow & Lingner, 2021). Im Ergebnis ließ sich feststellen, dass Einrichtungen, die das Strukturmodell nutzen, ca. 70 % Zeiteinsparung gegenüber der vorherigen Praxis bei der täglichen Dokumentation realisierten. Für die Neuaufnahme einer pflegebedürftigen Person verzeichneten Anwender des Strukturmodells den niedrigsten Dokumentationsaufwand von ca. 90 Euro pro Fall, während dieser bei anderen Dokumentationssystemen bei 130 Euro pro Fall lag (Larjow & Lingner, 2021). Es zeigte sich allerdings auch, dass der Teilprozess Evaluation bei Anwendung anderer Dokumentationssysteme weniger Zeit in Anspruch nahm als bei Nutzung des Strukturmodells (Larjow & Lingner, 2021).

Bei Bewertung der Ergebnisse ist der Befund zu berücksichtigen, dass der Schulungsbedarf bei Einführung des Strukturmodells in den Einrichtungen offenbar bis dato nicht in allen Pflegeeinrichtungen adäquat abgedeckt wurde – in der untersuchten Stichprobe (n = 183 Pflegekräfte) lag der Median der Schulungszeit zur Umstellung auf das Strukturmodell bei einem halben Tag (Larjow & Lingner, 2021). Nach Einschätzung von Wolf-Ostermann et al. 2017 sollte einführend mindestens eine ganztägige Schulung erfolgen. Das Lenkungsgremium des Projektes zur Einführung des Strukturmodells hatte 2015 u. a. folgende Mindestanforderungen festgelegt:

„Schulungsmaßnahmen für Pflegeeinrichtungen zur Vorbereitung, Unterstützung und Begleitung der Einführung des Strukturmodells sollten im Regelfall

- eine Einführungsphase im Umfang von 16 Stunden sowie
- eine Begleitung der Umsetzung in den Pflegeeinrichtungen durch drei jeweils 4-stündige Reflexionstermine umfassen.“ (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V., o. J.).

In ihrer Schlussfolgerung hoben Larjow & Lingner hervor, dass das Entbürokratisierungspotential des Strukturmodells keinesfalls nur auf den Wegfall des zeitaufwändigen Ausfüllens von Formularen zurückzuführen sei. Vielmehr trägt der personenzentrierte Ansatz, der konsequent im Strukturmodell verfolgt wird, maßgeblich zu Zeit- und Kosteneinsparungen bei – z. B. durch Verringerung der Notwendigkeit häufiger Absprachen (sowohl einrichtungsintern als auch mit externen, an der Versorgung beteiligten Akteuren) und des Ressourceneinsatzes in der Versorgung (niedrigerer Pflegeaufwand). Und nicht zuletzt trägt dies auch zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit beruflich Pflegenden bei (Larjow & Lingner, 2021). Letzteres konnten Larjow et al. in einer weiteren Untersuchung nachweisen (Larjow et al., 2022). Dafür erhoben sie sowohl quantitative Merkmale ergänzt um qualitative Einblicke von Pflegekräften, die mit dem Strukturmodell oder einem anderen Dokumentationssystem arbeiteten und verglichen diese in den drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian:

- Struktur (Arbeitsorganisation, Qualifikation,
- Prozess (Dokumentation als Unterstützung des Pflegeprozesses und der Kommunikation im Team) und
- Ergebnis (Wirkung des genutzten Dokumentationssystems auf die Zufriedenheit von beruflich Pflegenden und pflegebedürftigen Personen).

Dabei stellten Larjow et al. allgemein fest, dass unabhängig des genutzten Dokumentationssystems, Pflegekräfte grundsätzlich einen Digitalisierungswunsch hegen und gegenüber einer digitalen Pflegedokumentation aufgeschlossen sind. Zugleich äußerten die Befragten jedoch, dass die Dokumentation ihrer Ansicht nach nur als Nachweis für externe Autoritäten wie der Pflegeversicherung oder der Einrichtungsleitung nützt (Larjow et al., 2022). Weiter wurde als nachteilig u. a. ein begrenzter Zugang bei geringer technischer Ausstattung angeführt (Konflikte bei der Computer-Nutzung). Insgesamt waren Pflegekräfte mit ausschließlich digitalen Dokumentationssystemen zufriedener als mit Hybridmodellen (Larjow et al., 2022).

Pflegekräfte, die das Strukturmodell nutzten (n = 175), gaben an, dass sie nicht das Gefühl hätten, zu viel Zeit auf die Dokumentation zu verwenden. Im Vergleich fühlten sie sich bei der Dokumentation zufriedener als Befragte, die ein anderes Dokumentationsmodell nutzten. Dabei hing die Zufriedenheit signifikant mit der Dauer der Benutzung des Strukturmodells zusammen: Je länger es genutzt wurde, desto zufriedener waren die Pflegekräfte (Larjow et al., 2022). Auch erfuhr die sonst im Kollegium eher weniger populäre Dokumentationstätigkeit durch die Einführung des Strukturmodells eine Aufmerksamkeit, die sich durch Austausch und Wissensvermittlung äußern kann (Larjow et al., 2022). Dies konnte zu einer Wertschätzung der Dokumentationsarbeit führen, laut den Autoren einem der wichtigsten Faktoren für die Zufriedenheit mit einem Dokumentationssystem.

Weiter fanden Larjow et al. einen moderaten Effekt des Geschlechts auf die Zufriedenheit über die Dokumentationstätigkeit: Männliche Pflegekräfte (n = 56) hatten weniger oft das Gefühl, zu viel Zeit für die Pflegedokumentation aufzuwenden und waren mit dieser zufriedener als ihre weiblichen Kolleginnen. Auswertungen anderer Studien (vgl. Groot et al. 2020) kommen dabei zu entgegengesetzten Ergebnissen.

3.2.2 Erkenntnisse zum Strukturmodell aus den Sondierungsinterviews

Zur Vorbereitung der Online-Befragung von Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen wurden fünf Sondierungsinterviews mit Expertinnen und Experten aus dem Freistaat Sachsen geführt (siehe Kapitel 2.3.). Inhalte der Interviews waren:

- Entscheidungsprozesse im Rahmen der Einführung des Strukturmodells,
- Schulungen zum Strukturmodell,
- der Umstellungsprozess,
- Aspekte der technischen Umsetzung von Dokumentationssoftware in der Praxis sowie
- die Bedeutung des Strukturmodells in der generalistischen Pflegeausbildung.

Gründe für bzw. gegen die Einführung des Strukturmodells

In der Entscheidung zur Umstellung auf das Strukturmodell spielte die in allen Interviews beklagte „rückläufige Fachlichkeit“ in den Pflegeeinrichtungen als Motivation eine nicht unerhebliche Rolle. Diese wurde u. a. durch die frühere Dokumentationspraxis mit dem routinemäßigen Ankreuzen der täglich geleisteten Verrichtungen befördert. Ein weiterer Aspekt war der „voraussetzende Gehorsam“ des Qualitätsmanagements im Kontext von Qualitätsprüfungen, der zu ausufernder Dokumentation beigetragen hatte.

Der Einfluss von Empfehlungen anderer Pflegeeinrichtungen zur Entscheidung für oder gegen die Einführung des Strukturmodells wird als gering bewertet. In den Schulungen wird von den Anwesenden berichtet, dass die Prinzipien des Strukturmodells verstanden wurden, aber gleichzeitig wird argumentiert, warum alte Formulare noch benötigt werden. Es herrscht zum Teil wenig Vertrauen in die Fachlichkeit der eigenen Mitarbeitenden. Bis heute sind in den Qualitätszirkeln die Diskussionen zur Umsetzung im ambulanten Bereich größer als in der stationären Langzeitpflege. Auch positive Berichte von Pflegeeinrichtungen haben kaum dazu geführt, dass diejenigen, die in der ambulanten pflegerischen Versorgung auf das Strukturmodell umstellen wollten und sich zunächst damals die Umstellung nicht zugetraut haben, später nachgezogen haben.

Als das Konzept 2017 von EinSTEP am Ende der bundesweiten Implementierungsstrategie freigeschaltet wurde, stellte sich heraus, dass einige Einrichtungen des Verbandes ohne Schulung allein auf das Strukturmodell umgestellt hatten. Das führt bis heute zu Problemen, weil dadurch Varianten in der Praxis zu finden sind, die dem Kerngedanken der Entbürokratisierung nicht entsprechen.

Die Entscheidung gegen das Strukturmodell steht oft in engem Zusammenhang mit der Personalsituation: viele Überstunden, Erschöpfung der Pflegenden (bspw. aufgrund der zusätzlich umzusetzenden Corona-Schutzmaßnahmen) oder allgemeine personelle Probleme. Zu Beginn der bundesweiten Implementierungsstrategie war die Empfehlung von EinSTEP, dass es keine Parallelität mit aktuell laufenden Projekten oder anderen Veränderungs- oder Anpassungsmaßnahmen („Baustellen“) geben sollte. Finanzielle Überlegungen haben meist nicht dazu geführt, sich gegen die Einführung des Strukturmodells zu entscheiden. Dafür gab es unterschiedliche Gründe: Mitunter war die Dokumentation auf der Grundlage des Modells der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL-Modell) bereits verschlankt worden, z. B. durch Zusammenführung von AEDL-Themen oder das „Kürzeln“ wurde für mehrere Teilschritte/Schichten zusammengefasst. Die Einrichtungen sahen dann - wenn es gut lief und alle zufrieden waren - keinen Grund, ein stabiles System zu ändern. Wenn die Umstellung auf das Strukturmodell bei dieser Konstellation dann noch als belastend empfunden wurde (Personalknappheit, Corona etc.), war das sicherlich auch die richtige Entscheidung.

Es gibt Einrichtungen, die die Einführung des Strukturmodells abgebrochen haben, weil keine Klarheit darüber bestand, dass ein Projektplan benötigt wird und ein strukturierter Ablauf vonnöten ist. Einige ambulante Einrichtungen haben die Vorstellung, nur bei Neuaufnahmen umzustellen oder „haben jetzt gerade nicht die Zeit“. Die Notwendigkeit, dass es einen definierten Tag X geben muss, an dem alle Akten umgestellt sein sollten, wird häufig nicht gesehen. Der Prozess der Umstellung sollte deshalb durch verschiedene interne Maßnahmen unterstützt werden und kommt vielleicht in den Schulungen zu kurz. Dass die Umstellung auf das Strukturmodell zunächst eine zusätzliche Belastung ist, sollte deutlicher und früher in der Schulung gesagt werden, auch um die Mitarbeitenden nicht zu frustrieren, sondern darauf vorzubereiten.

Spezielle Aspekte zu strukturellen Veränderungen in der Pflege in Ostdeutschland wurden von zwei Interviewpartnerinnen hervorgehoben.

„Die systemischen und inhaltlichen Veränderungen in der Pflege seit der Wende waren enorm, auch weil viele [Pflegekräfte] aus dem Krankenhaus in die Langzeitpflege wechselten. Die neue Art der Pflegeplanung und das AEDL-Modell, die Anwendung der Expertenstandards des DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] und das befremdende System der MDK-Prüfungen, musste alles damals verarbeitet werden. Da gibt und gab es eine gewisse >>Müdigkeit<< sich nun wieder auf ein völlig neues Konzept der Pflegedokumentation einzulassen. Die Altersstruktur der Pflegenden ist in den östlichen Bundesländern recht hoch“

„Die Pflegefachkräfte haben [sich] nach der Wende [...] auf das >>Krohwinkel-Modell<< [AEDL] und viele inhaltliche und strukturelle Neuerungen in der Pflege eingelassen, kamen und kommen damit jetzt ganz gut zurecht. Sie wollen keine Veränderung mehr. Es wurde und wird die Haltung eingenommen >>... das tu' ich mir jetzt nicht mehr an<<. Gleichwohl wird über die Situation in der Pflege und ein >>zu viel<< an Dokumentation geschimpft. Ein wichtiger Punkt in den letzten zwei Jahren sind [pandemiebedingt] die knappen Personal-Ressourcen und damit der Faktor Zeit. Dieser ist sehr viel schwieriger geworden“

Es gäbe eine vermehrte Ängstlichkeit gegenüber dem MD im Kontext von Qualitätsprüfungen, insbesondere bei der Risikoeinschätzung im Strukturmodell nicht ausreichend dokumentiert zu haben, auch wenn in Netzwerktreffen oder Qualitätszirkeln von anderen Pflegeeinrichtungen dazu anderes berichtet wird. Eine Interviewpartnerin machte nicht den MD dafür verantwortlich, sondern meinte, das läge z. T. an den Pflegeeinrichtungen. Diese nähmen nach wie vor an, dass bei Nachfragen des MD zur Einschätzung von Risiken immer ein Zusatzdokument vorliegen müsste. Die Nachfrage von IGES, wie dieses Phänomen beseitigt werden könnte, blieb unbeantwortet.

Die Personalsituation ist ein wesentlicher Faktor in der Ablehnung zur Einführung des Strukturmodells. Hinzu kommt eine schnelle Verunsicherung in der Praxis im Umgang mit dem Strukturmodell, wenn weitere gesetzliche Neuerungen in der Langzeitpflege eingeführt werden, wie z. B. die Erhebung von Ergebnisindikatoren oder die veränderten Qualitätsprüfungen. Die Neuerungen durch die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) im stationären Setting und ein damit von der Praxis schnell ins Gespräch gebrachter erhöhter Dokumentationsaufwand konnten bei einem Träger insofern abgefedert werden, dass immer eine Person aus dem Leitungsbereich bei den Qualitätsprüfungen dabei ist.

Es liegen kaum Erkenntnisse zu Empfehlungen von Softwareherstellern zur Umstellung der Pflegedokumentation auf EDV vor. Relativ weit verbreitet ist bei Pflegeeinrichtungen die Vorstellung, gleichzeitig mit der Einführung des Strukturmodells die Dokumentation von Papier auf EDV umzustellen. Aber nach wie vor ist dies aus Sicht der Interviewpartnerinnen und -partner nicht ratsam. Dies betrifft vor allem die ambulante pflegerische Versorgung. Sind genügend zeitliche Ressourcen vorhanden, ist auch beides zusammen zu schaffen. Dafür ist eine gute Vorbereitung und Steuerung erforderlich. Hierbei ist es empfehlenswert, in einem ersten Schritt das Strukturmodell einzuführen und die Mitarbeitenden zu schulen sowie in einem zweiten Schritt die technische Umsetzung einzuleiten. In der stationären Langzeitversorgung beispielsweise wird fast nur noch technikgestützt dokumentiert.

Die Einschätzung aller Interviewpartnerinnen und -partner ist, dass die Einführung des Strukturmodells in der Regel eine „Top Down“-Entscheidung des Leitungspersonals (Pflegedienstleitung/Qualitätsmanagementbeauftragter oder -beauftragte) oder der Geschäftsführung ist, ohne Einbindung der Basis. Im Vordergrund stand und steht der Kerngedanke der Entbürokratisierung im Sinne von „weniger Schreibearbeit“ und eine „technokratische Lösung“, weniger die fachlich-inhaltlich geprägte Umstellung. Die Pflegenden in den Wohnbereichen werden selten in den Prozess einbezogen oder um ihre Meinung gefragt.

Schulung und Prozess der Umstellung

Der Schulungsaufwand und der Prozess der Umstellung werden unterschiedlich eingeschätzt. Es hängt davon ab, wie systematisch das Pflege- und Qualitätsmanagement auf die Umstellung des Strukturmodells vorbereitet ist. Der Umstellungs- und Schulungsaufwand wird den Teilnehmenden in der Initialschulung beim Thema „Berichteblatt im Kontext Verfahrensanweisung“ besonders deutlich und zunächst „als leicht“ empfunden. Bei der konkreten Umsetzung fällt auf, dass hierfür Übung und eine gründliche Schulung aller Beteiligten vonnöten sind und

das Qualitätsmanagement-Handbuch überarbeitet werden muss. An dieser Stelle verlieren einige Einrichtungen das Engagement zur kompletten Einführung des Strukturmodells und folglich wird dann nur die SIS[®] als initiales Assessment eingeführt. Ansonsten führen sie weiterhin alle schematischen Routinen durch, auch wenn z. B. in der Risikomatrix „nein“ angekreuzt ist.

Die Pflegeeinrichtungen nehmen sich häufig nicht die Zeit, das Schulungsmaterial von EinSTEP und insbesondere das Kapitel „Management der Umstellung“ vorher durchzulesen. Die Pflegefachkräfte würden am liebsten die Themen von der Schulungsperson, extern wie intern, „aufbereitet haben [wollen] und klar gesagt bekommen, wie und was zu tun ist“. Eigene Ideen einzubringen, Varianten des Vorgehens zuzulassen und fachliche Entscheidungen zum Vorgehen zu treffen, stoßen eher auf Befremden in den Schulungen. Die Notwendigkeit, das Qualitätsmanagement-Handbuch bei Einführung des Strukturmodells zu überarbeiten und weitere Auswirkungen auf diverse andere interne Regelungen zu berücksichtigen, wird erst im Prozess deutlich. Deshalb ist eine zentrale Steuerung und Unterstützung aus der Leitungsebene notwendig, die klare einheitliche Vorgaben zum Umstellungsprozess unter Einhaltung fachlicher Qualitätsstandards beinhaltet.

Die ambulante Pflege tut sich nach Einschätzung von zwei Interviewpartnerinnen schwerer mit der Einführung als die vollstationäre Pflege. Eine Interviewpartnerin plädiert dafür, dass die von EinSTEP geschulten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Umstellung auf das Strukturmodell nicht nur schulen, sondern sich die Umsetzung auch direkt vor Ort anschauen, um den eigenen Blick zu schärfen und nicht nur aus der Theorie heraus das Konzept des Strukturmodells vermitteln. Sie selbst habe dabei viel gelernt und vieles besser verstanden, auch im Hinblick auf das Vorgehen in ihren eigenen Schulungen. Ein persönlicher Vorteil dieser Gesprächspartnerin war, dass sie auch in der Ausbildung tätig ist und ihren Schülerinnen und Schülern vor Ort das Thema „Strukturmodell“ praxisnah anhand von vorliegenden Pflegedokumentationen vermitteln kann. Insbesondere für die Schulung des Konzepts der SIS[®] ist das aus ihrer Sicht von Vorteil.

Insgesamt wünschen sich alle Interviewten mehr Selbstbewusstsein bei den Pflegefachkräften, fachliche Positionen auch im Rahmen einer Qualitätsprüfung zu verteidigen und weniger die Argumentation des MD zu adaptieren. Dazu bedarf es allerdings eines deutlich kommunizierten Rückhalts an die Mitarbeitenden von der Leitungsebene. Das Instrument der Fallbesprechung, unter Einbeziehung von Pflegehilfskräften und anderen an der Versorgung Beteiligten, müsste mehr in den Einrichtungen geübt und genutzt werden, um alle Ansichten einzubinden und eine nachvollziehbare Maßnahmenplanung zu erstellen. Dies führt zu einem besseren Verständnis von Entscheidungen und der Arbeit im Team. In den Schulungsunterlagen sollte daher mehr die Rolle der mittleren Leitungsebene (Wohnbereichsleitung/Teamleitung etc.) thematisiert werden.

Eine gelingende Einführung des Strukturmodells ist damit verbunden, welche Botschaften und welche Wertschätzung den Pflegenden vom Pflege- und Qualitätsmanagement entgegengebracht werden: Wie ist die Atmosphäre bei den Ersts Schulungen? Wird gelobt und ermuntert, wird Zeit zum Lernen und Reflektieren im Team und auch mal „Fehler machen“ gegeben? Das Qualitätsmanagement kann in der Leitungsebene Entscheidungen treffen und deren Umsetzung anordnen, aber wenn die Mitarbeitenden nicht eingebunden werden, ist es kein „gelebter Prozess“. Günstig ist es nach wie vor, in der Einrichtung ein paar „Überzeugungstäterinnen und -täter“ zu haben, die den Prozess vorantreiben und alle motivieren.

Da die Entscheidung zur Einführung des Strukturmodells meist auf hoher Leitungsebene ohne Einbezug der Basis fällt, muss von den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Einführungsschulungen zunächst viel Motivationsarbeit geleistet werden. Am schlimmsten ist es nach Ansicht der Interviewpartnerinnen und -partner, wenn Pflegefachkräfte vom Management

als interne Multiplikatorin oder Multiplikator bestimmt werden, ohne genau zu wissen, mit welchen Zielen die Einführung des Strukturmodells verbunden ist. Es sollte immer darauf geachtet werden, dass an den Schulungen auch die Pflegehilfs- und Betreuungskräfte teilnehmen. Beides sollte in Vorbesprechungen mit der Leitungsebene thematisiert werden.

Die von EinSTEP empfohlene „Übung“ zu Beginn einer Schulung, physisch die mitgebrachte Dokumentationsmappe zu entschlacken und zwei Stapel zu bilden, „was bleiben muss und wovon man sich schon immer trennen wollte“, bereitet meist große Freude. Diejenigen, die verstanden haben, worum es bei der Entbürokratisierung und dem Konzept des Strukturmodells geht, sind dann im Ergebnis immer froh. Die andere Gruppe, meist Skeptikerinnen und Skeptiker im Kontext Qualitätsprüfung, diskutiert häufig die Dokumente auf dem abgelegten Stapel wieder „zurück“, auch wenn sie dabei auf ihre widersprüchliche Haltung und Ambivalenz angesprochen wird.

Die größte Schwierigkeit während der Schulung ist das Verständnis der Risikomatrix und das hierzu festgelegte Verfahren. Es ist mit einer guten Fachlichkeit und Selbstvertrauen in die eigene Einschätzung verbunden, die allerdings auch begründet werden muss. Das fällt schwer, trotz des später von EinSTEP hierzu extra entwickelten Workflows.

Die fachliche Umsetzung der Expertenstandards ist in diesem Zusammenhang nach wie vor ein großer Themenblock. Aus Sicht von zwei Interviewpartnerinnen und -partnern wird deutlich, dass in den aktualisierten Fassungen der Standards das Strukturmodell einbezogen wird. Dennoch wird die Gefahr eines wieder steigenden Dokumentationsaufwands im Zusammenhang mit Formulierungen und Anforderungen aus der neuen QPR in der stationären pflegerischen Versorgung im Kontext von Expertenstandards des DNQP angesprochen und bereits als Befund in der Praxis mit Sorge beobachtet. Eine Interviewpartnerin/ein Interviewpartner weist hier insbesondere auf die Standards zum Sturz, Schmerz und der Mundgesundheit hin.

Werden die Neuerungen zu den Expertenstandards für die Führungskräfte aufbereitet und ihnen vorgestellt, wird meist der Kopf geschüttelt: „Dann brauchen wir gar nicht mehr über Entbürokratisierung zu sprechen, es ist eher das Gegenteil.“ In der Folge kommt es zu Entscheidungen, dass wieder schematische Routinen und regelmäßig Assessments, Skalen etc. eingeführt werden und der Kerngedanke des Strukturmodells verwässert. Dieses Problem setzt sich eventuell beim MD fort, weil es dort ggf. für die Umsetzung des Expertenstandards eigene Interpretationen gibt. Das hat dann Auswirkungen auf die externe Qualitätsprüfung und führt zu Diskussionen oder erweiterten Anforderungen an die Pflegedokumentation. Diese Wechselwirkungen der aktuell laufenden Entwicklungen in der Praxis sehen alle Interviewpartnerinnen und -partner als ein großes Problem an. Das Entdecken von fachlichen Lücken im Team führt mitunter nicht zu dem Rückschluss, dass Fortbildungen zu bestimmten Themen durchgeführt werden, sondern zu der Reaktion, wieder mehr zu dokumentieren oder routinetauglich Assessments einzuführen.

Der Ansatz, im Feld B der SIS[®] den Originalton der pflegebedürftigen Person² wiederzugeben, bereitet Schwierigkeiten und ist immer noch ungewohnt. Dort findet sich häufig der Originalton der Pflegenden. Nach Ansicht der Interviewpartnerinnen und -partner bedarf es an dieser Stelle mehr Übung und es sollte der Zusammenhang mit dem Konzept der Personzentrierung zum besseren Verständnis hergestellt werden.

Zum Berichteblatt und notwendigen Rückschlüssen für eine Evaluation durch dortige Eintragungen gibt es immer wieder Diskussionen. Insbesondere, wenn intern nicht klar geregelt wird,

² Das Feld B der SIS[®] ermöglicht die Darstellung des ungefilterten, wörtlichen Originaltons der Pflegebedürftigen zur Einschätzung ihrer eigenen Situation.

wann die SIS[®] erneuert werden soll. Alle Interviewpartnerinnen und -partner berichteten, dass auch hierbei im Rahmen von Qualitätsprüfungen durch den MD Unsicherheiten bei den Pflegenden entstehen. Das interne Verfahren wird hinterfragt, anstatt fachlich das Vorgehen zu begründen. Nach wie vor herrscht der Eindruck vor: „Ich muss das so machen wie der MD es angesprochen hat“. Alle Interviewten betonen, dass diese Wahrnehmung von wechselseitigen Missverständnissen geprägt ist. Bei der Anwendung des Berichtsblatts wird mitunter auch nicht erkannt, dass freudige Ereignisse oder Erfolge ebenfalls eingetragen werden können. Oder es wird zu viel dokumentiert, weil es nicht „auszuhalten ist“, dass manchmal über einen längeren Zeitraum keine Veränderungen schriftlich festgehalten werden müssen. Es bedarf der Übung, dass alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten in die Dokumentation an dieser Stelle einbezogen werden sollten. Bewährt hat sich, dass die verschiedenen Berufsgruppen mit unterschiedlichen Farben ihre Einträge machen. Auch eine technische Umsetzung dieses Vorgehens ist möglich.

Angeführt wurden auch die Qualität der Schulungen zum Strukturmodell, insbesondere durch externe Beratende, sowie der Einfluss der Hersteller der Softwarebranche. In einem Interview wurde deutlich, wie wichtig es ist, dass von den Verbänden regelmäßige Qualitätszirkel angeboten werden, in denen auch fachliche Fragestellungen zur Anwendung des Strukturmodells zur Sprache kommen können und gemeinsam reflektiert werden. Nach Erfahrungen dieser Gesprächspartnerin kamen und kommen mit der Umstellung diejenigen Einrichtungen gut zurecht, die auch nach dem AEDL-Modell den Pflegeprozess fachlich verstanden und schon immer gut umgesetzt haben. Dort gelinge auch die Einführung des vierphasigen Prozesses und die Ableitung aus der SIS[®] in die Maßnahmenplanung am besten.

Zwei Varianten der Umstellung auf EDV-gestützte Dokumentation wurden in den Interviews thematisiert:

- Die Pflegeeinrichtung hat sich für das Strukturmodell entschieden und in diesem Kontext auch für einen neuen Hersteller. In diesem Fall erfolgen i. d. R. eine gründliche Recherche und eine sorgfältige Entscheidung durch die Leitungsebene, bestenfalls in einer Arbeitsgruppe.
- Die Pflegeeinrichtung will den Hersteller und die bekannte Software behalten, muss aber zur Umsetzung des Strukturmodells neue Module kaufen. Bei dieser Variante entsteht der Eindruck, dass die Einrichtungen zeitlich von den Herstellern hingehalten werden und insistieren nicht energisch genug, dass die neuen Module bereitgestellt werden. Fragen des Kostenaufwands spielen bei diesem Thema eine große Rolle.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass der Aufwand für den Prozess der Umstellung deutlicher kommuniziert und in den Schulungen mehr zum Tragen kommen sollte als bisher. Für die Umstellung auf das Strukturmodell sollte künftig auch stärker vermittelt werden, dass nun „alle Neuerungen im SGB XI“ fachlich auf der Grundlage des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ausgerichtet sind und dass hierfür das Strukturmodell eine gute Grundlage für die Ausrichtung der Pflegedokumentation und die Steuerung des Pflegeprozesses bietet. Die Hersteller der Software sollten wieder stärker in die Pflicht genommen werden, sich an das technische Anforderungsprofil von EinSTEP zu halten und stärker in die laufenden Veränderungsprozesse mit einbezogen werden. Hierfür fehlt es derzeit an einer „natürlichen Autorität“, die seinerzeit durch die zentrale Steuerung und politische Aufmerksamkeit sowie das zentral agierende Projektbüro EinSTEP gegeben war. Ein großes Problem in diesem Kontext bleiben die Anforderungen der Pflegeeinrichtungen selbst an die Hersteller im Hinblick auf eine technikgestützte Datengenerierung und die Software für die Dokumentation.

Technische Umsetzung

Zum Teil wird bei vielen Softwareherstellern die SIS® älteren Softwareversionen „vorgesaltet“ und ansonsten die alte Struktur beibehalten. Es ist sehr unterschiedlich, ob die Einrichtungen und die Hersteller das technische Anforderungsprofil für das Strukturmodell³ kennen und zur Grundlage des Gesprächs machen. Mitunter fehlt der fachliche Hintergrund zum Strukturmodell, wenn die Software entwickelt wird. Vieles könnte noch schlanker abgebildet werden als es angeboten wird. Das „technische Anforderungsprofil“ ist kaum mehr bekannt und zunehmend werden Module angeboten, die wieder vorgefertigte Texte enthalten. Aus Sicht mehrerer Interviewter ist dies eine traurige Entwicklung. Das Angebot von Textbausteinen wird als „Hilfestellung“ verkauft, weil es den Pflegefachkräften schwerfällt, frei zu formulieren. Das hat eine Wechselwirkung mit den Vorstellungen der Einrichtungen, bestimmte Schritte in der Dokumentation einfach „abzuarbeiten“. Das passt nach Ansicht der Interviewten nicht zum fachlichen Vorgehen gemäß Strukturmodell und dem personenzentrierten Ansatz, der einen Verständigungsprozess mit der pflegebedürftigen Person erfordert. Die Unsicherheit im Umgang mit freien Formulierungen, mangelnde Rechtschreibkenntnisse oder eine geringe Sprachkompetenz der Beschäftigten leisten dieser Entwicklung Vorschub. Es betrifft alle vier Elemente des Strukturmodells: Das Konzept der SIS®, die Ableitung der Maßnahmenplanung und das Berichteblatt, indirekt auch die Evaluation.

Die Softwarebranche weist in diesem Kontext darauf hin, dass man diese Funktionen (Textbausteine) abschalten kann und nicht nutzen muss. Das Angebot verführt jedoch zur Freischaltung dieser Funktion und stellt einen Kostenfaktor dar, dem sich manche Einrichtungen schwer entziehen können. Also wird diese Funktion in der Regel auch genutzt. Damit fällt die zentrale „Botschaft des Strukturmodells“, sich im Dialog mit den pflegebedürftigen Menschen zur Situation zu verständigen und die Maßnahmen gemeinsam festzulegen, fast wieder weg. Es ist nicht immer auszumachen, wo der Auslöser für Abweichungen vom Konzept oder die Nutzung von Zusatzdokumenten ist. Es wird berichtet, dass die Softwarehersteller häufig sagen, die Einrichtungen hätten die Vorgaben gemacht, während die Einrichtungen wiederum sagen: „Wir mussten das Programm so kaufen.“

Die Hersteller setzen das Strukturmodell mehrheitlich korrekt um, dennoch werden viele Zusatzfunktionen angeboten. Es fällt mitunter auf, dass die tagesstrukturierende Maßnahmenplanung aus den Themenfeldern „generiert“ wird, was bedeutet, dass die AEDL-Struktur darin eingearbeitet ist. Die Dokumentation der sozialen Betreuung wird mitunter separiert, obwohl diese Berufsgruppe ebenfalls im Strukturmodell dokumentieren sollte. Das Berichteblatt ist häufig fragmentiert und mit Unterkategorien versehen. Damit ergibt sich kein Gesamteindruck mehr und auch kein rascher Überblick zur Situation.

Insgesamt hat sich bei den Herstellern zum Thema „Strukturmodell“ vieles gebessert. Die IT-Branche hat das Konzept des Strukturmodells wegen des hohen Durchdringungsgrads in der Praxis inzwischen als festen Faktor in ihre Angebotspalette eingebaut. Dennoch werden immer wieder zusätzliche Kategorien eingeführt und als Optimierung angepriesen oder im Rahmen von Softwareschulungen eigene Interpretationen und Informationen vermittelt.

Die sachgerechte Umsetzung des Strukturmodells wird durch die nicht strukturmodell-konforme Dokumentenvorgabe des Herstellers tendenziell verhindert. Die durch das Strukturmodell ausgelösten Effekte, wie eine schlanke Pflegedokumentation, ein schneller Überblick, eine gute Orientierung und leichte Anwendung können somit nur umgesetzt werden, wenn sich die Geschäftsführung beim Einkauf der Software gut informiert und klare Vorstellungen zu Art und Umfang der Pflegedokumentation gegenüber dem Hersteller formuliert. In der Regel wird

³ Das technische Anforderungsprofil zur Umsetzung des Strukturmodells für Softwarehersteller ist in der jeweils aktuellen Version auf der EinSTEP-Website verfügbar: <https://www.ein-step.de/hersteller/anforderungsprofil/>.

durch den Softwareanbieter eine Eingangsschulung in der Anwendung des Softwareprogramms durchgeführt. Hier ist es empfehlenswert, wenn aus dem Leitungsbereich eine Person mit Kenntnissen zum Strukturmodell dabei ist.

Hilfreich sind in diesem Kontext auch die Finanzmittel zur Förderung der Digitalisierung in der Pflege. Das Förderprogramm gem. § 8 Abs. 8 SGB XI kann z. B. genutzt werden, um die IT-Infrastruktur (Tablets in der ambulanten Pflege etc.) oder die Kommunikationsstruktur mit den Angehörigen zu verbessern und zu modernisieren (weiteres zum Förderprogramm siehe Abschnitt 3.1.2 ab S. 27).

Die Verhinderung einer sachgerechten Umsetzung des Strukturmodells wird einerseits durch eine falsche oder schlechte Schulung zum Strukturmodell erzeugt, auch von Trägerorganisationen. Andererseits wird sie durch Empfehlungen oder Ereignisse in Folge von Qualitätsprüfungen ausgelöst, gepaart mit der zunehmenden Müdigkeit der Mitarbeitenden „dagegen an zu argumentieren“. „Man fühlt sich so stark kontrolliert, wie keine andere Branche und eigentlich wird dauernd suggeriert, dass man etwas falsch macht. Das frustriert“. Die Pflegedokumentation wird folglich so durchgeführt, wie es der MD vorgibt und entsprechend die Struktur der Pflegedokumentation angepasst.

Die Einrichtungen spüren Druck durch die Qualitätsprüfungen und die Prüfberichte sowie die Bescheide von den Pflegekassen, welche schwerer lesbar geworden sind. In diesem Zusammenhang wird auf die Ergebnisse der jüngsten Umfrage der BAGFW zur Thematik hingewiesen, welche diesbezügliche Entwicklungen, positiv wie negativ, bestätigt. Dies wird auch in einem Interview zum Ausdruck gebracht: „Es hat den Anschein, dass man mit der gesamten Thematik fast wieder am Ausgangspunkt der Entbürokratisierungsdebatte und ihrem Kerngedanken steht. Eigentlich ist nach sieben Jahren Erfahrung mit der Umsetzung des Strukturmodells in der Praxis eine komplette Überarbeitung des Schulungsmaterials von EinSTEP mit veränderten Schwerpunkten, insbesondere aber zur Risikoeinschätzung, erforderlich“.

Ein erneuter institutionalisierter Dialog zwischen Softwarefirmen und Praxis wird als sinnvoll erachtet, um eine Qualitätssteigerung in der Umsetzung des Strukturmodells und weiterer Branchenlösungen erreichen zu können. Dieser Aspekt ist von Bedeutung, auch angesichts der vielen Neuerungen mit Auswirkungen auf die Dokumentation. Aus Sicht der Interviewten müssten die Einrichtungen diesen Prozess anstoßen. Immerhin hat sich im Freistaat Sachsen das Strukturmodell durchgesetzt, sodass die Hersteller regelhaft in der Praxis darauf stoßen. Die Einrichtungen sind also eine starke Gruppe und müssten eine Lobby gegenüber der Softwarebranche aufbauen, da sie die bestellenden und zahlenden Kunden sind: „Ein strukturierter Dialog wäre wichtig, aber die Firmen wollen Geld verdienen und das ist ein anderer Maßstab, der da in punkto Strukturmodell angelegt wird. Es ist eine Wechselwirkung zwischen Abnehmer und Anbieter.“ Es könnte sogar sein, dass sich durch die Einführung der Qualitätsindikatoren der Blick in der stationären Pflege noch einmal in Richtung Strukturmodell verschärft hat. Wer bisher noch nach dem „alten AEDL-Modell“ dokumentiert hat, entdeckt jetzt das Strukturmodell und will nun doch umstellen, auch im Hinblick auf die Nähe zum Begutachtungsinstrument und weiterer Neuerungen im SGB XI.

Bedeutung des Strukturmodells in der Ausbildung

Zu Beginn der Implementierungsstrategie war der Dialog mit den Ausbildungsstätten sehr schwierig, auch der Austausch zwischen Praxis und Theorie. Er hat aber nach Einschätzung von zwei Gesprächspartnerinnen bzw. -partnern eine gute Entwicklung genommen. Die Praxisanleitung spielt eine wichtige Rolle in der Unterweisung der Schülerinnen und Schüler, da sie das Lernen am Praxisbeispiel ermöglicht. Berichtet wird, dass die Auszubildenden mitunter

wacher und aufmerksamer bezüglich des Strukturmodells sind und die Praxis vor Ort bei der Umsetzung des Strukturmodells bereichern können.

Auch zeigt sich eine positive Entwicklung bei einzelnen Schulträgern. Das Konzept des Strukturmodells wird in den entsprechenden Lernfeldern systematisch in Theorie und Praxis als eine Form der Dokumentation und Steuerung des Pflegeprozesses gelehrt. Auch das Lernfeld „Kommunikation“ spielt hierbei eine Rolle und Kompetenzen hierzu werden anhand der SIS[®] geübt. Dazu ist ein ständiger Dialog zwischen Praxisanleitung und der Schule erforderlich. Eine interviewte Person berichtete von regelmäßigen themenbezogenen Treffen zwischen dem Ausbildungsträger und den Praxisanleitenden, u. a. auch zum Strukturmodell, durchgeführt. Das führt dazu, dass die Praxisanleitenden aus den Kliniken einen ganz anderen Einblick in die Arbeit der Langzeitpflege erhalten.

In den Prüfungen wird jetzt die Dokumentation zur Grundlage genommen, die beim praktischen Ausbildungsträger vorhanden ist, um keinen Widerspruch zu erzeugen. Das Problem ist mitunter, dass das Landesprüfungsamt wenig Bezug zum Strukturmodell hat und nicht gleich verstanden wurde, dass die Auszubildenden auf der Grundlage des Strukturmodells schneller in der Prüfung mit der Maßnahmenplanung fertig sind als früher und keine 120 Minuten mehr brauchen. An dieser Stelle sind eine Intervention und Vermittlung der Schulleitung erforderlich.

Inzwischen ist das Strukturmodell regulär Gegenstand der Ausbildung, anfängliche Probleme sind überwunden. Die Praxisanleitenden sind in der Regel zum Strukturmodell geschult. Durch das neue Pflegeberufegesetz und die vielen Einsätze außerhalb der Langzeitpflege ist die Zusammenarbeit zwischen ihnen und den Schulen dennoch etwas schwieriger geworden. Der Dialog zwischen den Schulen und den Verbänden ist allerdings nicht besser geworden, auch weil zwei verschiedene Ministerien für die Ausbildung im Freistaat Sachsen zuständig sind.

Das Strukturmodell wird über die Gesamtheit der Schulen „fragmentarisch“ vermittelt. Es gibt Schulen, die es in ihren Lehrplan integriert haben, was dazu führt, dass die Auszubildenden mit Kenntnissen dazu in die Praxis kommen. Es gibt aber auch Schulen, da ist das Strukturmodell so gut wie kein Thema. Die Möglichkeit in unterschiedlichen Lernfeldern Bezug zum Strukturmodell herzustellen (Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person, Person-zentrierung, Pflegebedürftigkeitsbegriff etc.) wird von den meisten Schulen noch nicht gesehen. Fokussiert werden eher Themen wie Diagnostik und Formen der Dokumentation. In einem anderen Interview zeichnete sich - schulträgerabhängig - eher ein negatives Bild ab. Das Strukturmodell wird recht rudimentär, wenn überhaupt, in der Theorie behandelt. Die Einrichtungen mit den Praxisanleitenden und die Fachschulen haben häufig kein gutes Miteinander. Die neue Ausbildungsstruktur kommt erschwerend hinzu. Auszubildende müssen zum Teil in der Prüfung ihre Pflegeplanung nach dem „AEDL-Modell“ durchführen, obwohl sie in einem Haus arbeiten, das nach dem Strukturmodell dokumentiert.

Fazit zum Stand der Umsetzung des Strukturmodells

Es gibt aktuell viele Veränderungen der Rahmenbedingungen in der Pflege, die offensichtlich vermehrte Nachfrage auf allen Ebenen zur Umsetzung des Strukturmodells auslösen und nach wie vor scheint eine angemessene Schulung sowie eine hinreichende Unterstützung durch das Pflege- und Qualitätsmanagement ein sensibler Punkt einer gelingenden Einführung des Strukturmodells zu sein. Es sollte im Rahmen von Schulungen und der technischen Umsetzung, intern wie extern, eine feste Anlaufstelle geben, an die sich die Mitarbeitenden oder auch Einrichtungsleitungen bei Unsicherheiten und veränderten Rahmenbedingungen wenden können. Das gilt auch für die Angebote der Verbände auf Landesebene. Es fehlt aus Sicht aller

Interviewten eine zentrale Anlaufstelle, wie früher das Projektbüro EinSTEP, welche über aktuelle Entwicklungen im Kontext Strukturmodell zeitnah informiert, die Dinge auf Bundesebene zusammenfasst und für die Praxis einordnet. Das jetzige Projektbüro auf Bundesebene kann diesem Anliegen nicht gerecht werden.

3.3 Coronabedingte Regelungen zur befristeten Aussetzung bürokratischer Anforderungen in der Pflege

Im Rahmen der Corona-Pandemie traf der Gesetzgeber verschiedene, zeitlich begrenzte Maßnahmen, um Pflegeeinrichtungen und Pflegehaushalte zu unterstützen und zu entlasten. Die zeitlichen Begrenzungen der Regelungen variierten je nach getroffener Maßnahme und wurden mit dem Andauern der Pandemie z. T. mehrfach verlängert. Die Maßnahmen betrafen sowohl den ambulanten als auch (teil-)stationären Versorgungsbereich. Eine chronologische Übersicht getroffener Maßnahmen auf Bundesebene ist in Tabelle 6 dargestellt.

Grundlegend für die befristete Aussetzung bürokratischer Anforderungen im Pflegebereich während der Corona-Pandemie waren Änderungen im Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI), die im Rahmen des Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlassungsgesetz) vom 27. März 2020 erlassen wurden. Im SGB XI wurde der Dritte Abschnitt „Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie“ eingefügt (Bundesgesundheitsblatt Teil I, 2020). Dieser beinhaltet u. a. folgende neue Paragraphen, die im Rahmen der coronabedingten Regelungen und der Betrachtung in dieser Studie relevant sind:

- § 147 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18,
- § 148 Beratungsbesuche nach § 37,
- § 150 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige,
- § 151 Qualitätsprüfungen nach § 114,
- § 153 Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung (Bundesgesundheitsblatt Teil I, 2020).

Der neu hinzugefügte Dritte Abschnitt wurde in Teilen zum 28. Juni 2021 (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2021c), zum 21. September 2021 (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2021b) und letztmalig zum 16. März 2022 verlängert (Bundesgesetzblatt Teil I, 2022). Im Nachfolgenden werden die relevanten Regelungen näher ausgeführt (insbesondere §§ 114, 147, 148, 150, 151, 153 SGB XI).

Tabelle 6: Überblick über Regelungen zur befristeten Aussetzung bürokratischer Anforderungen in der Pflege auf Bundesebene während der Corona-Pandemie

Zeitpunkt	Maßnahmen
März 2020	Aussetzung von qualitätsbezogenen Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen bis zunächst 30. September 2020
	Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und (video-)telefonischem Gespräch (zunächst bis 30. September 2020, Verlängerung bis 30. Juni 2022)
	Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen unterstützen
	Aussetzung verbindlicher Beratungsbesuche von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern nach § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI durch ambulante Pflegedienste; Beratungsgespräche per Telefon, Video oder digital möglich (zunächst bis 30. September 2020, Verlängerung bis 31. März 2022)
	Einführung einer Meldepflicht von Coronainfektionen (bei Personal und Pflegebedürftigen) in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen an die Pflegekassen; flexible Regelungen zwischen Pflegekassen und Einrichtungen zur Überbrückung personeller Engpässe
	Aussetzung des Pflegepersonalschlüssels in Krankenhäusern ohne Vergütungskürzung (schrittweise Wiedereinführung ab August 2020 für besondere Bereiche)
	Ausgleich von Einnahmeausfällen und zusätzlichen coronabedingten Kosten durch die Pflegekassen (mehrfach verlängert bis zuletzt bis 31. Dezember 2022)
	Bereitstellung und Verteilung von Schutzausrüstung
	Gestattung der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Vorliegen einer epidemischen Lage
Mai 2020	Anhebung des maximal erstattungsfähigen Betrages für Verbrauchshilfsmittel von 40 Euro pro Monat auf 60 Euro pro Monat rückwirkend ab 01. April 2020 bis zum 31. Dezember 2021
	Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Höhe von 125 Euro monatlich kann von Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 auch für Hilfen außerhalb der geltenden Regelung eingesetzt werden, um coronabedingte Versorgungsengpässe auszugleichen (bis zum 31. Dezember 2022)
	Verlängerung der Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes von 10 auf 20 Arbeitstage (mehrfach verlängert bis zum 31. Dezember 2023)
August 2020	Wiedereinführung der Personaluntergrenzen in Krankenhäusern auf Intensivstationen und in der Geriatrie
Januar 2021	Aussetzung der Qualitätsdatenübersendung bis zunächst zum 31. März 2021 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Verlängerung bis zum 31. Dezember 2021
Februar 2021	Wiedereinführung der Personaluntergrenzen in Krankenhäusern für alle Bereiche ab 01. Februar 2021
März 2021	Einmalige Qualitätsprüfung zugelassener Pflegeeinrichtungen zwischen dem 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021, wenn die pandemische Lage dies zulässt
Januar 2022	Wiedereinführung uneingeschränkter Regel- und Wiederholungsprüfungen in Pflegeeinrichtungen ab 01. Januar 2022
	Wiedereinführung der Qualitätsdatenübersendung ab 01. Januar 2022

Quelle: IGES

Um vollstationäre Pflegeeinrichtungen zu entlasten, wurde die ab dem 01. Januar 2021 geltende stichtagsbezogene regelhafte Erhebung der Ergebnisindikatoren zur Erhebung, Übermittlung und Veröffentlichung von indikatorenbezogenen Daten in vollstationären Pflegeeinrichtungen bis zunächst 31. März 2021 ausgesetzt (§ 114b Abs. 1 SGB XI, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2021a). Aufgrund der Corona-Pandemie wurde mit dem

Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen die Erprobungsphase der Indikatorenerhebung (Erhebung ohne Veröffentlichung) bis zum 31. Dezember 2021 verlängert. Ab dem 1. Januar 2022 begann die stichtagsbezogene regelhafte Erhebung der Ergebnisindikatoren (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V., o. J.).

In den §§ 114 und 151 SGB XI wurde die jährliche Regelprüfung in Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst zunächst bis zum 30. September 2020 ausgesetzt. Einmalige Qualitätsprüfung zugelassener Pflegeeinrichtungen sollten zwischen dem 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021, wenn die pandemische Lage dies zuließ, stattfinden. Seit dem 1. Januar 2022 sind Regel- und Wiederholungsprüfungen in ambulanten Pflegediensten sowie teil- und vollstationären Einrichtungen wieder uneingeschränkt möglich (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 2022b, S. 3).

Der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst Bund (MDS) veröffentlichten Anfang November 2020 eine „Gemeinsame Verlautbarung von GKV-Spitzenverband und MDS zum Umgang mit der Pflegebegutachtung und den Qualitätsprüfungen während der aktuell beschlossenen Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie“. Vor dem Hintergrund der beschlossenen Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie wurde in Übereinstimmung mit dem BMG und dem PKV-Verband empfohlen, in der Phase der für November 2020 vereinbarten Kontaktbeschränkungen keine Pflegebegutachtungen im häuslichen Umfeld nach § 18 SGB XI und stattdessen eine Begutachtung auf Basis von vorliegenden Informationen (schriftliche Unterlagen) und eines strukturierten Telefoninterviews sowie keine Regelprüfungen (Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI) in Pflegeeinrichtungen durchzuführen (Spitzenverband Bund der Krankenkassen & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2020a). Nach Auslaufen der Kontaktbeschränkungen sollten sowohl Pflegebegutachtungen im Rahmen eines Hausbesuches als auch regelhafte Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen wieder stattfinden. Die Kontaktbeschränkungen wurden verlängert, sodass auch die gemeinsame Verlautbarung ebenfalls verlängert wurde (Spitzenverband Bund der Krankenkassen & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2020b). Im Februar 2021 veröffentlichten der GKV-Spitzenverband und der MDS eine Fortgeltung der gemeinsamen Verlautbarung (Spitzenverband Bund der Krankenkassen & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2021). Darin empfahlen sie das oben beschriebene Vorgehen zur Pflegebegutachtung sowie das weitere Aussetzen von Regelprüfungen bis zum 07. März 2021. Danach sollten sowohl die Pflegebegutachtungen im Rahmen eines Hausbesuches als auch regelhafte Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen wiederaufgenommen werden.

Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI konnten ab März 2020 bis einschließlich 30. Juni 2022 ohne persönliche Untersuchung der Versicherten in ihrem Wohnraum erfolgen. Bis zum angegebenen Zeitpunkt konnten stattdessen die zur Verfügung stehenden Unterlagen der Versicherten und Auskünfte der Versicherten, der Angehörigen sowie anderer auskunftsfähiger Personen als Grundlage des Verfahrens verwendet werden (§ 147 Abs. 1 SGB XI). Telefonische Pflegebegutachtungen wurden als Alternativverfahren eingesetzt. Diese fanden mit den Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen statt, welche im Vorfeld einen Fragebogen sowie vorbereitende Informationen erhielten (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2020, 2021). Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 wurden bis zum 30. Juni 2022 ausgesetzt. Empfehlungen für die Durchführung einer Wiederholungsbegutachtung durch den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter waren dabei unerheblich (§ 147 Abs. 2 SGB XI). Die schriftliche Information der Antragstellenden über die Entscheidung der Pflegekasse war bis einschließlich dem 30. Juni 2022 entfristet. Bei besonders dringlichen Entscheidungsbedarfen mussten die Antragsstellenden spätestens nach 25 Arbeitstagen nach

Eingang des Antrags über die Entscheidung schriftlich informiert worden sein. Nur bei Vorlage eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs und wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragsstellung keine Begutachtung erfolgt war, hatte die Pflegekasse bis zum 30. Juni 2022 die Verpflichtung, Antragsstellenden mindestens drei unabhängige Gutachterinnen bzw. Gutachter zur Auswahl zu benennen (§ 147 Abs. 3 und 4 SGB XI). Besonders dringliche Entscheidungsbedarfe konstituieren sich durch drohende Versorgungslücken (GKV-Spitzenverband 2020).

Verbindliche Beratungsbesuche von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch ambulante Pflegedienste wurden ausgesetzt. Beratungsgespräche waren per Telefon, Video oder digital möglich. Zunächst galt die Aussetzung bis 30. September 2020, sie wurde jedoch bis zum 31. März 2022 verlängert. Bis zum 30. Juni 2022 waren Kürzung oder Entziehung des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 6 nicht gestattet, auch wenn der Pflegebedürftige keine Beratung nach § 37 Abs. 3 abrief (§ 148 SGB XI).

Die §§ 150 und 153 SGB XI regeln die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige sowie die Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund. § 150 Abs. 1 regelt das Vorgehen von Trägern, deren zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI wesentlich durch die Corona-Pandemie beeinträchtigt wurden. Die Beeinträchtigung muss durch die Einrichtungen an die Pflegekassen gemeldet werden. Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung müssen die Pflegekassen gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung erforderliche Maßnahmen und Anpassungen vornehmen. Unter anderem könne dabei von der vereinbarten Personalausstattung, einschließlich der diesbezüglichen gesetzlichen Bestimmungen nach SGB XI, abgewichen werden (§ 150 Abs. 1 SGB XI). Zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden außerordentliche Aufwendungen für Corona-Tests sowie Durchführungsaufwendungen und Mindereinnahmen (z. B. durch Teilschließungen oder Aufnahmestopps in stationären Einrichtungen, Ausfall von Einsätzen in der ambulanten Versorgung, Sachmittelaufwendungen für infektionshygienische Schutzmaßnahmen, Personalmehraufwendungen) im Zusammenhang mit dem Coronavirus erstattet. Die Auszahlung des Betrags erfolgt über eine Pflegekasse, die Partei des Versorgungsvertrages ist. Der Betrag muss außerdem innerhalb von 14 Tagen ausgezahlt werden und die Auszahlung kann vorläufig erfolgen (§ 150 Abs. 2 SGB XI; Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 2022a).

Zur Vermeidung von Versorgungsengpässen im häuslichen Bereich, die durch die Corona-Pandemie verursacht werden, können die Pflegekassen nach ihrem Ermessen Kostenerstattungen in Höhe der ambulanten Sachleistung nach § 36 SGB XI genehmigen, wenn durch vorherige Maßnahmen, z. B. der Abweichung von der vereinbarten Personalausstattung, keine ausreichende Versorgung sichergestellt werden konnte (§ 150 Abs. 5 SGB XI). Je größer dabei die Versorgungsprobleme sind, desto unbürokratischer sollte die Versorgung möglich sein (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 2021c). Wenn die Versorgung nicht durch Leistungserbringer, die von Pflegefachkräften geleitet werden, erbracht werden können, so können z. B. auch zugelassene Betreuungsdienste nach § 71 Abs. 1a SGB XI, medizinische Leistungserbringer, Beratungspersonen i. S. d. § 37 Absätze 2, 7 und 8 SGB XI, landesrechtlich anerkannte Betreuungs- und Entlastungsangebote, Personen mit sozialpädagogischen Qualifikationen oder Betreuungskräfte mit einer Weiterbildung nach § 53b SGB XI die Versorgung durchführen. Wenn auch eine Versorgung über diesen Weg nicht möglich ist, können auch Personen ohne medizinische oder pflegerische Versorgung, wie z. B. Nachbarn, in Betracht kommen. In diesem Fall könne sich die Vergütung an der Höhe des in § 37 Abs. 1 SGB XI vorgesehenen Pflegegeldes orientieren (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 2021c).

Zur Überwindung von Versorgungsengpässen bei Personen mit Pflegegrad 1 kann nach § 150 Abs. 5b SGB XI der Entlastungsbetrag auch für die Inanspruchnahme anderer Hilfen im

Wege der Kostenerstattung eingesetzt werden. Auch diese Regelung verfolgt das Ziel, Versorgungslücken möglichst schnell und unbürokratisch zu überbrücken. Dabei wird in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes auf eine zügige und unbürokratische Abwicklung verwiesen, indem keine überhöhten Anforderungen an den Nachweis gegenüber den Pflegekassen gestellt werden sollen (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 2021a). Ähnlich zu den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zu § 150 Abs. 5 SGB XI können dieselben Berufsgruppen und z. B. Nachbarn als auch Angehörige, die nicht in einer Bedarfsgemeinschaft mit der pflegebedürftigen Person wohnen, die Versorgung übernehmen. Die Erstattung ist auf maximal 125 Euro begrenzt. In den Jahren 2019 und 2020 nicht verbrauchte Beträge für Entlastungsleistungen konnten bis zum 30. Juni 2022 eingesetzt werden (§ 150 Abs. 5c SGB XI; Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 2021b).

Bereits im Mai 2020 wurde die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes bis einschließlich 31. Dezember 2022 von zehn auf 20 Arbeitstage erhöht. In der Schlussberatung zur Neufassung des Infektionsschutzgesetzes vom 08. September 2022 wurde entschieden, dass diese Regelung um ein Jahr, bis Ende 2023, verlängert wird (Deutscher Bundestag, 2022). Pflegeunterstützungsgeld kann in Anspruch genommen werden, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Abs. 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Sinne des § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegt. Folgende Bedingungen müssen hierfür erfüllt sein:

- die Beschäftigten müssen glaubhaft darlegen, dass sie die Pflege oder die Organisation der Pflege auf Grund der Corona-Pandemie übernehmen,
- die Beschäftigten haben keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches und
- die häusliche Pflege kann nicht anders sichergestellt werden (§ 150 Abs. 5d SGB XI).

Darüber hinaus wurde im Mai 2020 mit der in Kraft getretenen „COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung“ der monatliche Höchstbetrag, den die Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel aufwenden dürfen, rückwirkend zum 1. April 2020 auf 60 Euro erhöht. Diese Regelung wurde mit dem „Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen“ bis einschließlich 31. Dezember 2021 verlängert (AOK, 2021; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020).

Ferner wurden bereits im März 2020 folgende weitere Maßnahmen durch die Bundesregierung getroffen:

- Personal der Medizinischen Dienste sollte Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unterstützen (im MD arbeiten bundesweit rd. 4.000 Pflegekräfte sowie rund 2.000 Ärztinnen und Ärzte),
- Einführung einer Meldepflicht von Corona-Infektionen in Pflegeheimen für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Personal an die Pflegekassen (Einrichtungen und Pflegekassen stimmen sich in diesem Fall darüber ab, flexibel mit Personal aus anderen Bereichen Engpässe zu überbrücken),
- Aussetzen des Personalschlüssels in der Pflege (Einrichtungen können ihren Betrieb weiterhin aufrechterhalten, auch wenn Personalschlüssel unterschritten werden; die Vergütung der Heime wird nicht gekürzt),
- Zentrale Beschaffung von Schutzausrüstung (Verteilung an die Pflegeeinrichtungen erfolgte auf Länderebene über die Landesgesundheitsämter Länder, die Zuteilung erfolgte je nach lokalem und regionalem Bedarf.) (Die Bundesregierung, 2020).

Mit § 5a Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wurde im März 2020 geregelt, dass im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Altenpflegerinnen und Altenpflegern, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern sowie Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern gestattet ist. Die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ist während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gestattet, wenn die Personen auf der Grundlage der in der jeweiligen Ausbildung erworbenen Kompetenzen und ihrer persönlichen Fähigkeiten in der Lage sind, die jeweils erforderliche Maßnahme eigenverantwortlich durchzuführen und der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten nach seiner Art und Schwere eine ärztliche Behandlung im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht zwingend erfordert, die jeweils erforderliche Maßnahme aber eine ärztliche Beteiligung voraussetzen würde, weil sie der Heilkunde zuzurechnen ist (§ 5a Abs. 2 IfSG). Diese Regelung war zunächst bis 31. März 2021 gültig. Der Deutsche Bundestag stellte das Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite mehrfach bis einschließlich 24. November 2021 fest. Ab dem 25. November 2021 wurde sie nicht weiter verlängert (Die Bundesregierung, 2021).

Für den Krankenhausbereich galt, dass Regelungen zu Pflegepersonaluntergrenzen im März 2020 mit dem Ziel ausgesetzt wurden, den Krankenhäusern eine kurzfristige Anpassung von Arbeitsabläufen zu ermöglichen und diese so zu entlasten. Ab dem 1. August 2020 wurden die Regelungen für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie wieder in Kraft gesetzt. Für die übrigen Bereiche blieben die Pflegepersonaluntergrenzen bis einschließlich 31. Januar 2021 ausgesetzt. Seitdem gelten sie wieder in den folgenden Bereichen: Intensivmedizin und Pädiatrische Intensivmedizin, Geriatrie, Innere Medizin und Kardiologie, allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie, Herzchirurgie, Neurologie, Neurologische Frührehabilitation, Neurologische Schlaganfallereinheit sowie Pädiatrie (BMG, 2021a).

Unabhängig von coronabedingten Maßnahmen gilt im Freistaat Sachsen der Hilfskraftvertrag, welcher laut Auskunft der Pflegekassen durch etwa 60 - 70 % der ambulanten Pflegedienste im Freistaat Sachsen Anwendung findet. Dieser gilt für ambulante Pflegedienste, die einen gültigen Versorgungsvertrag zur Erbringung von Haushaltshilfe und häuslicher Krankenpflege (§§ 132 und 132a SGB V) mit dem vdek haben. In diesem ist geregelt ist, dass auch „weitere geeignete Pflegekräfte“ unter bestimmten Voraussetzungen behandlungspflegerische Leistungen der Leistungsgruppe I (LG I) erbringen dürfen. Voraussetzungen dafür sind ein berufsformaler Abschluss oder die erfolgreiche Absolvierung einer Qualifizierungsmaßnahme entsprechend des „Curriculums für Pflegekräfte zur Erbringung von Behandlungspflege der LG I“. Zu den Tätigkeiten der Leistungsgruppe I gehören: „Blutzuckermessung, Blutdruckmessung, Richten von ärztlich verordneten Medikamenten (1x wöchentlich abrechenbar, mit Ausnahme flüssiger Medikamente), Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, s. c. Injektion, Richten von Injektionen (1x täglich abrechenbar), Auflegen von Kälteträger, An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfe / -strumpfhosen (Kompressionsklassen I-IV) und Abnehmen eines Kompressionsverbandes (Verband der Ersatzkassen e. V [vdek], o. J.).

Im Freistaat Sachsen wurden zusätzlich landesspezifische Maßnahmen im Kontext der Corona-Pandemie getroffen. Diese sind überblicksartig in Tabelle 7 aufgeführt.

Tabelle 7: Überblick über auf Landesebene getroffene Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie

Zeitpunkte	Maßnahmen
März 2020	Bildung der Arbeitsgruppe Pflege (Corona)
April 2020	Unterstützung durch technisches Hilfswerk und Bundeswehr
November 2020	Koordinierungs- und Beratungsstelle „Corona-Pflegeteam Sachsen“ unterstützt ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen
Dezember 2020	Umsetzung der Corona-Prämie nach § 150a SGB XI für Mitarbeitende der im Freistaat Sachsen zugelassenen Pflegeeinrichtungen (mit landesspezifischem Aufstockungsbeitrag)

Quelle: IGES

Im März 2020 wurde durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) die Arbeitsgruppe (AG) Pflege mit Vertreterinnen und Vertretern der Leistungsträger und der Leistungserbringer, später hinzukommend auch mit Vertreterinnen und Vertreter der Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren der Landkreise und kreisfreien Städte, gebildet. Diese haben sich darauf verständigt, die wichtigsten Fragestellungen im Sinne einer gemeinsamen Meinungsbildung zu erörtern und die Ergebnisse im jeweiligen Bereich an die eigenen verbandsangehörigen Einrichtungen zu kommunizieren. So wurde eine arbeitsfähige Struktur mit den Repräsentanten geschaffen. Der Teilnehmerkreis besteht bis heute größtenteils aus Mitgliedern des Landespflegeausschusses und Vertreterinnen und Vertretern der Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren.

In den wöchentlich stattfindenden Telefonkonferenzen der AG Pflege (Corona) wurde und werden die aktuellen Herausforderungen und deren Lösungen diskutiert. Es wurden jedoch keine Beschlüsse gefasst. Durch die AG konnten die Verbände schon vor Veröffentlichung der nächsten Sächsischen Corona-Schutzverordnung und Allgemeinverfügungen über deren Regelungsinhalt informiert werden, so dass eine frühzeitige Einstellung der Einrichtungen und Dienste auf veränderte Regelungen möglich gewesen ist und somit eine Vorlaufzeit von mehreren Tagen gegeben war.

Die neue Koordinierungs- und Beratungsstelle »Corona-Pflegeteam Sachsen« unterstützte seit November 2020 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen dabei, die pandemiebedingten Herausforderungen zu bewältigen. Das SMS, die Landesverbände der Pflegekassen, der MD im Freistaat Sachsen und der Kommunale Sozialverband Sachsen waren Träger der Stelle. In dem Corona-Pflegeteam arbeiteten Pflegefachkräfte des MD Sachsen aus dem Bereich Pflege-Qualitätsprüfung. Ziel war es, bei Corona-Infektionsfällen in Einrichtungen und Diensten die pflegerische Versorgung sicherzustellen. Das Team stand betroffenen Einrichtungen mit pflegefachlicher Kompetenz beratend zur Seite. Nach einem Notfallstufenplan wurden die aktuelle Problemlage in der jeweiligen Einrichtung analysiert und konkrete Maßnahmen, wie die Einbindung der Heimaufsicht, des örtlichen Gesundheitsamtes, der Pflegeverbände oder gegebenenfalls des regionalen Krisenstabes, besprochen. Parallel war das Pflegeteam vorbeugend tätig. Wurden dem Team Infektionsfälle bekannt, beriet es Pflegeeinrichtungen beispielsweise zur Umsetzung der Sächsischen Corona-Schutz-Verordnung, des Pandemieplans und der Coronavirus-Testverordnung, noch bevor es zu Versorgungsengpässen kam (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt et al., 2020). Das Corona-Pflegeteam stellte am 31. März 2021 seine Arbeit vorübergehend ein (Johanns, 2021) und nahm sie am 24. November 2021 wieder auf (Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, 2022). Am 30.04.2022 wurde das Corona-Pflegeteam aufgelöst.

Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung die pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (§ 69 SGB XI). Seit April 2020 gingen bei den Pflegekassen

im Freistaat Sachsen eine Vielzahl von Anfragen und Anzeigen ein. In mehreren Fällen war die Verlegung von Pflegebedürftigen in andere Heime oder der Einsatz von Technischem Hilfswerk und Bundeswehr zu organisieren. Das Geschehen hatte im weiteren Verlauf erheblich an Dynamik gewonnen. Nach Einschätzung der am »Corona-Pflegeteam Sachsen« Beteiligten bedurfte es der Unterstützung aller Akteure in der Pflege sowie der pflegenden Angehörigen und Ehrenamtlichen. Bei den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen handelt es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe abgeschlossen haben und sich damit verpflichten, eine qualitativ hochwertige Pflege zu garantieren (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt et al., 2020).

Noch im Dezember 2020 konnte der von der sächsischen Staatsregierung im Juni 2020 beschlossene Aufstockungsbetrag von bis zu 500 Euro zur Corona-Prämie an die in der Pflege Beschäftigten zugelassener Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI als Dank und Anerkennung angewiesen werden. Es wurden sowohl der Bundes- als auch der Landesanteil der Corona-Prämie ausgezahlt. Im Freistaat Sachsen versorgen und betreuen im Bereich der stationären und ambulanten Pflege rund 70.000 Beschäftigte über 200.000 Pflegebedürftige in knapp 1.000 stationären Einrichtungen und über 1.100 ambulanten Diensten. Die Gesamtkosten des Landesanteils am Pflegebonus wurden auf 30 Millionen Euro beziffert.

Abschließend ist zu berichten, dass über den gesamten Zeitraum seit Beginn der Corona-Pandemie die Sächsische Corona-Schutzverordnung sowie die Allgemeinverfügung Hygiene mehrfach an die aktuellen Bedingungen angepasst wurden. Sie enthielten Regelungen zum Besuch und Verlassen von Pflegeeinrichtungen sowie deren Schutz- und Hygienekonzepten. Auch unterstützte der Freistaat Sachsen bei der Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung sowie von Schnelltests.

3.4 Pflegerische Versorgung unter Pandemiebedingungen

In der Literaturrecherche konnten verschiedene deutschlandweite Forschungsprojekte identifiziert werden, die die pflegerische Versorgung unter Pandemiebedingungen untersucht haben. Berücksichtigt wurden Untersuchungen, über die frei zugängliche Informationen vorlagen, und die im Zeitraum März 2020 bis Juni 2022 in Deutschland durchgeführt und veröffentlicht wurden. Bei den identifizierten Studien handelte es sich überwiegend um Online-Befragungen von Pflegekräften und Pflegeeinrichtungen. In einer Studie wurden computergestützte Telefoninterviews (CATI) durchgeführt. Zwei Untersuchungen waren als Längsschnittstudien mit bisher zwei bzw. vier unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten angelegt. Eine weitere Studie war in mehrere Teilstudien untergliedert, die jeweils verschiedenartige Themenschwerpunkte und Betrachtungszeiträume aufwiesen.

In Tabelle 8 sind die berücksichtigten Studien, die durchführende Institution, der Betrachtungszeitraum je Studie und für die Studie zur Entbürokratisierung der Pflege im Freistaat Sachsen relevante Inhalte überblicksartig aufgeführt.

Tabelle 8: Übersicht über berücksichtigte Studien

Studie	Institution	Betrach- tungs- zeitraum	Für die Studie relevante In- halte
Die Situation von Pflegekräften in der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz	Institut für Demoskopie Allensbach	10/2021	Arbeitssituation und -belastung, Belastungsfaktoren, Digitalisierung
Befragungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Sozial- und Gesundheitswesen Umfragen 1 - 4	Bank für Sozialwirtschaft	05/2020 – 10/2021	Wirtschaftliche Auswirkungen der Corona-Pandemie, Inanspruchnahme und Wirksamkeit der Schutzpakete, Digitalisierung
Projekt COVID-Heim: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Ergebnisreporte 1 - 3	Charité – Universitätsmedizin Berlin	03/2020 – 02/2021	Versorgungssituation in der ersten Infektionswelle, Umsetzung von Schutzmaßnahmen und Folgen für Bewohnerinnen/Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen, Situation des Pflegepersonals
Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege	Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) & SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik	04/2020 – 05/2020	Erfassung von personellen und materiellen Ressourcen, Versorgungssituation Pflegebedürftiger, Organisation in der Pflege unter Corona
Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste	Stiftung ZQP	07/2020 – 09/2020	Arbeitssituation und -belastung, Umsetzung Corona-bedingter Maßnahmen, Situation Pflegebedürftiger
Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften	Universität zu Köln & Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsfor- schung und Reha- bilitationswissen- schaft	04/2020 – 01/2021	Entwicklung der Herausforderungen und Belastungen im Pandemieverlauf, Bewältigungsstrategien und Maßnahmen zum Umgang mit Corona, Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern, Informationsquellen
D80+ Kurzberichte. Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen	Ceres – cologne center for ethics, economics and social sciences of health; Universität zu Köln	11/2020 – 04/2021	Auswirkungen der Corona-Pandemie auf hochaltrige Menschen
Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung	Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP); Charité – Universitätsmedizin Berlin	04/2020 – 05/2020	Situation und Belastungen pflegender Angehöriger

Quelle: IGES

Insgesamt konnte in den Forschungsprojekten eine Bandbreite von Erkenntnissen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten eruiert werden. Nachfolgend werden die im Rahmen der

Untersuchung zu Entbürokratisierungspotentialen relevantesten Kernerkenntnisse zur pflegerischen Versorgung unter Pandemiebedingungen dargelegt. Dazu zählen Erkenntnisse zur

- Arbeitsbelastung und gesundheitlichen Situation der beruflich Pflegenden,
- Technikausstattung und -nutzung unter Pandemiebedingungen,
- wirtschaftlichen und personellen Belastungen von Pflegeeinrichtungen sowie
- (Versorgungs-)Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

Speziell nur für das Bundesland Sachsen liegen anhand der identifizierten Studien keine aussagekräftigen Daten vor. Eine Beschreibung der einzelnen Studien mit den relevantesten Ergebnissen befindet sich in Form von Studiensteckbriefen in Anhang 4 – Studiensteckbriefe.

Arbeitsbelastung und gesundheitliche Situation der beruflich Pflegenden

Die analysierten Studien wiesen einen Anstieg der Arbeitsbelastung beruflich Pflegenden in der Corona-Pandemie nach. Pflegeeinrichtungen berichteten von pandemiebedingten Mehraufwänden (Eggert & Teubner, 2021; Hering et al., 2021a; Petersen, 2021; Wolf-Ostermann et al., 2020). Zugleich nahm die Auslastung in den Einrichtungen ab, wobei hier Unterschiede in den verschiedenen Sektoren und Einrichtungsarten erkennbar waren. Stark betroffen waren Tagespflege- (76 %) und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (53 %). Gründe waren vor allem gesetzliche Auflagen (z. B. Kontaktbeschränkungen, behördlich verhängte Belegungsstopps, Freihalten von Notfallkapazitäten) (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2021b, 2022). In einer Studie der Charité gaben von 1.019 befragten Pflegeeinrichtungen im Februar 2021 knapp 60 % an, dass in den Einrichtungen Aufnahmestopps umgesetzt wurden (Hering et al., 2021c).

Leitungskräfte (n gesamt = 299) aus ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Hospizen gaben in einer Längsschnittstudie der Universität zu Köln mit zwei unterschiedlichen Befragungszeitpunkten (April 2020, Dezember 2020 - Januar 2021) an, dass die Beschaffung und die Nutzung von Ausrüstung zum Infektionsschutz auch im fortgeschrittenen Pandemieverlauf als Herausforderung angesehen wurde. Die empfundene Belastung nahm jedoch im Zeitverlauf deutlich ab (Rückgang von rd. 60 % auf ca. 45 %) (Pfortner et al., 2021).

Weiterhin wurde die Einhaltung von Hygieneschutzmaßnahmen des Robert Koch-Instituts (RKI) als zeitintensiv wahrgenommen. Arbeitswichtige Informationen waren aus Sicht der Leitungskräfte von Pflegeeinrichtungen widersprüchlich und intransparent. Dies führte zu einem Mehraufwand, um resultierende Probleme zu bewältigen. Im Pandemieverlauf stieg der Anteil der Einrichtungen, die dies als herausfordernd wahrnahmen von 89 % auf 95 % an. Während zum ersten Befragungszeitpunkt (April 2020) etwa 50 % die Widersprüchlichkeit und Intransparenz arbeitswichtiger Informationen für Pflegeeinrichtungen und -beschäftigte als stark belastend oder sehr stark belastend erlebten, waren es zum zweiten Befragungszeitpunkt (Dezember 2020 – Januar 2021) knapp 70 %. (Pfortner et al., 2021).

