



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

**Mögliche Folgen der Einrichtungsbezogenen Impfpflicht nach §20a
Infektionsschutzverordnung**
–
**eine Querschnittserhebung von Einrichtungen
nach SGB V und SGB XI**

Prof. Dr. Johannes Gräske, MSc
Theresa A. Forbrig, MSc
Berlin, 25. Februar 2022

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin
pflgeforschung@ash-berlin.eu

Zitiervorschlag: Gräske, J., Forbrig, T.A. (2022): Mögliche Folgen der Einrichtungsbezogenen Impfpflicht nach §20a Infektionsschutzverordnung – eine Querschnittserhebung von Einrichtungen nach SGB V und SGB XI. Alice Salomon Hochschule Berlin.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	3
1. Hintergrund.....	4
1.1. Versorgungsformen.....	4
1.1.1. Ambulante Pflege.....	4
1.1.2. Krankenhaus.....	4
1.1.3. Stationäre Langzeitpflege	4
1.2. Sars-CoV-2-Infektionen in Pflegesettings	5
1.3. Impfungen	5
1.4. Beschäftigte im Gesundheitswesen	6
1.5. Einrichtungsbezogene Impfpflicht	6
2. Methodik.....	7
2.1. Stichprobe	8
2.2. Erhebungsinstrument.....	8
2.3. Datenauswertung.....	8
3. Ergebnisse	8
3.1. Impfquote - Pflegefachpersonen.....	9
3.2. Impfquote – Pflegepersonen	9
3.3. Auswirkungen.....	9
3.4. Erforderliche Maßnahmen.....	15
4. Diskussion.....	15
5. Empfehlungen	16
6. Literaturverzeichnis	17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Befragte Einrichtungen, Pflege(fach)personen	11
Tabelle 2: Pflegefachpersonen gemäß §20a IfSG.....	11
Tabelle 3: Pflegepersonen gemäß §20a IfSG	12
Tabelle 4: Versorgungskapazität	12

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Veränderung im Versorgungspotenzial nach Bundesländern	13
Abbildung 2: Veränderung im Versorgungspotenzial nach Bundesländern – ambulante Pflege	13
Abbildung 3: Veränderung im Versorgungspotenzial nach Bundesländern - Krankenhaus	14
Abbildung 4: Veränderung im Versorgungspotenzial nach Bundesländern - Krankenhaus	14

Abkürzungsverzeichnis

AOK:	Allgemeine Ortskrankenkasse
aOR:	adjustiertes Odds Ratio
CI:	Confidence Interval
COVID-19:	Coronavirus Disease
EMA:	European Medicines Agency
IfSG:	Infektionsschutzgesetz
MW:	Mittelwert
n:	Stichprobenumfang
Sars-CoV-2:	severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
sd:	Standardabweichung
SGB:	Sozialgesetzbuch
VZÄ:	Vollzeitäquivalent

1. Hintergrund

Seit Beginn der Sars-CoV-2 Pandemie zum Jahreswechsel 2019/2020 leistet die Gesundheitsversorgung überall auf der Welt mehr denn je Höchstleistungen. Dabei gilt es diese vor einer Überlast zu schützen und somit aufrechtzuhalten. Eine Überlast entsteht immer dann, wenn die Nachfrage die vorgehaltenen Kapazitäten überschreitet. Neben einer drohenden Überlast müssen vor allem auch vulnerable Personengruppen, wie bspw. pflegebedürftige Menschen vor einer Infektion mit Sars-CoV-2 geschützt werden, da insbesondere ältere, multimorbide Menschen sind von schweren und letalen COVID-19-Verläufen betroffen sind [1,2].

1.1. Versorgungsformen

Die aktuellsten Zahlen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf das Kalenderjahr 2019 und 4.127.605 pflegebedürftigen Personen nach dem Sozialgesetzbuch XI insgesamt in Deutschland.

1.1.1. Ambulante Pflege

Die Versorgung zu Hause bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ist die häufigste Versorgungsform. Sie wird zumeist durch Angehörige getragen, dies geschieht bei 2.116.451 Menschen. Im Jahr 2019 wurden zusätzlich 982.604 Menschen unter Einbezug von ambulanten Pflegediensten versorgt. Diese kommen zu den pflegebedürftigen nach Hause und stellen die Versorgung sicher [3].

1.1.2. Krankenhaus

Im Jahr 2019 sind insgesamt 1.914 Krankenhäuser mit 494.326 aufgestellten Betten zu verzeichnen. Die Fallzahl betrug 19.415.555 bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,2 Tagen und einer Bettenauslastung von 77,2 %. Die durchschnittliche Verweildauer ist stetig gesunken, zum Vergleich 1991 betrug sie 14,0 Tage und im Jahr 2001 9,4 Tage [4].

1.1.3. Stationäre Langzeitpflege

19,83 % der pflegebedürftigen Menschen, d.h. 818.317 Menschen werden im Jahr 2019 in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen gepflegt. Das bedeutet diese Menschen werden rund um die Uhr in den Einrichtungen von Pflegenden versorgt. [3]

1.2. Sars-CoV-2-Infektionen in Pflegesettings

Durch die COVID-19 Wellen sind alle in der pflegerischen Versorgung Beteiligten, d.h. bspw. in Krankenhäusern, in der stationären Langzeitpflege und ambulanten Pflege betroffen [5-7]. Insbesondere Ausbrüche in Einrichtungen der Langzeitpflege nehmen schwerwiegende Ausmaße an. Ohne zur Verfügung stehende Maßnahmen zeigte sich in der ersten Welle im Frühjahr 2020, dass die Übertragung des Sars-CoV-2 zu einer Vielzahl von Infektionen und Todesfällen führt [8]. Durch die Weiterentwicklung von Infektionsschutzmaßnahmen, insbesondere Isolationen und Testungen [9], konnten Ausbrüche oftmals eingedämmt werden.

