

**No. 05
July 2023**

Title

Pandemieplanung am Beispiel
von Covid-19 in
Rehabilitationseinrichtungen
(PanCoV-Reha)

Abschlussbericht März 2023

Authors

Anna Pieschnik, Alex Stern,
Anna-Lena Esser, Simone
Stickling, Oliver Razum

Proposed citation:

Pieschnik, A., Stern, A., Esser, A., Stickling, S., Razum, O. (2023): Pandemieplanung am Beispiel von Covid-19 in Rehabilitationseinrichtungen (PanCoV-Reha) Abschlussbericht März 2023. Social Epidemiology Discussion Papers (SEDiP) No. 5/2023

Version: 1.0

Published online: 07.2023

Reviewer(s): Odile Sauzet, Céline Miani

DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2981129>

The **Social Epidemiology Discussion Papers (SEDiP) series** is a forum presenting work in progress. SEDIp is intended to aid the rapid distribution of such work, preliminary research findings, and lectures by researchers in social epidemiology and neighbouring fields. SEDIp papers aim to stimulate discussion among a global community of scholars, policymakers, and practitioners.

Papers published in the SEDIp series are pending possible future submission to a scientific journal. All papers published in the series have undergone internal, open peer review by at least one scientist or by one of the editors. Readers are invited to comment. Please address your comments directly to the author(s) of the paper.

All papers in the SEDIp series are distributed free of charge in PDF format.

The papers can be downloaded from the website: <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/SEDiP/index.html>



Unless otherwise noted, this SEDIp series is licensed under Creative Commons Attribution – No Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en> and

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

ISSN: 2702-9522

Editors:

Prof Dr Oliver Razum

PD Dr Odile Sauzet

Dr Céline Miani

Responsible: Prof Dr Oliver Razum
Bielefeld University
School of Public Health
Dept. of Epidemiology & International Public Health
P. O. Box 100131
33501 Bielefeld, Germany
Phone.: +49 521 106-3837
Email: oliver.razum@uni-bielefeld.de



Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	4
Kurzbeschreibung.....	5
Danksagung.....	6
1. Projekthintergrund und Fragestellungen.....	7
2. Wissenschaftlicher Stand.....	9
3. Methodik.....	10
3.1. Pandemieberichterstattung von Rehabilitationseinrichtungen.....	10
3.2. Standard für Pandemiepläne.....	11
3.3. Praxistauglichkeit der internen Pandemiepläne.....	12
3.4. „Lessons Learned“-Veranstaltung.....	16
4. Ergebnisse.....	17
4.1. Pandemieberichterstattung von Rehabilitationseinrichtungen.....	17
4.2. Standards für Pandemiepläne.....	20
4.3. Praxistauglichkeit der internen Pandemiepläne.....	22
4.3.1. Qualitative Ergebnisse.....	22
4.3.2. Quantitative Ergebnisse.....	33
4.4. Lessons-Learned-Veranstaltung und Entwicklung des Leitfadens.....	39
5. Diskussion.....	40
5.1 Gesundheitspolitische Berücksichtigung der stationären Rehabilitation in der Pandemie... 40	40
5.2 Dokumentation und Kommunikationswege.....	41
5.3 Personalschutz und Personalplanung in der Pandemie.....	44
5.4 Kompensatorische Maßnahmen.....	47
6. Limitationen und Stärken des Projektes.....	49
7. Fazit.....	51
Literatur:.....	53
Anhang.....	57
I. Leitfaden Klinikleitungen.....	57
II. Leitfaden Rehabilitand*innen.....	59
III. Kategoriensystem.....	61

Abkürzungsverzeichnis

IfSG	Infektionsschutzgesetz
OWL	Ostwestfalen-Lippe
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RKI	Robert Koch-Institut
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Kurzbeschreibung

Hintergrund:

Eine systematische Pandemieplanung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen fehlt bislang. Eine solche Planung kann dabei helfen, den Betrieb der Einrichtungen auch während Pandemien wie Covid-19 sicherzustellen, dabei Patient*innen und Beschäftigte bestmöglich zu schützen und gesetzliche Vorgaben einzuhalten.

Methodik:

Mixed-Methods-Ansatz. Wir haben zum einen einschlägige Literatur sowie vorhandene Pandemiepläne u. a. von Akutkrankenhäusern analysiert. Zum anderen haben wir Interviews mit Beschäftigten und Patient*innen in stationären Rehabilitationseinrichtungen geführt. Die Interviewergebnisse haben wir mit einem kurzen Survey vertieft. Die Hauptergebnisse haben Praxisvertreter*innen, Wissenschaftler*innen und Angehörige des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf einer Lessons-Learned-Veranstaltung mit uns diskutiert.

Ergebnisse:

Im Verlauf der Covid-19-Pandemie haben stationäre Rehabilitationseinrichtungen engagiert verschiedene Maßnahmen umgesetzt, um Patient*innen und Beschäftigte bestmöglich zu schützen. Dabei zeigten sich ein hoher Ressourcenbedarf, Defizite in der Vorbereitung sowie ein Unterstützungspotential u. a. durch die Träger der Einrichtungen.

Diskussion:

Wir präsentieren Maßnahmen für die Phasen vor, während und nach einer Pandemie, die dabei unterstützen, den Betrieb stationärer Rehabilitationseinrichtungen möglichst weitgehend aufrecht zu erhalten. Kernelemente gelingenden Pandemiemanagements sind die Etablierung zuverlässiger Dokumentations- und Kommunikationsformen, der Schutz der Gesundheit von Mitarbeitenden sowie die Nutzung der vielfältigen Ressourcen, über die die stationäre Rehabilitation verfügt.

Verwendungsmöglichkeit:

Die separat vorliegende, im Projekt erarbeitete Handreichung mit Checklisten für die Phasen vor, während und nach einer Pandemie unterstützt stationäre Rehabilitationseinrichtungen bei der systematischen Pandemieplanung.

Danksagung

Besonders bedanken möchten wir uns bei den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen und den Interviewpartner*innen, die sich Zeit für das Projekt genommen haben und ihre Erfahrungen mit uns geteilt haben.

Unser Dank gilt auch den teilnehmenden Vertreter*innen aus Rehabilitationseinrichtungen, Gesundheitsämtern und Wissenschaft, die an der Lessons-Learned-Veranstaltung teilgenommen haben und im Anschluss Feedback zu dem entwickelten Leitfaden gegeben haben.

Ohne unsere wissenschaftlichen Hilfskräfte Anna-Lena Esser und Simone Stickling wäre die schnelle, gründliche Projektdurchführung nicht möglich gewesen. Wir bedanken uns für die sehr gute Unterstützung.

1. Projekthintergrund und Fragestellungen

Die Covid-19-Pandemie hat die Politik und das deutsche Gesundheitssystem vor bislang nicht gekannte Herausforderungen gestellt, was den Schutz der Bevölkerung und insbesondere den Schutz von Patient*innen in stationärer Versorgung, Behandlung oder Betreuung betrifft (Müller et al., 2020, Razum et al., 2020). Rehabilitationseinrichtungen spielen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung und müssen auch während Pandemien oder pandemieähnlichen Zuständen arbeitsfähig bleiben. Neben der Vermeidung von internen Ausbruchsgeschehen (nosokomiale Infektionen) muss sichergestellt werden, dass keine externen Erreger wie SARS-CoV-2 in die Einrichtung getragen und verbreitet werden. Um den Schutz der Mitarbeitenden und Rehabilitand*innen vor SARS-CoV-2-Infektionen sicherzustellen, haben die Einrichtungen seit Pandemiebeginn diverse Maßnahmen zum Infektionsschutz eingeführt.

Kernmerkmal einer Pandemie ist, dass es sich um ein weder räumlich noch notwendigerweise zeitlich begrenztes Ereignis handelt, das sich dynamisch entwickelt. Das macht Vorhersagen über die Ausbreitungsrichtung, die Geschwindigkeit der Ausbreitung und die Dauer der pandemischen Situation nur schwer möglich (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenschutz, 2010, Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenschutz 2020).

Ähnliche Situationen durch neuartige Krankheitserreger wie die der aktuellen Covid-19-Pandemie sind in den nächsten Jahren nicht auszuschließen. Solange keine ausreichende Bevölkerungssimmunität (Herdenimmunität oder Durchimpfung) besteht, ist es zudem möglich, dass es in den nächsten Jahren wiederholt zu schweren Ausbrüchen von Covid-19 kommt.

Möglich sind darüber hinaus Ausbrüche durch andere neuartige Erreger, die ähnliche oder gravierendere Auswirkungen haben könnten. Dieses Szenario wurde vom Robert Koch-Institut (RKI) als „bedingt wahrscheinlich“ (Deutscher Bundestag, 2013, S.56) eingestuft. Zwar sind keine genauen Prognosen möglich, jedoch ist „das Auftreten von neuen Erkrankungen [...] ein natürliches Ereignis, das immer wieder vorkommen wird“ (Deutscher Bundestag, 2013, S.66).

Rehabilitationseinrichtungen sind ein wichtiges Glied im Gesundheitssystem. Auch unter pandemieähnlichen Rahmenbedingungen sind Rehabilitand*innen darauf angewiesen, Rehabilitationsangebote weiter in Anspruch nehmen zu können. Die Aufrechterhaltung von Rehabili-

tationsangeboten ist darüber hinaus aus Sicht von Arbeitgeber*innen und Reha-Einrichtungen wirtschaftlich geboten.

Die Analyse des Pilotprojekts „PanCoV-Reha-1“ zu den Empfehlungen und Vorgaben vor und während der Pandemie in geschlossenen Settings (wie z. B. Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Akutkrankenhäusern, Sammelunterkünften für Geflüchtete) zeigt, dass nur 3 von 34 Dokumenten und Veröffentlichungen zur Pandemieplanung speziell Rehabilitationseinrichtungen fokussierten.

Bisher fehlt es an einer einheitlichen und evidenzbasierten Pandemieplanungshilfe für Rehabilitationseinrichtungen, die deren Besonderheiten (z.B. Gesundheitszustand der Rehabilitand*innen, Aufenthaltsdauer im Vergleich zu Akuthäusern) bei der Auswahl und der Ausgestaltung von infektionsepidemiologischen Maßnahmen berücksichtigt. Nutzen und Schaden von infektionsrelevanten Maßnahmen (z.B. Besuchsregelungen, Isolierung und Evakuierung) in Rehabilitationseinrichtungen sollten sorgfältig abgewogen werden. Zu berücksichtigen sind dabei u.a. medizinische, ethische, soziale, rechtliche und auch ökonomische Aspekte.

Erfahrungen aus anderen geschlossenen Settings (z. B. Pflegeeinrichtungen, Akutkrankenhäusern, Sammelunterkünften für Geflüchtete, Kreuzfahrtschiffen, Justizvollzugsanstalten oder landwirtschaftlichen Betriebe mit Saisonarbeiter*innen) sind unter Umständen bezüglich einzelner Aspekte übertragbar. Diese Übertragung setzt allerdings eine sorgfältige Prüfung im Einzelfall voraus.

Es bedarf einer Empfehlung für Pandemien für Reha-Einrichtungen, die prägnant und übersichtlich die relevanten Handlungsfelder und Kriterien bündelt und den Akteur*innen niedrigschwellig zur Verfügung steht. Die systematische Nachbereitung der Geschehnisse unter partizipativer Einbindung der relevanten Akteur*innen ist ein wichtiger Teil einer künftigen Pandemieplanung. Im Rahmen der Influenza- sowie speziell der H1N1-Pandemiepläne ist diese Strategie beispielsweise für jedes Bundesland verfolgt worden (Robert Koch-Institut, 2020, u.a. LZG-NRW 2012).

Im Forschungsprojekt PanCoV-Reha wird deshalb die aktuelle Pandemieplanung in der Covid-19-Pandemie in der stationären Rehabilitation untersucht, um Empfehlungen für zukünftige Pandemien zu entwickeln. Der Fokus liegt dabei auf der Region Ostwestfalen-Lippe (OWL).

Für das Projekt haben sich folgende Fragestellungen ergeben:

- Welche Empfehlungen für Pandemiepläne werden in der Fachliteratur gegeben?

- Wie stellt sich der Ist-Zustand zur Pandemieberichterstattung in Reha-Einrichtungen dar?
- Welche Erfahrungen mit internen Pandemieplänen oder Ausbruchsgeschehen gibt es seit Beginn der Covid-19-Pandemie?
- Welche Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Pandemieplanung in Rehabilitationseinrichtungen gibt es?
- Wie erleben Klinikleitungen und Rehabilitand*innen das Angebot stationärer Rehabilitation in der Pandemie?

2. Wissenschaftlicher Stand

Die Übertragung des Corona-Virus erfolgt überwiegend innerhalb eines geschlossenen Raumes durch Kontakt mit dem auslösenden Erreger SARS-CoV-2 in größeren Tröpfchen sowie Aerosolen in der Umgebung einer infizierten Person (Gesellschaft für Aerosolforschung, 2020, Robert Koch-Institut, 2021a). Schutzmaßnahmen umfassen daher unter anderem, Abstand zu halten (Social Distancing), das Tragen medizinischer oder FFP2-Masken sowie sorgfältige Handhygiene. In allen räumlich geschlossenen Settings – wie z.B. Rehabilitationskliniken – ist das Social Distancing mehr oder weniger erschwert, was bei fehlendem Einsatz von Schutzmaterialien eine Übertragung wahrscheinlicher macht (Robert Koch-Institut, 2021).

Gleichzeitig wird die Relevanz von Rehabilitation auf unterschiedlichen Wegen erhöht: Vorübergehende Vorhaltungen von Rehabilitationsplätzen zur Akutversorgung, der Aufschub von elektiven Eingriffen und die Aussetzung ambulanter, niedrigschwelliger Angebote (z.B. Physiotherapien) für manche chronisch kranken Bevölkerungsgruppen können zu zeitlich verschobenen und insgesamt höheren Rehabilitationsbedarfen führen. In der Vermeidung von daraus resultierenden Versorgungsengpässen und mit der Rehabilitation von Personen mit Folgeschäden einer Covid-19-Erkrankung (Long-Covid- oder Post-Covid-Syndromen) ist Rehabilitation ein besonders wichtiger Bestandteil des Covid-Managements. Auch in Pandemien muss Patient*innen der Zugang zu einer Rehabilitation, die ein spezifisches Pandemiemanagement verfolgt, sichergestellt werden (Gutenbrunner, 2020).

Rehabilitationseinrichtungen haben Schutzpläne für Rehabilitand*innen und Mitarbeitende entwickelt, um zu verhindern, dass SARS-CoV-2 in die Einrichtung eingetragen wird und im

schlimmsten Fall zu einem Ausbruch führt. Die Evaluation der Infektionsschutzmaßnahmen von Leibbrand & Seifart (2021) zeigt eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit der eingeführten Maßnahmen auf Seiten der Mitarbeitenden sowie der Rehabilitand*innen. Letztere akzeptieren gleichzeitig die Mehrbelastungen und Einschränkungen, die die Infektionsschutzmaßnahmen mit sich bringen. Die Inanspruchnahme der Rehabilitation und ein erhöhtes Sicherheitsgefühl ist für die Rehabilitand*innen dabei am wichtigsten.

Zu weiteren Studien, die die Einflüsse der Pandemie auf die Rehabilitation betrachten, lagen zu Projektbeginn noch keine Ergebnisse vor.

3. Methodik

Studiendesign und -ablauf

Das Projekt ist in vier verschiedene Arbeitspakete aufgeteilt. Diese wurden anhand eines Mixed-Methods-Studiendesigns durchgeführt, welches sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsansätze enthielt. Die einzelnen Arbeitspakete werden im Folgenden genauer vorgestellt.

3.1. Pandemieberichterstattung von Rehabilitationseinrichtungen

Fragestellungen:

- Wie lässt sich das Ausbruchsgeschehen in Rehabilitationseinrichtungen abbilden?
- Wie, wo und welche Daten werden dokumentiert?
- Wie können die Daten im Sinne der Gesundheitsberichterstattung - Beschreibung der Lage - genutzt werden?

Zur Beantwortung der oben genannten Fragestellungen wurden Rehabilitationseinrichtungen und Gesundheitsämter aus der Region OWL im Zeitraum von August bis Oktober 2021 zu ihrer internen Dokumentation von Covid-19-Fällen befragt. Die Befragung der Rehabilitationseinrichtungen beinhaltete die Themen:

- SARS-CoV-2-Infektionen unter Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden
- übermittelte Daten bei einem Fall an das zuständige Gesundheitsamt

- die klinikinterne Dokumentation von Fällen
- Erfahrungen der Einrichtungen bei der Übermittlung und Dokumentation von Covid-19-Fällen

Rekrutierung der Rehabilitationseinrichtungen und Gesundheitsämter

Die Rekrutierung erfolgte anhand einer Liste mit Rehabilitationseinrichtungen und Gesundheitsämtern, die zur Region OWL gehören. Die Kontaktadressen aller stationären Rehabilitationseinrichtungen in OWL wurden über die Datenbank www.rehakliniken.de ermittelt. Dabei wurde spezifisch für die Postleitzahlen in OWL recherchiert. Die Kontaktadressen der Gesundheitsämter in OWL wurden über das PLZ-Tool des RKIs identifiziert.

Die Einladung zur Teilnahme an der Befragung wurde per E-Mail an alle Rehabilitationseinrichtungen (n=37) und Gesundheitsämter (n=6) versendet. Die Teilnahme war per E-Mail oder nach Absprache telefonisch möglich. Die Antworten wurden bei den geschlossenen Fragen deskriptiv und bei offenen Antwortformaten mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

3.2. Standard für Pandemiepläne

Die Fragestellungen bei der Untersuchung bereits existierender Standards für Pandemiepläne lauteten:

- Welche Standards existieren?
- Wie können die Pandemiepläne bzw. die Einhaltung der Pandemiepläne überprüfbar gemacht werden?

Um zu klären, welche Standards zur Pandemieplanung in medizinischen Einrichtungen existieren, wurde zum einen eine Literaturrecherche in Ergänzung zu der Recherche aus dem Vorprojekt durchgeführt, um wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen zu eruieren, und zum anderen wurden die Pandemiepläne von Akutkrankenhäusern analysiert.

Diese ergänzende Literaturrecherche fand im Zeitraum von August 2021 bis September 2021 statt. Durchsucht wurden dabei Internetseiten des RKI, der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Datenbanken wie PubMed und CINAHL. Deutsche und englische Suchbegriffe umfassten Begriffe wie „Pandemieplanung“, „pandemic planning“, „Hygienepläne“, „Krankenhausplan“. Sie wurden mit Bool'schen Operatoren AND und OR mit den Begriffen „Krankenhaus“,

„hospital“, „rehabilitation“ und „Rehabilitation“ verknüpft. Literatur wurde dann eingeschlossen, wenn sie den Umgang mit Ausbrüchen und Infektionserkrankungen einzelner in medizinischen Einrichtungen behandelten und noch nicht im Pilotprojekt erfasst worden war.