Pflegekräfte berichteten von Zeitdruck, hohen Verwaltungsaufwänden und organisatorischen Mängeln, die sie als besonders belastend wahrnahmen (Petersen, 2021). Eine zusätzliche Belastung ergab sich aus einem Anstieg des Dokumentations- und Bürokratieaufwands und der Test- und Impfstrategie (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2021a, 2021b). Die Teststrategien und die Durchführung von Corona-Tests wurden im Pandemieverlauf zunehmend als herausfordernd wahrgenommen - sowohl was die Durchführung bei Mitarbeitenden als auch pflegebedürftigen Personen betraf (Pfortner et al., 2021).

Darüber hinaus belasteten strikte Besuchsregelungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, damit einhergehende Sorgen und z. T. hohe Erwartungen von Angehörigen das Pflegepersonal (Hering et al., 2021a; Pfortner et al., 2021). Eine Rolle spielte zudem die Sorge um das

Wohlergehen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Sorge vor einer Covid-19-Infektion bei Kolleginnen und Kollegen (Hering et al., 2021a; Pförtner et al., 2021).

In einer Studie des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité gaben von 811 befragten beruflich Pflegenden rund 55 % an, mindestens einen Risikofaktor für einen schweren Verlauf bei COVID-19 zu haben (Hering et al., 2021a). 38 % der Pflegenden wiesen im Befragungszeitraum (März 2020 – Juni 2020, ca. Zeit des ersten Lock-downs) Stresssymptome in unterschiedlichen Ausprägungen auf. Rund 41 % gaben Depressions- und 36 % Angstsymptome an (Hering et al., 2021a). Ähnliche Befunde finden sich auch in anderen Erhebungen. In einer Studie der Stiftung ZQP wurden 1.000 ambulante und 950 stationäre Pflegeeinrichtungen befragt. Rund 40 % gaben jeweils eine Steigerung der physischen Belastung an. Die psychische Belastung habe im Befragungszeitraum (Juli 2020 – September 2020) um 58 % bei Beschäftigten ambulanter Dienste bzw. 65 % bei Beschäftigten stationärer Einrichtungen zugenommen (Eggert & Teubner, 2021). In der Studie konnte zudem ein statistischer Zusammenhang zwischen dem Mangel an Schutzartikeln in der ambulanten Pflege (Mund-Nasen-Schutz, FFP-2-Maske, Hände-Desinfektionsmittel) und der psychischen Belastung nachgewiesen werden (Eggert & Teubner, 2021).

Technikausstattung und -nutzung unter Pandemiebedingungen

In einer Online-Befragung von Pflegekräften (n = 1.253) durch das Institut für Demoskopie Allensbach im Auftrag der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz gaben 18 % der Befragten an, dass Digitalisierung eine sehr starke und weitere 45 % der Befragten, dass Digitalisierung eine starke Rolle im beruflichen Alltag spiele, während nur bei 15 % eine gute technische Ausstattung am Arbeitsplatz vorhanden sei. 45 % bewerteten sie als ausreichend (Petersen, 2021). Eine mangelhafte Ausstattung sei vor allem hinsichtlich der Schnelligkeit des Internets (35 %) und der Ausstattung mit Hardware (z. B. Computer und Drucker) (33 %) zu verzeichnen (Petersen, 2021). Eine unzureichende Ausstattung von Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens mit Hard- und Software eruierte auch die Bank für Sozialwirtschaft (Einrichtungen in der betreffenden Studie nicht näher definiert), die eine Längsschnittstudie zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Sozial- und Gesundheitswesen durchgeführt hat (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2021b).

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen schafften im Pandemieverlauf mehrheitlich digitale Endgeräte wie Smartphones und Tablets an, um den Bewohnerinnen und Bewohnern während der Kontaktbeschränkungen Kommunikationsmöglichkeiten mit ihren Angehörigen zu bieten. Einige vollstationäre Pflegeeinrichtungen mussten hierfür zunächst WLAN-Zugänge einrichten (Hering et al., 2021c; Wolf-Ostermann et al., 2020). Auch im teilstationären Bereich wurden durch die Einrichtungen bereits zu Pandemiebeginn zusätzliche Möglichkeiten zum Kontaktaustausch geschaffen. Von 62 befragten teilstationären Pflegeeinrichtungen gab dies im Mai 2020 jede vierte Einrichtung an (rd. 26 %) (Wolf-Ostermann et al., 2020).

Über die Anschaffung von Geräten zur Kommunikation der Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren Angehörigen hinaus nahmen stationäre Pflegeeinrichtungen z. T. Softwareanschaffungen zum Informationsaustausch mit Ärztinnen und Ärzten vor. Mit anderen externen Leistungserbringern erfolgte der Informationsaustausch überwiegend telefonisch oder per E-Mail. Im teilstationären Bereich gab es weniger Veränderungen in der digitalen Kommunikation, da Telefon und E-Mail bereits vor Pandemiebeginn stärker genutzt wurden. Andere Technologien im Rahmen von Telecare (z. B. Hausnotruf mit Bild, Monitoringtechnologien) wurden sowohl im vollstationären als auch teilstationärem und ambulanten Kontext wenig bis kaum eingesetzt (Wolf-Ostermann et al., 2020).

Insgesamt konstatierten die vorliegenden Studien, dass der Digitalisierungsschub für die Sozialwirtschaft unübersehbar sei und erhebliche Transformationserfordernisse mit sich bringe (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2022). Die Akzeptanz des Einsatzes digitaler Medien unter Mitarbeitenden sowie Pflegebedürftigen und Angehörigen hätte sich im Pandemieverlauf gesteigert (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2021b). Bedeutsamste Hürde für den Einsatz von Digitalisierung und Technik in Einrichtungen sei das Fehlen von Beschäftigten, die sich mit Kompetenz und freien zeitlichen Ressourcen darum kümmern könnten (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2021b).

Wirtschaftliche und personelle Belastungen von Pflegeeinrichtungen

Pflegeeinrichtungen stehen in der Corona-Pandemie vor wirtschaftlichen Herausforderungen. Im Mai 2021 gaben 60 % von durch die Bank für Sozialwirtschaft 1.348 befragten Einrichtungen und Organisationen aus der Senioren- und Langzeitpflege an, dass die anhaltenden wirtschaftlichen Belastungen die Liquidität der Einrichtung voraussichtlich verringern wird (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2021a). Als wesentlichste Herausforderungen wurden bedeutende Mehrinvestitionen (u. a. bauliche Maßnahmen, Digitalisierungsangebote), Umsatzeinbußen von mehr als 10 % und Personalengpässe von mehr als 15 % identifiziert (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2021a).

Bereits im Mai 2020 berichteten in einer Studie des IPP & SOCIUM ambulante, teil- und vollstationäre Pflegedienste von Personaldefiziten (vollstationär: 71 % von 732⁴ Einrichtungen, teilstationär: rd. 28 % von 96 Einrichtungen, ambulant: 37 % von 701 Einrichtungen) (Wolf-Ostermann et al., 2020). Als häufigste Maßnahmen versuchten vollstationäre Einrichtungen (n = 762) Personalengpässe durch Umverteilung zu lösen (rd. 33 %), in knapp 29 % stockten Pflegekräfte ihre Stunden auf. Weiterhin griffen rund 16 % der vollstationären Einrichtungen auf Leasingkräfte zurück. Auch in ambulanten Pflegeeinrichtungen (n = 621) wurden Personalengpässe vornehmlich durch eine Personalausverteilung (25 %) sowie Stundenaufstockung (ca. 15 %) überbrückt. Der Einsatz von Leasingkräften spielte eine geringere Rolle als im vollstationären Kontext (Wolf-Ostermann et al., 2020).

Das wichtigste Instrument zur Absicherung der wirtschaftlichen Lage der Pflegeeinrichtungen ist der Pflegerettungsschirm nach § 150 SGB XI. Die Bank für Sozialwirtschaft eruierte, dass mehr als 90 % befragter Einrichtungen (n = 1279⁵) im Mai 2021 Leistungen des Pflegerettungsschirmes in Anspruch genommen oder es geplant hatten. Mehr als 20 % hatten Programme von Landesregierungen beansprucht (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2021a). Nicht ausreichend geklärt waren aus Sicht der Befragten vor allem (n = 1.250) die:

- Bewältigung eines zusätzlichen Bürokratie- und Dokumentationsaufwands (rd. 80 %),
- Kompensation von Fehleinnahmen aufgrund von Minderbelegung im Bereich der Investitionskosten (rd. 52 %),
- Refinanzierung von Mehraufwendungen für Personal (knapp 35 %),
- Refinanzierung von Mehraufwendungen für Schutzkleidung und -ausstattung (rd. 25 %),
- Refinanzierung von Mehraufwänden für sonstige Sachmittel (rd. 25 %),
- Nachverhandlungen bestehender Verträge mit den Leistungserbringern (rd. 23 %) sowie

⁴ Innerhalb der Untersuchung variiert die Anzahl der Einrichtungen (n) je nach Frage (unterschiedliche Teilstrichproben). Daher liegen für die Studie teils unterschiedliche Angaben zur Zahl der Einrichtungen vor.

⁵ Innerhalb der Untersuchung variiert die Anzahl der Teilnehmenden (n) je nach Frage (unterschiedliche Teilstrichproben). Daher liegen für die Studie teils unterschiedliche Angaben zur Teilnehmerzahl vor.

- Kompensation von Fehleinnahmen aufgrund von Minderbelegungen in anderen Bereichen (nicht näher definiert) (23 %) (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2021a).

In einer Studie der Universität zu Köln beklagten die Befragten (n gesamt = 299) die Belastung für Pflegeeinrichtungen durch einen Mangel an Schutzausrüstung, eine mangelnde Qualität und hohe Preise für Schutzausrüstung (Pfortner et al., 2021). Auch in dieser Studie zeigte sich, dass die Ausstattung mit genügend Finanzmitteln als weitere Herausforderung im Zuge der COVID-19-Pandemie durch Einrichtungen angesehen wird. Im Pandemieverlauf ist diesbezüglich eine leichte Zunahme zu beobachten. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Einrichtungen, der die Ausstattung mit genügend Finanzmitteln zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie als mindestens stark belastend empfindet, im Pandemieverlauf von mehr als 50 % auf ca. 40 % gesunken (Pfortner et al., 2021).

Ambulante Pflegeeinrichtungen (n gesamt = 701) wurden in der Studie des IPP & SOCIUM zu Umsatzanteilen von SGB V- und XI-Leistungen befragt. Die Pflegedienste berichteten, dass der Umsatzanteil von SGB V- und XI-Leistungen vor Pandemiebeginn zu etwa gleichen Teilen verteilt war (SGB V-Anteil: rd. 45 %, SGB XI-Anteil: rd. 51 %) (Wolf-Ostermann et al., 2020). Im Zuge der Pandemie änderte sich die Inanspruchnahme von SGB V-Leistungen im frühen Pandemieverlauf bei fast 50 % der Dienste. Rund drei Viertel (73,6 %) waren von einer Abnahme betroffen. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI: Mehr als die Hälfte der ambulanten Pflegeeinrichtungen (59,7 %) berichtete von Veränderungen, wobei in vier von fünf Fällen (77,9 %) eine Abnahme an Leistungen zu verzeichnen war. Eine deutliche Abnahme von Leistungen wurde im Mai 2020 auch für die Inanspruchnahme von Betreuungsmaßnahmen (65,4 %), hauswirtschaftlicher Versorgung (64,2 %) sowie Service- (44,1 %) und Beratungsleistungen (63,5 %) berichtet. Die Hälfte aller Pflegedienste (50,5 %) erwarteten aufgrund der Pandemiefolgen Umsatzverluste (Wolf-Ostermann et al., 2020).

(Versorgungs-)Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen

Die Corona-Pandemie hatte auch für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen weitreichende Folgen. Zum Schutz dieser vulnerablen Personengruppe wurde eine Reihe von Maßnahmen durch den Gesetzgeber erlassen (z. B. Besuchseinschränkungen und -verbote, Einschränkung sozialer Angebote, Kontaktminimierung zwischen Pflegepersonal und Pflegebedürftigen), die den (Arbeits-)Alltag in stationären Pflegeeinrichtungen und das Versorgungsgeschehen stark beeinflusst haben.

Mit zunehmender Anzahl bestätigter Corona-Fälle in vollstationären Pflegeeinrichtungen wurden hausärztliche Versorgungsdefizite berichtet (Hering et al., 2021b). Stand Juni 2020 unterlagen in jeder dritten stationären Altenpflegeeinrichtung Hausarztbesuche (rd. 33 %) und Besuche von Fachärztinnen und Fachärzten für Geriatrie Einschränkungen (rd. 33 %). In mehr als jedem dritten Heim gab es zu diesem Zeitpunkt auch Zugangsbeschränkungen für Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie (knapp 39 %). Für Zahnärztinnen und -ärzte galten in jedem zweiten Heim Zugangsbeschränkungen (knapp 51 %), und in etwa 9 % der Heime wurde der Zugang komplett verwehrt. Die stärkste Reglementierung fand für Psychotherapeutinnen und -therapeuten statt. In rd. 67 % der Einrichtungen galten Zugangsbeschränkungen und in weiteren etwa 20 % wurde der Zugang komplett untersagt (Hering et al., 2021b).

Das Projekt „COVID-Heim: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim“ des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin hat u. a. die Situation von Heimbewohnerinnen und -bewohnern untersucht. Zu diesem Zweck wurde von November 2020 bis Ende Februar 2021 eine Online-Befragung von Heimleitungen stationärer Altenpflegeeinrichtungen

als Teilstudie des Projekts COVID-Heim durchgeführt. In fast allen vollstationären Einrichtungen⁶ gab es Besuchsverbote und -einschränkungen für Angehörige (98 %). Eine Reduzierung des Körperkontakts zwischen Pflegekräften und Bewohnenden erfolgte in mehr als der Hälfte der Einrichtungen (rund 60 %) (Hering et al., 2021c). Eingestellt wurden in den Einrichtungen auch soziale Angebote (Ausflüge rd. 95 %; Gottesdienste 83 %; gemeinsame Veranstaltungen etwa 79 %). Damit einhergehend wurden auch soziale Begegnungsräume (Kantinen, Bibliotheken, Sport- und Gymnastikräume) geschlossen bzw. war das Betreten nur noch unter Einschränkungen möglich (Hering et al., 2021c).

Auch in anderen Studien gaben vollstationäre Pflegeeinrichtungen an, weitreichende Maßnahmen zum Schutz vor Ansteckung getroffen zu haben. Dazu gehörten neben der Schließung einzelner Bereiche und der Reduktion von Körperkontakten ebenfalls Aufnahmestopps, Betretungsverbote, die Gründung von Krisenteams zur Bewältigung der Pandemie-Situation und die Vornahme baulicher Veränderungen zur Durchführung von Isolierungsmaßnahmen (Wolf-Ostermann et al., 2020).

Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen waren signifikant häufiger von Quarantänemaßnahmen betroffen als Personen in der eigenen Häuslichkeit. Gleichzeitig wurde berichtet, dass Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Einrichtungen signifikant häufiger eine Corona-Infektion durchlebt haben (Hansen et al., 2021). Folgen der drastischen Kontakteinschränkungen waren für pflegebedürftige Menschen vielfältig. Hauptsächlich sind Einsamkeit, Rückzug, Verwirrtheit, Zunahme von Immobilität, Aggression/Gereiztheit, Desorientierung, Verweigerung der Nahrungsaufnahme zu nennen (Hering et al., 2021c). Insbesondere demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen litten unter einer Verschlechterung der Stimmung, Abnahme der Lebensfreude und Zunahme von kognitiven Ausfallerscheinungen, wobei prozentuale Anteile der Anzahl Betroffener zwischen den Studien variieren (Eggert & Teubner, 2021). Um soziale Teilhabe zu ermöglichen, griffen die Einrichtungen auf verschiedene Maßnahmen zurück. Knapp 88 % stellten Tablets/Smartphones für Bewohnerinnen und Bewohner bereit. In rd. 81 % der vollstationären Pflegeeinrichtungen wurde die Kommunikation mit Angehörigen über Fenster ermöglicht. Etwa 75 % bemühten sich, kulturelle Veranstaltungen für Bewohnende zu organisieren, die ohne Verlassen der Zimmer stattfinden konnten (Hering et al., 2021c).

Aus dem ambulanten Bereich berichteten in der Studie vom IPP & SOCIUM etwa ein Drittel der befragten Pflegedienste (32,4 %), dass nach Ausbruch der Pandemie in den von ihnen versorgten Haushalten eine vor Pandemiebeginn lebende Hilfs- und Betreuungskraft fehlen würde. Dies betraf nach Schätzungen der Pflegedienste im Mai 2020 etwa die Hälfte aller von ihnen versorgten Haushalte mit einer zuvor vorhandenen Hilfs- und Betreuungskraft. Aufgrund der Rückgänge bei der Inanspruchnahme von SGB V- und XI-Leistungen sowie durch den Wegfall teilstationärer Versorgungsangebote schätzte etwas weniger als die Hälfte der Dienste (45,8 %) die Versorgung von Pflegebedürftigen mit einer geringeren Inanspruchnahme von Leistungen als gefährdet bzw. instabil (38 %) oder nicht sichergestellt (8 %) ein (Wolf-Ostermann et al., 2020). Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch eine Studie der Stiftung ZQP, die zwischen Juli und September 2020 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen befragt hat. Die Autoren konstatierten u. a., dass die gesundheitliche Versorgung und Unterstützung pflegebedürftiger Personen sowohl in der ambulanten als auch stationären Pflege in dieser Phase der Pandemie gefährdet war. Die Versorgung und Unterstützung durch Dritte hätte deutlich abgenommen (Eggert & Teubner, 2021).

⁶ n variiert innerhalb der Studie (unterschiedliche Teilstrichproben). Teilgenommen haben insgesamt etwas mehr als 1.000 vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

Eggert et al. untersuchen die Situation pflegender Angehöriger in der ersten Corona-Infektionswelle in einer bundesweiten Befragung. Nachgewiesen wurde, dass pflegende Angehörige durch die Corona-Pandemie in der Versorgung der pflegebedürftigen Person bspw. durch den Wegfall von Hilfestrukturen und wohnortnahen Dienstleitungen zusätzlich belastet wurden. Der Rückgang der Nutzung von Unterstützungsressourcen sei besonders stark im Bereich der Tagespflege, der hausärztlichen Versorgung und anderer Gesundheitsdienstleister wie der Fußpflege zu verzeichnen gewesen. Insbesondere Angehörige von Menschen mit Demenz nahmen die Pflegesituation als verschlechtert wahr. Sie waren besonders von psychischen Folgen wie Gefühlen von Hilflosigkeit und Verzweiflung betroffen. Auch berichteten sie signifikant häufiger von Konflikten und davon, Wut bzw. Ärger zu empfinden (Eggert et al., 2020).

3.5 Demografische Situation im Freistaat Sachsen

Die aktuelle Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen zeigt bis 2035, analog zum Bundestrend, eine weiter alternde Bevölkerung und gleichzeitig, anders als in Deutschland insgesamt, einen moderaten Rückgang der Bevölkerungsgröße. Ausgehend von knapp 4,08 Millionen Einwohnern im Jahr 2018 werden 2035 voraussichtlich mit 3,95 bzw. 3,81 Millionen zwischen 132.500 (Variante 1) und 263.400 (Variante 2) weniger Menschen im Freistaat Sachsen leben. Das entspricht einem Bevölkerungsrückgang bis 2035 von 3,2 bis 6,5 Prozent (das sind 0,2 und 0,4 Prozent pro Jahr) (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2020).

Das Durchschnittsalter im Freistaat Sachsen wird von 46,8 Jahren (2018) bis 2035 voraussichtlich auf 47,4 Jahre (Variante 1) bzw. 48,1 Jahre (Variante 2) ansteigen. Darüber hinaus werden sich die Relationen zwischen den Altersgruppen verändern – einer Verringerung des Bevölkerungsanteils im erwerbsfähigen Alter (20 – 65 Jahre) steht eine Erhöhung des Anteils der älteren Bevölkerung (über 65 Jahre) gegenüber (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung im Zeitraum 2018 bis 2035

Altersgruppen	2018	2035
Jünger als 20 Jahre	17,3 %	17,9 %
20 bis unter 65 Jahre	56,5 %	52,1 %
65 Jahre und älter	26,1 %	30,5 %

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2020

Die fortschreitende demografische Alterung hat erhebliche Auswirkungen auf die Entwicklung des Pflegebedarfs im Freistaat Sachsen, da die Pflegeprävalenz (Anteil der Personen mit Pflegebedürftigkeit an allen Personen einer Altersgruppe) mit dem Alter stark ansteigt. Im Jahr 2019 lag die Pflegeprävalenz im Freistaat Sachsen insgesamt bei 6,2 % - das war nach Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen mit jeweils 6,4 % der dritthöchste Wert im Vergleich der Bundesländer. Im Bundesdurchschnitt lag die Pflegeprävalenz bei 5 %, den niedrigsten Wert verzeichnete Bayern mit 3,7 % (Statistisches Bundesamt, 2022).

Auf Basis der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, mittlere Variante 2, werden im Freistaat Sachsen 2035 ca. 3,91 Mio. Menschen leben, 173.000 Personen weniger als 2018. Anhand der altersspezifischen Pflegequoten 2019 lässt sich ermitteln, dass darunter 26.600 Personen mehr Personen mit Pflegebedarf als 2019 zu erwarten sind – insgesamt knapp 277.500 (siehe Tabelle 10). Dabei entfallen drei Viertel des Zuwachses auf Personen, die 90 Jahre und älter sind, und tendenziell höhere Pflegegrade aufweisen. Dies dürfte angesichts des gleichzeitigen Rückgangs der Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter um ca. 270.000 Personen für den Freistaat Sachsen eine große Herausforderung sein.

Tabelle 10: Personen mit Pflegebedarf im Freistaat Sachsen nach Altersgruppen 2035

	Alle Altersgruppen	unter 75 Jahre	75 bis unter 85 Jahre	85 bis unter 90 Jahre	90 Jahre und älter
Bevölkerung 2035 (V2)	3.907.000	3.273.000	439.000	112.000	83.000
Pflegequote im Freistaat Sachsen 2019	6,2 %	2,0 %	19,5 %	51,8 %	82,4 %
Pflegebedürftige 2035	277.473	65.460	85.605	58.016	68.392
<i>Pflegebedürftige - Differenz gegenüber 2018</i>	26.661	-5.522	-1.592	7.920	25.855

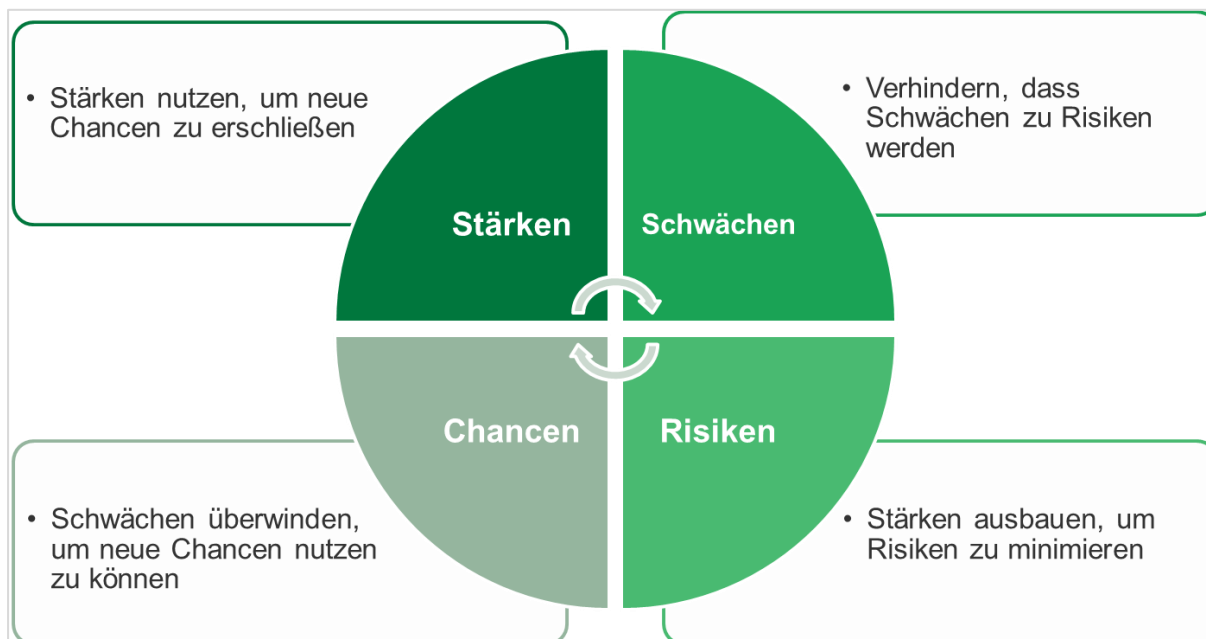
Quelle: Eigene Berechnungen IGES, Datengrundlage Statistisches Bundesamt, 2019, 2020

3.6 Bewertung der Ausgangslage (SWOT-Analyse)

Eine SWOT-Analyse dient in Unternehmen allgemein der Positionsbestimmung und Strategieentwicklung. Es werden Stärken und Schwächen (intern, betriebliche Ebene) sowie Chancen und Risiken (extern, Umwelt) identifiziert und gegenübergestellt (vgl. Abbildung 8). Ziel ist es, Kernkompetenzen (Stärken) gezielt zur Nutzung der Chancen einzusetzen und durch geeignete Maßnahmen Schwächen und Risiken zu neutralisieren.

Die Stärken und Schwächen werden im Folgenden anhand des Status quo der Pflegebranche für die Themenfelder Digitalisierung und Pflegedokumentation bewertet. Die Umweltanalyse (Chancen und Risiken) berücksichtigt vor allem die demografische Entwicklung und den (leistungs-)rechtlichen Rahmen der Langzeitpflege. Weiterhin werden Wechselwirkungen zwischen den Themenfeldern aufgezeigt und bewertet.

Abbildung 8: Schematische Darstellung einer SWOT-Analyse



Quelle: Darstellung IGES, in Anlehnung an Homburg & Krohmer, 2009, S. 480

Themenfeld Digitalisierung

Die folgende Tabelle 11 enthält die auf Basis der Literaturanalysen identifizierten Stärken/Schwächen (Pflegebranche) bzw. Chancen/Risiken (Demografie, rechtlicher Rahmen des Gesundheits- und Sozialwesens) für das Themenfeld Digitalisierung.

Tabelle 11: Themenfeld Digitalisierung in der Pflege

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • IT-Einsatz in der betrieblichen Organisation und Verwaltung weit verbreitet • zunehmende Erfahrungen im Bereich der EDV-gestützten Pflegeplanung und Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • geringer Technisierungsgrad im Bereich Pflege und Betreuung • mangelnde Kompetenzen der Beschäftigten im Umgang mit digitalen Techniken • mobile Endgeräte nicht für alle Beschäftigten verfügbar • mangelnde Vernetzung mit anderen Leistungserbringern • Personalmangel (z. T. aufgrund mangelnder Arbeitgeberattraktivität)
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von IT-Investitionen noch bis Ende 2023 (§ 8 Abs. 8 SGB XI) • Anbindung an die TI freiwillig möglich, derzeit modellhafte Erprobungen zur Entwicklung von Standards • Nachwuchspflege- und Betreuungskräfte sind technikaffiner • Verbesserte Möglichkeiten digital erbrachter Leistungen (z. B. Video-Beratung) in Folge der Pandemie, auch in der Pflegeberatung • Teil-Kostenerstattung für Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) (DVPMG, in Kraft seit 9.6.2022): neues Verfahren zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen und zur Aufnahme in ein entsprechendes Verzeichnis beim BfArM geschaffen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Refinanzierbarkeit digital erbrachter Leistungen (Leistungen müssen persönlich erbracht werden, bisher keine Leistungskomplexe für digital erbrachte Leistungen im ambulanten Bereich) • Netzabdeckung in einigen Regionen unzureichend (u. a. für mobile Datenerfassung) • Pflegebedürftige und deren Angehörige sind noch zu wenig im Umgang mit digitalen Angeboten vertraut bzw. lehnen diese teilweise ab • sich eher verstärkender Arbeitskräftemangel • unübersichtlicher Markt für Softwareprodukte • stark steigende Kosten (Inflation, Personalkosten wie Lohn, aber auch Kosten für Personalbeschaffung, -bindung und/oder -weiterentwicklung) • jede Kranken-/Pflegekasse hat eigene Verfahren zur elektronischen Abrechnung (mangelnde Standardisierung)

Quelle: IGES

Entsprechend dem Befund, dass die Langzeitpflege im Branchenvergleich bisher als relativ wenig digitalisiert einzustufen ist (vgl. Kapitel 3.1), lassen sich deutlich mehr Schwächen als Stärken identifizieren. Allerdings ergeben sich aus der Umweltanalyse auch eine ganze Reihe von Chancen für die Pflegebranche, die von den Einrichtungen ergriffen werden sollten, die Vorteile des Technikeinsatzes für ihre Beschäftigten und die pflegebedürftigen Personen zu erschließen.

In der Pflege als personenbezogene Dienstleistung sind den Möglichkeiten der Substitution von Personal durch Technik enge Grenzen gesetzt. Zudem sind neben Fragen der grundsätzlichen Machbarkeit immer auch ethische Fragen zu beantworten (Stichpunkte sind „kalte Pflege“, Verlust von menschlicher Zuwendung und Kommunikation). Daher geht es in der Pflege in erster Linie darum, die technischen Möglichkeiten zur Unterstützung und Entlastung der beruflich und informell Pflegenden einzusetzen und so mehr Freiraum für die persönliche Interaktion zu schaffen.

Potentiale der Digitalisierung liegen im Bereich Pflege und Betreuung vor allem

- in der Bereitstellung von Wissen vor Ort (über Smartphone/Tablet),
- im Online-Zugang zu Patientendaten, Medikationsplänen, Rezepten etc.,
- in der Unterstützung der Aktivierung pflegebedürftiger Personen (Apps für Mobilitäts-, Kognitions-, Toiletentraining, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte etc.),
- für Monitoring und Aktivitätserkennung (z. B. zur Vorbeugung von Stürzen),
- in der Möglichkeit, Beratung, Anleitung und Edukation auch via Videotelefonie erbringen zu können, sowie
- im Bereich Betreuung (computergestützte Spiele).

Die Nutzung der identifizierten Chancen zur Ausweitung der Techniknutzung wirkt mittelfristig den Risiken des steigenden Arbeitskräftemangels entgegen, da als entlastend wahrgenommene technische Unterstützung die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten in Pflege und Betreuung verbessert. Nachwuchspflegekräfte sollten gezielt eingesetzt werden, ältere Beschäftigte an neue Technologien heranzuführen (Technikbotschafterinnen/-botschafter, Mentoren).

Themenfeld Pflegedokumentation

In diesem Themenfeld ist zu berücksichtigen, dass in der Gesetzgebung keine konkrete Vorgabe bzgl. des zu nutzenden Pflegedokumentationssystems gemacht werden kann, aber allgemeine Anforderungen definiert sind. Die Pflegedokumentation soll gem. § 113 Abs. 1 SGB XI praxistauglich sein, den Pflegeprozess unterstützen und die Pflegequalität fördern. In den „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 23.11.2018“ heißt es dazu: Die Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation werden durch das „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ erfüllt. Weitere/andere Verfahren zur Pflegedokumentation sind zulässig.

Die folgende Tabelle 12 enthält die auf Basis der Literaturanalysen und Interviews identifizierten Stärken/Schwächen (Pflegebranche) bzw. Chancen/Risiken (Demografie, rechtlicher Rahmen) für das Themenfeld Pflegedokumentation.

Tabelle 12: Themenfeld Pflegedokumentation

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • die große Mehrheit der Pflegeeinrichtungen bundesweit nutzt das Strukturmodell • bei Anwendung des Strukturmodells bietet die Pflegedokumentation bessere Übersichtlichkeit zur aktuellen Situation des Pflegebedürftigen • Keine Informationsverluste durch separate Dokumentation, da alle an der Pflege Beteiligten (Therapeutinnen und Therapeuten, sozialpflegerischer Dienst, Betreuungsdienste) ins Berichteblatt eingetragen • Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell stärkt die personenzentrierte Pflege und erfordert den Verständigungsprozess mit der pflegebedürftigen Person (Selbstbestimmung) • Verschlankung der Pflegedokumentation ermöglicht mehr Zeit für die Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • der als notwendig erachtete Umfang der Erst- und Wiederholungsschulungen ist nicht in allen Einrichtungen umgesetzt • mangelndes Fachwissen der Pflegekräfte führt teilweise zu routinemäßiger Ausweitung der Pflegedokumentation (z. B. Assessments, weil MD in Prüfungen nachgefragt hat) • Konzept des Strukturmodells wird nur teilweise umgesetzt (alte und neue Elemente werden verschränkt) • Strukturmodell wird von den Einrichtungen nicht adäquat in der technikgestützten Pflegedokumentation umgesetzt • zu wenig Unterstützung der Pflegefachkräfte bei der veränderten Pflegeprozesssteuerung nach Einführung des Strukturmodells (interne Qualitätssicherung)
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • mit dem Strukturmodell liegt ein pflegewissenschaftlich begründetes und rechtssicheres Dokumentationsverfahren vor, das fachlichen Standards standhält • alle freigemeinnützigen und privaten Verbände der Trägerorganisationen auf Bundesebene tragen durch den Erhalt des EinSTEP-Projektbüros zur Weiterverbreitung und Verstetigung des Strukturmodells und damit zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation bei • Begutachtungsinstrument, Prüfverfahren, Qualitätsindikatoren und Pflegedokumentation haben den Pflegebedürftigkeitsbegriff als gemeinsame konzeptionelle Grundlage 	<ul style="list-style-type: none"> • mangelndes Wissen zu Zielen und zur sachgerechten Umsetzung des Strukturmodells bei den Schulenden • neue Anforderungen aufgrund neuer gesetzlicher Vorgaben bergen die Gefahr der „Aufweichung“ der Prinzipien des Strukturmodells • Qualitätsprüfende des MD sind teilweise nicht/nicht ausreichend geschult • Softwarehersteller bieten technisch machbare Funktionen („Erleichterungen“) an, die den Prinzipien des Strukturmodells zuwiderlaufen (z. B. automatisch übernommene Daten, pauschale Textbausteine, etc.) • Konzept des Strukturmodells muss in Hinblick auf neue rechtliche und fachliche Anforderungen in der Pflege überprüft werden – dafür gibt es derzeit kein zuständiges Gremium (Bund)

Quelle: IGES

Mit dem Strukturmodell zur entbürokratisierten Pflegedokumentation steht den Pflegeeinrichtungen ein bundesweit einheitliches und fachlich anerkanntes sowie rechtssicheres Dokumentationssystem zur Verfügung, das nachweislich im Vergleich zu anderen Pflegedokumentationssystemen Dokumentationszeiten reduziert und somit mehr Zeit für die direkte Interaktion mit den zu versorgenden Personen ermöglicht. Da „mehr Zeit für die eigentliche Pflege“ auch ein häufig geäußerter Wunsch von beruflich Pflegenden ist, trägt dies zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit bei.

Die Chance, dass sich das Strukturmodell und damit die Reduzierung des Bürokratieaufwandes in der Praxis noch weiter verbreitet und verstetigt, ist mit der Übernahme der Finanzierung des Projektbüros durch die Trägerverbände auf Bundesebene gegeben. Diese Struktur sollte genutzt werden, das Konzept des Strukturmodells an die veränderten rechtlichen und fachlichen Rahmenbedingungen (z. B. Vorbehaltstätigkeiten in der Pflege) anzupassen.

Die Schwächen in den Pflegeeinrichtungen liegen primär in der noch (zeitlich und inhaltlich) ungenügenden Schulung/Begleitung der Pflegefachkräfte bei Einführung des Strukturmodells – die Herausforderung ist, dies trotz des weiterhin angespannten Arbeitsmarktes zu bewerkstelligen, da hohe Krankenstände und unbesetzte Stellen es erforderlich machen, alle verfügbaren Kräfte zur Aufrechterhaltung der Versorgung einzusetzen. Umso wichtiger ist es, dass die, meist externen, Schulungspersonen

- die richtigen/aktuellen Schulungsunterlagen nutzen (verfügbar auf der EinSTEP-Website) und
- das Konzept des Strukturmodells gut vermitteln (insbesondere den vierphasigen Pflegeprozess) und nicht nur auf ein „Weglassen“ von Nachweisen und Erläuterungen zur SIS® reduzieren.

Nach der Ersts Schulung müssen die Einrichtungen die Pflegefachkräfte beim Praxistransfer begleiten und unterstützen, um das veränderte Vorgehen nachhaltig im Pflegealltag zu etablieren.

Die **Wechselwirkungen** zwischen den Themenfeldern Digitalisierung und Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sind evident, aber auch vielfältig bzgl. der Chancen und Risiken:

Mittlerweile nutzt das Gros der Pflegeeinrichtungen Software für die Pflegedokumentation – allerdings unterscheiden sich die Anteile nach Einrichtungsart deutlich (vgl. Abbildung 3, S. 30): Während es bei den ambulanten Pflegediensten bundesweit nur ein Drittel sind, dokumentieren 60 % der Tagespflegen und fast 81 % der vollstationären Pflegeeinrichtungen technikgestützt.

Im ambulanten Bereich hat die Pflicht zur Vorhaltung einer aktuellen Pflegedokumentation in der Wohnung der Klienten die Einführung von Software deutlich behindert und so auch verhindert, dass die betrieblichen Vorteile der elektronischen Datenverarbeitung zum Tragen kamen. Nach jahrelangen Beschwerden seitens der Pflegeverbände über diese doppelte Dokumentation haben z. B. in Nordrhein-Westfalen im Sommer 2021 die Kranken- und Pflegekassen zugestimmt, dass die Pflegedokumentation digital durchgeführt werden kann. Allerdings müssen die Leistungsnachweise weiterhin ausgedruckt und zum Monatswechsel vom Kunden unterschrieben werden sowie für einen eventuellen Notfall bestimmte Stammdaten für jeden Kunden in Papierform in seiner Häuslichkeit hinterlegt sein.

Seit März 2021 können ambulante Dienste ausschließlich elektronische Verfahren zur Übermittlung von Abrechnungsunterlagen und Leistungsnachweisen nutzen. Allerdings verhindern immer noch die unterschiedlichen Software-Systeme bei Krankenkassen und Pflegediensten teilweise den elektronischen Datenaustausch. Bis Januar 2024 sollen sich alle ambulanten Pflegedienste verpflichtend an die TI anschließen - für alle verbindliche digitale Lösungen in der ambulanten Pflegedokumentation, der Leistungserfassung und der Abrechnung sind derzeit aber nicht in Sicht.

Die Digitalisierung dieser Prozesse in der ambulanten Pflege hätte große Vorteile für die Einrichtungen. Viele Fehler und Verzögerungen bei Abrechnungen ließen sich so verhindern.

Auch Probleme bei den ärztlichen Verordnungen könnten mit Hilfe digitaler Vorlagen vermieden werden. Manche Ärzte machen bei der Verordnung von Leistungen - wie etwa die Medikamentenausgabe oder Insulininjektionen - häufig Formfehler. Für die Pflegedienste bedeutet das dann zusätzlichen Zeitaufwand.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Digitalisierung in der Pflege in hohem Maße zur Entbürokratisierung beitragen kann. Aber die Techniknutzung ist in dieser Branche weiterhin kein Selbstläufer – es müssen an vielen Stellen die Rahmenbedingungen angepasst und Schnittstellenprobleme beseitigt werden (Interoperabilität, Standardisierung). Über die Pflegedokumentation und betriebliche Prozesse hinaus bedarf es für technikgestützte Leistungen (Telepflege) nicht zuletzt entsprechender Vergütungen, die auch berücksichtigen, dass der Technikeinsatz auf Seiten der Versicherten und ihrer Angehörigen einen Anleitungs- und Schulungsbedarf auslöst, den im Alltag teilweise die beruflich Pflegenden decken.

4 Erkenntnisse aus den Datenerhebungen

Im Rahmen dieser Studie wurden Daten unterschiedlicher Quellen erhoben und ausgewertet. Dazu gehörten neben einer Online-Befragung von voll- und teilstationären sowie ambulanten Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen auch eine Befragung von pflegebedürftigen Personen im Freistaat Sachsen und Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten von Pflegekassen und des MD Sachsen. Darüber hinaus fließen Erkenntnisse aus einem Reflexionsworkshop, der Anfang Februar 2023 in Dresden stattfand, in die Ergebnisse ein. Für eine detaillierte methodische Beschreibung der Vorgehensweise und Stichprobe siehe Kapitel 2.

Kapitel 4 enthält die Ergebnisse und die Erkenntnisse aus allen durchgeführten Datenerhebungen. Zunächst erfolgt eine deskriptive Beschreibung der Stichproben aus den quantitativen Befragungen der Pflegeeinrichtungen sowie der pflegebedürftigen Personen. Die nachfolgenden Unterkapitel sind nach Themenbereichen gegliedert. Kapitel 4.1 befasst sich mit der Thematik Digitalisierung, Förderprogramme und Technik in der Pflege. Kapitel 4.2 fokussiert die Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell. Kapitel 4.3 behandelt coronabedingte Regelungen. Abschließend sind in Kapitel 4.4 Entbürokratisierungspotentiale aus Sicht der Pflegeeinrichtungen, der Pflegekassen sowie des MD thematisiert. Am Ende der jeweiligen Unterkapitel finden sich eine Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen.

Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen: Stichprobe

Die Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen wurde zum größten Teil von Personen aus der Geschäftsführung (50 %) und der Pflegedienstleitung (43 %) bearbeitet. Die Befragten weisen im Median eine Berufserfahrung von über zwanzig Jahren auf (vollstationär: 22 Jahre, teilstationär: 22 Jahre und ambulant: 20,5 Jahre).

Tabelle 13 zeigt die teilnehmenden Einrichtungen (150), unterteilt in Einrichtungsart und Trägerschaft. Die meisten Befragten sind in ambulanten Pflegediensten tätig (52 %), gefolgt von vollstationären (38 %) und teilstationären Pflegeeinrichtungen (10 %). Dies entspricht exakt der Verteilung nach Einrichtungsarten (stationär und ambulant) in der Grundgesamtheit. In der Verteilung der realisierten Stichprobe nach Trägerschaft sind die freigemeinnützigen Träger etwas über- und die privaten Träger etwas unterrepräsentiert. 6,8 % aller stationären Pflegeeinrichtungen sowie 6,8 % der ambulanten Pflegedienste im Freistaat Sachsen haben sich an der Online-Befragung beteiligt (Tabelle 14).

Es sind alle kreisfreien Städte und Landkreise in der Stichprobe vertreten (Abbildung 9). Der Landkreis Leipzig weist die höchste Beteiligung auf: 11,8% aller Pflegeeinrichtungen aus dem Landkreis haben an der Befragung teilgenommen. Die Teilnahmebereitschaft fiel mit 3,2 % im Landkreis Meißen am geringsten aus.

Tabelle 13: Charakteristiken der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen an der Online-Befragung

Teilnehmende Einrichtungen	Anzahl (%)	Anteil in Grundgesamtheit
<i>Einrichtungstyp</i>		
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen	57 (38 %)	47,9 %
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	15 (10 %)	
Ambulante Pflegedienste	78 (52 %)	52,1 %
<i>Trägerschaft</i>		
Freigemeinnützig	77 (51,3 %)	40,4 %
Öffentlich	3 (2 %)	2,5 %
Privat	68 (45,3 %)	57,1 %
Keine Angabe	2 (1,3 %)	-

Quelle: IGES, auf Datengrundlage Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021c und Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a

*inkl. teilstationärer Einrichtungen

**teilstationäre Einrichtungen nicht separat ausgewiesen

Tabelle 14: Anteil teilnehmender Einrichtungen nach Einrichtungstyp

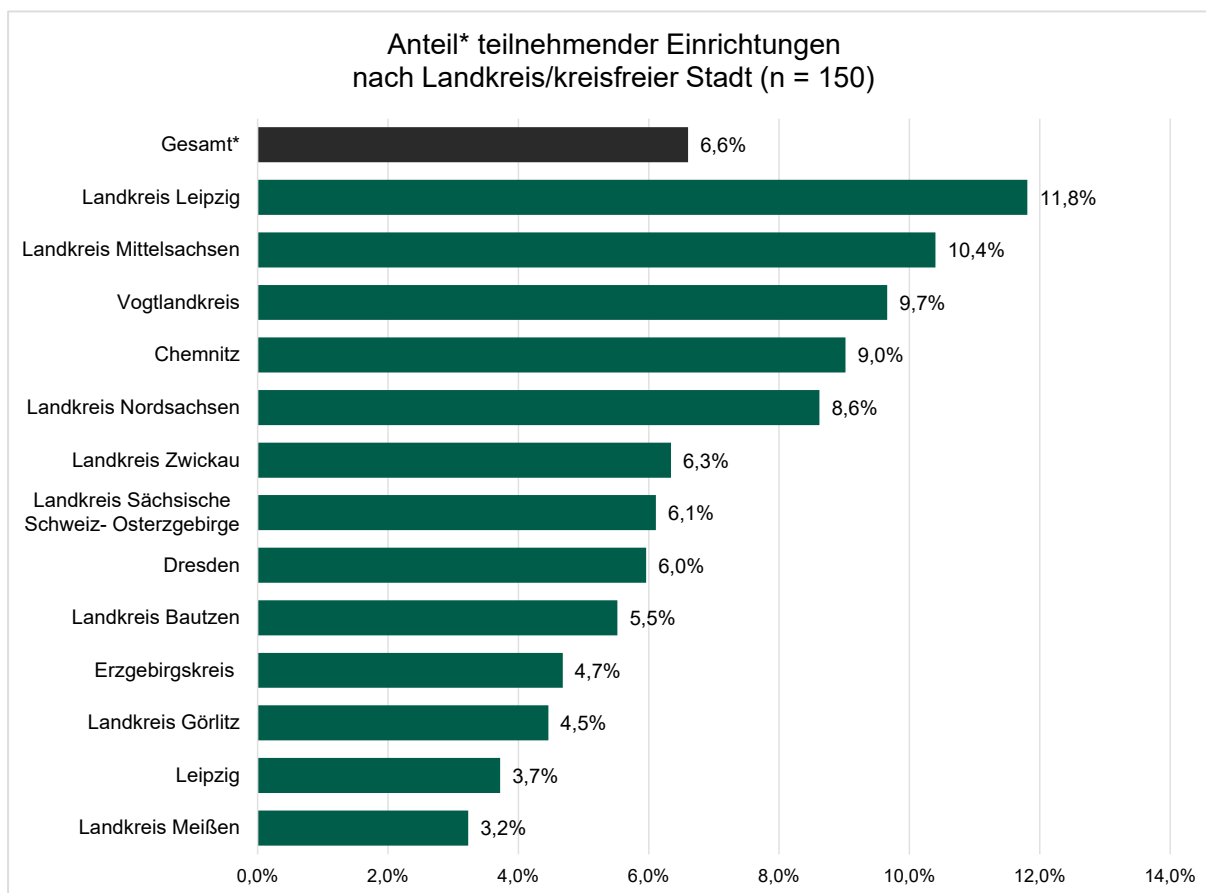
Einrichtungstyp	Anzahl teilnehmende Einrichtungen	Anzahl Einrichtungen im Freistaat Sachsen	Anteil teilnehmende Einrichtungen
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen	57	1.058	6,8 %*
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	15	-**	
Ambulante Pflegedienste	78	1.149	6,8 %

Quelle: IGES, auf Datengrundlage Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021c und Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021a

*inkl. teilstationärer Einrichtungen

**teilstationäre Einrichtungen nicht separat ausgewiesen

Abbildung 9: Anteil teilnehmender Einrichtungen nach Landkreis/kreisfreier Stadt



Quelle: IGES, mit Daten des Statistisches Landesamts des Freistaates Sachsen, 2021b

Tabelle 15 zeigt die Verteilung der Beschäftigten nach Tätigkeitsfeld (körperbezogene Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft und Verwaltung bzw. Geschäftsführung) unterteilt nach Einrichtungsart. Die Pflegeeinrichtungen beschäftigen im Befragungszeitraum maximal 191 Mitarbeitende (vollstationäre Einrichtung) und minimal drei Mitarbeitende (teilstationäre Einrichtung). Die größte Gruppe der Beschäftigten arbeitet in der körperbezogenen Pflege, die Gruppe der Mitarbeitenden in der Betreuung und Hauswirtschaft ist im Mittelwert ähnlich (vollstationär 8,2/9,0, teilstationär 1,46/1 und ambulant 2,9/3,9), die Verwaltung und Geschäftsführung ist jeweils die kleinste Gruppe der Beschäftigten.

Tabelle 15: Verteilung Beschäftigte nach Tätigkeitsfeld

Einrichtungsart	Verteilung (in Personen)			
	Min	Max	Median	Mittelwert
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen (n = 57)				
Anzahl Mitarbeitende Gesamt	15	191	59	63,8
Körperbezogene Pflege	11	139	28	43,7
Betreuung	1	27	8	8,2
Hauswirtschaft	0	27	8	9,0
Verwaltung/Geschäftsführung	0	18	2	2,9

Einrichtungsart	Verteilung (in Personen)			
	Min	Max	Median	Mittelwert
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (n = 15)				
Anzahl Mitarbeitende Gesamt	3	10	6	6,1
Körperbezogene Pflege	1	4	3	2,9
Betreuung	1	3	1	1,5
Hauswirtschaft	0	3	1	1,0
Verwaltung/Geschäftsführung	0	2	1	0,8
Ambulante Pflegedienste (n = 78)				
Anzahl Mitarbeitende Gesamt	6	115	20	26,9
Körperbezogene Pflege	3	86	14	18,0
Betreuung	0	16	2	2,9
Hauswirtschaft	0	50	2	3,9
Verwaltung/Geschäftsführung	0	10	2	2,1

Quelle: IGES

Insgesamt versorgen die befragten Pflegeeinrichtungen 13.352 pflegebedürftige Menschen, davon 8.699 (65,2 %) in der eigenen Häuslichkeit (Pflege-Wohngemeinschaften eingeschlossen). Die vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgen durchschnittlich 68 (Median) pflegebedürftige Menschen, teilstationäre Pflegeeinrichtungen 14,5 (Median) und ambulante Pflegedienste 85 (Median). Tabelle 16 ist die minimale und maximale Anzahl versorgter pflegebedürftiger Personen (ohne Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI) sowie Mittelwert und Median zu entnehmen.

Tabelle 16: Versorgte pflegebedürftige Menschen

Einrichtungsart	Verteilung (in Personen)			
	Min	Max	Median	Mittelwert
Anzahl versorgter pflegebedürftiger Menschen (ohne § 37 Abs. 3 SGB XI)				
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen	10	234	68	77,5
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	1	20	14,5	14,6
Ambulante Pflegedienste	5	435	85	111,5

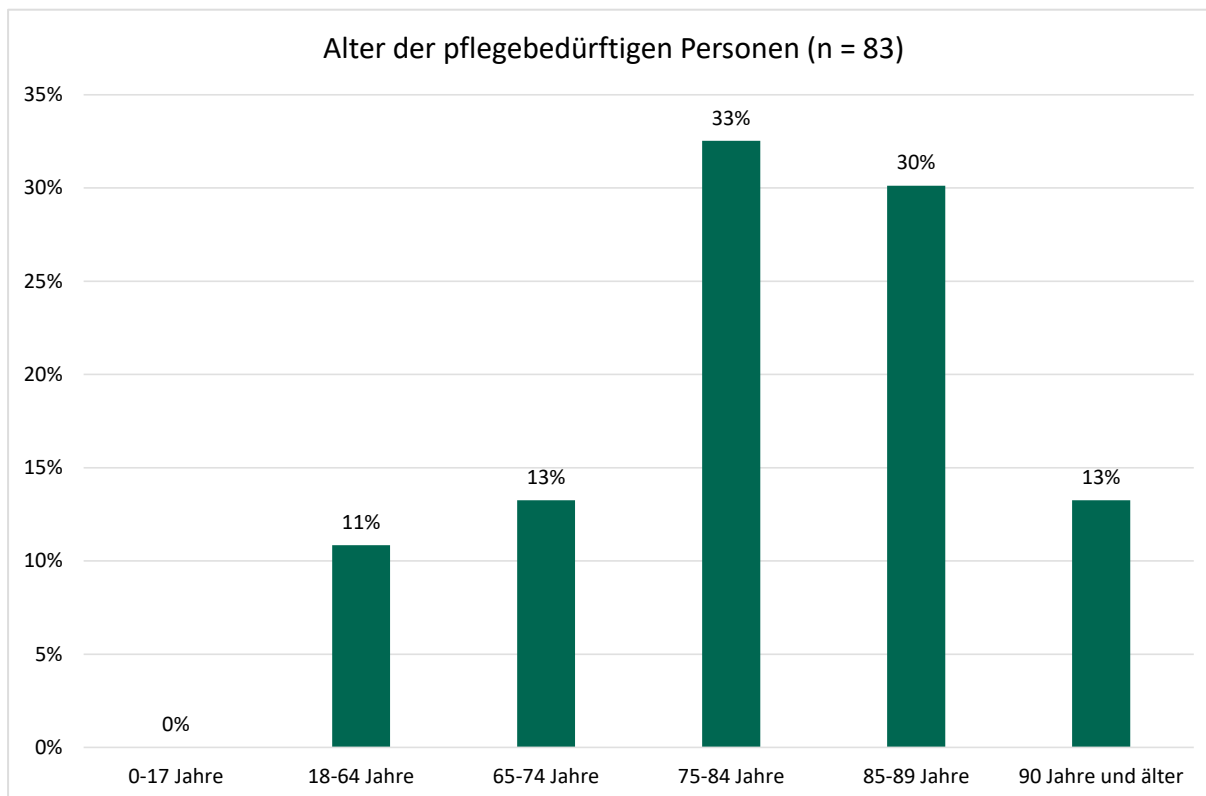
Quelle: IGES

Befragung der pflegebedürftigen Personen: Stichprobe

Insgesamt haben sich 83 pflegebedürftige Personen bzw. ihre Angehörigen an der Befragung beteiligt. Die Verteilung der Papierfragebögen erfolgte über ambulante Pflegedienste und teilstationäre Einrichtungen. Eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens ist in Kapitel 2.5 enthalten. Die Beteiligung entspricht den Erwartungen, da erfahrungsgemäß die Gruppe der pflegebedürftigen Personen schwierig zu erreichen ist und Beteiligungen bei anonymen Befragungen eher gering ausfallen. Die größte Altersgruppe unter den Teilnehmenden ist die der 75- bis 84-jährigen Personen, die kleinste die der 18- bis 64-Jährigen. Angehörige von Personen unter 18 Jahren bzw. unter 18-Jährige selbst haben nicht an der Befragung teilgenommen (Abbildung 10). Im Vergleich zur Grundgesamtheit aller Pflegebedürftigen im

Freistaat Sachsen (2019) ist in der Stichprobe lediglich die Altersgruppe 85 bis 89 Jahre deutlich überrepräsentiert (30 % in STP gegenüber 20 % in der Grundgesamtheit) und die unter 18-Jährigen sind unterrepräsentiert (5 % in der Grundgesamtheit).

Abbildung 10: Altersverteilung der Pflegebedürftigen



Quelle: IGES, Befragung pflegebedürftiger Personen im Freistaat Sachsen

Auch die Verteilung der Pflegegrade (Tabelle 17) in der Stichprobe entspricht ungefähr der Verteilung in der Grundgesamtheit (Datenbasis Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen). Ein größerer Unterschied besteht im Anteil an Personen mit Pflegegrad 3, hier sind in den erhobenen Daten prozentual mehr Personen vertreten (43 %), was eventuell an der hohen Beteiligung von über 85-Jährigen (43 % der befragten Personen sind 85 Jahre oder älter) liegen könnte.

Tabelle 17: Verteilung Pflegegrad der befragten pflegebedürftigen Personen im Vergleich zur landesbezogenen Pflegestatistik

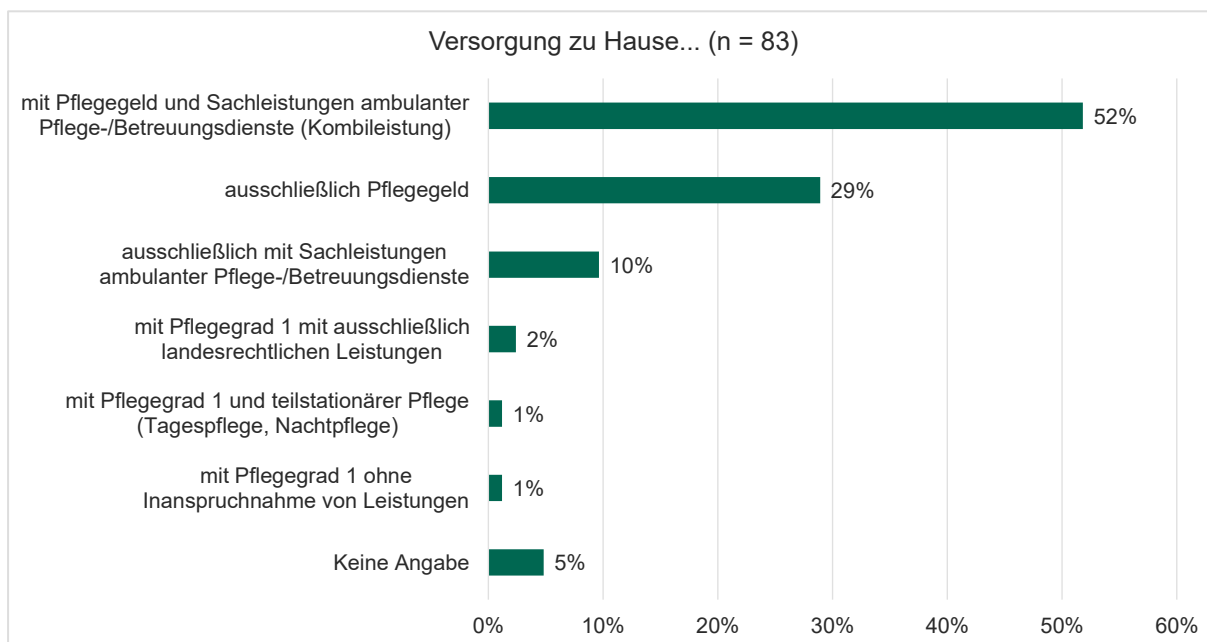
Pflegegrad	Anzahl (%)	Anzahl zu Hause betreuter pflegebedürftige Personen im Freistaat Sachsen (2021) (%)
Pflegegrad 1	4 (5 %)	43.494 (17 %)
Pflegegrad 2	27 (33 %)	126.678 (48 %)
Pflegegrad 3	36 (43 %)	68.289 (26 %)
Pflegegrad 4	13 (16 %)	17.981 (7 %)
Pflegegrad 5	3 (4 %)	6.026 (2 %)

Quelle: IGES auf Grundlage von Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2021b

An der Befragung beteiligten sich Personen aus sieben Kreisen im Freistaat Sachsen: Landkreis Bautzen, kreisfreie Stadt Chemnitz, Vogtlandkreis, Erzgebirgskreis, Landkreis Görlitz, Landkreis Meißen sowie Landkreis Zwickau. Hinzukommen Personen, die im Landkreis Spree-Neiße in Brandenburg wohnen aber durch einen Pflegedienst oder eine Tagespflegeeinrichtung im Freistaat Sachsen versorgt werden. Zwei Personen machten keine Angabe zur Postleitzahl und eine angegebene Postleitzahl ließ sich nicht zuordnen.

Von den 83 Personen geben 52 % an, Kombileistungen (d. h. Pflegegeld kombiniert mit Sachleistungen ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste) in Anspruch zu nehmen. Bei 29 % der befragten Personen wird die Versorgung zu Hause ausschließlich über das Pflegegeld organisiert, d. h. durch informell bzw. Laienpflegende wie z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn. Bei 10 % erfolgt die Versorgung ausschließlich über Sachleistungen (ambulante Pflege- und Betreuungsdienste) (Abbildung 11). Der Verteilung der Versorgungsart ist im deutschlandweiten Vergleich für Kombileistungen überproportional hoch. Dies dürfte damit erklärbar sein, dass die Verteilung der Fragebögen über Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen erfolgte, d. h. primär wurden diese an Klientinnen und Klienten bzw. Gäste der jeweiligen Dienste und Einrichtungen weitergegeben.

Abbildung 11: Versorgungsart zu Hause



Quelle: IGES, Befragung pflegebedürftiger Personen im Freistaat Sachsen

4.1 Digitalisierung, Inanspruchnahme von Förderprogrammen und Technik in der Pflege

In Kapitel 4.1.1 wird der zum Zeitpunkt der Befragung (August 2022 – September 2022) gegenwärtige Stand der Digitalisierung in sächsischen Pflegeeinrichtungen berichtet. Kapitel 4.1.2 fokussiert die Inanspruchnahme von Förderprogrammen.

4.1.1 Status quo der Digitalisierung in den Pflegeeinrichtungen

Digitalisierungsgrad der Pflegeeinrichtungen

Tabelle 18 zeigt eine Übersicht über den Anteil von Beschäftigten, unterteilt in die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche, welche regelmäßig digitale Endgeräte nutzen. Bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen nutzen im Durchschnitt 79 % regelmäßig digitale Endgeräte. Die größten Gruppen sind die Beschäftigten in Betreuung (93 %) und Verwaltung/Geschäftsführung (93 %), am wenigsten arbeiten die Hauswirtschaftskräfte (36 %) mit digitalen Endgeräten. Bei den teilstationären Pflegeeinrichtungen nutzen 61 % der Beschäftigten regelmäßig digitale Endgeräte. In den Bereichen der körperbezogenen Pflege (72 %) und der Betreuung (60 %) nutzen die meisten Beschäftigten regelmäßig digitale Endgeräte, die kleinste Gruppe (28 %) ist die der Hauswirtschaftskräfte. Bei den ambulanten Pflegediensten nutzen im Durchschnitt 65 % der Beschäftigten regelmäßig digitale Endgeräte, die Verwaltung/Geschäftsführung ist mit 87 % der größte Bereich, die Hauswirtschaftskräfte der kleinste mit 55 % der Beschäftigten.

Tabelle 18: Regelmäßige Nutzung von digitalen Endgeräten

Einrichtungsart	Regelmäßige Nutzung von digitalen Endgeräten (%)		
	Min (%)	Median* (%)	Durchschnitt (%)
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen (n = 57)			
Anteil Mitarbeitende Gesamt	18 %	84 %	79 %
Körperbezogene Pflege	0 %	100 %	85 %
Betreuung	0 %	100 %	93 %
Hauswirtschaft	0 %	11 %	36 %
Verwaltung/Geschäftsführung	0 %	100 %	93 %
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (n = 15)			
Anteil Mitarbeitende Gesamt	0 %	67 %	61 %
Körperbezogene Pflege	0 %	90 %	72 %
Betreuung	0 %	90 %	60 %
Hauswirtschaft	0 %	0 %	28 %
Verwaltung/Geschäftsführung	0 %	100 %	59 %
Ambulante Pflegedienste (n = 78)			
Anteil Mitarbeitende Gesamt	0 %	80 %	65 %
Körperbezogene Pflege	0 %	93 %	66 %
Betreuung	0 %	80 %	57 %
Hauswirtschaft	0 %	91 %	55 %
Verwaltung/Geschäftsführung	0 %	100 %	87 %

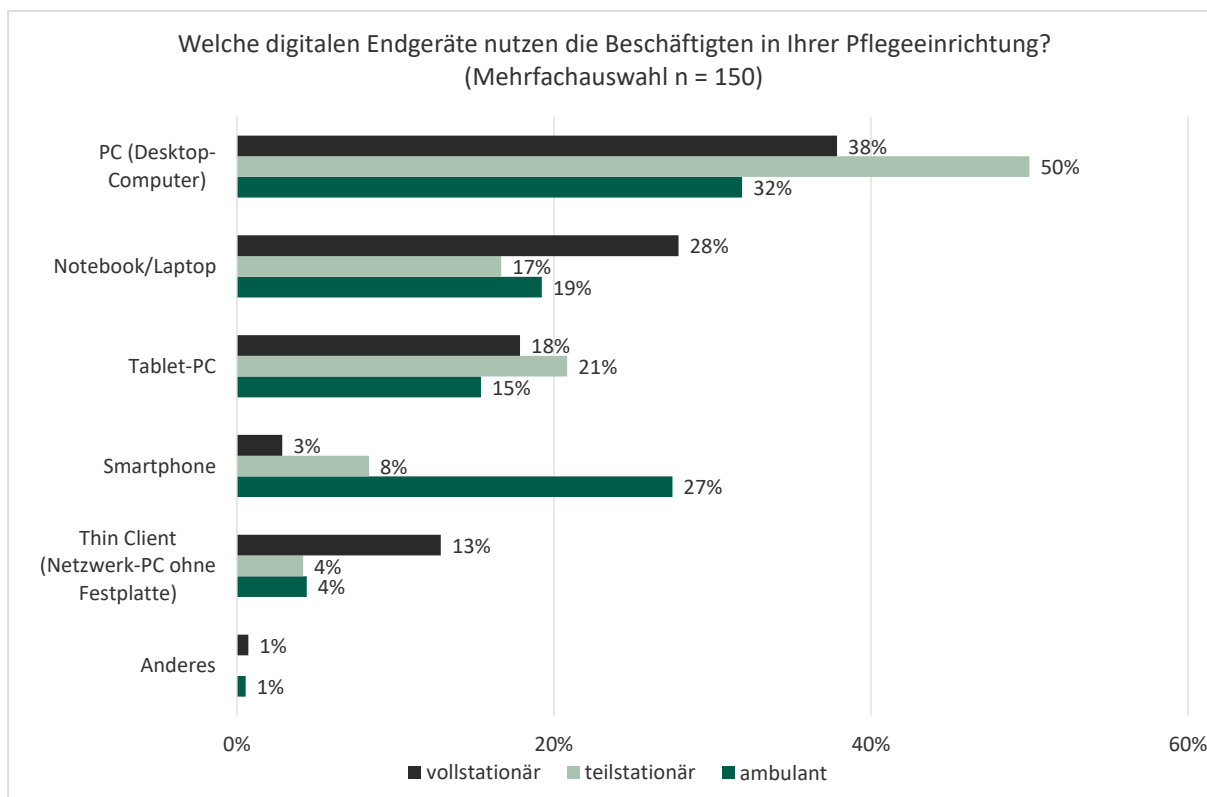
Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Anmerkung: *Der Median ist ein Lagemaß. Er ist der Wert, der genau in der Mitte einer Verteilung liegt. Liegt der Median bei 100 %, haben mindestens die Hälfte der Einrichtungen 100 % angegeben.

Über alle drei Einrichtungsarten betrachtet kann rund die Hälfte der Beschäftigten (49 %) mittels mobiler Geräte (Tablet, Smartphone) auf Daten der Pflegeeinrichtung zugreifen bzw. mobil Daten erfassen. Abbildung 12 zeigt die digitalen Endgeräte, welche in den Pflegeeinrichtungen genutzt werden. Der Desktop-Computer bzw. Laptop sind die am meisten genutzten digitalen Endgeräte. In ambulanten Pflegediensten haben Smartphones eine größere Bedeutung. In 10 % der befragten Pflegeeinrichtungen nutzen die Beschäftigten regelmäßig ihre privaten Endgeräte (z. B. Smartphones) für betriebliche Zwecke, in 15 % der Pflegeeinrichtungen nur

in Ausnahmefällen und in 73 % werden keine privaten Endgeräte für betriebliche Zwecke genutzt. 2 % machten hierzu keine Angabe.

Abbildung 12: Genutzte digitale Endgeräte

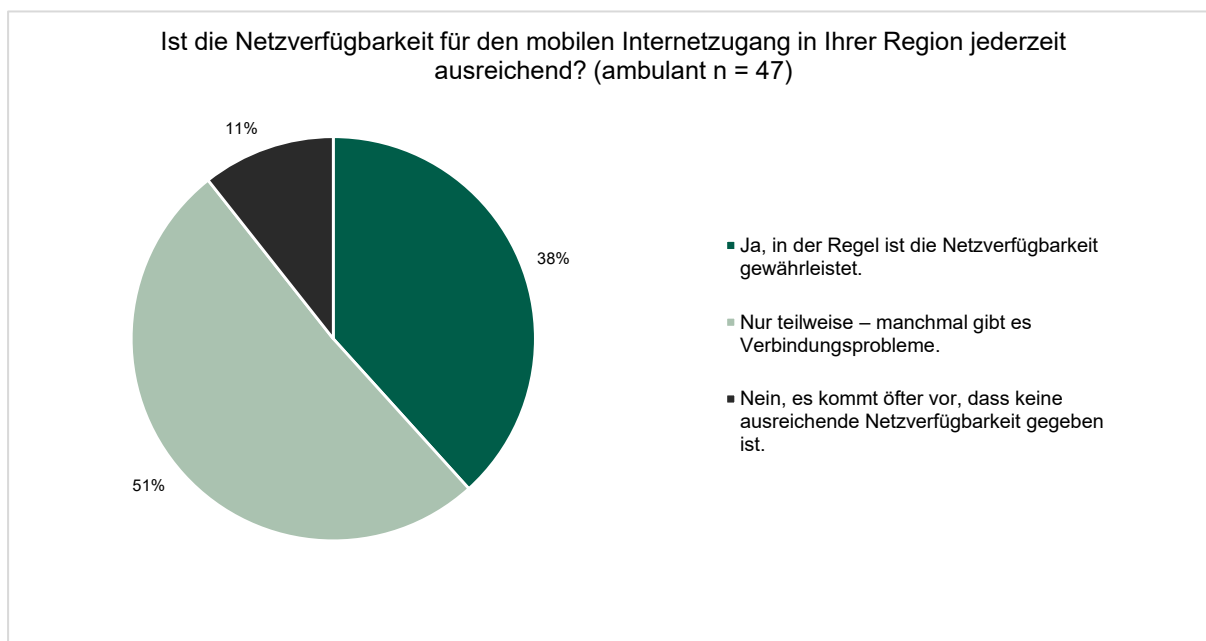


Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Der mobile Internetzugang bei ausreichender regionaler Netzverfügbarkeit ist für 38 % der befragten ambulanten Pflegedienste gegeben. Etwas mehr als die Hälfte (51 %) erleben durch Verbindungsprobleme teilweise Einschränkungen und rund 11 % geben an, öfter Schwierigkeiten mit der Netzwerkverfügbarkeit zu haben (s. Abbildung 13). 11 % der ambulanten Pflegedienste, welche angegeben haben, dass keine ausreichende Netzverfügbarkeit gegeben ist, kommen aus ländlichen Regionen⁷ (Meißen, Vogtlandkreis, Leipzig (Landkreis), Erzgebirgskreis) sowie Zwickau. In den kreisfreien Städten haben die ambulanten Pflegedienste eine bessere Netzwerkverfügbarkeit (55 % Ja, in der Regel ist die Netzverfügbarkeit gewährleistet) angegeben, als auf dem Land (33 %).

⁷ Auf Grundlage des Bewohneranteils ländlicher Kreise mit einer Einwohnerdichte von unter 150 E./km² gem. siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt und Raumforschung (BBSR)

Abbildung 13: Netzverfügbarkeit für mobilen Internetzugang (ambulant)



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Die Expertinnen und Experten der Fokusgruppen hoben positiv hervor, dass die Digitalisierung während der Pandemie sehr vorangetrieben wurde, was sich sowohl auf Ebene der Pflegebedürftigen für die Kommunikation mit Angehörigen als positiv zeigte als auch auf Ebene der Begutachtungen, die z. T. per Video durchgeführt werden konnten. Voraussetzung für die digitalen Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme und Kommunikation sei jedoch, dass dies von den Einrichtungen unterstützt werde, z. B. durch das Vorhandensein eines Internetanschlusses oder Anleitung im Umgang mit den Geräten. In den vollstationären Einrichtungen sei das aufgrund der technischen Ausstattung aus Sicht der Fokusgruppen-Teilnehmenden gut möglich, mitunter gäbe es Tablets an der Wand, die genutzt werden könnten. Die Schwelle für eine Videoverbindung mit einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern sei sehr hoch, auch wegen des Datenschutzes. In der ambulanten Pflege sei die Herausforderung, dass viele Personen das Handling nicht kennen, kein Breitbandinternet vorhanden sei, sodass keine Videotelefonie möglich sei oder ältere pflegebedürftige Menschen kein Smartphone besäßen.

Der Grad der Digitalisierung in der:

- Klientenverwaltung,
- Pflegeplanung und -dokumentation,
- Wunderfassung und -dokumentation sowie dem
- Dokumentenmanagement und Archivierung

unterscheidet sich zwischen den Einrichtungsarten (siehe Tabelle 19) in datenschutzsensiblen Bereichen. Im Vergleich verwalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen den größten Teil der datenschutzsensiblen Prozesse digital. Dagegen verwalten teilstationäre und ambulante Einrichtungen viele Prozesse papierbasiert. Die Wunderfassung und -dokumentation sowie die Pflegeplanung und -dokumentation erfolgen bei ambulanten Diensten zu 58 % (Wunderfassung und -dokumentation) bzw. 40 % (Pflegeplanung und -dokumentation) mehrheitlich bis komplett papierbasiert. Im Kontrast dazu liegt der Anteil bei den vollstationären Einrichtungen bei 7 % (Wunderfassung und -dokumentation) bzw. 5 % (Pflegeplanung und -dokumentation).