Hieraus resultieren wiederum andere negative Auswirkungen bei Bewohner*innen, wenn eine langanhaltende Isolation aufrechterhalten werden muss. Die Studienlage zu den gesundheitlichen psychischen Auswirkungen von Isolation bei verschiedenen Personengruppen (z.B. ältere Personen, Jugendliche etc.) sind vorhanden [10]. Möglichkeiten über digitale Plattformen einen Austausch mit Zu-/Angehörigen oder Peergruppen bieten nur teilweise verbindende Elemente, sie können paradoxerweise das Gefühl von Einsamkeit noch erhöhen und in der Ausschließlichkeit einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben [10]. O'Sullivan et al. haben in einer länderübergreifenden Untersuchung (20.398 Befragte aus 101 verschiedenen Ländern) die Zusammenhänge von sozialer Isolation und Einsamkeit untersucht, mit dem Ergebnis, dass die Prävalenz von schwerer Einsamkeit bei 21 % lag im Vergleich zu Werten von vor der Pandemie, die mit sechs Prozent angegeben werden, d.h. dass mehr als dreimal so viele Menschen berichten von schwerer Einsamkeit, als vor der Pandemie [11]. Grundsätzlich haben diejenigen Personen ein erhöhtes Risiko für eine mittlere bis schwere Einsamkeit, wenn beispielsweise ein schlechter körperlicher oder geistiger Gesundheitszustand vorliegt oder ein nicht vorhandenes/nicht mehr verfügbares oder unbekanntes Nachbarschaftsgefüge gegeben ist, was potenzielle Gegebenheiten in der stationären oder ambulanten Langzeitpflege darstellen [11].

1.3. Impfungen

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Todesfällen im Zusammenhang mit COVID-19 und dem Alter [12], d.h. die Gruppe der älteren Menschen gehören ebenfalls zu den besonders vulnerablen Personengruppen, die es zu schützen gilt. Es bedarf neben allgemeiner Infektionsschutzmaßnahmen und Hygienemaßnahmen weiterer Schritte zur Erhöhung des Schutzes. Die seit über einem Jahr verfügbaren Impfstoffe sind eine solche Möglichkeit. In der europäischen Union sind derzeit vier Impfstoffe der Hersteller BioNTech/Pfizer, AstraZeneca, Moderna sowie Johnson & Johnson zugelassen. Kürzlich erfolgte die Zulassung des

Impfstoffs von Novavax. Diese Impfstoffe haben die Prüfung durch die europäische Arzneimittelbehörde EMA durchlaufen [13]. Zum derzeitigen Stand sind 75,2 % (62,6 Mio. Menschen) der Gesamtbevölkerung Deutschlands (22. Februar 2022) grundimmunisiert und 47,0 Mio. Personen (56,5%) haben eine zusätzliche Auffrischungsimpfung erhalten [14]. Personen mit einer dreifachen Impfung mit einem der mRNA-Impfstoffe weisen eine Risikominderung vor einer symptomatischen Infektion gegenüber ungeimpften Personen von aOR = 0,33 (CI 0,31-0,3) für die Omikron-Variante und von aOR = 0,065 (CI 0,05 – 0,071) auf. Gegenüber zweifach geimpften Personen liegt die Risikominderung bei aOR = 0,34 (CI 0,32 – 0,36) bzw. bei aOR = 0,16 (CI 0,14 – 0,17) [15].

1.4. Beschäftigte im Gesundheitswesen

Menschen die im Gesundheitswesen tätig sind, sind besonders zu betrachten. Zum einen sind auf Grund ihrer Tätigkeit von einem erhöhtem Infektionsrisiko betroffen. Zum anderen haben sie direktem Kontakt zu vulnerablen Personengruppen.

Zwischen Januar 2020 und Mai 2021 sind Schätzungen zu folgen rund 115.000 Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, an COVID-10 gestorben [16]. Genaue Zahlen dazu, insbesondere aus Deutschland liegen nicht vor. Neben der Verfügbarkeit und dem adäquaten Einsatz von persönlicher Schutzausrüstung ist eine Impfung gegen Sars-CoV-2 ein wichtiger Schritt zum Schutz sowohl der Pflegenden als auch der zu pflegenden Personen. So liegt einer aktuellen Single-Center-Studie zur Folge, die Wirksamkeit einer Impfung mit dem Impfstoff von BioNTech, Pfizer bei 95% [17]. Weiterhin zeigt sich, dass die vollständige COVID-19-Impfung einen Schutz vor schweren Krankheitsverläufen und Tod darstellt und entsprechend besonders wichtig im Setting Alten- und Pflegeheim zum Schutz vulnerabler Personen ist [14]. Eine Untersuchung stationären Pflegeeinrichtung im Mai 2021 beschäftigt sich mit potenziellen Unterschieden der Parameter: Infektionsstatus, Höhe der Viruslast, Hospitalisierung und Tod zwischen Geimpften und nicht Geimpften. Im Ergebnis zeigt sich, dass trotz hoher Impfquote hohe Infektionsraten gegeben waren, jedoch die Viruslast, die Schwere des Infektionsverlaufs sowie das Sterberisiko durch die Impfung im Gegensatz zu den nicht oder unvollständig Geimpften um 76 Prozentpunkte reduziert war.

1.5. Einrichtungsbezogene Impfpflicht

Der International Council of Nursing (ICN) hat im Februar 2022 in einer Pressemitteilung auf die besondere Verantwortung der Pflegenden und die damit verbundene Verpflichtung sich impfen zulassen hingewiesen [18]. Bereits im Januar 2021 haben sich die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der

Pflege (DNQP) sowie die Dekanekonferenz Pflegewissenschaft in einer gemeinsamen Erklärung für das Impfen von Pflegenden ausgesprochen [19].