Für die Analyse interner Pandemiepläne von Akutkrankenhäusern wurden Krankenhäuser in der Region OWL schriftlich angefragt und um Zusendung der Pandemiepläne oder Krankenhaushygienepläne gebeten. Dazu wurden die Kliniken über die Internetseite <https://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/app/suche> identifiziert. Insgesamt wurden 20 Kliniken beziehungsweise Klinikverbände in OWL zunächst per E-Mail angefragt. Nach zwei Wochen wurde eine Erinnerungsmail versendet. Da sich der Rücklauf als gering herausstellte, wurden die Kliniken erneut per Post angefragt.

Im Zeitraum von August 2021 bis Oktober 2021 übermittelten 5 Krankenhausverbände, die insgesamt 16 verschiedene Krankenhäuser umfassten, auswertbare Antworten. Die Pandemiepläne wurden entweder elektronisch oder postalisch zugesendet. Die Dokumente wurden anschließend in die Software Atlas.ti übertragen und innerhalb des Projektteams qualitativ nach Kuckartz (2017) ausgewertet. Hierfür wurde ein Kategoriensystem zunächst deduktiv auf Grundlage der Literaturrecherche erstellt und induktiv ergänzt. Die Dokumentenanalyse wurde von 4 Projektmitarbeiter*innen durchgeführt. Ergänzend wurden ausgewählte Literaturempfehlungen zur Pandemieplanung in Krankenhäusern mit dem gleichen Kategoriensystem analysiert. Die Ergebnisse aus den praktisch genutzten Pandemieplänen und aus den theoretischen Empfehlungen wurden miteinander verglichen.

3.3. Praxistauglichkeit der internen Pandemiepläne

Fragestellungen:

- Wie werden die internen Pandemiepläne rückblickend von Klinikleitungen bewertet? Was war umsetzbar?
- Welche Herausforderungen (hausintern, extern mit beteiligten Akteur*innen, aufgrund rechtlicher / gesetzlicher Rahmenbedingungen sowie im Zusammenhang mit ethischen und sozialen Aspekten) gab es bei Umsetzung der Pandemiepläne (einschließlich vorbereitender Maßnahmen und Infektionen von Rehabilitand*innen oder Beschäftigten) und wie wurde mit diesen Herausforderungen umgegangen?
- Wie haben Rehabilitand*innen die Umsetzung der Pandemiepläne erlebt?

Qualitative Methodik

Es wurden 12 leitfadengestützte Einzel- und Gruppeninterviews mit Personen in Leitungsfunktionen in Rehabilitationseinrichtungen geführt. Insgesamt wurden 17 Personen interviewt. Nachdem sich im Verlauf der Datenerhebung die Relevanz der pflegerischen Perspektive abzeichnete, wurden ergänzend 2 leitfadengestützte Einzelinterviews mit Pflegekräften aus Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt.

Die Interviews fanden im Zeitraum von September 2021 bis Januar 2022 statt. Die ursprüngliche Zielgruppe umfasste Personen in leitenden Positionen. Teil dieser Gruppen waren Klinikleitungen (medizinische, pflegerische, kaufmännische oder therapeutische Leitung) von Rehabilitationseinrichtungen oder Mitarbeitende, die speziell auf oberer Organisationsebene der Klinik in neuer Rolle in die Pandemieplanung integriert waren. Die Rekrutierung von Interviewpersonen fand sowohl telefonisch als auch per Mail über die Verantwortlichen in den Kliniken statt.

Ergänzend zur Perspektive der Klinikleitungen wurden Interviews mit 17 (ehemaligen) Rehabilitand*innen geführt. Teilnahmeinteressierte Rehabilitand*innen wurden dann eingeschlossen, wenn sie während der Covid-19-Pandemie eine Rehabilitation absolviert hatten oder zum aktuellen Zeitpunkt der Befragung absolvierten. Ehemalige Rehabilitand*innen, die vor Beginn der Pandemie eine Rehabilitation absolviert hatten, wurden von der Teilnahme ausgeschlossen. Die Teilnahme war Rehabilitand*innen aus allen Indikationsbereichen möglich. Bei beiden Gruppen (Mitarbeitenden und Rehabilitand*innen) wurde versucht, möglichst viele verschiedene Indikationen für die stationäre Rehabilitation zu berücksichtigen. Da sich im Projektverlauf keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen der Region OWL und angrenzenden Regionen in Bezug auf die Pandemieplanung in Rehabilitationseinrichtungen ergaben, wurden auch Teilnahmeinteressierte aus an OWL angrenzende Regionen eingeschlossen.

Rekrutiert wurden Teilnehmer*innen zum einen mithilfe der Vermittlung Dritter (Kruse, 2015) über die Rehabilitationseinrichtungen. In diesem Fall wurden innerhalb der Einrichtung Flyer zur Teilnahme an der Interviewstudie ausgehängt und Ansprechpartner*innen unter den Mitarbeitenden der Rehabilitationseinrichtung sprachen potenzielle Teilnehmende gezielt an. Um einem Selektionsbias durch die Einbindung der Einrichtungen vorzubeugen, wurden Teilnehmende zusätzlich mittels Schneeballsystems rekrutiert. Die Interviews fanden wahlweise entweder vor Ort in den Rehabilitationseinrichtungen, über Telefon oder in end-

zu-end-verschlüsselten Videokonferenzen im Zeitraum von Oktober 2021 bis Januar 2022 statt.

Die Interviews wurden mit der informierten Einwilligung der Teilnehmer*innen aufgezeichnet, transkribiert und pseudonymisiert. Der Leitfaden für die Mitarbeitenden der Rehabilitationskliniken beinhaltete Fragen nach bisherigen Erfahrungen mit Einzelfällen und Ausbruchsgeschehen in der Klinik, um dann das interne Pandemiemanagement auf Strukturebene abzufragen und dessen praktische Umsetzung näher zu beleuchten. Zusätzlich wurden die Teilnehmenden nach der Zusammenarbeit und Kommunikation mit externen Einrichtungen oder Institutionen gefragt.

Der Leitfaden für die (ehemaligen) Rehabilitand*innen umfasste die Schwerpunkte pandemiebezogener Besonderheiten vor Antritt der Reha, des Reha-Alltags, des Erlebens der Maßnahmen zum Infektionsschutz und der Erfahrungen mit Ausbruchsgeschehen. Zusätzlich wurden allgemeine Fragen bezüglich einer Rehabilitation unter Pandemiebedingungen sowie nach Wünschen oder Verbesserungsvorschlägen gestellt.

Für die qualitative Auswertung der Interviews wurden in Orientierung am Interviewleitfaden Kategorien gebildet, die anhand des Datenmaterials im Projektteam ergänzt wurde. Durch Konsentierung ergaben sich auf folgende Oberkategorien:

- Pandemieplanung vor Covid-19
- Internes Pandemiemanagement auf Strukturebene
- Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme
- Rehabilitand*innen
- Personal
- Infektionsschutzmaßnahmen
- Ressourcenverteilung
- Externe Kommunikation
- Ressourcen und Chancen
- Wünsche und Veränderungsbedarfe

Um die interne Konsistenz der Ergebnisse zu erhöhen, fand die Datenauswertung innerhalb von Teams mit mindestens zwei Personen des Forschungsprojektes statt.

Die Darstellung der qualitativen Ergebnisse (siehe Kapitel 5.3.) orientiert sind an den oben aufgeführten ausdifferenzierten Oberkategorien. Aus Gründen der besseren inhaltlichen

Nachvollziehbarkeit werden die fünf Kategorien *Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme, Ressourcenverteilung, externe Kommunikation, Ressourcen* und *Chancen und Wünsche* in Verbindung der Oberkategorien vorgestellt.

Quantitative Methodik

Mit der ergänzenden quantitativen Analyse werden die qualitativen Ergebnisse in einer weiteren Stichprobe auf Relevanz geprüft. Die Fragen wurden auf Grundlage der qualitativen Ergebnisse gebildet und mit der Software EvaSys in einen Onlinefragebogen überführt.

Der Fragebogen enthielt insgesamt 7 Themenblöcke, die Fragen zu folgenden Bereichen abdeckten:

- Pandemieplanung in der Einrichtung
- Unterstützung und Kontakt zu externen Akteur*innen
- Personalplanung
- Finanzielle Situation und Materialausstattung
- Infektionsschutzmaßnahmen
- Kompensatorische Maßnahmen
- Feedback und Evaluation

Zunächst wurde ein Pretest mit 5 Vertreter*innen aus stationären Rehabilitationseinrichtungen außerhalb von OWL durchgeführt, um die Bearbeitungszeit realistisch einzuschätzen, die Verständlichkeit der Fragen zu überprüfen und ggf. fehlende Aspekte zu ergänzen. Im Anschluss an die Überarbeitung wurde der Link zum Fragebogen den Rehabilitationseinrichtungen zwischen September 2022 und Oktober 2022 zugesendet. Die Einrichtungen wurden zunächst über E-Mail zur Onlinebefragung eingeladen. Nach einer geringen Rücklaufquote folgten eine Erinnerungsmail und eine telefonische Einladung zur Teilnahme an dem Fragebogen. Aus insgesamt 35 angeschriebenen Rehabilitationseinrichtungen in OWL füllten 12 Personen den Fragebogen aus.

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv mit der Software R.

3.4. „Lessons Learned“-Veranstaltung

Fragestellungen:

- Was muss in zukünftigen Planungen von internen Pandemieplänen in den ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen berücksichtigt werden?
- Wovon hängt eine erfolgreiche Umsetzung ab?

Im Rahmen einer Lessons-Learned-Veranstaltung wurden Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen in OWL, kommunale Gesundheitsämter, Kostenträger und Rehabilitationswissenschaftler*innen eingeladen, um die Projektergebnisse gemeinsam zu diskutieren und Empfehlungen für die Pandemieplanung herauszuarbeiten. Neben der allgemeinen Vorstellung der Projektergebnisse wurden thematische Schwerpunkte auf die Situation der Pflege in der Pandemie sowie den Datenschutz gelegt. Anschließend konnten die Teilnehmenden in drei verschiedenen Workshops vertiefend Inhalte des Leitfadens diskutieren. Die Workshops beschäftigten sich mit den Themen „Kommunikationswege in der Klinik und an externen Schnittstellen“, „Personalmanagement“ und „kompensatorische Maßnahmen“ sowie „Informationsgewinn und -weitergabe zur Pandemie“. Die Ergebnisse sind in die Erarbeitung des Leitfadens zur Pandemieplanung eingeflossen. Auf der Veranstaltung konnten Freiwillige gewonnen werden, die den späteren Entwurf des Leitfadens auf Praktikabilität, Verständlichkeit und Übersichtlichkeit überprüfen würden.

Im Anschluss an die Veranstaltung wurde eine Dokumentation erstellt und den Teilnehmenden elektronisch zugeschickt.

4. Ergebnisse

4.1. Pandemieberichterstattung von Rehabilitationseinrichtungen

An der Befragung zur Falldokumentation und -übermittlung haben insgesamt 19 Rehabilitationseinrichtungen und drei Gesundheitsämter in OWL teilgenommen.

Die befragten Rehabilitationseinrichtungen berichten von einer heterogenen Anzahl an SARS-CoV-2-Fällen innerhalb der Einrichtung (Stand Oktober 2021). Drei Einrichtungen hatten zum Berichtszeitpunkt noch keine Fälle unter den Mitarbeitenden oder Rehabilitand*innen, während drei andere Einrichtungen über 10 SARS-CoV-2-Fälle angeben. Die Abbildung 1 zeigt die übermittelten COVID-19-Fälle in Rehabilitationseinrichtung im Zeitraum 03.2020 bis 10.2021.

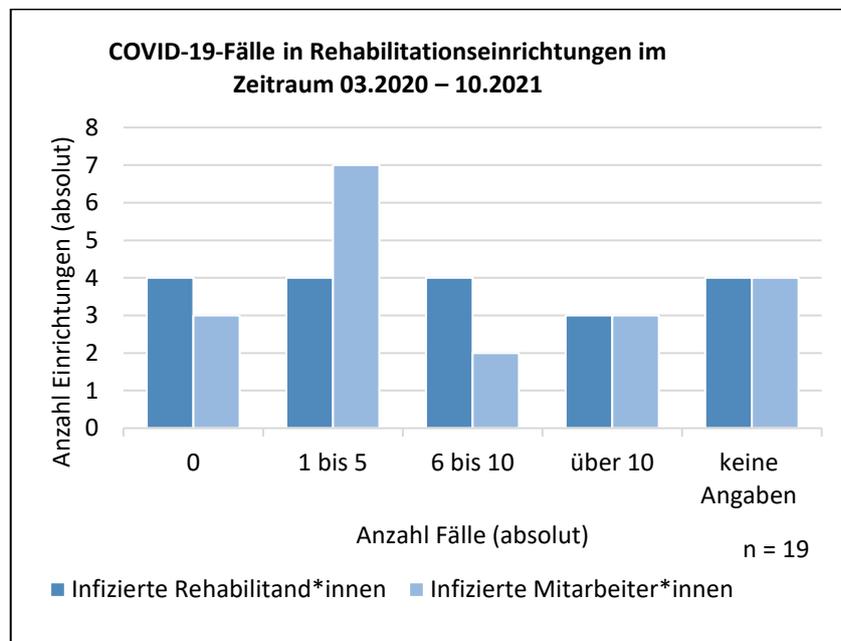


Abbildung 1: COVID-19-Fälle in Rehabilitationseinrichtungen (03.2020-10.2021). Eigene Darstellung

Insgesamt zeigt sich, dass die Einrichtungen Erfahrungen mit Fällen gehabt haben und es in 3 Einrichtungen zu größeren Ausbrüchen gekommen ist.

Im Hinblick auf die Falldokumentation zeigen die Ergebnisse der ersten Befragung eine heterogene Vorgehensweise bei der internen Dokumentation von COVID-19-Fällen in den Kliniken. Die Abbildung 2 stellt übersichtlich die Ergebnisse zur Falldokumentation und -meldung bei SARS-CoV-2-Fällen in Rehabilitationseinrichtungen dar.

Die Kliniken berichten von unterschiedlichen Arten der internen Dokumentation. Dabei variiert das Vorgehen von standardisierten elektronischen Erfassungen (z.B. mit Excel) gegenüber analoger Dokumentation auf Papier. In den Kliniken werden unterschiedliche Daten dokumentiert. Alle Kliniken notieren die Personenstammdaten (ID-Daten) und allgemeine Testinformationen. Zum Teil identifizieren die Kliniken eigenständig die Kontakte der positiv getesteten Personen und kategorisieren diese (je nach aktueller Coronaschutzverordnung) in die jeweiligen Kontaktkategorien (RKI, 2022).

Die internen Zuständigkeiten für die Dokumentation der Fälle sind je nach Klinik unterschiedlich: Genannt wurde u.a. Pflegedienstleitung, Hygienefachkraft, Abteilungsleitung oder Personalabteilung. Auch die Zuständigkeiten für die Übermittlung an das Gesundheitsamt unterscheiden sich zwischen den Kliniken. Hier sind vor allem die Klinikleitungen, ärztliche Leitungen oder speziell Zuständige für das Pandemiemanagement in der Klinik (Pandemiemanager*in) genannt. Für die Meldungen an das Gesundheitsamt werden zum Teil eigene Formulare vom zuständigen Gesundheitsamt verwendet. Das Meldeformular nach IfSG benutzt nur eine Klinik für die Fallübermittlung. Insgesamt heben die Einrichtungen die Relevanz klarer Zuständigkeiten und strukturierter Abläufe hervor.

Die befragten Gesundheitsämter berichten von verschiedenen internen Dokumentationen, die zum Teil parallel erfolgen (Dokumentation in der Software zur Erfassung und Übermittlung von Fällen SORMAS und in internen Excel Tabellen). Die unklare Zuständigkeit für die Aussprache von Quarantänen (z.B. Einrichtungsort oder Wohnort der Rehabilitand*innen) wird bei der Anordnung von Maßnahmen hervorgehoben. Dabei wird deutlich, dass die Gesundheitsämter unterschiedliche Zuständigkeiten wahrnehmen. Erschwerend bei der Absprache ist der Kontakt zu anderen Gesundheitsämtern nur über E-Mail oder Telefon (nach Kontaktaufnahmen) möglich.

Die Kliniken setzen die angeordneten Maßnahmen um und Entlassen (nach Möglichkeit und ärztlicher Abschätzung) die positiven Personen in die häusliche Quarantäne. Auch für die Kontaktpersonen wird eine Quarantäne umgesetzt (zuhause oder in der Rehaklinik). Die Quarantänezeiträume und Maßnahmen werden intern weiter dokumentiert.

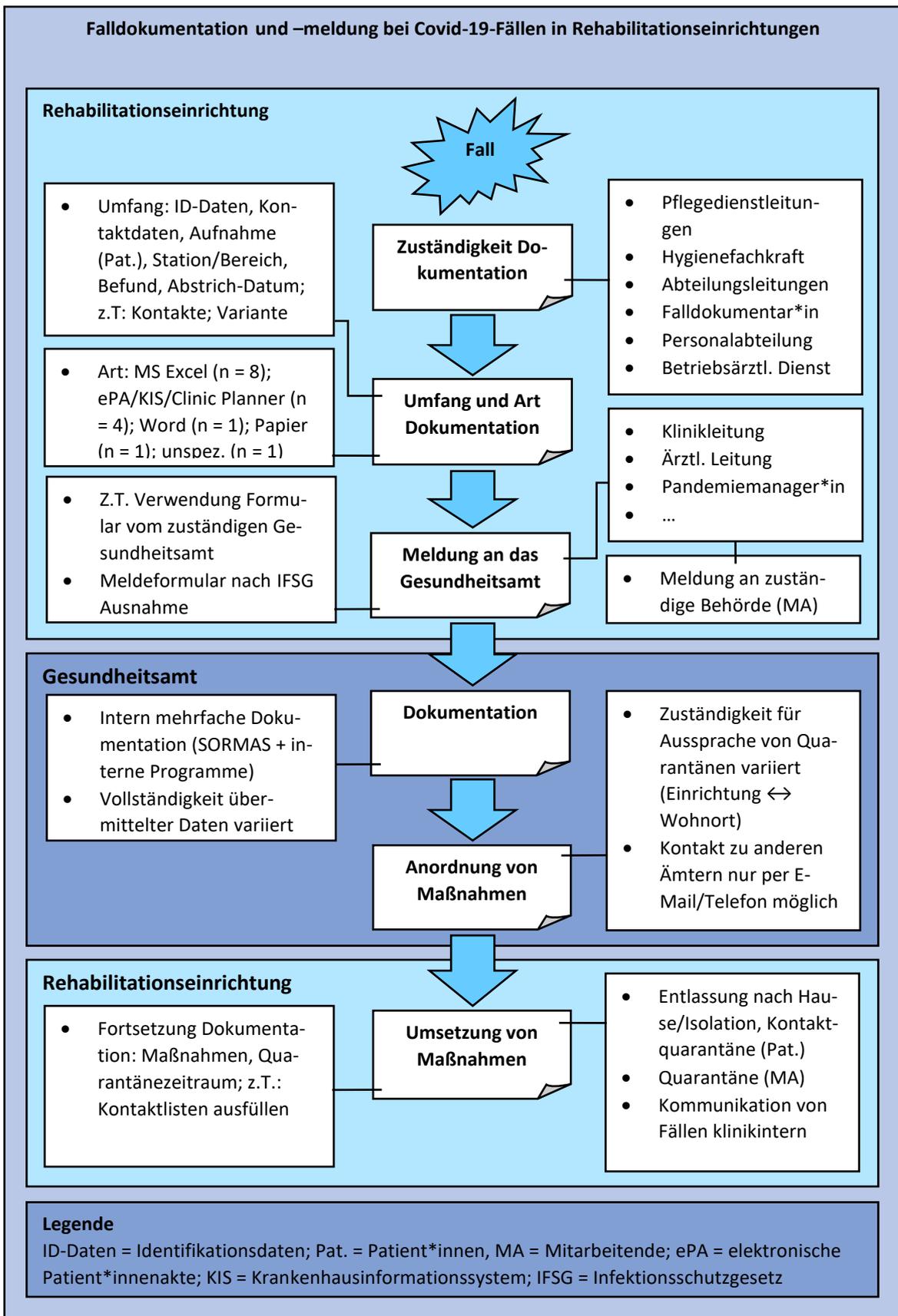


Abbildung 2: Falldokumentation und -meldung bei Covid-19-Fällen in Rehabilitationseinrichtungen. Eigene Darstellung

Die befragten Gesundheitsämter berichten übereinstimmend, dass die Qualität der Falldokumentation und die Übermittlung durch die Einrichtungen stark variieren. Der Mehraufwand durch unvollständig übermittelte Daten, die amtsinternen Dokumentationsformate (Einführung von SORMAS und Mehrfachdokumentation) und die unklaren Zuständigkeiten für die Aussprache der Quarantäne wird deutlich.