Tabelle 19: Digitalisierung in datenschutzsensiblen Bereichen

Bereich	Mehrheitlich bis komplett digital (%)	Mehrheitlich bis komplett papierbasiert (%)
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen n = 57		
Klientenverwaltung	97 %	4 %
Pflegeplanung und -dokumentation	95 %	5 %
Wunderfassung und -dokumentation	93 %	7 %
Dokumentenmanagement, Archivierung	51%	44%
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen n = 15		
Klientenverwaltung	40 %	60 %
Pflegeplanung und -dokumentation	53 %	47 %
Wunderfassung und -dokumentation	53 %	27 %
Dokumentenmanagement, Archivierung	46 %	54 %
Ambulante Pflegedienste n = 78		
Klientenverwaltung	90 %	10 %
Pflegeplanung und -dokumentation	60 %	40 %
Wunderfassung und -dokumentation	42 %	58 %
Dokumentenmanagement, Archivierung	46 %	54 %

Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Anmerkung: keine Angabe/fehlend nicht abgebildet

In den Prozessen der Arbeitsplanung (Zeiterfassung und Dienstplanung) sind die vollstationären Pflegeeinrichtungen ebenfalls stärker digitalisiert als teilstationäre und ambulante Einrichtungen (s. Tabelle 20). Warum es zu dieser Entwicklung kam, wurde im Reflexionsworkshop erörtert. Als Gründe werden angeführt, dass:

- es bei privaten Einrichtungsträgern an der Finanzierung der erforderlichen Investitionen scheitern würde,
- insbesondere ältere Inhaberinnen und Inhaber von Pflegediensten der Auffassung sind, dass sich ein Einstieg für sie nicht mehr lohne und es ungewiss sei, ob der Pflegedienst weitergeführt wird,
- die Einbindung von Angehörigen erforderlich wäre, wenn Klientinnen und Klienten technische Geräte benutzen sollen, was erfahrungsgemäß schwierig sei,
- Bedenken und Barrieren aufgrund der hohen Datenschutzerfordernisse bestehen,
- vor allem kleinere ambulante Dienste für den Einstieg in das Themenfeld Digitalisierung einen Partner brauchen würden, der sich am Markt und in der Branche auskennt, sowie
- ambulante Dienste die Verwaltung z. T. an externe Dienstleister auslagern.

In der Dienstplanung beispielsweise wird auch bei den anderen beiden Einrichtungstypen mehrheitlich bis komplett digital gearbeitet (teilstationär 73 %, ambulant 80 %). Die Touren-

und Einsatzplanung in der ambulanten Versorgung wird von knapp drei Viertel (71 %) der befragten Pflegedienste mehrheitlich bis komplett digital durchgeführt.

Tabelle 20: Digitalisierung in der Arbeitsplanung

Einrichtungsart/Bereich	Mehrheitlich bis komplett digital (%)	Mehrheitlich bis komplett papierbasiert (%)
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen n = 57		
Zeiterfassung	68 %	16 %
Dienstplanung	90 %	9 %
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen n = 15		
Zeiterfassung	53 %	33 %
Dienstplanung	73 %	27 %
Ambulante Pflegedienste n = 78		
Zeiterfassung	64 %	31 %
Dienstplanung	80 %	21 %
Touren- und Einsatzplanung	71 %	27 %

Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Anmerkung: keine Angabe/fehlend nicht abgebildet

Tabelle 21 zeigt, dass vor allem der Bereich des Personalwesens mehrheitlich bis komplett digitalisiert ist (vollstationär 79 %, teilstationär 93 %, ambulant 91 %). Im Rechnungswesen, der Leistungsabrechnung und Statistik sind vollstationäre (95 %) und teilstationäre (93 %) Pflegeeinrichtungen auch mehrheitlich bis komplett digital aufgestellt. Ambulante Pflegedienste geben an, hier noch zu 31 % mehrheitlich bis komplett papierbasiert zu arbeiten.

Tabelle 21: Digitalisierung in der Verwaltung

Bereich	Mehrheitlich bis komplett digital (%)	Mehrheitlich bis komplett papierbasiert (%)
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen n = 57		
Logistik	49 %	23 %
Wissensmanagement (z.B. Zugriff auf Expertenstandards)	72 %	28 %
Qualitätsmanagement	81 %	19 %
Personalwesen	79 %	16 %
Rechnungswesen, Leistungsabrechnung und Statistik	95 %	4 %
Einkauf und Materialwirtschaft	75 %	18 %
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen n = 15		
Logistik	47 %	27 %
Wissensmanagement (z.B. Zugriff auf Expertenstandards)	40 %	60 %
Qualitätsmanagement	40 %	60 %
Personalwesen	93 %	7 %

Bereich	Mehrheitlich bis komplett digital (%)	Mehrheitlich bis komplett papierbasiert (%)
Rechnungswesen, Leistungsabrechnung und Statistik	93 %	7 %
Einkauf und Materialwirtschaft	47 %	47 %
Ambulante Pflegedienste n = 78		
Logistik	41 %	35 %
Wissensmanagement (z.B. Zugriff auf Expertenstandards)	44 %	56 %
Qualitätsmanagement	60 %	40 %
Personalwesen	91 %	9 %
Rechnungswesen, Leistungsabrechnung und Statistik	56 %	31 %
Einkauf und Materialwirtschaft	76 %	17 %

Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Eine von fünf befragten Pflegeeinrichtungen (21 %) nutzt technische Systeme in der Pflege und Betreuung (z. B. sensorgestützte Systeme zur Aktivitätserkennung, GPS-Tracking, Servicerobotik, computergestützte Betreuungsangebote o. Ä.). Der größte Anteil davon sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen. 42 % aller Befragten vollstationären Pflegeeinrichtungen nutzen solche Systeme. Bei den ambulanten Pflegediensten sind es 8 % und bei den teilstationären Pflegeeinrichtungen 7 %. Zu den genutzten Systemen zählen Tablets, Funksensorarmbänder, Klingel- und Sturzmatten, Hausrufsysteme, Virtual-Reality-Brillen, Transponder mit Ortungsfunktion, therapeutische und interaktive Videospielekonsolen sowie digitale Aktivitätstische zur gemeinsamen Beschäftigung. Der größte Anteil derer, die bereits solche Systeme nutzen, würden diese auch auf jeden Fall weiterempfehlen (87 %). Knapp 10 % würden diese nur empfehlen, wenn die Technik im Arbeitsalltag Anwendung findet, die Mitarbeitenden dementsprechend geschult sind und damit umzugehen wissen.

Exkurs: Technik in Modellprojekten

Im Rahmen der Online-Befragungen wurden die Einrichtungen zudem gefragt, ob sie in einem Modellprojekt neue Technologien einsetzen. Insgesamt zehn Pflegeeinrichtungen (neun vollstationäre, eine ambulante) haben dies bejaht. Erprobt werden u. a. Assistenzrobotik (ein Modellprojekt), spezielle Bettsensoren (eine Nennung), neue Kartenlesegeräte für die Telematik (zwei Nennungen), Dienstplanprogramme (eine Nennung), erweiterte Netzwerktechnik zur Verbindung multisensorischer Erlebnisse (eine Nennung), neue mobile Endgeräte (drei Nennungen), Spiele-Konsolen (eine Nennung) sowie ein Luftstrom-Matratzen-System mit automatischer Wechseldrucktherapie (eine Nennung).

67 % der vollstationären Pflegeeinrichtungen haben während der Corona-Pandemie Technik angeschafft, die es den Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglicht hat, Kontakt zu ihren Angehörigen zu halten (z. B. mittels Videotelefonie). Abbildung 14 zeigt Erfahrungen, die Einrichtungen mit Technik zur Aufrechterhaltung des Kontaktes zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen gemacht haben. Die Mehrheit der Befragten ist der Auffassung, dass:

- der Technikeinsatz zur Aufrechterhaltung des Kontaktes zu Angehörigen beigetragen habe (74 %),
- die Technik durch die Bewohnerinnen und Bewohner gut angenommen wurde (63 %) und
- die Pflegeeinrichtung durch den Technikeinsatz für potentielle Kundinnen und Kunden attraktiver geworden sei (58 %).

Im Reflexionsworkshop berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von einem Praxisbeispiel aus Bayern, welches das Ziel hat, pflegebedürftigen Personen den Zugang zu Technik zu erleichtern. Das Bayerische Rote Kreuz versucht pflegebedürftigen Personen in der Kurzzeitpflege an die Technik heranzuführen. In Kooperation mit Telefunken werden über den Fernseher interaktive Anwendungen angeboten (z. B. Essensauswahl, Unterhaltungsangebote). Die Pflegebedürftigen können die Anwendung dann für zu Hause kaufen.

Etwas weniger als die Hälfte der befragten Pflegeeinrichtungen (47 %) gibt in der Online-Befragung an, dass der Technikeinsatz die Pflege und Betreuung für die Beschäftigten erleichtern würde. Insgesamt wurde der Technikeinsatz überwiegend positiv durch die betreffenden vollstationären Einrichtungen bewertet, sodass 82 % den Technikeinsatz auch nach Ende der Pandemie beibehalten wollen (s. Abbildung 14).

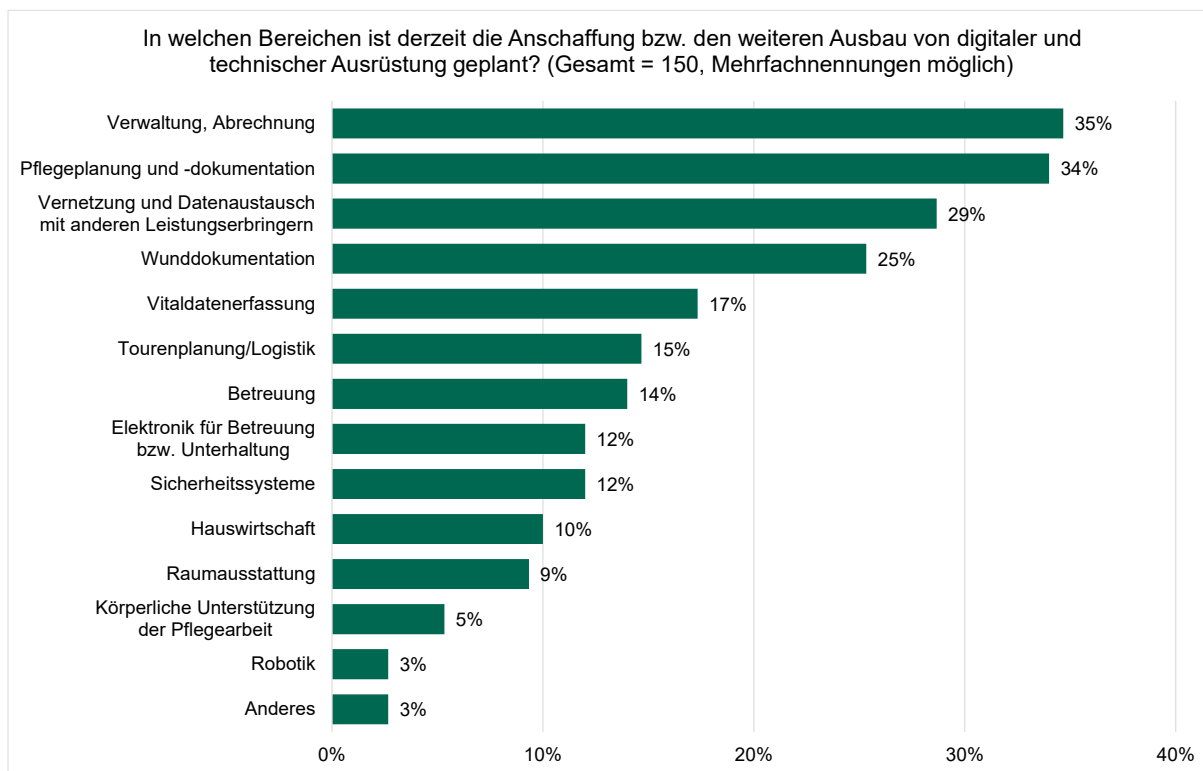
Abbildung 14: Erfahrung mit Technik zur Aufrechterhaltung des Kontaktes zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen während der Corona-Pandemie



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Von den teilnehmenden Einrichtungen planen 63 % die Anschaffung bzw. den weiteren Ausbau von digitaler und technischer Ausrüstung, 23 % Einrichtungen planen keine weiteren Anschaffungen bzw. den weiteren Ausbau und 15 % haben sich dazu nicht geäußert. Die Bereiche Verwaltung, Abrechnung, Pflegeplanung und -dokumentation und Vernetzung/Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern wurde am häufigsten für einen weiteren Ausbau bzw. weitere Technikanschaffungen genannt. Weiterhin wurden noch Haustechnik, Schulungen für Mitarbeitende, Server, Erweiterungen in anderen Unternehmensbereichen jeweils einmal benannt (Abbildung 15).

Abbildung 15: Geplanter Ausbau von digitaler und technischer Ausrüstung



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Reflexionsworkshops sehen für die Pflege durch die Einbindung von Technik die nachfolgenden Potentiale:

- Auch in der ambulanten Pflege könnten Teilaufgaben im Homeoffice erledigt werden (z. B. die Pflegeplanung). Voraussetzung ist wegen des Datenschutzes eine sichere Verbindung zum Server.
- Unterstützung durch Software für Spracherkennung - diese kann grammatikalische Fehler korrigieren und ist insbesondere für ausländische Beschäftigte eine große Hilfe.
- Systeme zur Sturzerkennung vermitteln ein Sicherheitsgefühl und werden auch von Angehörigen sehr begrüßt. In vollstationären Pflegeeinrichtungen sind Sturzmatten relativ weit verbreitet.
- Vernetzung und digitaler Datenaustausch mit Ärztinnen und Ärzten würde Arbeitsaufwände minimieren, z. B. Einlesen der Chipkarte einmal pro Quartal (i. d. R. macht das die Pflege, hoher Zeitaufwand).
- (Video-)Telefonische Pflegeberatung (derzeit rückläufig).

- Einsatz von Technik zur Betreuung, bspw. Care-Table mit verschiedenen Spielen (erfordert aber auch die Anwesenheit einer Betreuungskraft).
- Einsatz von VR-Brillen. Diese werden z. T. im ambulanten Dienst sowohl für Klientinnen und Klienten als auch die Pflegekräfte selbst zur Entspannung eingesetzt.

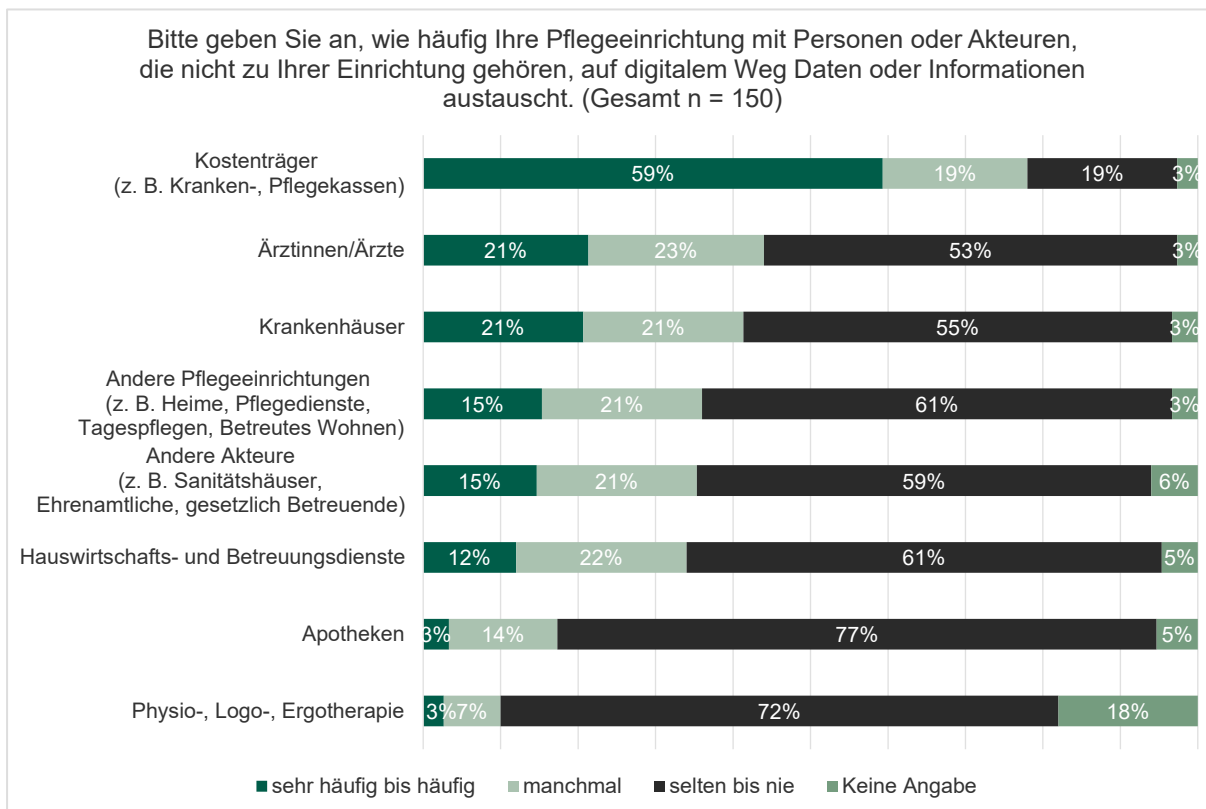
Digitalisierung umfasst auch das sog. eLearning, das als „Unterstützung von Lernprozessen durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien“ definiert wird (Kollmann, 2018). 71 % der befragten vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen bieten ihren Beschäftigten elektronisch unterstützte Schulungs- und/oder Weiterbildungsmöglichkeiten an. 21 % halten keine eLearning-Angebote für die Beschäftigten vor. 9 % machten hierzu keine Angabe. Halten Einrichtungen eLearning-Angebote vor, so betrifft dies meist unterschiedliche Arten von Angeboten und Themen. Am häufigsten werden pflegfachliche Fortbildungen (84 Nennungen) angeboten. Folgende weitere Möglichkeiten gibt es (Mehrfachnennungen möglich):

- Pflichtschulungen im Infektions- und Arbeitsschutz, Arbeitssicherheit (64 Nennungen)
- Interne Schulungen (z. B. Datenschutz, Qualitätsmanagement) (63 Nennungen)
- Weiterbildungen (z. B. Praxisanleiter, Palliativ Care, Wundmanagement) (57 Nennungen)
- Anderes (Fortbildungen für Betreuungskräfte, Weiterbildung und Prüfung als Pflegehelfer für die Leistungen der Gruppe 1).

Daten- und Informationsaustausch

Im digitalen Informations- und Datenaustausch mit den externen Akteuren (z. B. Kostenträgern, Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten) zeigt sich ein ambivalentes Bild (siehe Abbildung 16). Der Informations- und Datenaustausch mit Kostenträgern findet häufig bis sehr häufig auf digitalem Weg statt (59 %), über die Hälfte der Informations- und Datenweitergabe mit anderen Akteuren findet jedoch nicht digital statt. Beispielsweise findet ein digitaler Austausch mit Ärztinnen und Ärzten in der überwiegenden Anzahl der Fälle nicht statt: Etwas mehr als jede zweite Einrichtung (53 %) gibt an, selten bis nie digital Informationen oder Daten auszutauschen. Betrachtet man alleine die ambulanten Pflegedienste, so liegt der Anteil bei 60 %. Auch mit anderen Akteuren, wie z. B. Krankenhäusern, anderen Pflegeeinrichtungen, Apotheken und Physio-, Logo-, Ergotherapeutinnen und -therapeuten erfolgt der Austausch überwiegend analog.

Abbildung 16: Digitaler Austausch mit externen Akteuren



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

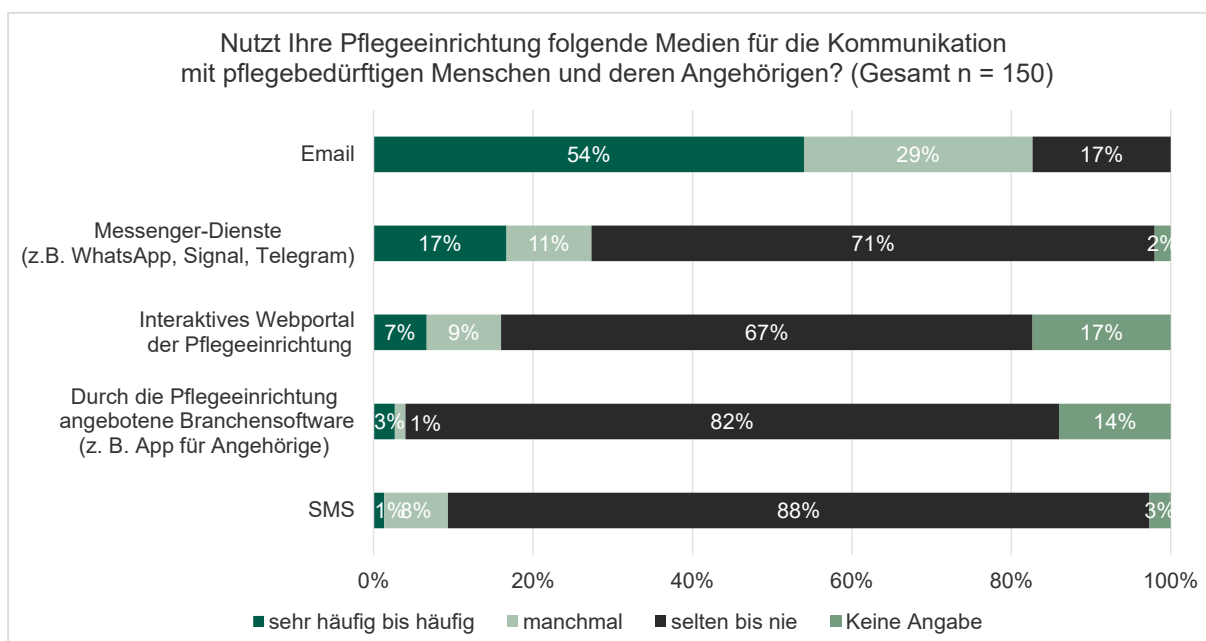
In der Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen wurde beklagt, dass Arztpraxen digital schlecht aufgestellt sind und dadurch für die Pflegeeinrichtungen höhere Zeitaufwände entstehen. Eine befragte Person äußerte dazu:

„Arztpraxen sollten gesetzlich verpflichtet werden, E-Mail-Verkehr [sic!] anzubieten, Telefonische [sic!] Erreichbarkeit extrem zu verbessern. Das bitte durch die Kassenärztliche Vereinigung kontrollieren lassen. Leider sind viele Ärzte ausschließlich über nur zeitweise erreichbare, schlechte Faxverbindungen erreichbar. Das Fehlen der Kommunikationsmöglichkeit entspricht geschätzt pro Woche bis zu 30 % mehr Zeitaufwand.“

Im Zusammenhang mit einem digitalen Informations- und Datenaustausch wurde durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum einen auf die Chancen durch eine nutzerfreundlich aufbereitete Telematik-Infrastruktur verwiesen, die gemeinschaftlich, durch alle an der Versorgung beteiligten Akteure (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Apotheken) genutzt wird. Es wird geschildert, dass selbst wenn sich eine Pflegeeinrichtung digitalisiert, es oft an der digitalen Kommunikation zu anderen Akteuren scheitert. Beispielsweise werden in Arztpraxen digitale Lösungen nicht akzeptiert oder die Praxen haben nicht die passende Technik, um die Daten auszuwerten. Es wird berichtet, dass auch die digitale Krankenakte nicht genutzt wird, weil viele überfordert sind mit den verschiedenen Passwörtern, die jeder Akteur braucht. Die momentane Form wird als nicht nutzer- und anwenderfreundlich wahrgenommen. Der Zugang sollte einheitlich über ein zentrales Passwort erfolgen und so aufbereitet sein, dass es nutzerfreundlicher ist.

Abbildung 17 zeigt die digitalen Medien, welche von den Pflegeeinrichtungen in der Kommunikation mit pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen benutzt werden. E-Mails werden am häufigsten genutzt (54 %), am seltensten Branchensoftware (1 %). Ein Teil der Pflegeeinrichtungen bietet auch digitale Dienstleistungen (z. B. Online-Beratungen) für die pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen an bzw. plant entsprechende Angebote. 2 % boten digitale Dienstleistungen bereits vor der Corona-Pandemie an. Dazu gehörten bspw. telefonische Beratungen (nicht spezifiziert), Pflegeberatung und sorgentelefonische Betreuung. Hinzu kommen weitere 5 %, die während der Pandemie entsprechende Angebote geschaffen haben. 11 % der Befragten planen dies für die Zukunft. 75 % der Einrichtungen verfügen nicht über entsprechende Angebote. 7 % machten keine Angabe (ohne Abbildung).

Abbildung 17: Digitaler Austausch mit pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

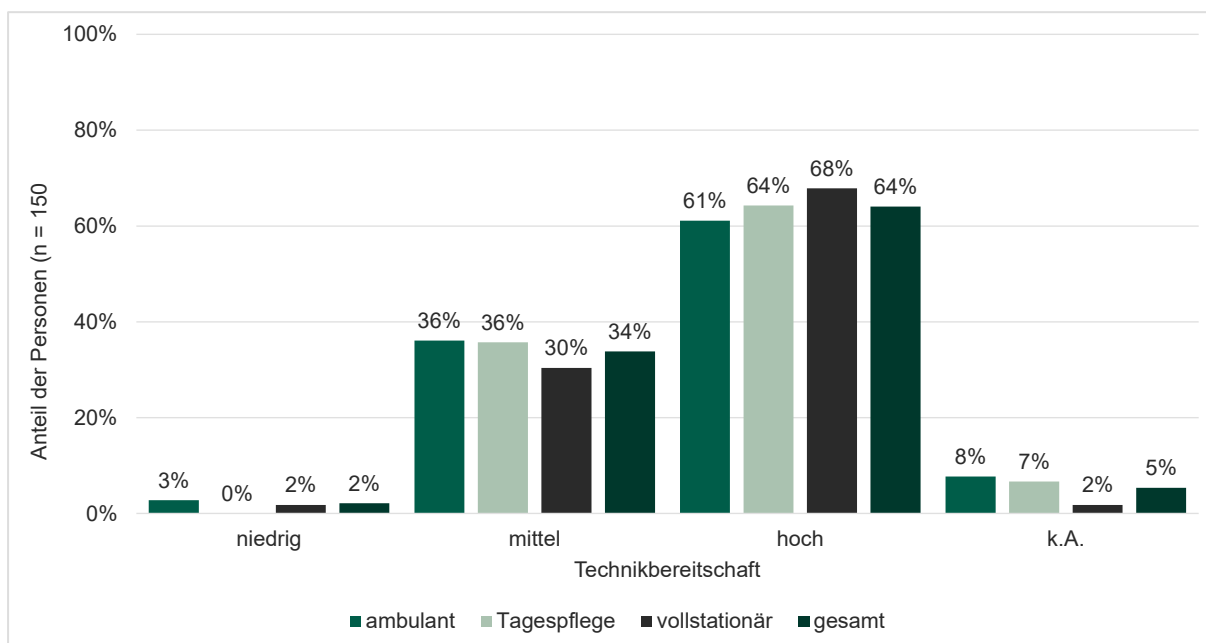
Akzeptanz und Potentiale eines Technikeinsatzes

Die teilnehmenden Einrichtungsvertreterinnen und -vertreter wurden u. a. zu ihrer persönlichen Einstellung zur Techniknutzung befragt. Grundlage hierfür war die validierte Kurzskaala von Neyer et al., 2016 zur Technikbereitschaft. Die Skala enthält drei Subskalen mit jeweils vier Items. Die Subskalen ermitteln Aussagen zur Technikakzeptanz, zu Technikkompetenzüberzeugungen und zu Technikkontrollüberzeugungen. Abgefragt wurden zwei Subskalen: Technikakzeptanz sowie Technikkompetenzüberzeugungen. Die Subskalen enthalten jeweils Aussagen, denen die Befragten in verschiedenen Abstufungen zustimmen oder nicht zustimmen müssen („trifft gar nicht zu“, „trifft wenig zu/trifft teilweise zu“, „trifft zu“, „trifft völlig zu“). Die gesonderte Auswertung der Skala mit Punktwerten (3 Punkte für „trifft völlig zu“ bis 0 Punkte für „trifft gar nicht zu“) ergibt einen Summenwert pro Person, der zwischen 0 und 24 Punkten liegt. Im Mittel über alle Personen, die zu dieser Frage Angaben machten (n = 142) wurde ein Punktwert von 17,83 erreicht. Anschließend wurden die Ergebnisse zur Einschätzung der individuellen Technikbereitschaft zu drei Kategorien zugeordnet:

- 0 bis 8 Punkte: niedrige Technikbereitschaft
- 9 bis 16 Punkte: mittlere Technikbereitschaft
- 17 bis 24 Punkte: hohe Technikbereitschaft

Die Teilnehmenden zeigen somit über alle Einrichtungsarten hinweg betrachtet eine relativ hohe Technikbereitschaft (MW 17,83) auf. Dabei weisen 64 % eine hohe Technikbereitschaft auf und sind Technik gegenüber sehr aufgeschlossen. 34 % verfügen über eine mittlere Technikbereitschaft und lediglich 2 % sind wenig technikbereit.

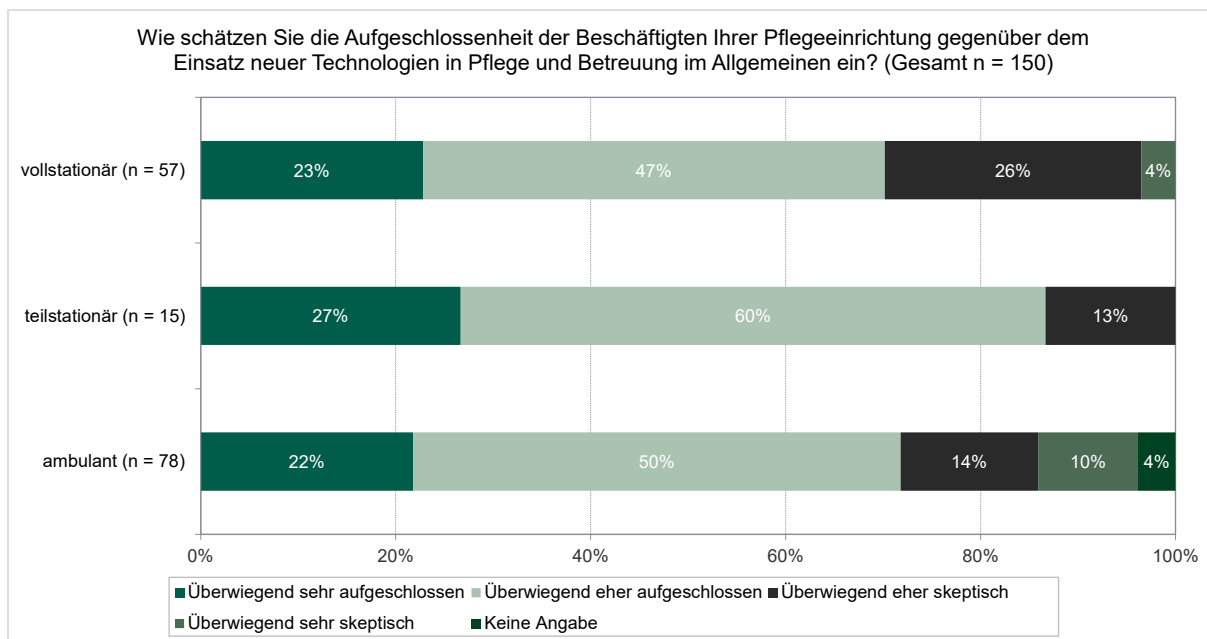
Abbildung 18: Technikbereitschaft der Teilnehmenden der Online-Befragung von Pflegeeinrichtungen



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Die Mehrheit der Befragten schätzt die Beschäftigten der Pflegeeinrichtung als aufgeschlossen gegenüber dem Einsatz neuer Technologien in der Pflege und Betreuung ein (s. Abbildung 19). Über alle Einrichtungsarten betrachtet schätzen insgesamt knapp drei Viertel der Befragten (73 %) die Beschäftigten als überwiegend eher und sehr aufgeschlossen ein. Differenziert nach Einrichtungsart zeigt sich, dass der Anteil der Beschäftigten, die Technologien in Pflege und Betreuung überwiegend eher bis sehr skeptisch gegenüberstehen, in den vollstationären Einrichtungen am höchsten ist (30 %).

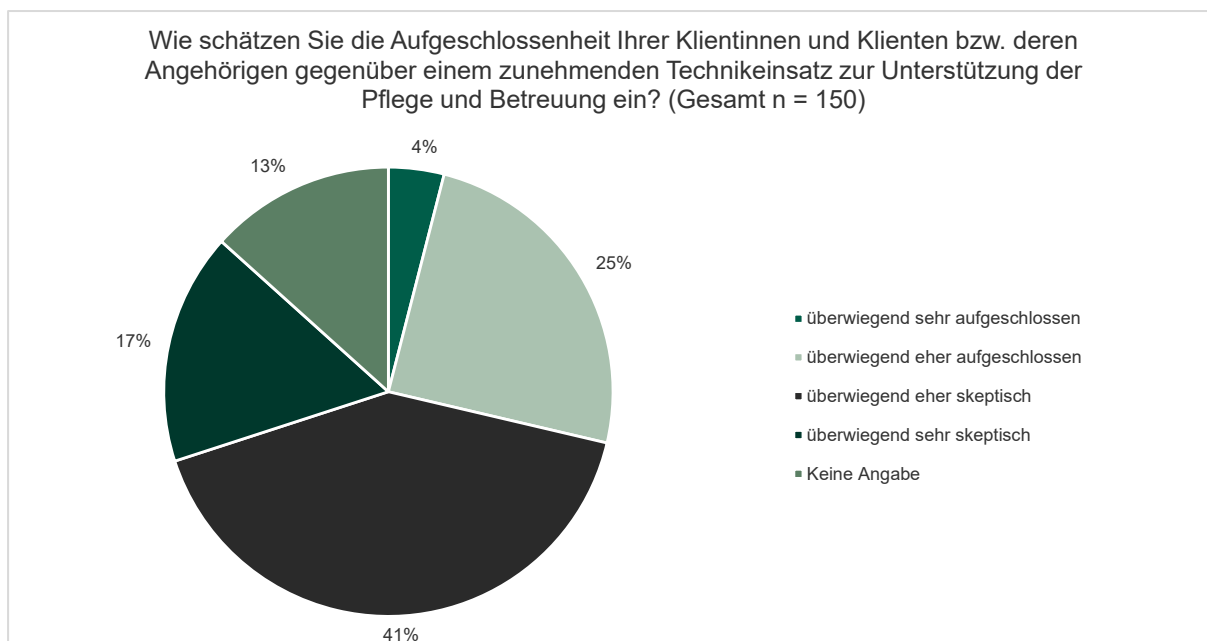
Abbildung 19: Aufgeschlossenheit beruflich Pflegenden gegenüber dem Technikeinsatz in Pflege und Betreuung



Quelle IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Insgesamt 58 % der Befragten schätzen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen als einem vermehrten Technikeinsatz in der Pflege und Betreuung gegenüber eher skeptisch bis sehr skeptisch eingestellt ein. 29 % beurteilen die von ihnen versorgten Personen und Angehörigen als eher oder sehr aufgeschlossen. 13 % machten hierzu keine Angabe (s. Abbildung 20).

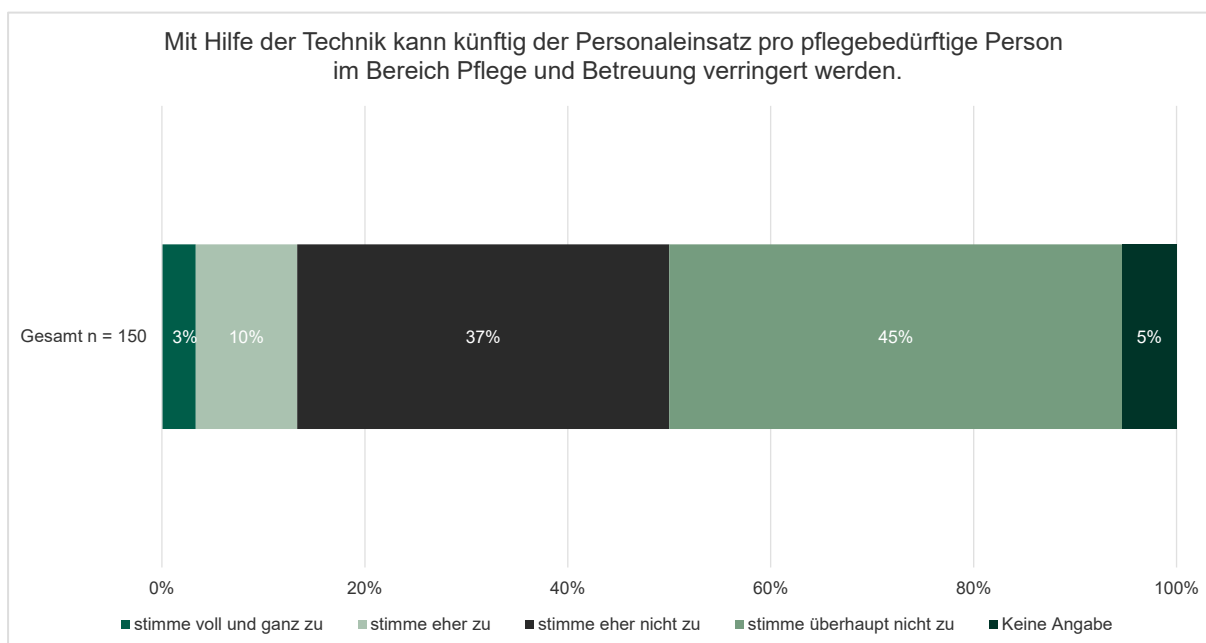
Abbildung 20: Einschätzung zur Aufgeschlossenheit pflegebedürftiger Personen und Angehöriger gegenüber Technik in Pflege und Betreuung



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Die Befragten sind geteilter Meinung bzgl. der Potentiale des Technikeinsatzes in der Pflege. Der Aussage, dass die zunehmende technische Unterstützung zur Verringerung der physischen bzw. körperlichen Belastung der Pflegekräfte beiträgt, haben 42 % zugestimmt (11 % voll und ganz, 31 % eher zugestimmt), wohingegen 53 % der Aussage nicht zustimmen (13 % stimmen überhaupt nicht zu, 41 % eher nicht). Bei der Verringerung der psychischen bzw. geistigen Belastung von Pflegekräften sehen die befragten Pflegeeinrichtungen ähnliche Potentiale. 45 % stimmen der Aussage, dass die zunehmende technische Unterstützung zur Verringerung der psychischen bzw. geistigen Belastung der Pflegekräfte beiträgt, zu und 51 % stimmen dem nicht zu. Der größte Anteil (82 %) stimmt der Aussage, dass künftig der Personaleinsatz pro pflegebedürftige Person im Bereich Pflege und Betreuung mit Hilfe von Technik verringert werden, nicht zu (Abbildung 21).

Abbildung 21: Technikpotential zur Verringerung des Personaleinsatzes



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Reflexionsworkshops treten in der Pflege verschiedene Probleme auf, die die Digitalisierung ausbremsen:

- Probleme bereitet immer wieder die mangelnde Netzabdeckung.
- Die Pflegesätze bilden den mit dem Technikeinsatz einhergehenden höheren Aufwand nicht ab (Einführungsschulungen, regelmäßige Nachschulungen (insbesondere neues Personal)).
- Die Häufigkeit von Software-Updates habe in den letzten Jahren deutlich zugenommen – mittlerweile kämen diese alle zwei Monate (einerseits wegen gesetzlicher Neuerungen, aber auch weil Fehler in der Software behoben werden). Updates viel Energie auf den mobilen Geräten (Akkuleistung) verbrauchen und blockierten das System für längere Zeit. Nach den Updates sähen häufig die Bedienoberflächen etwas anders aus und die Pflegekräfte müssten sich umorientieren (eigentlich wäre dann erneut eine kurze Schulung nötig).
- Die verpflichtende Anbindung ambulanter Dienste an die TI - ein Träger hat alle dafür erforderlichen Formalien mit Unterschriftsproben eingereicht und bekam die Rück-

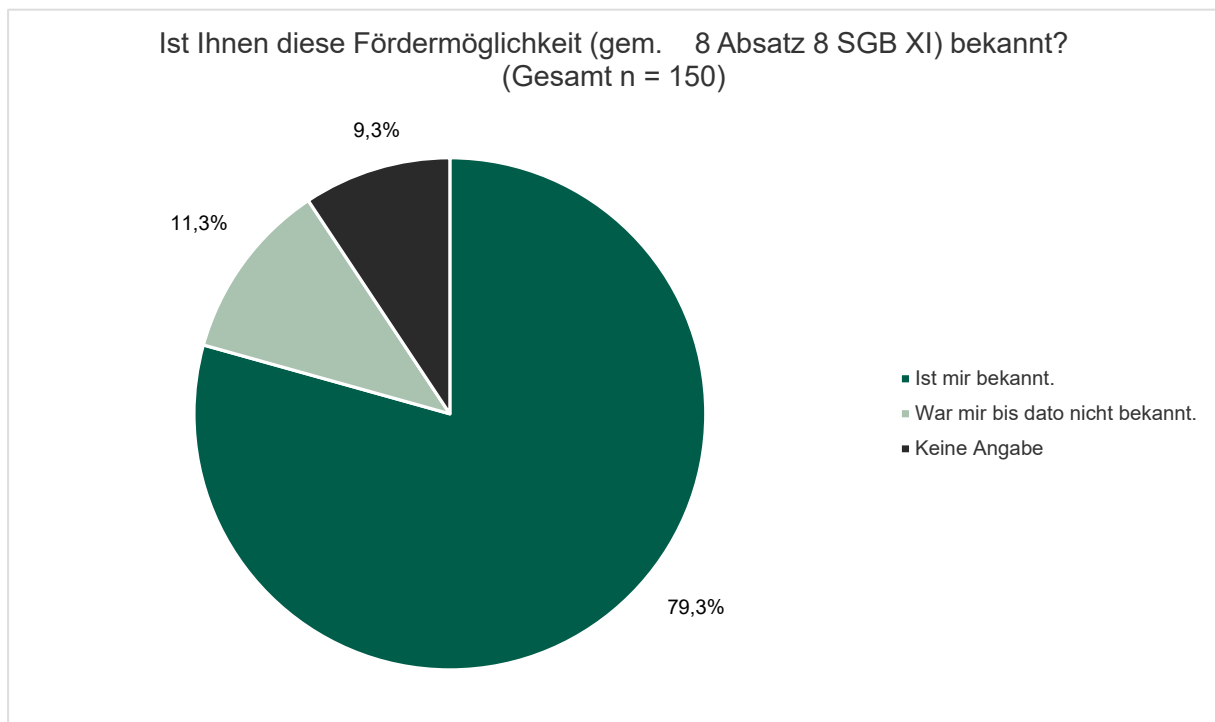
meldung, dass die digitalen Unterschriften der Beschäftigten derzeit von den Pflegekassen aus technischen Gründen nicht verarbeitet werden können. Es müssen daher weiter Ausdrucke mit händischen Unterschriften eingereicht werden.

- Für die Überleitung vom ambulanten Diensten in die Tagespflege werden von den Softwareherstellern keine Schnittstellen angeboten (trotz Nachfrage).
- Privathaushalte von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern sind technisch nicht für digitale Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern nach § 37 Abs. 3 SGB XI ausgestattet (jeder zweite Besuch darf nun auch digital durchgeführt werden).
- Wenn Beratung per Videoverbindung angeboten wird, erstatten die Pflegekassen die Kosten dafür nur dann, wenn eine von der Kassenärztlichen Vereinigung lizenzierte Softwareanwendung zum Einsatz kommt.
- Ein elektronischer Medikamentenplan wird bei Prüfungen des MD nur anerkannt, wenn er vom Arzt original unterzeichnet ist. Bei jeder Änderung des Medikamentenplans muss der Arzt erneut unterschreiben.

4.1.2 Inanspruchnahme von Förderprogrammen

Knapp 4 von 5 der Befragten (79,3 %) kennen die Fördermöglichkeit gem. § 8 Abs. 8 SGB XI. 11,3 % gaben an, die Fördermöglichkeit nicht zu kennen (s. Abbildung 22). 9,3 % machten keine Angabe. 36 % der Pflegeeinrichtungen haben bereits Fördermittel gem. § 8 Abs. 8 SGB XI erhalten. 10 % haben einen Förderantrag gestellt und 5 % haben das fest geplant. 8 % gaben an, mit hoher Wahrscheinlichkeit Fördermittel beantragen zu wollen. 17 % waren sich zum Befragungszeitpunkt noch unsicher, ob sie einen Antrag stellen wollen. Weitere 4 % lehnten dies ab (ohne Abbildung).

Abbildung 22: Fördermöglichkeit gem. § 8 Abs. 8 SGB XI



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Hauptgründe für den Verzicht auf eine Antragsstellung waren Bedenken, dass die pflegebedürftigen Personen sich durch den Technikeinsatz unwohl fühlen würden (vier Nennungen),

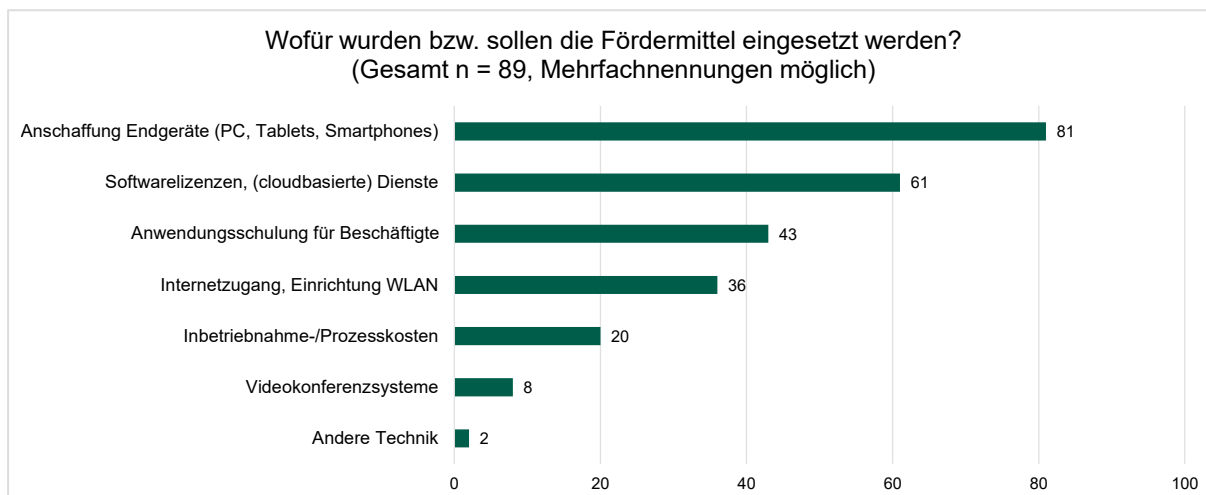
die Region digital schlecht angebunden sei (zwei Nennungen) sowie andere Akteure digital schlecht angebunden sind, sodass sich ein Ausbau für die Pflegeeinrichtung nicht lohnen würde (zwei Nennungen) (ohne Abbildung).

Abbildung 23 zeigt, wofür die Fördermittel eingesetzt wurden bzw. werden. Einrichtungen, die Fördermittel erhalten haben oder planen sie zu nutzen, nutzen sie hauptsächlich für (Mehrfachnennungen möglich):

- die Anschaffung von Endgeräten (PC, Tablet, Smartphones) (81 Nennungen),
- Softwarelizenzen, (cloudbasierte) Dienste (61 Nennungen),
- Anwendungsschulungen für Beschäftigte (43 Nennungen),
- Internetzugang, Einrichtung WLAN (36 Nennungen),
- Inbetriebnahme-/Prozesskosten (20 Nennungen),
- Videokonferenzsysteme (acht Nennungen) sowie für
- andere Technik (zwei Nennungen).

Abbildung 23 zeigt, wofür die Pflegeeinrichtungen die im Rahmen der Fördermöglichkeit gem. § 8 Abs. 8 SGB XI angeschaffte Technik einsetzen bzw. planen sie einzusetzen. Hauptzweck sind vor allem die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (71 Nennungen) und der Dienst-/Tourenplanung (46 Nennungen) sowie die elektronische Abrechnung pflegerischer Leistungen nach § 105 SGB XI (45 Nennungen). Des Weiteren wurden im Freitext folgende genannt: Mobiles Arbeiten, papierlose Dokumentation und für den Ausbau der technischen Infrastruktur (Serveranschaffung).

Abbildung 23: Einsatzbereiche der angeschafften bzw. geplanten Technik



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

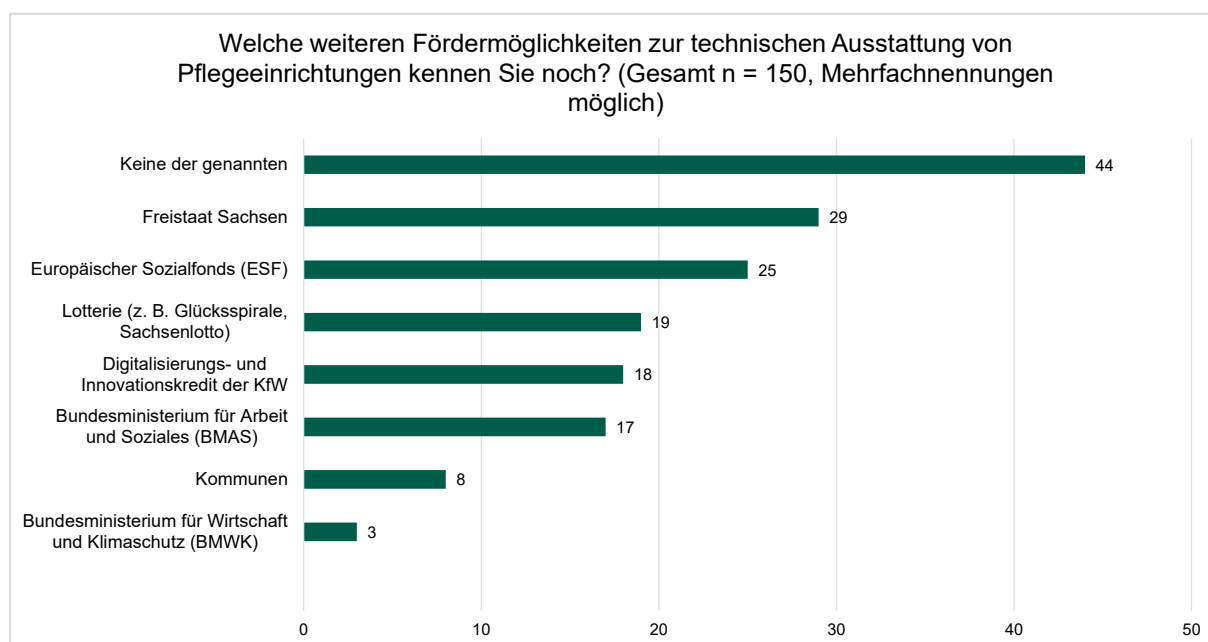
Abbildung 24 zeigt die Bekanntheit weiterer Fördermöglichkeiten zur technischen Ausstattung von Pflegeeinrichtungen. Von 150 Befragten machten 55 keine Angabe und weitere 44 gaben an, neben der Fördermöglichkeit gem. § 8 Abs. 8 SGB XI keine weiteren Förderungen zu kennen. Die restlichen 55 Personen machten Angaben zu den ihnen bekannten Fördermöglichkeiten. Die beiden bekanntesten waren die durch den Freistaat Sachsen (29 Nennungen) und den ESF (25 Nennungen). Ein geringer Anteil (16 vollstationäre, 8 ambulante und 4 teilstationäre Einrichtungen) hat eine oder mehrere der weiteren Fördermöglichkeiten bereits genutzt:

- Freistaat Sachsen (elf Nennungen),
- Lotterie (z. B. Glücksspirale, Sachsenlotto) (zehn Nennungen),

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (sechs Nennungen),
- Europäischer Sozialfond (fünf Nennungen),
- Digitalisierungs- und Innovationskredit der KfW (drei Nennungen),
- Kommunen (drei Nennungen),
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK, zuvor: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi)) (eine Nennung) sowie
- Anderes: Pflegekasse (eine Nennung).

Profitiert haben vor allem vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Im Schnitt wurden verschiedene Fördermöglichkeiten durch die Einrichtungen genutzt. Am häufigsten wurden der Freistaat Sachsen und Lotteriegelder genannt.

Abbildung 24: Bekanntheit weiterer Fördermöglichkeiten



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Die Vertreterinnen und Vertreter der Pflegekassen stellten im Reflexionsworkshop heraus, dass es nur wenige Ablehnungen von Anträgen auf Förderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI geben würde. Allerdings sei, so die Aussage von Einrichtungsvertretern, bei einer maximalen Förder-summe von 12.000 Euro Zuschuss pro Maßnahme und einer Eigenbeteiligung von 60 Prozent das Gesamtvolumen für Investitionen häufig zu niedrig oder die Einrichtungen könnten den Eigenbetrag nicht aufbringen.

4.2 Strukturmodell

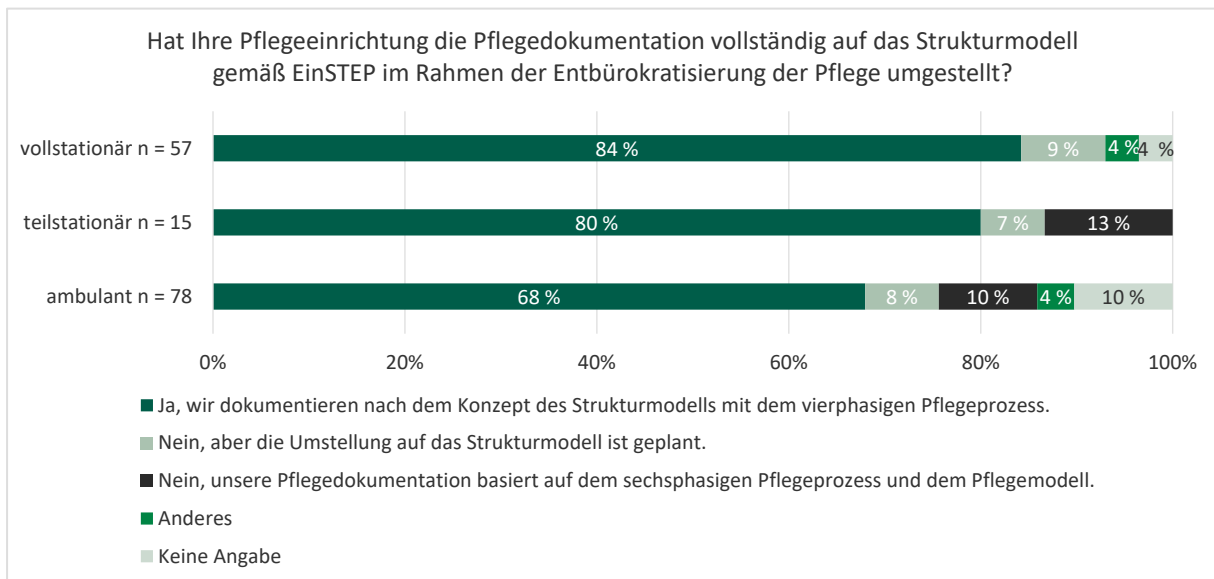
Zunächst erfolgt in Kapitel 4.2.1 die deskriptive Beschreibung zum Status quo des Strukturmodells in der Pflegedokumentation im Freistaat Sachsen sowie die Entscheidung zur Umstellung auf das Strukturmodell. Kapitel 4.2.2 beleuchtet den Umstellungsprozess in den Einrichtungen. Die Rolle des Strukturmodells in der Ausbildung ist Inhalt von Kapitel 4.2.3.

4.2.1 Status quo des Strukturmodells

Von den 150 befragten Pflegeeinrichtungen dokumentieren 75 % (n = 113) nach dem Konzept des Strukturmodells mit dem vierphasigen Pflegeprozess. 8 % haben die Umstellung auf das

Strukturmodell geplant und 10 % dokumentieren auf Basis anderer Modelle zur Pflegedokumentation, beispielsweise nach Krohwinkel oder Juchly. 7 % machten keine Angabe. Abbildung 25 zeigt die Antworten differenziert nach Einrichtungsart zur Pflegedokumentation. 84 % der vollstationären Pflegeeinrichtungen haben ihre Pflegedokumentation auf das Strukturmodell umgestellt, 9 % planen dies zu tun. Bei den teilstationären Einrichtungen liegt der Anteil bei 80 % bzw. 7 % und bei den ambulanten Pflegediensten haben bereits 68 % das Strukturmodell eingeführt (8 % planen dies) (siehe Abbildung 25). Auch in der Fokusgruppe mit Mitarbeitenden des MD wird berichtet, dass in ambulanten oder teilstationären Einrichtungen das Strukturmodell bis dato seltener umgesetzt werde als vollstationär. Dieser Befund deckt sich auch mit den Einschätzungen aller Teilnehmenden des Abschlussworkshops (Thematisch Strukturmodell).

Abbildung 25: Pflegedokumentation gemäß EinSTEP



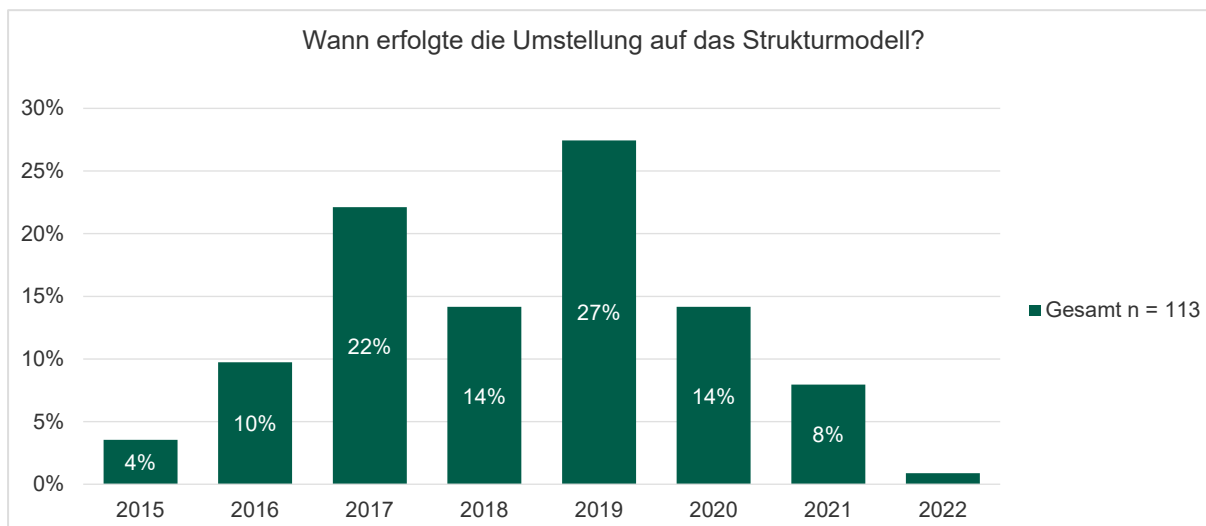
Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Die Pflegeeinrichtungen, die nach dem sechshephasigen Pflegemodell dokumentieren (n = 10) begründen dies damit, dass sie mit der bisherigen Dokumentation zufrieden sind und deshalb keinen Grund zur Umstellung sehen (sechs Nennungen), dass organisatorische und personelle Aufwände aufgrund des Personalmangels zu hoch für eine Umstellung sind (vier Nennungen) sowie, dass die Pflegedokumentation bereits in Eigeninitiative verschlankt wurde (drei Nennungen). Aus Sicht der Teilnehmenden des MD in der Fokusgruppe sei die Dokumentation nach dem Strukturmodell zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ausreichend. Hier werde sogar eine Zeitersparnis für die Qualitätsprüfung durch den MD erlebt. Trotz der Corona-Pandemie hätten einige vollstationäre Einrichtungen ihre Dokumentation auf das Strukturmodell umgestellt, was auch in dieser Zeit trotz Herausforderungen der Pandemie größtenteils gut funktioniert hätte.

Die Entscheidung zur Umstellung auf das Strukturmodell wurde hauptsächlich auf Ebene des Trägers (41 %) bzw. dort auf Ebene der Fachbereichsleitungen beschlossen (7 %). 20 % trafen die Entscheidung auf Einrichtungsebene durch die Einrichtungsleitung/Heimleitung und die Pflegedienstleitung sowie in 19 % der Fälle auf Einrichtungsebene unter zusätzlichem Einbezug des Qualitätsmanagements. In 3 % wurde die Entscheidung durch alle Mitarbeitenden getroffen, die künftig das Strukturmodell anwenden sollten. 11 % der Befragten machten hierzu keine Angabe. Knapp 71 % der Einrichtungen berichtete, dass Pflegefachkräfte und Wohnbereichsleitungen in die Entscheidungsfindung einbezogen wurden. In 21 % der Fälle erfolgte

kein Einbezug. 8 % machten hierzu keine Angabe. Gründe für eine fehlende Einbeziehung sind u. a., weil das Strukturmodell bei Neugründung von Einrichtungen direkt implementiert wurde, oder die Entscheidung dafür durch das interne Qualitäts- und Pflegemanagement der Einrichtungen oder direkt auf Ebene des Trägers getroffen wurde. Abbildung 26 zeigt, in welchem Jahr die Umstellung auf das Strukturmodell erfolgte.

Abbildung 26: Jahr der Umstellung auf Strukturmodell



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

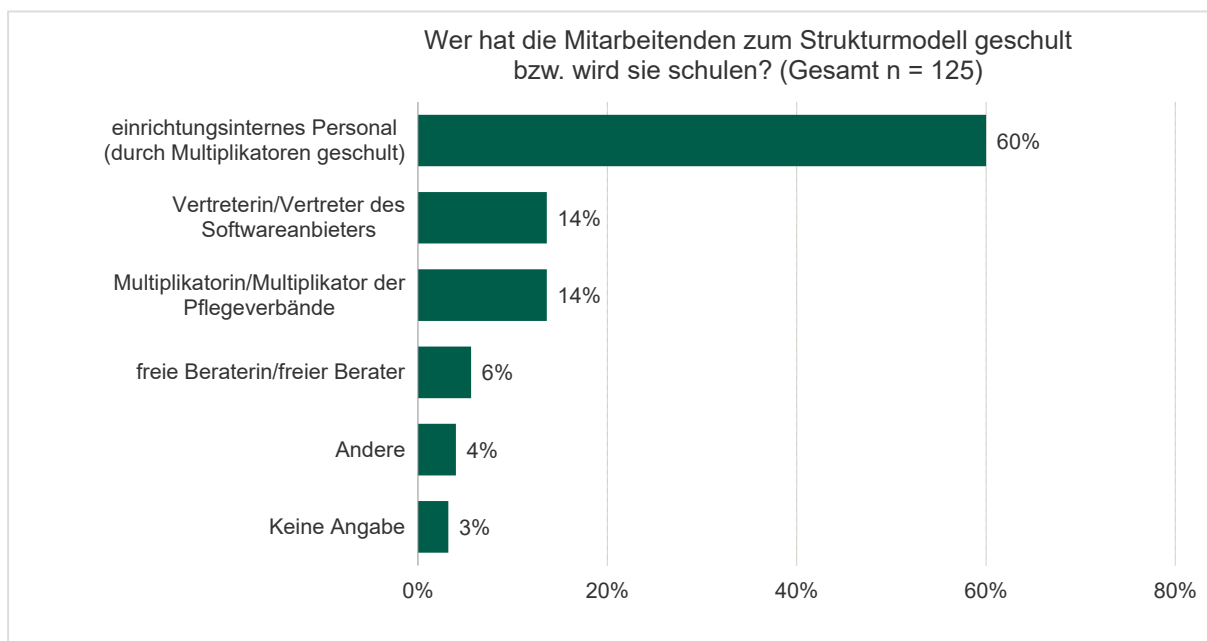
4.2.2 Umstellungsprozess auf das Strukturmodell

Von den 113 Pflegeeinrichtungen, die nach dem Strukturmodell dokumentieren, haben 28 % zeitgleich von papierbasierter auf eine elektronische Dokumentation umgestellt, 36 % hatten bereits vorher elektronisch dokumentiert und bei 24 % erfolgte die Umstellung auf die elektronische Dokumentation zu einem späteren Zeitpunkt. Von den Pflegeeinrichtungen, welche nicht zeitgleich mit der Umstellung auf das Strukturmodell eine elektronische Dokumentation eingeführt haben (n = 68), geben

- 47% an, ergänzend zur digitalen zusätzlich papiergestützte Dokumentation zu nutzen,
- 46 % an, ausschließlich digital mittels einer Software sowie
- 7 % an, weiter papiergestützt zu dokumentieren (ausschließlich ambulante Pflegedienste).

Abbildung 27 zeigt, dass die Schulungen in den Pflegeeinrichtungen zur Einführung des Strukturmodells überwiegend (61 %) durch einrichtungsinternes Personal, das durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Verbände geschult worden war, durchführten. 14 % sind durch den gewählten Softwareanbieter geschult worden und 13 % der Einrichtungen durch eine Multiplikatorin bzw. einen Multiplikator der Trägerorganisationen. In 5 % der Einrichtungen fand die Schulung der Beschäftigten über freie Beraterinnen und Berater statt. 4 % haben für die Schulungen auf „andere Anbieter“ zurückgegriffen. Diese Thematik wurde auch intensiv auf dem Abschlussworkshop erörtert und angemerkt, dass die einmalige Schulung durch Multiplikatorinnen/Multiplikatoren in das Konzept des Strukturmodells eigentlich nicht ausreicht, um anschließend selbst weitere Schulungen einrichtungsintern zu übernehmen. Die zeitliche Dauer der Einweisung in das Strukturmodell und sowie die Qualität der Schulung (Verständlichkeit/Praxisbezug etc.) wurden sehr unterschiedlich bewertet.

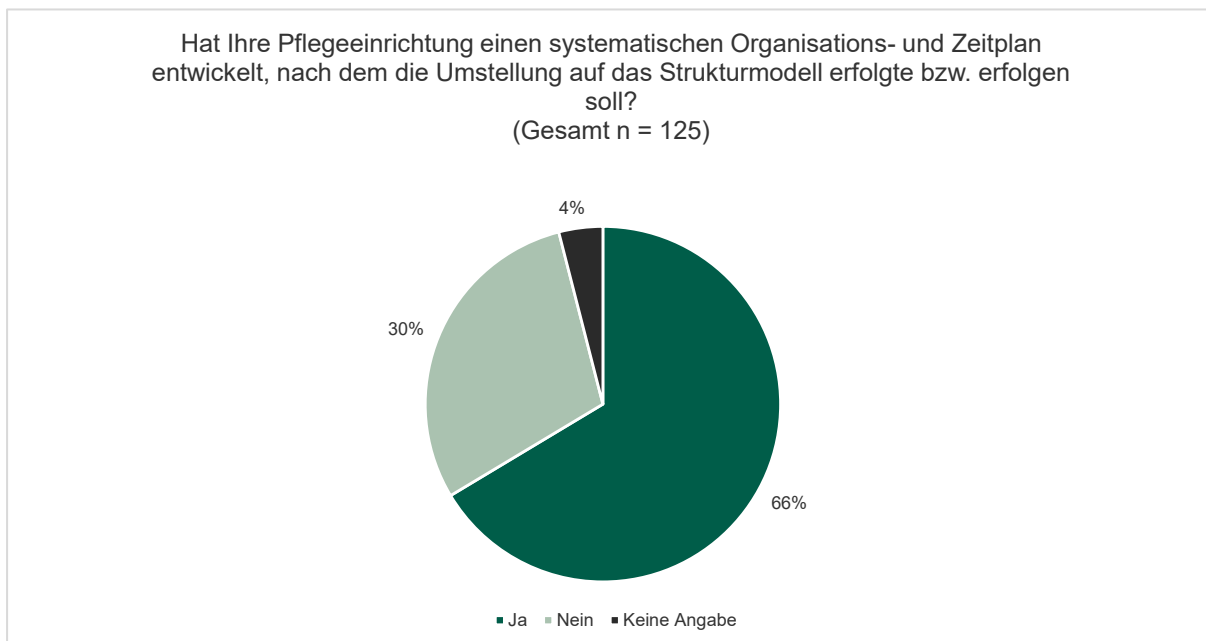
Abbildung 27: Schulungen zum Strukturmodell



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

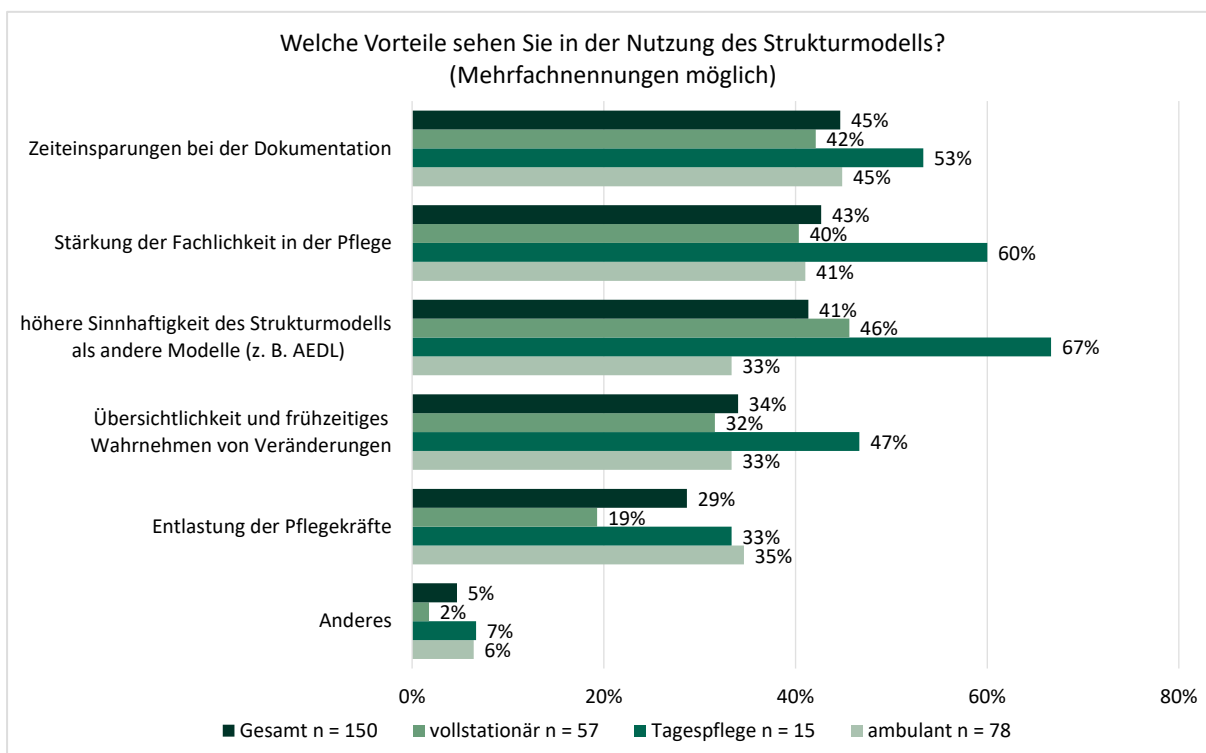
Der größte Anteil (66 %) der Pflegeeinrichtungen, welche entweder das Strukturmodell bereits umgesetzt haben oder dieses planen, haben einen systematischen Organisations- und Zeitplan für die Umstellung entwickelt (Abbildung 28). Einrichtungen, die dies nicht getan haben (n = 37), waren hauptsächlich ambulante Pflegedienste (ambulant: 65 %; teilstationär: 14 %, vollstationär: 22 %). Dieses Thema wurde ebenfalls auf dem Abschlussworkshop angesprochen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten mehrheitlich, dass nach ihrer Kenntnis auf der Leitungsebene der Pflegeeinrichtungen die Bedeutung eines systematischen Vorgehens in punkto interne Schulung aller Mitarbeiter – mit Einführung und Aktenumstellung sowie einem Angebot der Reflexion bzw. Rücksprache in der Anfangsphase - eher unterschätzt wurde und wird, obwohl diesem Prozess extra ein eigenes Kapitel in den Schulungsunterlagen gewidmet ist. Teilweise führten sie es auch darauf zurück, dass in den zentralen Schulungen der Multiplikatoren der Verbände während der Implementierungsphase hierfür zu wenig Zeit aufgewandt wurde. In jedem Fall müsste diesem Thema künftig mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Abbildung 28: Systematische Organisations- und Zeitplanung



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Abbildung 29: Vorteile in der Nutzung des Strukturmodells



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Abbildung 29 zeigt die durch die befragten Pflegeeinrichtungen angegebenen Vorteile des Strukturmodells. Diese werden vor allem in der Zeiteinsparung bei der Dokumentation (45 %), in der Stärkung der Fachlichkeit (43 %) und in der höheren Sinnhaftigkeit gegenüber bisher

etablierten Modelle (z.B. AEDL, 41 %) gesehen. 29 % der Befragten sehen das Strukturmodell als Entlastung für die Pflegekräfte. Unter „Anderes“ wurde die Individualität und Person-Zentrierung positiv hervorgehoben: der zu Pflegenden stehe mehr im Mittelpunkt. Abbildung 23 zeigt die genannten Vorteile in der Nutzung des Strukturmodells. Fast die Hälfte der Pflegeeinrichtungen (49 %), welche das Strukturmodell umgesetzt haben, gibt an, dass die Risikomatrix in der SIS® im Rahmen der Risikoeinschätzung schwierig ist. Während der Umsetzungsphase haben 66 % eine zentrale Anlaufstelle zur Unterstützung der Pflegekräfte eingerichtet.

Insgesamt geben zwei Drittel (66 %) der Befragten an, keine Anwendungsprobleme bei der Umsetzung des Strukturmodells zu haben. 27 %, gaben Anwendungsprobleme an. 7 % machten keine Angabe. Von Einrichtungen mit Anwendungsproblemen, haben 23 % keinen systematischen Organisations- und Zeitplan entwickelt. Einrichtungen, die Schwierigkeiten berichten wurden zu:

- 71 % durch einrichtungsinternes Personal geschult, das zuvor durch Multiplikatoren der Trägerorganisationen geschult wurde,
- 16 % direkt durch Multiplikatoren der Trägerorganisationen geschult und zu
- 6 % durch Vertreterinnen und Vertreter des Softwareanbieters geschult.