Pflegeeinrichtungen kommt demnach eine besondere Verantwortung zu, weshalb ab dem 16. März 2022 in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen eine einrichtungsbezogene Impfpflicht gilt. Im Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen Covid-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie §20a, beschlossen vom Bundestag und Bundesrat, ist geregelt, dass in gesundheitsbezogenen Einrichtungen nur noch Personen tätig sein dürfen, die einen Impf- oder Genesenenstatus nachweisen können. Die Gesundheitsämter überprüfen den jeweiligen Status und können ggf. Betretungsverbote aussprechen [20]. Der Deutsche Pflegerat (DPR), als Dachorganisation der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens, begrüßt die Entscheidung [21]. In einer Handreichung des Bundesministeriums für Gesundheit werden offene Fragen weitergehend beantwortet [22]. Gleichzeitig sind die Gesundheitsämter nicht in der Lage, die entsprechenden Kontrollen durchzuführen [23].

Zu Beginn dieses Jahres kamen erste Bedenken zu den möglichen Folgen der einrichtungsbezogenen Impfpflicht. So warnen der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (BAP) und der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) in einer gemeinsamen Erklärung davor, dass die Versorgung zusammenzubrechen droht [24]. Dies scheint kurzfristig unwahrscheinlich, da die Gesundheitsämter ein Betretungsverbot erst nach einer Prüfung aussprechen. So lang dürfen ungeimpfte Beschäftigte weiterhin beschäftigt werden. Allerdings sind Bedenken hinsichtlich der Sicherstellung der Versorgung bislang wenig mit Daten untermauert. Für Krankenhäuser wird davon ausgegangen, dass die Impfquote bei > 90% liegt [25]. Für Langzeitpflegeeinrichtungen wird von einer Impfquote von Pflegenden von 86,3% (Stand 31.12.2021) ausgegangen [26]. Für den ambulanten Sektor liegen keine Zahlen vor. Aus Ländern mit bereits eingeführter Impfpflicht ist bekannt, dass die Zahl derer, die den Pflegeberuf wegen fehlender Impfung verlassen mussten gering ist. So wurden in Frankreich bspw. 3.000 Pflegende freigestellt [27].

Konkrete und sektorenübergreifende Zahlen für Deutschland fehlen bislang. Daher wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, wie die aktuelle und prognostizierte Impfquote in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Langzeitpflegeeinrichtungen, ambulante Dienste, sonstige) ist.

2. Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde zwischen 23.01.2022 und 15.02.2022 eine schriftlich-standardisierte Querschnittsbefragung durchgeführt. Die Daten wurden mittels des Onlinebefragungsinstrumentes QUAMP[®] erhoben.

2.1. Stichprobe

Die Befragung richtet sich an alle Einrichtungen im Gesundheitswesen nach SGB V und SGB XI. Der Link zur Umfrage wurde per E-Mail an alle Krankenhäuser im Krankenhausverzeichnis des statistischen Bundesamtes sowie alle stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen des AOK-Pflegenavigators versendet. Insgesamt wurden 21.634 E-Mails verschickt, wovon rund 3.000 nicht zustellbar waren. Nach jeweils einer Woche wurde ein Reminder verschickt. Im Anschreiben wurde darum gebeten, dass zuständige Leitungspersonen (z.B. Pflegedienstleitung, Einrichtungsleitung, Geschäftsführung) den Fragebogen ausfüllen sollen.

2.2. Erhebungsinstrument

Der Fragebogen umfasst zunächst ausschließlich institutsbezogene Daten. Zunächst wurden allgemeine Informationen, wie der zugeordnete Bereich (ambulante Pflege, Krankenhaus, stationäre Langzeitpflege) oder das Bundesland abgefragt. Anschließend wurden Angaben zur Anzahl des Personals sowie der Impfquote (Stichtag 15.01.2022 sowie 15.03.2022) erfragt. Dabei wurde zwischen Pflegefachpersonen (mind. 3-jährige berufsfachliche Ausbildung) und Pflegepersonen (weniger als 3-jährige berufsfachliche Ausbildung) sowie Vollzeitäquivalenten und Personen unterschieden. Im sich anschließenden Teil des Fragebogens wurde erfasst, wie viele Personen von der Einrichtung / dem Dienst versorgt werden können (Stichtag 15.01.2022 sowie 15.03.2022). Der Fragebogen schließt mit zwei offenen Fragen zu Maßnahmen um die Impfquote zu steigern sowie die Versorgung sicherzustellen.

2.3. Datenauswertung

Die Datenbeschreibung erfolgt mittels typischer Lage- und Streuungsmaße (Mittelwert (MW) und Standardabweichung (sd)). Die Auswertung erfolgt mittels SPSS®.

3. Ergebnisse

Insgesamt wurden $n = 1.444$ Fragebögen so ausgefüllt, dass sie in die Auswertung einfließen konnten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von ungefähr 8%. In diesen Fragebögen werden Angaben zu insgesamt $n = 1.832$ Einrichtungen / Diensten gemacht. Es liegen Fragebögen aus allen Bundesländern vor. In Tabelle 1 ist eine Übersicht der betreffenden Pflegenden aufgeteilt nach den einzelnen Bereichen zu sehen. Deutlich wird, dass die eingeschlossenen Einrichtungen Aussagen zu 128.722 Pflegenden machen, die sich in 72.547 Pflegefachpersonen

und 56.175 Pflegepersonen aufschlüsseln. Die meisten Aussagen liegen zu Beschäftigten aus den ambulanten Pflegediensten vor.