4.2. Standards für Pandemiepläne

Insgesamt sind 21 einzelne Pandemiepläne oder ähnliche krankenhauserinterne Dokumente analysiert worden. 5 unterschiedliche Krankenhausverbände, die insgesamt 16 verschiedene, einzelne Krankenhäuser repräsentieren, stellen die Dokumente zur Verfügung. Die Dokumentenanalyse der Pandemiepläne zeigt, dass das Layout und Format der Dokumente stark variiert. Auch die genaue Ausgestaltung der Inhalte ist sehr heterogen. Die Pandemieplanung wird in einigen Dokumenten sehr ausdifferenziert dargestellt und erläutert. In anderen Dokumenten sind die Beschreibungen und Erläuterungen unspezifisch und weit gehalten.

Inhaltlich sind diverse unterschiedliche Themenbereiche in den analysierten Dokumenten aufgeführt. Hierzu zählen die Einführung von Infektionsschutzmaßnahmen (Testungen, persönliche Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel), die Etablierung eines Krisenstabs und interne sowie externe Kommunikationsstrukturen. Auch die Einführung und Durchsetzung von Besuchsverboten ist in allen Pandemieplänen zu finden. Der pandemiebedingte zusätzliche Arbeitsaufwand wird ebenfalls in den Dokumenten thematisiert. Hervorgehoben wird besonders das aktive Pandemiemanagement und die Einführung von Infektionsschutzmaßnahmen. Auch der erweiterte Kommunikationsaufwand wird in Form von Schulungen der Mitarbeitenden und einer erweiterten Dokumentation (z.B. Symptomkontrolle, Kontaktpersonenmanagement) beschrieben.

Themen, die nur in einigen Dokumenten zu identifizieren sind, sind vereinzelte, unspezifische Aufforderungen, die Mitarbeitenden vor pandemiebedingten Folgen zu schützen. Konkrete Maßnahmen werden nicht aufgeführt. Das gilt u.a. auch für chronisch kranke oder schwangere Mitarbeitende. Im Hinblick auf die aufgeführten Infektionsschutzmaßnahmen sind Abstandregelungen für Mitarbeitende und Patient*innen nur in einem Teil der Dokumente zu finden (z.B. Änderungen der Raumaufteilung). Nicht alle Dokumente sind an die regionalen Voraussetzungen der sie verwendenden Kliniken angepasst. In diesen Fällen ist teilweise an-

zuzweifeln, dass die in den Dokumenten aufgeführten Maßnahmen überhaupt umsetzbar sind (z.B. in Bezug auf Absprachen mit kommunalen Ansprechpartner*innen).

In keinem der analysierten Dokumente sind konkrete Maßnahmen aufgeführt, die die mentale Gesundheit der Mitarbeitenden während der Pandemie fokussieren. Auch kompensatorische Maßnahmen, die die Auswirkungen der Infektionsschutzmaßnahmen auf Patient*innen ausgleichen, werden nicht thematisiert. Zuletzt wird auch die konkrete Planung einer Evaluation der Pandemieplanung (intern oder extern) in keinem der Dokumente beschrieben.

Im Hinblick auf die analysierten Empfehlungen (Ammon, 2018; Kienbaum, 2020; Cwojdzinski et al., 2020, Geerts et al. 2021) zur Pandemieplanung zeigen sich viele Übereinstimmungen mit den internen Krankenhausdokumenten. Besonders die Empfehlungen zur Implementierung von Infektionsschutzmaßnahmen wie Handhygiene oder der Verwendung von Masken finden sich weitgehend in den analysierten Pandemieplänen wieder. Empfohlen werden zudem die Einführung von klaren internen Organisations- und Prozessstrukturen (z.B. die Etablierung eines Krisenstabs). Besonders herausgestellt wird in den Empfehlungen eine interne offene und transparente Kommunikation über Herausforderungen, die auch die Kommunikation über ungelöste Probleme beinhaltet. Der klinikinterne Pandemieplan soll an die regionale und nationale Pandemieplanung angepasst werden und zugleich die klinikeigenen Gegebenheiten mitberücksichtigen. Neben Schulungen sollen auch Simulationsübungen in interpandemischen Phasen durchgeführt werden. Diese sollten klinikintern, aber auch regional und organisationsübergreifend stattfinden. Vereinzelt wird auch in den Empfehlungen eine Bereitstellung von psychosozialen Unterstützungsangeboten und eine Burnout-Prophylaxe aufgeführt. Zum Thema Evaluation wird in den Empfehlungen eine kontinuierliche Anpassung der Infektionsschutzmaßnahmen während der Pandemie und in konkreten Situationen beschrieben. Kleinere Organisationseinheiten sollen exemplarisch evaluiert werden. Das Feedback von Mitarbeitenden und Patient*innen in die Evaluation mit einfließen zu lassen wird allgemein empfohlen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse die Notwendigkeit von standardisierten Vorgehensweisen, wenn Krankenhäuser Pandemiepläne erstellen oder anpassen.

4.3. Praxistauglichkeit der internen Pandemiepläne

4.3.1. Qualitative Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Innerhalb des Arbeitspakets 3 konnten insgesamt 12 Gruppen- und Einzelinterviews mit Klinikmitarbeitenden in Leitungspositionen geführt werden. 17 Personen (14 weiblich; 3 männlich) mit den beruflichen Funktionen Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement, therapeutische Leitung, Geschäftsführung und psychologische Leitung gaben Auskunft über die Erfahrungen mit der Pandemieplanung in ihren stationären Rehabilitationseinrichtungen. Zusätzlich wurden zwei Interviews mit Pflegefachkräften geführt.

Bei den teilnehmenden (ehemaligen) Rehabilitand*innen wurde auf ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis geachtet. Insgesamt wurden 17 Einzelinterviews geführt, wobei es sich um 10 weibliche und 7 männliche Personen im Alter zwischen 28 und 80 Jahren handelt. Die Teilnehmenden absolvierten ihre Rehabilitation in 10 verschiedenen Rehakliniken.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmenden

Teilnehmendengruppe	Mitarbeitende	Rehabilitand*innen
Geschlecht	16 (w)	10 (w)
	3 (m)	7 (m)
Alter (gruppiert)		
28- 45	5	5
46- 60	12	9
61- 80	2	3
Funktionsbereiche/ Indikation	<ul style="list-style-type: none">• Verwaltungsleitung• Pflegedienstleitung• Pflege• Qualitätsmanagement• Therapeutische Leitung• Geschäftsführung• Psychologische Leitung• Medizinische Leitung	<ul style="list-style-type: none">• Orthopädie• Sucht• Long Covid• Geriatrie• Rheumatologische Orthopädie• Kardiologie• Psychosomatik• Gastroenterologie

1. Pandemieplanung vor Covid-19

Die interviewten Klinikleitungen und Mitarbeitenden berichten, dass vor der Covid-19-Pandemie die Klinik mit keiner Pandemie oder vergleichbaren Situation umgehen musste. In den Kliniken existierten vor der Corona-Pandemie Hygienepläne für Norovirus-Ausbrüche und MRSA-Keime. Es kam immer wieder zu kleineren Ausbrüchen mit Noroviren oder Grippeviren, denen die Kliniken mit festgelegten Infektionsschutzmaßnahmen begegnet sind. Die Infektionsschutzmaßnahmen umfassten u.a. die Isolation der infizierten Personen auf dem Zimmer, angepasste Reinigungs- und Desinfektionsintervalle und das Tragen persönlicher Schutzausrüstung. Die Kliniken hatten Standards und klare Arbeitsanweisungen für die bekannten Erreger entwickelt. Auf das Ausmaß der Corona-Pandemie war keine Klinik vorbereitet.

„Noroviren, Läuse, das ist nichts Überraschendes, ne? Dazu gibt es Handlungsleitfäden, die man sich adaptieren kann aus den KRINKO-Empfehlungen und so weiter, die jetzt vielleicht auch nicht direkt auf Reha (...) gemünzt sind, aber natürlich (...) anwendbar sind und dann auch relativ schnell Anwendung finden und (...) bei der Covid-Sache hatten wir (...) dieses Pandemie, (...) sehr, sehr unbegrenzt oder sehr, sehr langdauernd. Das war schon komplett etwas Anderes (...). Die Unwissenheit, (...) was kommt da auf uns zu überhaupt.“¹ ID01

„In so einem Ausmaß, das haben wir natürlich einfach so noch nicht erlebt. (D)ann haben wir ja x Wochen zu gehabt. (I)n der Zeit haben wir ganz viel neue Konzepte entwickelt, wie es weitergehen kann. Das war dann auch nochmal ganz viel Arbeit. Dann hieß es, die neuen Konzepte umsetzen, nochmal nachbessern (...).“ ID10

Nur eine Klinik war auf eine epidemische Situation vorbereitet und hatte für drei Wochen Schutzmaterialien sichergestellt.

„Wir haben hier (...) unsere endemische Planung darauf ausgerichtet: Was passiert, wenn wir einen Noroausbruch hätten in der Einrichtung? Da war der Vorrat (...) darauf ausgerichtet hier, für drei Wochen im Prinzip unter Feldbedingungen zu arbeiten. Wir sind nicht davon ausgegangen, dass hier noch mehr passiert.“ ID08

¹ Alle Interviewzitate werden in sprachlich bereinigter Form wiedergegeben.

2. Internes Pandemiemanagement der Kliniken

Zu Pandemiebeginn hatte nur eine Klinik einen detaillierten Pandemieplan vorliegen, der im Vorfeld von der Klinik ausgearbeitet worden war. Alle anderen Kliniken haben einen internen Pandemieplan auf Basis der bereits vorliegenden Hygienepläne entwickelt. Dazu wurden verschiedenen Informationsquellen kombiniert (z.B. Informationen des RKI, Gesundheitsamt, sonstige Fachtexte). Die Informationssammlung zu SARS-CoV-2, den Übertragungswegen und den gesetzlichen Vorgaben zeigt sich als besonders ressourcenintensiv.

„Ich hätte mir die Information gebündelter gewünscht. (...) (M)an kriegt ja massig an Informationen auf einmal. Man ist eine Stunde aus seinem Büro raus, geht an seinen Rechner zurück und hat 25 E-Mails. Und man denkt sich so: Boah, was ist denn hier jetzt passiert? Wo fange ich denn jetzt an?“ ID03

In allen Rehakliniken wurde zu Beginn ein Krisenstab etabliert oder der bereits existierende Krisenstab einberufen. Dabei variiert die Zusammensetzung des Krisenstabs. In einigen Kliniken war zu Beginn ausschließlich die oberste Leitungsebene der Klinik im Krisenstab vertreten. In anderen Kliniken sind frühzeitig alle Organisationsbereiche integriert worden.

„Hier im Klinikum hier bei uns haben wir direkt einen Krisenstab gegründet, wo fast alle Berufsgruppen auch quasi teilgenommen haben. Da haben wir uns auch sehr engmaschig miteinander beraten“ ID10.

Die Anpassung und Aufnahme von weiteren Organisationsbereichen in den Krisenstab führte im Pandemieverlauf zu einer besseren Einbindung aller Mitarbeitenden in denjenigen Kliniken, die den Krisenstab in geringer Personenzahl etabliert hatten. Vereinzelt wurde in den Kliniken zusätzlich eine Covid-19-zuständige Einzelperson eingeführt, die für alle Fragen und Aufgaben im Kontext der Pandemie erste Ansprechperson war. Eine Vertretung war jeweils nicht festgelegt.

Maßgeblich für das interne Pandemiemanagement sind u.a. dessen rechtliche Rahmenbedingungen. Hier wurde deutlich, dass Rehabilitationskliniken gegenüber Akutkliniken gesundheitspolitisch lange vernachlässigt wurden. Besonders der unklare Status der Rehabilitationskliniken führte zu Herausforderungen bei der Pandemieplanung.

„Also, das wäre jetzt wirklich von <dem Kostenträger> dann, dass die halt auch mehr auf ihre Kliniken (...) zugehen. Und, dass die Politik, wenn die (...) ihre Rahmenbedingungen setzen oder Schutzverordnungen machen, (...) auch schreiben: Okay, das gilt halt auch für Rehakliniken.

Weil, wie gesagt, diese Diskussion, die ich dann mit der Dame vom Gesundheitsamt hatte, (...) wir haben kein Ergebnis bekommen, weil es halt nirgendwo drinstand.“ ID03

Auch im Kontakt zu den lokalen Gesundheitsämtern spiegelte sich die Unklarheit wider, welche gesetzlichen Vorgaben für Rehabilitationskliniken gelten. Mit dem zusätzlichen Status als Ersatzkrankenhaus verkomplizierten sich die Bewertung der Ausgangslage und die Planungsmöglichkeiten für einzelne Kliniken zusätzlich.

„Und wir waren ja dann Ersatzkrankenhaus. Und (...) wir haben da relativ lange rumdiskutiert. Ich weiß aber wirklich nicht mehr, worum es ging. Um dann zu sagen, naja, eigentlich wissen wir es beide nicht, weil (...) wie die Regelungen jetzt sind, keine Ahnung. Also, weil, es hat sich ja auch irgendwie gefühlt ständig geändert. (K)einer wusste jetzt zwischenzeitlich mehr: Was darf man, was darf man nicht.“ ID03

Der Kontakt zu den lokalen Gesundheitsämtern wurde – zum Teil nach einigen Konflikten im Vorlauf – zum Interviewzeitpunkt von den meisten Interviewpartner*innen als insgesamt gut und hilfreich beschrieben.

Vorgaben und Empfehlungen speziell für das Setting der Rehabilitation hat den Interviewpersonen während der Pandemie gefehlt. Sie mussten z.B. auf Vorgaben für Akutkrankenhäuser zurückgreifen. Die landesabhängigen gesundheitspolitischen Entscheidungen führten zu einer Verkomplizierung der Planung und der Übertragbarkeit von Empfehlungen und Vorgaben.

Insgesamt wird sich von den Leistungsträger*innen und der Politik mehrheitlich mehr Unterstützung gewünscht. Besonders im Hinblick auf die Finanzierung der Rehabilitation berichten viele Kliniken von finanziellen Nachteilen, die infolge der Pandemie aufgetreten sind (z.B. Finanzierung der Schutzmaterialien, Personalausgaben). Besonders die Zuständigkeit für die Refinanzierung der notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen ist dabei unklar und nicht ausreichend. Zusätzlich sind die personellen Mehrausgaben für die Kliniken (z.B. erhöhter Bedarf an Sicherheitspersonal) eine finanzielle Herausforderung. Vereinzelt wird angegeben, dass das Rehabilitationsangebot wegen finanzieller Schwierigkeiten eingeschränkt werden mussten.

Neben den finanziellen Schwierigkeiten stellt die Überbrückung der (temporären) Materialengpässe (v.a. persönliche Schutzausrüstung und Desinfektion) die Kliniken vor weitere Herausforderungen. Besonders zu Beginn der Pandemie mussten Materiallücken über alternative

Bezugs- und Herstellungswege überbrückt werden. Dabei wurde u.a. auf die Unterstützung durch die Träger, Verbände, Gesundheitsämter oder private Kontakte zurückgegriffen.

3. Rehabilitand*innen

Die interviewten Teilnehmenden geben mehrfach an, dass die Rehabilitand*innen erleichtert darüber waren, dass die Rehabilitation überhaupt in der Pandemie stattfinden konnte.

„Die waren zufrieden. Weil, ich glaube, dass der Patient, der hier war, der war froh, dass er hier sein konnte, dass er trotz Corona rehabilitiert werden konnte. (...) Diese Leute, die hier dann wieder das Laufen lernen, (...) sind einfach nur froh, dass sie da sein dürfen.“ ID05

Gleichzeitig wird in den Interviews immer wieder von pandemiebezogenen Absagen oder Verschiebung der Rehabilitation durch einzelne Personen berichtet. Diese Phänomene häuften sich besonders in Regionen mit einer hohen Inzidenz oder sind saisonal auffällig (im Winter sind mehr Rehabilitationen abgesagt worden).

Insgesamt ist die Wahrnehmung des Infektionsrisikos der Rehabilitand*innen u.a. abhängig von den persönlichen Voraussetzungen. Dazu zählen die eigenen Vorerkrankungen, der Impfstatus und die eigene Vorbereitung auf die Rehabilitation (z.B. mitgenommene eigene Masken). Während der Rehabilitation beeinflusst die Sichtbarkeit und die Durchsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen seitens der Klinik das Sicherheitsgefühl der Rehabilitand*innen.

„Man selber ist das vielleicht, sage ich mal: Vorsichtiger und achtsamer. Aber es gibt ja durchaus auch Mitmenschen, die so genervt sind von dem ganzen Prozedere nach zwei Jahren, die dann sagen: Ist mir alles scheißegal, ne. Und da habe ich mir schon Gedanken gemacht und insofern fand ich dieses FFP2-Masken-Konzept dann auch wiederum beruhigend, wenn auch lästig.“ IDP06

Auch die transparente Kommunikation von Fällen unter den Rehabilitand*innen führt dazu, dass das Sicherheitsgefühl steigt. Umgekehrt führt der Verzicht der Klinik auf zeitnahe Hinweise von Fällen zu Unsicherheit, wenn Rehabilitand*innen Halbwissen zu Fällen auf der Station miteinander teilen oder verhindert aus Sicht der Rehabilitand*innen, dass das eigene Verhalten adäquat angepasst werden kann.