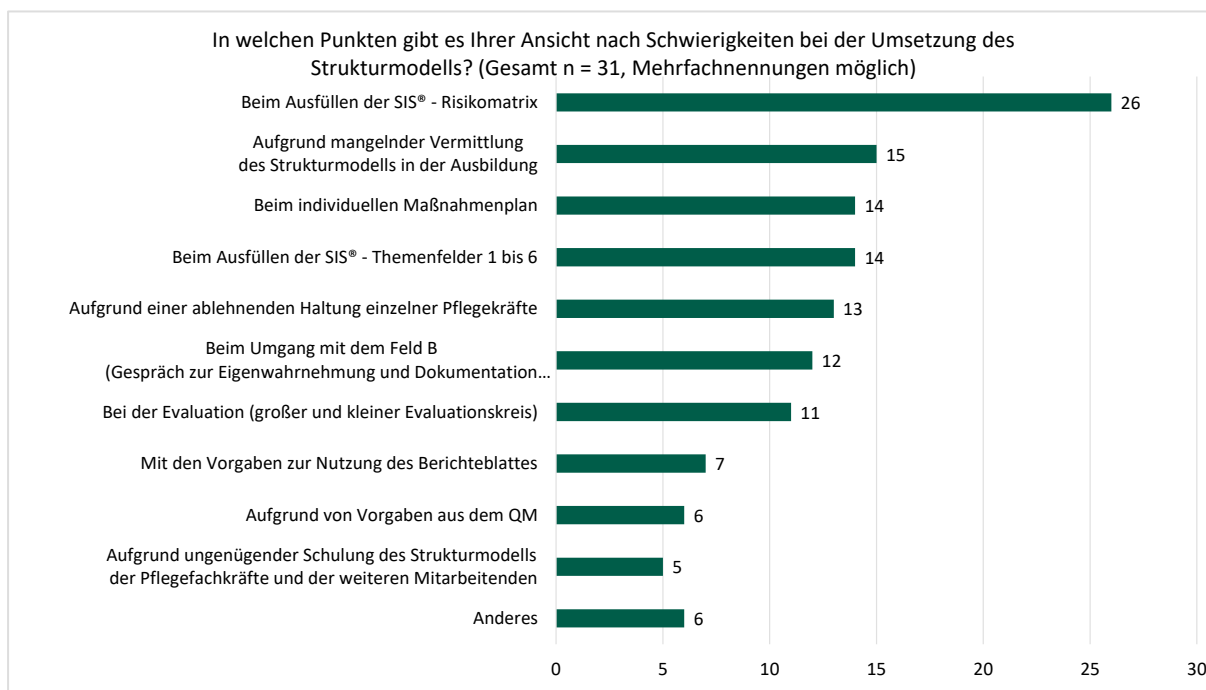
Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Strukturmodells werden vor allem:

- beim Ausfüllen der SIS®-Risikomatrix (26 Nennungen) gesehen,
- in der mangelnden Vermittlung des Strukturmodells in der Ausbildung (15 Nennungen)
- beim individuellen Maßnahmenplan und dem Ausfüllen der SIS®-Themenfelder 1 bis 6 (jeweils 14 Nennungen) sowie
- aufgrund einer ablehnenden Haltung von Pflege(fach)kräften gegenüber dem Strukturmodell (13 Nennungen)

gesehen (Mehrfachantworten möglich). Weitere Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Strukturmodells sind in der Abbildung 30 aufgezeigt. Unter „Anderes“ werden u. a. Aufweichungen der SIS® in der Pflegesoftware aufgrund der Wünsche von Pflegenden (eine Nennung, keine näheren Angaben dazu), Unterschiede in der Ausdrucksfähigkeit, (z. B. Grammatik und Notieren des Wesentlichen bei Pflegenden (eine Nennung)), das Umdenken auf den 4 phasigen Pflegeprozess bei langjährigen Berufsangehörigen (eine Nennung) und Unstimmigkeiten bezüglich der Evaluation bei Anwendung des Strukturmodells, welche sich bei der Qualitätsprüfung durch den MD zeigen (eine Nennung) genannt. In der Fokusgruppe mit dem MD wird zudem eine unzureichende Ausstattung in der IT-Struktur, wie das Vorhandensein von W-LAN oder Laptops genannt, die die Dokumentation nach dem Strukturmodell nur eingeschränkt ermöglichen.

Fast alle diese Aspekte wurden auch im Rahmen des Thementisches auf dem Abschlussworkshop angesprochen. Insbesondere die Themen Evaluation und fachlicher Umgang mit der Risikomatrix scheinen nach wie vor für viele Pflegeeinrichtungen eine Herausforderung darzustellen. Allerdings spielt aus Sicht der Teilnehmenden hierbei auch der Kontext „fehlende Fachlichkeit“ und „Ereignisse bzw. Hinweise durch die Prüfer im Rahmen von externen Qualitätsprüfungen“ eine große Rolle. Es gäbe zu diesen beiden Themen mitunter sehr unterschiedliche Interpretationen und Vorgehensweisen in der Praxis.

Abbildung 30: Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Strukturmodells



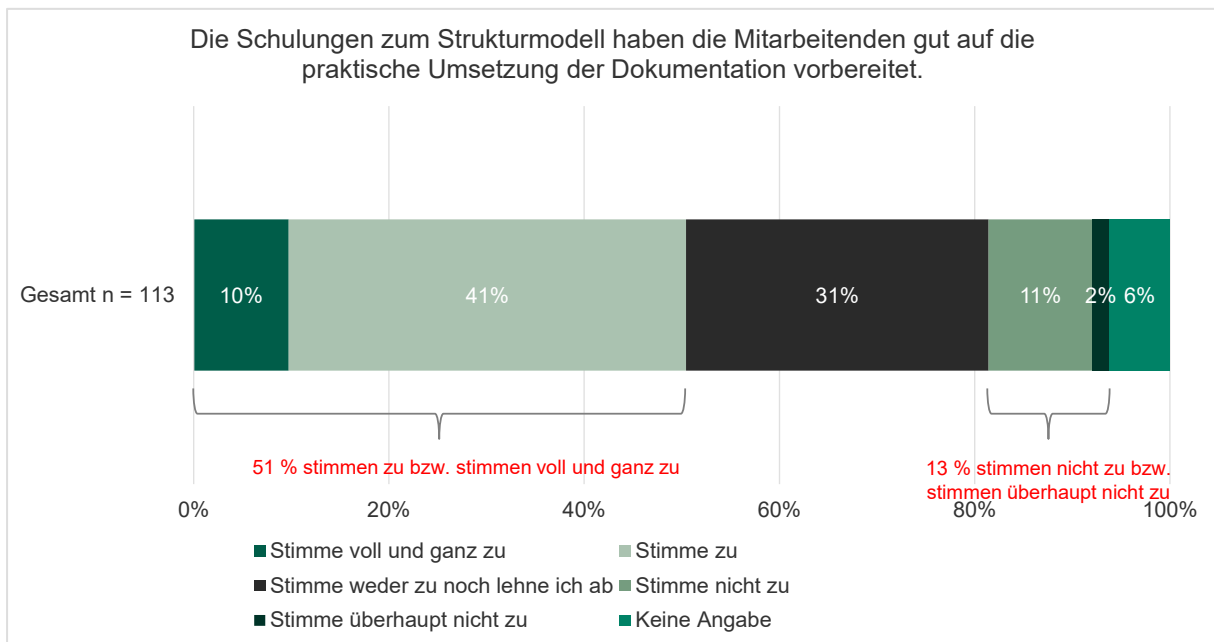
Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

87 % der Pflegeeinrichtungen, die das Strukturmodell umgesetzt haben, geben an, dass alle Beschäftigten, die an der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Personen beteiligt sind, ihre Beobachtungen in das Berichtsblatt eintragen. 91 % führen regelmäßig oder bei Bedarf Fallbesprechungen um Team durch.

Die insgesamt 125 Pflegeeinrichtungen, welche das Strukturmodell umgesetzt haben (n = 113) oder dies planen (n = 12), wurden vor allem Pflegefachkräfte (124 Nennungen), Pflegehilfskräfte (99 Nennungen) und Betreuungskräfte (74 Nennungen) geschult. In 21 Einrichtungen wurden Hauswirtschaftskräfte, der Psychosoziale Dienst (14 Nennungen), Therapeutinnen und Therapeuten (12 Nennungen) sowie Ehrenamtliche (drei Nennungen) geschult. Auch die Verwaltung (eine Nennung), Auszubildende (eine Nennung) und externe Wundexpertinnen und -experten (eine Nennung) erhielten eine Schulung zum Strukturmodell. Die Schulungen wurden in 60 % der Einrichtungen von einrichtungsinternem Personal, das durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult wurde, durchgeführt. In 17 Pflegeeinrichtungen haben Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Pflegeverbände und in 18 Pflegeeinrichtungen haben Vertreter von Softwareanbietern direkt geschult. Sieben Einrichtungen ließen die Schulungen freie Berater durchführen. 68 % haben unternehmensspezifische Einzelschulungsangebote in Anspruch genommen. Der MD berichtet in der Fokusgruppe, dass sich bei Schulungen durch Softwarehersteller in der Qualitätsprüfung zeige, dass der Bedeutung softwareseitiger Besonderheiten mehr Aufmerksamkeit geschenkt werde als der korrekten Umsetzung des Strukturmodells. Die Schulungen sowie die anschließende fachliche Begleitung nehme nach Ansicht des MD großen Einfluss auf die korrekte Umsetzung des Strukturmodells. Diese Einschätzung wurde ebenfalls durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Abschlussworkshops bestätigt und der Wunsch geäußert, dass zentral und bundesweit durch das Projektbüro EinSTEP wieder stärker der Dialog mit den Herstellern hergestellt werden müsste. Das technische Anforderungsprofil zum Strukturmodell sei den Pflegeeinrichtungen kaum mehr bekannt und würde von vielen Herstellern nach ihrer Beobachtung nicht mehr als Grundlage der technischen Umsetzung des Strukturmodells in der Software genutzt.

Die Schulungen der Mitarbeitenden wurden zum großen Teil als gute Vorbereitung zur praktischen Umsetzung der Dokumentation gesehen (s. Abbildung 31). Etwa die Hälfte der Befragten (51 %) haben angegeben, dass sie auf Basis der originalen Schulungsunterlagen von EinSTEP (verfügbar auf der Homepage) geschult worden sind. Allerdings sind 13 %, die aktualisierte Version 2.0 (Oktober 2017) der Schulungsunterlagen nicht bekannt. Insgesamt hätten sich in den Schulungen von externen Anbietern 35 % mehr Zeit für praktische Übungen gewünscht. Der Aufwand der Schulungen fiel für 54 % der Einrichtungen höher als erwartet. Jeder vierte Befragte (25 %) gab an, dass es nicht genügend regionale Schulungsangebote gäbe, wobei der Anteil in den Landkreisen (29 %) höher lag, als in den kreisfreien Städten (11 %).

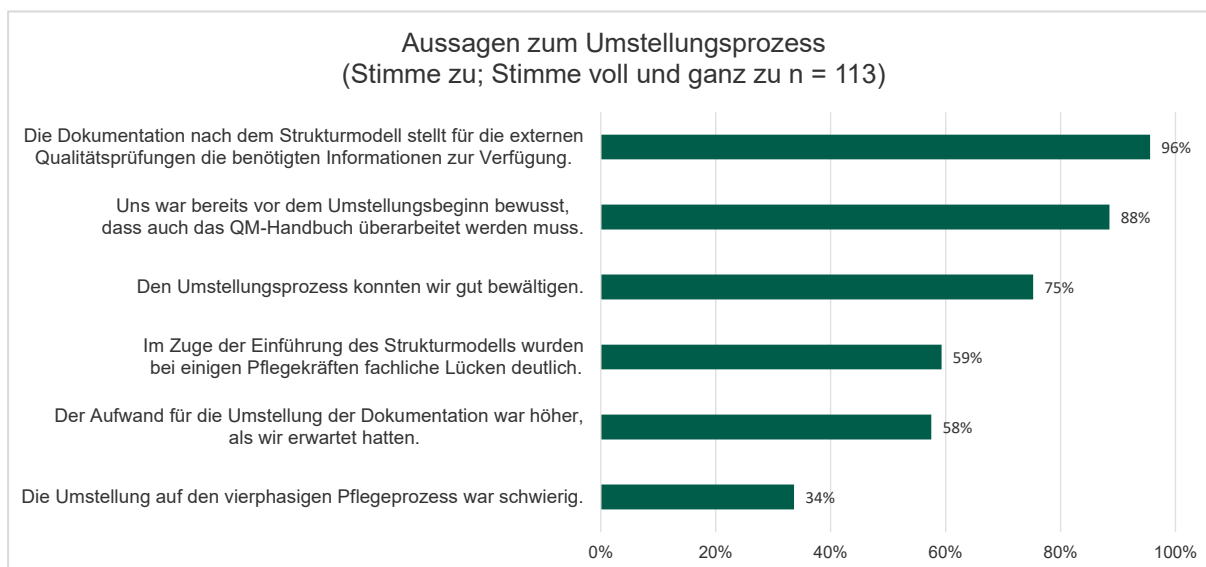
Abbildung 31: Aussagen zur Vorbereitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Abbildung 32 zeigt unterschiedliche Aussagen zum Umstellungsprozess auf das Strukturmodell. Die Pflegeeinrichtungen, welche bereits auf das Strukturmodell umgestellt haben, berichten, dass der Umstellungsprozess gut zu bewältigen war (75 %). Etwa ein Drittel (34 %) der Befragten empfand den Umstellungsprozess dennoch als schwierig. Im Zuge der Einführung des Strukturmodells wurden in 59 % der Einrichtungen bei einigen Pflegekräften fachliche Lücken deutlich. 74 % der Einrichtungen, die fachliche Lücken bei ihren Mitarbeitenden feststellen, berichten auch von Anwendungsproblemen. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen (58 %) gab an, den Umstellungsaufwand unterschätzt zu haben. Die Unterschätzung des Aufwands zur Umstellung besteht auch aus Sicht des MD und wurde in der Fokusgruppe thematisiert und zeige sich darin, dass erst nach Umstellung eine Anpassung des Qualitätsmanagementsystems vorgenommen werde (siehe auch Abbildung 28).

Abbildung 32 Aussagen zum Umstellungsprozess



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Die Teilnehmenden aus der Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen berichteten über Freitextoptionen, dass die Umsetzung des Strukturmodells in der Berufspraxis die tägliche Dokumentationslast verringern kann. Auch gelinge eine Einarbeitung in die Pflegedokumentation leichter, da dem Strukturmodell ein logischer Aufbau zugrunde liege. In den Freitexten äußerten Vertreterinnen und Vertreter der vollstationären Pflegeeinrichtungen jedoch auch, dass bei steigender Fluktuation von Bewohnerinnen und Bewohnern der Dokumentationsaufwand nicht als Zeitersparnis erlebt wird. Auf dem Abschlussworkshop wurde hierzu vereinzelt aus der Praxis berichtet, dass bei einem Arbeitgeberwechsel zu einer Einrichtung, die mit dem Strukturmodell arbeitet, keinerlei Einweisung/Schulung stattgefunden hätte, obwohl das Konzept des Strukturmodells und eine darauf abgestimmte Pflegedokumentation der Pflegefachkraft unbekannt war. Im Laufe der Zeit würden Kenntnisse zum Strukturmodell „verwässern“, aber auch als selbstverständlich angesehen. In diesem Zusammenhang wurde zusätzlich die Notwendigkeit der Wissensvermittlung zum Strukturmodell im Rahmen der Ausbildung diskutiert.

Oftmals gelinge auch die korrekte Dokumentation nach dem Strukturmodell nicht, was an fehlendem Personal und an einem unzureichenden Verständnis einzelner Elemente liege, wie z. B. der Risikomatrix in der SIS[®] sowie deren Funktion und Aufbau selbst. Hinzu komme, dass Auszubildende und ausländische Mitarbeitende es nicht gelernt hätten, nach dem Strukturmodell zu dokumentieren. In der Folge würden wichtige Informationen untergehen und die daraus folgenden Reaktionen auf die Veränderung verzögert, falsch oder gar nicht erfolgen. Dies erschwere zudem die Umsetzung eines einheitlichen Maßnahmenplans. Die Beschränkung der Dokumentation auf „Abweichungen“ führe im ambulanten Bereich dazu, dass die Dokumentation vergessen würde. Zu kurz komme in der Praxis die Schulung der Mitarbeitenden zur Dokumentation, die zu mehr Anwendungssicherheit führen würde.

Gewünscht wird, dass es seitens der Softwarehersteller möglich sein sollte, die Dokumentation zu einem Fall im Strukturmodell ambulant und teilstationär zu führen. Somit würden Klienten,

die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt wären und vom gleichen Anbieter auch tagespflegerisch betreut würden, nur eine Dokumentation benötigen.⁸

In den Freitexten äußerten die Einrichtungen z. T. auch, dass sie in der Qualitätsprüfung durch den MD erleben, dass zur vorhandenen Dokumentation nach dem Strukturmodell weitere Protokolle und Nachweise gefordert werden. 12,5 % der vollstationären Einrichtungen (sechs von 48 Einrichtungen), welche das Strukturmodell bereits etabliert haben, geben an, dass bei der Qualitätsprüfung des MD die Unterlagen nach Strukturmodell nicht ausreichen und die Prüfer weitere Dokumente verlangen. Beispielsweise wurde berichtet, dass Beratungsprotokolle für alle Risiken gefordert werden. Auch fällt aus Sicht der Befragten auf, dass die Mitarbeitenden des MD zum Teil eine unzureichende Schulung zum Strukturmodell mitbringen würden. 26 % der Einrichtungen (welche angeben, dass die Dokumentation im Strukturmodell nicht ausreicht für externe Qualitätsprüfungen; n = 19) haben im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen ihre Pflegedokumentation angepasst. So wurden z. B. abgeschaffte Formulare wiedereingeführt und eine spezielle Ausrichtung für die Intensivpflege selbst erarbeitet in Ergänzung zum Strukturmodell. Auch wurde berichtet, dass Anforderungen an die Dokumentation von Qualitätsprüfung zu Qualitätsprüfung wechseln und damit in Abhängigkeit zum Prüfpersonal stehen würden. Hierzu gab es während des Abschlussworkshops eine differenzierte Diskussion. Teilweise wurden die oben aufgeführten Probleme bestätigt, insbesondere im Kontext der neuen QPR (stationär) zu Art und Umfang der Maßnahmenplanung. Aber es wurde auch angesprochen, dass es auf Seiten der Pflegeeinrichtungen zu Fehlern durch eine nicht sachgerechte Umsetzung der Dokumentation gemäß Strukturmodell und zum Teil einer fehlenden Fachlichkeit käme.

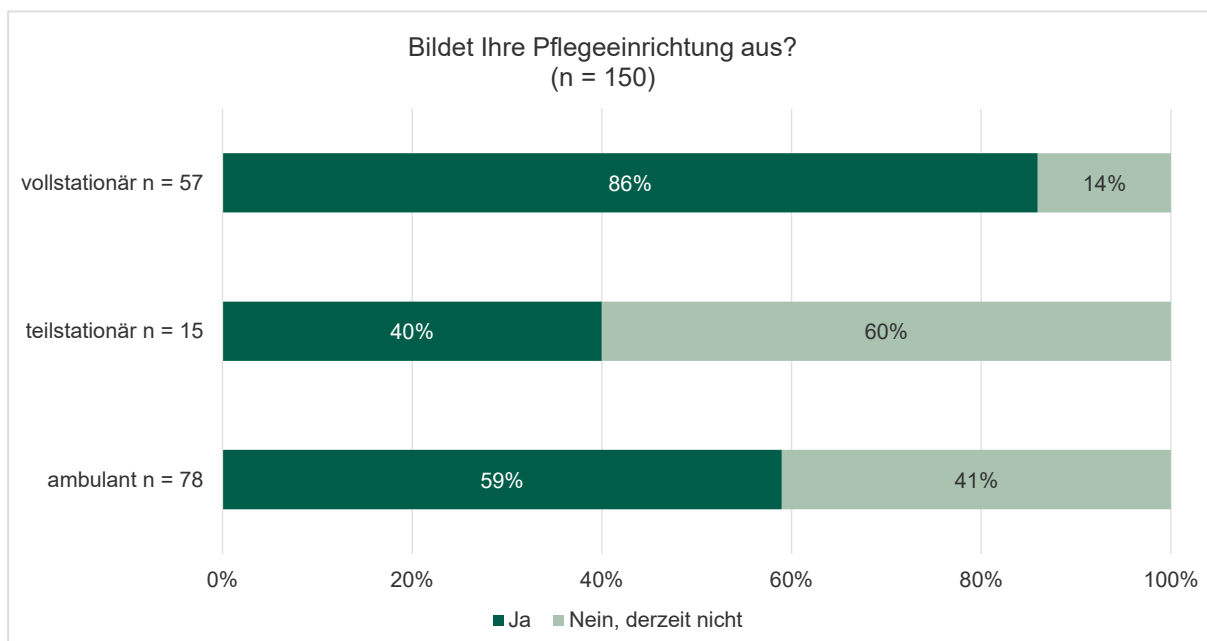
Insgesamt wurde festgestellt, dass die fachliche Umsetzung des Strukturmodells und Anforderungen an die Pflegedokumentation durch Prüfinstanzen im Rahmen der externen Qualitätsprüfung (stationär) Themen sind, von denen sich alle Beteiligten wünschen, wieder mehr und konstruktiv vor allem aber beständig gemeinsam ins Gespräch zu kommen. Es wurde darauf hingewiesen, dass hierfür im Rahmen der Implementierungsstrategie (2015 bis 2017) die sog. Kooperationsgremien in den Ländern ein guter Ort waren. Kritisch wurde angemerkt, dass einige der beschriebenen Probleme auch mit der Bewertungssystematik und den erläuternden Texten in der QPR direkt im Zusammenhang stehen. Auf Bundesebene müsste hierzu, entlang der bisherigen Erfahrungen, dringend das Gespräch mit den pflegewissenschaftlichen Autoren des Konzepts gesucht werden. Ein Anliegen, was u. a. auch an das Projektbüro EinSTEP auf Bundesebene herangetragen werden sollte.

4.2.3 Ausbildung und Strukturmodell

Über alle Einrichtungsarten betrachtet, bilden 67 % der befragten Pflegeeinrichtungen aus: die meisten Ausbildungsplätze bieten vollstationäre Einrichtungen. Abbildung 33 zeigt die Anteile der ausbildenden Einrichtungen differenziert nach Einrichtungsart.

⁸ Das Thema einer „gemeinsamen Pflegeakte“ für Tagespflege und ambulante Pflege war Teil des dreimonatigen Praxistests zur Anpassung des Strukturmodells an die spezifischen Anforderungen der Tages- und Kurzzeitpflege im Rahmen der zweijährigen Implementierungsstrategie. Es zeigte sich, dass es für eine Umsetzung der gemeinsamen Pflegeakte einige organisatorische und datenschutzrechtliche Hürden gibt, v. a. wenn unterschiedliche Einrichtungen an der Versorgung beteiligt sind (also Tagespflege und ambulanter Dienst nicht in einer Trägerschaft sind). Die Ergebnisse können im Endbericht nachgelesen werden: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/abschlussbericht_praxistest_tp_kzp_iges_170421.pdf (S. 27 ff.).

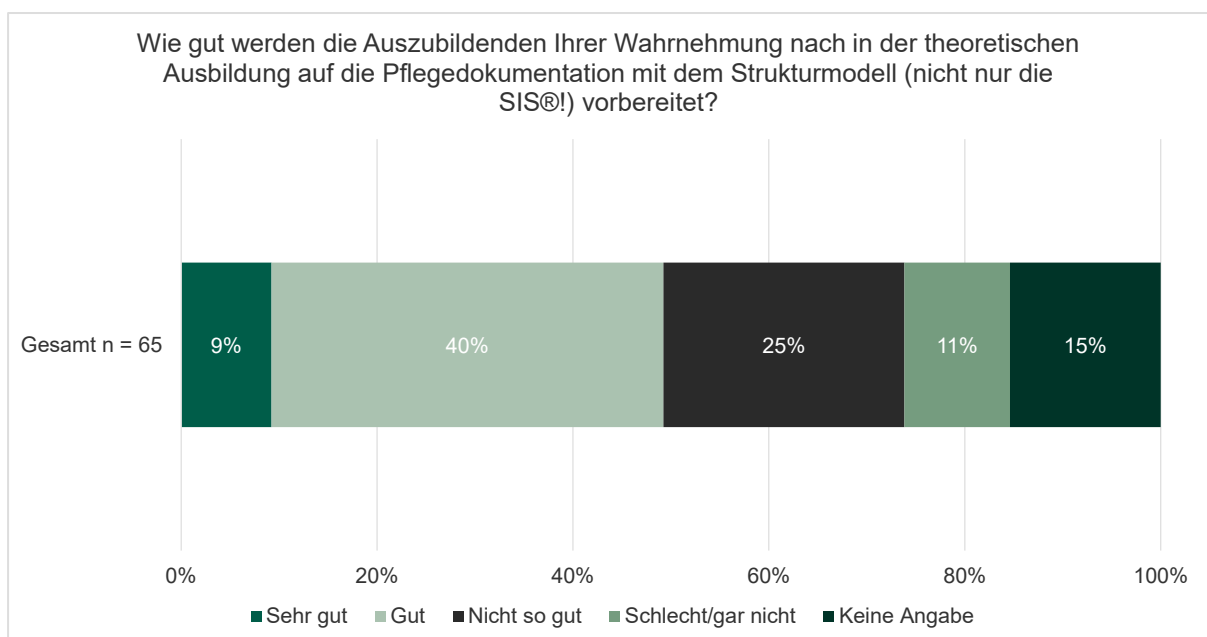
Abbildung 33: Ausbildung in den Pflegeeinrichtungen



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Die Mehrheit (63 %) der ausbildenden Pflegeeinrichtungen gibt an, dass in den Berufsschulen die Dokumentation nach Strukturmodell vermittelt wird. Knapp 22 Einrichtungen (22 %) verneinten allerdings diese Frage. Die theoretische Ausbildung zum Strukturmodell wird von 40 % der Einrichtungen als gut wahrgenommen. Weitere 9 % empfinden die Theorie sogar als eine sehr gute Vorbereitung für die Dokumentation nach Strukturmodell. 11 % geben dagegen an, dass die theoretische Ausbildung schlecht sei bzw. gar nicht stattfinden würde (s. Abbildung 34).

Abbildung 34: Theoretische Ausbildung und Strukturmodell

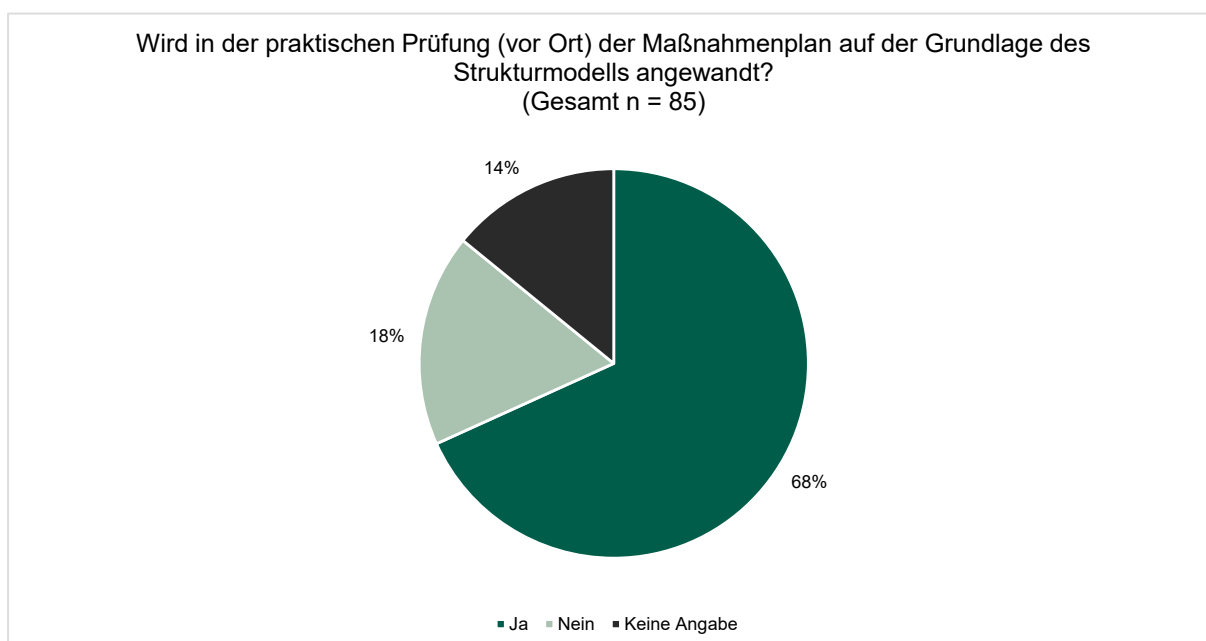


Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Die Gründe für eine unzureichende Vorbereitung der Auszubildenden zur Dokumentation nach dem Strukturmodell sind aus Sicht der Befragten aus den Pflegeeinrichtungen vielfältig. In der Ausbildung werde das Strukturmodell zwar vorgestellt und gelehrt, es fehle aber an inhaltlicher Bearbeitung anhand von Fallbeispielen oder Praxisaufträgen im Rahmen der Ausbildung. Moniert wurde, dass z. B. nicht ausreichend vermittelt werde, welche Inhalte in die SIS® oder den Maßnahmenplan gehören. Auch fehle es Lehrkräften z. T. an berufspraktischen Kenntnissen zum Strukturmodell. Teilweise stehe keine Pflegedokumentationssoftware nach dem Strukturmodell in der Pflegeschule zur Verfügung.

Von den Einrichtungen, die sowohl ausbilden als auch bereits das Strukturmodell anwenden, üben bzw. vertiefen die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter vor Ort in der Regel die Dokumentation gemäß Strukturmodell mit den Pflegeschülerinnen und -schülern (92 %, 78 von 85 Einrichtungen). Allerdings gaben nur 68 % an, dass in der Examensprüfung vor Ort der Maßnahmenplan auf der Grundlage des Strukturmodells angewandt wird (Abbildung 35). Die Umsetzung der praktischen Prüfung in den Einrichtungen erfolge zum Teil weiterhin nach dem AEDL-Modell, bei der eine handschriftliche Pflegeplanung zu erstellen sei.

Abbildung 35: Anwendung des Maßnahmenplans in Examensprüfungen



Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Beim Abschlussworkshop war die Implementierung des Strukturmodells in die Lehrpläne der neuen Pflegausbildung in Theorie und Praxis ein herausragendes Thema. Die Anwesenden bewerteten die Vermittlung des Strukturmodells in den Pflegeschulen wesentlich kritischer. Insbesondere die Durchführung der praktischen Prüfung nach dem „AEDL“ Schema, obwohl die Auszubildenden in der Pflegeeinrichtung nach dem Strukturmodell dokumentierten, nahmen einen breiten Raum ein und die Anwesenden äußerten ihr Unverständnis darüber. Hier sahen alle deutlichen Gesprächs- und Handlungsbedarf mit den zuständigen Stellen und den Lehrkräften der Ausbildungsstätten.

4.3 Coronabedingte Regelungen

Die Befragten haben durch den Gesetzgeber und den Freistaat Sachsen getroffene Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen während der Corona-Pandemie unterschiedlich

bewertet (siehe zu den Maßnahmen Kapitel 3.3). In Kapitel 4.3.1 werden die Erkenntnisse zu den die Pflegeeinrichtungen betreffenden Regelungen aus der Online-Befragung sowie den Fokusgruppen berichtet. Kapitel 4.3.2 enthält die Erkenntnisse aus der Befragung der Pflegebedürftigen Personen im Freistaat Sachsen sowie den Fokusgruppen.

4.3.1 Für Pflegeeinrichtungen relevante coronabedingte Regelungen

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die meisten der durch den Bundesgesetzgeber und den Freistaat Sachsen getroffenen Maßnahmen für die Einrichtungen hilfreich waren. Folgende coronabedingten Maßnahmen wurden durch die Einrichtungen überwiegend als entlastend wahrgenommen:

- Aussetzung von qualitätsbezogenen Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen bis 30. September 2020,
- einmalige Qualitätsprüfung zugelassener Pflegeeinrichtungen zwischen dem 1. Oktober 2020 und 31. Dezember 2021, wenn die pandemische Lage es zuließ,
- Aussetzung der Qualitätsdatenübersendung bis zum 31. Dezember 2021 (nur vollstationär),
- Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und (video-) telefonischem Gespräch bis 30. Juni 2022,
- Ausgleich von Einnahmeausfällen und zusätzlichen coronabedingten Mehrkosten durch die Pflegekassen gemäß § 150 SGB XI sowie
- Bereitstellung und Verteilung von Schutzausrüstung.

Tabelle 22 zeigt, wie die einzelnen Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen in ihrer Wirksamkeit wahrgenommen wurden (sehr bis nicht entlastet) oder ob die Maßnahmen ggf. sogar unbekannt waren.

Tabelle 22: Entlastende Maßnahmen während der Corona-Pandemie

Maßnahme	Wahrnehmung der Entlastung	vollstationär (n = 57)	teilstationär (n = 15)	ambulant (n = 78)
Aussetzung von qualitätsbezogenen Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen bis 30. September 2020	sehr entlastet	47 %	33 %	44 %
	etwas entlastet	35 %	53 %	28 %
	nicht entlastet	9 %	13 %	19 %
	Maßnahme unbekannt	2 %	0 %	3 %
Einmalige Qualitätsprüfung zugelassener Pflegeeinrichtungen zwischen dem 1. Oktober 2020 und 31. Dezember 2021, wenn die pandemische Lage es zuließ	sehr entlastet	35 %	13 %	27 %
	etwas entlastet	23 %	40 %	27 %
	nicht entlastet	25 %	27 %	19 %
	Maßnahme unbekannt	0 %	7 %	5 %
Aussetzung der Qualitätsdatenübersendung bis zum 31. Dezember 2021 (nur vollstationär)	sehr entlastet	40 %	-	-
	etwas entlastet	25 %	-	-
	nicht entlastet	26 %	-	-
	Maßnahme unbekannt	2 %	-	-

Maßnahme	Wahrnehmung der Entlastung	vollstationär (n = 57)	teilstationär (n = 15)	ambulant (n = 78)
Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und (video-)telefonischem Gespräch bis 30. Juni 2022	sehr entlastet	54 %	27 %	45 %
	etwas entlastet	32 %	27 %	24 %
	nicht entlastet	12 %	27 %	28 %
	Maßnahme unbekannt	0 %	0 %	0 %
Pflegekräfte des Medizinischen Dienstes haben Pflegeeinrichtungen unterstützt	sehr entlastet	2 %	0 %	4 %
	etwas entlastet	7 %	13 %	8 %
	nicht entlastet	39 %	33 %	26 %
	Maßnahme unbekannt	35 %	40 %	42 %
Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes haben Pflegeeinrichtungen unterstützt	sehr entlastet	0 %	0 %	3 %
	etwas entlastet	4 %	7 %	4 %
	nicht entlastet	42 %	40 %	26 %
	Maßnahme unbekannt	35 %	33 %	46 %
Flexible Regelungen zwischen Pflegekassen und Einrichtungen zur Überbrückung personeller Engpässe	sehr entlastet	4 %	20 %	13 %
	etwas entlastet	14 %	20 %	27 %
	nicht entlastet	28 %	33 %	28 %
	Maßnahme unbekannt	28 %	7 %	21 %
Ausgleich von Einnahmeausfällen und zusätzlichen coronabedingten Mehrkosten durch die Pflegekassen gemäß § 150 SGB XI	sehr entlastet	53 %	80 %	37 %
	etwas entlastet	30 %	13 %	33 %
	nicht entlastet	2 %	0 %	14 %
	Maßnahme unbekannt	4 %	0 %	1 %
Bereitstellung und Verteilung von Schutzausrüstung	sehr entlastet	26 %	47 %	28 %
	etwas entlastet	47 %	40 %	47 %
	nicht entlastet	19 %	7 %	13 %
	Maßnahme unbekannt	0 %	0 %	1 %
Gestattung der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Vorliegen einer epidemischen Lage	sehr entlastet	7 %	20 %	4 %
	etwas entlastet	19 %	20 %	8 %
	nicht entlastet	14 %	13 %	19 %
	Maßnahme unbekannt	35 %	33 %	36 %

Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Anmerkung: Anteil nicht dargestellt, der keine Angaben zu den Aussagen gemacht hat

Der Ausgleich von Einnahmeausfällen und coronabedingten Mehrkosten wurde zum großen Teil als etwas bis sehr entlastend empfunden. Vor allem die Befragten aus teilstationären Einrichtungen gaben dies an (vollstationär 83 %, teilstationär 93 %, ambulant 70 %). Auch die Teilnehmenden der Pflegekassen bewerteten diese Maßnahme als richtig für die Versorgungssicherheit. Das Budget sei im Freistaat Sachsen deutlich überschritten worden, sodass künftig für eine angemessene Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel konkretere Kriterien sinnvoll seien, die an eine Auszahlung geknüpft sind (s. Tabelle 23).

Auch die Möglichkeit der (video-)telefonischen Begutachtung zur Pflegegradeinstufung bis zum 30. Juni 2022 wurde durch die befragten Pflegeeinrichtungen mehrheitlich als entlastend wahrgenommen (Zustimmung vollstationär 86 %, teilstationär 54 %, ambulant 69 %), ebenso die Aussetzung der qualitätsbezogenen Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen bis 30. September 2020 (Zustimmung vollstationär 82 %, teilstationär 86 %, ambulant 72 %). Die einmalige qualitätsbezogene Regelprüfung zwischen dem 01. Oktober 2020 und dem 31. Dezember

2021, wenn die pandemische Lage dies zuließ, wurde jeweils von etwas mehr als der Hälfte der Befragten als etwas bis sehr entlastend bewertet (vollstationär 58 %; teilstationär 53 %, ambulant 54 %). Nur einem geringen Anteil der Befragten waren die Aussetzungen von Regelprüfungen bzw. die einmalige Prüfung nicht bekannt (vollstationär 2 %, ambulant 3 %). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen mit den Pflegekassen und dem MD berichteten, dass die Zahl der anlassbezogenen Prüfungen (u. a. auch wegen Anzeigen von Angehörigen der Pflegebedürftigen) während der Pandemie zugenommen hätte. Die Sicherstellung der Versorgung hatte für sie oberste Priorität. Für die Qualitätsprüfungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen gab es eine gesonderte Corona-QPR, die als Erleichterung für die Einrichtungen gedacht war. Bevor Qualitätsprüfungen erfolgten, erfragte der MD das Infektionsgeschehen in der betreffenden Einrichtung. Die Teilnehmenden der Fokusgruppen berichteten, dass der MD vorrangig beratend unterstützt hat, um Qualitätsverbesserungen zu erzielen (s. Tabelle 23).

Als nicht entlastend bewerteten die meisten Pflegeeinrichtungen in der Online-Befragung die Unterstützung durch Ärztinnen und Ärzten des medizinischen Dienstes (vollstationär 42 %, teilstationär 40 % und ambulant 26 %). Ähnlich fiel die Bewertung der Unterstützung durch Pflegekräfte des medizinischen Dienstes aus: dieses Angebot wurde als nicht entlastend wahrgenommen (vollstationär 39 %, teilstationär 33 %, ambulant 26 %). Allerdings waren diese beiden Unterstützungsmaßnahmen einem großen Teil der Pflegeeinrichtungen nicht bekannt (Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten: vollstationär 35 %, teilstationär 33 %, ambulant 46 %; Unterstützung von Pflegekräften: vollstationär 35 %, teilstationär 40 % ambulant 42 %). Die Pflegekassen und der MD berichteten in den Fokusgruppen, dass über das Corona-Pflege-Team eine strategische Unterstützung der Pflegeeinrichtungen erfolgte. Die Gesundheitsämter seien teilweise personell unterstützt worden. Nach Wahrnehmung der Pflegekassen hätte es bei einer Unterstützung durch das Corona-Pflege-Team vor Ort Sorge vor einer „Überwachung“ der Einrichtungen gegeben, da die Mitarbeitenden des Corona-Pflege-Teams häufig aus dem Bereich Qualitätsprüfung stammten. Zwischen November 2020 und April 2022 sei eine ein- oder mehrmalige beratende und organisatorische Betreuung von etwa 340 Einrichtungen erfolgt (siehe Tabelle 23).

In den Fokusgruppen mit den Pflegekassen und dem MD Sachsen berichteten die Expertinnen und Experten, dass im Corona-Krisenstab – einer wöchentlichen Konferenz mit dem Sozialministerium, dem Corona-Pflege-Team und den Pflegekassen – Maßnahmen verabredet und organisiert werden konnten. In den Landkreisen und kreisfreien Städten konnten die Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren des Pflegenetzes, welche Ansprechpartner für die Sicherstellung der Versorgung in den Landkreisen sind, aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer gut bei der Umsetzung unterstützen. Zur Entlastung des Pflegepersonals in den Einrichtungen mussten im Notfall nicht alle vertraglich vereinbarten Maßnahmen beim Pflegebedürftigen umgesetzt werden, mit Ausnahme der „Grundversorgung“. Im ambulanten Bereich konnte durch die Aussetzung des Abzeichnens von Leistungsnachweisen durch Versicherte oder sie betreuende Personen aus Sicht der Expertinnen und Experten eine Dokumentationsentlastung erreicht werden. Im Bereich der Grundpflegedokumentation im ambulanten Setting konnte jedoch keine bürokratische Entlastung erfolgen, da die Leistungsnachweise grundlegende Voraussetzung für die Abrechnung seien.

Tabelle 23 enthält die Einschätzungen und Erfahrungen der Expertinnen und Experten der Pflegekassen und des MD aus den Fokusgruppen.

Tabelle 23: Coronabedingte Maßnahmen mit Auswirkungen auf Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Teilnehmenden der Fokusgruppen

Coronabedingte Regelungen zur Aussetzung bürokratischer Anforderungen	Einschätzung der Pflegekassen	Einschätzung des Medizinischen Dienstes
<p>Aussetzung qualitätsbezogener Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen bis 30. September 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • oberste Priorität hatte die Sicherstellung der Versorgung, es wurden Maßnahmen ergriffen, um dies umzusetzen <ul style="list-style-type: none"> ○ Corona-Pflegeteam ○ Überbrückung personeller Engpässe ○ Einsatz von Hilfskräften (Hilfskraftvertrag) • Durchführung vieler anlassbezogener Prüfungen (u. a. auch wegen Anzeigen Angehöriger aufgrund unzureichender Versorgung) 	<ul style="list-style-type: none"> • die Sicherstellung der Versorgung hatte oberste Priorität, Maßnahmen zur Kontrolle des Infektionsgeschehens standen an erster Stelle • für die Qualitätsprüfung der vollstationären Einrichtungen gab es eine „Corona-QPR“, die als Erleichterung für die Einrichtungen in der Qualitätsprüfung gedacht war • seitens des MD bestand großes Interesse, trotzdem in die Einrichtungen gehen zu können, um beraten und prüfen zu können, vorrangig für die Beratung im Sinne einer Unterstützung zur Qualitätsverbesserung • im ambulanten Setting war es schwer möglich während Corona festzustellen, wie die Versorgung dort sichergestellt wurde • Vorgehen bei der Qualitätsprüfung während Corona: vorab Information des MD zum Infektionsgeschehen in der Einrichtung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Betrifft das eine Person? ○ Betrifft das einen Bereich, sodass der Bereich isoliert werden kann? ○ Oder ist das eher diffus? • im Jahr 2022 wurden in ambulanten Pflegediensten wieder mehr Qualitätsprüfungen durchgeführt, auch die Anzahl der Anlassprüfungen ist gestiegen, was darauf zurückgeführt wird, dass die Pandemie sich auch weiterhin auswirke

Coronabedingte Regelungen zur Aussetzung bürokratischer Anforderungen	Einschätzung der Pflegekassen	Einschätzung des Medizinischen Dienstes
<p>Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und(video-)telefonischem Gespräch bis 30. Juni 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> • vor der Begutachtung erfolgte die Zusendung eines neu entwickelten Fragebogens durch den MD, welcher vor dem Interview zur Begutachtung ausgewertet wurde <ul style="list-style-type: none"> ○ Erstbegutachtung in der Häuslichkeit ist essenziell, vor allem um das Wohnumfeld in Augenschein nehmen zu können • viele Widersprüche, da Versicherte eine persönliche Begutachtung wünschten • gemeinsame Überlegungen mit dem MD für die zukünftige Reduktion der persönlichen Begutachtungen • Begutachtungen per Aktenlage gut möglich bei: <ul style="list-style-type: none"> ○ Personen in vollstationären Einrichtungen ○ in der sozialmedizinischen Fallberatung zur Wiederholungsbegutachtung, wenn Verbesserungen der Selbstständigkeit es zulassen, dass der Pflegegrad entfallen kann <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei befristeten Pflegegraden (40-50 % der Fälle geschätzt) ▪ bei Kindern 	<ul style="list-style-type: none"> • Videobegutachtungen in Pflegeeinrichtungen wurden von den Einrichtungen als positiv angesehen, teilweise war jedoch unzureichende Technik vorhanden (schlechte Kamera etc.) • ambulant funktionierte die Videobegutachtung nur eingeschränkt, da Pflegebedürftige häufig keine Smartphones besaßen • es bestand Sorge der Gutachter während Corona bei der telefonischen Begutachtung etwas zu übersehen • vor Corona gab es mehr Fallberatungen in der Kasse – Widersprüche gegen Pflegegradeinstufungen konnten von den Pflegekassen abgedeckt werden, z. B. weil nicht erst ein Antrag gestellt wurde, wenn absehbar war, dass noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt • Antragsprozesse wurden von der Pflegekasse beschleunigt, da sie zum Teil ohne Prüfung an den MD weitergeleitet wurden, was zu einer erhöhten Antragswelle führte • Verteilung der Pflegegrade hat sich kaum während Corona verändert; ein Anstieg von Widersprüchen konnte nicht beobachtet werden

Coronabedingte Regelungen zur Aussetzung bürokratischer Anforderungen	Einschätzung der Pflegekassen	Einschätzung des Medizinischen Dienstes
<p>Unterstützung durch Pflegekräfte/Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes in den Pflegeeinrichtungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infos zum Corona-Pflegeteam erfolgten über die Presse, sodass Einrichtungen darüber informiert waren • Einrichtungen konnten sich über ein Mailpostfach melden • Angebot zur Unterstützung wurde sehr gut von den Einrichtungen angenommen • Pflegeeinrichtungen konnten ihre Not auf der Website der Pflegekassen anzeigen und wurden direkt zum Corona-Pflegeteam gelotst • es wurde häufig personelle Unterstützung gewünscht statt Beratung • Mitarbeitende des Corona-Pflegeteams häufig aus dem Bereich Qualitätsprüfung, daraus resultierende Angst vor Überwachung in den Einrichtungen • beratende und organisatorische Betreuung von etwa 340 Einrichtungen im Zeitraum November 2020 bis April 2022, einmalig oder mehrfach • insgesamt hohe Inanspruchnahme, sodass im Verlauf nach Bedarfslage geclustert wurde • zum Teil Inanspruchnahme präventiver Beratungsgespräche 	<ul style="list-style-type: none"> • zu Beginn der Pandemie gab es die Abfrage, wie viele Pflegekräfte im MD Spezialausbildungen haben, um eventuell in Einrichtungen personell aushelfen zu können • lediglich in 2-3 Fällen wurde die Versorgung in kurzen Personaleinsätzen sichergestellt • Einsatz in den Gesundheitsämtern <ul style="list-style-type: none"> ○ bei der Umsetzung der Teststrategie ○ Coronaschutzimpfungen ○ zur Beratung der Versicherten ○ Erstellen von Verordnungen ○ Einsatz bei der Pflegekasse zur Beratung • Schwierigkeiten gab es in Einzelfällen bei akuten Hilferufen von Einrichtungen aufgrund einer Notlage, da konnte nicht immer schnell genug unterstützt werden
<p>Bereitstellung und Verteilung von Schutzausrüstung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • zwischen Pflegeeinrichtungen, Sozialministerium und Pflegekassen herrschte eine gute Abstimmung • Koordinierung und Verteilung ist sehr gut gelaufen 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Berührungspunkte des MD mit dieser Thematik

Coronabedingte Regelungen zur Aussetzung bürokratischer Anforderungen	Einschätzung der Pflegekassen	Einschätzung des Medizinischen Dienstes
Ausgleich von Einnahmeausfällen und zusätzlichen coronabedingten Mehrkosten durch die Pflegekassen gemäß § 150 SGB XI (März 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Die schnelle und unbürokratische Hilfe wurde als richtige Entscheidung für die Versorgungssicherheit bewertet. • Anhand der derzeit laufenden Nachweisprüfungen (Stand November 2022) wird der Rückforderungsbedarf geprüft – der Freistaat Sachsen hat das Budget bei weitem überschritten • zukünftiges Knüpfen der Auszahlungen an konkretere Kriterien sinnvoll, um die Mittel gerecht zu verteilen 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Berührungspunkte des MD mit dieser Thematik
Flexible Regelungen zwischen Pflegekassen und Einrichtungen zur Überbrückung personeller Engpässe	<ul style="list-style-type: none"> • Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden ausgesetzt oder konnten digital stattfinden • im ambulanten Bereich konnte die telefonische Pflegeberatung gut entlasten • Teilnehmende zeigten sich überrascht, dass mehr als die Hälfte der Pflegeeinrichtungen dieses Angebot nicht kannte • durch Einsatz des Hilfskraftvertrags (siehe auch Abschnitt 3.3), den schätzungsweise 60 - 70 % der ambulanten Dienste im Freistaat Sachsen nutzen, konnte die Pflege ohne Kontaktierung der Pflegekasse agieren 	<ul style="list-style-type: none"> • in der Qualitätsprüfung wurde es berücksichtigt, wenn es personelle Engpässe gab • Abweichungen vom Personalschlüssel waren nur bei „akuten personellen Engpässen“ möglich • Hilfskräfte durften erweiterte Aufgaben von Fachkräften nach entsprechender Schulung übernehmen (siehe auch Abschnitt 3.3) • dennoch wendeten sich regelmäßig Hilfskräfte an den MD – fühlten sich z. T. überfordert, wollten wissen, ob sie die Übernahme von Fachkrafttätigkeiten ablehnen können
Gestattung der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Vorliegen einer epidemischen Lage	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeeinrichtungen mussten selbst Bedarf bei der Pflegekasse anmelden 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Aussage möglich durch MD

Coronabedingte Regelungen zur Aussetzung bürokratischer Anforderungen	Einschätzung der Pflegekassen	Einschätzung des Medizinischen Dienstes
<p>Beratungsgespräche durch ambulante Pflegedienste per Telefon oder Video (digital) möglich bei Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern nach § 37 Abs. 3 SGB XI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2020 mussten Pflegegeldempfänger keine Beratungsbesuche nachweisen, 2021 wurden die Fristen dafür verlängert • erstes Beratungsgespräch sollte persönlich erfolgen • danach Ausgestaltung im Wechsel persönlich, telefonisch oder per Video möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • ungünstige Korrelation mit dem gleichzeitigen Aussetzen der persönlichen Begutachtung und der Aussetzungen der Qualitätsprüfungen • das Stattfinden dieser Beratungsbesuche hätte möglich sein sollen, denn die ambulanten Dienste waren ja sowieso unterwegs • künftig sollte ein abgestuftes Verfahren etabliert werden
<p>Einführung einer Meldepflicht von Coronainfektionen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • die Infektionsmeldungen waren nur Indikator für die Tendenz des Infektionsgeschehens im Freistaat Sachsen • stellte eine Info dar, die aber kaum handlungsleitend für die Richtung der Maßnahmen war • Diskussionen mit den Pflegeeinrichtungen zu den Adressaten und zur Häufigkeit der Meldungen 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Berührungspunkte des MD mit dieser Thematik

Quelle: IGES, Fokusgruppen mit Pflegekassen und MD im Freistaat Sachsen

Die Einrichtungen geben an, dass sie durch unterschiedliche Institutionen über entlastenden Maßnahmen informiert wurden: Pflege-, Berufsverbände (70 Nennungen), Einrichtungsträger (38 Nennungen), PflegeNetz Sachsen (acht Nennungen), Robert-Koch-Institut (drei Nennungen), Heimaufsicht (drei Nennungen), Kranken-/Pflegekassen (zwei Nennungen), externe Dienstleister (eine Nennung), Soziale Medien/Netzwerke (1 Nennung), das Landratsamt bzw. der Landkreis (zwei Nennungen) und durch das interne Qualitätsmanagement (eine Nennung). Hauptsächlich selbst recherchiert haben 12 Einrichtungen. Die Internetseite <https://www.coronavirus.sachsen.de/> wurde von sieben Einrichtungen hauptsächlich als Informationsquelle herangezogen. Eine Einrichtung nutzte dafür vor allem <https://www.zusammengegencorona.de/>.

Im abschließenden Reflexionsworkshop wurden die Ergebnisse zu den entlastenden Maßnahmen in der Corona-Pandemie vorgestellt und gemeinsam mit den Teilnehmenden diskutiert. Der Fokus der Diskussion lag auf weiteren Unterstützungsmaßnahmen für Pflegeeinrichtungen, die in außergewöhnlichen Belastungssituationen, wie der Corona-Pandemie, hilfreich wären. Ungeachtet der arbeitsrechtlichen Hürden rückten die Teilnehmenden die personelle Unterstützung als zentralen Wunsch der Pflegeeinrichtungen in den Fokus. Die in der Pandemie erhaltene personelle Unterstützung wurde kritisch hinterfragt - beispielsweise war es aus der Sicht der Einrichtungen nicht eindeutig, welche Tätigkeiten die unterstützenden Personen durchführen dürften, was den flexiblen Einsatz stark limitierte. Hinsichtlich der entlastenden Maßnahmen wurden folgende Aspekte thematisiert und Vorschläge für eine Verbesserung gemacht:

- personelle Unterstützung zur Umsetzung der Teststrategie,
- Erwartungshaltung an das Corona-Pflege team,
- Qualität der Beratung durch das Corona-Pflege team sowie
- Informationsmöglichkeiten zu konkreten Ansprechpartnern bei Pflegekassen.

Die **Umsetzung der Teststrategie** in den Einrichtungen hätte eine personelle Unterstützung nötig gemacht, da das sowieso schon stark belastete einrichtungsinterne Personal für das Testen oft von den eigentlichen Aufgaben entbunden werden musste. Seitens des MD Sachsen wäre dies mit dessen Personal nicht möglich gewesen, da schlichtweg zu wenige Personen für eine flächendeckende Unterstützung der Einrichtungen vorhanden gewesen sei.

Ein Schwerpunkt der Diskussionen lag in den **Aufgaben des Corona-Pflege teams**: Die Einrichtungen erwarteten mehrheitlich konkrete personelle Unterstützung und Koordination durch das Corona-Pflege team und nicht eine reine Beratung. Die Hilfsmöglichkeiten und die Aufgaben waren vielen Einrichtungen zunächst nicht klar, was zu einer initialen Enttäuschung führte. Einrichtungen meldeten sich oft erst, wenn keine der eigenen Ideen mehr funktionierten und erhofften sich konkretere Maßnahmen anstelle einer eher generellen Beratung. Von den Praxisvertreterinnen und -vertretern wurde zudem die Beratungsqualität als teilweise eher weniger hilfreich bewertet. Lösungsvorschläge der Beraterinnen und Berater seien zu unspezifisch gewesen, den Einrichtungen z. T. selbst in den Sinn gekommen und wurden bereits umgesetzt. Durch eine von Beginn an klarere Informationsstrategie zur Funktion, den Hilfsmöglichkeiten des Corona-Pflege teams und den Grenzen der Unterstützung hätten die Pflegeeinrichtungen wahrscheinlich eine realistischere Erwartungshaltung entwickeln können. Künftig bedürfe es einer deutlich spezifischeren, individuelleren Beratung für die Einrichtungen. Schwerpunkt müsse auf einer „analytischen Beratung“, ggf. verbunden mit einem Coaching auf Management-Ebene der Pflegeeinrichtung liegen, damit die Einrichtungen eigene Ressourcen und Möglichkeiten besser erkennen und nutzen könnten.

Die Praxisvertreterinnen und -vertreter thematisierten auch, dass es bei den Pflegeeinrichtungen zum Teil sehr große Bedenken gab, überhaupt beratende Unterstützung durch das

Corona-Pflegeteam einzufordern, da die Beraterinnen und Berater des Corona-Pflegeteams Mitarbeitende des MD Sachsen waren. Es bestand die Sorge, dass kommunizierte personelle Missstände und Versorgungsschwierigkeiten anlassbezogene Qualitätsprüfungen nach sich ziehen könnten. Für die Zukunft sei es wichtig, diesen Rollenkonflikt zwischen Beratung und Prüfung aufzulösen, und die Beraterrolle in den Vordergrund zu rücken. Nur so ließen sich Ängste bei den Einrichtungen abbauen. Ein Austausch mit anderen Pflegeeinrichtungen und –diensten über eine gemeinsame Plattform wäre nach Ansicht der Praxisvertreterinnen/-vertreter hilfreich gewesen. Einrichtungen wäre so die Möglichkeit eröffnet worden, auch ohne die Inanspruchnahme des Corona-Pflegeteams zu erfahren, wie andere Einrichtungen ähnliche Probleme bewältigt haben.

Mehr Transparenz der Pflegekassen zu konkreten Ansprechpartnerinnen und -partnern und Möglichkeiten der Entlastung für Pflegeeinrichtungen ist aus Sicht der Praxisvertreterinnen und -vertreter nötig. Informationen seien uneinheitlich gewesen, bei telefonischen Nachfragen landete man in der Warteschleife. Insbesondere die Internetauftritte der Kassen müssten diesbezüglich optimiert werden. Verantwortliche Personen und deren Kontaktdaten waren aus der Sicht der Pflegeeinrichtungen nicht eindeutig benannt und schwer einzusehen.

Seitens der Praxis wurde darüber hinaus gewünscht, dass sich die Weitergabe von wichtigen Informationen, auf die in den Einrichtungen schnell reagiert werden sollte, mehr an den Arbeitszeiten der Pflegeeinrichtungen orientiere. Beispielweise seien Änderungen in der Corona-Schutz-Verordnung oftmals am Freitagnachmittag oder frühen Freitagabend eingetroffen, und eine Umsetzung von Maßnahmen sollte dann bereits ab Montag erfolgen. Gerade auch mit Blick auf Qualitätsprüfungen war es dann besonders schwer, über das Wochenende neue Information zu verarbeiten und umzusetzen. Gesundheitsämter hätten darüber hinaus Corona-Schutz-Verordnungen sehr unterschiedlich ausgelegt, was zusätzlich für Unklarheiten bei den Pflegeeinrichtungen sorgte. Entsprechend wäre eine klar erkennbare, einheitliche Linie seitens der Gesundheitsämter wünschenswert gewesen. Weiterhin wurde berichtet, dass die Pflegeeinrichtungen oft den Eindruck hatten, dass die Gesundheitsämter wenig Einsicht über die eigentlichen Versorgungsgeschehen in der Praxis gehabt hätten. Für einen besseren Einblick in die Versorgungsrealität wird zukünftig ein vermehrter Austausch gewünscht. Eine schnelle Koordination und ein zentrales Krisenmanagement auf Landesebene, das auf kommunaler Ebene dann von klar benannten Verantwortlichen umgesetzt werden kann, wurde von einigen Vertreterinnen und -vertretern vorgeschlagen.

Tabelle 24 zeigt die Bewertungen der Pflegeeinrichtungen zu verschiedenen Aussagen zu Informations- und Unterstützungsangeboten während der Corona-Pandemie.

Tabelle 24: Informations- und Unterstützungslage während der Corona-Pandemie

Aussage	Wahrnehmung	vollstationär (n = 57)	teilstationär (n = 15)	ambulant (n = 78)
Wir haben uns während der Corona-Pandemie gut über aktuelle Regelungen und entlastende Maßnahmen informiert gefühlt.	Stimme voll und ganz zu	2 %	13 %	19 %
	Stimme eher zu	61 %	67 %	46 %
	Stimme eher nicht zu	33 %	20 %	22 %
	Stimme überhaupt nicht zu	0 %	0 %	9 %

Aussage	Wahrnehmung	vollstationär (n = 57)	teilstatio- när (n = 15)	ambulant (n = 78)
Wir konnten stets gut überblicken, welche Regelungen und Maßnahmen gerade gelten.	Stimme voll und ganz zu	2 %	0 %	14 %
	Stimme eher zu	32 %	40 %	37 %
	Stimme eher nicht zu	46 %	53 %	24 %
	Stimme überhaupt nicht zu	19 %	7 %	22 %
Wir wussten bei Fragen zu neuen Regelungen und Maßnahmen immer, an welche Ansprechpartnerin oder welchen Ansprechpartner wir uns wenden konnten.	Stimme voll und ganz zu	5 %	33 %	22 %
	Stimme eher zu	39 %	40 %	35 %
	Stimme eher nicht zu	39 %	20 %	23 %
	Stimme überhaupt nicht zu	12 %	7 %	17 %
Wir konnten mit der Pflegekasse problemlos flexible Regelungen zum Überbrücken personeller Engpässe treffen.	Stimme voll und ganz zu	2 %	0 %	9 %
	Stimme eher zu	11 %	20 %	24 %
	Stimme eher nicht zu	25 %	33 %	14 %
	Stimme überhaupt nicht zu	18 %	7 %	23 %
Wir wurden durch den Medizinischen Dienst personell hilfreich unterstützt.	Stimme voll und ganz zu	0 %	0 %	1 %
	Stimme eher zu	2 %	7 %	0 %
	Stimme eher nicht zu	16 %	0 %	14 %
	Stimme überhaupt nicht zu	53 %	67 %	54 %
Wir wurden durch das Corona-Pflegeteam hilfreich unterstützt.	Stimme voll und ganz zu	0 %	0 %	3 %
	Stimme eher zu	12 %	0 %	1 %
	Stimme eher nicht zu	14 %	13 %	17 %
	Stimme überhaupt nicht zu	46 %	60 %	49 %
Ausgleichszahlungen von coronabedingten Einnahmeausfällen und Mehrkosten haben wir zeitnah nach Antragstellung erhalten.	Stimme voll und ganz zu	23 %	53 %	31 %
	Stimme eher zu	49 %	20 %	23 %
	Stimme eher nicht zu	5 %	0 %	6 %
	Stimme überhaupt nicht zu	4 %	0 %	10 %

Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Anmerkung: Anteil nicht dargestellt, der keine Angaben zu den Aussagen gemacht hat

Insgesamt sahen sich die Pflegeeinrichtungen gut über aktuelle Regelungen und entlastende Maßnahmen informiert (*Stimme voll und ganz zu*: vollstationär 2 %, teilstationär 13 %, ambulant 19%; *Stimme eher zu*: vollstationär 61 %, teilstationär 67 %, ambulant 46 %). Allerdings gaben die meisten Befragten an, dass es eher nicht (vollstationär 46 %, teilstationär 53 % und ambulant 24 %) bis überhaupt nicht (vollstationär 19 %, teilstationär 7 % und ambulant 22 %) übersichtlich war, welche Maßnahmen und Regelungen gerade galten.

Der Großteil der Befragten sah sich durch den MD *personell* nicht hilfreich unterstützt (*Stimme überhaupt nicht zu*: vollstationär 53 %, teilstationär 67 %, ambulant 54 %, *Stimme eher nicht zu*: vollstationär 16 %, teilstationär 0 %, ambulant 14 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der

Unterstützung durch das Corona-Pflegeteam (*Stimme eher nicht zu*: vollstationär 14 %, teilstationär 13 %, ambulant 17 %; *Stimme überhaupt nicht zu*: vollstationär 46 %, teilstationär 60 %, ambulant 49 %).

Die Einrichtungen haben Ausgleichszahlungen für coronabedingte Einnahmeausfälle überwiegend zeitnah nach Antragsstellung erhalten (*Stimme voll und ganz zu*: vollstationär 23 %, teilstationär 53 %, ambulant 31 %; *Stimme eher zu*: vollstationär 49 %, teilstationär 20 %, ambulant 23 %).

Tabelle 25 zeigt das Meinungsbild der Pflegeeinrichtungen, ob Regelungen und Maßnahmen „wie vor der Pandemie“ oder „wie während der Pandemie“ oder „zeitlich gestreckt“ weitergeführt werden sollten. Jeweils mehr als die Hälfte der Befragten aus vollstationären (53 %), teilstationären (67 %) und ambulanten Einrichtungen (54 %) sind der Auffassung, dass Qualitätsprüfungen künftig zeitlich gestreckt stattfinden sollten. Die meisten Befragten, die dazu Angaben machten, wünschen sich zudem weiterhin eine personelle (vollstationär 39 %, teilstationär 33 %, ambulant 27 %) und fachliche (vollstationär 39 %, teilstationär 27 %, ambulant 24%) Unterstützung durch Pflegekräfte des MD. Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich einer künftigen Unterstützung durch Ärztinnen und Ärzte des MD. 54 % der Befragten aus vollstationären Pflegeeinrichtungen, 33 % aus teilstationären und 35 % ambulanten Dienste wünschen sich künftig eine wie in der Pandemie flexiblere Handhabung gesetzlicher Regelungen zur Überbrückung personeller Engpässe sowie einen höheren gesetzlichen Ermessensspielraum für die Pflegekassen hinsichtlich Verträgen mit Pflegeeinrichtungen und – diensten (gemäß SGB XI) (vollstationär 49 %, teilstationär 40 %, ambulant 42%).

Darüber hinaus sind insbesondere vollstationäre Einrichtungen der Auffassung, dass die Begutachtung zur Feststellung eines Pflegegrades auch künftig auf Grundlage der Patientenakte/-dokumentation und ggf. per Telefon oder Video erfolgen sollte (vollstationär 81 %, teilstationär 47 %, ambulant 41 %). Ambulante Einrichtungen präferieren dagegen eine Handhabung wie vor der Pandemie (teilstationär 47 %, ambulant 54 %) (s. Tabelle 25).

Tabelle 25: Meinungsbild der Pflegeeinrichtungen zur Weiterführung von Maßnahmen und Regelungen

Maßnahme	Maßnahme sollte ...	vollstationär (n = 57)	teilstatio- när (n = 15)	ambulant (n = 78)
Qualitätsprüfung zugelassener Pflegeeinrichtungen	wie vor der Pandemie,	14 %	27 %	21 %
	wie in der Pandemie oder	26 %	7 %	15 %
	zeitlich gestreckt erfolgen	53 %	67 %	54 %
Pflegekräfte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen <u>personell</u> unterstützen	wie vor der Pandemie,	7 %	13 %	12 %
	wie in der Pandemie oder	39 %	33 %	27 %
	zeitlich gestreckt erfolgen	9 %	0 %	1 %
Pflegekräfte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen <u>fachlich</u> unterstützen	wie vor der Pandemie,	11 %	27 %	18 %
	wie in der Pandemie oder	39 %	27 %	24 %
	zeitlich gestreckt erfolgen	7 %	7 %	6 %

Maßnahme	Maßnahme sollte ...	vollstationär (n = 57)	teilstatio- när (n = 15)	ambulant (n = 78)
Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen <u>personell</u> unterstützen	wie vor der Pandemie,	9 %	20 %	14 %
	wie in der Pandemie oder zeitlich gestreckt erfolgen	30 %	20 %	24 %
		5 %	7 %	1 %
Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen <u>fachlich</u> unterstützen	wie vor der Pandemie,	9 %	20 %	17 %
	wie in der Pandemie oder zeitlich gestreckt werden	35 %	27 %	24 %
		5 %	7 %	4 %
Flexiblere Handhabung der gesetzlichen Regelungen zwischen Heimaufsicht und Einrichtungen zur Überbrückung personeller Engpässe	wie vor der Pandemie,	4 %	20 %	9 %
	wie in der Pandemie oder zeitlich gestreckt erfolgen	54 %	33 %	35 %
		14 %	0 %	5 %
Mehr gesetzlichen Ermessensspielraum (Flexibilität) für die Pflegekassen hinsichtlich der Verträge mit den Pflegeeinrichtungen gemäß SGB XI	wie vor der Pandemie,	2 %	13 %	13 %
	wie in der Pandemie oder zeitlich gestreckt erfolgen	49 %	40 %	42 %
		5 %	13 %	8 %
Schnelle Anpassung der Verträge gemäß SGB XI zwischen Pflegekassen und Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung	wie vor der Pandemie,	5 %	13 %	18 %
	wie in der Pandemie oder zeitlich gestreckt erfolgen	51 %	47 %	41 %
		5 %	13 %	4 %
Begutachtung zur Pflegegrad-einstufung anhand der Patientenakte/-dokumentation, ggf. per Telefon oder Video*	wie vor der Pandemie,	12 %	47 %	54 %
	wie in der Pandemie oder zeitlich gestreckt erfolgen	81 %	47 %	41 %
		-	-	-
Beratungsgespräche durch ambulante Pflegedienste per Telefon oder Video (digital) möglich bei Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern nach § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI**	wie vor der Pandemie,	-	-	41 %
	wie in der Pandemie oder zeitlich gestreckt erfolgen	-	-	37 %
		-	-	13 %

Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Anmerkung: Anteil nicht dargestellt, der keine Angaben zu den Aussagen gemacht hat

Über einen Freitext am Ende des Fragenblocks hatten die Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, die größten Herausforderungen und Problemlagen im Zusammenhang mit den Corona-Maßnahmen zu schildern.

Größte Herausforderungen und Problemlagen im Zusammenhang mit den Corona-Maßnahmen waren danach

- die Aufgabenzunahmen/erhöhte Aufwendungen in der Pflege,
- die Auswirkungen personeller Engpässe,
- eine als unzureichend erlebte Unterstützung sowie
- weitere Belastungen.

Ein Faktor, der erhöhte **zeitliche Aufwendungen und eine Zunahme an Aufgaben** mit sich brachte, wurde sowohl ambulant als auch stationär in der Erarbeitung und Umsetzung der Teststrategie gesehen. Dies betraf sowohl die täglichen Testungen der Beschäftigten als auch, bei vollstationären Einrichtungen, die der Besucherinnen und Besucher. Mit Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen mussten zudem aktuelle Besuchskonzepte diskutiert werden, da diese zum Teil von in den Medien verbreiteten Informationen abwichen und vermittelt werden mussten.

Zusätzlich entstanden durch die Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern mit und ohne Coronainfektion hohe Versorgungsaufwände, die mit gleichbleibendem Personalschlüssel abgedeckt wurden. Für die vollstationären Pflegeeinrichtungen haben Besuchsbeschränkungen/-verbote einen stetigen personellen Aufwand bedeutet. Die Umsetzung der coronabedingten Maßnahmen führte im ambulanten Setting zur erschwerten Umsetzung, da einige Beschäftigte sich zum Teil den aktuellen Regelungen entzogen.

Die Beschaffung und das An- und Ablegen der Schutzausrüstung habe ebenfalls zu einem zeitlichen Mehraufwand geführt. Hinzu kamen das damit im Zusammenhang stehende erhöhte Müllaufkommen und die Entsorgung.

Personelle Engpässe entstanden durch den generellen Personalmangel in der Pflege, durch krankheitsbedingte Ausfälle von Beschäftigten, durch Quarantänevorgaben für erkranktes Personal sowie Schließungen der Kindergärten und Schulen und damit einhergehende fehlende Betreuung der Kinder der Beschäftigten. Dies führte zudem zu täglich neuen Dienstplanungen. Die Gewinnung neuen Pflegepersonals gestaltete sich aufgrund der Umsetzung der Impfpflicht schwierig, da ungeimpft Personal abgelehnt werden musste.

Beklagt wird eine unzureichende **Unterstützung** durch zuständige Behörden, wie der Gesundheitsämter. Informationen und Hilfestellungen seien durch zuständige Behörden teilweise zu spät an die Einrichtungen herangetragen worden oder seien widersprüchlich gewesen. Eine gewünschte personelle Unterstützung in der Pflege konnte nicht realisiert werden und auch die personelle Unterstützung durch die Bundeswehr wäre „zu kurz“ gewesen.

Weitere Belastungen wären u. a. durch erhöhte Kosten im Zusammenhang mit Corona entstanden. Es wurden finanzielle Einbußen angeführt, die beispielsweise im ambulanten Setting im Zusammenhang mit Absagen von Klientinnen und Klienten zur Leistungserbringung standen. Diese sagten die Versorgung aus Angst vor Ansteckung ab. Gestiegene Preise (nicht näher durch die Befragten spezifiziert) mussten durch Pflegeeinrichtungen in Vorleistung bestritten werden. Als weitere Belastung wurden die wechselnden und kurzfristig umzusetzenden gesetzlichen Vorgaben empfunden, die eine regionale Unterschiedlichkeit aufwiesen und als „praxisfern“ beschrieben wurden. Die Schließung der Tagespflegen und die damit im Pandemieverlauf als „undurchsichtig“ beschriebenen Regelungen zur Notbetreuung stellten sich für teilstationäre Einrichtungen als herausfordernd dar. Die Auslastung der Tagespflegen sowie die Tagesgestaltung in der Tagespflege wurde ebenfalls als herausfordernd im Zusammenhang mit coronabedingten Maßnahmen angegeben. Eingeschränkte Kontakt- und Freizeitmöglichkeiten des Pflegepersonals, der Tod von Bewohnerinnen und Bewohnern und die zunehmende Vereinsamung der Pflegebedürftigen trugen zu weiterer Belastung bei.

4.3.2 Für pflegebedürftige Personen relevante coronabedingte Regelungen

Für pflegebedürftige Personen sind folgende coronabedingte Regelungen relevant:

- die Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und (video-)telefonischem Gespräch,
- die überwiegend telefonische Durchführung von Pflegeberatungen,
- die Anhebung des erstattungsfähigen Betrages für Verbrauchshilfsmittel bei häuslicher Pflege,
- der Einsatz des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI für Hilfen außerhalb der regulär geltenden Regelung sowie
- die Erhöhung des Pflegeunterstützungsgeldes.