3.1. Impfquote - Pflegefachpersonen

Die teilnehmenden Einrichtungen geben eine durchschnittliche Impfquote von 83,6 % (sd 22,0) bei Pflegefachkräften an (siehe Tabelle 2). Wobei diese in Einrichtungen mit systematischer Erfassung höher liegt als in Einrichtungen, die die Impfquote lediglich schätzen. Der Prognose nach steigt diese Impfquote auf 87,2%. Es gibt Unterschiede zwischen den Versorgungssektoren. Im Krankenhaus liegt die Impfquote mit 88,2% höher als in der ambulanten Pflege und stationären Langzeitpflege. Den Prognosen nach, steigen aber die Quoten in allen drei Sektoren an, wobei diese in der ambulanten Pflege rund 5% unterhalb der anderen beiden Versorgungsformen bleibt. Die Impfquote variiert zwischen den teilnehmenden Einrichtungen stark. Insgesamt geben 656 Einrichtungen / Dienste eine Impfquote von > 95 % an. Dahingegen gehen 203 Einrichtungen / Dienste von einer Impfquote < 70% aus.

3.2. Impfquote – Pflegepersonen

Die Impfquote bei Pflegenden ohne 3-jährige Ausbildung liegt leicht unter der von Pflegefachpersonen. Auch hier wird davon ausgegangen, dass die Quote steigt. Die Impfquote wird zum 15.03.2022 auf durchschnittlich 83,8 % (sd 25,6) vorhergesagt (siehe Tabelle 4). Die höchste Impfquote wird hier in der stationären Langzeitpflege erreicht. Während im Krankenhaus mit rund 75% die wenigsten Pflegepersonen geimpft waren. Es liegt wiederum eine hohe Streuung zwischen den Einrichtungen / Diensten vor. 606 Einrichtungen / Dienste haben eine Impfquote von > 95%. Während 274 Einrichtungen / Dienste eine Impfquote von < 70% haben.

3.3. Auswirkungen

Die befragten Einrichtungen geben im Durchschnitt an, dass wenn die Prognose eintreffen und gemäß §20a IfSG ein Betretungsverbot ausgesprochen wird, 15,3% weniger zu pflegende Menschen versorgt werden können (siehe Tabelle 5). Differenziert nach den Versorgungsformen zeigt sich, dass insbesondere die ambulante Pflege davon betroffen ist. Hier wird ein Rückgang von 19,9% erwartet. In Einrichtungen der stationären Langzeitpflege wird der geringste Rückgang von -5,9% erwartet. Die höchsten Rückgänge werden in den östlichen Bundesländern Sachsen (31,3%), Brandenburg (-21,9%) und Thüringen (21,5%) erwartet (siehe Abb. 1). Aber auch in den Ländern Sachsen-Anhalt (18,7%), Bayern (18,0%) Mecklenburg-

Vorpommern (17,3%) Baden-Württemberg (15,4%) und Hessen (15,3%) werden nicht unerhebliche Versorgungslücken erwartet. Insbesondere in der ambulanten Pflege sind die genannten Länder am stärksten betroffen (Abb. 2).

Tabelle 1: Befragte Einrichtungen, Pflege(fach)personen

	Gesamt (n = 1.823)	ambulanter Pflegedienst (n = 1.070)	Krankenhaus (n = 63)	stationäre zeitpflege (n = 506)	Lang- sonstige Einrichtungsformen (n = 182)
Anzahl Pflegefachpersonen ^a	n = 72.547	n = 35.761	n = 9.478	n = 22.827	n = 4.377
Anzahl Pflegepersonen ^b	n = 56.175	n = 26.273	n = 1.059	n = 23.311	n = 5.414
Anzahl Pflegefachpersonen ^a als VZÄ	n = 55.390	n = 27.263	n = 7.772	n = 16.574	n = 3.576
Anzahl Pflegepersonen ^b als VZÄ	n = 44.009	n = 24.699	n = 933	n = 14.318	n = 3.854

^a mind. 3-jährige Ausbildung; ^b ohne 3-jährige Ausbildung;
VZÄ = Vollzeitäquivalent (bspw. 1 Person arbeitet 75% eine andere 50% = 1,25 VZÄ)

Tabelle 2: Pflegefachpersonen gemäß §20a IfSG

Pflegefachpersonen (MW, sd in %)	^a ^b Gesamt (Stand 15.01.2022)	erhoben (Stand 15.01.2022)	geschätzte (15.01.2022)	Gesamt Prognose (15.03.2022)
Gesamt	83,6 (22,0)	84,3 (22,2)	78,7 (20,4)	87,2 (18,8)
ambulante Pflege	82,4 (23,6)	82,8 (24,3)	78,0 (21,1)	85,1 (20,6)
Krankenhaus	88,2 (13,7)	90,1 (8,4)	75,0 (29,7)	91,6 (7,6)
stationäre Langzeitpflege	85,9 (18,5)	86,7 (18,3)	82,0 (16,8)	90,1 (14,8)

^a gemäß §20a IfSG; ^b mind. 3-jährige Ausbildung;

Tabelle 3: Pflegepersonen gemäß §20a IfSG

Pflegepersonen (MW, sd in %)	^a	^b	Gesamt (Stand 15.01.2022)	erhoben (Stand 15.01.2022)	geschätzte (15.01.2022)	Gesamt Prognose (15.03.2022)
			Gesamt 81,7 (26,6)	82,4 (227,0)	79,5 (21,8)	83,8 (25,6)
			ambulante Pflege 81,0 (26,3)	81,6 (26,7)	80,4 (21,0)	82,0 (26,3)
			Krankenhaus 76,5 (35,7)	75,6 (37,8)	82,0 (18,9)	81,1 (33,9)
			stationäre Langzeitpflege 85,5 (22,5)	86,8 (22,3)	77,8 (22,5)	89,1 (19,6)