„Wie gesagt, es wurde ja alles verschwiegen. Ich habe einmal gesagt: Die hätten doch mitteilen können, dass Corona-Patienten im Haus gibt. Dann hätte man sich vielleicht noch mehr geschützt. Also ich denke, wenn ich es gewusst hätte, (...) dann hätte ich mich abends auf keinen Fall mit irgendjemandem getroffen.“ IDP17

Neben der Erleichterung, dass die Rehabilitation auch während der Corona-Pandemie stattfinden kann, erleben die Rehabilitand*innen auch pandemiebedingte Herausforderungen während ihres stationären Aufenthaltes. Das Rehabilitationsangebot während der Corona-Pandemie wurde an die aktuelle Situation angepasst. Infektionsschutzmaßnahmen müssen auch während der Therapien und Angebote sichergestellt und eingehalten werden. Während der Therapien müssen die Rehabilitand*innen ein Mund-Nasen-Schutz tragen. Es wird berichtet, dass die Teilnahme an der Therapie dadurch erschwert wird.

„Was ich halt unangenehm fand, aber das ist halt Corona geschuldet, mein Problem ist die Atmung. Und Sie können sich vorstellen, wenn Sie Lungensport machen, der extra für die Atmung ist und dann mit der FFP2-Maske den Lungensport machen, ist das so ein bisschen kontraproduktiv. Wenn Sie eh schon keine Luft bekommen und dann Sport mit der Maske machen. (A)ber ja, die Frage ist halt, was es da für Alternativen gegeben hätte? Ich glaube, dann lieber mit Maske und (...) Probleme noch mehr beim Sport als alle ohne Maske irgendwie noch.“
IDP010

Besonders bei physischer Anstrengung müssen häufiger Pausen eingelegt werden. Zusätzlich haben einige Kliniken das Therapieangebot auf das Tragen der Maske angepasst.

„Ja, das war manchmal schon ein bisschen (..) anstrengend, ne. (...) Aber da ist von den Therapeuten auch darauf eingegangen worden. (Wir) hatten zum Beispiel eine ganz, ganz tolle Therapeutin, die da auch sehr verständnisvoll war und das Programm (...) dem angepasst hat, dass man also nicht völlig aus der Puste war, ne. Also, dass man das gut mit Maske schaffen konnte.“ IDP006

Auch die Therapieplanung der Rehabilitand*innen ist an die Pandemie angepasst worden. Eine Rehabilitandin empfindet ihre Therapieplanung als zu gering und sieht ihren individuellen Reha-Erfolg dadurch gefährdet.

Wenn jetzt (...) bestimmte medizinische Therapien entfallen müssen, wie beispielsweise die Nutzung des Hallenbades, (...) dass man explizit vielleicht darauf hinweist, dass es bestimmte (...) Alternativübungen, -gruppen, -möglichkeiten gibt, sich praktisch auch dort (...) mit seinen Beschwerden zu beschäftigen. (...) Das Negative an der ganzen Sache, muss ich ja vielleicht auch mal sagen: Ich hatte teilweise das Gefühl, ich müsste mehr machen. Ja. Also mehr leisten, um mich mehr zu fördern.“ IDP010

Therapeut*innen mussten die Gruppentherapien aufteilen, um die Infektionsschutzmaßnahmen einzuhalten und besonders den Abstand sicherzustellen. Dadurch konnten weniger Therapien durchgeführt werden. Der Aspekt der kleineren Gruppen wird wiederum als sehr positiv von den Rehabilitand*innen hervorgehoben. Dadurch ist eine angenehmere Gruppentherapie möglich und Therapeut*innen können individueller auf die einzelne Person eingehen.

Besonders die Einschränkung von Freizeitmöglichkeiten und allgemeinen Kontaktmöglichkeiten unter den Rehabilitand*innen wird als schwierig während des stationären Aufenthalts empfunden. Kontaktmöglichkeiten wie feste Tischgruppen im Speisesaal, Sitzmöglichkeiten auf den Gängen oder die Cafeteria sind während der Pandemie durch die notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen eingeschränkt gewesen. Das soziale Miteinander wurde dadurch stark beschnitten.

„(D)ie Startschwierigkeiten, die Leute kennenzulernen, (...) das war definitiv anders. Das ist also natürlich ganz anders, wenn man die Mahlzeiten an einem besetzten Tisch einnimmt, ne? Sodass man halt ins Gespräch kommt. Also, das ist tatsächlich jetzt ein bisschen schwieriger. (...) Na ja, und dass man dann natürlich auch häufiger in den Pausen nicht so, jetzt sitzt man ja eher auf dem Zimmer. (U)nd früher (...) saß man denn halt eben in der Cafeteria oder so, ne? Das wird halt eben auch seltener in Anspruch genommen, dadurch.“ IDP007

Teilweise berichten die Rehabilitand*innen von Einsamkeit. Den Wunsch nach infektionsschutzkonformen, organisierten Freizeitangeboten vonseiten der Klinik äußern viele Rehabilitand*innen. Neben Freizeitangeboten wird auch der Wunsch nach zusätzlichen psychosozialen, niedrigschwelligen Angeboten deutlich.

4. Personal

In der Pandemie müssen aufgrund der Infektionsschutzmaßnahmen und weiteren Vorgaben zusätzliche, neue Aufgaben von den Mitarbeitenden bewältigt werden. Die damit einhergehende Mehrbelastung in der Pandemie betrifft alle Statusgruppen. Neben der quantitativen Mehrarbeit verändert sich auch die Belastung durch die einzelnen Arbeitsanforderungen, etwa, wenn Entscheidungen getroffen werden müssen ohne, dass die eigentlich dazu notwendigen Informationen (z.B. zum Erreger oder den gesetzlichen Vorgaben) vorliegen.

Die Arbeit im stationären Setting führt zu einem erhöhten Infektionsrisiko für die Mitarbeitenden, die zum Teil als Belastung wahrgenommen wird. Die Angst vor einer Infektion ist da-

bei auch bei den Mitarbeitenden abhängig von individuellen Gegebenheiten (z.B. individuelle Vorerkrankungen, Pflege Angehöriger).

„Ich würde sagen, die ist schon ziemlich hoch. Wir haben eine Kollegin, die hatte Covid. Und auch ziemlich stark Post-Covid. Also, die war sehr lange krank. Und ihr geht es auch immer noch nicht gut. Ich glaube mit dem Beispiel ist die Angst nochmal größer geworden. Bei den jüngeren Kolleginnen würde ich sagen, ist die Angst nicht so groß. Da ist das Risiko für eine schwere Erkrankung nicht so hoch. Aber die älteren haben schon Angst.“ ID11

Bei Personen in Leitungsfunktionen zeigt sich, dass teilweise eine Vertretung nicht sichergestellt ist.

„(I)ch bin morgens ja früh aus dem Haus und bin abends sehr spät wiedergekommen. Und habe eigentlich meine Zeit hier oder schlafend [lachend] in meinem Bett verbracht. Weil, anders geht es nicht. Wir haben aber auch irgendwann gesagt: "Alle, die hier an maßgeblichen Stellen sitzen, die müssen das einfach machen." Es ist unsere Klinik, es ist unsere Verantwortung, unsere Mitarbeiter, unsere Patienten. Da kommt es nicht nur auf die Arbeitszeit drauf an“. ID05

Infolgedessen erleben einzelne Personen, dass sie permanent erreichbar und einsatzbereit sein müssen.

„(E)s sind eigentlich alle hier im Haus erschöpft. Weil man das ganze Jahr über diskutieren muss. Warum es jetzt so ist und warum es nicht anders ist. In anderen Reha-Kliniken läuft es ja ganz anders. Und es sind eigentlich alle Mitarbeiter erschöpft. Man möchte einfach nicht mehr diskutieren. Für mich persönlich ist es jetzt wirklich so dieses Jahr, dass ich täglich hier so viele individuelle Entscheidungen treffen musste, dass mich das einfach mental auch super erschöpft.“ ID12

Zusätzlich wird von Isolation im privaten Rahmen berichtet, um sich vor einer Infektion zu schützen. Diese Maßnahme wird damit begründet, das Virus nicht in die Klinik eintragen zu wollen. Auch der Aspekt, die eigene Arbeitskraft für die Klinik durch eine Infektion nicht zu gefährden, spielte eine Rolle.

Im Hinblick auf die neuen Aufgabenstellungen, die in der Pandemie hinzugekommen sind, sind besonders die Etablierung neuer Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen (z.B. Einberufung Krisenstab, Informationsweitergabe an die Mitarbeitenden) der erhöhte interne

und externe Austausch (mit Gesundheitsämtern, Träger, Leistungsträgern) sowie die Entwicklung und stetige Anpassung von Infektionsschutzmaßnahmen zu nennen.

Auch bei Personal ohne Leitungsfunktion wird eine Mehrbelastung aufgrund der direkten und indirekten Auswirkungen der Pandemie beschrieben. Hier führt vor allem die Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen zu einer Mehrbelastung. Besonders die zusätzlichen administrativen Aufgaben (z.B. Dokumentation von Testergebnissen) in nicht-verwalterischen Personalgruppen (vor allem Pflege) wird als Belastung von den interviewten Personen hervorgehoben.

„Es ist keine (...) zusätzliche Kraft eingestellt worden. Es sind ja viel mehr Aufgaben auf uns abgelegt worden. Und, ja, ob es jetzt wegen der Dokumentation oder eben auch Versorgung (...) der Patienten [ist], da (...) hat sich nichts im positiven Sinne getan, dass man das Gefühl hatte: Oh, da kriegen wir ein bisschen mehr Unterstützung. Das (...) kam noch dazu. Ja. Und da nutzt (...) mir auch kein Eis.“ ID14

Die Aufgaben sind zusätzlich zu den bereits zugewiesenen Aufgaben zu erledigen und führen zu einer Verstärkung des bereits existierenden Zeit- und Personenmangel.

„Naja, sagen wir es mal so. Wir haben keinen Mitarbeiter mehr bekommen deswegen. Wir haben uns alle ein bisschen schneller gedreht und ein bisschen mehr gearbeitet. Und was wir gemacht haben oder gelernt haben ist, ich sage mal so, es haben Abteilungen Arbeiten verrichtet, die sie sonst nicht getan hätten. Wir haben halt geguckt: Wer kann was machen? Und der hat es getan. Aber wie gesagt, wir haben keine Stelle deswegen mehr bekommen und keinen Mitarbeiter mehr bekommen.“ ID05

Auch die Kommunikation von und Erinnerung an Infektionsschutzmaßnahmen an die Rehabilitand*innen ist zusätzlich von dem Personal zu erledigen. In Bezug darauf werden die Diskussion mit Rehabilitand*innen über Infektionsschutzmaßnahmen und die Durchsetzung der Maßnahmen durch die Mitarbeitenden als Mehrbelastung wahrgenommen.

Durch die Corona-Pandemie haben sich teilweise bereits bestehende Personalprobleme in den Rehakliniken verschärft. Zum einen liegt diese Verschärfung an einer eigenen Infektion oder Kontaktquarantäne von Mitarbeitenden, zum anderen werden Kündigungen aufgrund der beschriebenen Mehrbelastungen angesprochen.

„Weil bei allen entweder der Krankenstand hoch ist beziehungsweise es zu Kündigungen kam. Und (...) die eben alle einen hohen Arbeitsstandard hatten“ ID12

Die erlebten Überlastungen des Personals zusammen mit der Verfestigung von Hierarchien innerhalb des Klinikteams und eine soziale Isolation der Mitarbeitenden aufgrund von fehlenden gemeinsamen Pausen sind für Mitarbeitende schwer zu bewältigen.

„Jetzt ist es so, dass wir nur noch zu zweit frühstücken gehen können. Das heißt für uns im Moment, zwei Personen dürfen miteinander, eine Person sitzt getrennt voneinander. Das ist die Situation, nicht so schön. Die ist halt so, es wird sicherlich auch bald wieder andere Situationen geben. Von daher nehmen wir das jetzt gerade so, wie es ist. Und versuchen da so ein bisschen untereinander zu tauschen, dass jeder mal irgendwann alleine sitzt, sozusagen“ ID10

Im Gegensatz werden auch positive Erfahrungen im Pandemieverlauf genannt: Beispielsweise wird beschrieben, dass die *gemeinsame* Bewältigung der Krisensituation zu einer mehrfach beschriebenen Verstärkung des Teamgefühls unter den Mitarbeitenden und eine Steigerung des internen Zusammenhalts geführt habe.

„Das Team hat eine gewaltige Entwicklung genommen. Wir hatten ja in der Zeit der Vorbereitung hier (...) sehr viel mehr Zusammenhalt erlebt, als vor der Pandemie. Wir konnten lernen, dass wir mit gegenseitiger Rücksichtnahme wesentlich weiterkommen. Und wir konnten auch erleben, dass eben die Annahme des (...) Gegenübers zu einer wesentlich verbesserten Kommunikation führt.“ ID08

In einigen Interviews wird der allgemeine Wunsch nach zusätzlichen psychosozialen Unterstützungsangeboten (z.B. Supervision) deutlich, die bislang in den Kliniken nicht eingeführt wurden. Im Zusammenhang mit entlastenden Maßnahmen wird besonders deutlich, wie stark Mitarbeitendenschutz und die Kompensation von Zusatzbelastungen für Mitarbeitende von Leitungsentscheidungen abhängt.

5. Eingeführte Maßnahmen

Alle Kliniken haben seit Beginn der Pandemie Infektionsschutzmaßnahmen innerhalb der Klinik eingeführt. Dabei haben die Kliniken ähnliche Maßnahmen etabliert, die sich im Detail in der Umsetzung unterscheiden. Die Maßnahmen lassen sich in (1) – bei passender Ausrüstung – individuell durchzuführende Schutzmaßnahmen wie das Tragen von Atemschutzmasken und Schutzkitteln sowie die Durchführung von Händehygienemaßnahmen, (2) betriebliche Maßnahmen im engeren Sinne wie z.B. die Verlegung von Arbeitsplätzen ins Home Office oder in räumlich getrennte Bereiche in der Klinik oder die Einführung von Dokumentationsinfrastruktur

turen unterteilen. Bei den individuellen Maßnahmen ist in besonderem Ausmaß die Akzeptanz der einzelnen Mitarbeitenden und Rehabilitand*innen notwendig gewesen, während bei den betrieblichen Maßnahmen eine Steuerung durch die Klinikleitung einfacher möglich ist (z.B. Kopplung einer neuen Routedokumentation an das Anlegen neuer Rehabilitand*innen im KIS).

Die Interviewpersonen beschreiben den Ausbau bzw. die neue Nutzung der Infrastruktur der Klinik. Hierbei wird besonders die neue Nutzung von Räumen und des Außengeländes hervorgehoben. Teilweise wurden die Mitarbeitenden aktiv an der neuen Therapieplanung beteiligt und konnten eigene Vorschläge und Ideen einbringen.

„Dass wir gesagt haben: Okay, was (...) haben die Therapeuten, was haben die Sportlehrer (...) oder die Sportwissenschaftler für eine Idee, da aus den Räumen herauszukommen und ein Angebot draußen zu machen, ne. Also, wir haben (...) <die öffentliche Außenanlage1>. Wir haben <die öffentliche Außenanlage2>. Wir haben dies und das, so, ne. Habt ihr denn Ideen? Was könnt ihr mit den Patienten draußen machen?“ ID01

Einige Kliniken möchten die Neu- bzw. Weiterentwicklungen auch nach der Pandemie beibehalten.

Bei der Entwicklung und Einführung von Infektionsschutzmaßnahmen sind einige kritische Aspekte genannt worden. Dabei wird deutlich, dass Rehabilitationskliniken zum Teil vor andere Schwierigkeiten gestellt sind als Akutkrankenhäuser.

„Räumlichkeiten in der Reha sind meist nicht auf Abstände ausgerichtet. Alleine so ein Szenario Speiseraum. (I)m Krankenhaus essen (...) die Patienten im Grunde in den Zimmern. Also, die haben eine Bettversorgung, während in den Rehakliniken das natürlich strukturell gar nicht möglich ist, weil sie dort gar nicht am Bett versorgen können vom Personal. (...) Also, sie hätten auch die Hardware gar nicht um das zu tun. Also, das heißt, da haben sie Speiseräume. Da ist (...) ein Tisch. Der ist restaurantmäßig. Da stehen vier Plätze dran, wie im wie im Hotel quasi, wenn Sie in den Urlaub fahren. So, da wird äh Essen ausgeteilt. Geht natürlich in der Situation dann nicht mehr.“ ID01

Solche nicht vermeidbaren Risikosituationen (z.B. der Speisesaal) müssen in der Pandemieplanung mit beachtet werden. Auch die inkonsequente Umsetzung einzelner Maßnahmen (z.B. kein korrektes Tragen der Maske) wird als Herausforderung beschrieben. Andere Personen an die geltenden Infektionsschutzmaßnahmen zu erinnern, wird vom Personal als belas-

tend und zeitintensiv wahrgenommen. Als hilfreich wird hier beschrieben, intern ein einheitliches Vorgehen und Konsequenzen bei Nichteinhalten der Maßnahmen festzulegen, worauf sich die Mitarbeitenden berufen können.

Viele Interviewpersonen berichten von SARS-CoV-2-Fällen unter den Mitarbeitenden und/oder Rehabilitand*innen. Bei Fällen unter den Rehabilitand*innen wird eine Entlassung der betroffenen Person angestrebt. Ob diese möglich ist, wird nach ärztlicher Begutachtung und individueller Situation zuhause entschieden. Die Klinik muss zeitnah eine Meldung an das Gesundheitsamt tätigen. Auch die Kontakte der positiv getesteten Personen werden von der Klinik identifiziert und ggf. in Kontaktquarantäne gesetzt (Rücksprache mit dem Gesundheitsamt). Dabei wird der Wunsch nach niedrighschwelligem Kontaktmöglichkeiten zu den Ansprechpersonen im Gesundheitsamt deutlich.

Als problematisch wurde vermehrt beschrieben, dass die Aussprache von Quarantänen für positiv getestete Rehabilitand*innen je nach zuständigem Gesundheitsamt variiert. Oftmals war unklar, ob das zuständige Gesundheitsamt der Rehabilitationsklinik oder das zuständige Gesundheitsamt vom Wohnort des Betroffenen für die Aussprache der Quarantäne zuständig war. Der Kommunikationsaufwand wurde dabei als große zeitliche und personelle Belastung wahrgenommen. In der Kommunikation mit den unterschiedlichen Gesundheitsämtern sind teilweise widersprüchliche Maßnahmen-Anordnungen von den Ämtern gefordert worden. Das hat zu Verwirrung und Unsicherheit geführt. Auch der Mehraufwand durch die Folgedokumentation ist nicht zu unterschätzen gewesen. Besonders bei mehreren Fällen oder Ausbrüchen in der Klinik ist die Dokumentation (oftmals analog) eine Herausforderung gewesen, insbesondere, wenn sie von einer Person weitgehend allein getätigt wurde.