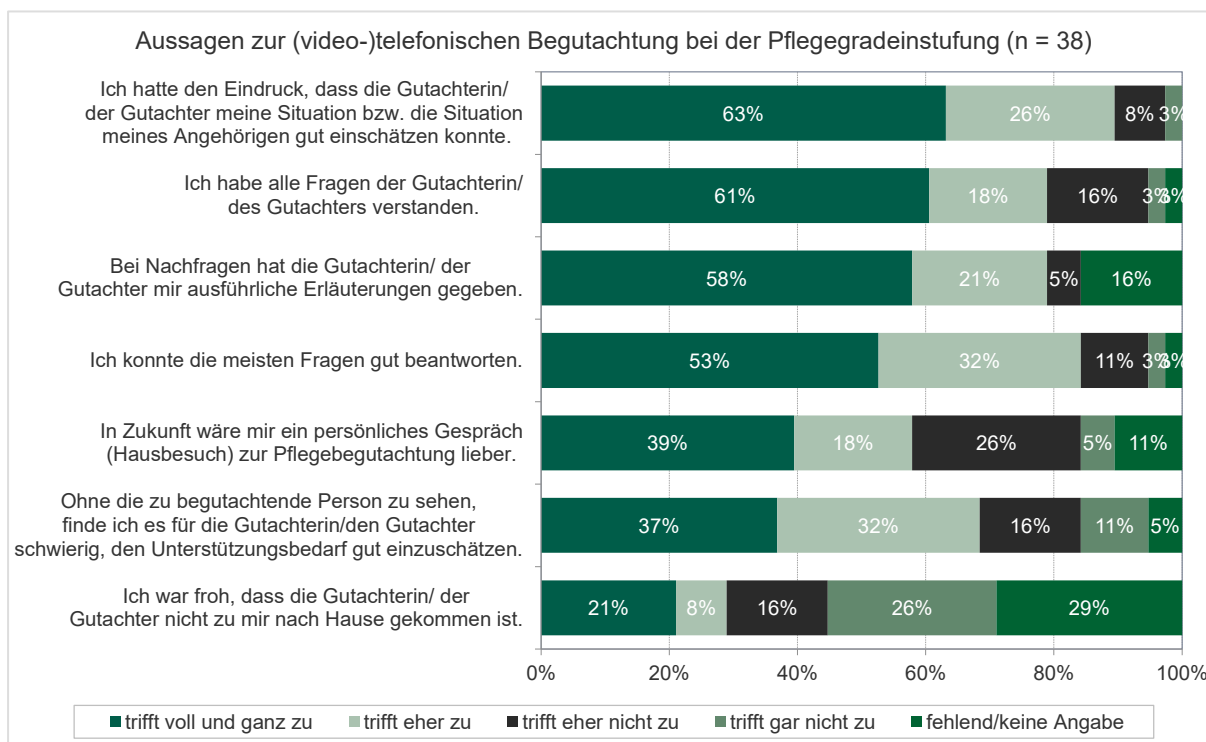
Eine ausführliche Beschreibung der Maßnahmen ist Kapitel 3.3 zu entnehmen.

Die Regelungen zum veränderten Vorgehen bei der Begutachtung kennen 57 % der Teilnehmenden aus der Befragung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen (n = 83). 33 % kennen die Regelung nicht. 8 % sind sich nicht sicher und 2 % machten keine Angabe.

In der Zeit der Corona-Pandemie (seit Anfang März 2020) hatten 66 % der Befragten eine Pflegebegutachtung zur Erlangung eines Pflegegrades durch den MD. 24 % gaben an, keine gehabt zu haben. 7 % wussten dies nicht mehr genau. Weitere 2 % machten keine Angabe. Bei 60 % fand die Pflegebegutachtung durch den MD in der Zeit per Telefon statt. Bei 21 % erfolgte sie persönlich zu Hause. Die restlichen Personen konnten sich nicht erinnern oder haben keine Angabe gemacht (19 %).

Die Personen, die eine telefonische Pflegebegutachtung des MD erlebt haben, bewerten das Gespräch größtenteils positiv. Bspw. stimmten 79 % voll und ganz bis eher zu, dass die Gutachterin bzw. der Gutachter ausführlich auf Nachfragen geantwortet hat und dass alle Fragen an die pflegebedürftige Person gut verstanden wurden. Allgemein gaben die Befragten an, es für die Gutachterin oder den Gutachter als eher schwierig zu empfinden, den Unterstützungsbedarf gut einzuschätzen, ohne den persönlichen Kontakt in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person (stimmten 69 % voll und ganz bis eher zu). Trotzdem hatte der größte Anteil (89 %) den Eindruck, dass die Begutachtenden des MD die Situation der pflegebedürftigen Person gut einschätzen konnten. 57 % der Befragten wäre in Zukunft ein Hausbesuch und ein persönliches Gespräch jedoch lieber (s. Abbildung 36).

Abbildung 36: Aussagen zur Telefonbegutachtung

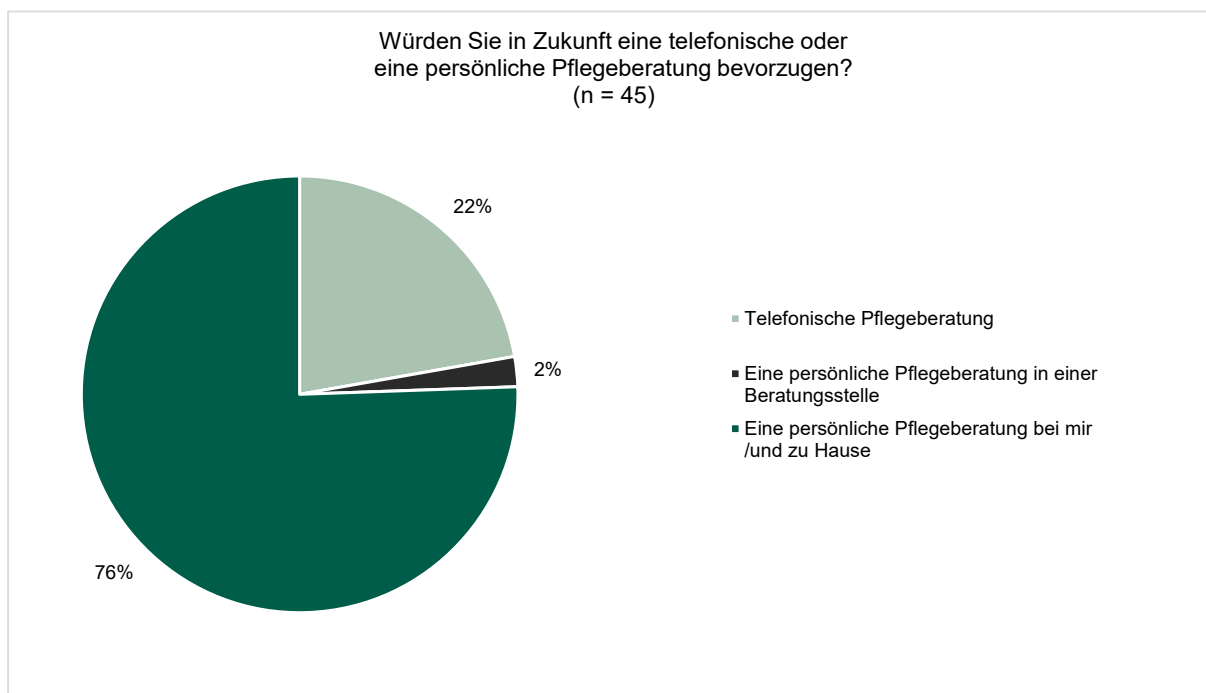


Quelle: IGES, Befragung pflegebedürftiger Personen im Freistaat Sachsen

Anmerkung: Aussage fehlend/keine Angabe in den Balken „Ich habe alle Fragen der Gutachterin/des Gutachters verstanden“ und „Ich konnte die meisten Fragen gut beantworten“ haben einen Anteil von jeweils 3 %

Etwas mehr als der Hälfte (55 %) der befragten Personen war die Regelung bekannt, dass Pflegeberatungen aufgrund der Kontaktbeschränkungen (2020 bis 2021) größtenteils nur telefonisch stattfanden. 31 % kannten die Regelung nicht. 10 % gaben an, es nicht sicher zu wissen und weitere 4 % machten keine Angabe. 65 % der Befragten, welche die Regelung kannten, haben in der Corona-Pandemie einen oder mehrere Pflegeberatungstermine in Anspruch genommen. 38 % derjenigen, welche die Regelung nicht kannten, gaben an, einen oder mehrere Termine in Anspruch genommen zu haben. Bei 62 % fand der Pflegeberatungstermin telefonisch statt. 22 % der Personen, welche während der Corona-Pandemie einen oder mehrere Pflegeberatungstermine wahrgenommen haben, würden in Zukunft einen Telefontermin bevorzugen. Die Mehrheit (76 %) bevorzugt in Zukunft eher eine persönliche Beratung in der eigenen Häuslichkeit (Abbildung 37).

Abbildung 37: Bevorzugte Beratungsart



Quelle: IGES, Befragung pflegebedürftiger Personen im Freistaat Sachsen

Die Regelung, dass Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 bis zum 31.12.2022 den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI auch für Hilfen außerhalb der geltenden Regelung einsetzen konnten, um Corona-bedingte Versorgungsengpässe auszugleichen (z. B. über nachbarschaftliche Hilfe), kannten 67 % der Personen mit Pflegegrad 1. Alle befragten Personen nahmen zum Zeitpunkt der Erhebung Entlastungsleistungen von 125 Euro im Monat in Anspruch. Die folgenden Aussagen zu den Entlastungen basieren allerdings auf einer geringen Anzahl teilnehmender Personen mit Pflegegrad 1 (n = 4):

- Eine Person gibt an, dass sich die Inanspruchnahme bzw. die Abrechnung in der Corona-Pandemie vereinfacht hat, da der Entlastungsbetrag ohne Rechnungsnachweis überwiesen wurde.
- Drei Personen konnten dazu keine Aussage treffen, da in zwei Fällen die Abrechnung des Entlastungsbetrages mit der Pflegekasse durch den Anbieter der Entlastungsleistungen erfolgte und eine Person konnte dazu keine Aussage treffen.

19 % aller Befragten sind der Meinung, dass die Nutzung des Entlastungsbeitrages in Zukunft vereinfacht werden sollte. 16 % sind dagegen der Meinung, dass eine Vereinfachung nicht nötig sei. 65 % haben sich zu der Frage nicht geäußert.

Die Regelung, dass die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes noch bis zum 31. Dezember 2023 von zehn auf 20 Arbeitstage verlängert werden kann, kannten 24 % der befragten Personen. Es haben 8 % der nahen Angehörigen in der Corona-Pandemie Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen, zwei Personen haben dabei die Möglichkeit genutzt, das Pflegeunterstützungsgeld für bis zu 20 Tage zu beantragen. Beide Personen sind der Meinung, dass diese Regelung auch zukünftig behalten werden sollte, da dadurch mehr Zeit in akuten Pflegesituationen zur Verfügung steht und mache Arbeitgeber „nicht flexibel sind bei der kurzfristigen Gewährung von Urlaub“. Eine Person äußerte zudem, dass die Beantragung sehr kompliziert und aufwendig gewesen sei.

Die Regelung, dass auf Wunsch der pflegebedürftigen Person, welche ausschließlich Pflegegeld beziehen und halb- bzw. vierteljährlich eine Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI nachweisen müssen, im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung auch per Videogespräch erlaubt ist, kennen 71 % der befragten Personen.

- Zwei Personen empfinden die Tatsache, dass die verpflichtende Beratung noch bis Juni 2024 auch per Videogespräch erfolgen kann, als eine Erleichterung.
- Zwei Personen geben an, dass dies ihnen nichts nützt, da sie keine Möglichkeit haben Videogespräche zu führen.
- Sieben Personen finden persönliche Beratungsgespräche besser.
- Eine Person empfindet die Beratung als störend, „da sie nichts verändere“.

Die Erhöhung des erstattungsfähigen Betrages für Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 60 Euro pro Monat in dem Zeitraum von April 2020 bis Dezember 2021 war 43 % der befragten Personen bekannt. 88 % derjenigen, die die Regelung kannten, haben dies auch in Anspruch genommen. Alle Personen, welche die Regelung in Anspruch genommen haben, sind der Meinung, dass sie weitergeführt werden sollte. Begründungen dafür sind beispielsweise:

- Preise für Pflegehilfsmittel steigen/sind teuer geworden,
- der Bedarf, z. B. durch Corona-Erkrankungen, sei gestiegen und
- die Erhöhung (des erstattungsfähigen Betrages) wird als hilfreich empfunden.

Die Anhebung des erstattungsfähigen Betrages für Verbrauchshilfsmittel bei häuslicher Pflege, der Einsatz des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI für Hilfen außerhalb der regulär geltenden Regelung sowie die Erhöhung des Pflegeunterstützungsgeldes wurden auch in den Fokusgruppen mit den Expertinnen und Experten der Pflegekassen und des MD diskutiert. Die Ergebnisse sind in Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26: Coronabedingte Maßnahmen mit Auswirkungen auf Pflegebedürftige aus Sicht der Teilnehmenden der Fokusgruppen

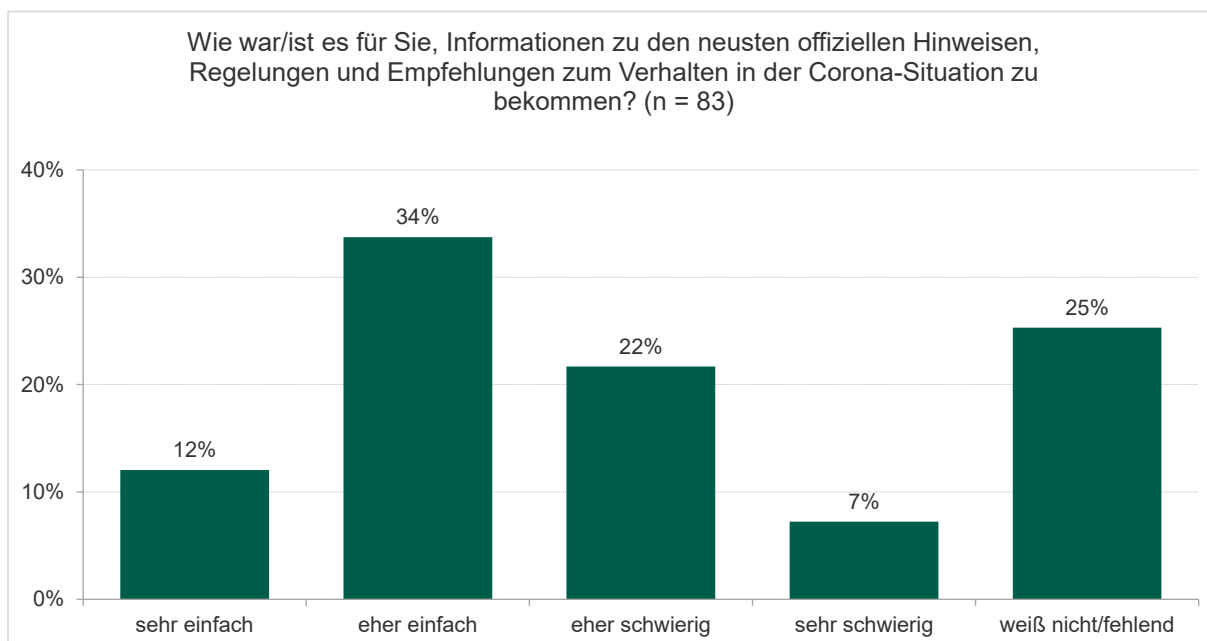
Coronabedingte Regelungen zur Aussetzung bürokratischer Anforderungen	Einschätzung der Pflegekassen	Einschätzung des Medizinischen Dienstes
Anhebung des erstattungsfähigen Betrages für Verbrauchshilfsmittel bei häuslicher Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • wurde rege genutzt, vor allem zur Versorgung mit Hygienehilfsmitteln • 40 Euro werden als nicht angemessen für die Zukunft gesehen, in Anbetracht von Preissteigerungen 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Berührungspunkte des MD mit dieser Thematik

Coronabedingte Regelungen zur Aussetzung bürokratischer Anforderungen	Einschätzung der Pflegekassen	Einschätzung des Medizinischen Dienstes
Einsatz des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI für Hilfen außerhalb der regulär geltenden Regelung	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfsangebote seien in Sachsen gut vertreten, die Zuständigkeit dafür liegt beim Kommunalen Sozialverband (KSV Sachsen) • Versicherte waren sehr froh darüber, weil Verwandte/andere Bezugspersonen eingebunden werden konnten und zumindest für ihre Aufwände entschädigt wurden <ul style="list-style-type: none"> ▪ zum Januar 2023 tritt Preisdeckel in Kraft, damit vergleichbare Angebote auch vergleichbare Preise haben (vgl. Sächs-PfIUVO) 	<ul style="list-style-type: none"> • wurde sehr kritisch gesehen als die Regelung wieder eingestellt wurde
Erhöhung des Pflegeunterstützungsgeldes	<ul style="list-style-type: none"> • kein Anstieg während Corona festgestellt, weder in der Dauer noch in der Inanspruchnahme <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermutung, dass der Verdienst trotz Pflegeunterstützungsgeld niedriger ausfalle, als Hinderungsgrund 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Berührungspunkte des MD mit dieser Thematik

Quelle: IGES, Fokusgruppen mit Pflegekassen und dem MD im Freistaat Sachsen

Abschließend ist festzuhalten, dass die an der Befragung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen teilnehmenden Personen die Informationsbeschaffung zu offiziellen Hinweisen, Regelungen und Empfehlungen zum großen Anteil sehr bis eher einfach (46 %) empfanden bzw. empfinden. 29 % empfanden diese als sehr bis eher schwierig (s. Abbildung 38).

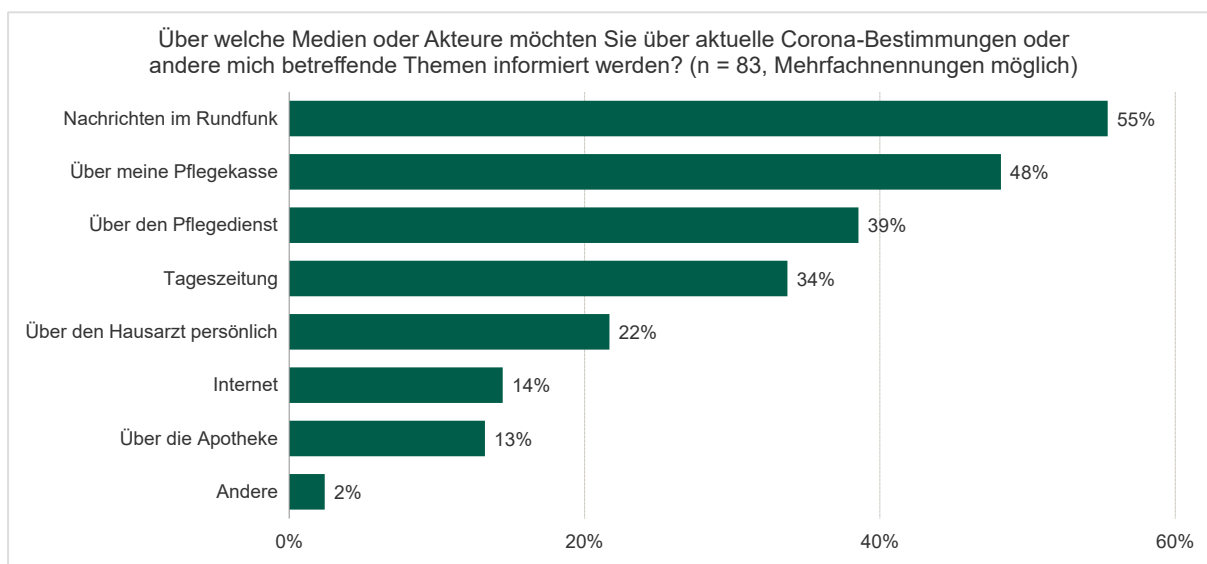
Abbildung 38: Informationsbeschaffung Corona-Situation



Quelle: IGES, Befragung pflegebedürftiger Personen im Freistaat Sachsen

Abbildung 39 zeigt, welche Medien zur Informationsbeschaffung bevorzugt werden (Mehrfachnennung möglich). Diejenigen, die angeben über die Pflegekasse Informationen bekommen zu wollen, bevorzugen zu 80 % den Postweg, 18 % würden die Informationen über E-Mail und 3 % per Telefon präferieren. Bei den Informationen über den Hausarzt wird das persönliche Gespräch bevorzugt; 28 % würden sich Informationen per E-Mail und 22 % per Telefon wünschen.

Abbildung 39: Präferierte Informationswege pflegebedürftiger Personen



Quelle: IGES, Befragung pflegebedürftiger Personen im Freistaat Sachsen

Über eine Freitextmöglichkeit hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung pflegebedürftiger Personen bzw. ihrer Angehörigen noch die Möglichkeit für sie relevante Hinweise zur Thematik zu geben. Genannt wurde u. a., dass von Seiten der Pflegekasse nur schleppend Informationen an die betroffene Person herangetragen würden. Hilfreich sei eher eine Beratungsstelle eines Familienzentrums bzw. die Informationen durch eine erfahrene private Pflegekraft gewesen. Geäußert wurde zudem, dass die finanzielle Entlastung angesichts der aktuellen Preisentwicklung im Pflegebereich nicht ausreichend sei.

4.4 Weitere Entbürokratisierungspotentiale

Die Pflegeeinrichtungen hatten die Möglichkeit, in der Online-Befragung über einen Freitext aus ihrer Sicht sinnvolle weitere Potentiale zur Entbürokratisierung zu benennen. In den Fokusgruppen mit den Pflegekassen und dem MD sowie dem Reflexionsworkshop wurden ebenfalls weitere Entbürokratisierungspotentiale eruiert. Die dabei identifizierten Möglichkeiten werden in Kapitel 4.4 dargelegt.

Weitere Entbürokratisierungspotentiale sehen die Teilnehmenden der Online-Befragung vor allem im Zusammenhang mit

- unterstützenden Maßnahmen zur Bewältigung des Pflegealltags in besonders herausfordernden Situationen,
- Qualitätsprüfungen, Meldung von Qualitätsindikatoren und Begutachtungen sowie
- der Informationsweitergabe zu gesetzlichen Regelungen und Neuerungen.

Zu den unterstützenden Maßnahmen werden durch die Befragten vor allem unkomplizierte personelle Unterstützungsleistungen gezählt, die einer klaren Regelung für die Inanspruchnahme bedürften. Ein vereinfachtes Beantragungswesen für unterstützende Leistungen würde zu schnellerer Umsetzung in den Einrichtungen führen. Bisher wurde die Erfahrung gemacht, dass bei Leistungsbewilligung durch die Pflegekassen (durch die Befragten nicht näher definiert) „die Notlage bereits vorüber war“. Unbürokratische finanzielle Hilfen bei Umsatzausfällen würden ebenso als hilfreich angesehen werden. Für eine Befreiung der Leitungspersonen von administrativen Tätigkeiten sprach sich eine ambulante Einrichtung aus. Damit könne die Versorgungssicherheit der Klientinnen und Klienten auch mit einem geringeren Personalschlüssel möglich werden.

Gewünscht wird in besonders herausfordernden Situationen, wie der Corona-Pandemie, die **personelle Unterstützung** von den Gesundheitsämtern, der Bundeswehr, dem MD oder auch durch ehemalige Zivildienstleistende. Die durch den MD angebotenen Maßnahmen betrafen ausschließlich Beratung zu Corona-Schutzmaßnahmen. Zur Entlastung würde die Unterstützung bei der Testpflicht von Besuchern beitragen und auch die Beratung von Angehörigen zu Themen wie Hygiene und Impfung durch externe Stellen. Als hilfreich wird auch die Möglichkeit der Übertragung von Fachkräften vorbehaltenen Aufgaben auf Pflegehilfskräfte genannt, der eine Prüfung der Eignung durch die Fachkraft zugrunde gelegt wird. Beispielhaft wurde dafür die Verabreichung von Medikamenten angeführt. Die Überwindung rechtlicher und versicherungstechnischer Hürden zur Beschäftigung ehrenamtlich Helfender wurde positiv hervorgehoben.

Entbürokratisierungspotentiale werden zudem in der **Informationsweitergabe zu gesetzlichen Regelungen und Neuerungen** gesehen. Rechtzeitige, klare, vereinfachte Informationsstrukturen und eine Zusammenfassung wesentlicher Informationen für die Pflege werden als gewinnbringend betrachtet. Dies könne beispielsweise in Form eines Newsletters oder der Bereitstellung einer zentralen, branchenspezifischen Website ermöglicht werden. Dazu sollten

Verantwortungsbereiche und zuständige Ansprechpersonen bei den Behörden benannt werden. Auch eine Hotline mit Rückrufservice wäre hilfreich für die schnelle unkomplizierte Beantwortung von Fragen. Bei gesetzlichen Änderungen werde häufig nur ein Verweis auf die vorherige Fassung geliefert, was bei nicht ausreichender Kenntnis der vorherigen Gesetzestexte zu Fehlschlüssen führen könnte. Auch durch Kontaktierung entsprechender Behörden konnte in diesem Fall nicht die gewünschte Information zur Umsetzung bekommen werden. Anzuwendende gesetzliche Regelungen sollten zudem die Spezifikation der Tätigkeit berücksichtigen, wie den Einsatzort. Als Beispiel wird die Anwendung der Maskenpflicht bei acht Stunden ambulanter Pfl egetätigkeit in der Hauswirtschaft und körpernahen Betreuung angeführt. Im stationären Setting wurde das Vorhandensein eines Pandemieplans vorgeschlagen, der regelmäßig geschult werden kann und Zuverlässigkeit im Falle einer Notlage sichert.

Tabelle 27 zeigt überblicksartig aufgelistet, weitere durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Online-Befragung genannte und aus ihrer Sicht relevante Potentiale. Identifizierte Entbürokratisierungspotentiale betreffen neben einem akteurs- und sektorenübergreifenden digitalen Informations- und Datenaustausch (s. Kapitel 4.1.3) und der Bereitstellung und Verteilung von gebündelten Informationen für Pflegeeinrichtungen zu Unterstützungsmöglichkeiten in besonders belastenden Situationen (s. Kapitel 4.3.3), vor allem:

- Qualitätsprüfungen,
- Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
- Digitalisierung,
- die Leistungsvergütung und Abrechnungsprozesse zwischen Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern und
- das Verordnungswesen in der ambulanten Pflege.

Tabelle 27: Übersicht über ausgewählte Herausforderungen sowie vorgeschlagene Maßnahmen zur Verringerung bürokratischer Anforderungen aus Sicht der Befragten in Pflegeeinrichtungen

Herausforderung/Problem	vorgeschlagene Maßnahmen
Qualitätsprüfung und Begutachtung	
hohe Anforderungen an Dokumentation von Kurzzeitpflegegästen	• Anpassung der Prüfung durch MD, Verringerung des Dokumentationsaufwandes
Qualitätsprüfung durch erfahrene Prüferinnen und Prüfer	• Sicherstellung der Kenntnis zur Versorgungspraxis
Unterschiedlichkeit in den Anforderungen der einzelnen Prüfenden	• Sicherstellung von einheitlichen Anforderungen unter den Prüfenden • pragmatischere und fachgerechtere Gestaltung der MD-Prüfung
Anhörung, Prüfung und Bescheide im Rahmen der MD Prüfung	• Verlängerung der Zwischenprüfzeiträume
Übermittlung von Qualitätsindikatoren an Datenauswertungsstelle Pflege (DAS)* (Hinweis: nur vollstationär)	• Zeiträume überdenken und Prüfungsintervalle anpassen
Klärung Siegel "gute Pflegequalität"	• Klarstellung der Handhabung der geltenden Vorgaben
unzureichende Abbildung von Problemen im Begutachtungsinstrument	• Berücksichtigung des Zeitaufwands bei pflegeerschwerenden Faktoren und schweren Demenzen

Herausforderung/Problem	vorgeschlagene Maßnahmen
Digitalisierung	
Leistungsnachweise in Papierform und digital zur Abrechnung	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsnachweise nur noch in digitaler Form • digitale Übermittlung mit digitaler Signatur durch Leistungserbringer und -nehmer • Originale nur in Einzelfällen verschicken
Austausch von Informationen mit den Behörden überwiegend in Papierform	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung eines passwortgeschützten Zugangsbereichs des Leistungsträgers für das Ausfüllen von Formularen direkt online
Informations-/Datenaustausch mit der Pflegekasse	<ul style="list-style-type: none"> • Zusendung PDF statt Brief • eine E-Mailadresse je Kasse für Anträge, Verordnungen • Regelung der Akzeptanz der E-Mail-Form bei den Kassen
Pflegeberatungsbesuch	<ul style="list-style-type: none"> • digitale Überstellung des Ergebnisses an die Pflegekasse
Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisierung von Arztpraxen ausbauen <ul style="list-style-type: none"> ○ Portal zur Bestellung von (elektronischen) Verordnungen und (elektronischen) Rezepten ○ digitale Bearbeitung und Übermittlung von elektronischen Verordnungen ○ digitale Übersendung vom Arzt an den Pflegedienst und dann digital an die Kasse ○ einheitliche EDV-Standards und Programme ○ Arztpraxen digitale Kommunikation und die resultierende Zeitersparnis schmackhaft machen ○ Verpflichtung zur Einrichtung einer sicheren "E-Mail" nach dem Vorbild der DE-Mail, derzeit gilt das Fax als alternativlose Kommunikationsmöglichkeit ○ digitale Unterschriften im weiten Umfang, Arztunterschrift nach telefonischer Anordnung ○ Verpflichtung der Ärzte zur Nutzung von E- Mails und anderer zeitgemäßer Technik • Verbesserung der telefonischen Erreichbarkeit und Kontrolle durch die Kassenärztliche Vereinigung („derzeit sind viele Ärzte ausschließlich über schlechte Faxverbindungen erreichbar, das Fehlen der Kommunikationsmöglichkeit entspricht geschätzt pro Woche bis zu 30% mehr Zeitaufwand“)
Antragsstellung für Versicherte SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> • kurze Onlineanträge, möglichst ohne Passwörter

Herausforderung/Problem	vorgeschlagene Maßnahmen
Einlesen von Krankenversicherungskarten	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit Krankenversicherungskarte durch Pflegedienst einlesen zu lassen (Kartenlesegerät im Pflegedienst vorhanden) • digitale Übermittlung der Daten
unübersichtliches Feld der Softwareanbieter	<ul style="list-style-type: none"> • eine Software für alle Leistungserbringer und alle Kostenträger
Dokumentation häufig noch analog	<ul style="list-style-type: none"> • Internetzugang und –nutzung weiter ausbauen
Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten	
Durchführung von Tätigkeiten nur mit ärztl. Anweisung	<ul style="list-style-type: none"> • mehr professionellen Entscheidungsspielraum für Pflegefachkräfte • Hilfsmittel(folge)verordnung auch über Fachkräfte • Ermöglichung der eigenständigen Behandlungspflege (z. B. Infusionen)
Leistungsvergütung und Abrechnungsprozesse	
große Anzahl an Kostenträgern mit unterschiedlichem Leistungskatalog	<ul style="list-style-type: none"> • ein Kostenträger für alle Leistungen, (analog zu Dänemark oder Schweden)
hohe Komplexität der Leistungsabrechnung, aufwändige Antrags- und Nachweisverfahren zur Kostenerstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Pauschalbetrag im Monat für SGB V und SGB XI • vereinfachte und einheitliche Abrechnungen
Zahlungsziele Kranken- u. Pflegekassen	<ul style="list-style-type: none"> • Verkürzung der Zahlungsziele auf ca. zwei bis drei Wochen, was bei verschiedenen Kassen bereits möglich ist
Verschiedene Vergütungsvereinbarungen und Versorgungsverträge über verschiedene Kassen	<ul style="list-style-type: none"> • automatische Geltung von Versorgungsverträgen für alle Kassen • bundesweit einheitliche Gestaltung von Vergütungsvereinbarungen über verschiedene Kassen
Auskünfte der Kostenträger erfolgen nur an den Versicherten selbst (Budget Entlastungsleistungen)	<ul style="list-style-type: none"> • Auskünfte der Kostenträger auch an Pflegedienste zur Vermeidung von Fehlinformationen, die oft Kürzungen, Neuberechnungen, Aufwand und Post nach sich ziehen
Entscheidung über Mitfinanzierung der Heimkosten durch den Kommunalen Sozialverband Sachsen (KSV) dauert zu lang	<ul style="list-style-type: none"> • schnellere Bearbeitungsdauern, um wirtschaftliche Lage der Einrichtung nicht zu gefährden
Übermittlung von Dokumentationen durch Drittanbieter an Krankenkasse/MD	<ul style="list-style-type: none"> • bei Involvierung externer Wundexpertinnen und -experten Akzeptanz der Dokumentation, bisher wird eine eigene Wunddokumentation des Pflegedienstes gefordert, was zu Doppel-dokumentation führt
Leistungsdokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinfachung der Leistungsnachweise, Verordnungen und Genehmigungen • für Kompression gibt es z. B. derzeit sechs unterschiedliche Genehmigungsnummern, die sich kostentechnisch nicht unterscheiden

Herausforderung/Problem	vorgeschlagene Maßnahmen
Verordnungen (nur ambulant)	
hoher Aufwand durch zu kurze Verordnungszeiträume	<ul style="list-style-type: none"> • längerer Verordnungszeitraum bei gleichbleibender Indikation • Langzeitverordnungen ohne Endzeitpunkt, z. B. bei gleichbleibender Medikamentengabe • Verordnungsausstellung für drei Monate bei chronischen Wunden, die nicht in vier bis sechs Wochen ausheilen • dauerhafte Geltung der ärztlichen Anordnung/des Rezepts, Neuausstellung nur bei Änderungen
umständliches Verordnungsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisierung des Verordnungsmanagements • einheitliche Handhabungen bei Genehmigungen der Kassen

Quelle: IGES, Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

Anmerkung: *Es wurde auch die Abschaffung der Qualitätsindikatoren vorgeschlagen, da diese keine Veränderung bewirken würden. Da das Verfahren aufgrund der Pandemie noch nicht vollständig in der Praxis etabliert werden konnte, erscheint eine solche Bewertung verfrüht.

Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des abschließenden Reflexionsworkshops diskutierten die aus ihrer Sicht geeigneten Maßnahmen, um die Pflege im Freistaat Sachsen weiter zu entbürokratisieren. Die Vorschläge waren inhaltlich vielfältig, dennoch kristallisierten sich vor allem zwei Kernthemen heraus, die im Zusammenhang mit der Digitalisierung stehen:

- der digitale Daten- und Informationsaustausch zwischen verschiedenen Akteuren und Kostenträgern sowie
- das Abrechnungsgeschehen mit den Kostenträgern.

Weiterhin wurde es als wünschenswert erachtet, für Pflegeeinrichtungen ein Digitalisierungscoaching anzubieten. So könnten die verschiedenen Pflegeeinrichtungen auf einen Stand gebracht werden, damit diese besser über die Möglichkeiten der Digitalisierung zur Entbürokratisierung informiert sind und befähigt werden, diese in Organisationsentwicklungsprozessen umzusetzen.

Hinsichtlich des Abrechnungsgeschehens mit den Kassen würde eine flexiblere Auslegung von Verordnungen (längere Fristen), wie sie auch während der Corona-Pandemie möglich war, Entbürokratisierungspotentiale bergen. Die Praxisvertreterinnen und -vertreter berichten hier, dass die Abwicklung von Verordnungen als ein großer Zeitfresser wahrgenommen wird. Zum einen sind die Verordnungen noch in Papierform, müssen dann geprüft werden und bei einem Fehler (z. B. bei der Anzahl von Leistungen) müsse nochmal der Kontakt zu den Arztpraxen gesucht werden, welche dann eine neue Papierverordnung ausstellen müssen. Hier würde eine direkte (und digitale) Möglichkeit zum Austausch zwischen Kassen, Arztpraxen und Pflegeeinrichtung sehr den bürokratischen Aufwand reduzieren. In der ambulanten Pflege würde zudem der Nachweis von Leistungspaketen, statt des Nachweises kleinteiliger Einzelleistungen, zu einer Entbürokratisierung beitragen.

Mit den Kostenträgern wünschten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Reflexionsworkshops die Akzeptanz von rein digitalen Abrechnungen und elektronischen Unterschriften. Derzeit ist der Digitalisierungsgrad der einzelnen Kostenträger noch sehr unterschiedlich, so-

dass Abrechnungsverfahren zwischen den einzelnen Kassen variieren. Ambulante Pflegedienste stellen das im Alltag vor große Herausforderungen. Die Pflegekassen wiesen darauf hin, dass alle Kassen einheitliche Strukturen für die digitale Leistungsabrechnung benötigen.

Des Weiteren wurden u. a.:

- ein vermehrter Internetausbau,
- eine digitale Ausgestaltung der Arbeitsorganisation,
- die Ankerkennung der Fachlichkeit von Pflegefachkräften im Rahmen heilkundlicher Tätigkeiten (z. B. Festlegung von Versorgungsintervallen in der Wundversorgung),
- ein persönliches und flexibel einsetzbares Budget für Pflegeleistungen pro pflegebedürftiger Person,
- transparente Beratungen von Pflegebedürftigen zur Finanzierung von Versorgungsleistungen durch Pflegekassen sowie
- die stärkere Einbindung von Interessensverbänden der Pflege genannt.

5 Diskussion, Schlussfolgerungen und Limitationen

In diesem Kapitel werden die Befragungsergebnisse unter Einbezug relevanter Literatur diskutiert. Kapitel 5.1 enthält die Diskussion der Studienergebnisse zum Thema Digitalisierung, Inanspruchnahme von Förderprogrammen und Technik in der Pflege. In Kapitel 5.2 werden die Ergebnisse zum Themenfeld Strukturmodell und in Kapitel 5.3 die Ergebnisse zu den coronabedingten Regelungen und Maßnahmen diskutiert. Jedes der drei Themenfelder (Digitalisierung/Technikeinsatz/Fördermaßnahmen, Strukturmodell, coronabedingte Maßnahmen) weist Potentiale zur (weiteren) Entbürokratisierung der Pflege auf. Abschließend werden in Kapitel 5.4 die Limitationen der vorliegenden Studie zur Entbürokratisierung der Pflege im Freistaat Sachsen dargelegt.

5.1 Digitalisierung, Inanspruchnahme von Förderprogrammen und Technik in der Pflege

Der bis dato geringe Digitalisierungsgrad in der Pflege (Bleses et al., 2020, S. 12) wurde während der Corona-Pandemie stark erhöht und das Thema damit weiter vorangetrieben (Hering et al., 2021c; Wolf-Ostermann et al., 2020), was auch im Rahmen dieser Studie deutlich wurde. Technische Lösungen rückten in den letzten zwei Jahren im beruflichen sowie persönlichen Kontext in den Fokus, so dass von den Einrichtungen, teilweise mit Inanspruchnahme von Fördermitteln, Investitionen in Hard- und Software getätigt wurden und technische Arbeitsmittel nun regelmäßiger genutzt werden.

Die Ergebnisse zur **Technikbereitschaft** der Befragten im Freistaat Sachsen decken sich mit früheren Erhebungen zur Digitalisierung, in denen eine insgesamt hohe Technikbereitschaft nachgewiesen werden konnte. Insgesamt liegen für die Interpretation der Ergebnisse jedoch nur wenige Referenzwerte zur Skala von Neyer et al. (2016) für Befragte aus der Pflegebranche vor. Bereits 2017 und 2019 hatte das IGES Institut die beiden Subskalen nach Neyer et al., 2016, die auch im Rahmen dieser Erhebung verwendet wurden, für Befragungen von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen genutzt: 2017 im Rahmen der Erfassung der Technikbereitschaft in der ambulanten Pflege (Braeseke et al. 2017) sowie im Dezember 2019 für die bundesweite Umfrage zum Technikeinsatz in voll- und teilstationären sowie ambulanten Pflegeeinrichtungen (Studie UTiP im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit). Die Teilnehmenden bei UTiP stammten ebenfalls zu über 90 % aus Leitungsfunktionen und wiesen eine hohe Technikbereitschaft (MW 18) auf. 71 % der Befragten verfügten über eine hohe Technikbereitschaft (Braeseke et al., 2020, 44 ff.). Damit fällt der Anteil etwas höher aus als in der Befragung im Rahmen dieser Studie (MW 17,8, 64 % mit hoher Technikbereitschaft). Auch in der Erhebung von 2017 wurde ein Mittelwert von 18 nachgewiesen. Der Anteil der Personen mit hoher Technikbereitschaft lag 2017 bei 67 % (Braeseke et al., 2017a). Untersuchungen von Hülksen-Giesler et al., 2019 zur Technikbereitschaft in der ambulanten Pflege eruierten ein mittleres Punktniveau von 68 % (2013) und in einer späteren Erhebung von 72 % (2017), wobei leicht erhöhte Punktwerte bei Personen mit Leitungsfunktionen aufgezeigt werden konnten. Auch diese Befragten wiesen insgesamt eine etwas höhere Technikbereitschaft auf als die Strichprobe der Studie zur Entbürokratisierung der Pflege im Freistaat Sachsen. Abschließend kann hervorgehoben werden, dass die Mehrheit der Befragten aus den Pflegeeinrichtungen (93 % Leitungspersonal) eine positive **Einstellung in Bezug auf den Einsatz von Technik** hat, so dass nicht von einer Verzerrung der Antworten aufgrund einer ausgeprägten ablehnenden Grundhaltung auszugehen ist (s. Abbildung 4). Die angesprochene Zielgruppe wurde erreicht, denn die Befragung richtete sich vornehmlich an Leitungspersonal.

Die Teilnehmenden der Online-Befragung bescheinigten den Mitarbeitenden in ihrer Pflegeeinrichtung zu rund drei Vierteln (73 %) überwiegend eher oder sehr **aufgeschlossen gegen-**

über Technik in Pflege und Betreuung zu sein, sodass grundsätzlich von einer Technikbereitschaft bei den Mitarbeitenden im Freistaat Sachsen ausgegangen werden kann. Lediglich knapp 25 % der Befragten beurteilen die Aufgeschlossenheit der Beschäftigten bezüglich des Technikeinsatzes eher skeptisch. Im stationären Kontext fiel diese Bewertung etwas höher aus; der Anteil der „Skeptiker“ lag bei knapp 30 %. Da es sich bei der Einschätzung der Technikbereitschaft um eine Fremdeinschätzung durch Führungskräfte handelt, sind diese Zahlen vorsichtig zu betrachten. Um die Bereitschaft von Beschäftigten sicher erfassen zu können, müssten alle Beschäftigten der Pflegeeinrichtung befragt werden. Dennoch haben Führungskräfte i. d. R. einen guten Überblick über die Beschäftigten. Im Dezember 2019, und somit kurz vor Pandemiebeginn, attestierten nur 64 % von befragten Führungskräften ihren Beschäftigten zugänglich gegenüber einem Technikeinsatz in Pflege und Betreuung zu sein. Der Anteil der „Skeptiker“ lag bei 35 % (Braeseke et al., 2020, 60 f.). Weniger zugänglich zu technischen Anwendungen sehen die Befragten die pflegebedürftigen Personen: insgesamt 58 % schätzten diese als „eher ablehnend“ ein. Weitere 13 % machten dazu keine Angabe. Somit dürfte es für die Pflegeeinrichtungen eher wenig Anreiz geben, digitale Angebote zu schaffen, die von den Pflegebedürftigen selbst genutzt werden müssten. Hierbei könnte es dazu kommen, dass die Pflegekräfte dann noch zusätzlich Anleitung und Unterstützung bei der Bedienung von Geräten leisten müssen. Dies ist derzeit in den abrechenbaren Leistungskomplexen nicht enthalten. Alternativ könnten ehrenamtlich engagierte Personen hinsichtlich der Schulung und Bildung digitaler Kompetenzen bei den Pflegebedürftigen in den Einrichtungen gewonnen werden.

Eine gewisse Technikbereitschaft und -akzeptanz ist von hoher Bedeutung, um Technologien in der Pflegebranche dauerhaft etablieren zu können (Hahnel et al., 2020, S. 90). Hahnel et al. untersuchten 2020 welche konkreten Einsatzmöglichkeiten es für telepflegerische Lösungen gibt und welche Vorteile diese gegenüber der herkömmlichen Versorgung haben. Anschließend wurden konkrete Handlungsfelder für den regelhaften Einsatz von Telepflege identifiziert und Handlungsempfehlungen bzgl. der erforderlichen Rahmenbedingungen abgeleitet. Als relevant für die **Akzeptanz des Technikeinsatzes in der Pflege** bzw. ihrer Steigerung erwiesen sich:

- eine zielgruppenspezifische Entwicklung und Ausgestaltung der Technologie,
- eine Begleitung und Schulung der Anwenderinnen und Anwender,
- der Einsatz von einheitlichen Standards und Richtlinien für die langfristige Umsetzung sowie
- die Verknüpfung von gewohnten Formaten mit der Technik (Hahnel et al., 2020, S. 90).

Zentrale Voraussetzungen für die **erfolgreiche Etablierung und dauerhafte Nutzung von Technologien in der Pflegebranche** sind:

- ein flächendeckender Netzausbau,
- die Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung beruflich Pflegender,
- die Prüfung der datenschutzkonformen Umsetzung technischer Anwendungen sowie weiterhin
- die Machbarkeit der Umsetzung und Finanzierung unter den aktuellen Rahmenbedingungen (Hahnel et al., 2020, 91 f.).

Die Befragungsergebnisse dieser Studien zeigte, dass Beschäftigte in vier von fünf vollstationären Einrichtungen regelmäßig digitale Endgeräte nutzen (z. B. Smartphone, Tablet), wobei Betreuung und Verwaltung gleich stark vertreten sind. Auch Mitarbeitende, die körperbezogene Pflegetätigkeiten erbringen, nutzen regelmäßig digitale Endgeräte (s.

Tabelle 18). Weniger digitalisiert sind im Vergleich dazu teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Etwas weniger als zwei Drittel nutzen dort regelmäßig digitale Endgeräte. Bei ambulanten Pflegediensten ist die Verwaltung/Geschäftsführung der am stärksten digitalisierte Bereich (87 %). Da bspw. die Dienst- und Tourenplanung weitestgehend digital erfolgt, ist ein höherer Digitalisierungsgrad in der Leitungsebene gegenüber den Beschäftigten in Pflege und Hauswirtschaft im ambulanten Bereich erwartbar. In der direkten Pflege und Betreuung nutzen immerhin 65 % (körperbezogene Pflege) bzw. (57 %) der Beschäftigten in ambulanten Diensten regelmäßig digitale Endgeräte. Auch in den Befragungsergebnissen 2019 wies die Verwaltung/Geschäftsführung höhere Anteile in der Nutzung verschiedener Endgeräte auf, wobei diese je nach Gerätetyp deutlich variierten (Braeseke et al., 2020, S. 52).

Im Freistaat Sachsen kann knapp die Hälfte der Beschäftigten - über alle Einrichtungsarten betrachtet - mobil Daten erfassen bzw. auf Daten zugreifen. Digitale Datenerfassung über Smartphones spielt erwartungsgemäß im ambulanten Bereich eher eine Rolle als in der voll- und teilstationären Versorgung. Dennoch ist die Nutzung des klassischen PC (bzw. Desktop-Computer) in der ambulanten Pflege stärker vertreten als die Smartphone-Nutzung. Insgesamt lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass vor allem in der ambulanten Versorgung nach wie vor die Papierdokumentation dominiert (aufgrund der Rahmenbedingungen!). In allen drei Einrichtungsarten ist der Bereich Hauswirtschaft wenig überraschend am geringsten digitalisiert (zw. 28 % – 55 %).

Führend in der **digitalen Steuerung der pflegerischen Versorgung** sind im Freistaat Sachsen die vollstationären Pflegeeinrichtungen, bei denen im Vergleich zu teilstationären und ambulanten Einrichtungen viele Prozesse (Klientenverwaltung, Pflegeplanung und -dokumentation, Wunderfassung und -dokumentation, Datenmanagement, Archivierung) überwiegend bis komplett digital ablaufen (s. dazu Tabelle 19). Ambulante Dienste sind dagegen deutlich weniger digitalisiert. Während in vollstationären Einrichtungen die Pflegeplanung und -dokumentation lediglich zu 5 % und die Wunderfassung- und -dokumentation zu 7 % überwiegend bis komplett papierbasiert stattfindet, sind es bei ambulanten Pflegediensten 47 % (Pflegeplanung und -dokumentation) sowie 27 % (Wunderfassung und -dokumentation). Dies ist, wie bereits ausgeführt, vor allem den aktuellen Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege geschuldet (Vorhalten der Dokumentation vor Ort bei der pflegebedürftigen Person, Nachweise über erbrachte Leistungen müssen durch die pflegebedürftigen Klientinnen und Klienten am Monatsende unterschrieben werden, damit eine Abrechnung erfolgen kann).

Auch bei der **digitalen Steuerung der Arbeitsplanung** zeigt sich, dass vollstationäre Einrichtungen stärker digitalisiert sind, als teilstationäre Einrichtungen und ambulante Dienste (s. Tabelle 20). Erstaunlich ist allerdings, dass knapp ein Drittel (31 %) der ambulanten Pflegedienste ihre Arbeitszeiterfassung mehrheitlich oder komplett papierbasiert durchführen. Bei den vollstationären Einrichtungen beträgt der Anteil lediglich 16 % (s. Tabelle 20). Dabei werden Wege- und Einsatzzeiten in der ambulanten Pflege von den Mitarbeitenden genau dokumentiert, für die Gestaltung bzw. Optimierung der Tourenpläne ausgewertet und durch das Leitungspersonal herangezogen. Hinzu kommt, dass Einsatzzeiten für die Nachweise erbrachter Leistungen dokumentiert werden müssen. Damit erscheint eine digitale Zeiterfassung vor allem in der ambulanten Pflege angebracht zu sein. Derzeit scheitert es jedoch an unterschiedlichen Herausforderungen, wie der Unsicherheit hinsichtlich eines Einstiegs in das Themenfeld Digitalisierung (u. a. unübersichtlicher Markt für Branchensoftware), der Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes oder auch der Ungewissheit hinsichtlich eines Fortbestehens des Unternehmens.

Die **Touren- und Einsatzplanung** wird von 71 % der befragten Pflegedienste mehrheitlich bis komplett digital durchgeführt. Dieser Anteil liegt deutlich unter den Ergebnissen einer bundesweiten Online-Befragung von insgesamt 824 ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten, die

Hahnel et al. 2022 in einer Studie zu den Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordination in der ambulanten Pflege durchgeführt haben. Danach planen 88 % ihre Einsätze und Touren IT-gestützt. Nutzen Dienste keine Software zur Tourenplanung so liegt dies vor allem an einem unübersichtlichen Markt für Softwareprodukte, fehlenden Schulungsmöglichkeiten, zu hohen Kosten für die Software oder einer aus Sicht der Dienste „fehlenden Notwendigkeit eines Technikeinsatzes“ (z. B. in kleinen Pflegediensten oder weil mithilfe von Technik kein besseres Ergebnis erzielt werden könne) (Hahnel et al., 2022, 29 f.).

Probleme mit der flächendeckenden **Netzverfügbarkeit** stellen für die mobile Datenerfassung und -übertragung eine Barriere dar. Aktuell erleben etwas mehr als die Hälfte (51 %) der Befragten aus ambulanten Pflegediensten im Freistaat Sachsen teilweise Einschränkungen durch Verbindungsprobleme. Hinzu kommen 11 %, die öfter Schwierigkeiten mit der Netzwerkverfügbarkeit haben (s. Abbildung 13). Vor allem aus den Kreisen Meißen, Vogtlandkreis, Zwickau, Leipzig (Landkreis) sowie dem Erzgebirgskreis wurden Probleme mit der Netzverfügbarkeit berichtet, aber auch aus städtischen Regionen wie Radebeul. Für einen mobilen Zugriff auf relevante Daten braucht es jedoch ein stabiles und zuverlässiges Netz. Von Relevanz ist in diesem Zusammenhang auch die angebotene Schnelligkeit des verfügbaren Internets (Petersen, 2021).

Etwas mehr als jede zweite Pflegeeinrichtung im Freistaat Sachsen (53 %) tauscht selten bis nie digital Informationen oder Daten mit anderen Leistungserbringern aus. Eine digitale Kommunikation hätte das Potential, mit wenig Zeitaufwand strukturiert versorgungsrelevante Informationen auszutauschen, die allen Beteiligten jederzeit und an unterschiedlichen Orten zur Verfügung stehen. Ärztinnen und Ärzte, Leitungskräfte (z. B. Pflegedienstleitung) und Pflegefachkräfte hätten zeitgleich dieselben Informationen vorliegen und könnten sich auch außerhalb der Praxiszeiten Informationen, Hinweise oder (Rück-)Fragen senden. Beispielsweise könnten im Rahmen der Wundversorgung durch Pflegefachkräfte digital erfasste Wundeinschätzungen, -berichte und -fotos direkt an die Arztpraxis übermittelt werden. Die Ärztinnen bzw. Ärzte erhielten dadurch die Möglichkeit, zeitnah den Wundverlauf kontrollieren und schnell auf Veränderungen reagieren zu können. Eine Einbestellung der (pflegebedürftigen) Patientinnen und Patienten könnte damit ggf. teilweise entfallen oder in größeren zeitlichen Abständen erfolgen, was insbesondere im ländlichen Raum mit weiten Wegen zu Arztpraxen entlastend wäre. Voraussetzung ist allerdings, dass die Digitalisierung in Arztpraxen und vor allem bei ambulanten Pflegediensten weiter vorangetrieben wird, Pflegedienste künftig vermehrt digital dokumentieren und es passende Schnittstellen der verwendeten Softwares für einen professions- und sektorenübergreifenden Daten- und Informationsaustausch gibt.

Während der Pandemie entschlossen sich vor allem vollstationäre Einrichtungen zur Anschaffung von Software für einen **digitalen Informations- und Datenaustausch** (Wolf-Ostermann et al., 2020). Auch in der ambulanten pflegerischen Versorgung ist der Bedarf für eine digitale Kommunikation groß, da hier besonders viel Austausch mit anderen Akteuren erforderlich ist, wie z. B. zur Verlängerung von Verordnungen und Rezepten oder bei Medikationsänderungen. Obwohl insbesondere die ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Personen von zentraler Bedeutung ist, findet ein digitaler Austausch mit u. a. Ärztinnen und Ärzten kaum statt. Als hinderlich zeigt sich in der Praxis, dass in den Arztpraxen viele verschiedene Softwarelösungen genutzt werden, wie auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Reflexionsworkshops berichten. Die Programme der Pflege sind größtenteils inkompatibel und stellen den grundsätzlichen Nutzen einer Investition infrage. Ärztinnen und Ärzte setzen nach wie vor auf das Fax – manche Arztpraxen verweigern generell eine Kommunikation per E-Mail. Im Reflexionsworkshop wurde auf die Notwendigkeit einer einheitlichen und gemeinschaftlich durch alle an der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung beteiligten Akteure (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Apotheken) genutzten IT-Struktur verwiesen, womit auch Arbeitsaufwände minimiert werden könnten.

Mit dem DVG und dem PDSG wurden Regelungen zur Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die TI getroffen (s. Kapitel 3.1.2). Ziel ist, diese als zentrale Infrastruktur zum Daten- und Informationsaustausch im Gesundheitswesen zu etablieren (Deutscher Bundestag, 2020). Der bisherige Entwicklungsstand der TI lässt eine kurzfristige effiziente Umsetzung nicht vermuten oder erwarten. Aktuell laufen noch bis Ende 2024 Modellprojekte, in denen digitale Anwendungen erprobt werden, die Innovationspotentiale für die Pflege bergen (z. B. ein digitaler Versorgungsplan oder ein Überleitungsbogen für Entlassungen aus dem Krankenhaus). Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheken sind zwar bereits fast vollständig an die TI angeschlossen, jedoch nicht voll „TI-ready“ (gematik GmbH, 2022b, S. 27). Pflegeeinrichtungen sind aktuell so gut wie nicht an die TI angebunden (s. Kapitel 3.1.3). Zudem werden derzeit erst noch Standards für einen strukturierten Informationsaustausch zwischen verschiedenen Leistungserbringern im Rahmen der TI entwickelt (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, o. J., 3 f.). Die TI wird in ihrer momentanen Form als nicht nutzer- und anwenderfreundlich wahrgenommen.

Im Rahmen des Reflexionsworkshops wurde deutlich, dass für einen erfolgreichen Informations- und Datenaustausch die Nutzerfreundlichkeit zwingend angepasst werden sollte. So berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass vor allem die vielen verschiedenen Passwörter ein Problem darstellen, auch wenn der dahinterstehende Datenschutzgedanke anerkannt wird. Eingereichte Signaturen von Beschäftigten könnten noch nicht elektronisch verarbeitet werden, „weil die Kranken- und Pflegekassen noch nicht alle technisch so weit seien“.

67 % der vollstationären Pflegeeinrichtungen haben während der Corona-Pandemie **Technik für die Kommunikation für Bewohnerinnen und Bewohnern** angeschafft (z. B. für Videotelefonie). Dies bestätigen auch die Studien von Hering et al., 2021c und Wolf-Ostermann et al., 2017. Insbesondere Smartphones sowie Tablets zur Kommunikation mit Personen außerhalb der Einrichtungen wurden gekauft. Auch im teilstationären Bereich wurden durch die Einrichtungen bereits zu Pandemiebeginn zusätzliche Möglichkeiten zum Kontaktaustausch geschaffen (Wolf-Ostermann et al., 2020). In der ambulanten Pflege sei laut eines Vertreters der Pflegekasse die Herausforderung, dass viele Personen das Handling mit der Technik nicht kennen und häufig kein Breitbandinternet vorhanden sei, sodass keine Videotelefonie möglich sei oder ältere pflegebedürftige Menschen kein Smartphone besäßen.

Förderprogramme zur Digitalisierung in der Pflege scheinen im Freistaat Sachsen weniger bekannt zu sein als im bundesweiten Vergleich. 79 % der Befragten im Freistaat Sachsen kannten die Fördermaßnahme gem. § 8 Abs. 8 SGB XI. Damit liegt der Anteil deutlich niedriger als bundesweit im Dezember 2019 (knapp 87 %), und dass obwohl die Fördermaßnahme zum Zeitpunkt der Befragung im Sommer 2022 bereits seit rd. 3,5 Jahren bestand (Braeseke et al., 2020, S. 47). Zudem ist der Anteil von 36 % der Einrichtungen, die zum Stand des Befragungszeitraumes 2022 Mittel aus dieser Förderung erhalten haben, vergleichsweise gering. Laut Vertreterinnen und Vertretern der Pflegekassen im Freistaat Sachsen gab es nur wenige Ablehnungen von Anträgen auf Förderung. Häufig könne jedoch die Eigenbeteiligung von 60 % durch Einrichtungen nicht aufgebracht werden. Im Dezember 2019 gaben bereits 22 % der Pflegeeinrichtungen bundesweit an, Mittel erhalten zu haben. Knapp 50 % wollten damals noch Mittel beantragen (Braeseke et al., 2020, S. 48). im Freistaat Sachsen waren es insgesamt 18 %, die dies noch planten. Der Anteil von 4 % der Einrichtungen, die eine Antragsstellung nicht in Betracht ziehen, ist gering. Bundesweit waren es im Dezember 2019 8 %, die keinen Antrag stellen wollten.

Nutzen die Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen Fördergelder gem. § 8 Abs. 8 SGB XI, so nutzen sie diese vor allem für die Anschaffung von Endgeräten bzw. Hardware, Software sowie Anwendungsschulungen der Mitarbeitenden. Dies entspricht dem Förderzweck. Damit unterscheiden sie sich nicht von Pflegeeinrichtungen bundesweit, die ebenfalls Mittel aus dem

Förderprogramm abgerufen haben. Auch 2019 gaben die Befragten am häufigsten an, dass sie angeschaffte Technik (z. B. konkrete Hardware oder Softwarelizenzen) zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sowie zur Dienst- und Tourenplanung einsetzen (wollen). Ebenfalls häufig wurde die Leistungsabrechnung genannt. Die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern sowie Ärztinnen und Ärzten wurde bereits 2019 seltener als Einsatzzweck angegeben (Braeseke et al., 2020, S. 50). Auch im Freistaat Sachsen spielt der Austausch mit anderen Akteuren per Technik eine geringere Rolle mit Blick auf den Einsatz von Fördermitteln zur Digitalisierung.

Weitere Fördermöglichkeiten zur Digitalisierung sind den Befragten aus den Pflegeeinrichtungen kaum bekannt und werden entsprechend wenig genutzt: 95 von 150 Personen gaben entweder an, neben der Fördermaßnahme gem. § 8 Abs. 8 SGB XI keine weitere zu kennen oder übersprangen die Frage in der Befragung. Bestehende Fördermöglichkeiten, die für Pflegeeinrichtungen formell in Frage kommen könnten, werden offenbar aus Unwissenheit nicht genutzt. Durch ein Offenlegen gesammelter, strukturierter und verständlicher Informationen für die Einrichtungen bzw. ihre Träger und Verbände, könnten Potentiale besser ausgeschöpft werden.

5.2 Strukturmodell

Die **Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell** ist im Freistaat Sachsen weit verbreitet. Unter den teilnehmenden Einrichtungen dokumentieren zum Stand der Befragung (August 2022 – September 2022), 75 % der Pflegeeinrichtungen nach dem Strukturmodell. Weitere 8 % planen dies. Damit ist seit 2017 ein deutlicher Zuwachs an Einrichtungen zu verzeichnen, die das Strukturmodell nutzen: Im Dezember 2017 waren es noch rund 45 % (Sächsischer Landtag, 2020). Verwenden Pflegeeinrichtungen und –dienste andere Dokumentationsmodelle (AEDL), so haben sie diese teils in Eigeninitiative verschlankt, und auf diese Weise den Dokumentationsaufwand verringert. In den Sondierungsinterviews wurde bereits darauf verwiesen, dass Einrichtungen, die mit dem AEDL-Modell zufrieden sind, keinen Grund zur Umstellung sehen. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass ein Wechsel zum Strukturmodell nur noch für einen geringeren Teil der Pflegeeinrichtungen und –dienste im Freistaat Sachsen in Frage kommen dürfte.

In knapp 71 % der Einrichtungen wurden Pflegefachkräfte und Wohnbereichsleitungen in die **Entscheidungsfindung zum Strukturmodell** einbezogen. Lediglich 21 % der Einrichtungen trafen die Entscheidung zum Strukturmodell ohne Einbezug der Pflegefachkräfte. Diese Befunde stehen im Widerspruch zu den Erfahrungen der Expertinnen und Experten aus den Sondierungsinterviews, die die Entscheidung i. d. R. als eine „Top Down“-Entscheidung des Leitungspersonals (Pflegedienstleitung/Qualitätsmanagement/Geschäftsführung) erleben und/oder einschätzen. Für eine möglichst gelungene Umstellung des Dokumentationssystems spielt die Akzeptanz durch die Pflege- und Betreuungskräfte, die das Strukturmodell in der Folge täglich anwenden, eine wesentliche Rolle. Bereits in den Sondierungsinterviews stellten die Expertinnen und Experten heraus, dass eine gelingende Einführung mit den Botschaften und der Wertschätzung verbunden ist, die den Pflegekräften im Alltag vom Pflege- und Qualitätsmanagement entgegengebracht wird. Auch zeigt sich damit, in wieweit ausreichend Unterstützung durch die Führungskräfte bei der Umstellung im Alltag gewährt wird. Zwar kann das Pflege- und Qualitätsmanagement in der Leitungsebene Entscheidungen treffen und die Umsetzung des Strukturmodells anordnen, aber ohne Einbindung der Mitarbeitenden ist bzw. wird es kein „gelebter Prozess“. Als günstig erweist sich, in der Einrichtung ein paar „Überzeugungstäterinnen und -täter“ (Promotoren im Sinne der Akzeptanzmatrix bei Veränderungsprozessen) zu haben, die den Prozess vorantreiben und alle motivieren. Vor diesem Hintergrund ist der Einbezug der Pflegekräfte bereits ab den ersten Entscheidungsprozessen in den Ein-

richtungen von Relevanz. Da alle beteiligten Berufsgruppen (neben Pflegefachkräften vor allem auch die Pflegehilfs- und Betreuungskräfte) nach dem Strukturmodell dokumentieren sollen, dürfen sie nicht unberücksichtigt bleiben und müssen gleichermaßen in die Schulungen von Anfang an einbezogen werden.

In Vorbesprechungen mit der Leitungsebene in der jeweiligen Pflegeeinrichtung sollte diese Thematik frühzeitig angesprochen und die Relevanz verdeutlicht werden. Es bedarf entsprechender Motivationsarbeit und Information aller Beteiligten über die verschiedenen Zielsetzungen der Umstellung der Pflegedokumentation auf das Strukturmodell. Obwohl zunächst das Entbürokratisierungspotential im Vordergrund steht, ist damit nicht gemeint nur „weniger zu schreiben“. Dies sollte eine klare Botschaft der Leitungsebene sein, verbunden mit dem Hinweis, dass gleichzeitig das Konzept der personenzentrierten Pflege eingeführt oder weiterentwickelt wird, das eng im Zusammenhang mit der Umsetzung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs steht. Insofern stehen in der Folge die Grundlagen des Handelns im Alltag der Pflege und Betreuung und eine fachlich angemessene Pflegedokumentation im Einklang und nicht mehr im Widerspruch zueinander.

Die Förderung der Fachlichkeit sowie die Arbeitszufriedenheit sind weitere wichtige Aspekte. Gleichzeitig sollte das Pflege- und Qualitätsmanagement aber auch offen ansprechen, dass es zur Erreichung dieser Ziele der Mitarbeit aller Beteiligten bedarf und die Grundlagen der Konzepte sowie die bisherigen Prozesse der internen Qualitätssicherung überprüft werden müssen. Das wurde ebenso von den Anwesenden auf dem Abschlussworkshop als wesentliche Voraussetzungen einer erfolgreichen Implementierung des Strukturmodells betont. Mitunter scheint vieles davon den Pflegefachkräften nicht mehr bekannt zu sein und bedarf deshalb vermutlich eines erneuten fachöffentlichen Impulses in Richtung Umsetzung und ggf. auch Weiterentwicklung des Strukturmodells auf der Grundlage der nunmehr vorliegenden jahrelangen Erfahrungen in der Praxis, in der Ausbildung und im Kontext der neueren Entwicklungen im SGB XI. Inwiefern das Strukturmodell durch beruflich Pflegende und andere Beschäftigtengruppen in den Pflegeeinrichtungen und -diensten tatsächlich akzeptiert wird, kann den Daten der Online-Befragung nicht entnommen werden.

In der Befragung zeigte sich, dass Einrichtungen vermehrt in den Jahren 2017 und 2019 mit der **Umstellung auf das Strukturmodell** begonnen haben. Mit Beginn des ersten Corona-Jahres 2020 nahm auch die Anzahl der Umstellungen deutlich ab (s. dazu Abbildung 26). Dies könnte ggf. mit den zusätzlichen Belastungen der Pflegeeinrichtungen durch die Corona-Pandemie zusammenhängen, sodass angedachte Umstellungen nicht umgesetzt wurden. In den Sondierungsinterviews wurde die Erschöpfung von Pflegekräften im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie als ein Grund gegen die Umstellung bereits thematisiert. Inwiefern die Pandemie Anlass gewesen sein könnte, wurde in der Befragung der Pflegeeinrichtungen jedoch nicht explizit erfragt. Hinzu kommt, dass personelle und organisatorische Schwierigkeiten als Gründe für eine Entscheidung gegen das Strukturmodell nur vereinzelt angegeben wurden. Der MD berichtete in der Fokusgruppe, dass viele vollstationäre Einrichtungen ihre Dokumentation trotz der Corona-Pandemie auf das Strukturmodell umgestellt hätten. Die Umstellung hätte nach Einschätzung des MD auch in dieser Zeit größtenteils gut funktioniert.

Am häufigsten nutzen die vollstationären Einrichtungen das Strukturmodell oder planen die Nutzung (93 %) (s. Abbildung 25). Deutlich seltener wird in der ambulanten Pflege nach dem Strukturmodell dokumentiert. Der Anteil bei den ambulanten Pflegediensten liegt im Freistaat Sachsen, verglichen mit den vollstationären Einrichtungen, um 17 Prozentpunkte niedriger. Damit bestätigen die Befragungsergebnisse die Aussagen der Expertinnen und Experten in den Sondierungsinterviews. In den Interviews thematisierte eine Expertin bereits, dass die Diskussionen zur Umsetzung im ambulanten Bereich in den Qualitätszirkeln größer sind als in

der stationären Langzeitpflege. Auch positive Berichte von Pflegeeinrichtungen haben aus Expertensicht nicht dazu geführt, dass ambulante Dienste, die mit der **Umstellung auf das Strukturmodell** aus Unsicherheit gezögert haben, die Umsetzung zu einem späteren Zeitpunkt angegangen sind. Des Weiteren wird aus der Praxis berichtet, dass die Umstellung für ambulante Pflegedienste mit größeren organisatorischen Herausforderungen einhergehen würde, als bspw. für vollstationäre Einrichtungen. Hierfür gibt es aber bisher keine wirklich verlässlichen Informationen. Eher scheinen die oben beschriebene Motivationslage aller Beteiligten und die Entscheidung, sich auf grundlegende Veränderungen in der Pflegedokumentation im Zusammenhang mit einem Organisationsentwicklungsprozess einzulassen („... wir haben aufgeräumt ...entrümpelt“) sowie die Planung eines systematischen Vorgehens in punkto Schulung und Aktenumstellung die entscheidenden Faktoren zu sein. Aktuell allerdings zeige sich insbesondere in der ambulanten Versorgung ein Ausmaß des Personalmangels, der die Umsetzung des Strukturmodells erschweren würde. Bereits in den Sondierungsinterviews berichteten die Expertinnen und Experten, dass Personalknappheit, Überstunden und Belastungen der beruflich Pflegenden in einem engen Zusammenhang mit der Entscheidung gegen das Strukturmodell stehen, was auch durch Wolf-Ostermann et al. 2017 bestätigt werden kann (Wolf-Ostermann et al., 2017).

Berichte aus den Sondierungsinterviews, dass die zeitgleiche Umstellung der Dokumentation auf das Strukturmodell sowie eine elektronische Dokumentation in den Einrichtungen verbreitet ist, konnten durch die Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen bestätigt werden. 28 % der Einrichtungen haben die Umstellungen zeitgleich vollzogen. 36 % hatten bereits vorher elektronisch dokumentiert und bei 24 % erfolgte die Umstellung zur elektronischen Dokumentation zu einem späteren Zeitpunkt. Aus Sicht der Interviewpartnerinnen und -partner ist eine gemeinsame Umstellung sehr herausfordernd und nicht ratsam, was auch die Ergebnisse der Studie durch Wolf-Ostermann et al., 2017 bestätigen. Sie entspricht auch ausdrücklich nicht den Empfehlungen, die in den Schulungsunterlagen (Version 2.0) von EinSTEP gegeben werden.

Insbesondere für die ambulante Pflege wird davon abgeraten. Zwar sei beides umsetzbar, allerdings müssten dafür genügend zeitliche Ressourcen sowie eine gute **Vorbereitung und Steuerung zur Umstellung** vorhanden sein. Es wird empfohlen, in einem ersten Schritt das Strukturmodell einzuführen und die Mitarbeitenden zu schulen sowie in einem zweiten Schritt die technische Umsetzung einzuleiten. Der Vorteil dabei ist u. a., dass auf der fachlichen und praktischen Ebene klare Vorstellung zur Umsetzung des Strukturmodells, des vierphasigen Pflegeprozesses und die Art der Pflegedokumentation entlang der vier Elemente im Strukturmodell erprobt werden können und genaue Vorstellungen entstehen, wie sich die Pflegeeinrichtung die technische Umsetzung in der Software des Herstellers wünscht und diesbezüglich ihre Erwartungen und Anforderungen klar formulieren kann. Nachteilig könnte hierbei sein, dass sich die Pflegeeinrichtungen und -dienste so länger in zwei Umstellungsphasen befinden. Allerdings kann auf diese Weise eine Fokussierung auf einen Umstellungsprozess, dessen Steuerung und nötige Schulungen erfolgen. „Baustellen“ können nach und nach bearbeitet und bewältigt werden, ohne Mitarbeitende zu überfordern. Außerdem zeigt die Befragung der Pflegeeinrichtungen, dass etwas weniger als ein Drittel (30 %) für die Umstellung keinen systematischen Organisations- und Zeitplan entwickelt. Bei einer gleichzeitigen Umstellung der Dokumentation auf das Strukturmodell und EDV ist das aber ratsam. Die Notwendigkeit einer geplanten und systematischen Umstellung mit klaren Zeithorizonten ist für eine gelungene Umstellung unbedingt empfehlenswert. Die Online-Befragung ergab auch, dass insbesondere ambulante Einrichtungen hierauf verzichten. In Vorgesprächen sollten diese beiden Aspekte klar kommuniziert und mögliche Vorteile für den Umstellungsprozess durch eine strukturierte und nacheinander ablaufende Umstellung aufgezeigt werden.