^a gemäß §20a IfSG; ^b ohne 3-jährige Ausbildung;

Tabelle 4: Versorgungskapazität

Anzahl Menschen, die versorgt werden können (MW, sd)	Stand 15.01.2022	Prognose 15.03.2022	Veränderung in %
	Gesamt 106,7 (115,4)	91,0 (110,5)	-15,3
	ambulante Pflege 127,2 (134,6)	104,3 (125,6)	-19,9
	Krankenhaus 175,0 (177,0)	153,7 (168,8)	-13,1
	stationäre Langzeitpflege 76,2 (39,4)	72,8 (66,1)	-5,9

Abbildung 1: Veränderung im Versorgungspotenzial nach Bundesländern

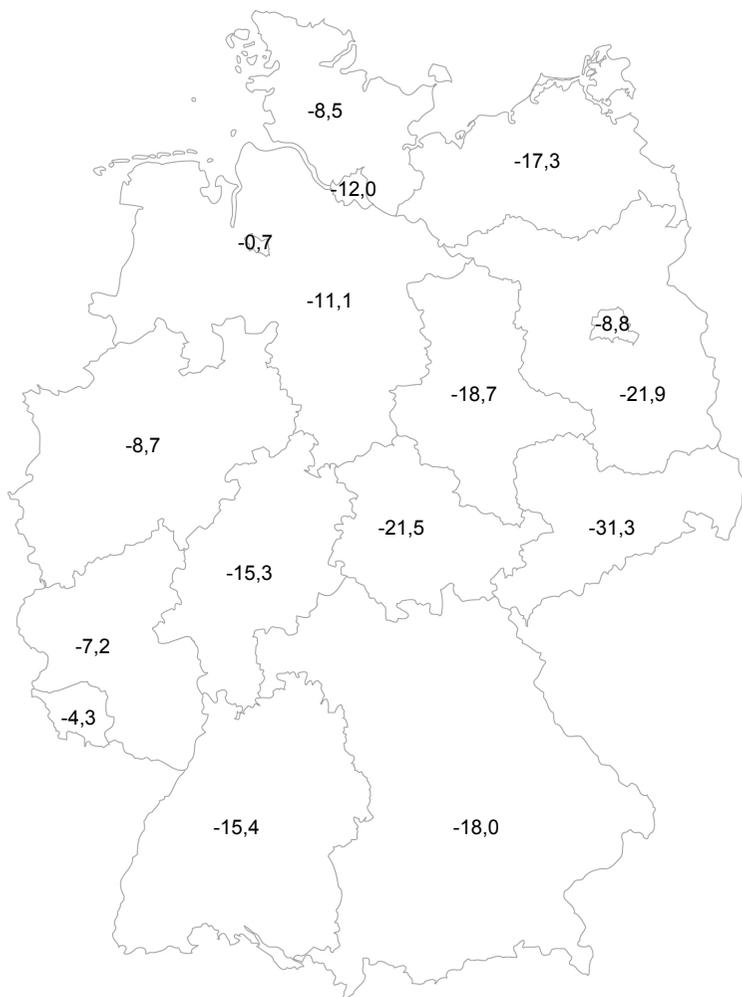


Abbildung 2: Veränderung im Versorgungspotenzial nach Bundesländern – ambulante Pflege

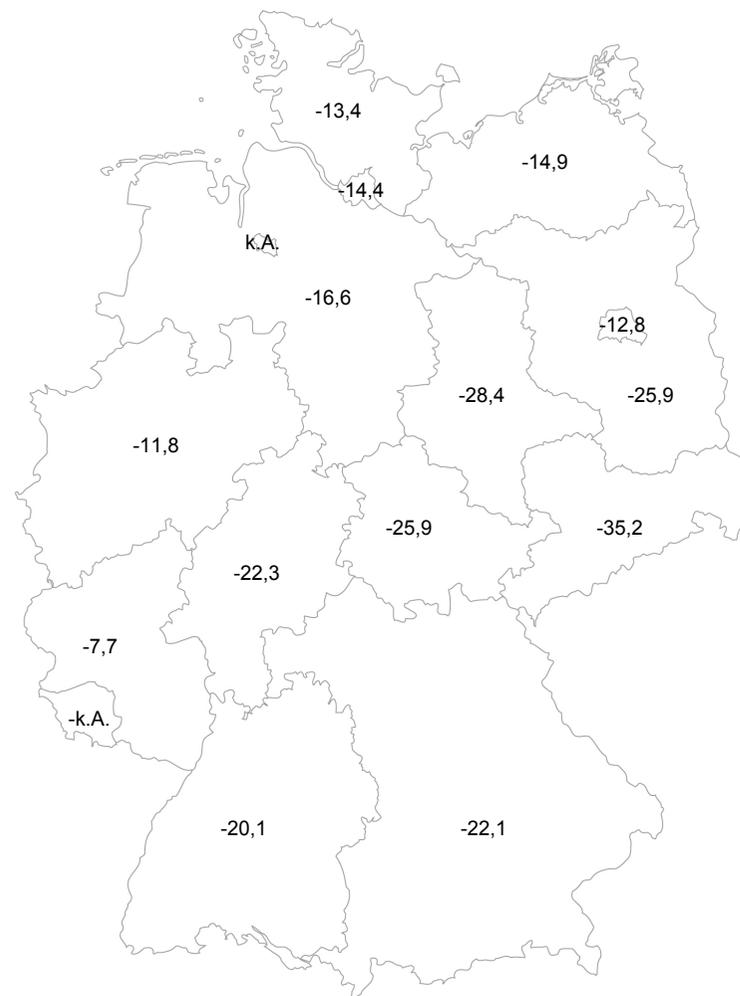


Abbildung 3: Veränderung im Versorgungspotenzial nach Bundesländern - Krankenhaus