4.3.2. Quantitative Ergebnisse

Die ergänzende Onlinebefragung wurde von 12 Personen ausgefüllt, die in der Mehrzahl in Leitungsfunktionen (Klinikleitung oder Geschäftsführung n=5, Stationsleitung oder ähnliche Leitungsfunktion n=4) tätig gewesen sind und sich gleichmäßig den beiden Bereichen Qualitätsmanagement/Verwaltung oder medizinische Versorgung (ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch) zuordnen. Zugunsten der Anonymität der Teilnehmenden wurde nicht nach Indikationen der Einrichtungen gefragt, sondern nach. 9 Teilnehmende sind in Kliniken tätig, in der die Rehabilitand*innen häufig auch körperlichen Pflegebedarf aufweisen. In den Einrichtun-

gen von 7 Teilnehmenden sind die Rehabilitand*innen häufig oder immer psychisch vorbelastet. In 4 Fällen wird beides angegeben.

Pandemieplanung in der Einrichtung:

Beim Pandemiemanagement auf struktureller Ebene haben sich die Kliniken der Teilnehmenden mehrheitlich (7 Fälle) für die Bildung eines Krisenstabs zuzüglich einer besonderen Ansprechperson entschieden, in 4 Fällen wurde ein Krisenstab eingerichtet. In einem Fall wurde lediglich die besondere Ansprechperson angegeben. Vertretungen für einzelne Mitglieder des Krisenstabs und – falls vorhanden – die besondere Ansprechperson waren nicht in allen Kliniken benannt. In den Krisenstäben waren jeweils Mitarbeitende in unterschiedlichen Leitungsfunktionen aus mehreren Ebenen vertreten. Die Mitgliedschaft von Mitarbeitenden ohne Leitungsfunktion oder Rehabilitand*innen war die Ausnahme. Zwei Drittel der Teilnehmenden geben an, im Nachhinein zufrieden mit den Entscheidungen zu Zuständigkeiten gewesen zu sein, diese aber im Pandemieverlauf an die Lage angepasst zu haben. Die übrigen Teilnehmenden haben mit einer Ausnahme (unzufrieden mit Entscheidung, aber keine Anpassung) die Zuständigkeiten bei Zufriedenheit nicht mehr angepasst.

Unterstützung und Kontakt zu externen Akteur*innen:

Nachdem Unterstützung durch externe Akteur*innen wie z.B. Leistungsträger die Rahmenbedingungen der Pandemieplanung mit beeinflusst, wurden die Teilnehmenden befragt, wie sie die Unterstützung durch unterschiedliche Akteur*innen während der Pandemie bewerten würden. „Angemessene Unterstützung“ sahen 8 Teilnehmende durch die eigenen Gesundheitsämter, 3 Teilnehmende hätten sich mehr Unterstützung gewünscht.²

Bezogen auf die Unterstützung durch Leistungsträger beurteilten nur 2 Teilnehmende die Unterstützung als angemessen, 7 Teilnehmende wählten die Antwort „Mehr Unterstützung wünschenswert“. Bezogen auf Landesbehörden (z.B. das Landeszentrum Gesundheit NRW) war der Hälfte der Teilnehmenden keine Beurteilung möglich, in 5 Fällen wurde mehr Unterstützung für wünschenswert befunden und in einem Fall angemessene Unterstützung wahrgenommen.

Die Teilnehmenden wurden zusätzlich danach gefragt, wie sie den Kontakt zu externen Gesundheitsämtern und den Austausch mit anderen Rehakliniken bisher erlebt haben. In 9 Fäl-

² An n=12 fehlende Anzahl in diesem Themenblock jeweils „unbekannt“ oder fehlende Angabe.

len wurde der Kontakt zu externen Gesundheitsämtern als angemessen erlebt, in 2 Fällen wäre besserer Kontakt für wünschenswert befunden worden. Austausch mit anderen Reha-Kliniken wurde in 9 Fällen angegeben und in 8 davon für hilfreich, in einem Fall als nicht hilfreich bewertet. In 4 Fällen besteht kein Austausch mit anderen Reha-Kliniken, wobei er in 2 dieser Fälle eigentlich als wünschenswert betrachtet wird.

Personalplanung:

10 von 12 Teilnehmenden geben einen wenigstens zeitweise erhöhten Personalbedarf während der Pandemie an (4 nur phasenweise, 6 grundsätzlich). In zwei Fällen wird keine Erhöhung angegeben. Mit Ausnahme von Einzelfällen wurde bei den Fragen nach einzelnen pandemiebezogenen Ursachen bestätigt, dass jeweils mehrere gleichzeitig zu erhöhtem Personalbedarf beigetragen haben. Die Umsetzung der klinikinternen Infektionsschutzmaßnahmen und infektionsbedingte Ausfälle wurden jeweils von 9 von 10 Antwortenden angegeben. Langzeitausfälle aufgrund von Erkrankungen wurden als Ursache in 5 Fällen bestätigt. Klinikexterne Infektionsschutzmaßnahmen wie z.B. Kita-Schließungen und Schutzmaßnahmen für einzelne Personen (z.B. Mitarbeitende aus Risikogruppen) wurden nur in jeweils 4 Fällen bejaht.

In 3 Fällen bestand keine Notwendigkeit, neues Personal einzustellen. In 6 Fällen haben die Kliniken neues Personal während der Pandemie eingestellt. In den 3 übrigen Kliniken scheiterte die Neueinstellung an Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt (2) bzw. aus finanziellen Gründen (1).

Von den Teilnehmenden geben nur 3 an, dass ihre Kliniken die Arbeitsbedingungen für besonders vulnerable Mitarbeitende angepasst haben. 8 Teilnehmende verneinen das. 8 von 12 Teilnehmenden bestätigen eine Umverteilung von Personal während der Pandemie (4 Ablehnungen), wobei in 7 Fällen (einmal „unbekannt“) die Vorbereitung der Mitarbeitenden auf ihre neuen Aufgaben gut gelungen zu sein scheint.

Finanzielle Situation und Materialausstattung:

Finanzielle Nachteile sind in den Kliniken aller Teilnehmenden durch die Pandemie entstanden, z.T. aber in unterschiedlichen Bereichen. Während 11 von 12 Teilnehmende (einmal „unbekannt“) finanzielle Nachteile aufgrund des vorübergehenden Wegfalls von Rehabilitationsplätzen angeben, tragen erhöhter Personalbedarf und die Refinanzierung von Schutzmaßnahmen in der Hälfte der Fälle bekanntermaßen dazu bei. Bei einem Drittel hat die fehlende

Refinanzierung der Isolation infizierter Rehabilitand*innen zu Nachteilen geführt, in 6 Fällen war den Teilnehmenden die Antwort nicht möglich (5 „unbekannt“, 1 fehlend).

In 6 von 12 Fällen ist Teilnehmenden nicht bekannt, ob die Kliniken finanzielle Ausgleichsmaßnahmen wie z.B. nach § 21 Krankenhausfinanzierungsgesetz genutzt haben. In den übrigen Fällen waren die Leistungen mehrheitlich (5 der 6 Antwortenden) nicht ausreichend zum Ausgleich der Ausgaben. Zwei Drittel der Teilnehmenden (8) geben an, dass ihre Kliniken aufgrund finanzieller Schwierigkeiten im bisherigen Pandemieverlauf das Angebot einschränken mussten.

In 5 der Kliniken ist im Pandemieverlauf bis zum Zeitpunkt der Befragung Materialmangel bei z.B. Schnelltests oder Masken aufgetreten. Die Strategien der Kliniken umfassten den Rückgriff auf persönliche Kontakte zu Hersteller*innen oder Händler*innen, das Ausweichen auf neue Hersteller*innen (z.B. Brennerei zur Herstellung von Desinfektionsmittel) und Erhöhung der Diebstahlsicherung (je 4 Fälle). Kontakte zu anderen Kliniken wurden in 3 Fällen angegeben, ebenso häufig die Mehrfachverwendung von Einwegmaterialien. In 2 Fällen wurden die Qualitätsansprüche an das Material (z.B. Masken) gesenkt.

Anpassung von Infektionsschutzmaßnahmen:

Bei der Veränderung von Infektionsschutzmaßnahmen wurden von ≥ 10 der Befragten veränderte Vorgaben durch das IfSG, neue Erkenntnisse zu Infektionswegen und die Einführung der Impfungen als bekannter Anlass zur Anpassung angegeben. In 9 Fällen waren zusätzlicher Anlass Anordnungen des Gesundheitsamtes bezogen auf die ganze Klinik. Jeweils die Hälfte (6 Teilnehmende) wählten auch das Feedback von Mitarbeitenden bzw. Rehabilitand*innen als Anlass zu Änderungen. In 5 Fällen wurde ausgewählt, dass der Austausch mit anderen Kliniken andere Optionen der Umsetzung von Maßnahmen ergeben hat. Ein Viertel der Teilnehmenden schließlich gab auch an, dass die Beobachtung, dass einzelne Maßnahmen nicht flächendeckend umgesetzt werden, zu deren Änderung geführt habe. Die Einschätzung, ob die betreffenden Personen die Maßnahmen nicht umsetzen können oder nicht umsetzen wollen, unterscheidet sich bei diesen Teilnehmenden.

Ursachen für den vollständigen Wegfall von Maßnahmen wählen die Teilnehmenden insgesamt deutlich seltener an. Änderungen der gesetzlichen Vorgaben sind bis zum Befragungszeitpunkt in 7 Fällen Anlass zur Beendigung von Maßnahmen gewesen, Anordnungen des Gesundheitsamtes in 6. In 4 Fällen haben neue Erkenntnisse zu Infektionswegen den Wegfall von einzelnen Maßnahmen begründet. Feedback von Mitarbeitenden bzw. Rehabili-

tand*innen und die Einführung der Impfungen waren bei jeweils 2 Teilnehmenden Anlass zur Maßnahmenstreichung.

In 6 Fällen wurde angegeben, dass es klare Ausnahmeregelungen für Mitarbeitende und Rehabilitand*innen gibt, die die normalen Regelungen aus z.B. gesundheitlichen Gründen nicht befolgen können. In 3 weiteren Fällen gab es Ausnahmeregelungen für Rehabilitand*innen, in einem Fall ausschließlich für Mitarbeitende, und in einem Fall wurde angegeben, dass es keine Ausnahmeregelungen gibt.

Umgang mit Nichteinhaltung der Maßnahmen:

Zum Zeitpunkt der Befragung gab es in der Hälfte der Teilnehmenden (6) Maßnahmen, bei deren Nichteinhaltung in den Kliniken gar nicht oder nur mit Hinweisen auf die Maßnahme reagiert wurde. Nach einzelnen Maßnahmen gefragt und danach, ob die fehlende bzw. geringe Reaktion der Kliniken auf das Ignorieren für Rehabilitand*innen, Mitarbeitende oder beide Gruppen gelte, zeigte sich folgendes Bild: Schutzmasken nicht oder nicht korrekt über Mund und Nase zu tragen war in allen 6 Kliniken entweder nur bezogen auf Rehabilitand*innen (2), nur Mitarbeitende (1) oder beide Gruppen (3) maximal ein Anlass für einen Hinweis auf die Existenz der Maskenpflicht³. Wenn Rehabilitand*innen oder Mitarbeitende andere Personen nicht zeitnah über Covid-19-Symptome oder eine bestätigte Infektion bei sich selbst informieren, reagieren die Kliniken von 3 Teilnehmenden ebenfalls maximal mit einem Hinweis auf die Nichteinhaltung der Maßnahme. Die Nichteinhaltung von Besuchsregelungen führt in 4 der 6 Fälle höchstens zu einem Hinweis für die Rehabilitand*innen, in 2 Fällen werden Mitarbeitende maximal darauf hingewiesen.

Die zusätzliche Frage, ob und welcher Gruppe gegenüber die in der Öffentlichkeit geltenden Maßnahmen die Klinik dabei unterstützen würden, die Sinnhaftigkeit der eigenen Maßnahmen zu vermitteln, wurde wie folgt beantwortet: Die Hälfte der Teilnehmenden bejahte einen hilfreichen Effekt bei der Vermittlung gegenüber Rehabilitand*innen, 2 gegenüber Mitarbeitenden. 3 schätzten die Maßnahmen in der Allgemeinbevölkerung als eher hinderlich dabei ein, die Maßnahmen in der Rehaklinik zu vermitteln, und in einem Fall war die Auswirkung unbekannt.

³ In diesem und im nachfolgenden Unterkapitel wird vorrangig Zustimmung dokumentiert (Ja-Antworten), da hier unmissverständliche Interpretationen möglich sind.

Kompensatorische Maßnahmen:

Die Teilnehmenden wurden befragt, welche kompensatorischen Maßnahmen die Kliniken auch nach der Pandemie beibehalten möchten. Dazu wurden eine generelle Ablehnung sowie Zustimmung, Ablehnung und „unbekannt“ nach unterschiedlichen Bereichen angeboten. Nur jeweils einer der Antwortvorschläge wurde von 3 Teilnehmenden gewählt (je einmal neue Nutzung von Räumen und Gelände, digitaler Ausbau und neue Therapieangebote). Der Ausbau digitaler Infrastruktur und die neue Nutzung von Räumen oder Klinikgeländen waren mit jeweils 10 von 12 Teilnehmenden die Maßnahmen mit der höchsten Zustimmung, Entwicklungen nach Pandemieende beizubehalten. Keine Zustimmung, dafür aber hohe Ablehnungs- (6) bzw. „Unbekannt“-Antworten (5) erhielt die Abfrage von erweiterten Mobilitätsangeboten (z.B. Shuttles oder Fahrräder zur ÖPNV-Vermeidung). In 7 Fällen wird angegeben, dass neue Therapieangebote beibehalten werden sollen, in 6 Fällen die Beibehaltung neu entwickelter Angebote zur Freizeitgestaltung. 3 Teilnehmende geben an, dass zusätzliche psychosoziale Unterstützungsangebote fortgesetzt werden.

Danach gefragt, ob es zusätzliche Angebote zum Umgang mit pandemiebezogenen, psychosozialen Belastungen für Rehabilitand*innen gibt, stimmen 3 Teilnehmende zu (explizite Ablehnung von 7). In jeweils zwei der drei Fälle ist das psychotherapeutische Angebot und das Angebot stressreduzierender Therapien ausgeweitet worden, zudem wird in jeweils zwei Fällen eine Isolation oder Quarantäne psychosozial begleitet. Eine Klinik hat zusätzlich das Angebot der klinischen Sozialarbeit vergrößert. Die Frage, ob es zusätzliche Angebote zum Umgang mit psychosozialen Pandemiefolgen für Mitarbeitende gäbe, wird von 9 Teilnehmenden explizit verneint und von einer Person bejaht. Bei dem Angebot handelt es sich um betriebsärztliche Gesprächsangebote und um zusätzliche Gesprächsangebote mit Personen, die besondere pandemiebezogene Kompetenzen aufweisen wie beispielsweise die Hygieneleitung.

Feedback und Evaluation:

In den Kliniken aller Befragter haben Rehabilitand*innen die Möglichkeit, anonym und schriftlich Feedback und Vorschläge zu Infektionsschutz- und kompensatorischen Maßnahmen abzugeben. Im persönlichen Gespräch ist das in den Kliniken von 11 Teilnehmenden möglich. Mitarbeitende haben umgekehrt in den Kliniken aller Befragten die Möglichkeit, im persönlichen Gespräch Feedback zu geben, und in 11 Fällen auch schriftlich die Möglichkeit dazu. Das Feedback von Rehabilitand*innen haben Kliniken von 8 Befragten dazu genutzt, Maßnahmen gezielt beizubehalten (3 Fälle), anzupassen (4) oder beides (1) umzusetzen. Explizit nicht dazu

genutzt wurde das Feedback in 2 Fällen. Das Feedback von Mitarbeitenden hat in 10 Fällen die Maßnahmenplanung mitbeeinflusst. Im Vergleich zu dem der Rehabilitand*innen wurde es aber deutlich häufiger zur gezielten Anpassung (7 Fälle) als zur ausschließlichen Beibehaltung (2) von Maßnahmen oder zu beidem (1) genutzt.

Zum Zeitpunkt der Befragung haben die Kliniken in 6 Fällen ihre Maßnahmenplanung bereits intern evaluiert, in einem Fall die spätere Evaluation geplant und in einem weiteren Fall nicht vorgesehen. Den übrigen Teilnehmenden liegen keine Informationen dazu vor.

4.4. Lessons-Learned-Veranstaltung und Entwicklung des Leitfadens

Im Rahmen einer Lessons-Learned-Veranstaltung wurden die Kernergebnisse des Projektes vorgestellt und im Anschluss mit Vertreter*innen aus Rehabilitationskliniken, Gesundheitsämtern, Kostenträgerschaft und Wissenschaftler*innen diskutiert. Im Projektverlauf sind zwei zusätzliche Schwerpunktthemen identifiziert worden, die im Rahmen der Veranstaltung mit zwei Impulsvorträgen adressiert wurden. Dazu sind zwei Expert*innen zu Impulsvorträgen eingeladen worden. Das Thema der professionellen Pflegearbeit unter den pandemiebedingten Belastungen wurde durch einen pflegeethischen Blick aufgearbeitet. Beim zweiten Thema handelte es sich um datenschutzrechtliche Aspekte bei der externen Zusammenarbeit. Im weiteren Verlauf sind Kernthemen des Leitfadens in drei parallelen Workshops diskutiert worden.

Die Veranstaltung verdeutlichte die Relevanz eines Leitfadens zur Pandemieplanung in Rehabilitationseinrichtungen. Schlüsselimpulse der Teilnehmenden aus den Workshops sind die Anwendbarkeit des Leitfadens auf verschiedene Pandemien und in unterschiedlichen Pandemiestadien mit Handlungsspielräumen für die einzelnen Kliniken mit ihren individuellen Gegebenheiten. Als Format des Leitfadens wurden sich übereinstimmend themenspezifische Checklisten, die kurz und bündig die relevanten Punkte beschreiben, gewünscht.

Der im Anschluss im Projektteam entwickelte Leitfaden ist in vier Kapiteln eingeteilt:

- Pandemiebeginn
- Pandemieverlauf
- Ausbruchsmanagement
- Außerhalb von Pandemien

Die Kapitel orientieren sich – mit Ausnahme des Ausbruchsmanagements – an unterschiedlichen Phasen, die im Zusammenhang mit Pandemien relevant sind. Das Kapitel „Pandemiemanagement“ bildet dabei den Schwerpunkt des Leitfadens, da sich aus den vorgestellten Maßnahmen wesentliche Bestandteile des Pandemiemanagements für den weiteren Pandemieverlauf ergeben.

Der Leitfaden soll Rehabilitationseinrichtungen bei der Aufstellung eines internen Pandemieplans unterstützen. Nach grafischer Aufbereitung des Leitfadens konnte das Feedback von 8 Vertreter*innen aus Rehabilitationskliniken, Gesundheitsämtern und Wissenschaft zum Aufbau, Verständlichkeit und Übersichtlichkeit im Anschluss in den Leitfaden eingearbeitet werden. Der Leitfaden ist im Anhang aufgeführt.