Die Teilnehmenden aus der Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen sowie der Fokusgruppe mit dem MD berichteten, dass die **Umsetzung des Strukturmodells in der Berufspraxis** die tägliche Dokumentationslast verringern kann. Die Zeiteinsparungen zu quantifizieren, stand nicht im Fokus dieser Studie. Untersuchungen von Larjow & Lingner 2021 berichten von Zeiteinsparung zur Dokumentation nach dem Strukturmodell um etwa 70 % der früheren täglichen Dokumentationszeit (Larjow & Lingner, 2021). Vorgesehen ist nach dem Strukturmodell, dass **alle Beteiligten in Pflege und Betreuung** und ggf. weitere Mitarbeiter im Berichtblatt dokumentieren. Damit verbunden ist das Ziel, Übersichtlichkeit und eine gute Information aller Beteiligten zur Situation der pflegebedürftigen Person und zur Sicherung einer gleichbleibenden Qualität in der Versorgung zu schaffen und Veränderungen im gesundheitlichen und psychosozialen Bereich rechtzeitig zu erkennen. In den Sondierungsinterviews wurde dieses Vorgehen allerdings mehrheitlich nicht bestätigt: Die Dokumentation der sozialen Betreuung werde mitunter weiterhin separiert. Im Rahmen des Abschlussworkshops haben die Teilnehmenden dies ebenfalls berichtet und sich dafür ausgesprochen, dass dieser wichtige fachliche Aspekt wieder vermehrt in den Schulungen und Fortbildungen zur Dokumentation mit dem Strukturmodell und zur Steuerung des Pflegeprozesses aufgefrischt werden sollte.

Ein wesentlicher Aspekt bei der Pflegedokumentation ist, wie die **technische Umsetzung des Strukturmodells** in der Software der Einrichtungen erfolgt und eine effiziente Unterstützung für die Pflegekräfte bietet. Das „technische Anforderungsprofil“ (Version 1.7 Download EinSTEP), das in Zusammenarbeit mit der Softwarebranche und ihren Verbänden gemeinsam im Rahmen der IMPS zur Umsetzung des Strukturmodells entwickelt wurde, ist kaum mehr bekannt und zunehmend werden Softwareprodukte angeboten, die (wieder) vorgefertigte Textbausteine (für die Bearbeitung der SIS[®] und die Maßnahmenplanung) enthalten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Abschlussworkshops haben hier eindeutig ein „Wiederaufleben“ des Dialogs mit der Softwarebranche empfohlen. Diese Aufforderung aber - in realistischer Einschätzung der Wirksamkeit dieses Vorschlags - als Botschaft an die Bundesebene der Trägerorganisationen und das Projektbüro EinSTEP gerichtet. Eine gute Information und Formulierung klarer Vorstellungen zu Art und Umfang der Pflegedokumentation durch den Träger sowie das Pflege- und Qualitätsmanagement gegenüber dem Hersteller ist hierbei von Vorteil und zentraler Bedeutung für die erfolgreiche Einführung des Strukturmodells. Da in der Regel durch den Softwareanbieter eine Eingangsschulung in der Anwendung des Softwareprogramms durchgeführt wird, ist die Teilnahme einer Person mit Kenntnissen zum Strukturmodell aus der Leitungsebene zu empfehlen.

Schulungen zum Strukturmodell für Pflegeeinrichtungen zur Vorbereitung, Unterstützung und Begleitung der Einführung sollten eine Einführungsphase (Umfang von 16 Stunden) sowie eine Begleitung der Umsetzung in den Pflegeeinrichtungen durch drei jeweils vierstündige Reflexionstermine umfassen (bundeseinheitliche Empfehlungen (Vorgaben) in den Schulungsmaterialien des Projektbüros EinSTEP). In der Online-Befragung zeigte sich, dass der Großteil der befragten Einrichtungen, die das Strukturmodell anwenden, durch einrichtungsinternes Personal geschult wurde. Eine Interviewpartnerin aus den Sondierungsinterviews plädiert dafür, dass die von EinSTEP geschulten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Umstellung auf das Strukturmodell nicht nur schulen, sondern sich die Umsetzung auch direkt vor Ort anschauen, um den eigenen Blick zu schärfen und nicht nur aus der Theorie heraus das Konzept des Strukturmodells vermitteln. Eine gelingende Einführung des Strukturmodells sei laut der Interviewten in den Sondierungsinterviews damit verbunden, welche Botschaften und welche Wertschätzung den Pflegenden vom Pflege- und Qualitätsmanagement entgegengebracht werden (z. B. Atmosphäre, Lob, Reflektion und Fehlerkultur). 2017 konnte im Rahmen der Studie durch Wolf-Ostermann et al. festgestellt werden, dass zu wenig Zeit für die Schulungen aufgewendet werde, die Unterstützung durch Einrichtungsträger unzureichend sei, nicht alle Mitarbeitenden geschult wurden und die Nachbetreuung nach der Schulung zur Implementierung des Strukturmodells fehle (Wolf-Ostermann et al., 2017).

Die aktuellen Umfrageergebnisse bestätigten, dass im Freistaat Sachsen nur der kleinere Teil der Einrichtungen neben Pflegefach- und -hilfskräften auch weiteres Personal in der Anwendung des Strukturmodells geschult hat (von 125 Einrichtungen schulten 74 auch Betreuungskräfte, 21 Hauswirtschaftskräfte, 14 den Psychosozialen Dienst, 12 Therapeutinnen und Therapeuten und drei auch Ehrenamtliche). Ohne Schulung und Einbeziehung aller jedoch können die Potentiale des Strukturmodells nicht voll zum Tragen kommen: Wenn z. B. nicht alle an der Versorgung beteiligten Personen im Berichtsblatt dokumentieren, gelingt es nicht, einen vollständigen Überblick über die Situation der pflegebedürftigen Person zu schaffen, Informationsverluste zu aktuellen Ereignissen durch unterschiedliche Kontaktpersonen zu vermeiden und Veränderungsprozesse frühzeitig wahrzunehmen, bei gleichzeitig schlanker Dokumentation und damit u. a. auch einem Entbürokratisierungseffekt.

Der Großteil der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen gibt in den Befragungen an, gut mit dem Strukturmodell zurechtzukommen. In der Online-Befragung berichten zwei Drittel (66 %) der Befragten, keine Anwendungsprobleme bei der Umsetzung des Strukturmodells zu haben. Haben die Einrichtungen im Alltag **Anwendungsprobleme** (27 %), so liegen zumeist mehrere Probleme vor, die zum Teil schon seit Jahren bekannt sind (s. dazu auch Abbildung 30). Auffällig ist, dass insbesondere Einrichtungen, die ihre Beschäftigten durch internes Einrichtungspersonal geschult haben (das zuvor von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Trägerorganisationen geschult wurde), bei der Umsetzung des Strukturmodells über Anwendungsprobleme berichten. Das größte Problem stellt dabei die Risikoeinschätzung in der SIS® dar. Auch in den Sondierungsinterviews wurden Unsicherheiten bei der Risikoeinschätzung thematisiert, was 2017 noch mit fehlenden klaren Vorgaben zur Bewertung der Risikomatrix einherging (Wolf-Ostermann et al., 2017).

In den Schulungen bilden laut Expertinnen und Experten der Sondierungsinterviews das Verständnis der Risikomatrix und das hierzu festgelegte Verfahren die größten Schwierigkeiten. Dies zeigte sich auch in einer Erhebung durch die BAGFW (Drößler, 2022). Eine gute Fachlichkeit und Selbstvertrauen in die eigene Einschätzung der Pflegefachkraft sind im Zusammenhang mit der Risikoeinschätzung und der Anwendung der Risikomatrix besonders wichtig. EinSTEP hat zum besseren Verständnis des Umgangs mit der Risikomatrix und des Risikomanagements der Pflegeeinrichtungen für die Schulungsunterlagen zusätzlich einen extra Workflow entwickelt. Dieses Thema bedarf dennoch regelmäßiger Fortbildungen in den Einrichtungen, der internen und externen Reflexion von Fallbeispielen und einer konsequenten Übung und Unterstützung aller Pflegefachkräfte durch das Pflege- und Qualitätsmanagement. Bei einer Überarbeitung der bundeseinheitlichen Schulungsunterlagen durch das Projektbüro EinSTEP, in Zusammenarbeit mit den pflegewissenschaftlichen Autoren und Autorinnen des Strukturmodells, sollte hier – angereichert durch entsprechende Hinweise aus der Landesebene - ein besonderer Schwerpunkt liegen. Dies wurde auf dem Abschlussworkshop u. a. von den Teilnehmenden angeregt.

Die BAGFW bietet darüber hinaus zweimal jährlich die Teilnahme an sogenannten „Updateschulungen“ für alle Beteiligten zum Konzept des Strukturmodells und seinen Prinzipien auf Bundesebene an. Schwerpunkte sind hierbei insbesondere die Aktualisierung der SIS® sowie Art und Umfang der Maßnahmenplanung (Drößler, 2022, 31 f.). Eine solche Initiative der Trägerorganisationen auf Landesebene wäre, im Sinne einer guten Vernetzung und eines regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausches zur Umsetzung des Strukturmodells, eine zielführende Maßnahme und zeitnah umsetzbar. In diesen Treffen könnten die unten aufgeführten Themen, die bei der Online-Befragung zusätzlich thematisiert wurden, gut bearbeitet werden. Diese Treffen könnten sinnvollerweise von den geschulten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Trägerorganisationen geleitet werden.

In der Online-Befragung berichteten die Einrichtungen neben Problemen mit der SIS® bzw. der Risikomatrix auch über inhaltliche Schwierigkeiten bei der Dokumentation gemäß Strukturmodell mit:

- dem individuellen Maßnahmenplan,
- dem fachlich korrekten Umgang mit den Themenfeldern 1 bis 6 in der SIS®,
- dem Feld B und der Dokumentation der narrativen Erzählung durch die pflegebedürftige Person,
- dem Konzept der Evaluation (kleiner und große Evaluationskreis) sowie
- den Vorgaben zur Nutzung des Berichtsblatts (Element 3 im Strukturmodell).

Auffällig ist zudem der hohe Anteil an Pflegeeinrichtungen und -diensten, die im Zuge der Einführung des Strukturmodells **fachliche Lücken** bei einigen Pflegekräften feststellten (59 %). Eine unzureichende pflegefachliche Kompetenz wirke sich laut Wolf-Ostermann et al. 2017 negativ auf die Qualität der Dokumentation und ihren Stellenwert zur Steuerung des Pflegeprozesses aus (Wolf-Ostermann et al., 2017).

Die Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen zeigt, dass in Einzelfällen die Sorge vor Konflikten mit den Prüfinstanzen in den externen **Qualitätsprüfungen** bei der Entscheidung gegen das Strukturmodell eine maßgebliche Rolle spielt. Laut den Einschätzungen in den Sondierungsinterviews gäbe es eine vermehrte Ängstlichkeit gegenüber dem MD in diesem Kontext, insbesondere bei der Risikoeinschätzung. Die Einrichtungen tragen Sorge, dass sie nach dem Strukturmodell nicht ausreichend dokumentieren würden, was sich auch in anderen Erhebungen zeigte (Wolf-Ostermann et al., 2017). Pflegeeinrichtungen nähmen nach wie vor an, dass bei Nachfragen des MD zur Einschätzung von Risiken immer ein Zusatzdokument vorliegen müsste. Rd. 96 % der Einrichtungen berichten jedoch, dass für die externen Qualitätsprüfungen nach dem Strukturmodell alle benötigten Informationen zur Verfügung stehen würden (s. dazu Abbildung 27). Dennoch äußerten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Online-Befragung, dass sie zum Teil die Erfahrung gemacht hätten, dass der MD zur vorhandenen Dokumentation nach dem Strukturmodell weitere Protokolle und Nachweise gefordert werden, die von Prüfung zu Prüfung wechseln würden. Dies verunsichert die Pflegeeinrichtungen und führt dazu, dass („in vorausseilendem Gehorsam“) vorsorglich doch wieder vermehrt dokumentiert wird. In den Sondierungsinterviews wurde deutlich, dass sich alle Interviewten mehr Selbstbewusstsein bei den Pflegefachkräften wünschen, fachliche Positionen auch im Rahmen einer Qualitätsprüfung zu verteidigen und weniger die Argumentation der Prüferinnen und Prüfer zu adaptieren. Dazu bedarf es allerdings eines deutlich kommunizierten Rückhalts an die Mitarbeitenden von der Leitungsebene. Die Teilnehmer in dem Abschlussworkshop plädieren deshalb dafür, dass aktuell ruhende Kooperationsgremium (KOG) auf Landesebene im Freistaat Sachsen, an dem - analog zum Lenkungs-gremium auf Bundesebene - alle wesentlichen Akteure (Einrichtungs- und Kostenträger, MD und Careproof, Bildungsträger und Heimaufsicht sowie das Sozialministerium und eine Vertretung aus der Selbsthilfe) beteiligt sind, wieder zu nutzen, um solche unklaren Situationen im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation und der Implementierung des Strukturmodells zu klären und Vorurteilen sowie Mutmaßungen wirkungsvoll zu begegnen. In Niedersachsen wurde das Kooperationsgremium bereits sogar thematisch mit Erfolg erweitert (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, 2020). Weitere Bundesländer haben Ähnliches vor bzw. bereits ebenfalls umgesetzt (persönliche Kommunikation).

Zu Problemen führe weiterhin, dass das **Strukturmodell in der Ausbildung** nicht ausreichend in seiner Zielsetzung und konzeptionellen Ausrichtung vermittelt werde. In der Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen berichtet etwas mehr als ein Fünftel (22 %), dass das Strukturmodell in der Berufsschule nicht vermittelt wird. Wird es vermittelt, bewerten 36 % die Qualität als „nicht so gut“ (25 %) oder „schlecht“ bzw. nicht auf die Praxis vorbereitend (11 %) (s. dazu

auch Abbildung 33). Insgesamt 49 % empfinden die Vorbereitung der Auszubildenden jedoch als „gut“ (40 %) oder sogar „sehr gut“ (9 %). Das Strukturmodell ist im Freistaat Sachsen stark verbreitet und in der Praxis angekommen. Auszubildende müssen daher theoretisch wie praktisch in der Dokumentation mit dem Strukturmodell unterrichtet und angeleitet sein. Es ist deshalb erforderlich, dass in der Pflege das benötigte Wissen für den Arbeitsalltag mit dem Strukturmodell qualitativ hochwertig in der theoretischen Ausbildung vermittelt wird. Laut den Expertinnen und Experten der Sondierungsinterviews hat sich seit Beginn der Implementierungsstrategie (IMPS) der Austausch mit den praktischen Ausbildungsstätten und Berufsschulen verbessert. Im Rahmen des Abschlussworkshops wurde aber deutlich, dass diese Entwicklung aus Sicht der Teilnehmenden nicht systematisch erfolgt, sondern eher von dem Engagement einzelner Bildungsträger oder einzelnen engagierten Persönlichkeiten im Lehrkörper abhängig ist. Das Konzept des Strukturmodells würde in der theoretischen Ausbildung in den entsprechenden Lernfeldern unterschiedlich systematisch in Theorie und Praxis gelehrt. Benötigt wird ein ständiger Dialog zwischen Praxisanleitung und der Berufsschule. Hilfreich sind hierbei regelmäßige themenbezogene Treffen zwischen dem Ausbildungsträger und den Praxisanleitenden, u. a. auch um sich zum Strukturmodell auszutauschen und voneinander zu lernen. Künftig sollte auf einen regelmäßigen Austausch z. B. im Rahmen fester Netzwerktreffen zwischen den Praxisanleiterinnen und –anleitern der Einrichtungen und den Lehrkräften in den Schulen hingewirkt werden. Zusätzlich und unabhängig von diesen Treffen sollte dann auch sehr zeitnah eine grundlegende Klärung zur oben geschilderten Problematik der Durchführung von praktischen Prüfungen in Einrichtungen, die das Strukturmodell anwenden, erfolgen. Hierbei sind eventuell die Landesprüfungsämter oder andere zuständige Stellen der Kultusbehörde zu beteiligen oder es ist eine Initiative des Sozialministeriums erforderlich.

5.3 Coronabedingte Regelungen

Pflegeeinrichtungen standen durch die Corona-Pandemie vor vielfältigen Herausforderungen, die das Versorgungsgeschehen stark beeinflussten. Diese hatten u. a. Auswirkungen auf Arbeitsbelastungen der beruflich Pflegenden, die wirtschaftliche und personelle Situation der Pflegeeinrichtungen sowie die Versorgungssituation von pflegebedürftigen Personen (s. Kapitel 3.4). Zur Entlastung und Unterstützung der Pflegeeinrichtungen und Menschen mit Pflegebedarf bzw. ihren Angehörigen wurden durch den Gesetzgeber und den Freistaat Sachsen vielfältige, zeitlich begrenzte Maßnahmen ergriffen (s. Kapitel 3.3). Maßnahmen und Regelungen wurden während des Pandemieverlaufes wiederholt angepasst bzw. ihre Gültigkeit verlängert. Dazu zählt bspw. die zunächst vollständige Aussetzung qualitätsbezogener Regelprüfungen (bis 30. September 2020), die anschließende einmalige Prüfung (abhängig vom örtlichen Pandemiegeschehen) bis 31. Dezember 2021 und Wiedereinführung uneingeschränkter Regelprüfungen ab dem 01. Januar 2022. Für Pflegeeinrichtungen entstand daraus die Notwendigkeit, regelmäßig Informationen zu aktuellen Regelungen zu recherchieren, um entsprechend reagieren zu können. Auch Pflegebedürftige und ihre Angehörigen mussten für sie gültige Unterstützungsmöglichkeiten kennen und für sich nutzen können.

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, dass sich die Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen einerseits gut über neue **Regelungen und entlastende Maßnahmen informiert** fühlten, andererseits jedoch nicht immer gut überblicken konnten, welche Regelungen für sie zum jeweiligen Zeitpunkt galten. Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen der Online-Befragung wünschten sich, dass es eine zentrale Informationsstelle, wie eine Website, gibt, in der alle Informationen für die Branche übersichtlich gebündelt sind. Grundsätzlich gab es eine solche Website mit <https://www.coronavirus.sachsen.de/>. Auf der Website wurden u. a. aktuelle rechtliche Regelungen mit Links zu entsprechenden Dokumenten aufgeführt. Die Online-Befragung zeigte allerdings auch, dass nur ein sehr kleiner Teil der Einrichtungen die Website als Informationsquelle genutzt hat: nur für sieben Einrichtungen stellte sie die Hauptinformati-

onsquelle dar. Auch das PflegeNetz Sachsen wurde von lediglich acht Einrichtungen überwiegend als Quelle genutzt. Informationen erhielten die Pflegeeinrichtungen hauptsächlich durch Pflege- und Berufsverbände sowie Einrichtungsträger. Künftig scheint es ratsam zu sein, relevante Informationen in außergewöhnlichen und akut belastenden Situationen gebündelter und besser verständlich für Pflegeeinrichtungen aufzubereiten. Eine weitere Anregung seitens der Einrichtungen war, dass gesetzliche Änderungen zum schnelleren Verständnis besser aufbereitet werden sollten, z. B. in Form einer Synopse – Regelung „alt“ vs. Regelung „neu“.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die meisten der durch den Gesetzgeber und den Freistaat Sachsen getroffenen coronabedingten Maßnahmen für die Einrichtungen hilfreich waren. Die Online-Befragung zeigt, dass die nachfolgenden Maßnahmen durch die Pflegeeinrichtungen als entlastend bewertet wurden:

- Aussetzung von qualitätsbezogenen Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen bis 30. September 2020,
- einmalige Qualitätsprüfung zugelassener Pflegeeinrichtungen zwischen dem 1. Oktober 2020 und 31. Dezember 2021, wenn die pandemische Lage es zuließ,
- Aussetzung der Qualitätsdatenübersendung bis zum 31. Dezember 2021 (nur vollstationär),
- Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und (video-) telefonischem Gespräch bis 30. Juni 2022 sowie der
- Ausgleich von Einnahmeausfällen und zusätzlichen coronabedingten Mehrkosten durch die Pflegekassen gemäß § 150 SGB XI

Verschiedene Erhebungen zeigen, dass Pflegeeinrichtungen pandemiebedingt vor diversen wirtschaftlichen Herausforderungen standen (z. B. durch Mehrinvestitionen (Digitalisierung, Umbaumaßnahmen), Umsatzeinbußen, Preissteigerungen bei Schutzausrüstungen) (Bank für Sozialwirtschaft AG, 2021a; Pfortner et al., 2021; Wolf-Ostermann et al., 2020). Die wirtschaftliche Situation der Pflegeeinrichtungen war nicht Untersuchungsgegenstand der Online-Befragung der sächsischen Pflegeeinrichtungen. Erhoben wurde lediglich, ob der **Ausgleich von Einnahmeausfällen und coronabedingten Mehrkosten** durch die Pflegekassen als hilfreich wahrgenommen wurde. Der Ausgleich der Einnahmeausfälle und coronabedingten Mehrkosten wurde von den Pflegekassen in den Fokusgruppen zudem als richtige Entscheidung für die Versorgungssicherheit bewertet. Das zur Verfügung stehende Budget für den Freistaat Sachsen ist laut Pflegekassen deutlich überschritten worden. In ähnlichen Situationen müssten künftig Maßnahmen ergriffen werden, die eine angemessene Verteilung der Mittel ermöglichen. Dazu schlagen die Kassen eine Festlegung geeigneter Kriterien vor.

Studien belegen, dass sich die Beschaffung von Schutzausrüstungen in den Pflegeeinrichtungen auch im Pandemieverlauf als herausfordernd gezeigt und als Belastung für das Leitungspersonal in den Pflegeeinrichtungen dargestellt hat (Pfortner et al., 2021). Positiv ist die **Bereitstellung und Verteilung von Schutzausrüstungen** an die Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen zu bewerten. Die Pflegeeinrichtungen gaben in der Online-Befragung überwiegend an, sich dadurch entlastet zu fühlen. Auch die Pflegekassen hoben in der Fokusgruppe die gelungene Abstimmungen zwischen den Pflegeeinrichtungen, dem Sozialministerium und den Pflegekassen hervor. Auch sei die Koordinierung und Verteilung im Freistaat Sachsen sehr gut verlaufen. Das zeigt, dass sich die diesbezüglich etablierten Strukturen im Freistaat Sachsen bewährt haben. Bei ggf. künftig erneut auftretenden krisenhaften Ereignissen sollten sie reaktiviert werden können.

In der Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen berichteten Teilnehmende aus der ambulanten Pflege, dass es aufgrund der **(video-)telefonischen Begutachtungen** zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit vermehrt zu Ablehnungen von Pflegegraden oder der Bearbeitung des

Antrags erst nach einem halben Jahr komme. Künftige Begutachtung sollten nach Auffassung von etwas mehr als der Hälfte der ambulanten Pflegedienste (54 %) wieder persönlich erfolgen, was in der Zwischenzeit auch wieder der Fall ist. Die Pflegekassen bewerten die persönliche Begutachtung in der ambulanten Pflege als essenziell, vor allem um das Wohnumfeld einschätzen zu können. Zudem deuten die Daten der Befragung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass seitens der pflegebedürftigen Personen oder ihrer Angehörigen überwiegend der Wunsch nach einer persönlichen Begutachtung besteht (s. dazu Abbildung 36). Auch die Gutachterinnen und Gutachter des MD hatten Sorge, bei der Einschätzung des Pflege- und Unterstützungsbedarfes etwas zu übersehen. Eine Videobegutachtung hat ambulant nur eingeschränkt funktioniert, was häufig an einer mangelnden technischen Ausstattung der Pflegebedürftigen lag. Die Pflegekassen berichteten, dass es vermehrt Widersprüche gegen die Begutachtungen gab, der MD konnte dagegen keinen Anstieg beobachten.

Nach Einschätzung der Pflegekassen ist eine Begutachtung für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Einrichtungen per Aktenlage und (Video-)Telefonie gut möglich (sofern eine ausreichende technische Ausstattung vorhanden ist). Auch in der sozialmedizinischen Fallberatung zu Wiederholungsbegutachtungen, wenn Verbesserungen in der Selbstständigkeit einen Wegfall des Pflegegrades zulassen würden, wäre eine Einschätzung nach Aktenlage praktikabel. Zusammen mit dem MD gibt es entsprechende Überlegungen, wie die persönlichen Begutachtungen künftig reduziert werden könnten. Damit würde auch den Wünschen der vollstationären Pflegeeinrichtungen entsprochen werden, die sich zu 81 % künftig weiterhin eine (video-)telefonische Begutachtung zur Erlangung des Pflegegrades bzw. eine Einschätzung per Aktenlage wünschen. Da die Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen i. d. R. bereits einen Pflegegrad aufweisen, dürfte es bei Begutachtungen in diesen Fällen eher um eine Höherstufung des Pflegegrades gehen, während im ambulanten Setting ein höherer Anteil an Ersteinstufungen zu erwarten wäre, bei denen möglichst eine persönliche Begutachtung vorgenommen werden sollte.

Die Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen hat gezeigt, dass die Möglichkeiten, **flexible Regelungen zwischen den Einrichtungen und der Pflegekassen zur Überbrückung personeller Engpässe** zu finden, nicht allen Pflegeeinrichtungen bekannt waren oder als nicht entlastend wahrgenommen wurden. Darüber zeigten sich die Pflegekassen und der MD in den Fokusgruppen überrascht. In der ambulanten Pflege hätte die telefonische Pflegeberatung aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer zur Entlastung beigetragen. Der MD hat pandemiebedingte personelle Engpässe in den Qualitätsprüfungen berücksichtigt. Ambulante Pflegedienste würden im Freistaat Sachsen nach Schätzung der Pflegekasse zu 60 – 70 % den Hilfskraftvertrag anwenden. Hilfskräfte durften damit erweiterte Aufgaben von Pflegefachkräften übernehmen, wenn sie entsprechend geschult waren (s. Kapitel 3.3). Allerdings berichtete der MD auch, dass Hilfskräfte sich z. T. hilfeschend an den MD gewandt hätten. Teilweise hätte eine Überforderung der Hilfskräfte bestanden. Um die Versorgungsqualität sicherzustellen sollten ambulante Pflegedienste dafür sensibilisiert werden, welche Aufgaben sie Hilfskräften bei der Anwendung des Hilfskraftvertrages übertragen können. Dabei muss zum einen sichergestellt sein, dass die Hilfskräfte für die Aufgaben ausreichend qualifiziert sind und zum anderen, dass sie sich sicher in der Umsetzung der übertragenen Aufgaben fühlen.

Maßnahmen, die in der Versorgungspraxis lediglich zu wenig Entlastung geführt haben, waren aus Sicht der Pflegeeinrichtungen die **personelle Unterstützung** durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte des MD Sachsen. Sowohl in der Online-Befragung als auch in den Fokusgruppen mit Pflegekassen und MD sowie dem Reflexionsworkshop kristallisierte sich klar heraus, dass die Pflegeeinrichtungen eine nicht erfüllbare Erwartungshaltung zur personellen Unterstützung durch das Corona-Pflegeteam hatten, die über eine reine Beratungsfunk-

tion hinausgingen. Um eine realistische Erwartungshaltung zu erzeugen, sollte künftig ein anderer Name gewählt werden (z. B. Beratungsteam Pflege). Im Reflexionsworkshop zeigte sich darüber hinaus, dass die Einrichtungen bei Inanspruchnahme der Beratung durch das Corona-Pflegeteam spezifischere Beratungsinhalte benötigt hätten, die auf die konkrete Situation der Einrichtung zugeschnitten sind. Ziel der beratenden Unterstützung sollte verstärkt sein, die Pflegeeinrichtungen zu befähigen, ihre individuellen Ressourcen und Möglichkeiten besser erkennen und nutzen können.

Die Fokusgruppen mit Pflegekassen und MD sowie der Reflexionsworkshop haben verdeutlicht, dass Pflegeeinrichtungen aber auch Bedenken hinsichtlich einer Inanspruchnahme von Beratungsleistungen durch das Corona-Pflegeteam hatten. Zu überlegen wäre folglich, sollte es ähnliche Unterstützungsangebote in künftigen Krisensituationen erneut geben, wie dieser Rollenkonflikt zwischen Beratung und Prüfung aufgelöst werden könnte. Hilfreich könnte sich ein einrichtungsübergreifender Austausch zwischen den Pflegeeinrichtungen auswirken. Das hätte die Möglichkeit eröffnet, auch ohne die Inanspruchnahme des Corona-Pflegeteams zu erfahren, wie andere Einrichtungen ähnliche Probleme bewältigt haben. Einrichtungen sollten ermutigt werden, sich regional aktiv miteinander zu vernetzen oder in bestehende regionale oder lokale Netzwerke zu integrieren.

Aus der Literatur geht hervor, dass Pflegekräfte durch die reihenweise Durchführung von Corona-Testungen im Rahmen der Teststrategien sowohl bei Pflegekräften, als auch den zu versorgenden Pflegebedürftigen zusätzlich belastet waren (Pfortner et al., 2021). Weitere Belastungen ergaben sich aus strikten Besuchsregelungen in vollstationären Einrichtungen (Hering et al., 2021a; Pfortner et al., 2021). Auch im Freistaat Sachsen berichteten ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen von **erhöhten zeitlichen Aufwendungen und eine Zunahme an Aufgaben**, die mit der Erarbeitung und Umsetzung der Teststrategie bestanden. Dies betraf sowohl die täglichen Testungen der Beschäftigten als auch, im Falle vollstationärer Einrichtungen, die der Besucherinnen und Besucher. Mit Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen mussten zudem aktuelle Besuchskonzepte diskutiert werden, da diese zum Teil von in den Medien verbreiteten Informationen abwichen und vermittelt werden mussten. Im Reflexionsworkshop wurde von den Vertreterinnen und Vertreter aus der Praxis angemerkt, dass eine personelle Unterstützung zur Umsetzung der Teststrategie künftig erforderlich wäre.

Zu vermeiden wären möglichst Unsicherheiten bei den Pflegeeinrichtungen, die im Zusammenhang mit einer unterschiedlichen Auslegung der Corona-Schutzverordnung in den einzelnen Gesundheitsämtern stehen. Bei den Pflegeeinrichtungen entstand z. T. der Eindruck, dass die Gesundheitsämter wenig Einblick in das Versorgungsgeschehen in der Praxis hätten. Dies wäre zu eruieren und ggf. ein vertiefter Austausch anzuregen.

Zur finanziellen Entlastung pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen sprachen sich die Pflegekassen in den Fokusgruppen dafür aus, den im Rahmen der Corona-Pandemie befristet angehobenen **erstattungsfähigen Betrag von 60 Euro pro Monat für Pflegehilfsmittel** dauerhaft beizubehalten. Mit Blick auf Preissteigerungen von Pflegehilfsmitteln erscheint dies angemessen. In der Befragung gaben 88 % der Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen, die die Regelung kannten, an, sie auch in Anspruch genommen zu haben. Die Befragten wünschten sich eine dauerhafte Erhöhung des erstattungsfähigen Betrages auf 60 Euro pro Monat.

Alles in allem ergeben sich durch die Befragung der Pflegebedürftigen Hinweise darauf, dass die verschiedenen **Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung pflegebedürftiger Personen** nur teilweise bekannt waren. Teilnehmende der Befragung merkten kritisch an, dass durch die Pflegekassen nur schleppend Informationen an die Versicherten herangetragen wor-

den wären. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen benötigen transparente, leicht verständliche und übersichtliche Hinweise zu Unterstützungsmöglichkeiten. Weiterhin sollten Beantragungsprozesse, z. B. beim Pflegeunterstützungsgeld, möglichst unkompliziert und verständlich gestaltet sein. Zusätzlich sollten ausreichend Anlaufstellen und (aufsuchende) Beratungsangebote zur Verfügung stehen. Die Befragung der pflegebedürftigen Personen zeigt, dass Pflegebedürftige aufsuchende Angebote im Rahmen der Pflegeberatung klar bevorzugen. 72 % der befragten Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen präferieren eine Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit.

5.4 Limitationen

Limitationen der vorliegenden Studie zur Entbürokratisierung der Pflege im Freistaat Sachsen ergeben sich aus verschiedenen Faktoren, die zum einen auf das methodische Vorgehen zurückzuführen sind. Zum anderen spiegelt sich aber auch die Belastungssituation der Pflegeeinrichtungen in der Corona-Pandemie wider. So fällt u. a. die Teilnahmebereitschaft an der Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen gering aus – insbesondere bei den Tagespflegeeinrichtungen (n = 15). Die insgesamt bei der Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen realisierte Stichprobe (n = 150) entspricht in ihrer Struktur nach Einrichtungsart und Trägerschaft weitgehend der Grundgesamtheit aller Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen (gem. Pflegestatistik 2019). Die für die Größe der Grundgesamtheit von 2.207 Einrichtungen empfohlene Stichprobengröße von rund 300 Einrichtungen konnte allerdings nicht erreicht werden.

Auch die Beteiligung an den Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Pflegekassen (drei Personen) und des MD Sachsen (fünf Personen) war gering. Des Weiteren war in der Fokusgruppe mit den Pflegekassen eine teilnehmende Person in einer Leitungsposition dabei, was möglicherweise Auswirkungen auf das Antwortverhalten der anderen Teilnehmenden hatte. Zudem gehörten alle teilnehmenden Kassen zu den Ersatzkassen.

In der Studie wurde auf Wunsch des Auftraggebers zusätzlich eine Online-Kurzbefragung beruflich Pflegenden im Freistaat Sachsen mit Zugang über die Projektwebsite durchgeführt. Da eine direkte Ansprache beruflich Pflegenden aus Gründen des Datenschutzes nicht ohne weiteres möglich ist, wurde diese bei den Pflegeeinrichtungen zusammen mit der Online-Befragung der Pflegeeinrichtungen aktiv beworben. Es erfolgte zudem eine Bewerbung über das Pflegenetzwerk Deutschland und das PflegeNetz Sachsen. Dieses Vorgehen ließ eine Möglichkeit der gezielten Nachsteuerung (z. B. in Form von Erinnerungen an die Befragung) nicht zu. Der Rücklauf fiel entsprechend gering aus, sodass in Abstimmung mit dem SMS auf eine Auswertung der Ergebnisse verzichtet wurde. Für zukünftige Befragungen beruflich Pflegenden sollte eine andere Art der Ansprache (z. B. über die Berufsverbände) mit Möglichkeiten zur Nachsteuerung gewählt werden.

Auch die Ansprache Pflegebedürftiger gestaltete sich aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen schwierig. Eine persönliche Ansprache pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen ist für Forschungseinrichtungen nicht möglich. Das gewählte Vorgehen, Fragebögen über ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen zu verteilen, hängt stark von der Unterstützungsbereitschaft und den aktuellen (Corona-)Belastungen der Pflegeeinrichtungen ab. Diese mussten geeignete Pflegebedürftige zunächst identifizieren und dann die Fragebögen verteilen, was für die Dienste und Tagespflegeeinrichtungen eine zusätzliche Belastung darstellte. Um möglichst viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu erreichen wäre der Zugang über die Pflegekassen zu präferieren. Das erfordert jedoch sehr langwierige und aufwändige Abstimmungsprozesse, die mit Blick auf die Projektlaufzeit nicht realistisch waren. Die Stichprobe der Befragung der Pflegebedürftigen ist mit 83 Teilnehmerinnen und Teilnehmern relativ klein. Die Befragung enthielt zudem Filterfragen, die je nach Antwort z. B. das Überspringen von weiteren Fragen zur Thematik zur Folge hatte. Daraus resultierend liegen

zu einigen Fragen weniger als die 83 Antworten vor. Das schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse ein.

Im abschließenden Reflexionsworkshops in Dresden hätte der Anteil der Vertreterinnen und Vertreter aus Pflegeeinrichtungen höher sein können (hier kamen kurzfristig noch Absagen). Weiterhin fehlten Vertreterinnen bzw. Vertreter von Pflegeschulen, um die Befunde zur Berücksichtigung des Strukturmodells in der Ausbildung und Prüfung zu reflektieren.

6 Handlungsempfehlungen

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Januar 2023 sein Gutachten mit dem Titel „Resilienz im Gesundheitswesen – Wege zur Bewältigung künftiger Krisen“ vorgestellt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR], 2023). Die Expertinnen und Experten kommen zu folgendem Schluss: „Unser Gesundheitssystem ist sehr komplex und fragil, pointiert gesagt: ein nicht sehr reaktionsschnelles, wenig anpassungsfähiges ‚Schönwettersystem‘, das nicht nur im Krisenfall unzureichend koordiniert und im Ergebnis häufig schlechter ist, als angesichts des hohen Mitteleinsatzes zu erwarten wäre“ (SVR, 2023, S. XXV). Mit besonderem Blick auf die Situation in der Langzeitpflege wurde konstatiert, dass die „Dramatik des pandemischen Geschehens [...] nicht nur das Ergebnis der unzureichenden Reaktion auf SARS-CoV-2, sondern Symptom einer ungunstigen Ausgangssituation mit Personalknappheit, niedrigen Löhnen und unzulänglichen Arbeitsbedingungen“ ist. Die Pandemie habe strukturelle Defizite, die u. a. durch eine Knappheit oder Fehlverteilung von Ressourcen entstanden sind, offengelegt (SVR, 2023, S. 297).

In diesem Sinne sind auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie einzuordnen: Viele Probleme bzw. hemmende Faktoren, die von den Pflegeeinrichtungen genannt werden, sind seit Jahren bekannt – die Arztzentriertheit des Gesundheitssystems und die unselbstständige Rolle der Pflegeberufe, die Fehlsteuerung durch die Finanzierung pflegerischer Leistungen gem. SGB XI (insbesondere verrichtungsbezogene Leistungskomplexe in der ambulanten Versorgung) oder die Vorgaben zur Dokumentation und fehlende Standardisierungen für den sektorenübergreifenden Datenaustausch, die die Digitalisierung in der Pflegebranche hemmen, um nur einige Aspekte zu nennen. Einige Punkte wurden bzw. werden in aktuellen Reformbemühungen der Bundesregierung aufgegriffen (z. B. der Aufbau der Telematikinfrastruktur und Einbezug von Pflegeeinrichtungen, die Erprobung der Heilkundeübertragung in Modellprojekten auf Landesebene oder die Einführung eines Personalbemessungssystems in der stationären Pflege). Aber die konkrete Ausgestaltung dieser Maßnahmen deutet auf langwierige Prozesse hin, so dass kurz- und mittelfristig kaum eine spürbare Veränderung bzw. Entlastung im Pflegealltag zu erwarten ist.

Anhand der Befunde der Untersuchungen konnten darüber hinaus einige weitere Ansatzpunkte im Sinne von Entbürokratisierungspotentialen identifiziert werden. Die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen werden nachfolgend getrennt nach den Themen Digitalisierung, Strukturmodell zur entbürokratisierten Pflegedokumentation und weitere Entbürokratisierungspotentiale vorgestellt.

Digitalisierung

Insgesamt konnte festgestellt werden, dass es bezüglich der Digitalisierung in den Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen, ebenso wie bundesweit, noch Entwicklungspotentiale gibt. Die technische Ausstattung und die Techniknutzung liegen in den sächsischen Pflegeeinrichtungen zum Teil etwas unterhalb der Ergebnisse aus vergleichbaren, bundesweiten Studien. Auch die Kenntnis der Fördermöglichkeiten aus Mitteln der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 8 SGB XI scheint etwas weniger verbreitet zu sein als im bundesweiten Durchschnitt.

Dabei sind es insbesondere die ambulanten Pflegedienste, die sowohl im Freistaat Sachsen als auch bundesweit einen niedrigen Digitalisierungsgrad aufweisen. Hemmend wirken sich hier vor allem bundesweite Regelungen zur Pflegedokumentation, die fehlende Standardisierung/Schnittstellen für den sektorenübergreifenden Datenaustausch und die sektorenübergreifende Kommunikation im Gesundheitswesen oder die mangelnde technische Ausstattung der Kranken- und Pflegekassen (Leistungsabrechnung, elektronische Signaturen etc.) aus. Aber

auch die Rahmenverträge gem. § 75 SGB XI und entsprechende Empfehlungen der Spitzenverbände auf Bundesebene sind hier anzupassen bzw. zu ergänzen, um z. B. eine ausschließlich elektronische Pflegedokumentation auch im ambulanten Bereich umzusetzen. Neben der Einhaltung der Vorgaben zum Inhalt der Pflegedokumentation muss gewährleistet werden, dass

- alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten (u. a. Ärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Angehörige) Zugriff auf die Pflegedokumentation haben,
- der MD/PKV-Prüfdienst (Careproof) für die Durchführung der Qualitätsprüfungen Zugriff auf die Pflegedokumentation hat,
- die Pflegedokumentation in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen aufzubewahren ist und
- die Regelungen zum Datenschutz einzuhalten sind.

Vorreiter in der Thematik der digitalen Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege ist Nordrhein-Westfalen. Dort haben die Kranken- und Pflegekassen im Grundsatzausschuss für die ambulante Pflege dieser Vorgehensweise zugestimmt, wie der Landesverband freie ambulante Krankenpflege im August 2021 berichtete.⁹ Allerdings müssten weiterhin zum Monatsende die Leistungsnachweise gedruckt und vom Kunden unterschrieben und bestimmte Notfalldaten für jeden Pflegebedürftigen in Papierform in der Häuslichkeit hinterlegt werden.

Zur Thematik des Datenschutzes im Gesundheitswesen äußerte sich der Sachverständigenrat bereits in seinem Gutachten 2021 („Digitalisierung für Gesundheit“) (SVR, 2021) wie folgt: „Datenschutz im Gesundheitssystem muss das bisher oft vernachlässigte Anrecht des Patienten auf eine seinem Leben und seiner Gesundheit dienende Verarbeitung seiner gesundheitsrelevanten Daten berücksichtigen und dadurch zu seiner bestmöglichen Gesundheitsversorgung beitragen. [...] Das bisher häufig favorisierte Nichtprozessieren von Daten ist oft nicht der beste Datenschutz als Teil des Patientenschutzes“ (SVR, 2021, S. 312).

Der Rat empfiehlt der Bundesregierung zur zielgerichteten Weiterentwicklung der Digitalisierung die Schaffung folgender drei „Säulen“ (SVR, 2021, 313 f.):

- umfassende Kommunikationsstrukturen und -prozesse, die zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einen vertraulichen, transparenten und verlustfreien Austausch der den Patienten/die Patientin betreffenden Gesundheitsdaten ermöglichen - hierfür muss eine tragfähige, interoperable und flächendeckende digitale Infrastruktur entstehen, welche Sektorengrenzen überwindet oder zumindest auf ein sinnvolles Maß verringert,
- analytischer Zugang zu den Gesundheits- und Versorgungsdaten im Sinne einer fortlaufenden Auswertung der präventiven, diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Abläufe ebenso wie der organisatorischen und administrativen Rahmenbedingungen,
- iterative Verbesserungen der aktuellen Versorgung und Weiterentwicklungen bis hin zu Innovationen – auch als Voraussetzung für die Entwicklung effektiverer digitaler Instrumente sowie innovativer Behandlungsmodelle.

Hinsichtlich der Hinweise seitens der Pflegeeinrichtungen, dass die Höhe der Förderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI bzw. der Eigenbeteiligung angesichts der Kosten digitaler Systeme nicht ausreichend sei, ist auf die Verantwortung der Bundesländer zu verweisen: Die Anschaffung von digitaler und technischer Ausrüstung gehört zu den Investitionsaufwendungen, für die

⁹ Im Internet unter <https://www.haeusliche-pflege.net/digitale-pflegedokumentation-ist-in-nrw-moeglich/> (Zugriff am 01.03.2023).

gem. § 9 SGB XI die Länder zuständig sind. Daher sollte der Freistaat Sachsen prüfen, ob und inwieweit über ein Landesförderprogramm ergänzende Mittel für die technische Infrastruktur von Pflegeeinrichtungen bereitgestellt werden können.

Neben finanziellen Mitteln fehlt es den Pflegeeinrichtungen an zuverlässigen Informationen und gesicherten Praxisberichten anderer Einrichtungen bei der Auswahl geeigneter technischer Produkte – der Markt für Hard- und Software ist sehr unübersichtlich. Hier könnte eine weitere landesseitige Unterstützung der Pflegebranche ansetzen, wie erneut das Beispiel NRW zeigt. Dort gibt es eine Website „Pflege digital NRW“, die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales gefördert wird (<https://www.pflege-digital-nrw.de/>). Dort finden sich neben Daten und Fakten zur Digitalisierung Checklisten und Handlungsempfehlungen sowie Praxisbeispiele und weitere Einblicke in die Praxis in Form von Videos.

Strukturmodell zur entbürokratisierten Pflegedokumentation

Es konnte gezeigt werden, dass im Freistaat Sachsen auch hinsichtlich des Einsatzes des Strukturmodells zur entbürokratisierten Pflegedokumentation noch Weiterentwicklungspotentiale bestehen, insbesondere bei der Umsetzung in ambulanten Pflegeeinrichtungen. Auch in diesem Themenfeld gilt, dass Hemmnisse eines flächendeckenden Einsatzes des Strukturmodells teilweise mit den Entwicklungen auf Bundesebene zusammenhängen. Aber hier gibt es auch klare Befunde zu Problemen, die auf Landes- und betrieblicher Ebene gelöst werden können.

An die Bundesebene richtet sich die Empfehlung, dass die im Oktober 2017 erstellten Schulungsunterlagen angesichts vielfältiger (gesetzlicher) Entwicklungen und Praxiserfahrungen mit dem Strukturmodell einer Überarbeitung bzw. Aktualisierung bedürfen. Dabei sollten aktuelle Entwicklungen, die möglicherweise im Zusammenhang mit Anforderungen an die Dokumentation stehen, u. a. die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Qualitätsprüfungs-Richtlinien und die neue Personalbemessung in der stationären Pflege sowie die Verankerung von Vorbehaltstätigkeiten im Pflegeberufegesetz, berücksichtigt werden. Weiterhin bedarf es eines erneuten Dialoges auf Bundesebene mit den Herstellern von Pflegedokumentationssoftware und ggf. der Erarbeitung eines aktualisierten Anforderungsprofils zur technischen Umsetzung des Strukturmodells als Leitlinie für die Hersteller.

Auf Landesebene scheint es dringend geboten, das im Rahmen der Implementierungsstrategie (2017-2019) etablierte Kooperationsgremium, an dem sich u. a. die Verbände der Leistungserbringer, der Kranken- und Pflegekassen, der Medizinische Dienst und Careproof sowie die Heimaufsicht und Bildungsträger seinerzeit in Sachsen beteiligt haben, wieder ins Leben zu rufen. Hilfreich wäre sicherlich eine Initiative des Sozialministeriums, um mit den Einrichtungs- und Kostenträgern zu beraten, wie das zeitnah in Sachsen gelingen kann. Dieses Gremium hat sich (auch in anderen Bundesländern) bewährt, um u. a. die von den Einrichtungen und Prüfdiensten in dieser Untersuchung berichteten Wahrnehmungen aus Prüfsituationen zu reflektieren (siehe dazu Kapitel 4.2.2) und zu gemeinsamen Lösungen zu kommen. Weiterhin wäre es eine nutzenstiftende Aufgabe des Kooperationsgremiums, den Dialog mit dem Projektbüro EinSTEP auf Bundesebene wieder aufzunehmen und beispielsweise dort auch die Ergebnisse dieser landesweiten Studie bekannt zu machen und weiteren Entwicklungsbedarf anzusprechen.

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt sollte in Zusammenarbeit mit dem Staatsministerium für Kultus prüfen, inwieweit das Konzept des Strukturmodells in der theoretischen und praktischen Ausbildung bereits ausreichend berücksichtig

sichtigt ist und wie das unterschiedlich regional ausgeprägte Problem bei der praktischen Prüfung (vgl. Kapitel 4.2.3), aus Sicht der Einrichtungsträger insbesondere aber zur Entlastung der Auszubildenden, gelöst werden kann.

Angesichts der Studienergebnisse geht auch ein deutlicher Appell an die Pflegeverbände auf Landesebene, ihre Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und die Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen erneut zu schulen und das Wissen zur praktischen Umsetzung des Strukturmodells aufzufrischen. Es empfiehlt sich weiterhin, Qualitätszirkel zu etablieren, um die Entwicklungen in der Pflegepraxis und fachliche Unsicherheiten in der Umsetzung des Strukturmodells durch die Pflegeeinrichtungen systematisch zu reflektieren und ggf. klare Empfehlungen (entlang der bundeseinheitlichen Schulungsunterlagen von EinSTEP) zu erarbeiten. Im Rahmen dieser Treffen könnte auch ein Austausch zu Problemen, die möglicherweise teilweise von den Softwareherstellern ausgehen, oder zu Erfahrungen im Kontext externer Qualitätsprüfungen einbezogen werden.

Mit Blick auf die Hebung weiterer Entbürokratisierungspotentiale wird ein Modellprojekt zur Erprobung einer gemeinsamen Pflegeakte für Personen, die sowohl von einem ambulanten Dienst versorgt werden als auch in die Tagespflege gehen, vorgeschlagen. Diese Thematik wird zu Recht immer wieder aus der Praxis heraus angeregt und wurde auch bereits im Rahmen des dreimonatigen Praxistests zur Anpassung des Strukturmodells an die Tages- und Kurzzeitpflege 2017 mit in den Blick genommen. Erste Befunde zur konkreten Umsetzung liegen vor, aber der kurze Zeitraum reichte für eine abschließende Bewertung der Machbarkeit bzw. Klärung der damit zusammenhängenden organisatorischen und datenschutzrechtlichen Fragen nicht aus.¹⁰ Für ein solches Modellprojekt könnten Mittel aus dem Modellprogramm zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze nach § 8 Abs. 3a SGB XI beantragt werden. Hierbei soll ermittelt werden, ob sich die Versorgung pflegebedürftiger Personen sowie die Arbeitszufriedenheit des Personals in Pflegeeinrichtungen durch innovative Versorgungsansätze maßgeblich verbessern kann und ggf. zu Einsparungen von Kosten für das Gesundheitswesen beitragen.

Weitere Entbürokratisierungspotentiale

Die im Rahmen dieser Studie gewonnenen weiteren Hinweise zu Entbürokratisierungspotentialen in der Pflege bezogen sich fast ausschließlich auf Maßnahmen, die im Zuge der Pandemie ergriffen worden waren.

Ein Thema war dabei der **Informationsfluss** zwischen den Behörden und den Pflegeeinrichtungen. Wie die Befragungsergebnisse zeigten, waren nicht alle Corona-Maßnahmen auch flächendeckend bei den Einrichtungen bekannt (vgl. Kapitel 4.3.1) oder mit unrealistischen Erwartungen verknüpft (z. B. die Aufgaben des Corona-Pflegeteams). Künftig scheint es ratsam zu sein, relevante Informationen in außergewöhnlichen und akut belastenden Situationen gebündelter zur Verfügung zu stellen und besser verständlich für Pflegeeinrichtungen aufzubereiten (z. B. auch in Form einer Synopse mit direktem Vergleich der neuen zu den bisherigen Regelungen). Eine ähnlich lautende Empfehlung haben auch die Expertinnen und Experten des Sachverständigenrates in ihrem aktuellen Gutachten ausgesprochen: „Eine Überforderung entstand besonders dann, wenn bei unzureichender eigener Vorbereitung gleichzeitig Informationen zu geltenden Bestimmungen und Hilfsangeboten mühevoll gewonnen werden und auf ihre Relevanz für den ambulanten Dienst geprüft werden mussten. Werden ohnehin

¹⁰ Die Ergebnisse können im Endbericht nachgelesen werden, der auf der EinSTEP-Website zur Verfügung steht: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/abschlussbericht_praxistest_tp_kzp_iges_170421.pdf (S. 27 ff.).

knappe Ressourcen für die verspätete Anpassung interner Prozesse und Strukturen aufgewendet, gefährdet dies die Sicherstellung der Versorgung. Lügen relevante Informationen kontextbezogen an zentraler Stelle vor und gäbe es feste Ansprechpartner zur Unterstützung bei Vorbereitungen und Anpassungen, könnten hingegen Ressourcen gespart und für eine resilientere Pflege und Betreuung eingesetzt werden“ (SVR, 2023, S. 310).

Hinsichtlich der, besonders in der Pandemiezeit, knappen **Personalressourcen** in der Pflege kann nur auf die Daueraufgabe der Stärkung der personellen Ressourcen verwiesen werden, die alle Facetten von der Steigerung der Ausbildungszahlen über die Verbesserung der Arbeitsbedingungen bis hin zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und deren Wertschätzung durch eine Aufwertung ihrer Rolle im Gesundheits- und Pflegesystem (Pflege als eigenständige Profession, Akademisierung und Heilkundeübertragung) umfasst und alle Ebenen (Bund, Länder und Einrichtungen) einschließt.

Ergänzend sollte es Lösungen für akute Notlagen, wie eine Pandemie, geben. Das Beispiel des Krisenpersonalpools der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zeigte, wie durch Vernetzung und Umverteilung kurzfristig personelle Ressourcen mobilisiert und flexibel eingesetzt werden können. Der Krisenpersonalpool war ein im Juli 2020 etabliertes, landeseigenes Angebot mittels webunterstützter Anwendung, das Anbieter und Interessenten online zusammenzubringt. „Suchende Unternehmen können auf der unten aufgeführten Website Gesuche nach Fachkräften einstellen, während Fachkräfte mit freien Kapazitäten auf gleichem Weg ihre Hilfsangebote platzieren können“ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2020).

Um künftig besser auf pandemische Situationen vorbereitet zu sein, können die Landesregierungen nach dem Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 vom 16.09.2022 durch Rechtsverordnung für Pflegeeinrichtungen, Maßnahmen zum Infektionsschutz treffen. Neben hygienischen Mindestanforderungen und Hygieneplänen gehört dazu auch die Bestimmung der erforderlichen personellen Ausstattung mit hygienebeauftragten Pflegefachkräften oder Hygienefachkräften (§ 35 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz). Die Verbände der Pflegeeinrichtungen sollten ihre Mitglieder auf die 2020 entwickelte S1-Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“ aufmerksam machen, die sich aktuell in der Überarbeitung befindet (Halek et al., 2020). Diese enthält Empfehlungen, wie Pflege- und Betreuungsleistungen bei geltenden Kontaktbeschränkungen erbracht werden können.

Die Befragung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ergab, dass die verschiedenen Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung pflegebedürftiger Personen in der eigenen Häuslichkeit bzw. ihrer Angehörigen nur teilweise bekannt waren, und dass durch die Pflegekassen Informationen nur schleppend an die Versicherten herangetragen worden wären. Insbesondere Pflegebedürftige und ihre Angehörigen benötigen transparente, leicht verständliche und übersichtliche Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten. Hier sollten die Pflegekassen gemeinsam mit den regionalen Beratungsstellen und Gesundheitsämtern auf Basis der bisherigen Erfahrungen entsprechende Strategien für künftige Notlagen erarbeiten. Weiterhin sollten Beantragungsprozesse, z. B. beim Pflegeunterstützungsgeld, möglichst unkompliziert und verständlich gestaltet sein. Zusätzlich sollten ausreichend Anlaufstellen und (aufsuchende) Beratungsangebote zur Verfügung stehen.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aktualisierungen der Projektwebsite.....	15
Tabelle 2: Aufgabenfelder und Produktkategorien im Bereich Unternehmensführung und Verwaltung	26
Tabelle 3: Aufgabenfelder, Aufgaben innerhalb des Aufgabenfeldes und Produktkategorien im Bereich Pflege und Betreuung	26
Tabelle 4: Überblick über bundesweite Modellprojekte zum Technikeinsatz in der Pflege.....	35
Tabelle 5: Relevanteste Förderfaktoren und Barrieren der Einführung des Strukturmodells	41
Tabelle 6: Überblick über Regelungen zur befristeten Aussetzung bürokratischer Anforderungen in der Pflege auf Bundesebene während der Corona-Pandemie	56
Tabelle 7: Überblick über auf Landesebene getroffene Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie	61
Tabelle 8: Übersicht über berücksichtigte Studien.....	63
Tabelle 9: Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung im Zeitraum 2018 bis 2035	69
Tabelle 10: Personen mit Pflegebedarf im Freistaat Sachsen nach Altersgruppen 2035	70
Tabelle 11: Themenfeld Digitalisierung in der Pflege.....	71
Tabelle 12: Themenfeld Pflegedokumentation	73
Tabelle 13: Charakteristiken der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen an der Online-Befragung	77
Tabelle 14: Anteil teilnehmender Einrichtungen nach Einrichtungsart	77
Tabelle 15: Verteilung Beschäftigte nach Tätigkeitsfeld.....	78
Tabelle 16: Versorgte pflegebedürftige Menschen	79
Tabelle 17: Verteilung Pflegegrad der befragten pflegebedürftigen Personen im Vergleich zur landesbezogenen Pflegestatistik	80
Tabelle 18: Regelmäßige Nutzung von digitalen Endgeräten.....	82
Tabelle 19: Digitalisierung in datenschutzsensiblen Bereichen	85
Tabelle 20: Digitalisierung in der Arbeitsplanung.....	86
Tabelle 21: Digitalisierung in der Verwaltung	86
Tabelle 22: Entlastende Maßnahmen während der Corona-Pandemie.....	110
Tabelle 23: Coronabedingte Maßnahmen mit Auswirkungen auf Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Teilnehmenden der Fokusgruppen	113
Tabelle 24: Informations- und Unterstützungslage während der Corona-Pandemie	119
Tabelle 25: Meinungsbild der Pflegeeinrichtungen zur Weiterführung von Maßnahmen und Regelungen.....	121

Tabelle 26: Coronabedingte Maßnahmen mit Auswirkungen auf Pflegebedürftige aus Sicht der Teilnehmenden der Fokusgruppen.....	127
Tabelle 27: Übersicht über ausgewählte Herausforderungen sowie vorgeschlagene Maßnahmen zur Verringerung bürokratischer Anforderungen aus Sicht der Befragten in Pflegeeinrichtungen	131

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick über das methodische Vorgehen während der Studienlaufzeit.....	14
Abbildung 2: Systematisierung der Einsatzbereiche digitaler und technischer Anwendungen in der Pflege	25
Abbildung 3: Digitalisierte Bereiche nach Einrichtungsart (Anteil in %, standardisiert).....	30
Abbildung 4: Aufgeschlossenheit der Beschäftigten bzgl. des Technikeinsatzes in Pflege und Betreuung (Anteil in %, standardisiert).....	31
Abbildung 5: Potentialeinschätzung des Technikeinsatzes in der Pflege (Anteil in %, standardisiert)	33
Abbildung 6: Ziele und Vorgehen im Projekt AdaMeKoR.....	36
Abbildung 7: Die Elemente des Strukturmodells.....	39
Abbildung 8: Schematische Darstellung einer SWOT-Analyse.....	70
Abbildung 9: Anteil teilnehmender Einrichtungen nach Landkreis/kreisfreier Stadt.....	78
Abbildung 10: Altersverteilung der Pflegebedürftigen	80
Abbildung 11: Versorgungsart zu Hause	81
Abbildung 12: Genutzte digitale Endgeräte	83
Abbildung 13: Netzverfügbarkeit für mobilen Internetzugang (ambulant).....	84
Abbildung 14: Erfahrung mit Technik zur Aufrechterhaltung des Kontaktes zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen während der Corona-Pandemie	88
Abbildung 15: Geplanter Ausbau von digitaler und technischer Ausrüstung	89
Abbildung 16: Digitaler Austausch mit externen Akteuren.....	91
Abbildung 17: Digitaler Austausch mit pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen.....	92
Abbildung 18: Technikbereitschaft der Teilnehmenden der Online-Befragung von Pflegeeinrichtungen	93
Abbildung 19: Aufgeschlossenheit beruflich Pflegenden gegenüber dem Technikeinsatz in Pflege und Betreuung.....	94
Abbildung 20: Einschätzung zur Aufgeschlossenheit pflegebedürftiger Personen und Angehöriger gegenüber Technik in Pflege und Betreuung	94
Abbildung 21: Technikpotential zur Verringerung des Personaleinsatzes	95
Abbildung 22: Fördermöglichkeit gem. § 8 Abs. 8 SGB XI	96
Abbildung 23: Einsatzbereiche der angeschafften bzw. geplanten Technik	97
Abbildung 24: Bekanntheit weiterer Fördermöglichkeiten	98

Abbildung 25: Pflegedokumentation gemäß EinSTEP	99
Abbildung 26: Jahr der Umstellung auf Strukturmodell	100
Abbildung 27: Schulungen zum Strukturmodell	101
Abbildung 28: Systematische Organisations- und Zeitplanung.....	102
Abbildung 29: Vorteile in der Nutzung des Strukturmodells	102
Abbildung 30: Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Strukturmodells.....	104
Abbildung 31: Aussagen zur Vorbereitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	105
Abbildung 32 Aussagen zum Umstellungsprozess	106
Abbildung 33: Ausbildung in den Pflegeeinrichtungen	108
Abbildung 34: Theoretische Ausbildung und Strukturmodell	108
Abbildung 35: Anwendung des Maßnahmenplans in Examensprüfungen.....	109
Abbildung 36: Aussagen zur Telefonbegutachtung	125
Abbildung 37: Bevorzugte Beratungsart	126
Abbildung 38: Informationsbeschaffung Corona-Situation	129
Abbildung 39: Präferierte Informationswege pflegebedürftiger Personen	129

7 Literaturverzeichnis

- AOK. (2021). *Coronavirus-Epidemie: Sonderregelungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis 31. Dezember 2021 verlängert*. <https://www.aok.de/gp/news-hilfsmittel/newsdetail/sonderregelungen-fuer-zum-verbrauch-bestimmte-pflegehilfsmittel-verlaengert>
- ATB Arbeit, Technik und Bildung gGmbH. (2020). *PFLEX SACHSEN: Kurzbeschreibung*. <https://pflex-sachsen.de/pflex/1/ueber-uns>
- Baierlein, J. (2017). Grad der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Branchenvergleich – Hinderungsgründe und Chancen. In M. A. Pfannstiel, P. Da-Cruz & H. Mehlich (Hrsg.), *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II: Impulse für das Management* (S. 1–11). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12393-2_1
- Bank für Sozialwirtschaft AG (Hrsg.). (2021a). *Befragungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Senioren- und Langzeitpflege*. Köln.
- Bank für Sozialwirtschaft AG (Hrsg.). (2021b). *Befragungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Senioren- und Langzeitpflege: Vergleich der Ergebnisse aus den Befragungen vom 15. Mai bis 16. Juni 2020 und 16. November bis 20. Dezember 2020*. Köln.
- Bank für Sozialwirtschaft AG (Hrsg.). (2022). *Vierte Umfrage zu wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie: Ergebnisse der vierten Umfrage*. <https://www.sozialbank.de/covid-19/umfrage>
- Beikirch, E., Schulz, A., Fähmann, E., Hindrichs, S., Rösen, E. E., Triftshäuser, K., Umlandt-Korsch, S., Braeseke, G., Deckenbach, B. & Nolting, H.-D. (2017). *Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege*. https://www.ein-step.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informations-_und_Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf
- Bleses, P., Busse, B. & Friemer, A. (2020). Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege. Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse. In P. Bleses, B. Busse & A. Friemer (Hrsg.), *Springer eBook Collection. Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt* (S. 11–31). Springer Vieweg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60874-6_2
- Braeseke, G., Meyer-Rötz, S., Pflug, C. & Haaß, F. (2017a). *Digitalisierung in der ambulanten Pflege – Chancen und Hemmnisse*. https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e15829/e21725/e21792/e21794/attr_objs21796/LangfassungAbschlussberichtDigitalisierungPflege_IGES_ger.pdf
- Braeseke, G., Meyer-Rötz, S., Pflug, C. & Haaß, F. (2017b). *Digitalisierung in der Pflege - Chancen und Hemmnisse: Abschlussbericht*. IGES Institut GmbH. https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e15829/e21725/e21792/e21794/attr_objs21796/LangfassungAbschlussberichtDigitalisierungPflege_IGES_ger.pdf
- Braeseke, G., Pflug, C., Tisch, T., Wentz, L., Pörschmann-Schreiber, U. & Kulas, H. (2020). *Umfrage zum Technikeinsatz in Pflegeeinrichtungen (UTiP): Sachbericht*. IGES Institut GmbH.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (o. J.). *Qualitätsindikatoren in der stationären Pflege*. <https://www.bagfw.de/themen/qualitaetsindikatoren-in-der-stationaeren-pflege>
- Bundesgesetzblatt Teil I. (2020). *Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG)* vom 14. Oktober 2020: PDSG (Nr. 46)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PDSG_bgbl.pdf

- Bundesgesetzblatt Teil I. (2022). *Dritte Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie vom 16. März 2022* (Nr. 10). https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl120s0587.pdf#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl122s0475.pdf%27%5D__1653405323837
- Bundesgesundheitsblatt Teil I. (2020). *Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen: COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020* (Nr. 14). https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl120s0587.pdf#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0580.pdf%27%5D__1653394567748
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2020). *Bundesministerium für Gesundheit. Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung (COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung – COVID-19-VSt-SchutzV)* (BAnz AT 04.05.2020 V1). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuVIC/COVID-19-VSt-SchutzV.pdf <https://doi.org/10.5771/9783748911784-135>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2021a). *Bundesministerium für Gesundheit. Verordnung zur Aussetzung der gesetzlichen Pflicht zur Erhebung, Übermittlung und Veröffentlichung von indikatorenbezogenen Daten in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 8. Januar 2021* (BAnz AT 11.01.2021 V1). <https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/IWiYrEqol2bqKDtCmbK/content/IWiYrEqol2bqKDtCmbK/BAnz%20AT%2011.01.2021%20V1.pdf?inline> <https://doi.org/10.5771/9783748911784-135>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2021b). *Bundesministerium für Gesundheit. Zweite Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie vom 21. September 2021* (BAnz AT 22.09.2021 V1).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2021c, 28. Juni). *Bundesministerium für Gesundheit. Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie* (BAnz AT 30.06.2021 V2). <https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/LicbuvWHmc4A4zSM5Q1/content/LicbuvWHmc4A4zSM5Q1/BAnz%20AT%2030.06.2021%20V2.pdf?inline>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (o. J.a). *AdaMekoR: Ein adaptives Mehrkomponenten-Robotersystem für die Pflege*. <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/adamekor>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (o. J.b). *PfleKoRo: Pflege erleichtern durch kooperierende Robotik*. <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/pfleko-ro>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (o. J.c). *ROBINA: Robotische Systeme zur Unterstützung hochgradig motorisch eingeschränkter Pflegebedürftiger*. <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/robina>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2021a). *Pflegepersonaluntergrenzen: Nur mit einer guten Pflegepersonalausstattung ist eine sichere und gute Behandlung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus möglich*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2021b). *Spahn: „Machen unser Gesundheitswesen mit mehr Digitalisierung zukunftsfester“: Bundestag beschließt Gesetz zur digita-*

- len Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/dvpmg-beschluss-bundestag.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022). *Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: Informationen strukturiert sammeln - Pflege effizient planen und dokumentieren*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/entbuerokratisierung.html>
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. (2018). *Monitoring-Report Wirtschaft DIGITAL 2018: Kurzfassung*. https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Digitale-Welt/monitoring-report-wirtschaft-digital-2018-kurzfassung.pdf?__blob=publication-file&v=24
- Die Bundesregierung (Hrsg.). (2020). *Gute Pflege in Zeiten von Corona*. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/coronavirus-pflege-1732548>
- Die Bundesregierung (Hrsg.). (2021). *Epidemische Lage von nationaler Tragweite verlängert*. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/epidemische-lage-1953810>
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V. (Hrsg.). (o. J.). *Unterstützung bei der Einführung der neuen Pflegedokumentation*. <https://www.einstep.de/unterstuetzung/>
- Deutscher Bundestag. (2020). *Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG)*. Drucksache 19/18793. <https://dserver.bundestag.de/btd/19/187/1918793.pdf>
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2022). *Neufassung des Infektionsschutzgesetzes beschlossen*. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw36-de-infektionsschutzgesetz-903658>
- Drößler, C. (2022). *BAGFW (Folge)Abfrage: Erfahrungen der Einrichtungen mit der Umsetzung der neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien (seit November 2019) in der stationären Langzeitpflege*. https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/22-05-17_BAGFW_Folge_Abfrage_QPR_fin.pdf
- Drößler, C. & Tran, T. L. (2020). *Auswertung: BAGFW-Erhebung: Ermittlung des aktuellen Standes der Nutzung und Verbreitung des Strukturmodells in den Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) sowie die Identifizierung von Handlungsbedarfen zur Verstetigung/konformen Umsetzung und Weiterverbreitung des Strukturmodells*. https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/fuer_Menuepunkte_Gremien/BAGFW_Erhebung_Strukturmodell.pdf
- Eggert, S. & Teubner, C. (2021). *ZQP-Analyse. Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste*.
- Eggert, S., Teubner, C., Budnick, A., Gellert, P. & Kuhlmeier, A. (Juni 2020). *Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*. Berlin.
- Ensinger, A., Fischer, P., Früh, F., Halstenbach, V. & Hüsing, C. (2016). *Digitale Prozesse: Begriffsabgrenzung und thematische Einordnung*. <https://www.bit-kom.org/sites/default/files/file/import/160803-Whitepaper-Digitale-Prozesse.pdf>
- evermind GmbH. (2021). *evermind managt Health.Connect – evermind GmbH*. <https://evermind.de/allgemein/evermind-managt-health-connect>
- gematik GmbH (Hrsg.). (2022a). *Alle Anwendungen: Die Zukunft des Gesundheitswesens ist digital*. <https://www.gematik.de/anwendungen>
- gematik GmbH (Hrsg.). (2022b). *Atlas zur Telematikinfrastruktur 2022: Zahlen. Daten. Fakten*. Berlin. https://www.gematik.de/media/gematik/Medien/Telematikinfrastruktur/Dokumente/gematik_Ti_Atlas_2022_web.pdf

- Hahnel, E., Braeseke, G., Rieckhoff, S., Pörschmann-Schreiber, U., Engelmann, F., Kulas, H. & Musfeldt, M. (2020). Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_Potenziale_Telepflege.pdf
- Hahnel, E., Pörschmann-Schreiber, U., Braeseke, G. & Oehse, I. (2022). *Effizienzpotentiale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege: Handlungsleitfaden*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Sonstiges/koordinierung_ambulante_pflege_handlungsleitfaden_bf.pdf
- Halek, M., Holle, D., Balzer, K., Bieber, A., Bleckwenn, M., Dichter, M. N., Feulner, M., Fröhlich, B., Goudinoudis, K., Grabenhorst, U., Kempchen, U., Köpke, S., Kutschke, A., Leopold, R., Manzeschke, A., Meyer, G., Mielke, M., Reuther, S., Riedel, A., . . . Weckbecker, K. (2020). *S1 Leitlinie. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie: Langfassung* (AWMF-Registernummer 184 001).
- Hansen, S., Schäfer, N. & Kaspar, R. (2021). *Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen* (D80+ Kurzberichte).
- Haubold, A.-K., Weth, R. von der, Böhme, H.-J., Bielefeldt, F., Obst, L., Guhr, O. & Richter, A. (o. J.). ISRADA: Integration von Servicerobotik in die Arbeitsorganisation komplexer sozialer Dienstleistungen (Laufzeit: 09/2018 – 08/2021). https://www.htw-dresden.de/fileadmin/HTW/Fakultaeten/Wirtschaftswissenschaften/Arbeitsgruppe_HFR/ISRADA_01.pdf
- Hering, C., Gangnus, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E., Sander, C. S., Gellert, P. & Kuhlmeier, A. (2021a, 31. März). *Projekt Covid-Heim: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim: Ergebnisreport Nr. 1*. Systemrelevant und stark belastet: Zum Befinden des Pflegepersonals in der Corona-Pandemie (Ergebnisreport Nr. 1). Berlin. Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft. https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport1_31_03_2021_neu.pdf
- Hering, C., Gangnus, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E., Sander, C. S., Gellert, P. & Kuhlmeier, A. (2021b, 22. April). *Projekt COVID-Heim: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim: Ergebnisreport Nr. 2*. Zur Infektions- und Versorgungssituation in der Corona-Pandemie: Deskriptive Einblicke zur ersten Infektionswelle aus Sicht der Heimleitungen (Ergebnisreport Nr. 2). Berlin. Charité Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft.
- Hering, C., Gangnus, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E., Sander, C. S., Gellert, P. & Kuhlmeier, A. (2021c, 9. Juni). *Projekt Covid-Heim: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim: Ergebnisreport Nr. 3*. Isolation und Einsamkeit: Zur Umsetzung von Schutzmaßnahmen und Folgen für Heimbewohner:innen (Ergebnisreport Nr. 3). Berlin. Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft. https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport3_9_06_2021_neu.pdf
- Hochschule für Technik und Wirtschaft Dresden (Hrsg.). (o. J.a). *Care4All*. <https://www.htw-dresden.de/hochschule/fakultaeten/info-math/kuenstliche-intelligenz-kognitive-robotik/projekte/care4all>
- Hochschule für Technik und Wirtschaft Dresden (Hrsg.). (o. J.b). *Care4All - Initial - alle einbeziehen*. <https://www.htw-dresden.de/hochschule/fakultaeten/info-math/kuenstliche-intelligenz-kognitive-robotik/projekte/care4all-initial>

- Hochschule für Technik und Wirtschaft Dresden (Hrsg.). (o. J.c). *Kollege Roboter - Integration von Servicerobotik in die Arbeitsorganisation komplexer sozialer Dienstleistungen (ISRADA)*. <https://www.htw-dresden.de/hochschule/fakultaeten/info-math/kuenstliche-intelligenz-kognitive-robotik/israda>
- Homburg, C. & Krohmer, H. (2009). *Marketingmanagement: Strategie - Instrumente - Umsetzung - Unternehmensführung* (3. Auflage). Gabler Verlag.
- Hülken-Giesler, M., Daxberger, S., Peters, M. & Wirth, L.-M. (2019). Technikbereitschaft in der ambulanten Pflege. *Pflege*, 32(6), 334–342. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000702>
- Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (Hrsg.). (2022). *Das Projekt – Projekt AdaMeKoR*. <http://adamekor.de/das-projekt/>
- Johanns, T. (2021). *Informationen zu den Vorbereitungen auf die zweite Schutzimpfung gegen COVID-19 nebst allgemeine Informationen*. <https://www.corona.vdab.de/laender/sachsen/news/informationen-zu-den-vorbereitungen-auf-die-zweite-schutzimpfung-gegen-covid-19-nebst-allgemeine-inf/?L=0&cHash=eb20bb99bfb557280dd47f21ae576630>
- Kollmann, T. (2018, 19. Februar). *E-Learning: Ausführliche Definition im Online-Lexikon*. Gabler Wirtschaftslexikon. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/e-learning-34033/version-257548>
- Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention (Hrsg.). (2022). *Corona-Newsletter: für Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste 24. Ausgabe, 5. Januar 2022*. https://www.dresden.de/media/pdf/gesundheit/HYG/Corona_Newsletter_Pflege_24.pdf <https://doi.org/10.9785/mdtr-2022-760705>
- Larjow, E., Fintel, M. von & Busse, A. (2022). A mixed-methods study of quality differences between applied documentation approaches in nursing homes. *BMC nursing*, 21(1), 265. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01046-2>
- Larjow, E. & Lingner, T. (2021). Resource use of geriatric nurses due to documentation practices: A cross-sectional study of applied recording techniques in nursing homes. *Nursing Open*(9), 1126–1135. *Open*, 9, 1126–1135.
- MA&T Sell & Partner GmbH. (2019). *DigiKomp-Ambulant*. <https://www.digikomp-ambulant.de/startseite.html>
- Mania, H. (2021). Die Digitalisierung verändert (auch) die Pflege. *Pflegezeitschrift*, 74(11), 10–12. <https://doi.org/10.1007/s41906-021-1150-3>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2020, 23. November). *Telefonische Pflegebegutachtung – sinnvolle Alternative in der Pandemie* [Press release]. https://md-bund.de/uploads/media/downloads/20-11-23_State-ment_Pflegebegutachtung_01.pdf
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2021). *Bundesweit einheitliche Maßgaben des MDS für Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der COVID-19-Pandemie nach § 147 Abs. 1 Satz 3 SGB XI vom 16. Dezember 2021*. https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/19_Corona_Massgaben_MDS_211220.pdf
- Neyer, F. J., Felber, J. & Gebhardt, C. (2016). *Kurzskala Technikbereitschaft (TB, technology commitment)* (Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)). <https://doi.org/10.6102/ZIS244>
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung. (2020). *Pflegedokumentation*. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesund-heit_pflege/pflege/pflegedokumentation-183943.html
- Petersen, T. (2021). *Die Situation von Pflegekräften in der Corona-Pandemie: Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz*. Mainz. Institut für Demoskopie Allensbach.
- Pförtner, T.-K., Hower, K. & Pfaff, H. (Juli 2021). *Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. wissenschaftliche*

- Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften.* Köln. Universität zu Köln; Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft.
- Remmers, P. (2020). *Roboterunterstützung bei Routineaufgaben zur Stärkung des Miteinanders in Pflegeeinrichtungen: Forschungsprojekt in der BMBF-Ausschreibung „Robotische Systeme für die Pflege“.* Technische Universität Berlin. <https://www.romi-projekt.de/>
- Rösler, U., Schmidt, K., Merda, M. & Melzer, M. (2018). *Digitalisierung in der Pflege: Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegenden verändern.* https://inqa.de/SharedDocs/downloads/webshop/pflege-4.0?__blob=publicationFile
- Sächsischer Landtag. (2018). *Bericht der Enquete-Kommission: Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen.* Dresden.
- Sächsischer Landtag. (2020). *Antrag der Fraktionen CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und SPD: Potentiale für den Abbau von Bürokratielasten in Gesundheits- und Pflegeberufen erkennen.* DRUCKSACHE 7/4248. https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=4248&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=0&dok_id=undefined
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen e. V., AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, BKK Landesverband Mitte – Landesvertretung Sachsen, IKK classic, Knappschaft – Regionaldirektion Chemnitz, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Sachsen, Techniker Krankenkasse, Barmer, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk - Handelskrankenkasse, HEK – Hanseatische Krankenkasse & Kommunalen Sozialverband Sachsen. (2020, 27. November). *Gemeinsame Presseerklärung: „Corona-Pflegeteam“ unterstützt sächsische Pflegeeinrichtungen bei SARS-CoV-2-Infektionsfällen.* https://www.vdek.com/LVen/SAC/Presse/Pressemitteilungen/2020/2020-22_corona-pflegeteam/_jcr_content/par/download/file.res/2020-22_GPM%20Corona-Pflegeteam%20Sachsen.pdf
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. (2019). *1,3 Millionen Euro für Vernetzung im Gesundheitswesen: Gesundheitsministerium unterstützt Projekt „Health.connect“.* <https://www.medien-service.sachsen.de/medien/news/224194>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2021). *Digitalisierung für Gesundheit: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems* (Gutachten des Sachverständigenrats Gutachten 2021). <https://doi.org/10.1024/86199-000>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2023). *Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen* (Gutachten des Sachverständigenrats Gutachten 2023).
- Schwinger, A., Klauber, J. & Tsiasioti, C. (2020). Pflegepersonal heute und morgen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (S. 4–20). Springer Berlin Heidelberg.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. (2020, 9. Juli). *Krisenpersonal-pool – Ein neues Angebot in Berlin* [Press release]. Berlin. <https://www.berlin.de/sen/archiv/gpg-2016-2021/2020/pressemitteilung.958588.php>
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (o. J.). *Informationsschreiben zum Modellprogramm zur Einbindung von Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur nach § 125 SGB XI - Interessenbekundungsverfahren* -. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_telematik_125/202009_Pflege_Interessenbekundungsverfahren_125_SGB_XI.pdf

- Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (2021a). *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 150 Absatz 5b SGB XI*. Spitzenverband Bund der Krankenkassen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/2021_07_14_Pflege_Corona_Empfehlungen_150_5b_SGB_XI.pdf
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (2021b). *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zum Einsatz des Entlastungsbetrages für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 zur Überwindung von infolge der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Versorgungsengpässen in der häuslichen Pflege nach § 150 Abs. 5b Satz 3 SGB XI vom 29.05.2020 in der Fassung vom 14.07.2021*. Spitzenverband Bund der Krankenkassen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/2021_07_14_Pflege_Corona_Empfehlungen_150_5b_SGB_XI.pdf
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (2021c). *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenerstattung zur Vermeidung von durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen in der häuslichen Versorgung nach § 150 Abs. 5 Satz 3 SGB XI vom 27.03.2020 in der Fassung vom 14.07.2021*. Spitzenverband Bund der Krankenkassen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/2021_07_14_Pflege_Corona_Empfehlungen_150_Abs5_SGBXI.pdf
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (2022a). *Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 150 Absatz 3 SGB XI zum Ausgleich der COVID-19 bedingten finanziellen Belastungen der Pflegeeinrichtungen (Kostenerstattungs-Festlegungen)*. Spitzenverband Bund der Krankenkassen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/2022_05_11_Pflege_Corona_Anpassung_Festlegungen_150_Abs3_SGB_XI_nach_Zustimmung.pdf
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (2022b). *Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen nach § 114 Absatz 2a SGB XI in der Fassung vom 1. Juni 2022*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/2022_06_01_Pflege_Corona_Regelungen_114_2a_FINAL.pdf
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2020a, 5. November). *Gemeinsame Verlautbarung von GKV-Spitzenverband und MDS zum Umgang mit der Pflegebegutachtung und den Qualitätsprüfungen während der aktuell beschlossenen Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie*. https://md-bund.de/uploads/media/downloads/2020-11-05_Verlautbarung_v._GKV-SV_und_MDS_01.pdf
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2020b, 30. November). *Verlängerung der gemeinsamen Verlautbarung von GKV-Spitzenverband und MDS zum Umgang mit der Pflegebegutachtung und den Qualitätsprüfungen während der aktuell verlängerten Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie*. https://md-bund.de/uploads/media/downloads/_2020-11-30_Verlaengerung_Verlautbarung.pdf
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2021, 26. Februar). *Fortgeltung der gemeinsamen Verlautbarung von GKV-Spitzenverband und MDS zum Umgang mit der Pflegebegutachtung und den Qualitätsprüfungen aufgrund der Beibehaltung der Kontaktbeschränkungen von Bund und Ländern zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie*. https://md-bund.de/uploads/media/downloads/2021-02-26_Verlaengerung_Verlautbarung.pdf

- Statistisches Bundesamt. (2019). *Bevölkerung im Wandel: Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden. https://www.demografie-portal.de/DE/Service/Publikationen/_altes-Format/Downloads/Bund/Bevoelkerungsvorausberechnung-2019.pdf;jsessionid=74F35F2F67711B154C867DE2F173B73B.intranet671?__blob=publication-File&v=1
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich - Pflegebedürftige 2019*.
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht*. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_reset_ind?p_uid=gast&p_aid=31406355&p_indnr=510&p_sprache=D
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2020). *Bevölkerungsvorausberechnung für Sachsen bis 2035: weiter leichter Rückgang der Bevölkerung* [Press release]. Kamenz.
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2021a). *Ambulante Pflegeeinrichtungen in Sachsen nach Kreisfreien Städten und Landkreisen*. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.statistik.sachsen.de%2Fdownload%2Fpflege%2Fstatistik-sachsen_aIV_zr_pflegeeinrichtungen-ambulant-sn-landkreise.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2021b). *Pflegebedürftige im Freistaat Sachsen im Dezember 2021 nach Pflegegrad, Geschlecht und Leistungsarten*. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.statistik.sachsen.de%2Fdownload%2Fpflege%2Fstatistik-sachsen_a-IV_pflegebeduerftige_pflegeart_grad_mw.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2021c). *Stationäre Pflegeeinrichtungen in Sachsen nach Kreisfreien Städten und Landkreisen*. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.statistik.sachsen.de%2Fdownload%2Fpflege%2Fstatistik-sachsen_aIV_zr_pflegeeinrichtungen-stationaer-sn-landkreise.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK
- Verband der Ersatzkassen e. V. (Hrsg.). (o. J.). *Vergütungsvereinbarung nach § 132 und § 132 a Abs. 4 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflege und Haushaltshilfe*. https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/SN/2020_vdek_HKP-Verguetungsvereinbarung.pdf
- Wolf-Ostermann, K., Langer, G., Meyer, G., Bratan, T., Seibert, K., Peschke, D., Hanf, M. & Aichinger, H. (2017, 28. September). *Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation SV16-9002 (EVASIS): Abschlussbericht*. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP); Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft; Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI); Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/evasis/2017-09_EvaSIS_Abschlussbericht.pdf
- Wolf-Ostermann, K., Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A.-C., Heinze, F., Preuß, B., Schmidt, A., Seibert, K. & Stolle, C. (2020). *Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie: Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege*. Bremen. Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Ergebnisbericht_Coronabefragung_Uni-Bremen_24062020.pdf

Anhang 1 – Interviewleitfaden Sondierungsinterviews

Interviewleitfaden zur Erfassung praxisrelevanter Aspekte im Zusammenhang mit der Implementierung des Strukturmodells in Sachsen

Guten Tag Frau / Herr...,

vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft uns bei der Studie zu unterstützen.