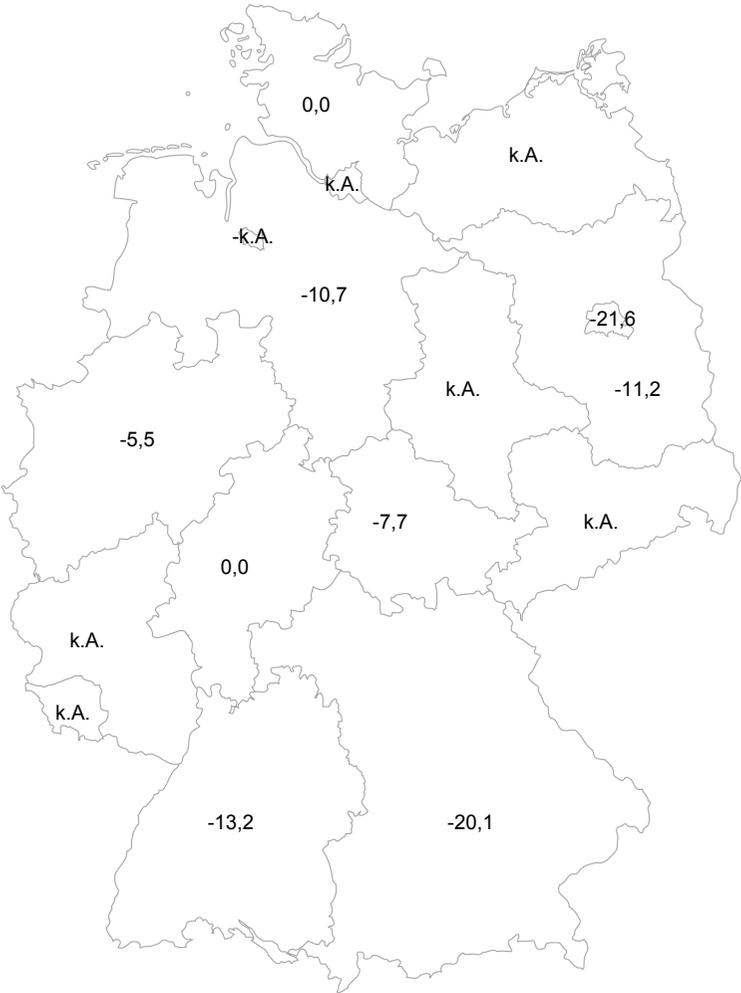
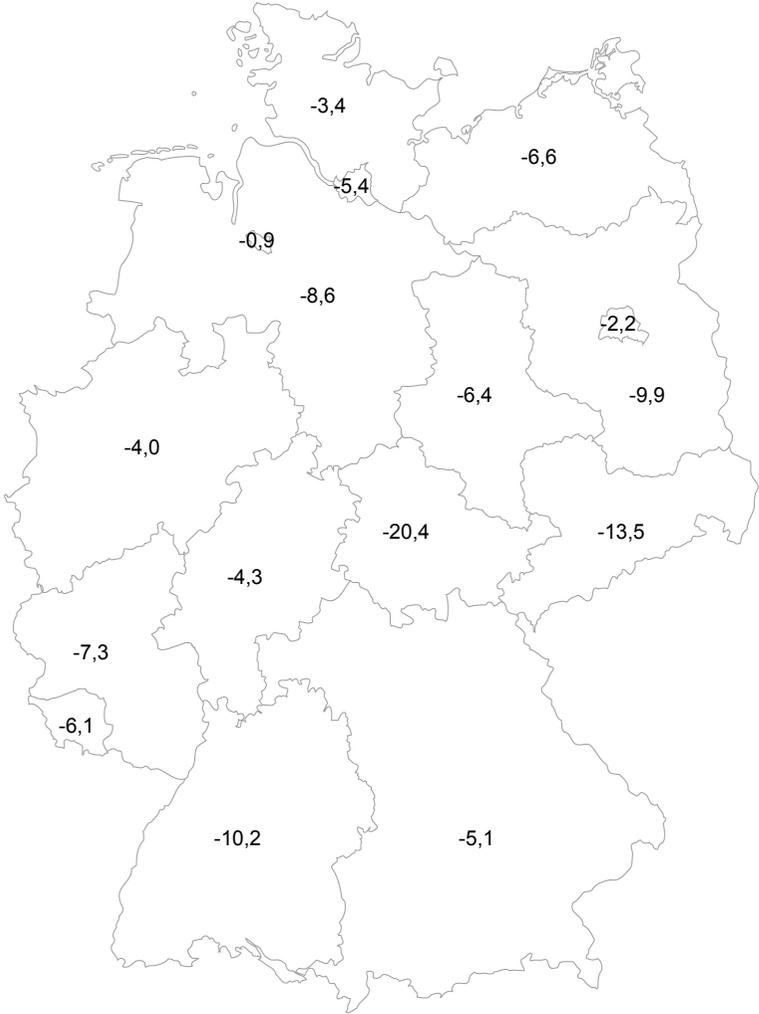


Abbildung 4: Veränderung im Versorgungspotenzial nach Bundesländern - Krankenhaus



3.4. Erforderliche Maßnahmen

Die Einrichtungen wurden gefragt, welche Maßnahmen erforderlich sind, damit die Impfquote steigt. Die Beantwortung ergab, dass die meisten Einrichtungen eine allgemeine Impfpflicht als erforderlich ansehen. Weitere Maßnahmen sind, weitere und vor allem gezielte Aufklärung auch im Rahmen von persönlichen Gesprächen, die schnelle Bereitstellung alternativer Impfstoffe (bspw. Totimpfstoff) und (finanzielle) Anreize schaffen. Einige Einrichtungen wünschen sich die Abschaffung der sogenannten einrichtungsbezogenen Impfpflicht. Für viele Einrichtungen liegt bereits eine entsprechend hohe Impfquote vor, so dass diese auf die Frage nicht geantwortet haben.