5. Diskussion

Das Projekt konnte sehr unterschiedliche Daten von verschiedenen Akteur*innen (z.B. Gesundheitsämter, Akutkrankenhäuser und Reha-Kliniken) miteinander verbinden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sind in den Leitfaden als praktisches Projektergebnis eingeflossen.

5.1 Gesundheitspolitische Berücksichtigung der stationären Rehabilitation in der Pandemie

Ohne die Datenerhebung in der Rehabilitationspraxis und die Ergänzungen aus ÖGD und Praxis wäre die Erstellung eines Leitfadens nicht möglich gewesen. Die pandemiebezogene Literatur, die die stationäre Rehabilitation als eigenständige Versorgungsform ausreichend detailliert mitberücksichtigt oder ausschließlich sie adressiert, ist nicht ausreichend vorhanden (s. Pilotprojekt). Die fehlende Wahrnehmung der stationären Rehabilitation als eigenständiger Versorgungsform mit Besonderheiten gegenüber der stationären Akutversorgung erstreckte sich zu Pandemiebeginn auch auf die Gesundheitspolitik, wie die qualitativen Ergebnisse gezeigt haben: Bei der Schaffung rechtlicher Vorgaben für unterschiedliche, stationäre Versorgungsformen zu Pandemiebeginn wurde die stationäre Rehabilitation zuerst nicht berücksichtigt. Rechtliche Vorgaben entlasten einzelne Organisationen von der Entwicklung von Individuallösungen und können die Grundlage z.B. für interne Maßnahmen nach IfSG oder Ansprüche auf Ausgleichszahlungen wie nach § 21 KHG darstellen.

Der Versorgungssektor der stationären Rehabilitation fand stattdessen vorrangig als Ausweichareal für den Versorgungssektor der Akutversorgung Berücksichtigung (Status mancher Reha-Kliniken als Ersatzkrankenhäuser). Geht es um eine gesellschaftliche Bewältigung der Pandemiefolgen wie z.B. in Form des Post-Covid-Syndroms, wird die stationäre Rehabilitation mit Pandemiebezug von Wissenschaft, Praxis und Politik deutlich adressiert (s. z.B. Programm des 32. Reha-Kolloquiums, DRV-Bund 2023). Dieses Ungleichgewicht aus Anspruch und Entlastung sollte die Gesundheitspolitik durch eine konsequente Berücksichtigung stationärer Rehabilitation ab Pandemiebeginn in zukünftigen Pandemien vermeiden.

Ein besonderer Aspekt stationärer Rehabilitation ist, dass eine möglichst passgenaue Auswahl der Klinik für die Rehabilitand*innen weit vom Wohnort entfernte Reha-Aufenthalte bedeuten kann. Reha-Kliniken sind im Vergleich zur Akutversorgung entsprechend häufig damit konfrontiert, wenn mit Wohnort und Aufenthaltsort Reha-Klinik zwei unterschiedliche Gesundheitsämter in die Erfassung und Nachverfolgung von Covid-19-Fällen eingebunden sind. Für solche Fallkonstellationen länderübergreifende, klare Regelungen bezüglich der Zuständigkeiten zwischen den Ämtern zu schaffen (wer spricht Quarantänen aus, wer verfolgt nach, etc.), wäre notwendiger Bestandteil einer Gesundheitspolitik, die die stationäre Rehabilitation mitberücksichtigt.

5.2 Dokumentation und Kommunikationswege

Falldokumentationen und die dazu notwendigen klinikinternen und –externen Kommunikationswege bilden einen Themenkomplex von hoher Bedeutung für das Pandemiemanagement. Falldokumentationen liefern sowohl den Gesundheitsämtern als auch intern den Kliniken die notwendigen Informationen, um zeitnah im Sinne infizierter Personen, ihrer Kontaktpersonen und der Klinik als Organisation handeln und Ausbrüche eindämmen oder verhindern zu können (RKI, 2022).

Bei den Falldokumentationen sind sowohl das Format der Dokumentation (elektronisch, Papierform, ...) als auch der Umfang (Personenstammdaten, Testinformationen, Kontaktinformationen, etc.) von Interesse. Dokumentationen finden während des Zeitraums einer Pandemie, während dem das IfSG Fallerfassungen und Maßnahmenanordnungen vorschreibt, in mindestens einem Gesundheitsamt sowie der Klinik statt. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass aufseiten der Gesundheitsämter intern z.T. erheblicher Mehraufwand durch fehlende Schnitt-

stellen parallel verwendeter Softwares entsteht, sowie zwischen Gesundheitsämtern, sobald Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeiten zwischen Wohnort und Rehabilitationsort bzw. Wohnort und Arbeitsort entstehen. Die Kliniken haben intern jeweils Standards zur Dokumentation etabliert, die im Vergleich allerdings erheblich untereinander variieren: Teilweise findet die Dokumentation vollelektronisch statt, teilweise noch in Papierform; zum Teil werden nur die Basisdaten zu Erkrankten (Stammdaten und Testergebnisse) erfasst, zum Teil bereits Kontaktpersonen ermittelt, dokumentiert und nach der geltenden RKI-Klassifikation (RKI, 2022) eingeordnet. Umfangreiche Informationen besonders in Bezug auf die Kontaktverfolgung kommt den Gesundheitsämtern entgegen, da das Einholen von fehlenden Informationen zeitintensiv ist. Hier wäre in künftigen Pandemien empfehlenswert, Reha-Kliniken durch die zuständigen Gesundheitsämter direkt zu Pandemiebeginn über die jeweils notwendigen Daten und – noch zu schaffende – externe Standards zur Datenübermittlung informieren zu lassen.

Während der Covid-19-Pandemie haben Gesundheitsämter und Reha-Kliniken erfolgreich Kontakte zueinander – sofern noch nicht vorher vorhanden – aufgebaut. Der Stellenwert fester Ansprechpersonen auf beiden Seiten wurde allgemein betont. Neben festen Kontaktpersonen sind feste Kommunikationswege hilfreich, die nicht nur praktikabel, sondern auch datenschutzkonform sind. Es ist notwendig, dass Kliniken eine sichere digitale Infrastruktur zum Austausch von Rehabilitand*innen- bzw. Mitarbeitendendaten mit den Ämtern zur Verfügung steht, damit weder auf unsichere (z.B. unverschlüsselte E-Mails) oder veraltete Kommunikationsformen mit Bindung an physische Anwesenheit (Telefax) zurückgegriffen werden muss. Nachdem die Pandemie von vielen Kliniken zum Anlass genommen worden ist, die eigene digitale Infrastruktur auszubauen (s.o.), sollten Träger die Einrichtung von verschlüsselter E-Mail-Kommunikation sicherstellen. Alternativ könnten staatliche Behörden Gesundheitsämtern geschützte Clouds für den Datenaustausch mit Kliniken bereitstellen. Bei sicheren, digitalen Kommunikationsformaten, die flächendeckend im deutschen Versorgungssystem einsetzbar sind, bestehen noch Forschungs- und Entwicklungsbedarfe (Brönneke & Debatin, 2022).

Klinikinterne Kommunikation betrifft im Umgang mit infizierten Personen und Verdachtsfällen mehrere Personengruppen mit Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden sowie unterschiedliche Kommunikationsrichtungen. Die Kliniken haben jeweils interne Meldewege von der Symptomerkennung bis zum Test bzw. Umgang mit dem Testergebnis etabliert. Diese internen Meldewege können nicht klinikübergreifend standardisiert werden, weil sie an die teil-

weise stark variierenden Rahmenbedingungen der Kliniken (Größe, Fachrichtung etc.) und die intern festgelegten Zuständigkeiten geknüpft sind. Festhalten lässt sich allerdings, dass Schwierigkeiten in solchen Fällen berichtet worden sind, in denen

- Einzelpersonen ohne Vertretung oder kollegiales Feedback wiederholt für (Einzelfall-) Entscheidungen zuständig waren,
- direkte Kontaktpersonen nicht über ihren Status als Kontaktpersonen informiert wurden und entsprechende eigene Vorsichtsmaßnahmen treffen konnten, oder
- keine transparente Kommunikation dazu stattgefunden hat, ob es Klinikintern überhaupt Fälle gibt.

Die erstgenannte Situation wird im nachfolgenden Abschnitt behandelt (s. 6.3). Schwierigkeiten im Zusammenhang mit bestätigten Fällen traten außerhalb des Meldewegs im engeren Sinne für den jeweiligen Fall auf: Zum einen dann, wenn Kontaktpersonen beim Eintreffen des Testergebnisses zufällig (z.B. nicht im Dienst) oder absichtlich nicht anwesend waren und keine Kontaktquarantänen mehr vom Gesundheitsamt angeordnet werden, zum anderen, wenn gar keine Information an Rehabilitand*innen weitergegeben worden sind.

Klinikinterne Kommunikation außerhalb des Meldewegs ist datenschutzbezogen schwierig, sofern das IfSG keine Information und Maßnahmen (z.B. Quarantäne, Testpflicht o.ä.) für Kontaktpersonen mehr vorsieht. Ab diesem Moment dürfen Mitarbeitende und Rehabilitand*innen nicht über die Covid-19-Infektion einer konkreten anderen Person informiert werden (persönliche medizinrechtliche Beratung, 21.12.2022). Gleichzeitig sind je nach individuellen Voraussetzungen (z.B. Immunsuppression) bei engen Kontaktpersonen Tests sinnvoll, um bei einer erfolgten Ansteckung einen Ausbruch zu vermeiden. Kliniken können sich entweder – nach informierter, schriftlicher Einwilligung und mit der expliziten Möglichkeit des sofortigen Widerrufs – zusichern lassen, dass Einzelpersonen zustimmen, dass ihre Erkrankung in einem bestimmten Kreis erwähnt wird. Rechtssicher sind aber eher die Optionen, bei denen lediglich allgemein darauf hingewiesen wird, dass es Fälle gibt, und gegebenenfalls anlassbezogen Reihentestungen angeboten werden (persönliche medizinrechtliche Beratung, 21.12.2022). Sobald Kliniken in Betracht ziehen, genauere Informationen zu Fällen im Mitarbeitendenkreis (z.B. im Stationsteam) oder gegenüber den Rehabilitand*innen zu geben, sollten sie die angedachte Strategie datenschutzrechtlich auf ihre Unbedenklichkeit hin einschätzen lassen. Eine interne Kommunikationsstrategie ist nichtsdestotrotz notwendig: Aus den Ergebnissen geht deutlich hervor, dass der vollständige Verzicht von Klinikseite darauf, Fälle

gegenüber Rehabilitand*innen zu erwähnen, für starke Verunsicherung, Gerüchtebildung oder Ärger unter den Rehabilitand*innen sorgen kann. Zum Teil sind Rehabilitand*innen bei der Einschätzung, ob sie trotz des Infektionsrisikos eine stationäre Rehabilitation (weiterhin) fortsetzen möchten, auf allgemeine Informationen zu Fällen in der Klinik angewiesen.

5.3 Personalschutz und Personalplanung in der Pandemie

Die Pandemie hat beim bereits vorher stark ausgelasteten Personal der Gesundheitsversorgung Zusatzbelastungen geschaffen (Riedel & Lehmeier, 2021). Als professionelle Gesundheitsfachkraft – rehatypisch – nicht selbst an der Versorgung von schweren, akuten Covid-19-Fällen beteiligt zu sein, kann Mitarbeitende hinsichtlich eigener Infektionsrisiken entlasten. Gleichzeitig werden auch Fachkräfte in der Rehabilitation damit konfrontiert, Rehabilitand*innen nicht (mehr) bestmöglich versorgen zu können und ggf. Covid-19-Infektionen und deren Auswirkungen auf bisherige Behandlungserfolge miterleben zu müssen (Riedel & Lehmeier, 2021).

Die Zusatzbelastungen für die meisten Gruppen von Mitarbeitenden wurden in den Daten nur teilweise *als Belastungen* thematisiert. Auffällig war, dass die Klinikleitungen die eigene Mehrarbeit selten als Belastung bezeichnen. Das schließt auch die Mehrarbeit ein, bei teilweise unklarer Rechtslage und noch unzureichenden Informationen zum Virus Entscheidungen im Sinne der Organisation treffen zu müssen. Stattdessen wird die Mehrarbeit der Leitungen mit Ausnahme der Fälle normalisiert, in denen Leitungspersonal offenkundig gesundheitlich negative Folgen der Belastung trägt, was beides kritisch zu sehen ist (Riedel & Lehmeier, 2021). Deutlich ist, dass die zu Pandemiebeginn teilweise verfolgte Strategie, Einzelpersonen ohne Vertretung bei der Entscheidungsfindung die Hauptlast des Pandemiemanagements zu übertragen, nicht empfehlenswert ist. Kollektive Entscheidungsfindungen wie in den installierten Krisenstäben sind weniger von Einzelpersonen und stärker von Rollen abhängig (Kühl, 2011) und ermöglichen die Einbindung unterschiedlicher Perspektiven und Kompetenzen. Ein erheblicher, weiterer Vorteil ist, dass kollektive Verantwortungsübernahme für die getroffenen Entscheidungen auch dann besteht, wenn sich die Entscheidungen im Nachgang als ungünstig erweisen. Die individuelle Belastung für Einzelpersonen bleibt aus.

In Bezug auf die Verteilung neuer, pandemiebezogener Aufgaben und die mögliche Neuverteilung bereits bestehender Aufgaben jenseits der Leitungsebene lässt sich festhalten, dass

die Pandemie zu einer Entgrenzung unterschiedlicher Arbeits- und Lebensbereiche geführt hat. Bei der Arbeit in den Kliniken waren Mitarbeitende aus der Pflege bzw. Verwaltung mit der Übernahme dokumentarischer oder umgekehrt direkt rehabilitand*innenbezogener Aufgaben konfrontiert. Durch Personalausfälle, zeitweise Umstrukturierung wegen niedrigerer Belegzahlen oder der Einrichtung von Isolationsstationen wurden Mitarbeitende in anderen Bereichen eingesetzt. Sozialkontakte innerhalb bestehender Teams wurden teilweise zum Schutz der Mitarbeitenden, teilweise aus Zeitmangel eingeschränkt. Sind in Organisationen, wie bei Reha-Kliniken im Gegensatz zu Verwaltungsapparaten erwartbar, feste informelle Strukturen z.B. innerhalb von Teams gewachsen, können die o.g. Einschränkungen gegenseitige Erwartungen unverständlich machen und etablierte Kommunikationsmuster stören (Kühl, 2011).

In einzelnen Pandemieplänen der Dokumentenanalyse ebenso wie in manchen Interviews wird deutlich, dass die Arbeit in das Privatleben der Angestellten und Führungskräfte eindringt. Das ist z.B. der Fall, wenn – als rechtlich zweifelhafte Aufforderung im Pandemieplan oder als Selbstanspruch – Mitarbeitende zur Verringerung von Infektionsrisiken private Sozialkontakte einschränken. Ebenso entsteht eine Entgrenzung der Arbeit, wenn Mitarbeitende aufgrund von Personalmangel oder fehlender Vertretungen keine faktische Erholungszeit mehr haben, weil sie entweder permanent im Dienst oder permanent für die Klinik erreichbar sind. Eine derartige Entgrenzung der Arbeit in Form permanenter Arbeit oder permanenter Verfügbarkeit für die Arbeit ist als Dauerzustand gesundheits- und betriebsschädlich (Stock-Homburg & Bauer 2007). Sie ist als Risiko für Home-Office-Tätigkeiten beschrieben, wenn Arbeits- und Freizeitorte gleich sind (Bonin et al. 2020).

Home-Office-Tätigkeiten wurden von den Kliniken nur in Ausnahmefällen erwähnt. Mit Ausnahme einzelner Verwaltungsbereiche können selbst bei gut ausgebauter digitaler Infrastruktur die meisten Tätigkeiten im Tagesgeschäft stationärer Rehabilitation nicht ins Home Office verlegt werden. Dadurch ergeben sich Schwierigkeiten für Mitarbeitende, die Risikogruppen angehören sowie Mitarbeitende, die bei außerhäuslichen Betreuungsausfällen Kinderbetreuung organisieren müssen und die Kinder nicht z.B. mit ins Büro nehmen können. In der Konsequenz verteilen sich Arbeitszeiten und Einsatzbereiche (erneut) auf weniger verfügbares Personal. Die beschriebenen Mehrbelastungen haben in manchen Fällen zu Entsolidarisierung und verstärkter Hierarchienbildung unter den Mitarbeitenden geführt. Das Fehlen informeller Kontaktmöglichkeiten bei der Arbeit kann die Zusammenarbeit unter anderem durch den

stärkeren Rückzug auf formale Positionen und den Wegfall kollegialer Motivation erschweren (Kühl, 2011).

Insbesondere für pflegerisches, aber auch ärztliches Fachpersonal können Konflikte zwischen arbeitsethischem Anspruch und strukturellen Zwängen dazu führen, ihrer individuellen Verantwortung nicht hinreichend gerecht werden zu können. Dies kann zu einer moralischen Verletzung führen, wobei die persönlichen Werte und moralischen Vorstellungen der Person gefährdet sind. Beispiel hierfür ist eine mangelhafte Versorgung von Rehabilitand*innen aufgrund von zu geringer personeller Ressourcen oder ein Entscheidungszwang ohne hinreichende Informationen. Die moralische Fürsorgepflicht der Pflegefachperson den Rehabilitand*innen gegenüber wird dabei verletzt und gefährdet die Integrität der Person. Dies führt zu moralischem Stress (Baumann-Hölzle & Gregorowius, 2022; Riedel & Lehmeier, 2021), den Mitarbeitende mittelfristig erfahren, wenn sie aufgrund struktureller Gegebenheiten nicht in der Lage sind, ihrer rollenspezifischen Verantwortung nachzukommen. Als Folgen kann neben Angst, Frustration und Unsicherheit der Mitarbeitenden auch ein Burnout auftreten und/oder der Ausstieg aus dem Beruf gewählt werden. Um moralischen Stress der Mitarbeitenden entgegenzuwirken, muss zwischen der individuellen und der institutionellen Verantwortung unterschieden werden. Kliniken müssen eine solche Verschiebung der institutionellen Verantwortung auf die Ebene der Mitarbeitenden vermeiden, wenn Rahmenbedingungen auftreten, die professionelles Arbeiten während einer Pandemie kaum noch möglich machen. Dafür ist es wichtig, die Erfahrungen von Mitarbeitenden in die Maßnahmenentwicklung sowie die Entwicklung von kompensatorischen Maßnahmen (s. 6.4) mit einzubeziehen. Wo die Verantwortungsteilung zwischen Individuen und Organisation gelungen ist, überwog bei den Interviewpartner*innen die Wahrnehmung eines stärkeren Zusammenhalts der Mitarbeitenden und eines besseren gegenseitigen Verständnisses über Bereichsgrenzen in einer gemeinsam erlebten Krise. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit Untersuchungen aus der stationären Pflege und der Palliativversorgung, die sich mit Organisationsethik und -resilienz auseinandersetzen (Riedel & Lehmeier, 2021).