Mein Name ist Elisabeth Beikirch und ich freue mich, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben. Das Interview mit Ihnen gibt uns die Möglichkeit, vertiefende Informationen zu für die Pflegepraxis relevanten Aspekten im Zusammenhang mit der Implementierung des Strukturmodells zu gewinnen. Die Erkenntnisse unterstützen uns dabei, eine im Sommer folgende Online-Befragung im Rahmen einer Studie für das Land Sachsen von ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen praxisnah zu konzipieren.

Das Interview wird via Telefon durchgeführt und aufgezeichnet, so dass Ihre Aussagen wahrheitsgemäß und möglichst genau in einem kurzen anonymisierten Interviewprotokoll verschriftlicht werden können. Die Verschriftlichung dient der Konzeption der Online-Befragung.

Die Aufnahme unseres Gesprächs würde ich nun aktivieren, wenn Sie damit einverstanden sind.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass die Teilnahme an dem Interview freiwillig ist. Sie haben zu jeder Zeit das Recht, Ihre Teilnahme ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen oder die Verwendung Ihres Interviews zu widerrufen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten wollen oder können, so teilen Sie mir dies bitte mit. Die Tonaufnahme des Interviews wird nach Abschluss der Studie gelöscht, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person erfolgen kann.

Haben Sie im Vorfeld des Interviews noch Fragen?

Einstieg

Welchen Erfahrungshintergrund bzw. welche Berührungspunkte haben Sie mit dem Strukturmodell in Ihrer täglichen Arbeit?

Themenblock 1: Entscheidung zum Strukturmodell

- 1. Aus welchen Gründen erfolgt die Umstellung der Dokumentation auf das Strukturmodell in der Regel?**
 - a. Welche Erwartungen sind mit der Umstellung auf das Strukturmodell verbunden?
 - b. Wie unterscheiden sich die Erwartungen zwischen ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen?
 - c. Wie bewusst ist den Pflegeeinrichtungen, dass die Umstellung des Strukturmodells eine komplette Neuausrichtung der Pflegedokumentationsakte auf Grundlage einer personenzentrierten Pflege erfordert und zum Teil mit einer Überarbeitung des QM-Handbuches einhergeht?
- 2. Inwiefern beeinflussen Empfehlungen anderer Pflegeeinrichtungen die Entscheidung für oder gegen die Einführung des Strukturmodells?**
 - a. Welche Rolle spielt das Setting (amb./teilstat./stat.) bei der Empfehlung für oder gegen das Strukturmodell?
- 3. Warum entscheiden sich Einrichtungen gegen das Strukturmodell?**
 - a. Aus welchen Gründen wurde die Implementierung des Strukturmodells abgebrochen oder gar nicht erst begonnen?
 - b. Welche Rolle spielen finanzielle, zeitliche oder personelle Gründe bei der Entscheidung gegen das Strukturmodell?
- 4. Welche Rolle spielen Empfehlungen von Softwareherstellern, wenn Einrichtungen planen, Ihre Pflegedokumentation EDV-gestützt umzustellen?**

Themenblock 2: Schulung und Prozess der Umstellung

- 1. Wie realistisch ist die Vorstellung der Pflegeeinrichtungen vom Schulungsaufwand bei Umstellung auf das Strukturmodell?**
 - a. Woran liegt es, dass Einrichtungen ggf. falsche Erwartungen haben?
 - b. Was müsste verbessert werden, um Einrichtungen im Vorfeld ein realistisches Bild vom Schulungs- und Umstellungsaufwand zu vermitteln?
 - c. Wer kann das am besten Vermitteln und wodurch?

- 2. Welche Herausforderungen zeigen sich in der Praxis bei der Schulung der Pflegenden?**
 - a. Wie unterscheiden sich die Herausforderungen in ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen?
 - b. Was gelingt in den Schulungen besonders gut?
 - c. Was sind die häufigsten Fragen oder inhaltlichen Schwierigkeiten in der Vermittlung?
 - d. Was müsste verändert werden, um Schulungen für Pflegenden besser/anders gestalten zu können?

Themenblock 3: Technische Umsetzung

- 1. Wie regelhaft wird das technische Anforderungsprofil von den Herstellern umgesetzt oder ist Ihrer Beobachtung nach weiterhin bei vielen Softwareherstellern einfach nur die SIS® vorgeschaltet und die alte Struktur beibehalten worden?**

- 2. Wie häufig wird durch die nicht strukturmodell-konforme Dokumentenvorgabe des Herstellers, die sachgerechte Umsetzung des Strukturmodells verhindert und führt dadurch nicht zu den entsprechenden Effekten (schlanke Pflegedokumentation/ schnelle Überblick/ gute Orientierung/ leichte Anwendung)?**

- 3. Was muss passieren, dass es hier (wieder?) zu einer Verstärkung und im Dialog mit der Branche kommt und einer Qualitätssteigerung in der Umsetzung?**

Themenblock 4: Bedeutung des Strukturmodells in der Ausbildung

Welche (Er-)Kenntnisse haben die Experten*innen der Interviews insgesamt zu dem Thema Ausbildung und Strukturmodell in Theorie und Praxis?

Abschluss

Nun sind wir schon am Ende des Interviews. Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, was ich vergessen habe bzw. was Sie als besonders wichtig in Bezug auf das Thema finden und mir noch mitteilen möchten?

Vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Durchführung des Interviews und für Ihre Zeit.

Wenn Sie im Nachgang zum Gespräch noch Fragen haben, können Sie sich gerne jederzeit per Email: elisabeth.beikirch@iges.com oder per Telefon/Handy: 0176 61 69 85 43 melden.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Anhang 2 – Befragung der Pflegeeinrichtungen

1. Startseite

Herzlich Willkommen zur landesweiten Online-Befragung von ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Studie zur Entbürokratisierung der Pflege in Sachsen!

Sehr geehrte Damen und Herren,

das IGES Institut wurde im April 2022 durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) mit einem Forschungsvorhaben zur Entbürokratisierung der Pflege in Sachsen beauftragt.

Ziel der Studie ist es, den aktuellen Stand der Digitalisierung und Dokumentationsentlastung in ambulanten, teil- sowie vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen zu ermitteln. Evaluieren werden zu diesem Zweck die freiwillige Umsetzung des Strukturmodells (EinSTEP) in Pflegeeinrichtungen, der Status quo der IT-Struktur sowie die Inanspruchnahme von Förderprogrammen zur Digitalisierung. Darüber hinaus werden in der Studie Erfahrungen mit coronabedingten Erleichterungen und teilweise Aussetzungen bürokratischer Anforderungen erfragt. Anhand der Studienerkenntnisse werden Schlussfolgerungen zu Entbürokratisierungspotenzialen gezogen und Handlungsempfehlungen für die Politik erstellt. Die Ergebnisse des Forschungsvorhabens werden voraussichtlich im Frühjahr 2023 als Abschlussbericht veröffentlicht.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig – genauere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der untenstehenden Datenschutzerklärung.

Die Beantwortung der Online-Befragung sollte z. B. durch die Geschäftsführung/Einrichtungsleitung (einschl. Stellvertretung) oder die Pflegedienstleitung (einschl. Stellvertretung) erfolgen.

Bitte beantworten Sie die Befragung nur einmal pro Pflegeeinrichtung.

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt unter Einhaltung aller Datenschutzbestimmungen. Es werden keinerlei personenbezogene Erhebungen bzw. Auswertungen einzelner Pflegeeinrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse werden ausschließlich aggregiert und somit so zusammengefasst berichtet, dass Rückschlüsse auf eine einzelne Person nicht möglich sind.

Sie können die **Befragung durch einen Klick auf den grünen Button beginnen**. Auf der nächsten Seite wird Ihnen ein Passwort (vier Buchstaben) angezeigt, welches nur Ihnen bekannt ist und von der IGES Institut GmbH nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden kann. Bitte **notieren Sie sich dieses Passwort**, um ggf. nach einer Unterbrechung die Befragung fortführen zu können. Im weiteren Verlauf der Befragung wird Ihnen dieses Passwort auch auf jeder Seite in der Fußzeile angezeigt.

Befragungszeitraum: 29.08.2022 – 23.09.2022

Kontakt bei Rückfragen:

Ulrike Pörschmann-Schreiber; ulrike.poerschmann-schreiber@iges.com

2. Einleitung

Um der zunehmenden Personalknappheit in der Pflege zu begegnen, hat die Politik in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, zuletzt 2019 im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP). Zwei wesentliche Schwerpunkte bilden dabei

- ♦ Maßnahmen zur Entlastung beruflich Pflegenden von fachlich nicht begründeten bürokratischen Aufgaben und
- ♦ der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung der Pflegekräfte im Pflegealltag.

Beide Aspekte zielen darauf ab, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern (u. a. durch Entlastung von pflegefernen Tätigkeiten, mehr Zeit für individuelle Pflege, Verringerung des Zeitdrucks) und so auch die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen.

Die vorliegende Befragung enthält folgende, mit den oben genannten Aspekten eng verbundene Themenbereiche:

1. Verbreitung und Erfahrungen mit dem Strukturmodell gemäß EinSTEP zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation,
2. Digitalisierung und Inanspruchnahme von Förderprogrammen,
3. Erfahrungen zur und Bewertung der befristeten Aussetzung bürokratischer Anforderungen zur Entlastung der Pflege sowie
4. weitere Entbürokratisierungspotenziale in der Pflege in Sachsen.

Die Beantwortung des Fragebogens kann bis zu **30 - 45 min** in Anspruch nehmen.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um unsere Fragen zu beantworten!

3. Allgemeine Angaben

	<p>Wir bitten Sie, zunächst einige allgemeine Angaben zu Ihrer Pflegeeinrichtung zu machen.</p> <p><i>Sollten Sie als Träger mehrere Einrichtungsarten (ambulant, voll- und teilstationär) und/oder Einrichtungen vertreten, füllen Sie bitte diesen Fragebogen <u>nur für eine Einrichtungsart und eine exemplarisch ausgewählte Einrichtung</u> aus.</i></p>
A 1	<p>In welchem Landkreis bzw. welcher kreisfreien Stadt befindet sich Ihre Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Drop-down der Kreise</i></p>
A 2	<p>Wenn vollstationäre Pflegeeinrichtung</p> <p>Bitte geben Sie die Art der vollstationären Pflegeeinrichtung an.</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ vollstationäre Pflegeeinrichtung (Dauer- und ggf. Kurzzeitpflege) ◆ vollstationäre Pflegeeinrichtung, ausschließlich Kurzzeitpflege
A 2_1	<p>Wenn teilstationäre Pflegeeinrichtung</p> <p>Ist Ihre Einrichtung eine Tagespflegeeinrichtung?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein (Ende der Befragung)
A 2_2	<p>Wenn ambulante Pflegeeinrichtung</p> <p>Ist Ihre Einrichtung ein ambulanter Pflegedienst?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein (Ende der Befragung mit Links zu den anderen Einrichtungsarten)
A 3	<p>Zu welcher Trägergruppe gehört Ihre Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Freigemeinnützig ◆ Öffentlich ◆ Privat ◆ Keine Angabe

A 4	<p>Wie viele Beschäftigte haben Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung insgesamt? Bitte geben Sie die Anzahl der Personen, jeweils differenziert nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich an:</p> <p><i>Erläuterung: Dazu gehören die Pflegedienstleitung, die körperbezogene Pflege und die Betreuung sowie (nur vollstationär) das zusätzliche Pflegepersonal gem. § 8 Abs. 6 SGB XI, <u>nicht</u> jedoch Personal in den Bereichen Haushaltswirtschaft/-führung, Verwaltung und sonstigen Tätigkeitsbereichen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ <i>Im Tätigkeitsbereich körperbezogene Pflege (einschl. Pflegedienstleitung) __/__/__ (Anzahl in Personen zum Stichtag 01.08.2022)</i> ◆ <i>Im Tätigkeitsbereich Betreuung (ggf. einschl. zusätzliche Betreuung gem. § 43b SGB XI) __/__/__ (Anzahl in Personen zum Stichtag 01.08.2022)</i> ◆ <i>Im Tätigkeitsbereich Haushaltsführung bzw. Hauswirtschaft __/__/__ (Anzahl in Personen zum Stichtag 01.08.2022)</i> ◆ <i>Im Tätigkeitsbereich Verwaltung/Geschäftsführung __/__/__ (Anzahl in Personen zum Stichtag 01.08.2022)</i>
A 5	<p>Wenn A 2 vollstationäre Pflegeeinrichtung</p> <p>Wie viele Plätze haben Sie insgesamt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ <i>__/__/__ (Anzahl) zum Stichtag 01.08.2022</i>
A6	<p>Wenn A 2_2 ambulante Pflegeeinrichtung</p> <p>Wie viele Klientinnen und Klienten versorgen Sie insgesamt (ohne § 37 Abs. 3 SGB XI; Beratung reiner Pflegegeldempfänger)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ <i>__/__/__ (Anzahl) zum Stichtag 01.08.2022</i>
A7	<p>Wenn A 2_1 teilstationäre Pflegeeinrichtung</p> <p>Wie viele Plätze haben Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung insgesamt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ <i>__/__/__ (Anzahl) zum Stichtag 01.08.2022</i>

4. Verbreitung und Erfahrungen mit dem Strukturmodell

	<p>Die Initiative zur Neuausrichtung der Pflegedokumentationspraxis durch die Einführung des Strukturmodells 2015 bis 2017 war eine der größten bundespolitischen Aktionen zur Entbürokratisierung der Pflege. Im ersten Abschnitt würden wir daher gerne mehr über die aktuelle Verbreitung des Strukturmodells in Sachsen und ggf. zu Ihren Erfahrungen mit dem Strukturmodell erfahren.</p>
<p>B 1</p>	<p>Hat Ihre Pflegeeinrichtung die Pflegedokumentation vollständig auf das Strukturmodell gemäß EinSTEP im Rahmen der Entbürokratisierung der Pflege umgestellt?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, wir dokumentieren nach dem Konzept des Strukturmodells mit dem vierphasigen Pflegeprozess. ◆ Nein, aber die Umstellung auf das Strukturmodell ist geplant. ◆ Nein, unsere Pflegedokumentation basiert auf dem sechsphasigen Pflegeprozess und dem Pflegemodell (<i>bitte geben Sie den Namen des Pflegemodells an</i>) _____ (Freitext). ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
<p>B 2</p>	<p>Wenn „Nein, unsere Pflegedokumentation basiert auf dem Pflegemodell xy“</p> <p>Aus welchen Gründen hat sich Ihre Pflegeeinrichtung gegen das Strukturmodell entschieden?</p> <p><i>Mehrfachnennung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Wir sind mit unserer bisherigen Dokumentation zufrieden und sehen keinen Grund für eine Umstellung. ◆ Uns wurde von anderen Pflegeeinrichtungen vom Strukturmodell abgeraten. ◆ Wir haben Sorge, bei Dokumentation nach dem Strukturmodell Schwierigkeiten in den Qualitätsprüfungen zu bekommen. ◆ Wir haben unsere Pflegedokumentation in Eigeninitiative verschlankt und sehen keine Notwendigkeit erneut das Vorgehen zu ändern. ◆ Bei der Umstellung auf eine elektronische Pflegedokumentation hat der Softwareanbieter geraten, nicht auf das Strukturmodell umzustellen, sondern auf die Struktur nach dem neuen Begutachtungsinstrument (Module) ◆ Organisatorische und personelle Aufwände, die mit der Umstellung einhergehen, sind zu hoch (z. B. Aufwände für Schulungen) bzw. aufgrund des Personalmangels nicht leistbar.

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Wir haben die Implementierung des Strukturmodells abgebrochen, weil _____ (Freitext). ◆ Wir haben wieder aufgehört, das Strukturmodell zu nutzen, weil _____ (Freitext) ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
B 3	<p>Durch wen wurde die Entscheidung, auf das Strukturmodell umzustellen, getroffen?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ einrichtungsübergreifend auf Ebene des Einrichtungsträgers ◆ einrichtungsübergreifend auf Ebene der Fachbereichsleitung ◆ auf Einrichtungsebene durch die Einrichtungsleitung/Heimleitung und die Pflegedienstleitung ◆ auf Einrichtungsebene durch die Einrichtungsleitung/Heimleitung, die Pflegedienstleitung und das Qualitätsmanagement ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
B 3_1	<p>Wurden die Pflegefachkräfte/Wohnbereichsleitungen bei der Entscheidungsfindung einbezogen?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein, weil _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
B 4	<p>Nur wenn „Ja, wir dokumentieren nach dem Strukturmodell.“ bei B1</p> <p>Wann erfolgte die Umstellung auf das Strukturmodell?</p> <p>Die Umstellung erfolgte in unserer Einrichtung ca. ab _____ (<i>Dropdown-Menü Jahr</i>)</p>
B 5	<p>Nur wenn „Ja, wir dokumentieren nach dem Strukturmodell.“ bei B1</p> <p>Wurde zeitgleich mit der Implementierung des Strukturmodells auf elektronische Dokumentation umgestellt?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, wir haben zeitgleich von papierbasierter Dokumentation auf elektronische Dokumentation umgestellt. ◆ Nein, wir hatten bereits vorher elektronisch dokumentiert.

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nein, die Einführung der elektronischen Dokumentation erfolgte später. ◆ Keine Angabe
B 5_1	<p>Wenn „Nein“ bei B5</p> <p>Wie erfolgt aktuell die Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ ausschließlich digital, mittels einer Software ◆ digital, zusätzlich punktuell auch papiergestützt (ambulant) ◆ ausschließlich papiergestützt ◆ Keine Angabe
B 6	<p>Wenn B1 „Ja, wir dokumentieren nach dem Strukturmodell“ und „Nein, aber die Umstellung ist geplant“</p> <p>Hat Ihre Pflegeeinrichtung einen systematischen Organisations- und Zeitplan entwickelt, nach dem die Umstellung auf das Strukturmodell erfolgte bzw. erfolgen soll?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe
B 7	<p>Wenn B1 „Ja, wir dokumentieren nach dem Strukturmodell“ und „Nein, aber die Umstellung ist geplant“</p> <p>Welche Berufsgruppen wurden bzw. werden in Ihrer Pflegeeinrichtung zum Strukturmodell geschult?</p> <p><i>Mehrfachnennung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pflegefachkräfte ◆ Pflegehilfskräfte ◆ Betreuungskräfte ◆ Psychosozialer Dienst/Sozialdienst ◆ Therapeutinnen und Therapeuten ◆ Hauswirtschaftskräfte ◆ Ehrenamtlich Tätige ◆ Andere, und zwar: _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe

B 7_1	<p>Wenn B1 „Ja, wir dokumentieren nach dem Strukturmodell“ und „Nein, aber die Umstellung ist geplant“</p> <p>Wer hat die Mitarbeiter zum Strukturmodell geschult bzw. wird sie schulen?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ durch Multiplikatoren geschultes, einrichtungsinternes Personal ◆ Multiplikatorin/Multiplikator der Pflegeverbände ◆ freie Beraterin/freier Berater ◆ Vertreterin/Vertreter des Softwareanbieters ◆ Andere, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe 																																										
B 8	<p>Nur wenn „Ja, wir dokumentieren nach dem Strukturmodell.“ bei B1</p> <p>Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zu den Schulungen zum Strukturmodell.</p> <table border="1" data-bbox="368 936 1385 1921"> <thead> <tr> <th></th> <th>Stimme überhaupt nicht zu</th> <th>Stimme nicht zu</th> <th>Stimme weder zu noch lehne ich ab</th> <th>Stimme zu</th> <th>Stimme voll und ganz zu</th> <th>Keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>In unserer Region gibt es genügend Schulungsangebote zum Strukturmodell.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Wir sind auf Basis der original Schulungsunterlagen von EinSTEP (verfügbar auf der Homepage) geschult worden.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Wir haben unternehmensspezifische Einzelschulungsangebote in Anspruch genommen.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Wir kennen die aktualisierte Version 2.0 (Oktober 2017) der Schulungsunterlagen.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Der Aufwand für die Schulungen war höher, als wir erwartet hatten.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme weder zu noch lehne ich ab	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	<i>In unserer Region gibt es genügend Schulungsangebote zum Strukturmodell.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wir sind auf Basis der original Schulungsunterlagen von EinSTEP (verfügbar auf der Homepage) geschult worden.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wir haben unternehmensspezifische Einzelschulungsangebote in Anspruch genommen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wir kennen die aktualisierte Version 2.0 (Oktober 2017) der Schulungsunterlagen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Der Aufwand für die Schulungen war höher, als wir erwartet hatten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme weder zu noch lehne ich ab	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe																																					
<i>In unserer Region gibt es genügend Schulungsangebote zum Strukturmodell.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<i>Wir sind auf Basis der original Schulungsunterlagen von EinSTEP (verfügbar auf der Homepage) geschult worden.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<i>Wir haben unternehmensspezifische Einzelschulungsangebote in Anspruch genommen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<i>Wir kennen die aktualisierte Version 2.0 (Oktober 2017) der Schulungsunterlagen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<i>Der Aufwand für die Schulungen war höher, als wir erwartet hatten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					

	<i>Die Schulungen zum Strukturmodell haben die Mitarbeitenden gut auf die praktische Umsetzung der Dokumentation vorbereitet.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>In den Schulungen (externer Anbieter) hätte es mehr Zeit für praktische Übungen geben müssen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Die Anwendung der Risikomatrix in der SIS® im Rahmen der Risikoeinschätzung ist schwierig.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Es gab bzw. gibt in der Einrichtung eine zentrale Anlaufstelle für Rückfragen und zur Unterstützung in der Umstellungsphase für die Pflegenden.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Bei uns tragen alle Beschäftigten, die an der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Personen beteiligt sind, ihre Beobachtungen in das Berichtsblatt ein.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Wir führen regelmäßig oder bei Bedarf Fallbesprechungen im Team durch.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B 9

Nur wenn „Ja, wir dokumentieren nach dem Strukturmodell.“ bei B1

Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zum **Umstellungsprozess**.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme weder zu noch lehne ich ab	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
<i>Der Aufwand für die Umstellung der Dokumentation war höher, als wir erwartet hatten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p><i>Uns war bereits vor dem Umstellungsbeginn bewusst, dass auch das QM-Handbuch überarbeitet werden muss.</i></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><i>Im Zuge der Einführung des Strukturmodells wurden bei einigen Pflegekräften fachliche Lücken deutlich.</i></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><i>Die Umstellung auf den vierphasigen Pflegeprozess war schwierig.</i></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><i>Den Umstellungsprozess konnten wir gut bewältigen.</i></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 10	<p>Nur wenn „Ja, wir dokumentieren nach dem Strukturmodell.“ bei B1</p> <p>Gibt es aus Ihrer Sicht derzeit Anwendungsprobleme bei der Umsetzung des Strukturmodells?</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe 						
B 10_1	<p>Wenn Ja bei B 10</p> <p>In welchen Punkten gibt es Ihrer Ansicht nach Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Strukturmodells?</p> <p><i>Mehrfachnennung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ beim Ausfüllen der SIS® - Themenfelder 1 bis 6 ◆ beim Umgang mit dem Feld B (Gespräch zur Eigenwahrnehmung und Dokumentation im Wortlaut der pflegebedürftigen Person) ◆ beim Ausfüllen der SIS® - Risikomatrix ◆ beim individuellen Maßnahmenplan ◆ mit den Vorgaben zur Nutzung des Berichtesblattes ◆ bei der Evaluation (großer und kleiner Evaluationskreis) ◆ aufgrund von Vorgaben aus dem QM 						

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ aufgrund mangelnder Vermittlung des Strukturmodells in der Ausbildung ◆ aufgrund ungenügender Schulung des Strukturmodells der Pflegefachkräfte und der weiteren Mitarbeitenden ◆ aufgrund einer ablehnenden Haltung einzelner Pflegekräfte ◆ anderes, und zwar _____ (<i>Freitext</i>) ◆ Keine Angabe
B 11	<p>Welche Vorteile sehen Sie in der Nutzung des Strukturmodells?</p> <p><i>Mehrfachnennung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Zeiteinsparungen bei der Dokumentation, ◆ Entlastung der Pflegekräfte ◆ Höhere Sinnhaftigkeit des Strukturmodells als andere Modelle (z. B. AEDL) ◆ Stärkung der Fachlichkeit in der Pflege ◆ Übersichtlichkeit und frühzeitiges Wahrnehmen von Veränderungen ◆ Anderes, und zwar _____ ◆ Keine Angabe
B 12	<p>Bitte bewerten Sie folgende Aussage:</p> <p>Die Dokumentation nach dem Strukturmodell stellt für die externen Qualitätsprüfungen die benötigten Informationen zur Verfügung.</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Stimme voll und ganz zu ◆ Stimme überwiegend zu ◆ Stimme überwiegend nicht zu ◆ Stimme nicht zu ◆ Keine Angabe
B 12_1	<p>Wenn "Stimme überwiegend nicht zu" und „Stimme nicht zu“ bei B 12</p> <p>Wurde in Ihrer Pflegeeinrichtung im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen die Pflegedokumentation erweitert/angepasst?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe

B 12_2	<p>Wenn „Ja“ bei B 12_1</p> <p>Welche Erweiterung/Anpassung haben Sie vorgenommen?</p> <p>Bitte erläutern Sie kurz: _____ (<i>Freitext</i>)</p>
B 13	<p>Bildet Ihre Pflegeeinrichtung aus?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein, derzeit nicht ◆ Keine Angabe
B 14	<p>Wenn „Ja“ bei B13</p> <p>Wird den Auszubildenden die Dokumentation nach dem Strukturmodell in der Berufsschule vermittelt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe
B 15	<p>Wenn „Ja“ bei B14</p> <p>Wie gut werden die Auszubildenden Ihrer Wahrnehmung nach in der theoretischen Ausbildung auf die Pflegedokumentation mit dem Strukturmodell (nicht nur die SIS@!) vorbereitet?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sehr gut ◆ Gut ◆ Nicht so gut ◆ Schlecht/gar nicht ◆ Keine Angabe
B 15_1	<p>Wenn B 15 „nicht so gut“ bzw. „schlecht/gar nicht“</p> <p>Woran liegt das Ihrer Ansicht nach? _____ (<i>Freitext</i>)</p>
B 16	<p>Wenn B1 „Ja, wir dokumentieren nach dem Konzept des Strukturmodells“ und „Ja“ bei B 13</p> <p>Üben/vertiefen die Praxisanleiterinnen bzw. Praxisanleiter vor Ort mit den Auszubildenden die Dokumentation gemäß Strukturmodell?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe
B 16_1	<p>Wenn B 16 nein</p> <p>Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach hierfür?</p> <p>_____ (Freitext)</p>
B 17	<p>Wenn B1 „Ja, wir dokumentieren nach dem Konzept des Strukturmodells“ und „Ja“ bei B 13</p> <p>Wird in der praktischen Prüfung (vor Ort) der Maßnahmenplan auf der Grundlage des Strukturmodells angewandt?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein, weil _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
B 18	<p>Gibt es abschließend Ihrerseits Hinweise in Bezug auf die Umsetzung des Strukturmodells, die Sie uns noch geben möchten?</p> <p>_____ (Freitext)</p>

5. Digitalisierung und diesbezügliche Inanspruchnahme von Förderprogrammen

	<p>Im folgenden Abschnitt möchten wir gerne mehr über die technische Ausstattung Ihrer Einrichtung, Ihre Pläne zum zukünftigen Technikeinsatz und die Inanspruchnahme von Förderprogrammen zur Digitalisierung erfahren.</p>
C 1	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Wie groß ist die Zahl der regelmäßigen Nutzerinnen und Nutzer digitaler Endgeräte (das sind Beschäftigte, die mindestens einmal täglich an einem Computer, Smartphone, Laptop, Tablet arbeiten)?</p> <p>___/___/___ (Anzahl) <u>oder</u> ca. _____% (Anteil) der Beschäftigten in der körperbezogenen Pflege</p> <p>___/___/___ (Anzahl) <u>oder</u> ca. _____% (Anteil) der Beschäftigten in der Betreuung</p> <p>___/___/___ (Anzahl) <u>oder</u> ca. _____% (Anteil) der Beschäftigten in der Hauswirtschaft bzw. Haushaltsführung</p> <p>___/___/___ (Anzahl) <u>oder</u> ca. _____% (Anteil) der Beschäftigten in der Verwaltung u. Geschäftsführung</p>
C 2	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Welche digitalen Endgeräte nutzen die Beschäftigten in Ihrer Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Mehrfachnennung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ PC (Desktop-Computer) ◆ Thin Client (Netzwerk-PC ohne Festplatte) ◆ Notebook/Laptop ◆ Tablet-PC ◆ Smartphone ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
C 3	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Können Ihre Beschäftigten mittels mobiler Geräte (Tablet, Smartphone) auf Daten der Pflegeeinrichtung zugreifen bzw. mobil Daten erfassen?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe

C 3_1	<p>Wenn C 3 „Ja“, nur ambulante Pflegeeinrichtungen (A 2_2)</p> <p>Ist die Netzverfügbarkeit für den mobilen Internetzugang in Ihrer Region jederzeit ausreichend?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, in der Regel ist die Netzverfügbarkeit gewährleistet. ◆ Nur teilweise – manchmal gibt es Verbindungsprobleme. ◆ Nein, es kommt öfter vor, dass keine ausreichende Netzverfügbarkeit gegeben ist. 												
C 4	<p>Alle Einrichtungen</p> <p>Nutzen Ihre Beschäftigten auch private Endgeräte (z. B. Smartphones) für betriebliche Zwecke?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, regelmäßig ◆ Ja, aber nur in Ausnahmefällen ◆ Nein ◆ Keine Angabe 												
C 5	<p>Alle Einrichtungen</p> <p>Wie schätzen Sie die Aufgeschlossenheit der Beschäftigten Ihrer Pflegeeinrichtung gegenüber dem Einsatz neuer Technologien in Pflege und Betreuung im Allgemeinen ein?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ überwiegend sehr aufgeschlossen ◆ überwiegend eher aufgeschlossen ◆ überwiegend eher skeptisch ◆ überwiegend sehr skeptisch ◆ Keine Angabe 												
C 6	<p>Nur vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen (A 2 und A 2_1)</p> <p>In welchen Bereichen nutzen Sie <u>Softwareanwendungen</u> in Ihrer Einrichtung? Bitte geben Sie an, ob Sie Anwendungen in den unterschiedlichen Bereichen mehrheitlich digital oder papierbasiert nutzen.</p> <table border="1" data-bbox="352 1816 1385 1989"> <thead> <tr> <th></th> <th>komplett digital</th> <th>mehrheitlich digital</th> <th>mehrheitlich in Papierform</th> <th>komplett in Papierform</th> <th>keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Klientenverwaltung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		komplett digital	mehrheitlich digital	mehrheitlich in Papierform	komplett in Papierform	keine Angabe	Klientenverwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	komplett digital	mehrheitlich digital	mehrheitlich in Papierform	komplett in Papierform	keine Angabe								
Klientenverwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

	Pflegeplanung und -dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Wunderfassung- und -dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Dienstplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Zeiterfassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Rechnungswesen/Leistungsabrechnung/Statistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Personalwesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Einkauf/Materialwirtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Dokumentenmanagement, Archivierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Wissensmanagement (z. B. Zugriff auf Expertenstandards o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Logistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
C 6_1	<p>Nur ambulante Pflegeeinrichtungen (A 2_2)</p> <p>In welchen Bereichen nutzen Sie <u>Softwareanwendungen</u> in Ihrer Einrichtung? Bitte geben Sie an, ob die Nutzung mehrheitlich digital oder papierbasiert erfolgt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>komplett digital</th> <th>mehrheitlich digital</th> <th>mehrheitlich in Papierform</th> <th>komplett in Papierform</th> <th>keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Klientenverwaltung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pflegeplanung und -dokumentation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wunderfassung- und -dokumentation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dienstplanung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>							komplett digital	mehrheitlich digital	mehrheitlich in Papierform	komplett in Papierform	keine Angabe	Klientenverwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegeplanung und -dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wunderfassung- und -dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dienstplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	komplett digital	mehrheitlich digital	mehrheitlich in Papierform	komplett in Papierform	keine Angabe																															
Klientenverwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Pflegeplanung und -dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Wunderfassung- und -dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Dienstplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															

	Touren-/Einsatzplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zeiterfassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rechnungswesen/Leistungsabrechnung/Statistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Personalwesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einkauf/Materialwirtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dokumentenmanagement, Archivierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wissensmanagement (z. B. Zugriff auf Expertenstandards o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Logistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 7	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Nutzen Sie technische Systeme <u>in der Pflege und Betreuung</u> (z. B. sensorgestützte Systeme zur Aktivitätserkennung, GPS-Tracking, Servicerobotik, Computergestützte Betreuungsangebote o. ä.)?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, und zwar _____ (bitte kurz benennen) ◆ Nein ◆ Keine Angabe 					
C 7_1	<p>Wenn C 7 „Ja“</p> <p>Würden Sie den Einsatz solcher technischen Systeme prinzipiell auch anderen Pflegeeinrichtungen empfehlen?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, auf jeden Fall ◆ Ja, aber nur wenn _____ (Freitext) ◆ Nein, weil _____ (Freitext) 					

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Keine Angabe 																																										
C 8	<p>Wenn vollstationäre Pflegeeinrichtung (A 2)</p> <p>Haben Sie während der Corona-Pandemie digitale Endgeräte für die Bewohnerinnen und Bewohner angeschafft, um Kontakte mit Angehörigen (z. B. mittels Videotelefonie) zu ermöglichen?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein, ist aber geplant. ◆ Nein ◆ Keine Angabe 																																										
C 8_1	<p>Wenn C 8 ja</p> <p>Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Einsatz dieser Technik gemacht? Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><i>stimme voll und ganz zu</i></th> <th><i>stimme eher zu</i></th> <th><i>stimme eher nicht zu</i></th> <th><i>stimme überhaupt nicht zu</i></th> <th>keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Die Technik wurde von den Bewohnern gut angenommen.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Die Technik hat es den Angehörigen ermöglicht, während der Pandemie Kontakt zu halten.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Der Technikeinsatz ist für unsere Beschäftigten kaum mit Mehraufwand verbunden.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Der Technikeinsatz erleichtert unseren Beschäftigten die Pflege und Betreuung.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Der Technikeinsatz macht unsere Einrichtung für potentielle Kunden attraktiver.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Wir werden die Nutzung der Technik auch nach der Pandemie beibehalten.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		<i>stimme voll und ganz zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	keine Angabe	<i>Die Technik wurde von den Bewohnern gut angenommen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Die Technik hat es den Angehörigen ermöglicht, während der Pandemie Kontakt zu halten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Der Technikeinsatz ist für unsere Beschäftigten kaum mit Mehraufwand verbunden.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Der Technikeinsatz erleichtert unseren Beschäftigten die Pflege und Betreuung.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Der Technikeinsatz macht unsere Einrichtung für potentielle Kunden attraktiver.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wir werden die Nutzung der Technik auch nach der Pandemie beibehalten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>stimme voll und ganz zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	keine Angabe																																						
<i>Die Technik wurde von den Bewohnern gut angenommen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<i>Die Technik hat es den Angehörigen ermöglicht, während der Pandemie Kontakt zu halten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<i>Der Technikeinsatz ist für unsere Beschäftigten kaum mit Mehraufwand verbunden.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<i>Der Technikeinsatz erleichtert unseren Beschäftigten die Pflege und Betreuung.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<i>Der Technikeinsatz macht unsere Einrichtung für potentielle Kunden attraktiver.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<i>Wir werden die Nutzung der Technik auch nach der Pandemie beibehalten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						

C 9	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Erproben Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung Technik im Rahmen eines Modellprojektes?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, und zwar im Rahmen des Projektes (bitte benennen oder Link zum Projekt einfügen) _____ (Freitext) ◆ Nein ◆ Keine Angabe
C 9_1	<p>Wenn „Ja“ bei C 9</p> <p>Welche Technik wird im Rahmen des Modellprojektes in Ihrer Einrichtung verwendet?</p> <p>Bitte benennen Sie die eingesetzte Technik kurz. _____ (Freitext)</p>
C 10	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Bieten Sie Ihren Beschäftigten die Möglichkeit des eLearnings (elektronisch unterstützte Schulungs- und/oder Weiterbildungsmöglichkeiten) an?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe
C 10_1	<p>Wenn „Ja“</p> <p>Unsere Mitarbeitenden können folgende eLearning-Angebote nutzen:</p> <p><i>Mehrfachauswahl:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pflichtschulungen im Infektions- und Arbeitsschutz, Arbeitssicherheit ◆ Interne Schulungen (z. B. Datenschutz, Qualitätsmanagement) ◆ Pflegefachliche Fortbildungen (z. B. Expertenstandards) ◆ Weiterbildungen (z. B. Praxisanleiter, Palliativ Care, Wundmanagement) ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
C 11	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p>

Bitte geben Sie an, wie häufig Ihre Pflegeeinrichtung mit Personen oder Akteuren, die **nicht** zu Ihrer Einrichtung gehören, auf digitalem Weg Daten oder Informationen austauscht.

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie	keine Angabe
<i>Kostenträger (z. B. Krankenkassen und Pflegekassen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ärztinnen/Ärzte</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Physio-, Logo-, Ergotherapie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Krankenhäuser</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Apotheken</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Andere Pflegeeinrichtungen (z. B. Heime, Pflegedienste, Tagespflegen, Betreutes Wohnen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hauswirtschafts- und Betreuungsdienste</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Andere Akteure (z. B. Sanitätshäuser, Ehrenamtliche, gesetzliche Betreuende)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C 12

Alle Pflegeeinrichtungen

Nutzt Ihre Pflegeeinrichtung folgende Medien für die Kommunikation mit pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen?

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie	keine Angabe
<i>E-Mail</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>SMS</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Messenger-Dienste (z. B. WhatsApp, Signal, Telegram)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Interaktives Webportal der Pflegeeinrichtung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>Durch die Pflegeeinrichtung angebotene Branchensoftware (z. B. App für Angehörige)</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C 13	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Bietet Ihre Pflegeeinrichtung für die pflegebedürftigen Menschen bzw. deren Angehörige digitale Dienstleistungen an (z. B. Online-Beratung)?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, bereits vor der Corona-Pandemie ◆ Ja, aber erst seit der Corona-Pandemie ◆ Nein noch nicht, ist aber in Planung ◆ Nein ◆ Keine Angabe
C 13_1	<p>Wenn C 13 „Ja“</p> <p>Welche digitalen Dienstleistungen werden angeboten?</p> <p>_____ (<i>Freitext</i>)</p>
C 14	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Wie schätzen Sie die Aufgeschlossenheit Ihrer Klientinnen und Klienten bzw. deren Angehörigen gegenüber einem zunehmenden Technikeinsatz zur Unterstützung der Pflege und Betreuung ein?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ überwiegend sehr aufgeschlossen ◆ überwiegend eher aufgeschlossen ◆ überwiegend eher skeptisch ◆ überwiegend sehr skeptisch ◆ Keine Angabe
	<p>Um die Digitalisierung in der Pflege und damit die Entlastung der Pflegekräfte voranzubringen, fördern die soziale und private Pflegeversicherung gem. § 8 Absatz 8 SGB XI die Anschaffung von entsprechender digitaler und technischer Ausrüstung sowie die Schulung von Beschäftigten mit einem einmaligen Zuschuss (mit bis zu max. 12.000 Euro pro Pflegeeinrichtung). Seit April 2019 liegen die entsprechenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes vor (Diese finden Sie hier: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/finanzierungs_foerderungsmassnahmen/210817_Pflege_RL_8Abs8_SGBXI_Digitalisierung.pdf)</p>

C 15	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Ist Ihnen diese Fördermöglichkeit bekannt?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <p>Die Fördermöglichkeit für digitale und technische Ausrüstung gem. § 8 Absatz 8 SGB XI...</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ ist mir bekannt. ◆ war mir bis dato nicht bekannt. ◆ Keine Angabe
C 16	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Haben Sie bereits Fördermittel gem. § 8 Abs. 8 SGB XI genutzt oder beantragt (bis 2023 möglich)?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Wir haben bereits Fördermittel gem. § 8 Abs. 8 SGB XI erhalten. ◆ Wir haben bereits einen Förderantrag gestellt. ◆ Ja, wir werden auf jeden Fall Fördermittel beantragen. ◆ Ja, wir werden mit hoher Wahrscheinlichkeit Fördermittel beantragen. ◆ Noch unklar. ◆ Nein, wir werden wahrscheinlich keine Fördermittel beantragen. ◆ Keine Angabe
C 16_1	<p>Wenn C 16 „Wir haben bereits Fördermittel erhalten“ oder „Wir haben bereits einen Förderantrag gestellt.“ oder „Ja, wir werden auf jeden Fall Fördermittel beantragen“ oder „Ja, wir werden mit hoher Wahrscheinlichkeit Fördermittel beantragen.“</p> <p>Wofür wurden bzw. sollen die Fördermittel eingesetzt werden?</p> <p><i>Mehrfachnennung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Internetzugang, Einrichtung WLAN ◆ Anschaffung Endgeräte (PC, Tablets, Smartphones) ◆ Softwarelizenzen, (cloudbasierte) Dienste ◆ Inbetriebnahme-/Prozesskosten ◆ Anwendungsschulung für Beschäftigte ◆ Videokonferenzsysteme ◆ Andere Technik, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe

C 16_2	<p>Wenn „Anschaffung Endgeräte (PC, Tablet, Smartphones)“ und „Softwarelizenzen“</p> <p>Wofür wurde bzw. soll die Technik eingesetzt werden?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ◆ Dienstplanung/Tourenplanung ◆ internes Qualitätsmanagement ◆ Erhebung von Qualitätsindikatoren ◆ Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten und weiteren Leistungserbringern (einschließlich Videosprechstunden) ◆ elektronische Abrechnung pflegerischer Leistungen nach 105 SGB XI ◆ Anderes, und zwar _____ ◆ Keine Angabe
C 16_3	<p>Wenn „Nein, wir werden wahrscheinlich keine Fördermittel beantragen.“</p> <p>Warum werden Sie wahrscheinlich keine Fördermittel beantragen?</p> <p><i>Mehrfachnennung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Unsere Mitarbeitenden lehnen grundsätzlich elektronische und mechanische (z.B. Lifter) Technik ab. ◆ Unsere Mitarbeitenden fühlen sich (zu) unsicher in der Nutzung moderner und neuester Technik. ◆ Die pflegebedürftigen Personen, die wir versorgen, lehnen grundsätzlich den Einsatz von Technik ab. ◆ Die pflegebedürftigen Personen, die wir versorgen, fühlen sich beim Einsatz moderner und neuester Technik nicht wohl. ◆ Fehlende Akzeptanz von Kostenträgern (z. B. ausschließlich elektronische Verfahren zur Übermittlung von Abrechnungsunterlagen einschließlich des Leistungsnachweises gemäß 105 SGB XI nicht möglich). ◆ Die Pflegeeinrichtung ist bereits in hohem Maße digitalisiert und technisch gut ausgestattet. Ein weiterer Ausbau ist nicht nötig. ◆ Der Träger und/oder die Geschäftsführung lehnt einen weiteren Ausbau der Digitalisierung und Technisierung ab. ◆ Unsere Mitarbeitenden lehnen einen weiteren Ausbau der Digitalisierung und Technisierung ab. ◆ Wir haben Datenschutzbedenken. ◆ In unserer Region sind wir digital schlecht angebunden (z. B. mangelnde Funknetzabdeckung, schlechter Breitbandzugang zum Internet).

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Andere Akteure (z. B. Ärztinnen/Ärzte) sind digital schlecht bis gar nicht angebunden. Ein weiterer Ausbau lohnt sich daher für uns nicht. ◆ Das Antragsverfahren ist zu (zeit-)aufwändig und kompliziert. ◆ Der Förderanteil von 40 Prozent an den Gesamtkosten fällt zu gering aus. ◆ Für unsere Bedarfe gibt es keine passenden digitalen oder technischen Lösungen (z. B. wegen Schnittstellenproblemen mit bereits vorhandener Software/Technik). ◆ Andere Gründe, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
C 16_4	<p>Nur, wenn „Der Förderanteil von 40 Prozent an den Gesamtkosten fällt zu gering aus.“ Bei C 16_3</p> <p>Sie haben angegeben, dass der Förderanteil von 40 Prozent an den Gesamtkosten zu gering ausfällt. Wie hoch sollte der Förderanteil Ihrer Ansicht nach sein?</p> <p>Der Förderanteil sollte _____ (Freitext, numerisch ohne Komma, zw. 41-100) Prozent betragen.</p>
C 17	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Welche weiteren Fördermöglichkeiten zur technischen Ausstattung von Pflegeeinrichtungen kennen Sie noch?</p> <p>Mir sind Fördermöglichkeiten folgender Institutionen bekannt:</p> <p><i>Mehrfachnennung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Kommunen ◆ Freistaat Sachsen ◆ Europäischer Sozialfonds (ESF) ◆ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ◆ Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK, zuvor: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi)) ◆ Digitalisierungs- und Innovationskredit der KfW ◆ Lotterie (z. B. Glücksspirale, Sachsenlotto) ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine der genannten ◆ Keine Angabe

C 17_1	<p>Alle Pflegeeinrichtungen; Nicht, wenn bei C 17 „keine der genannten“ gewählt wurde</p> <p>Haben Sie bereits Fördermittel einer oder mehrerer dieser Institutionen genutzt?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe
C 17_2	<p>Wenn C 17_1 „Ja“</p> <p>Welche Fördermittel haben Sie bereits genutzt?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <p>Wir haben Fördermittel folgender Institutionen genutzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Kommunen ◆ Freistaat Sachsen ◆ Europäischer Sozialfonds (ESF) ◆ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ◆ Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK, zuvor: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi)) ◆ Digitalisierungs- und Innovationskredit der KfW ◆ Lotterie (z. B. Glücksspirale, Sachsenlotto) ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
C 17_3	<p>Wenn C 17_1 „Ja“</p> <p>Wofür wurden bzw. werden die Fördermittel eingesetzt?</p> <p><i>Mehrfachnennung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Internetzugang, Einrichtung WLAN ◆ Anschaffung Endgeräte (PC, Tablets, Smartphones) ◆ Softwarelizenzen, (cloudbasierte) Dienste ◆ Inbetriebnahme-/Prozesskosten ◆ Anwendungsschulung für Beschäftigte ◆ Videokonferenzsysteme ◆ Andere Technik, und zwar _____ (Freitext)

C 18	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>In welchen Bereichen plant Ihre Einrichtung derzeit die Anschaffung bzw. den weiteren Ausbau von digitaler und technischer Ausrüstung?</p> <p><i>Mehrfachnennung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Verwaltung, Abrechnung ◆ Pflegeplanung- und -dokumentation ◆ Wunddokumentation ◆ Vitaldatenerfassung ◆ Betreuung ◆ Hauswirtschaft ◆ Tourenplanung/Logistik ◆ Vernetzung und Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern ◆ Körperliche Unterstützung der Pflegearbeit (z. B. Transferhilfen) ◆ Sicherheitssysteme (Alarmsysteme, Ortung, Aktivitätserkennung) ◆ Raumausstattung (höhenverstellbare Möbel, Lichtsysteme, u. ä.) ◆ Robotik (Assistenz-, Unterhaltungs- und Therapieroboter) ◆ Elektronik für Betreuung bzw. Unterhaltung ◆ Anderes, und zwar: _____ (<i>Freitext</i>) ◆ Es gibt derzeit keine konkreten Investitionsplanungen für weitere technische Ausrüstung. ◆ Keine Angabe 																		
C 19	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Abschließend in diesem Abschnitt interessiert uns Ihre Einschätzung zu den Potentialen des Technikeinsatzes in der Pflege. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:</p> <table border="1" data-bbox="347 1525 1378 1935"> <thead> <tr> <th></th> <th><i>Stimme voll und ganz zu</i></th> <th><i>stimme eher zu</i></th> <th><i>stimme eher nicht zu</i></th> <th><i>Stimme überhaupt nicht zu</i></th> <th>keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Die zunehmende technische Unterstützung trägt zur Verringerung der <u>physischen bzw. körperlichen</u> Belastung der Pflegekräfte bei.</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Die zunehmende technische Unterstützung trägt zur Verringerung der <u>psychischen bzw. geistigen</u></i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		<i>Stimme voll und ganz zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>Stimme überhaupt nicht zu</i>	keine Angabe	<i>Die zunehmende technische Unterstützung trägt zur Verringerung der <u>physischen bzw. körperlichen</u> Belastung der Pflegekräfte bei.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Die zunehmende technische Unterstützung trägt zur Verringerung der <u>psychischen bzw. geistigen</u></i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Stimme voll und ganz zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>Stimme überhaupt nicht zu</i>	keine Angabe														
<i>Die zunehmende technische Unterstützung trägt zur Verringerung der <u>physischen bzw. körperlichen</u> Belastung der Pflegekräfte bei.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<i>Die zunehmende technische Unterstützung trägt zur Verringerung der <u>psychischen bzw. geistigen</u></i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

	<i>Belastung der Pflegekräfte bei.</i>					
	<i>Mit Hilfe der Technik kann künftig der Personaleinsatz pro pflegebedürftige Person im Bereich Pflege und Betreuung verringert werden.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Erfahrungen zur befristeten Aussetzung bürokratischer Anforderungen während der Corona-Pandemie

	Im folgenden Abschnitt würden wir gerne mehr über Ihre Erfahrungen mit Regelungen zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen und beruflich Pflegenden während der Corona-Pandemie erfahren.					
	Im Rahmen der Corona-Pandemie traf der Gesetzgeber verschiedene zeitlich begrenzte Maßnahmen, um Pflegeeinrichtungen zu entlasten. Das Bundesministerium für Gesundheit und Pflegeverbände verständigten sich gemeinsam auf ein Maßnahmenpaket mit dem Ziel, Pflegekräfte und Pflegebedürftige zu entlasten.					
D 1	<p>Wenn vollstationäre Pflegeeinrichtung (A 2)</p> <p>Bitte geben Sie an, in welchem Maße Ihre Pflegeeinrichtung durch die getroffenen Maßnahmen entlastet wurde.</p>					
		sehr entlastet	etwas entlastet	nicht entlastet	diese Maßnahme war uns nicht bekannt	keine Angabe
	<i>Aussetzung von qualitätsbezogenen Regelprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen bis 30. September 2020</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Einmalige Qualitätsprüfung zugelassener vollstationärer Pflegeeinrichtungen zwischen dem 1. Oktober 2020 und 31. Dezember 2021, wenn die pandemische Lage dies zuließ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Aussetzung der Qualitätsdatenübersendung bis zum 31. Dezember 2021</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und (video-)telefonischem Gespräch bis 30. Juni 2022</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Pflegekräfte des Medizinischen Dienstes haben unsere Pflegeeinrichtungen unterstützt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes haben unsere Pflegeeinrichtungen unterstützt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>flexible Regelungen zwischen Pflegekassen und Einrichtungen zur Überbrückung personeller Engpässe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Ausgleich von Einnahmeausfällen und zusätzlichen coronabedingten Mehrkosten durch die Pflegekassen gemäß § 150 SGB XI</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Bereitstellung und Verteilung von Schutzausrüstung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Gestattung der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Vorliegen einer epidemischen Lage</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 1_1	<p>Wenn ambulante Pflegeeinrichtung (A 2_2)</p> <p>Bitte geben Sie an, in welchem Maße Ihre Pflegeeinrichtung durch die getroffenen Maßnahmen entlastet wurde.</p>					
		sehr entlastet	etwas entlastet	nicht entlastet	diese Maßnahme war uns nicht bekannt	keine Angabe
	<i>Aussetzung von qualitätsbezogenen Regelprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen bis 30. September 2020</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Einmalige Qualitätsprüfung zugelassener ambulanter Pflegeeinrichtungen zwischen dem 1. Oktober 2020 und 31. Dezember 2021, wenn die pandemische Lage dies zuließ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und (video-)telefonischem Gespräch bis 30. Juni 2022</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Aussetzung verbindlicher Besuche von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern nach § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI durch ambulante Pflegedienste; Beratungsgespräche per Telefon, Video oder digital möglich (bis 31. März 2022)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Pflegekräfte des Medizinischen Dienstes haben unseren Pflegedienst unterstützt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes haben unseren Pflegedienst unterstützt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>flexible Regelungen zwischen Pflegekassen und Einrichtungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>zur Überbrückung personeller Engpässe</i>					
	<i>Ausgleich von Einnahmeausfällen und zusätzlichen coronabedingten Kosten durch die Pflegekassen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Bereitstellung und Verteilung von Schutzausrüstung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Gestattung der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Vorliegen einer epidemischen Lage</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 1_2	<p>Wenn teilstationäre Pflegeeinrichtung (A 2_1)</p> <p>Bitte geben Sie an, in welchem Maße Ihre Pflegeeinrichtung durch die getroffenen Maßnahmen entlastet wurde.</p>					
		sehr entlastet	etwas entlastet	nicht entlastet	diese Maßnahme war uns nicht bekannt	keine Angabe
	<i>Aussetzung von qualitätsbezogenen Regelprüfungen in teilstationären bis 30. September 2020</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Einmalige Qualitätsprüfung zugelassener teilstationärer Pflegeeinrichtungen zwischen dem 1. Oktober 2020 und 31. Dezember 2021, wenn die pandemische Lage dies zuließ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und (video-)telefonischem Gespräch bis 30. Juni 2022</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Pflegekräfte des Medizinischen Dienstes haben unsere Pflegeeinrichtungen unterstützt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes haben unsere Pflegeeinrichtungen unterstützt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>flexible Regelungen zwischen Pflegekassen und Einrichtungen zur Überbrückung personeller Engpässe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ausgleich von Einnahmeausfällen und zusätzlichen coronabedingten Kosten durch die Pflegekassen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bereitstellung und Verteilung von Schutzausrüstung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Gestattung der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Vorliegen einer epidemischen Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
D 2	<p>Vollstationär und teilstationäre Pflegeeinrichtungen</p> <p>Worüber bzw. durch wen hat Ihre Pflegeeinrichtung <u>hauptsächlich</u> von den Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen erfahren?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pflege-/Berufsverbände ◆ Einrichtungsträger ◆ PflegeNetz Sachsen ◆ Kranken-/Pflegekassen ◆ Medizinischer Dienst ◆ Heimaufsicht ◆ Berufsgenossenschaft/Unfallkasse (Unfallversicherungsträger) ◆ Externe Dienstleister (z. B. Beratungsfirmen) ◆ Radio, TV, Zeitungen u.ä. ◆ Soziale Medien/Netzwerke ▪ Wir haben hauptsächlich selbst recherchiert. ▪ Robert Koch-Institut ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe 																	
D2_1	<p>Wenn bei D2 „Wir haben hauptsächlich selbst recherchiert“</p> <p>Haben Sie eine der folgenden Internetseiten benutzt, um sich zu informieren?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ coronavirus.sachsen.de ◆ zusammengegencorona.de ◆ Keine Angabe 																	
D 2_2	<p>Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen zu entlastenden Maßnahmen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 15%;">Stimme voll und ganz zu</th> <th style="width: 15%;">Stimme eher zu</th> <th style="width: 15%;">Stimme eher nicht zu</th> <th style="width: 15%;">Stimme überhaupt nicht zu</th> <th style="width: 15%;">Keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wir haben uns während der Corona-Pandemie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>							Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe	Wir haben uns während der Corona-Pandemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Keine Angabe													
Wir haben uns während der Corona-Pandemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

	<i>gut über aktuelle Regelungen und entlastenden Maßnahmen informiert gefühlt.</i>															
	<i>Wir konnten stets gut überblicken, welche Regelungen und Maßnahmen gerade gelten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<i>Wir wussten bei Fragen zu neuen Regelungen und Maßnahmen immer, an welchen Ansprechpartner wir uns wenden konnten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<i>Wir konnten mit der Pflegekasse problemlos flexible Regelungen zum Überbrücken personeller Engpässe treffen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<i>Wir wurden durch den Medizinischen Dienst personell hilfreich unterstützt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<i>Wir wurden durch das Corona-Pflegeteam hilfreich unterstützt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	<i>Ausgleichszahlungen von coronabedingten Einnahmeausfällen und Mehrkosten haben wir zeitnah nach Antragstellung erhalten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
D 3	<p>Teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen</p> <p>Bitte wählen Sie aus der folgenden Liste aus, ob die aufgeführten coronabedingten Maßnahmen Ihrer Ansicht nach wieder wie vor der Pandemie erfolgen <u>oder</u> wie in der Pandemie dauerhaft beibehalten <u>oder</u> gegebenenfalls nur zeitlich gestreckt werden sollten:</p> <table border="1" data-bbox="316 1601 1388 1890"> <thead> <tr> <th></th> <th><i>Sollte wieder wie <u>vor</u> der Pandemie erfolgen</i></th> <th><i>Sollte wie <u>in</u> der Pandemie dauerhaft beibehalten werden</i></th> <th><i>Sollte zeitlich gestreckt werden</i></th> <th><i>Keine Angabe</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Qualitätsprüfung zugelassener Pflegeeinrichtungen</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>							<i>Sollte wieder wie <u>vor</u> der Pandemie erfolgen</i>	<i>Sollte wie <u>in</u> der Pandemie dauerhaft beibehalten werden</i>	<i>Sollte zeitlich gestreckt werden</i>	<i>Keine Angabe</i>	<i>Qualitätsprüfung zugelassener Pflegeeinrichtungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Sollte wieder wie <u>vor</u> der Pandemie erfolgen</i>	<i>Sollte wie <u>in</u> der Pandemie dauerhaft beibehalten werden</i>	<i>Sollte zeitlich gestreckt werden</i>	<i>Keine Angabe</i>												
<i>Qualitätsprüfung zugelassener Pflegeeinrichtungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

	Begutachtung zur Pflegegradeinstufung anhand der Patientenakte/-dokumentation, ggf. per Telefon oder Video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratungsgespräche durch ambulante Pflegedienste per Telefon oder Video (digital) möglich bei Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern nach § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflegekräfte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen und –dienste personell unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflegekräfte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen und –dienste fachlich unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen und –dienste personell unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen und –dienste fachlich unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	flexiblere Handhabung der gesetzlichen Regelungen zwischen Heimaufsicht und Einrichtungen zur Überbrückung personeller Engpässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mehr gesetzlichen Ermessensspielraum (Flexibilität) für die Pflegekassen hinsichtlich der Verträge mit den Pflegeeinrichtungen und –diensten gemäß SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schnelle Anpassung der Verträge gemäß SGB XI zwischen Pflegekassen und Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4_1	<p>Ambulante Pflegeeinrichtungen</p> <p>Bitte wählen Sie aus der folgenden Liste aus, ob die aufgeführten coronabedingten Maßnahmen Ihrer Ansicht nach wieder wie vor der Pandemie erfolgen <u>oder</u> wie in der Pandemie dauerhaft beibehalten <u>oder</u> gegebenenfalls nur zeitlich gestreckt werden sollten:</p>				
		Sollte wieder wie <u>vor</u> der Pandemie erfolgen	Sollte wie <u>in</u> der Pandemie <u>dauer-</u>	Sollte <u>zeit-</u> lich <u>ge-</u> streckt werden	Keine <u>An-</u> gabe

			haft beibe- halten wer- den		
	Qualitätsprüfung zugelassener Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Begutachtung zur Pflegegradeinstufung anhand der Patientenakte/-dokumentation, ggf. per Telefon oder Video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratungsgespräche durch ambulante Pflegedienste per Telefon oder Video (digital) möglich bei Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern nach § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflegekräfte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen und -dienste personell unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflegekräfte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen und -dienste fachlich unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen und -dienste personell unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes sollen Pflegeeinrichtungen und -dienste fachlich unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	flexiblere Handhabung der gesetzlichen Regelungen zwischen Heimaufsicht und Einrichtungen zur Überbrückung personeller Engpässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mehr gesetzlichen Ermessensspielraum (Flexibilität) für die Pflegekassen hinsichtlich der Verträge mit den Pflegeeinrichtungen und -diensten gemäß SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schnelle Anpassung der Verträge gemäß SGB XI zwischen Pflegekassen und Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 4	<p>Was waren rückblickend aus Ihrer Sicht die größten Herausforderungen und Problemlagen im Zusammenhang mit den Corona-Maßnahmen für die Pflegeeinrichtungen und -dienste?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p>				

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Folgende Herausforderungen und Problemlagen waren in unserer Einrichtung besonders spürbar: _____ (Freitext) ◆ Wir hatten keine größeren Probleme. ◆ Keine Angabe 																
D5	<p>Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><i>Ja</i></th> <th><i>Nein</i></th> <th><i>Keine Angabe</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Der Nationale Pandemieplan beim Robert Koch-Institut (RKI) war uns bereits vor der Corona-Pandemie bekannt.</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Wir waren mit dem hauseigenen Hygienekonzept gut vorbereitet und handlungssicher</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Wir hatten ausreichend Vorrat an persönlicher Schutzausrüstung (PSA).</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	<i>Keine Angabe</i>	<i>Der Nationale Pandemieplan beim Robert Koch-Institut (RKI) war uns bereits vor der Corona-Pandemie bekannt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wir waren mit dem hauseigenen Hygienekonzept gut vorbereitet und handlungssicher</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wir hatten ausreichend Vorrat an persönlicher Schutzausrüstung (PSA).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	<i>Keine Angabe</i>														
<i>Der Nationale Pandemieplan beim Robert Koch-Institut (RKI) war uns bereits vor der Corona-Pandemie bekannt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<i>Wir waren mit dem hauseigenen Hygienekonzept gut vorbereitet und handlungssicher</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<i>Wir hatten ausreichend Vorrat an persönlicher Schutzausrüstung (PSA).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
D 6	<p>Haben Sie Anregungen zu künftigen potenziellen Entlastungsmaßnahmen für Pflegeeinrichtungen, welche im Rahmen möglicher weiterer pandemischer und/oder endemischer Lagen bei Infektionskrankheiten angewandt werden sollten?</p> <p>_____ (Freitext)</p>																

7. Weitere Entbürokratisierungspotenziale

	<p>In diesem Abschnitt möchten wir mehr Informationen dazu sammeln, welche weiteren Potenziale zur Entbürokratisierung und Entlastung bei der Dokumentation Sie für die Pflege in Sachsen sehen.</p>
E 1	<p>Bitte nennen Sie <u>Aspekte oder Probleme</u>, wo Sie als Leistungserbringer in der Langzeitpflege mit bürokratischen Anforderungen konfrontiert sind, die Ihrer Ansicht nach perspektivisch verringert werden sollten bzw. könnten. Geben Sie uns für jeden Aspekt oder jedes Problem anschließend möglichst einen Hinweis für aus Ihrer Sicht geeignete Maßnahmen zur Entbürokratisierung.</p> <p>1. A) _____ (Aspekt/Problem)</p> <p>B) _____ (Idee für geeignete Maßnahme)</p> <p>2. A) _____ (Aspekt/Problem)</p> <p>B) _____ (Idee für geeignete Maßnahme)</p>

	<p>3. A) _____ (Aspekt/Problem)</p> <p>B) _____ (Idee für geeignete Maßnahme)</p> <p>4. A) _____ (Aspekt/Problem)</p> <p>B) _____ (Idee für geeignete Maßnahme)</p> <p>5. A) _____ (Aspekt/Problem)</p> <p>B) _____ (Idee für geeignete Maßnahme)</p>
--	---

8. Soziodemografische Angaben und Abschluss

	Sie haben nun das Ende der Befragung erreicht. Wir bitten Sie noch Angaben zu Ihrer Person zu machen und dann die Befragung abzuschicken .						
F 1	In welcher Position/welchem Bereich sind Sie vorwiegend in der Pflegeeinrichtung tätig? <i>Einfachauswahl</i> Geschäftsführung/Einrichtungsleitung Pflegedienstleitung/stellvertretende Pflegedienstleitung Anderes, und zwar _____ (Freitext) keine Angabe						
F 2	Für wie viele Pflegeeinrichtungen sind Sie verantwortlich? Für _____ (Drop down mit Zahlen) Pflegeeinrichtungen						
F 3	Wie lange sind Sie bereits in der Pflege tätig? ca. _____ Jahre						
F 4	Nun interessiert uns <u>Ihre persönliche Einstellung</u> zu technischen Neuerungen im Allgemeinen.						
		Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft völlig zu	keine Angabe
	<i>Hinsichtlich technischer Neuentwicklungen bin ich sehr neugierig.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Für mich stellt der Umgang mit technischen Neuerungen zumeist eine Überforderung dar.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ich bin stets daran interessiert, die neuesten technischen Geräte zu verwenden.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Den Umgang mit neuer Technik finde ich schwierig – ich kann das meistens einfach nicht.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Wenn ich Gelegenheit dazu hätte, würde ich noch viel häufiger technische Produkte</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>nutzen, als ich das gegenwärtig tue.</i>						
	<i>Im Umgang mit moderner Technik habe ich oft Angst, zu versagen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ich finde schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ich habe Angst, technische Neuentwicklungen eher kaputt zu machen, als dass ich sie richtig benutze.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 5	Gibt es noch etwas, das Sie uns abschließend mitteilen möchten? Bitte hier eintragen: _____ (Freitext)						
	<p>Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Unterstützung und Zeit!</p> <p>Sie können den Fragebogen jetzt abschicken und die Seite dann schließen.</p> <p>Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie die Studie auch weiterhin unterstützen würden. Im Herbst 2022 findet eine anonyme Befragung pflegebedürftiger Personen mittels eines Papierfragebogens zu statt. Inhalt werden Kenntnisse pflegebedürftiger Personen zu den Regelungen von coronabedingten Aussetzungen bürokratischer Anforderungen (z. B. telefonische Begutachtung zur Feststellung des Pflegegrades) sein sowie Erfahrungen, die sie mit den Regelungen gemacht haben.</p> <p>Für nähere Informationen oder wenn Sie sich vorstellen können, Fragebögen an Pflegebedürftige Ihrer Pflegeeinrichtung bzw. Ihres Pflegedienstes zu verteilen, kontaktieren Sie bitte Ulrike Pörschmann-Schreiber (Wissenschaftliche Mitarbeiterin) unter ulrike.poerschmann-schreiber@iges.com.</p> <p>Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Unterstützung!</p>						

Anhang 3 – Befragung Pflegebedürftiger

Sehr geehrte Damen und Herren,

infolge der COVID-19-Pandemie hat die Bundesregierung eine Reihe von Regelungen zur finanziellen Entlastung und Unterstützung von Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen erlassen. Das IGES Institut wurde im April 2022 durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) mit einer **Studie zur Entbürokratisierung der Pflege in Sachsen** beauftragt. In der Studie sollen u. a. Erkenntnisse und Erfahrungen mit den Regelungen zur coronabedingten Aussetzung bürokratischer Anforderungen erfasst werden.