Weiterhin wurde gefragt, welche Maßnahmen notwendig sind, um die Versorgung sicher zu stellen. Hier wurde wiederum die allgemeine Impfpflicht als wichtigste Maßnahme genannt, weiterhin die Aussetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht und das Beschaffen neuen Personals bzw. das Abweisen von Patient*innen / Bewohner*innen.

4. Diskussion

Die vorliegende Arbeit liefert umfangreiche Daten zu möglichen Folgen einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht gemäß §20a IfSG im Hinblick auf die Versorgungssituation.

Bei COVID-19 handelt es sich um eine besonders gefährliche Infektionskrankheit. Impfungen stellen einen der wichtigsten Bausteine in der Bekämpfung der Pandemie dar.

Pflegebedürftige Personen, welche in Einrichtungen nach § 20a IfSG versorgt werden können sich teilweise nicht selbst vor einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 und einer möglicherweise einhergehenden COVID-19-Erkrankung schützen und sind darauf angewiesen, dass Menschen in ihrem engen Umfeld geimpft sind. Bei gegen COVID-19-geimpftem Personal ist eine Übertragung des Virus (auch gegenüber Geimpften) erheblich weniger wahrscheinlich als durch ungeimpftes Personal.

Bereits seit der ersten Welle werden Anstrengungen unternommen, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dazu gehört auch die Gesunderhaltung des Pflegepersonals. Hierfür wurde Pflegepersonal prioritär bei der Impfkampagne berücksichtigt. Dies geschieht bislang auf freiwilliger Basis. Die zum 15.01.2022 erreichte Impfquote der teilnehmenden Einrichtungen liegt im Durchschnitt mit 83,6 % über der Impfquote der Allgemeinbevölkerung (75,2% am 22.2.2022). Bis zum 15.03.2022 wird erwartet, dass die Impfquote der Pflegenden noch weiter steigt. Allerdings ist die prognostizierte Impfquote im Durchschnitt nicht bei 100%. Somit ist nach dem heutigen Stand davon auszugehen, dass nach der erforderlichen Prüfung der zuständigen Gesundheitsämter und eingeräumten Nachreichungsfristen zur Aussprache von Betretungsverboten kommt. Dies hat negative Auswirkungen auf die Versorgungssituation. Über

alle Versorgungsbereiche hinweg wird ein Rückgang der Versorgungsleistung von rund 15% prognostiziert. Dies variiert zwischen den Bereichen deutlich.

Auf Basis vorliegender Daten wird zum Stichtag 16.3.2022 ein Versorgungsdefizit von durchschnittlich 15,3 % erwartet. Bezogen auf die einzelnen Versorgungsformen bedeutet dies, dass in der ambulanten Pflege rund 200.000 Menschen (-19,9%), in Krankenhäusern rund 2.5 Millionen (-13,1 %) und in der stationären Langzeitpflege rund 50.000 (-5,9%) Menschen pflegerisch nicht versorgt werden können.

Neben der zu erwartenden sich verschärfenden Versorgungssituationen können nicht zu Lasten des Pflegepersonals gemäß §20a IfSG aufgefangen werden. Die befragten Einrichtungen sehen vor allem in der allgemeinen Impfpflicht einen Ansatz die Versorgungssituation zu verbessern. Aber auch mehr und vor allem gezielte Aufklärung über die Chancen und Notwendigkeiten von Impfungen sollten angestrebt werden. Dem gegenüber wird auch ein Aussetzen der einrichtungsbezogenen Impfpflicht als mögliche Maßnahme genannt, um weiteren Versorgungsengpässen vorzubeugen, dies würde aber nur ein Verschieben des Risikos ebenjener bedeuten.

5. Empfehlungen

Aus den Ergebnissen der Umfrage ergeben sich folgende Empfehlungen für die Politik, wie eine Unterversorgung im Bereich der Pflege vermieden werden kann.

- Erstnehmen von Sorgen der Einrichtungen / Diensten
- Kommunikation bezüglich der Einhaltung des §20a IfSG
- Angebot gezielter Aufklärungen über Notwendigkeit von Impfungen gegen das Corona-Virus in den Einrichtungen / Diensten vor Ort zielgruppenspezifisch anbieten
- Bereitstellung alternativer Impfstoffe (Novavax®)
- Entwicklung von Notfallplänen, falls die Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann
- Berücksichtigung der zusätzlichen Arbeitsbelastung durch geringere Personalausstattung