Zusätzlich müssen in künftigen Pandemien auch die Kliniken als Institution entlastet werden, indem Verantwortung an die gesundheitspolitische oder leistungsrechtliche Ebene zurückgegeben wird (s. 6.1). Ein Aspekt, der auch den Arbeitsschutz für einzelne Mitarbeitende betrifft, ist die Versorgung mit persönlichem Schutzmaterial (PPE). Kliniken haben nur in Ausnahmefällen die finanzielle und räumliche Möglichkeit, sich mit Schutzmaterial für alle Mitar-

beitenden, die nicht ins Home Office wechseln können, für mehrere Wochen zu bevorraten und dieses Material in regelmäßigen Abständen zu ersetzen. Okeagu et al. (2021) empfehlen in ihrer Arbeit zu Emergency Supply Chains zusätzlich eine Veränderung der Produktionsketten auf globaler Ebene, um Mangelsituationen durch die Betroffenheit der einzigen Produktionsregionen von bestimmten PPE-Rohstoffen oder PPE zu vermeiden. Wie in der Covid-19-Pandemie deutlich geworden ist, sind staatliche Emergency Supply Chains für PPE in Deutschland vorläufig weder hinsichtlich der schnellen Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger Produkte (Hirschwald, et al., 2021) noch der Lagerung nationaler Reserven etabliert. Bezüglich der Vorhaltung von Reserven sollten kleinräumigere Lösungen auf in Betracht gezogen werden (Landes- oder regionale Ebene), bei der auch Kliniken, die nicht auf Unterstützung durch große Träger zurückgreifen können, Notfallreserven anfragen können. Hinsichtlich der Produktion von PPE und Desinfektionsmittel hat sich die Einbindung regionaler Unternehmen als hilfreich erwiesen. Hilfreich wäre im Sinne einer ESC nach Okeagu et al. (2021) eine möglichst zeitnahe Erfassung derjenigen Unternehmen durch z.B. die Landesbehörden, die in Pandemiesituationen Kliniken in ihrer Region mit PPE versorgen können. Informationen zu alternativen Produktions- und Materialoptionen liegen aus der Covid-19-Pandemie vor wie z.B. bei Lin et al. (2021).

5.4 Kompensatorische Maßnahmen

Die beschriebene Mehrbelastung durch die Maßnahmen (z.B. erhöhter Dokumentationsaufwand) und durch die Pandemie selbst (z.B. Ansteckungsgefahr) ergab sich klinikübergreifend aus den erhobenen Daten. Weitaus seltener berichteten Klinikmitarbeitende und Rehabilitand*innen davon, dass Maßnahmen zur Kompensation von Mehrbelastungen und Einschränkungen eingeführt worden seien. In den wenigen Fällen, in denen überhaupt solche Ausgleichsmaßnahmen Erwähnung fanden, bezogen sie sich auf Rehabilitand*innen und hier die Möglichkeit, Therapien weiter durchzuführen. Abfragen und Austausch der Klinikleitungen mit den Rehabilitand*innen als Gruppe und die Entwicklung gemeinsamer, z.T. aufwendiger Beiträge zur Freizeitgestaltung (z.B. temporäre Einkaufsgelegenheit auf dem Gelände) waren die absolute Ausnahme.

Dass die Durchführung von Therapien Priorität vor dem Ausgleich pandemiebedingter Belastungen hat, ist angesichts des angestrebten Rehabilitationserfolgs nachvollziehbar. Gleichzei-

tig haben die Sozialkontakte zu anderen, die an gleichen oder ähnlichen Erkrankungen leiden, für viele Rehabilitand*innen einen hohen Stellenwert. Angesichts der gesundheitsfördernden Wirkung positiver zwischenmenschlicher Kontakte (z.B. Xu et al. 2023) sollten Reha-Kliniken in kommenden Pandemien einen größeren Schwerpunkt darauf legen, Rehabilitand*innen sichere Sozialkontakte zu ermöglichen.

Belastungskompensationen für Mitarbeitende waren selten und zeichneten sich, wenn vorhanden, entweder durch vollständig informellen Charakter (z.B. spontane Inanspruchnahme einzelner Leitungsmitglieder für entlastende Gespräche) oder Funktionalität (z.B. permanente Ansprechbarkeit der Hygieneleitung für infektionsbezogene Fragen, Kommunikationsschulungen) aus. Die seelische Gesundheit von Angehörigen der Gesundheitsversorgung muss generell und insbesondere unter langfristiger Zusatzbelastung wie einer Pandemie stärkere Berücksichtigung finden, um einer Verstärkung von Personalmangel vorzubeugen (6.3). Schutz vor psychischen Gesundheitsgefährdungen, die Begleitung durch Betriebsärzt*innen und Schutzmaßnahmen in bekanntermaßen belastenden Arbeitsbereichen sind Teil betrieblichen Arbeitsschutzes (BMAS - Ausschuss für Arbeitsmedizin, 2020).

Kliniken können Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden kompensatorische Maßnahmen während einer Pandemie mit unterschiedlichen Schwerpunkten anbieten. Maßnahmen können das Ziel verfolgen,

- pandemie- oder infektionsschutzbedingte Einschränkungen auszugleichen (z.B. Schaffung von Kontaktmöglichkeiten mit reduziertem Infektionsrisiko),
- im Umgang mit psychosozialen Mehrbelastungen durch die Pandemie zu unterstützen (z.B. Ausbau psychosozialer Beratungs- und Gesprächsangebote),
- Ressourcen von Teams und einzelnen zu stärken (z.B. Teambuilding-Maßnahmen, Schulungen zu psychischer Gesundheit) (Geerts et al. 2021)

Wichtig ist, dass beiden Gruppen Angebote aus mehreren dieser Bereiche zur Verfügung stehen. Die alleinige Stärkung von Ressourcen einzelner beispielsweise könnte Klinikmitarbeitenden den Eindruck vermitteln, dass ausschließlich ihr Arbeitseinsatz optimiert werden soll und Belastungen nicht wahr- oder ernstgenommen werden. Die Schaffung oder der Ausbau von Maßnahmen, die z.B. den Zusammenhalt unter Kolleg*innen unterstützen, können im Gegensatz dazu die Position der Klinik als Organisation mit klarem ethischen Profil (s. 6.3) unterstützen.

Bei der Auswahl und Ausgestaltung kompensatorischer Maßnahmen sollten Kliniken Bedarfe der Mitarbeitenden aller Stausebenen und der Rehabilitand*innen als Basis nutzen. Angesichts der Vielfalt von Arbeitsbereichen und Hierarchieebenen in der stationären Rehabilitation ist nicht verwunderlich, dass sich die Bedarfe der Mitarbeitenden unterscheiden werden. Reha-Kliniken können intern auf interdisziplinäre Arbeitsroutinen zurückgreifen und Ressourcen aus den Bereichen von Stresstoleranz und Entspannung, individueller Gesundheitsförderung und Psychoedukation auch zugunsten ihrer Mitarbeitenden nutzen (Maben & Bridges, 2020).

Konsequenter psychischer Gesundheitsschutz bedeutet auch, klinikinterne Strategien zum Umgang mit Situationen zu finden, die den Mitarbeitenden temporär die Erfüllung professioneller (Selbst-)Ansprüche nicht mehr erlauben. Dabei ist wichtig, dass die Klinik als Organisation gegenüber den Mitarbeitenden – und etwaigen Dritten – die Verantwortung für diese Arbeitsbedingungen und die Konsequenzen für die Folgen übernimmt. Damit können Kliniken das Risiko senken, dass Mitarbeitende auf Individualebene durch unangemessene Verantwortungsübernahme ausbrennen (s. 6.3). Wie hoch der Stellenwert bestmöglicher Arbeit im Sinne der Klinik bzw. im Sinne der Rehabilitand*innen für die Mitarbeitenden ist, haben die Ergebnisse deutlich gezeigt. Dieses Engagement müssen Kliniken explizit und wiederholt wertschätzen (Geerts et al. 2021).

6. Limitationen und Stärken des Projektes

Im Rahmen der Dokumentenanalyse der internen Pandemiepläne der Akutkrankenhäuser konnten nur 21 Dokumente analysiert werden. Diese zeigen sich im Aufbau und Form sehr heterogen. Es ist anzunehmen, dass die Analyse von weiteren Dokumenten zu ergänzenden Ergebnissen geführt hätte.

Bei der qualitativen Erhebung war ursprünglich geplant nur Klinikleitungen (medizinische, pflegerischer, therapeutische und Verwaltungsleitung) zu befragen. Zusätzlich wurden im Projektverlauf zwei Pflegefachkräfte interviewt, da sich die Perspektive als relevant herausstellte. Durch die geringe Anzahl bleibt die Perspektive innerhalb des Projektes jedoch unterrepräsentiert. Die Befragung von weiteren Mitarbeitenden ohne Führungsposition hätte mutmaßlich zu weiteren Blickwinkeln und zu weiteren Erkenntnissen gerade in Hinblick auf

statusbezogene Probleme geführt. Bei der Befragung der Rehabilitand*innen berichtet die Mehrheit von einem positiven Erlebnis während der Rehabilitation in Pandemiezeiten. Es ist von einem Selektionsbias auszugehen. Es konnte nur eine Person interviewt werden, die im Rahmen der Rehabilitation von einer SARS-CoV-2-Infektion betroffen war und einen Ausbruch in der Klinik miterlebt hat.

Im Rahmen der ergänzenden quantitativen Befragung wurden die Kliniken in der Region OWL erneut angeschrieben. Insgesamt haben nur 12 Kliniken den Fragebogen ausgefüllt (Rücklaufquote von 35%). Es ist davon auszugehen, dass insbesondere Kliniken an der Befragung teilgenommen haben, die Interesse an dem Thema Pandemieplanung haben und evtl. bereits bei der qualitativen Befragung teilgenommen haben. Die quantitative Befragung stellt somit lediglich eine Ergänzung der Daten dar.

Die Begrenzung auf die Region Ostwestfalen-Lippe stellt möglicherweise eine Limitation des Projekts dar. Allerdings konnte auch in einer angrenzenden Region rekrutiert werden. Landesgrenze und länderspezifische Regelungen wurde im Datenmaterial thematisiert, und zusätzliche Unterschiede bezogen sich eher auf die Zuständigkeitsgrenzen auf Amtsebene. Insofern kann bis zu einem überregionalen Ergebnisabgleich mit anderen Forschungsvorhaben davon ausgegangen werden, dass die regionale Beschränkung keine erhebliche Verzerrung der Ergebnisse erzeugt.

Die methodischen Stärken des Projektes PanCoV-Reha liegt in dem Mixed-Method-Zugang, wobei verschiedene Forschungszugänge kombiniert werden können. Die unterschiedlichen Forschungsansätze und Arbeitspakete (insgesamt 4) bauen aufeinander und ergänzen sich. Auch konnten die Ergebnisse des Scoping Reviews des Pilotprojektes genutzt werden, um Themen und Schwerpunkte für den Leitfaden zu identifizieren. Während des Projektes wurden verschiedene Kompetenzen und Wissenszugänge integriert und ergänzt. Hierunter zählt die Zusammenarbeit mit der Stiftungsprofessur Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung (Prof. Thorsten Meyer), die Expertise einer Medizinethikerin und eines Juristen sowie die epidemiologische Expertise des Antragstellers. Im Rahmen der Lessons-Learned-Veranstaltung wurden die Ergebnisse mit Vertreter*innen aus von Rehabilitations-einrichtungen, Leistungsträgern, Gesundheitsämtern und der Wissenschaft diskutiert und ergänzt. Einzelne Themenschwerpunkte wurden im Rahmen von kleineren Workshops noch einmal vertiefend diskutiert. Insgesamt konnten auf der Veranstaltung 8 Freiwillige gewonnen werden, die den Leitfaden auf Verständnis, Logik und Vollständigkeit prüfen. Durch die

gute Zusammenarbeit mit der Praxis konnte sichergestellt werden, dass der Leitfaden die Bedürfnisse der Praxis widerspiegelt.

7. Fazit

Der Schutz Mitarbeitender und Rehabilitand*innen vor Covid-19 stellt Rehabilitationskliniken seit dem Pandemiebeginn vor immer neue Herausforderungen. SARS-CoV-2-Ausbrüche im stationären Setting können nicht nur direkt anwesende Rehabilitand*innen und Mitarbeitende gefährden, sondern indirekt – etwa durch Schließungen oder Aufnahmestopps – die rehabilitative Versorgung in größerem Maßstab.

Die Ergebnisse des Projektes zeigen, dass Rehabilitationskliniken diverse Maßnahmen zum Infektionsschutz eingeführt haben, damit SARS-CoV-2 nicht in die Einrichtung eingetragen wird und um Ausbrüche zu vermeiden. Kontaktbeschränkungen, restriktive Besuchsregelungen, Isolationen und ähnliche Maßnahmen sollen Mitarbeitende wie Rehabilitand*innen schützen. Gleichzeitig können Schutzmaßnahmen weitere Belastungen zusätzlich zu anderen Stressfaktoren während einer Pandemie mit sich bringen und benötigen Ausgleichsstrategien, die die Belastungen kompensieren. Beide Aspekte müssen in der Pandemieplanung mit beachtet werden. Kompensatorische Maßnahmen und die bestmögliche Begleitung des Personals werden nach Einschätzung der Klinikleitungen und mit Blick auf die möglichen Folgen der Zusatzbelastungen auch nach Projektabschluss relevant bleiben.

Zusätzlich müssen Leistungsträger und Politik gegenüber den Rehabilitationskliniken Ressourcenmängel entgegenwirken, um trotz einer pandemischen Lage mittel- und langfristig die Angebotsqualität der stationären Rehabilitation aufrechtzuerhalten.

Zu Beginn der Corona-Pandemie wurde deutlich, dass die Pandemieplanung für das Setting der Rehabilitationseinrichtungen nicht ausreichend erforscht gewesen ist. Es fehlte an niedrigschwelligen zugänglichen Handlungsempfehlungen, die die relevantesten Handlungsfelder und Kriterien der Pandemieplanung abdecken. Die Ergebnisse des Projektes wurden in einen Leitfaden zur Pandemieplanung in Rehabilitationseinrichtungen überführt und können künftig als Mindeststandard dessen dienen, was in der Pandemieplanung abgedeckt werden sollte. Der Leitfaden soll Rehabilitationseinrichtungen bei der Aufstellung eines internen Pandemieplans unterstützen und kann auch für andere Setting (z.B. stationäre Altenpflege) hilfreich sein.

Ein wesentlicher Aspekt der gelingenden Pandemieplanung ist, wie sich im Projektverlauf mehrfach bestätigt hat, die erfolgreiche Verantwortungsklä rung und Verantwortungsübernahme: Von Kliniken gegenüber ihren Mitarbeitenden und Rehabilitand*innen, und Mitgliedern der Krisenstäbe gegenüber den anderen Klinikmitarbeitenden. Ein nicht zu unterschätzendes Gewicht hat hier aber der gesundheitspolitische Einsatz der Reha-Träger*innen für die Kliniken und damit letzten Endes auch für die Mitarbeitenden der stationären Rehabilitation und für die Rehabilitand*innen. Reha-Kliniken spielen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung und sollten dementsprechend in künftigen Pandemien auch in der Gesundheitspolitik berücksichtigt werden.

Literatur:

- Ammon, A. (2018). *Pandemieplanung: Krankenhaushygienische Aspekte*. In: Dettenkofer, M., Frank, U., Just, H.-M., Lemmen, S. & Scherrer, M. (Hrsg.). *Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz*. Berlin/Heidelberg: Springer: 571-574.
- Baumann-Hölzle, R. & Gregorowius, D. (2022): *Moralische Eskalationen in der Corona-Krise: Ein Eskalationsmodell mit Beispielen aus dem Gesundheitswesen*. In: Riedel, A., Lehmeier, S. (Hrsg.). *Ethik im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer. Doi: 10.1007/978-3-662-58685-3_96-1 (Abruf: 21.04.2023)
- BMAS - Ausschuss für Arbeitsmedizin, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2020). *Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) - Arbeitsmedizinische Empfehlung*. Stand: November 2020. Bonn.
- Bonin, H., Eichhorst, W., Kaczynska, J., Kümmerling, A., Rinne, U., Scholten, A. & Steffes, S. (2020). *Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice: Kurzexpertise*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB549). Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
<https://nbnresolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaar-70079-5> (Abruf: 16.03.2023)
- Brönneke, J.B. & Debatin, J.F. (2022). *Digitalisierung im Gesundheitswesen und ihre Effekte auf die Qualität der Gesundheitsversorgung*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 65 (3): 342–347.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (2010). *Handbuch betriebliche Pandemieplanung*. Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.).
https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/KRITIS/betriebliche-pandemieplanung.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Abruf: 16.03.2023)
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (2020). *Krankenhausalarm- und –einsatzplanung (KAEP). Empfehlungen für die Praxis zur Erstellung eines individuellen Krankenhausalarm- und –einsatzplans*. Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.).
https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Schutz-der-Gesundheit/handbuch-kaep.pdf?__blob=publicationFile&v=10 (Abruf: 16.03.2023)
- Cwojdzinski., et al. (2020). *Checkliste für Krankenhäuser zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie*. Version 2.0.
<https://abckrankenhaus.de/CheckPandemieKH.pdf> (Abruf: 01.03.2023)
- Deutscher Bundestag (2013) *Unterrichtung durch die Bundesregierung*. Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012. Drucksache 17/12051.
<https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf> (Abruf: 20.02.2023)
- DRV-Bund - Deutsche Rentenversicherung Bund (2023). *Wissenschaftliches Programm*. Programmheft für das 32. Reha-Kolloquium in Hannover. <https://www.deutsche->

[rentenversiche-
rung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/reha_kolloquium/32R
eha-Koll PH.html](https://www.reha-forschung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/reha_kolloquium/32Reha-Koll_PH.html). (Abruf: 16.03.2023)