Wir möchten gern von Ihnen erfahren, ob Ihnen diese Regelungen bekannt sind und welche Auswirkungen diese auf Ihre Pflegesituation hatten bzw. haben. Daher möchten wir Sie herzlich dazu einladen, an unserer Befragung teilzunehmen.

Die Beantwortung des anliegenden Fragebogens wird **etwa 15 Minuten** in Anspruch nehmen. Gehen Sie bitte den ganzen Fragebogen bis zum Ende durch.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Es entstehen Ihnen **keine** Nachteile, wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen. Die Befragung findet **anonym** statt. Es ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich. Ihre Antworten werden **anonym** und gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (den Datenschutzhinweis finden Sie ebenfalls dem Fragebogen beigelegt) ausgewertet.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post (mit dem beigelegten frankierten Rückumschlag ohne Angabe Ihrer Absenderadresse) **bis spätestens 28.11.2022** an untenstehende Kontaktdaten.

Bitte beachten Sie: Der Fragebogen richtet sich an die **pflegebedürftige Person** selbst oder Angehörige. Die pflegebedürftige Person kann den Fragebogen alleine oder gemeinsam mit einer anderen Person ausfüllen bzw. ihn komplett von einer anderen Person ausfüllen lassen.

IGES Institut GmbH

**Studie zur Entbürokratisierung der
Pflege in Sachsen**

Friedrichstraße 180

D-10117 Berlin

Fax: 030 230 809 11

E-Mail: befragung.pflege-sachsen@iges.com

Bei Fragen können Sie unser Projektteam unter telefonisch erreichen:

030 230 809 213

[Mo-Fr 9 bis 14 Uhr]

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Dr. Grit Braeseke vom IGES Institut [Projektleitung]

Allgemeine Angaben

A1 Welcher Altersgruppe ist die pflegebedürftige Person zuzuordnen?

- 0 - 17 Jahre 18 - 64 Jahre 65 – 74 Jahre
- 75 – 84 Jahre 85 – 89 Jahre 90 Jahre und älter
- keine Angabe

A2 Welchen Pflegegrad hat die pflegebedürftige Person?

- Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5 (noch) keinen keine Angabe

A3 In welchem Postleitzahlenbereich wohnen Sie?

Bitte tragen Sie Ihre Postleitzahl ein: |_|_|_|_|_|_|_|_| (z. B. 10/4/5/3/9)

A4 Wie wird die pflegebedürftige Person versorgt?

- Ausschließlich zu Hause mit Pflegegeld (ggf. durch informell bzw. Laienpflegende wie z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn)
- Ausschließlich zu Hause mit Sachleistungen ambulanter Pflege-/Betreuungsdienste
- Zu Hause mit Pflegegeld und Sachleistungen ambulanter Pflege-/Betreuungsdienste (Kombileistung)
- Zu Hause mit Pflegegrad 1 mit ausschließlich landesrechtlichen Leistungen (Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag, hier aktuell in der Sächsischen Pflegeunterstützungsverordnung)
- Zu Hause mit Pflegegrad 1 ohne Inanspruchnahme von Leistungen
- Zu Hause mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege (Tagespflege, Nachtpflege)
- Keine Angabe

Begutachtung zur Erlangung eines Pflegegrades (Pflegestufe)

Durch die Pflegebegutachtung wurde geklärt, inwieweit Sie pflegebedürftig sind. Als Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben, hatten Sie einen Termin zur Pflegebegutachtung mit einer Gutachterin oder einem Gutachter des Medizinischen Dienstes. Mit einem festgelegten Fragenkatalog wurden Sie zu Einschränkungen und Problemen im Alltag befragt. Das Ergebnis des Pflegegutachtens hat über Ihren Pflegegrad entschieden.

B1 Bis Februar 2021 fanden die Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes zur Erlangung eines Pflegegrades nur telefonisch statt. Seit März 2021 erfolgen wieder Hausbesuche. Unter bestimmten Voraussetzungen können die Begutachtungen weiterhin auch über ein Telefonat oder ein Videogespräch und auf der Basis vorhandener medizinischer Unterlagen erfolgen.

Kennen Sie diese Regelung?

Ja

Nein

Weiß nicht

B2 **Haben Sie als pflegebedürftige Person bzw. Ihr zu pflegender Angehöriger während der Corona-Pandemie (seit März 2020) einen Termin zu Begutachtung durch den Medizinischen Dienst gehabt?**

Hinweis: Eine Pflegebegutachtung erfolgt bei der erstmaligen Beantragung eines Pflegegrades oder bei der Beantragung einer Höherstufung.

Ja

Nein (→ bitte weiter bei C1)

Weiß nicht

B3 **Fand die Begutachtung seit März 2020 persönlich statt (die Gutachterin bzw. der Gutachter war bei Ihnen) oder telefonisch?**

Wenn Sie keine Begutachtung seit März 2020 hatten, überspringen Sie die nächsten zwei Fragen bitte.

Persönlich (→ bitte weiter bei C1)

Telefonisch

Weiß nicht

B4 Bitte bewerten Sie folgende Aussagen bezüglich der <u>telefonischen</u> Begutachtung. <i>Wenn Sie keine telefonische Begutachtung hatten, überspringen Sie die Frage bitte.</i>	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Ich war froh, dass die Gutachterin/der Gutachter nicht zu mir nach Hause gekommen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe alle Fragen der Gutachterin/des Gutachters verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte die meisten Fragen gut beantworten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, dass die Gutachterin/der Gutachter meine Situation bzw. die Situation meines Angehörigen gut einschätzen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Nachfragen hat die Gutachterin/der Gutachter mir ausführliche Erläuterungen gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne die zu begutachtende Person zu sehen, finde ich es für die Gutachterin/den Gutachter schwierig, den Unterstützungsbedarf gut einzuschätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Zukunft wäre mir ein persönliches Gespräch (Hausbesuch) zur Pflegebegutachtung lieber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegeberatung

Pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf eine kostenlose Pflegeberatung. In der Beratung geht es darum zu ermitteln, welche Unterstützung Sie benötigen. Außerdem soll ein sogenannter Versorgungsplan erstellt und seine Ausführung überprüft werden. Die Pflegeberatung soll dabei helfen, dass Sie die Leistungen und Unterstützung bekommen, die Sie benötigen.

C1 Im ersten Jahr der Corona-Pandemie (2020 bis 2021) fanden Pflegeberatungen aufgrund der Kontaktbeschränkungen größtenteils nur telefonisch statt.

Kennen Sie diese Regelung?

Ja

Nein

Weiß nicht

C2 Haben Sie in der Corona-Pandemie-Zeit eine oder mehrere Pflegeberatungen in Anspruch genommen?

Hinweis: Pflegeberatungen sind telefonisch, per Videogespräch oder, in Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen, nun auch wieder vor Ort möglich.

Ja

Nein (→ bitte weiter bei D1)

Weiß nicht

C3 Fand(en) diese Pflegeberatung(en) (auch) telefonisch statt?

Wenn Sie keine Pflegeberatung(en) hatten, überspringen Sie diese Frage bitte.

Ja

Nein

Weiß nicht

C4 Würden Sie in Zukunft eine telefonische oder eine persönliche Pflegeberatung bevorzugen?

Eine telefonische Pflegeberatung

Eine persönliche Pflegeberatung in einer Beratungsstelle

Eine persönliche Pflegeberatung bei mir /und zu Hause

Ich benötige keine Pflegeberatung

Weiß nicht

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige, die zu Hause leben, haben Anspruch auf einen sogenannten Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Das gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der Betrag kann nur für festgelegte Leistungen eingesetzt werden, die pflegende Angehörige entlasten oder Sie als Pflegebedürftigen im Alltag unterstützen. Hierfür gibt es genaue Regelungen.

D1 Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können bis zum 31.12.2022 den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI auch für Hilfen außerhalb der geltenden Regelung einsetzen, um Corona-bedingte Versorgungsengpässe auszugleichen. Dazu zählt beispielsweise auch nachbarschaftliche Hilfe

Haben Sie bzw. hat Ihr Angehöriger Pflegegrad 1? (wie unter A2 angegeben)

Ja Nein (→ bitte weiter bei D3) Weiß nicht

D2 Kennen Sie diese Regelung?

Wenn Sie bzw. Ihr Angehöriger keinen Pflegegrad 1 hat, überspringen Sie diese Frage bitte.

Ja Nein Weiß nicht

D3 Nehmen Sie Entlastungsleistungen von bis zu 125 Euro im Monat in Anspruch?

Ja Nein (→ bitte weiter bei D5) Weiß nicht

D4 Hat sich aus Ihrer Sicht die Inanspruchnahme oder die Abrechnung des Entlastungsbetrages während der Corona-Pandemie vereinfacht?

Wenn der Entlastungsbetrag nicht in Anspruch genommen wird, überspringen Sie diese Frage bitte.

Ja, die Pflegekasse hat vorübergehend den Entlastungsbetrag ohne Einreichen einer Rechnung überwiesen.

Ja, ich brauchte nur den Namen der unterstützenden Person angeben.

Ja, weil (bitte erläutern Sie kurz, was vereinfacht wurde):

Nein, ich habe keine Veränderung bei der Abrechnung des Entlastungsbetrages wahrgenommen.

Die Abrechnung meines Entlastungsbetrages mit der Pflegekasse erfolgt durch den Dienstleister/den Anbieter der Entlastungsleistungen.

Weiß nicht

D5 Sollte die Nutzung des Entlastungsbetrages Ihrer Meinung nach künftig vereinfacht werden?

Ja, und zwar (bitte geben Sie einen kurzen Hinweis, was vereinfacht werden sollte):

Nein

Weiß nicht

Pflegeunterstützungsgeld für Angehörige

Pflegende Angehörige, die Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation eines nahen Angehörigen benötigen, können bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben und erhalten in dieser Zeit Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung. Wegen der SARS-CoV-2-Pandemie wird die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes noch bis zum 31.12.2023 von zehn auf 20 Arbeitstage verlängert.

E1 Kennen Sie diese Regelung?

Ja

Nein

Weiß nicht

E2 Wurde während der Corona-Pandemie zur Sicherstellung Ihrer Versorgung von einem nahen Angehörigen Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen?

Ja

Nein (→ bitte weiter bei F1)

Weiß nicht

E3 Wurde dabei die Möglichkeit, das Pflegeunterstützungsgeld für bis zu 20 Arbeitstage zu beantragen, genutzt?

Wenn kein Pflegeunterstützungsgeld beantragt wurde, überspringen Sie diese Frage bitte.

Ja

Nein (→ bitte weiter bei F1)

Weiß nicht

E4 Sollte diese Regelung Ihrer Ansicht nach auch künftig beibehalten werden?

Wenn kein Pflegeunterstützungsgeld beantragt wurde, überspringen Sie diese Frage

Ja, weil (bitte begründen Sie kurz):

Nein

Weiß nicht

Verpflichtende Beratungen bei Empfängern von Pflegegeld

Pflegebedürftige können sich dafür entscheiden, statt von einem ambulanten Pflegedienst von Angehörigen, Freunden oder anderen ehrenamtlich Tätigen versorgt zu werden. Hierfür zahlt die Pflegeversicherung das sogenannte Pflegegeld.

F1 Wer Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält und ausschließlich das Pflegegeld nutzt, ohne einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen, muss halb- bzw. vierteljährlich eine Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI abrufen. Der Nachweis der verpflichtenden Beratungen für die Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld wurde vorübergehend während der Corona-Pandemie ausgesetzt. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung auch per Videogespräch erfolgen.

Nutzen Sie ausschließlich Pflegegeld (d. h. die Pflege erfolgt ohne Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes)?

- Ja Nein (→ bitte weiter zu G1) Weiß nicht

F2 Kennen Sie diese Regelung?

Wenn Sie das Pflegegeld nicht nutzen, überspringen Sie diese Frage bitte.

- Ja Nein (→ bitte weiter zu G1) Weiß nicht

F3 Wie bewerten Sie die Tatsache, dass die verpflichtende Beratung noch bis Juni 2024 auch per Videogespräch erfolgen kann?

Wenn Sie die Regelung nicht kennen, überspringen Sie diese Frage bitte.

- Das stellt für mich/meine Angehörigen eine Erleichterung dar.
- Das nützt mir nichts, da ich keine Möglichkeit habe, ein Videogespräch zu führen.
- Ein persönliches Gespräch finde ich besser.
- Anderes, und zwar (bitte tragen Sie hier kurz Ihre Meinung ein):

Erhöhter Betrag für Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige, die zu Hause von Angehörigen gepflegt werden, haben einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel. Die Kosten für Verbrauchsprodukte (z. B. Bett-schutzeinlagen, Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe) werden mit bis zu 40 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet.

G1 Der maximal erstattungsfähige Betrag von 40 Euro pro Monat für Verbrauchshilfsmittel in der Pflege wurde im Zeitraum 01.04.2020 bis zum 31.12.2021 auf 60 Euro pro Monat angehoben

Kennen Sie diese Regelung?

Ja Nein (→ bitte weiter zu H1) Weiß nicht

G2 **Haben Sie den erhöhten Betrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Anspruch genommen?**

Wenn Sie die Regelung nicht kennen, überspringen Sie diese Frage bitte.

Ja Nein (→ bitte weiter zu H1) Weiß nicht

G3 **Sollte diese Regelung weitergeführt werden?**

Wenn Sie den erhöhten Betrag nicht in Anspruch genommen haben, überspringen Sie diese Frage bitte.

Ja, weil (bitte kurz begründen):

Nein

Weiß nicht

Abschluss

H1 Wie war/ist es für Sie, Informationen zu den neusten offiziellen Hinweisen, Regelungen und Empfehlungen zum Verhalten in der Corona-Situation zu bekommen?

- Sehr einfach
- Eher einfach
- Eher schwierig
- Sehr schwierig
- Weiß nicht

H2 Über welche Medien oder Akteure möchten Sie über aktuelle Corona-Bestimmungen oder andere mich betreffende Themen informiert werden?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

- Nachrichten im Rundfunk (TV und Radio)
- Tageszeitung
- Informationsseiten im Internet
- Über meine Pflegekasse
 - per Post
 - per E-Mail
 - per Telefon
 - per App
- Über den Pflegedienst
- Über den Hausarzt persönlich oder
 - per Post
 - per E-Mail
 - per Telefon
 - per App
- Über die Apotheke
- Andere und zwar (bitte eintragen):

H3 Gibt es noch etwas, das Sie uns zum Thema Regelungen zur finanziellen Entlastung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen mitteilen möchten?

bitte hier eintragen:

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte senden Sie nun den Fragebogen **ohne Anschreiben** an uns zurück.

Anhang 4 – Studiensteckbriefe

Die Situation von Pflegekräften in der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

Forschungsinstitut Institut für Demoskopie Allensbach (im Auftrag der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz)

Zeitraum der Untersuchung 10/2021

Ziel der Untersuchung Erfassen der pandemiebedingten Veränderungen in der beruflichen Situation von Pflegekräften der Pflegekammer Rheinland-Pfalz in Anknüpfung an die Befragung der Kammer-Mitglieder im Oktober 2019

Methodik Online-Befragung

Stichprobe n = 1.253 Teilnehmende (12 %) aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen (inkl. Krankenhaus) von 10.377 angeschriebenen Mitgliedern

Studienergebnisse

- Insgesamt hat sich die digitale Ausstattung am Arbeitsplatz in den letzten ein bis zwei Jahren bei 34 % der Befragten verbessert und ist bei 57 % gleichgeblieben
- Insbesondere Beschäftigte in der ambulanten Pflege und in vollstationären Pflegeeinrichtungen vermerkten mit 49 % und 38 % eine stärkere Verbesserung hinsichtlich der digitalen Ausstattung am Arbeitsplatz als Beschäftigte im Krankenhaus
- 18 % und 45 % der Befragten gaben an, dass ihr beruflicher Alltag sehr stark oder stark von Digitalisierung geprägt sei
- Bei 15 % der Befragten ist eine gute und bei 47 % eine ausreichende technische Ausstattung am Arbeitsplatz vorhanden
- Eine mangelhafte Ausstattung sei vor allem hinsichtlich der Schnelligkeit des Internets und der Ausstattung mit Geräten wie z.B. Computern und Druckern zu verzeichnen
- Gestiegene Arbeitsbelastung durch die Corona-Krise insbesondere bei professionell Pflegenden in Altenheimen und Krankenhäusern
- Bei der Frage nach Belastungsfaktoren bei der Arbeit, zeigt sich eine gleichförmige Entwicklung mit leichten Steigerungen zum Beispiel hinsichtlich des Zeitdrucks und des hohen Verwaltungsaufwands
- Organisatorische Mängel, mangelnde Wertschätzung durch Vorgesetzte und schlechte Bezahlung stellten für ungefähr die Hälfte der Teilnehmenden eine Belastung dar

Zusammenfassung / Einschätzung

Aufgrund der geringen Teilnahmequote und der Begrenzung auf Mitglieder der Pflegekasse Rheinland-Pfalz erlaubt die Studie nur bedingt Rückschlüsse auf die Situation von Pflegekräften bundesweit oder im Freistaat Sachsen. Die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Umfragen von 2019 und 2021 ermöglichen Rückschlüsse auf pandemiebedingte Veränderungen. Es zeigte sich, dass die Arbeitsbelastung für beruflich Pflegenden während der Corona-Pandemie gestiegen ist. Zusätzlich fühlen sich Pflegekräfte durch organisatorische Mängel, einen wahrgenommenen Mangel an Wertschätzung durch Vorgesetzte und die aus Sicht der Pflegenden unzureichenden finanziellen Entlohnung belastet. Insbesondere letzteres wurde jedoch auch vor der Corona-Pandemie bemängelt. Die digitale Ausstattung der Einrichtungen ist während in den ersten 1,5 Jahren der Pandemie überwiegend unverändert geblieben bzw. hätte sich verbessert. Verbesserungen sind insbesondere im ambulanten Bereich zu verzeichnen.

Quelle

Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (2021): Die Situation von Pflegekräften in der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

Befragungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Sozial- und Gesundheitswesen.

Forschungsinstitut	Bank für Sozialwirtschaft
Zeitraum der Untersuchungen	Umfrage 1: 15.05.2020 – 15.06.2020 Umfrage 2: 16.11.2020 – 20.12.2020 Umfrage 3: 09.04.2021 – 10.05.2021 Umfrage 4: September 2021 – Oktober 2021
Ziel der Untersuchung	Abbildung der wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie, qualitative und quantitative Erfassung der mittelfristigen Auswirkungen, Ableitung von Unterstützungsbedarfen für politische und wirtschaftliche Weichenstellungen
Methodik	Längsschnittstudie in Form von Trendstudien, bundesweite Umfragen (nicht näher definiert) von Einrichtungen und Organisationen unterschiedlicher Branchen und Leistungsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens und der Freien Wohlfahrtspflege
Stichprobe	Mai – Juni 2020: Rd. 1.000; November – Dezember 2020: Rd. 1.400; April – Mai 2021: Rd. 1.800; September – Oktober 2021: Rd. 1.400

Studienergebnis

1. Umfrage:
- Unterstützungsbedarfe in der Fördermittelberatung
 - Sozial- und Gesundheitsimmobilien (nicht näher definiert) weisen überwiegend unzureichende bauliche Strukturen für die bestmögliche Versorgung der Pflegebedürftigen im Falle einer Pandemie auf: z. B. Fehlen von mehreren Aufenthaltsbereichen, Hygieneschleusen, trennbaren Gebäudeabschnitten, automatischen Türsystemen
 - Größter Unterstützungsbedarf von sozial- und gesundheitswirtschaftlichen Einrichtungen besteht in der qualifizierten Personalakquise und –entwicklung
2. Umfrage:
- Durch die stärkere Nutzung digitaler Medien im Zuge der Pandemie-Situation kam es zu einer Steigerung der Akzeptanz für deren Einsatz unter Mitarbeitenden, Pflegebedürftigen und Angehörigen
 - Zusätzliche Belastung des Personals durch Anstieg des Dokumentations- und Bürokratieaufwands (nicht näher definiert)
 - Zwei Drittel der Befragten können keines der Hilfsprogramme des Schutzschirms in Anspruch nehmen, meistens aufgrund von maßnahmenspezifischen Zugangsbarrieren (nicht näher definiert)
 - Bedeutsamste Hürde für den Einsatz von Digitalisierung und Technik in Einrichtung sei das Fehlen von Mitarbeitenden, die sich mit Kompetenz und freien zeitlichen Ressourcen darum kümmern könnten
 - Unzureichende Finanzierungsbasis durch Hilfsprogramme im Bereich der Digitalisierung wird von fast 60 % der Befragten als Problem angegeben (Umfrage 15.05 – 16.06.2020; n = 486)
 - Mangel hinsichtlich der Ausstattung mit Hard- und Software
3. Umfrage:
- Über 90 % der Teilnehmenden (n = 1.279) aus dem Bereich der Senioren- und Langzeitpflege nutzen Leistungen aus dem Pflegerettungsschirm nach § 150 SGB XI oder planen dies
 - Ein Drittel nutzt Leistungen aus den Programmen der Landesregierungen oder plant dies

Befragungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Sozial- und Gesundheitswesen.

4. Umfrage:

- Liquiditätsrückgang von zumeist zwischen 5 % bis 20 % und Refinanzierungslücken zwischen 5 % und 30 % von den Befragten bei Auslaufen der relevanten Schutzmaßnahmen und Hilfspakete erwartet
- Pflegerettungsschirm nach § 150 SGB XI und das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) sind die wichtigsten Instrumente zur Absicherung der wirtschaftlichen Lage, gefolgt von den Programmen der Landesregierungen
- Einrichtungen verzeichnen weiterhin Auslastungsrückgänge; insbesondere Tagespflegen (76 %) und stationäre Pflegeeinrichtungen (53 %)

Zusammenfassung / Einschätzung

Die Umfragen der Bank für Sozialwirtschaft legen die wirtschaftlichen Herausforderungen für Sozial- und Gesundheitseinrichtungen im Zuge der Pandemie dar. Zugleich weisen die Studien Ungenauigkeiten hinsichtlich Methodik und Stichprobe auf. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Einrichtungen der Langzeitpflege während der Pandemie vor allem finanzielle Hilfen auf Bundesebene genutzt haben. Zu Pandemiebeginn wiesen Bauliche Strukturen der Einrichtungen erwiesen sich zu Pandemiebeginn als unzureichend für die bestmögliche Versorgung ihrer Pflegebedürftigen unter Pandemiebedingungen. Hinsichtlich der Digitalisierung beklagten Einrichtungen eine mangelhafte Ausstattung mit Hard- und Software. Erkennbar war eine Steigerung der Akzeptanz für deren Einsatz unter Mitarbeitenden, Pflegebedürftigen und Angehörigen. Das Fehlen von Mitarbeitenden, die sich mit Kompetenz und freien zeitlichen Ressourcen um den Einsatz von Technik und um die Digitalisierung kümmern könnten, zeigte sich als bedeutsamste Hürde für den Ausbau der IT-Infrastruktur in den Einrichtung.

Quelle

Bank für Sozialwirtschaft AG (2020): Befragung zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Sozial- und Gesundheitswesen.

Bank für Sozialwirtschaft AG (2021): Befragungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Sozial- und Gesundheitswesen. Vergleich der Ergebnisse aus den Befragungen vom 15. Mai bis 16. Juni 2020 und 16. November bis 20. Dezember 2020.

Bank für Sozialwirtschaft AG (2021): Befragungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Senioren- und Langzeitpflege.

Bank für Sozialwirtschaft AG (2021): Befragungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Sozial- und Gesundheitswesen.

Projekt COVID-Heim: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim.

Forschungsinstitut Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Zeitraum der Untersuchung November 2020 bis Ende Februar 2021

Ziel der Untersuchung Generierung deutschlandweiter Daten über die Belastungen des Pflegepersonals (Ergebnisreport 1), der Versorgungssituation in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Ergebnisreport 2) und den Folgen der Schutzmaßnahmen für die Bewohnenden vollstationärer Pflegeeinrichtungen während der Corona-Pandemie

Methodik Online-Befragungen

Stichprobe Ergebnisreport 1: Pflegepersonal (Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Pflegehilfskräfte) in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen, n = 811
 Ergebnisreport 2 und 3: Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen, Personal und/oder Qualitätsmanagerinnen und -manager in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen, n = 1.010

Studienergebnis

Ergebnisreport 1:

- Pflegepersonal gab mit 55,1 % an, min. einen Risikofaktor für einen schweren Covid-Verlauf zu haben (n = nicht bekannt)
- Steigerung der Arbeitsanforderung
- Belastung des Pflegepersonals durch Sorgen der Angehörigen der Bewohnenden vollstationärer Pflegeeinrichtungen aufgrund von strikten Besuchsregelungen während der ersten Infektionswelle und aufgrund von Problemen in der Materialbeschaffung und der Angst vor infizierten Kollegen
- Pflegepersonal weist zu 38 % bedenkliche Stresssymptome auf, 40,9 % und 36,6 % weisen Angst- und Depressionssymptome auf (n = nicht bekannt)

Ergebnisreport 2

- Fast ein Viertel der Bewohnenden vollstationärer Pflegeeinrichtungen seien nach einem positivem Corona-Test verstorben
- Zugangsbeschränkungen für Hausärztinnen und -ärzte (33,3 % bei n = 1.002), Fachärztinnen und -ärzte für Geriatrie (32,5 % bei n = 688), Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie (38,5 % bei n = 843), Zahnärztinnen und -ärzte (50,7 % bei n = 902)
- 8,5 % der Heime verwehrten den Zugang für Ärztinnen und Ärzte komplett
- Psychotherapeutinnen und -therapeuten am stärksten reglementiert: Zugangsbeschränkungen (66,5 %) und Zugang untersagt (20,3 % bei n = 580)
- Unter den externen Dienstleistern war nur die Palliative Care von strengen Zugangsbeschränkungen ausgenommen
- Hausärztliche Versorgungsdefizite stiegen mit der Anzahl bestätigter Corona-Fälle in den Heimen zu 19,5 % (bei n = 261) und ohne Corona-Fälle in den Heimen zu 14,4 % (bei n = 730)

Projekt COVID-Heim: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim.

Ergebnisreport 3:

- Ermöglichung von sozialer Teilhabe trotz Schutzmaßnahmen bei 94,7 % (Bereitstellung von Tablets/Smartphones 87,9 %; Kommunikation mit Angehörigen vor Fenstern 80,8 %; kulturelle Veranstaltungen für Bewohnende ohne Verlassen der Zimmer 75,4 % bei N = 1.021)
- Besuchsverbote und –einschränkungen für Angehörige (98 % bei n = 1.064) sowie Reduzierung des Körperkontakts zwischen Pflegekräften und Bewohnern und Bewohnerinnen (59,9 % bei n = 1.061).
- Schließung von sozialen Begegnungsräumen (Kantinen, Bibliotheken, Sport- und Gymnastikräumen) bzw. Betretbarkeit nur unter Einschränkungen
- Einstellung von sozialen Angeboten im Rahmen von Schutzmaßnahmen (Ausflüge 94,6 % bei n = 919; Gottesdienst 83,3 % bei n = 969; gemeinsame Veranstaltungen 79,3 % bei n = 1.011)
- Pflegekräfte gaben Einsamkeit der Bewohnenden zu 82,3 %, Rückzug zu 73,2 %, Verwirrung zu 67 %, Zunahme von Immobilität zu 64,7 %, Aggression/Gereiztheit zu 62,9 %, Desorientierung zu 62,7 %, Essensverweigerung zu 57,0 %, nicht Erkennen von Angehörigen zu 37,6 % und vermehrte Dekubiti zu 15,7 % als Folge der Schutzmaßnahmen an (n = 711)
- 6,8 % der Pflegekräfte gaben ferner unter Sonstiges an, dass Bewohnende an starker Depression und Trauer litten oder an den Folgen von Einsamkeit verstarben

Zusammenfassung / Einschätzung

Die Ergebnisreports beleuchten die pandemiebedingten Probleme in der Versorgung in der vollstationären Langzeitpflege sowie die sozialen Folgen für Bewohnenden vollstationärer Pflegeeinrichtungen als auch für Pflegekräfte aus der Perspektive von Pflegekräften (Ergebnisreport 1) und der Perspektive von Heimleitungen (Ergebnisreport 2 und 3). Durch die Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven kann ein umfassenderes Bild der Herausforderungen im Versorgungssetting vollstationäre Langzeitpflege transportiert werden. Pflegepersonal sah sich vor Herausforderungen und zusätzliche Belastungen gestellt, bspw. durch die Sorgen von Angehörigen der Pflegebedürftigen, die Sorge vor Personalausfällen und die Beschaffung von Schutzmaterialien. Jeweils mehr als ein Drittel der Pflegepersonen in deutschen vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen weist eine Stress-, Angst- oder Depressionssymptomatik auf. In der ärztlichen und therapeutischen Versorgung der pflegebedürftigen Personen zeigten sich in einem Teil der Einrichtungen Versorgungsdefizite, insbesondere, wenn es Corona-Infektionen gab. Für Ärztinnen und Ärzte bestanden ebenso wie für Angehörige Zugangsbeschränkungen. Der physische Kontakt zwischen den Pflegebedürftigen sowie mit dem Pflegepersonal wurde z. B. durch den Wegfall kultureller Angebote minimiert. Die Einrichtungen bemühten sich soziale Teilhabe für Ihre Bewohnerinnen und Bewohner über alternative Kontaktmöglichkeiten sicherzustellen (z. B. über Tablets/Smartphones). Dennoch war für die Pflegekräfte eine Zunahme einer psychischen und physischen Symptomatik erkennbar (z. B. Zunahme von Immobilität, Zunahme von Druckgeschwüren, Zunahme von Desorientiertheit, Verweigerung der Essensaufnahme, Zunahme von Einsamkeit).

Quelle

Hering et al. (2021): Ergebnisreport Nr. 1. Systemrelevant und stark belastet: Zum Befinden des Pflegepersonals in der Corona-Pandemie.

Hering et al. (2021): Ergebnisreport Nr. 2. Zur Infektions- und Versorgungssituation in der Corona-Pandemie: Deskriptive Einblicke zur ersten Infektionswelle aus Sicht der Heimleitungen.

Hering et al. (2021): Isolation und Einsamkeit: Zur Umsetzung von Schutzmaßnahmen und Folgen für Heimbewohner:innen.

Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege.

Forschungsinstitut Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Zeitraum der Untersuchung Juni 2020

Ziel der Untersuchung Einen Beitrag leisten bei der Schaffung einer validen Datenbasis hinsichtlich der Betroffenheit der pflegerischen Versorgungseinrichtungen von der Pandemie, deren Umgang mit der Situation und potentiellen Unterstützungsbedarfen um dies an Leistungsbringer und politische Akteure zu transportieren.

Methodik Online-Befragung

Stichprobe 824 stationäre Pflegeeinrichtungen; teilstationäre Einrichtungen n = 96; ambulante Pflegedienste n = 701

Studienergebnis

Stationäre Einrichtungen:

- Einsatz digitaler Kommunikation um drohende Einsamkeit zu bewältigen. Telefonischer Kontakt an oberster Stelle, gefolgt von E-Mail im Kontakt externen Leistungserbringern
- ähnliches Bild im Kontakt zu Pflegebedürftigen zeichnet sich ein ähnliches Bild, jedoch war hier der Kontakt über Messenger-Dienste (24,6 %), Videokonferenz (25 %) noch häufiger als E-Mail (19,2 %).
- Im Zuge der Pandemie wurden in den vollstationären Pflegeeinrichtungen Tablets und Smartphones angeschafft und Dienste wie Skype, Whatsapp und Jitsi installiert; teils erst in einigen Einrichtungen musste erst eine WLAN-Verbindung eingerichtet werden
- Teils Anschaffung von Software für digitale ärztliche Visiten in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Bsp. Patientus, ELVI)
- Personalausfälle bei 71 % der stationären Einrichtungen (n = 732)
- Arbeitsmehraufwand bei 75 % der Einrichtungen (n = 649) von durchschnittlich 61,5 Minuten pro Pflegekraft und Schicht bei n = 477
- Weitere Maßnahmen: 30,7 % Schließung einzelner Bereiche der Einrichtungen, 49,1 % Aufnahmestopp, 96,1 % Krisenteams, 98,7 % Maßnahmen zur Kontaktreduzierung, 88,1 % Verbot des Zutritts für Ehrenamtliche, bauliche Maßnahmen bei 17,8 % der Einrichtungen und 8,3 % geplant
- Häufigste Veränderungen des Personalmanagements: Umverteilung des Stammpersonals innerhalb der Einrichtungen 33,1 %, Stundenaufstockung 28,5 % und in 16,3 % der Einrichtungen wurde auf Zeit- und Leiharbeiter zurückgegriffen
- Telecare Technologien wurden vor der Pandemie von 90 % (444 Einrichtungen) der Einrichtungen nicht genutzt; während der Pandemie wurde diese nur zu 5 % genutzt, um mit den Pflegebedürftigen zu kommunizieren (n = 728)

Teilstationäre Einrichtungen:

- Von n = 62 Pflegeeinrichtungen schafften knapp 25,8 % neue Kommunikationsmöglichkeiten für Pflegebedürftige
- Personalausfälle bei 28,1 % der befragten Einrichtungen (n = 96)
- Arbeitsmehraufwand bei 20,8 % der teilstationären Einrichtungen (N = 96) von durchschnittlich 85 Minuten pro Schicht.
- Weniger Veränderung in der digitalen Kommunikation, da Telefon und E-Mail bereits zuvor stärker genutzt wurden. Auch Messenger-Dienste wurden zur Kommunikation mit den Mitarbeitenden bereits zuvor genutzt. Geringe Nutzung von Telecare-Technologien (13 %) und Videokonferenzen (12 %) bereits vor der Pandemie

Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege.

Ambulante Pflegedienste:

- Hinsichtlich dem Personalmanagement gaben ein Viertel der Dienste an durch Personalumverteilung mit Defiziten umzugehen
- Personalausfälle von bis zu 10 % bei 37,4 % der befragten ambulanten Dienste im April 2020 (n = 701)
- Häufigste Veränderungen des Personalmanagements: Umverteilung des Stammpersonals innerhalb des Dienstes 25,1 %, Stundenaufstockung und Urlaubssperren bei knapp über 15 % und 8,5 % der Dienste griffen auf Kurzarbeit zurück (n = 621)
- Umsatzanteil an SGB V-Leistungen vor Pandemieausbruch bei 45,3 % (n = 564) und SGB XI-Leistungen bei 50,9 % (n = 571) aller Umsätze; pandemiebedingte Änderungen der Inanspruchnahme der SGB V Leistungen bei fast 50 % der befragten Dienste (n = 605) wobei 73,5 % davon eine Abnahme verzeichneten; Inanspruchnahme von SGB XI Leistungen änderte sich bei 59,7 % (n = 628) wovon 77,9 % (N = 375) eine Abnahme der Grundpflegeleistungen berichteten
- Abnahme der Inanspruchnahme von Betreuungsmaßnahmen zu 65,4 % (n = 604) von Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung zu 64,2 % (n = 600) und der Service- und Beratungsleistungen zu 44,1 % (n = 533) und 63,5 % (n = 617).
- Umsatzverluste werden von etwa der Hälfte erwartet
- Personalausfälle und Arbeitsmehraufwand von circa 40 Minuten pro Schicht
- Vor Ausbruch der Pandemie lebten bei 41,8 % der 701 ambulanten Diensten bei mindestens einem von ihnen versorgten Haushalt eine bezahlte Hilfs- und Betreuungskraft aus dem Haushalt (durchschnittlich 6,3 Haushalte). 32,4 % der Pflegedienste (n = 293) berichteten, dass die Pflegekraft nach Ausbruch der Pandemie fehlte
- Wegen des Rückgangs der Inanspruchnahme von Leistungen und dem Fehlen von teilstationären Angeboten schätzt 45,8 % der Pflegedienste (n = 552) die Versorgung als gefährdet/in-stabil oder nicht sichergestellt ein

Zusammenfassung / Einschätzung

Im Rahmen der bundesweiten Studie „zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie“ wurden stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen befragt. Die breit angelegte Stichprobe ermöglicht ein umfassendes Bild der pandemiebedingten Auswirkungen und den Umgang der Einrichtungen und Dienste damit. Die Arbeitsbelastung der beruflich Pflegenden ist deutlich angestiegen. Pro Person und Schicht betrug dieser je nach Versorgungssetting zwischen 40-85 Minuten beziffert. Personalausfälle wurden in allen Einrichtungsarten berichtet, wobei vollstationäre Einrichtungen am stärksten betroffen waren. Pflegekräfte wurden innerhalb der Einrichtungen umverteilt, um Personalausfälle abzudecken, erhöhten ihre Arbeitszeit oder konnten z. T. keinen Urlaub nehmen. Auch auf Leasing-Personal wurde zurückgegriffen. Einige ambulante Dienste berichteten konträr dazu jedoch, ihr Personal in Kurzarbeit geschickt zu haben. Die Einrichtungen berichteten von unterschiedlichen Maßnahmen, die als Reaktion auf die Pandemie getroffen wurden (z. B. Aufrüstung der digitalen Ausstattung vornehmlich für digitale Kommunikation der Pflegebedürftigen, bauliche Veränderungen, Einschränkung kultureller und sozialer Angebote). Ambulante Pflegedienste verzeichneten Verringerung der Inanspruchnahme von SGB XI- und V-Leistungen und stellten mit dem gleichzeitigen Wegfall teilstationärer Angebote die Versorgungssicherheit der Klientinnen und Klienten in Frage.

Quelle

Wolf-Ostermann et al. (2020): Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege.

ZQP-Analyse. Die SARS-COV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste.

Forschungsinstitut Stiftung ZQP

Zeitraum der Untersuchung 20. August bis 8. September 2020 bei ambulanten Pflegediensten; 6. bis 27. Juli 2020 bei stationären Einrichtungen

Ziel der Untersuchung Verbesserung der Sichtbarkeit der pandemiebedingten Herausforderungen und Belastungen in der Langzeitpflege für Pflegebedürftige und Pflegenden

Methodik Computergestützte Telefoninterviews (CATI)

Stichprobe n = 1.000 (ambulante Pflegedienste); n = 950 (vollstationäre Einrichtungen)

Studienergebnis

- Gesundheitliche Versorgung durch die Pandemie sowohl in der ambulanten als auch vollstationären Langzeitpflege verschlechtert; Wegfall von Versorgungsangeboten wie Tagespflege, Fußpflege, Physiotherapie, Logopädie, haus- und fachärztliche Betreuung; Abnahme der Versorgung und Unterstützung durch Dritte (z. B. Nachbarschaftshilfe, Ehrenamt)
- Teils erheblicher Mangel an Schutzausrüstung bei ambulanten Diensten (insbesondere einfacher Mund-Nasen-Schutz, FFP-2-Masken, Händedesinfektion) und vollstationären Einrichtungen (insbesondere FFP2-Masken, einfacher Mund-Nasen-Schutz, Schutzkittel/Händedesinfektion)
- Statistischer Zusammenhang zwischen Mangel an Schutz-/Hygienematerial (Mund-Nasen-Schutz, FFP-2-Maske, Hände-Desinfektionsmittel) und psychischer Belastung der Beschäftigung nachweisbar

Ambulante Pflegedienste:

- Steigerung der physischen Belastung bei 40 % der Beschäftigten
- Steigerung der psychischen Belastung bei 58 % der Beschäftigten
- Ablehnung von neuen Klientinnen und Klienten bei 37 % der Befragten aufgrund der Pandemiesituation; im Mittel Ablehnung von 8,5 Anfragen bei ablehnenden Diensten
- 28 % gaben an, Klientinnen und Klienten um eine coronabedingte Reduzierung oder Aussetzung vereinbarter Leistungen gebeten zu haben; im Mittel 10,0 Fälle unter den betroffenen Diensten
- 6 % der Dienste beendeten coronabedingt min. ein Pflegeverhältnis
- 78 % geben an, dass Pflegebedürftige oder ihre Vertretenden gebeten wurden Leistungen zu reduzieren oder auszusetzen; 14 % berichteten von Kündigungen des Pflegevertrags durch die Pflegebedürftigen oder ihre Vertretenden
- 31 % gaben dagegen Nachfragen nach einer Leistungsausweitung durch bestehende Klientinnen und Klienten an

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen:

- Verschlechterung der Stimmung und Lebensfreude bei Bewohnenden ohne Demenz (74 %), Bewohnenden mit Demenz (54 %). Verschlechterung von Kognition und Orientierung bei Bewohnenden mit Demenz (43 %) und ohne Demenz (32 %)
- Steigerung der physischen Belastung bei 39 % der Beschäftigten
- Steigerung der psychischen Belastung bei 65 % der Beschäftigten; insbesondere in vollstationären Einrichtungen Ausweitung der Aufgaben bei Beschäftigten

ZQP-Analyse. Die SARS-COV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste.

Zusammenfassung / Einschätzung

Die ZQP-Analyse untersucht die Belastungen und Herausforderungen für Pflegendende und Pflegebedürftigen aus Perspektive ambulanter und vollstationärer Langzeitpflege. Ausgehend von computergestützten Telefoninterviews ermöglicht die Studie Einblicke in pandemiebedingte Problemlagen. Eine Einbeziehung von Pflegebedürftigen hätte angesichts deren Priorisierung innerhalb des Studiensettings ein ganzheitlicheres Bild der Situation ermöglicht. Insgesamt kann eine Verschlechterung der Situation beruflich Pflegenden durch gestiegene physische und psychische Belastungen konstatiert werden. Die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen hat sich verschlechtert. In der ambulanten Pflege konnten pandemiebedingt bei mehr als einem Drittel der befragten Dienste keine neuen Klientinnen und Klienten mehr aufgenommen werden. Etwas weniger als ein Drittel der Dienste bat um eine Reduzierung oder Aussetzung vereinbarter Leistungen. Auch die Sorge der Pflegebedürftigen vor einer Corona-Infektion führte zu einem Nachfragerückgang bis hin zu Kündigungen bestehender Pflegeverträge.

Quelle

Eggert & Teubner (2021): ZQP-Analyse. Die SARS-COV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste.

Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften.

Forschungsinstitut Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, Medizinische Fakultät; Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft

Zeitraum der Untersuchung April 2020 und Dezember 2020 bis Januar 2021

Ziel der Untersuchung Veränderungen der Herausforderungen und Belastungen im Kontext der ersten und zweiten Pandemiewelle für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen aus Perspektive der Führungskräfte (1); Erfassen der Strategien und Maßnahmen im Umgang mit den coronabedingten Herausforderungen sowie der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und mögliche Informationsquellen (2); Veränderungen des Wohlbefindens und der beruflichen Mobilitätswünsche der befragten Führungskräfte

Methodik Online-Fragebogen

Stichprobe n = 299 Führungskräfte aus ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen in Deutschland

Studienergebnis

- Sorge vor Corona-Infektionen bei Pflegebedürftigen als Herausforderung, Angehörige von Pflegebedürftigen als potentielle Gefahr durch Verschweigen positiver Tests wahrgenommen
- Anstieg des Anteils der Befragten, die die Testung von Pflegebedürftigen als belastende Herausforderung wahrnahmen von 70 % auf 84 %
- Sorge vor Corona-Infektionen bei Mitarbeitenden als Herausforderung
- Anstieg des Anteils der Befragten, die die Testung von Mitarbeitenden als Herausforderung wahrnahmen von 73 % (erste Infektionswelle) auf 94 % (zweite Infektionswelle); Wahrnehmung von Testungen als kostenintensiv und aufwendig
- Hohe Preise für Schutzausrüstung und mangelnde Qualität als Belastung; Beschaffung und Verbrauch von Ausrüstung zum Infektionsschutz wurde in späteren Befragungen (Welle 2) weniger belastend empfunden.
- Einhaltung von Hygieneschutzmaßnahmen des RKI werden als weniger herausfordernd, jedoch zeitintensiv wahrgenommen
- Zunahme von 90 % (Welle 1) auf 92 % (Welle 2) der Einrichtungen, die die Ausstattung mit genügend Finanzmitteln als Herausforderung erleben; Abnahme des Anteils der Einrichtungen, welche die Ausstattung mit genügen Finanzmitteln als sehr starke oder starke Belastung erleben von 55,7 % (Welle 1) auf 41,3 % (Welle 2)
- Zunahme des Empfindens von Widersprüchlichkeiten und Intransparenz arbeitswichtiger Informationen (nicht näher definiert) als Herausforderungen von 89 % (Welle 1) auf 95 % (Welle 2)
- Kontaktverbot für Angehörige als Herausforderung (80 %)
- Anstieg des Anteils der Führungskräfte, die die Isolation von Pflegebedürftigen als Herausforderung wahrnahmen von 52 % auf 61 %
- Weitere allgemeine Herausforderungen (zweite Welle): Durchführung von Dienstbesprechungen (96 %), hohe Erwartungen der Angehörigen (93 %), Überlastung der Mitarbeitenden (93 %)

Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften.

Zusammenfassung / Einschätzung

Pförtner et al. untersuchen die Belastungssituation aus der Sicht der Führungskräfte von ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen in Deutschland zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten in der Pandemie. Die Befragten äußerten Sorge vor Corona-Infektionen bei den Pflegebedürftigen sowie dem Personal. Über die ersten Infektionswellen zeigte sich überwiegend eine Zunahme des Belastungsempfindens bspw. bei der Durchführung von Corona-Tests bei Pflegebedürftigen und insbesondere bei Testungen der Mitarbeitenden. Die Einhaltung von Hygieneschutzmaßnahmen des RKI wurden einerseits als weniger herausfordernd, jedoch zeitintensiv wahrgenommen. Andererseits gab der Großteil der Befragten an, dass arbeitswichtige Informationen widersprüchlich und intransparent waren, was in den Einrichtungen zu zusätzlichen Aufwänden und Unsicherheit führte. Neben einer Überlastung des Personals gestaltete sich auch der notwendige Austausch mit den pflegenden in Form von Dienstbesprechungen als herausfordernd. Abgenommen hat im Pandemieverlauf die Belastung Ausrüstung zum Infektionsschutz zu beschaffen. Hierbei wurde zunächst über hohe Preise bei mangelnder Qualität geklagt.

Quelle

Pförtner et al. (2021): Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften.

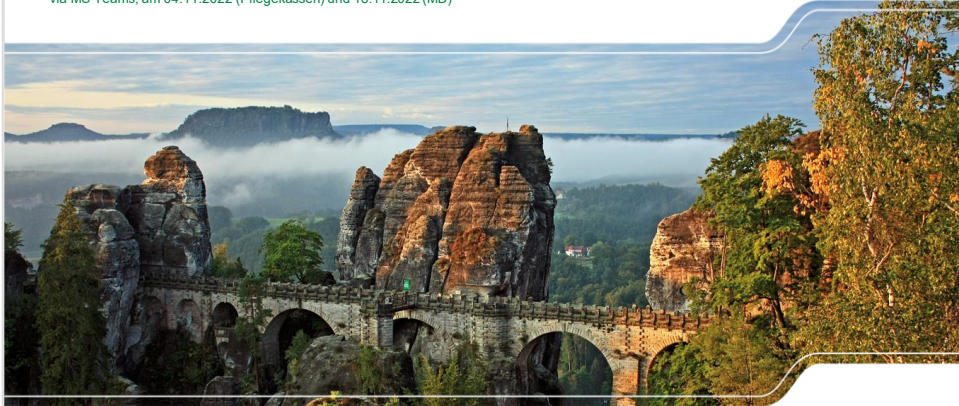
D80+ Kurzberichte. Wahrgenommene Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen	
Forschungsinstitut	Ceres – cologne center for ethics, economics and social sciences of health Universität zu Köln
Zeitraum der Untersuchung	November 2020 bis April 2021
Ziel der Untersuchung	Darstellung der mittelbaren und unmittelbaren Betroffenheit hochaltriger Menschen ab 80 Jahren durch die Corona-Pandemie, der daraus resultierende Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen und deren subjektive Bewertung
Methodik	Mixed Method (deutschlandweite schriftliche Repräsentativbefragung mit anknüpfender telefonischer Befragung)
Stichprobe	n = 10.372 (schriftliche Befragung)
Studienergebnis	
	<ul style="list-style-type: none"> • Hochaltrige Internetnutzerinnen und –nutzer (28,4 % der Befragten) verzeichnet zu 23,5 % eine Veränderung in ihrer Internetnutzung im Zuge der Corona-Pandemie • Befragte aus vollstationären Pflegeeinrichtungen berichteten signifikant häufiger sich mit Corona infiziert zu haben (19,2 %) als privatwohnende Personen (3,6 %) • Hochaltrige gaben zu 18,2 % an, dass Personen in ihrem sozialen Umfeld an Corona erkrankten und zu 7,5 % an der Erkrankung verstarben (Antworten liegen nur von 41,3 % der Befragten vor) • Ältere Personen und Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen waren häufiger von Schutzmaßnahmen betroffen, wobei der Anteil der durch Quarantänemaßnahmen betroffenen Hochaltrigen über die Altersgruppen hinweg zu nimmt (80 – 84-Jährige zu 39,8 %, 85-89-Jährige zu 41,2 % und über 90-Jährige zu 63,7 %); Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen signifikant häufiger (61,5 %) von Maßnahmen betroffen als Personen in Privathaushalten (39 %) • Veränderungen in den Lebenssituationen durch Corona-Erkrankungen im sozialen Umfeld; coronabedingte Veränderungen bewerten ein substanzieller Teil der Befragten über alle Lebensbereiche (u. a. private Kontakte, Alltagsgestaltung und Freizeit, Wohlbefinden) hinweg als negativ
Zusammenfassung / Einschätzung	
<p>Aufgrund der großen Stichprobe und des hohen Differenzierungsgrades der Ergebnisse nach Subtypen ermöglicht die Studie einen umfassenden Blick auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf hochaltrige Menschen in Deutschland. Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen waren signifikant häufiger von Quarantänemaßnahmen betroffen als Personen in der eigenen Häuslichkeit. Gleichzeitig berichteten Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Einrichtungen signifikant häufiger, eine Corona-Infektion durchlebt zu haben. Coronabedingte Lebensveränderungen wurden durch die hochaltrigen Menschen negativ assoziiert.</p>	
Quelle	
Hansen et al. (2021): D80+ Kurzberichte. Wahrgenommene Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen	

Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung	
Forschungsinstitut	Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) Charité – Universitätsmedizin Berlin
Zeitraum der Untersuchung	21. April bis 2. Mai 2020
Ziel der Untersuchung	Gewinn von Erkenntnissen zu Herausforderungen und Belastungen bei pflegenden Angehörigen aufgrund der Pandemie-Situation
Methodik	Online-Befragung ergänzt durch unveröffentlichte Ergebnisse einer ersten Vorwertung von schriftlichen Erfahrungsberichten pflegender Angehöriger während der Corona-Krise des ZQP-Angebot „Krisenerfahrung teilen“
Stichprobe	n = 1.000 gezogen aus einem Online-Panel von circa 80.000 deutschsprachigen Personen; Einschlusskriterien: Menschen in Deutschland; Alter: 40 bis 85 Jahre; Pflegetätigkeit im privaten Umfeld seit mind. 6 Monaten und mind. einmal wöchentlich; die gepflegte Person ist mind. 60 Jahre, hat einen Pflegegrad und wird in der Häuslichkeit versorgt
Studienergebnis	
	<ul style="list-style-type: none"> • Besorgnisgrad der Angehörigen vor einer Corona-Infektion der pflegebedürftigen Person unterscheidet sich nach Altersgruppen: 40 bis 54-Jährige sind zu 46 % stark besorgt, 55 bis 69-Jährige zu 44 % und 70- bis 85-Jährige nur zu 22 %; Sorge vor eigener Infektion unter den Angehörigen fiel halb so doch aus • Stärkeres Belastungsempfinden von pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten ersichtlich an der subjektiven Wahrnehmung einer Verschlechterung der Pflegesituation bei 41 % (27 % ohne Demenzerkrankung) (n = 970) • Der Wegfall von Dienstleistungen und Hilfestrukturen im nahen Wohnumfeld führt für 39 % der Befragten zu Mehrbelastungen (n = 1.000) • Zunahme belastender Gefühle und Konflikte betrifft Angehörige von Demenzerkrankten signifikant stärker, Zunahme von: Gefühlen der Hilflosigkeit bei 39 % (n = 968), Gefühlen der Verzweiflung 32 % (n = 956), Konflikten 30 % (n = 964) Gefühlen der Wut/Ärger 27 % (n = 952) • Rückgang der Nutzung von Unterstützungsressourcen besonders stark im Bereich der Tagespflege, der hausärztlichen Versorgung und anderer Gesundheitsdienstleister wie der Fußpflege • Nutzung von Telefonie und Videokommunikation, um den Kontakt zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen aufrechtzuerhalten, bewerten 42 % der pflegenden Angehörigen von Menschen ohne Demenz und 56 % der Angehörigen (n = 648) bei Menschen mit Demenz als negativ • Umsetzung von Maßnahmen in der häuslichen Pflege wie Vermeidung körperlichen Kontakts wird beim Vorliegen einer Demenz zu 32 % negativ und bei Pflegebedürftigen ohne Demenz zu 23 % negativ bewertet (n = 967) • Pflegende Angehörige mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen bis unter 2.000€ machen sich mit 44 % häufiger Sorgen um ihre berufliche Zukunft als pflegende Angehörige mit einem höheren monatlichen Haushaltsnettoeinkommen (n = 521)
Zusammenfassung / Einschätzung	
	Eggert et al. untersuchten die Situation pflegender Angehöriger in der COVID-19-Krise in der ersten Erkrankungswelle in einer bundesweiten Befragung. Nachgewiesen wurde, dass pflegende Angehörige durch die Corona-Pandemie in der Versorgung der pflegebedürftigen Person bspw. durch den Wegfall von Hilfestrukturen und wohnortnahen Dienstleitungen zusätzlich belastet wurden. Insbesondere Angehörige von Menschen mit Demenz nahmen die Pflegesituation als verschlechtert war. Angehörige demenziell Erkrankter waren besonders von psychischen Folgen wie Gefühlen von Hilflosigkeit und Verzweiflung betroffen. Auch berichteten sie signifikant häufiger von Konflikten und davon Wut/Ärger zu empfinden.
Quelle	
	Eggert et al. (2020): Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung.

Anhang 5 – Präsentation Fokusgruppen

Fokusgruppe Pflegekassen/Medizinischer Dienst Thema: Coronabedingte Aussetzungen bürokratischer Anforderungen

Dr. Grit Braeseke, Ulrike Pörschmann-Schreiber, Nina Lingott, IGES Institut
via MS Teams, am 04.11.2022 (Pflegekassen) und 18.11.2022 (MD)



Platzhalter Bereich Zweifoga

Ablauf der Fokusgruppe

10.00 – 11.30 Uhr





- | Begrüßung und Vorstellungsrunde
- | Hintergrund und Ziel des Projektes
- | Darstellung des Ziels der Fokusgruppe
- | Entbürokratisierungsmaßnahmen während der Corona-Pandemie

Ca. 30 min Pause

12.00 – 14.00 Uhr

- | Coronabedingte Maßnahmen und ihre zukünftige Gestaltung
- | Fazit und Ausblick

Inhaltliche und technische Hinweise

- I Der Informationsaustausch im Rahmen der Fokusgruppe ist vertraulich
- I Respektvoller Umgang mit unterschiedlichen Meinungen
- I Hinweise für Teilnehmer/-innen per Videokonferenz
 - Bitte stellen Sie sich auf stumm, wenn Sie nicht reden. (In der Menüleiste am unteren Bildschirmrand klicken. Rot = stumm.)
 - Wenn Sie etwas sagen möchten: Heben Sie die Stummstellung auf und sprechen Sie. (Sie können sich zuvor über Ihre virtuelle Hand melden. Klicken Sie dazu auf das Handsymbol neben Ihrem Namen in der Teilnehmerliste.
Hand gehoben:  Hand nicht gehoben: 
 - Senden Sie einen Chat. Klicken Sie dazu in der Menüleiste am unteren Bildschirmrand auf . Das Chatfenster geht auf und Sie können eine Nachricht schreiben.
 - Wenn die Audioverbindung über Ihren Computer nicht gut ist, lassen Sie sich von MS Teams per Telefon anrufen. Details sind in der Anleitung.
 - Wenn Sie Ihre Videokamera ausschalten möchten, klicken Sie in der Menüleiste am unteren Bildschirmrand auf . Rot = Kamera aus.

3 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Vorstellungsrunde

Name

fachlicher Hintergrund

Herzlich Willkommen!



4 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Hintergrund des Projektes

- I In Sachsen empfahl die Enquete-Kommission „Sicherstellung der Versorgung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege älterer Menschen im Freistaat Sachsen“ in ihrem im Januar 2019 vorgestellten Bericht unter anderem, den administrativen Aufwand in der Pflege, über die aktuellen Bemühungen der Entbürokratisierung hinaus, deutlich zu reduzieren.
 - I Antrag der Fraktionen CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und SPD im Sächsischen Landtag zum Thema „Potentiale für den Abbau von Bürokratielasten in Gesundheits- und Pflegeberufen erkennen“ (im Oktober 2020)
- **Vorschlag einer Evaluation zum aktuellen Stand der Implementierung des Strukturmodells sowie zur Nutzung digitaler Arbeitsmittel in Pflegeeinrichtungen**

5 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Ziel des Projektes

Ziel der Evaluation ist die Ermittlung des aktuellen Stands der Digitalisierung und Dokumentationsentlastung in sächsischen Pflegeeinrichtungen. Folgende fünf Module sind zu betrachten:

1. Umsetzung des Strukturmodells (EinSTEP) in Pflegeeinrichtungen
2. Status quo der IT-Struktur in Pflegeeinrichtungen
3. Inanspruchnahme von Förderprogrammen zur Digitalisierung (insb. § 8 Abs. 8 SGB XI)
4. Erfahrungen mit coronabedingt ausgesetzten „bürokratischen“ Anforderungen
5. Schlussfolgerungen zu Entbürokratisierungspotenzialen und ggf. notwendigen Gesetzesänderungen

Projekt-Website: <https://sachsen-pflegearbeit-verbessern.de/>

6 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Ziel der Fokusgruppe

Wir möchten von Ihnen gerne mehr über **Ihre Erfahrungen und Erkenntnisse während der Corona-Pandemie im Hinblick auf die Aussetzung bürokratischer Anforderungen** wissen.

Damit erhalten wir einen Einblick aus der Praxis, welchen Einfluss diese Regelungen auf Ihre Tätigkeit haben/hatten.

Entbürokratisierung während der Corona-Pandemie

Potenziale zur Reduzierung bürokratischer Anforderungen „nach Corona“

7 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Entbürokratisierung während der Corona-Pandemie



Welche Maßnahmen der Entbürokratisierung haben Sie in Ihrem beruflichen Alltag während der Corona-Pandemie wahrgenommen?

- Umgang mit Maßnahmen/Umsetzung von Maßnahmen
- Erlebte Be- und/oder Entlastung
- Veränderung von Prozessen/Abläufen
- Konsequenzen der Maßnahmen
- Erfahrungen mit den Maßnahmen
- Erkenntnisse für die Zukunft

8 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Überblick zu den ergriffenen Maßnahmen

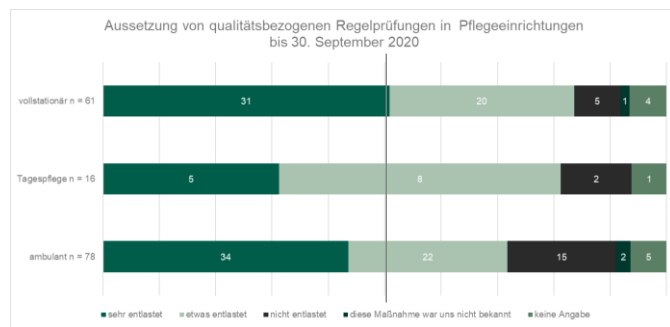


9 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (1)

Aussetzung qualitätsbezogener Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen bis 30. September 2020 (März 2020)

So haben Pflegeeinrichtungen* in Sachsen die Maßnahme beurteilt:



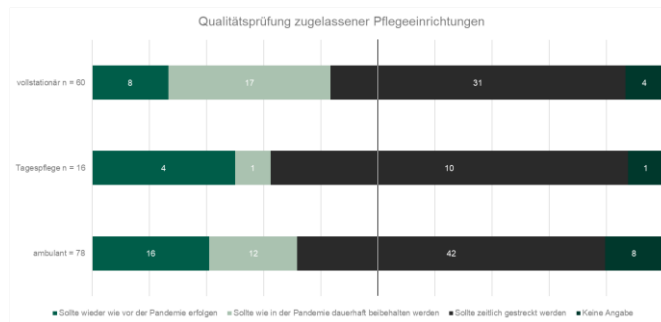
*vollstationär, teilstationär und ambulant

10 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (1)

Aussetzung qualitätsbezogener Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen bis 30. September 2020 (März 2020)

So stellen sich
Pflegeeinrich-
tungen* in
Sachsen zukünftig
die Maßnahme
vor:



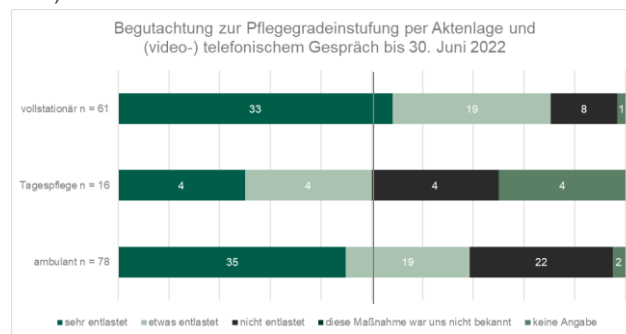
*vollstationär, teilstationär und ambulant

11 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (2)

Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und(video-)telefonischem Gespräch bis 30. Juni 2022 (März 2020)

So haben
Pflegeeinrich-
tungen* in
Sachsen die
Maßnahme
beurteilt:



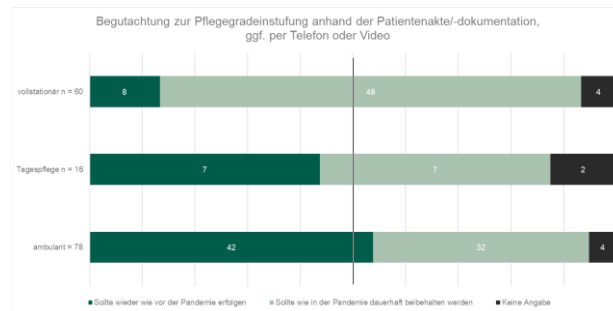
*vollstationär, teilstationär und ambulant

12 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (2)

Begutachtung zur Pflegegradeinstufung per Aktenlage und(video-)telefonischem Gespräch bis 30. Juni 2022 (März 2020)

So stellen sich
Pflegeeinrich-
tungen* in
Sachsen zukünftig
die Maßnahme
vor:



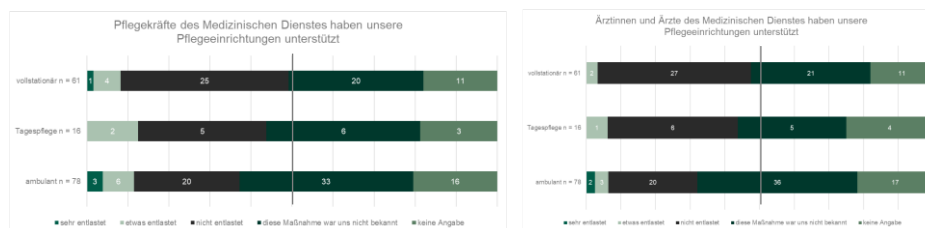
*vollstationär, teilstationär und ambulant

13 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (3)

Unterstützung durch Pflegekräfte/Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes in den Pflegeeinrichtungen (März 2020)

So haben Pflegeeinrichtungen* in Sachsen die Maßnahme beurteilt:



*vollstationär, teilstationär und ambulant

14 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (3)

Fachliche Unterstützung durch Pflegekräfte/Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes in den Pflegeeinrichtungen (März 2020)

So stellen sich Pflegeeinrichtungen* in Sachsen zukünftig die Maßnahme vor:



15 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (3)

Personelle Unterstützung durch Pflegekräfte/Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes in den Pflegeeinrichtungen (März 2020)

So stellen sich Pflegeeinrichtungen* in Sachsen zukünftig die Maßnahme vor:

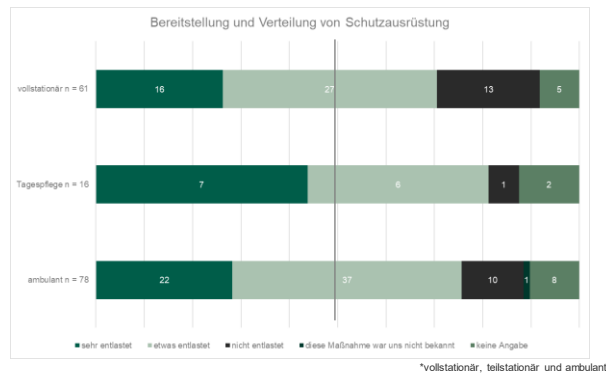


16 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (4)

Bereitstellung und Verteilung von Schutzausrüstung (März 2020)

So haben
Pflegeeinrich-
tungen* in
Sachsen die
Maßnahme
beurteilt:

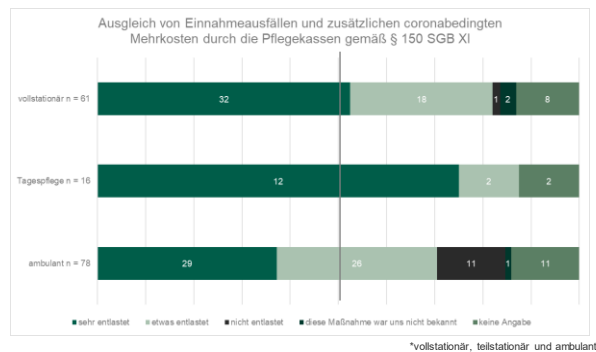


17 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (5)

Ausgleich von Einnahmeausfällen und zusätzlichen coronabedingten Mehrkosten durch die Pflegekassen gemäß § 150 SGB XI (März 2020)

So haben
Pflegeeinrich-
tungen* in
Sachsen die
Maßnahme
beurteilt:

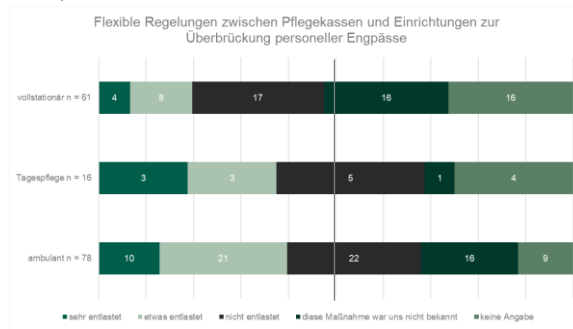


18 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (6)

Flexible Regelungen zwischen Pflegekassen und Einrichtungen zur Überbrückung personeller Engpässe (März 2020)

So haben Pflegeeinrichtungen* in Sachsen die Maßnahme beurteilt:



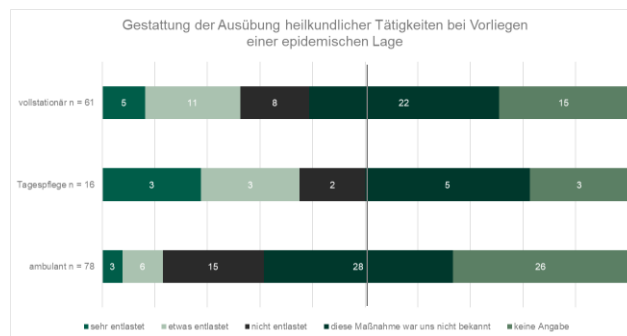
*vollstationär, teilstationär und ambulant

19 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (7)

Gestattung der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Vorliegen einer epidemischen Lage (März 2020)

So haben Pflegeeinrichtungen* in Sachsen die Maßnahme beurteilt:



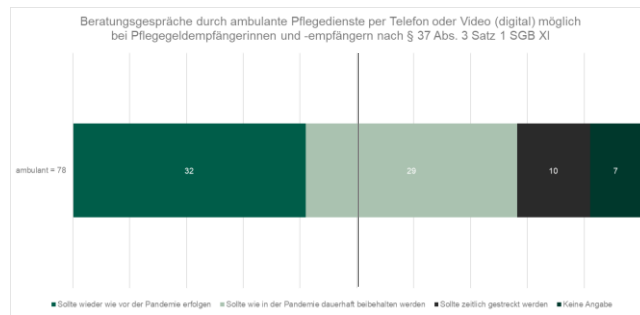
*vollstationär, teilstationär und ambulant

20 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (8)

Beratungsgespräche durch ambulante Pflegedienste per Telefon oder Video (digital) möglich bei Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern nach § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI (März 2020)

So stellen sich Pflegeeinrichtungen* in Sachsen zukünftig die Maßnahme vor:



21 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Coronabedingte Maßnahmen (9)

Einführung einer Meldepflicht von Coronainfektionen (März 2020)

- für Personal und Pflegebedürftige in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen

Einsatz des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI für Hilfen außerhalb der regulär geltenden Regelung (Mai 2020)

- Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können diesen für Hilfen außerhalb der geltenden Regelung einsetzen
- bis zum 31. Dezember 2022

Anhebung des erstattungsfähigen Betrages für Verbrauchshilfsmittel bei häuslicher Pflege (Mai 2020)

- bei häuslicher Pflege
- von 40 Euro auf 60 Euro pro Monat,
- rückwirkend ab 01. April 2020 bis zum 31. Dezember 2021

Erhöhung des Pflegeunterstützungsgeldes (Mai 2020)

- für pflegende Angehörige
- von 10 auf 20 Arbeitstage
- bis zum 31. Dezember 2023

Welche Berührungspunkte hatten Sie mit diesen Maßnahmen in Ihrem Arbeitsalltag?

22 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

FAZIT UND AUSBLICK

23 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Fazit

Entbürokratisierung während der Corona-Pandemie

Potenziale zur Reduzierung bürokratischer Anforderungen „nach Corona“

24 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022

Abschlussrunde



Was möchten Sie ggf. noch zum Thema Entbürokratisierung der
Pflege ergänzen?

25 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022



Bilder stammen von pixabay.com; Matthias Enter/Adobe Stock; Adobe Stock
26 Fokusgruppe Pflegekasse/Medizinischer Dienst 04.11.2022 & 18.11.2022



Herausgeber:

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt
Albertstraße 10, 01097 Dresden
E-Mail: redaktion@sms.sachsen.de
Internet: www.sms.sachsen.de

Redaktion:

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt

Gestaltung und Satz:

IGES Institut GmbH

Redaktionsschluss:

April 2023

Verteilerhinweis

Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinarbeit des Herausgebers zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Copyright

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.