6. Literaturverzeichnis

1. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N et al. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. Eur J Epidemiol 2020; 35: 1123-1138
2. Staerk C, Wistuba T, Mayr A. Estimating effective infection fatality rates during the course of the COVID-19 pandemic in Germany. BMC Public Health 2021; 21: 1073-1073
3. destatis. Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade.2022. Zugriff am: 23.02.2022 unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html;jsessionid=A7EA42EFBD117A2B58213C1EE4BE2297.live722>.
4. GBE. Krankenhäuser (Anzahl und je 100.000 Einwohner) sowie Aufenthalte (Fallzahl, Berechnungs-/Belegungstage und Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungsart / Bettenzahl / Träger / Art der Zulassung).2022. Zugriff am: unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=45344124&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=519&p_indsp=99999999&p_ityp=H&p_fid=.
5. Hentschker C, Mostert C, Klauber J et al. Structure of hospital care for COVID-19 patients up to July 2020 in Germany. Med Klin Intensivmed Notfmed 2021; 116: 431-439
6. Rothgang H, Domhoff D, Friedrich AC et al. Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime. Pflege 2020; 33: 265-275
7. Wolf-Ostermann K, Schmidt A, Preuß B et al. Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen. Pflege 2020; 33: 277-288
8. Roth A, Feller S, Ruhnau A et al. Characterization of COVID-19 outbreaks in three nursing homes during the first wave in Berlin, Germany. Sci Rep 2021; 11: 24441-24441
9. Dykgraaf SH, Matenge S, Desborough J et al. Protecting Nursing Homes and Long-Term Care Facilities From COVID-19: A Rapid Review of International Evidence. J Am Med Dir Assoc 2021; 22: 1969-1988
10. Dedryver CC, Knai C. 'It's Easily the Lowest I've Ever, Ever Got to': A Qualitative Study of Young Adults' Social Isolation during the COVID-19 Lockdowns in the UK. Int J Environ Res Public Health 2021; 18
11. O'Sullivan R, Burns A, Leavey G et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Loneliness and Social Isolation: A Multi-Country Study. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18: 9982
12. Kremer H-J, Thurner W. Age Dependence in COVID-19 Mortality in Germany. Dtsch Arztebl International 2020; 117: 432-433
13. Paul-Ehrlich-Institut. COVID-19-Impfstoffe. Nachweis eines vollständigen Impfschutzes.2022. Zugriff am: 23.02.2022 unter: <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html>.
14. Robert-Koch-Institut. Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung.2022. Zugriff am: 23.02.2022 unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquote_mmonitoring.xlsx? blob=publicationFile.

15. Accorsi EK, Britton A, Fleming-Dutra KE et al. Association Between 3 Doses of mRNA COVID-19 Vaccine and Symptomatic Infection Caused by the SARS-CoV-2 Omicron and Delta Variants. JAMA 2022; 327: 639-651
16. WHO. The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. World Health Organization Hrsg. Zugriff am: 23.02.2022 unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300>
17. Larese Filon F, Rui F, Ronchese F et al. Incidence of COVID-19 infection in hospital workers from March 1, 2020 to May 31, 2021 routinely tested, before and after vaccination with BNT162B2. Sci Rep 2022; 12: 2533
18. ICN. ICN says nurses have a professional responsibility to be vaccinated because of their status as role models and key sources of health advice. International Council of Nurses Hrsg. Zugriff am: 23.02.2022 unter: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_02_Vaccine%20Statement%20Feb%202022_FINAL.pdf
19. Stemmer R, Büscher A, Strupeit S. Gesundheitsberufe stark von COVID-19-Infektionen betroffen. Nutzen- und Risiken-Abwägung zwischen Erkrankung und Impfung fällt eindeutig zu Gunsten der Impfung aus. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Deutsches Netzwerk für Qualitätentwicklung in der Pflege, Dekanekonferenz Pflegewissenschaft Hrsg. Zugriff am: 23.02.2022 unter: https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2021/01/2021_01_11-PM-Impfungen-v.-Pflelegenden.pdf
20. BGBl. Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Bundesgesetzblatt Hrsg. Zugriff am: 23.02.2022 unter: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//\[*\]@attr_id=%27bgbl121s5162.pdf%27\]#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s5162.pdf%27%5D_1645362678797](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//[*]@attr_id=%27bgbl121s5162.pdf%27]#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s5162.pdf%27%5D_1645362678797)
21. DPR. Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Deutscher Pflegerat e.V. Hrsg. Zugriff am: 23.02.2022 unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/870658/837aba3d9ea911d3b10b625d6fa26a3/Stellungnahme-Deutscher-Pflegerat-e-V--data.pdf>
22. Bundesministerium für Gesundheit. Impfprävention im Bereich einrichtungsbezogener Tätigkeiten - Handreichung zur Impfprävention in Bezug auf einrichtungsbezogene Tätigkeiten. Hrsg. Zugriff am: 23.02.2022 unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/FAQs_zu_20a_IIfSG.pdf
23. may/kna/dpa/afp/aerzteblatt.de. Einrichtungsbezogene Impfpflicht: Ungeimpfte können vorerst weiterarbeiten. Ärzteblatt Hrsg. Zugriff am: 23.02.2022 unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/131420/Einrichtungsbezogene-Impfpflicht-Ungeimpfte-koennen-vorerst-weiterarbeiten>
24. Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. Gemeinsame PM bpa und VDAB | Warnung: Im März droht die professionelle Pflege in einigen Bundesländern zu kollabieren. Hrsg. Zugriff am: 23.02.2022 unter:

- https://www.bpa.de/Aktuelles.112.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=8983&cHash=ff9683342ba3169406612321c49dae42
25. Robert-Koch-Institut. KROCO - die Krankenhausbasierte Online-Befragung zur COVID-19-Impfung - Ergebnisbericht Zweite Befragungswelle. Hrsg. Zugriff am: 23.02.2022 unter:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/Kroco-Report041021.pdf?__blob=publicationFile
 26. Robert-Koch-Institut. Monitoring von COVID-19 und der Impfsituation in Langzeitpflegeeinrichtungen Stand der Erhebung September bis Dezember 2021. 2022, DOI:
 27. afp/aerzteblatt.de. Frankreich stellt 3.000 nicht geimpfte Pflegekräfte vom Dienst frei. Ärzteblatt Hrsg. Zugriff am: 23.02.2022 unter:
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/127369/Frankreich-stellt-3-000-nicht-geimpfte-Pflegekraefte-vom-Dienst-frei>