- Geerts, J. M., Kinnair, D., Taheri, P., Abraham, A., Ahn, J., Atun, R., Barberia, L., Best, N. J., Dandona, R., Dhahri, A. A., Emilsson, L., Free, J. R., Gardam, M., Geerts, W. H., Ihekweazu, C., Johnson, S., Kooijman, A., Lafontaine, A. T., Leshem, E., Razum, O. & Bilo-deau, M. (2021). *Guidance for Health Care Leaders During the Recovery Stage of the COVID-19 Pandemic: A Consensus Statement*. JAMA Network Open 4(7). e2120295-e2120295. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.20295 (Abruf 03.04.2023)
- Gesellschaft für Aerosolforschung. (2020). *Positionspapier der Gesellschaft für Aerosolforschung zum Verständnis der Rolle von Aerosolpartikeln beim SARS-CoV-2 Infektionsgeschehen*. https://ae00780f-bbdd-47b2-aa10-e1dc2cdeb6dd.filesusr.com/ugd/fab12b_647bcce04bdb4758b2bffcbe744c336d.pdf (Abruf: 01.03.2023)
- Gutenbrunner, C., Best, N., Glaesener, J. J., Lange, U., Lemhöfer, C., Lichti, G., Liebl, M. E., Reißhauer, A., Schwarzkopf, S., Steinmetz, A., Sturm, C., Weigl, M., Winkelmann, A. & Krischak, G. (2020). *Why Rehabilitation needs to be given Special Attention, Especially during the COVID-19 pandemic*. A Statement by the German Society for Physical and Rehabilitative Medicine (DGPRM). *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 283-286. Doi: 10.1055/a-1207-0766 (Abruf: 16.03.2023)
- Hirschwald, L., Herrmann, S., Felder, D., Kalde, A., Stockmeier, F., Wypseyk, D. & Linkhorst, J. (2021). *Discrepancy of particle passage in 101 mask batches during the first year of the Covid-19 pandemic in Germany*. *Nature*: 24490. Doi: 10.1038/s41598-021-03862-z (Abruf: 16.03.2023)
- IfSG - Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 8b des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist.
- KHG - Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist.
- Kienbaum, T. (2020). *Vorlage zur Erstellung eines COVID-19-Krankenhaus-Pandemieplans*. *Hygienemanagement* 10: 1-5. https://shop.mhpverlag.de/media/pdf/31/80/d6/Vorlage_Pandemieplan_Kienbaum_HP_20.pdf (Abruf: 01.03.2023)
- Kruse, J., Schmieder, C., Weber, K. M., Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). *Grundlagentexte Methoden*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. Aufl.). *Grundlagentexte Methoden*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

- Kühl, S. (2011). *Organisationen. Eine sehr kurze Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leibbrand, B., & Seifart, U. (2021). *Onkologische Rehabilitation und Entwicklung von Strategien in Krisensituationen am Beispiel der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 unter Berücksichtigung einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung*. *Die Rehabilitation* 60: 142-151. Doi: 10.1055/a-1361-5017 (Abruf: 16.03.2023)
- Lin, B., Munter, B., Pascavis, K., Nakaji, P., & Nicolasora, N. (2021). *Use of Industrial Filters by Health Care Workers During Shortages of N95 Respirators in Pandemic Times*. *Infect Dis Clin Pract* 29: e278–e281.
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (2012): *Die pandemische Influenza (H1N1) 2009 in Nordrhein-Westfalen. Rückblick – Einblicke – Ausblick*. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/media/pdf/service/Pub/2012_df/pandemische_influenza_2009_in_nrw_lzg-nrw_2012.pdf (Abruf: 01.03.2023)
- Maben, J. & Bridges, J. (2020). *Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health*. *J Clin Nurs* 29: 2742-2750. Doi: 10.1111/jocn.15307 (Abruf: 16.03.2023)
- Müller, O., Neuhann, F., & Razum, O. (2020). *Epidemiologie und Kontrollmaßnahmen bei COVID-19*. *Dtsch Med Wochenschr*. Doi: 10.1055/a-1162-1987 (Abruf: 21.04.2023)
- Okeagu, C., Reed, D., Sun, L., Colantonio, M., Rezayev, A., Ghaffar, Y., et al. (2021). *Principles of supply chain management in the time of crisis*. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 35: 369-376.
- Riedel, A. & Lehmeier, S. (2022). *Erlebensqualitäten moralischer Belastung professionell Pfleger und die Notwendigkeit des Schutzes der moralischen Integrität – am Beispiel der COVID-19-Pandemie*. In: Riedel, A., Lehmeier, S. (Hrsg). *Ethik im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer. Doi: 10.1007/978-3-662-58685-3_96-1 (Abruf: 21.04.2023)
- Robert Koch-Institut. (2020) *Pandemiepläne der Bundesländer*. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Pandemieplaene_Bundeslaender.html (Abruf: 15.03.2023)
- Robert Koch-Institut. (2021). *Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=09AE98D1B3415220EF583457AD27F44D.internet061?nn=2386228#doc13776792bodyText2 (Abruf: 07.02.2023)
- Robert Koch-Institut. (2022). *Kontaktpersonen-Nachverfolgung (KP-N) bei SARS-CoV-2-Infektionen*. Stand 14.1.2022, außer Kraft seit 2.5.2022. [RKI - Coronavirus SARS-CoV-2 - Kontaktpersonen-Nachverfolgung \(KP-N\) bei SARS-CoV-2-Infektionen, Stand 14.1.2022, außer Kraft seit 2.5.2022](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktpersonen-Nachverfolgung_KP-N_bei_SARS-CoV-2-Infektionen.html) (Abruf: 24.03.2023)

- Stock-Homburg, R. & Bauer, E.M. (2007). *Work-Life-Balance im Top-Management*. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): *Aus Politik und Zeitgeschichte* 34: 25-32.
- Xu, X., Mishra, G. D., Holt-Lunstad, J. & Jones. M. (2023). *Social relationship satisfaction and accumulation of chronic conditions and multimorbidity. A national cohort of Australian women*. *General Psychiatry* 36. Doi: 10.1136/gpsych-2022-100925 (Abruf: 21.04.2023)

Anhang

I. Leitfaden Klinikleitungen

Einstieg/Auftakt	
Zu Beginn habe ich ein Bitte an Sie: Können Sie sich bitte kurz in Ihrer Funktion in Ihrer Klinik vorstellen?	
Anfang	
Was für Erfahrungen haben Sie vor der Corona-Pandemie mit Ausbrüchen von übertragbaren Erkrankungen in der Klinik gemacht?	
Ggf. Unterfragen	<ul style="list-style-type: none">• Inwiefern gab es bei solchen früheren Ausbrüchen einen strukturierten Ablauf und Handlungsanweisungen (ggf. Beispiel)?• Wie unterscheiden sich frühere Ausbrüche aus Ihrer Sicht von Covid-19-Ausbrüchen?
<i>Jetzt interessieren wir uns für Ihre aktuellen Erfahrungen in der Corona-Pandemie</i>	
Internes Pandemiemanagement (Strukturebene)	
Welche strukturellen Veränderungen haben Sie in der aktuellen Pandemie für Ihre Klinik eingeführt?	
Ggf. Unterfragen (Falls kein Plan da ist, jeweils nach Struktur/Ablauf fragen)	<ul style="list-style-type: none">• Welche Aspekte beinhaltet der Pandemieplan (Wortlaut des Gegenübers nutzen)?• Inwiefern konnten Sie bei der Entwicklung auf vorherige Pläne zurückgreifen (Pandemiepläne aus dem Krankenhaus)?• Wie sind Sie an die notwendigen Informationen gekommen, um den aktuellen Plan zusammenzustellen?• Welche Unterstützung hatten Sie bei der Entwicklung des Plans? <p>Umsetzung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Wie hat die Umsetzung Ihres Pandemieplans (Wortlaut des Gegenübers nutzen) funktioniert?• Bei welchen Punkten haben Sie in der Umsetzung festgestellt, dass die Planungen nicht zweckmäßig waren?• Wie haben sich Ihre internen Pläne im Laufe der Pandemie verändert (z. B. aus dem Verlauf der Pandemie, rechtliche Gründe)?• Welche Auswirkungen auf die Personalplanung hat die Pandemie• Wie sind Sie damit umgegangen, wenn es zu Fehlern bei der Umsetzung der Pläne/Vorgaben gekommen ist?
Internes Pandemiemanagement (praktische Umsetzung)	
Welche Maßnahmen zum Infektionsschutz haben Sie bisher im Verlauf der Pandemie umgesetzt?	
Ggf. Unterfragen	<ul style="list-style-type: none">• Welche Teststrategie haben Sie zu welchen Zeitpunkten angewandt?• Wie wurden Ihre Besuchsregelungen angepasst? Gab es alternative Angebote (z. B. den Einsatz digitaler Kontaktmöglichkeiten)?• Wann setzten sie Isolationsmaßnahmen ein?

	<ul style="list-style-type: none"> • Welche räumlichen Änderungen haben Sie geschaffen? (z. B. Minderbelegung der Zimmer/Therapieangebote, Kohortenbildung) • Welche Veränderungen wurden in Bezug auf Material und Ressourcenverteilung beschlossen? • Gab es Anpassungen in der internen Dokumentation? (z.B. Erfassung von Covid-19-Testergebnissen) <p>Folgen/Auswirkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie wurden die Maßnahmen gegenüber Patient*innen und Angehörigen kommuniziert? • Patient*innen: z.B. Umgang mit Kontaktbeschränkungen und anderen Zusatzbelastungen • Mitarbeiter*innen: z.B. Umgang mit Infektionsrisiko, ggf. Mehrarbeit, psychische Gesundheit • Welche Kommunikationswege wurden für die Entscheidungen/ Veränderungen gegenüber den Mitarbeitenden gewählt? • Welche haben sich bewährt und welche nicht?
<p>Welche Maßnahmen sind für die Versorgung von Infektionsfällen bei den Patient*innen vorgesehen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Falls bereits Fälle gehabt:) Wie hat die Umsetzung der Maßnahmen funktioniert? • Welche Herausforderungen haben sich ergeben? (z.B. Mehraufwand für die Pflege) <p>Welche Maßnahmen sind für positiv getestete Mitarbeitende vorgesehen?</p>	
<p>Welche Änderungen bei der Belegplanung durch die Pandemie haben Sie bisher erlebt?</p>	
Ggf. Unterfragen	<ul style="list-style-type: none"> • Gab es Absagen von Patient*innenseite oder Ihrerseits, z.B. aufgrund von Ausbrüchen oder geringerer Belegzahlen? • Gab es Vorgaben vom Bund, vom Land oder vom Kreis, die die Belegplanung beeinflusst haben? • Haben Sie einen Anstieg der Anfragen wahrgenommen? (Wenn ja: Für welche Patient*innengruppen: Covid-19 oder belastete Allgemeinbev.?) • Welche Erfahrungen haben Sie während der Pandemie mit den Leistungsträgern gemacht (bei zeitlichen Änderungen/Abbrüchen der Aufenthaltsplanung, Finanzierung)?
<p>Welche Rückmeldungen haben Sie bisher von den Patient*innen und Mitarbeiter*innen zur Umsetzung der Maßnahmen bekommen</p>	
Ggf. Unterfragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sind Sie bisher damit umgegangen, wenn Patient*innen Maßnahmen nicht umsetzen konnten oder nicht umsetzen wollten? • Wie sind Sie bisher damit umgegangen, wenn Mitarbeiter*innen die Maßnahmen nicht umsetzen konnten oder nicht umsetzen wollten?
<p>Zusammenarbeit / Kommunikation mit Externen</p>	
<p>Welche Formen der externen Zusammenarbeit und Kommunikation haben Sie während der Pandemie gepflegt?</p>	
Ggf. Unterfragen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie bisher die Kommunikation mit den Gesundheitsämtern erlebt? • Wie verläuft die Zusammenarbeit mit anderen externen Versorger*innen? (Labore, Niedergelassene, Krankenhäuser) • Zu welchen Erfahrungen beim Pandemiemanagement haben sich andere Reha-Kliniken mit Ihnen ausgetauscht?

	<ul style="list-style-type: none"> Was hat sich an Ihrer Öffentlichkeitsarbeit (Websites, Social Media etc.) im Laufe der Pandemie verändert?
Ausblick	
Welche Verbesserungsvorschläge oder Wünsche, z.B. an die öffentlichen Gesundheitsdienste, haben Sie für diese oder folgende Pandemien?	
Was nehmen Sie als positive Erfahrungen im Klinikalltag aus der Pandemie mit? (z. B. digitale Ausstattung der Reha)?	
Abschlussphase	
Welche Aspekte im Zusammenhang mit ihrer Einrichtung und der Pandemie sind bisher im Interview noch nicht thematisiert worden?	
Haben Sie noch weitere Anmerkungen?	

II. Leitfaden Rehabilitand*innen

Einstieg/Auftakt

Zu Beginn habe ich eine Bitte an Sie: Können Sie mir bitte kurz beschreiben, was ich zu den Gründen Ihrer Reha wissen muss.

Organisatorisches vor Antritt der Reha

Es soll zunächst um Ihre Erfahrungen **vor** ihrem Antritt der Reha gehen. Wenn Sie sich zurückerinnern, wie ging es Ihnen **vor** der Reha mit dem Gedanken, dass bald stationär in eine Rehaklinik gehen?

Wie hat sich die Pandemie auf Ihre Vorbereitungen vor der Reha ausgewirkt?

- Ggf. Unterfragen
- Inwiefern mussten während der Corona-Pandemie andere Vorbereitungen getroffen werden (Testung vor Antritt, Fahrt, Begleitung)
 - Hat sich die Reha wegen der Corona-Krise verschoben?

Welche Informationen haben Sie vor Antritt der Reha bzgl. Ihres baldigen Aufenthaltes von der Klinik erhalten?

- Ggf. Unterfragen
- Welche Informationen hätten Sie sich noch gewünscht?

Jetzt interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen während Ihres Reha-Aufenthaltes.

Reha-Alltag

Wie haben Sie die Ankunft in der Reha-Klinik und den ersten Tag in der Reha-Klinik erlebt?

- Ggf. Unterfragen
- Welche Informationen haben Sie bei Ankunft von den Mitarbeitenden erhalten?
 - Wie sahen Ihre ersten Tage in der Reha-Klinik aus?
 - Was hätte Ihnen geholfen?

Erleben der Maßnahmen zum Infektionsschutz

Welche Gedanken haben Sie sich zu Ansteckungsrisiken in der Klinik gemacht?

Welche Maßnahmen zum Infektionsschutz haben Sie bei Ihrem Aufenthalt in der Klinik er-

lebt/wahrgenommen?

Ggf. Unter-
fragen

- Wie war der **Besuch** während Ihrer Reha organisiert (oder **Testungen, Maskenpflicht?**)
- Wie haben Sie die Umsetzung der Maßnahmen erlebt?
- Wie haben Sie bei Ihren Mitpatient*innen die Akzeptanz der Maßnahmen erlebt?
- Welche Alternativen Möglichkeiten zur Kommunikation mit Angehörigen gab es während der Reha/ haben Sie genutzt? (Skype, Zoom, WhatsApp)

Wie haben Sie den persönlichen Kontakt zu den Mitarbeitenden (besonders Pflegekräften und Therapeut*innen) erlebt?

Wie haben Sie den persönlichen Kontakt zu den anderen Rehabilitand*innen während Ihres Aufenthaltes erlebt?

Gibt es ein Erlebnis während Ihrer Reha, das Ihnen besonders im Gedächtnis geblieben ist? Bitte erzählen Sie mir davon.

Erfahrungen mit Ausbruchsgeschehen

Welche Erfahrungen haben Sie während der Reha mit Corona-Ausbrüchen (oder Fällen) in der Klinik gemacht?

Wenn **ja**: Wie wurde damit seitens der Klinik umgegangen?

Ggf. Unter-
fragen

- Inwiefern wurden Sie über einen Corona-Fall seitens der Klinik informiert?
- Welche Maßnahmen wurden bei einem Corona-Fall veranlasst (Besuchsverbot, Zimmerisolation?)
- Wie haben Sie diese Situation erlebt?
- Was hätte Ihnen geholfen?

Ggf. Unter-
fragen

Wenn **Nein**: Können Sie mir beschreiben, wie Sie von der Klinik darüber informiert wurden, was bei einem Corona-Ausbruch in der Klinik passiert?

- Was hätten Sie sich für Informationen gewünscht?

Falls es einen eigenen positiven Befund in der Reha gab: Wie verlief die Kommunikation mit dem Gesundheitsamt? NUR nachfragen, wenn Person von eigenem Positiv-Befund oder **Kontaktpersonendasein** in/während der Reha berichtet?

Reha unter Pandemie

Ich möchte mir noch ein genaueres Bild von Ihrer Reha in der Corona-Pandemie machen...

Haben Sie vor der Pandemie schon einmal eine Reha durchgeführt?

Ggf. Unter-
fragen

Wenn Ja: Wie hat sich im Vergleich zu vor der Corona-Pandemie der Aufenthalt in der Rehaklinik verändert?

Gab es besondere Angebote/Veränderungen während Ihre Reha, die speziell durch die Corona-Pandemie eingeführt wurden?

Wie haben Sie diese erlebt?

Ggf. Unter-
fragen

- Welche **Therapien** und Termine konnten während der Reha planmäßig stattfinden?
- Gab es Änderungen während Ihres Aufenthaltes bei den pandemiebedingten Regelungen/Maßnahmen in der Reha?
- Wie wurden sie darüber informiert?
- Wie wurden Sie während der Reha über die aktuellen Corona-Regelungen informiert

- Wie ist die Klinik auf psychische Belastungen durch die Pandemie und die Maßnahmen eingegangen? Gab es spezielle Angebote zur **psychischen Entlastung**?

Ausblick

Welche Verbesserungsvorschläge oder Wünsche haben Sie für Reha-Aufenthalte während dieser oder anderen Pandemien?

Welche Angebote wären Ihnen besonders wichtig?

Was nehmen Sie trotz Pandemiebedingungen als positive Erfahrungen aus Ihrer Reha mit? (z. B. digitale Ausstattung der Reha)?

Abschlussphase

Welche Aspekte im Zusammenhang mit der Pandemie sind bisher im Interview noch nicht thematisiert worden?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen, was für uns und das Forschungsprojekt oder die Rehakliniken wichtig wäre?

III. Kategoriensystem

Hauptkategorie	Subkategorie
Pandemieplanung vor COVID-19	Erfahrungen mit Ausbrüchen von übertragbaren Erkrankungen, Unterschied zu COVID-19
Internes Pandemiemanagement (Strukturebene)	Vorgaben von höherer Ebene, Externe Hilfe/Unterstützung, Vorgaben für das Setting Reha, Strukturelle Pandemieplanung in der Einrichtung, Krisenstab, COVID-Zuständige*r, Änderungen/ Anpassungen, Partizipation, Evaluation
Reha-Bedarf Inanspruchnahme/ Zugang Reha	Veränderte Versorgungsbedarfe, Saisonale Effekte, Regionale Inzidenz
Rehabilitand*innen	Angst vor Infektionen, Reha-Erfolg, Psychosoziale Angebote, Kommunikation unter den Rehabilitand*innen, Kommunikation von COVID-19 Fällen, Kommunikation mit Mitarbeitenden
Personal	Angst vor Infektion, Mehraufwand, Personalplanung, Entlastungen und Unterstützung von MA, Prävention, Kommunikation von COVID-19 Fällen, Schulungen, Interne Kommunikation
Eingeführte Maßnahmen	Infektionsprävention, Infektionsmanagement, Krisenmanagement, Prävention von Schäden aufgrund der Maßnahmen, Kontrolle der Umsetzung der Maßnahmen, Konsequenzen bei nicht einhalten der Maßnahmen, Reaktion auf die Maßnahmen
Ressourcenverteilung/ Material	
Externe Kommunikation	Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern, Kommunikation mit den Leistungsträgern, Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen, Austausch mit anderen Rehakliniken
Ressourcen/ Chancen	Zusammenhalt (Teamgefühl), Digitaler Austausch, Zeit/Gelegenheit zu strukturellen Verbesserungen
Finanzierung	Belegungszahlen, Refinanzierung von Maßnahmen

Wünsche und Veränderungsbedarf	
--------------------------------	--