



© DRK / Timothy Lahmann

Betreuungspfade pflegebedürftiger Menschen in temporären Betreuungseinrichtungen des Bevölkerungsschutzes

Erkenntnisse aus einem szenariobasierten Workshop im Projekt TELEPIK

Marcus Schöps, Joshua Stepputat, Amelie Kloas

Juni 2026

Projekt TELEPIK: Tele-unterstützte Pflege im Katastrophenfall

Laufzeit: 09/2025 – 08/2027

Projektpartner: Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat – Team Sicherheitsforschung und Innovationstransfer (Konsortialführung); Uniklinik RWTH Aachen, Klinik für Anästhesiologie, AcuteCare InnovationHub; MA&T Sell & Partner GmbH

Mittelgeber: Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR), Förderrichtlinie „Zivile Sicherheit – Anwendungen in der zivilen Sicherheit“, Modul: Anwender

Inhalt

Zusammenfassung	3
1. Zielsetzung	4
2. Methodischer Rahmen	4
3. Teilnehmende und Perspektiven	6
4. Ergebnisse	6
4.1 Betreuungspfade und Schwachstellen	7
4.2 Anknüpfungspunkte für Telepflege	8
4.3 Anknüpfungspunkte für digitale Pflegedokumentation	9
5. Fazit und Ausblick	10

Deutsches Rotes Kreuz e.V.
Generalsekretariat
Team Sicherheitsforschung und Innovationstransfer

Projekt TELEPIK
www.drk.de/forschung/projekte/telepik/
telepik@drk.de

Zusammenfassung

Der Workshop „Betreuungspfade“ wurde im Projekt TELEPIK durchgeführt, um anhand konkreter Fallbeispiele nachzuvollziehen, wie pflegebedürftige Menschen nach einer Evakuierung in temporären Betreuungseinrichtungen des Bevölkerungsschutzes¹ versorgt werden können. Leitend waren drei Fragen:

Wie verlaufen Betreuung und pflegerische Versorgung?

Wo entstehen unklare und kritische Situationen?

Und wo sahen die Teilnehmenden mögliche Unterstützungsbereiche für Telepflege² und digitale Pflegedokumentation³?

Grundlage waren drei fiktive, pflegefachlich entwickelte Personas mit unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen. Diese wurden von 15 Teilnehmenden aus Pflege, Bevölkerungsschutz und angrenzenden Bereichen entlang eines strukturierten Formats bearbeitet. Der zentrale Befund des Workshops lautet: Schwachstellen entstehen bereits zu Beginn des Betreuungspfads⁴. In den bearbeiteten Fallkonstellationen blieb bei Ankunft und Registrierung häufig unklar, welche pflegerischen Bedarfe bestehen, welche Informationen belastbar vorliegen, welche Hilfsmittel oder Medikamente benötigt werden und wer pflegebezogene Entscheidungen treffen darf. Als besonders kritisch erwiesen sich fehlende Verfahren zur ersten pflegerischen Einschätzung, unklare Rollen sowie fachliche und organisatorische Grenzen bei Medikation, Transfer, Körperpflege, Nachtversorgung und Übergaben. Die drei Personas machten diese Problemlagen auf unterschiedliche Weise sichtbar: durch Sprachbarrieren und Diabetes, kognitive Einschränkungen und Desorientierung oder eingeschränkte Mobilität und hohen Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen.

Vor diesem Hintergrund sahen die Teilnehmenden in Telepflege vor allem dort einen möglichen Unterstützungsbereich, wo pflegerische Einschätzung, Anleitung oder fachliche Absicherung vor Ort fehlen. Zugleich wurden offene Fragen sichtbar, insbesondere zur Auslösung einer Telekonsultation, Verantwortlichkeit, benötigten Informationen, Einbindung in Führungsstrukturen und rechtlichen Handlungsspielräumen.

Eine digitale Pflegedokumentation wurde von den Teilnehmenden als wichtige Voraussetzung für eine durchgängige Versorgung verstanden. Hervorgehoben wurden insbesondere ihr Nutzen für Übergaben, die Sicherung von Verlaufsdaten, Priorisierung und die Vorbereitung telepflegerischer Unterstützung. Zugleich wurde deutlich, dass ein solches System unter Einsatzbedingungen schlank, intuitiv, offlinefähig und mit klar geregelten Rollen und Zugriffsrechten nutzbar sein müsste.

¹ Temporäre Betreuungseinrichtungen des Bevölkerungsschutzes sind zeitlich befristete Einrichtungen zur vorübergehenden Unterbringung, Betreuung und grundlegenden Versorgung von Menschen nach Evakuierungen oder in Krisen- und Katastrophenlagen. Sie sind keine regulären Pflege- oder Gesundheitseinrichtungen.

² Telepflege bezeichnet professionelle pflegerische Unterstützung über räumliche Distanz. Pflegefachpersonen nutzen dabei Informations- und Kommunikationstechnologien, um pflegerische Einschätzungen vorzunehmen, zu beraten, anzuleiten, Versorgungsverläufe zu beurteilen oder Versorgungsprozesse zu koordinieren.

³ Digitale Pflegedokumentation bezeichnet die elektronische Erfassung und Bereitstellung pflegerelevanter Informationen, damit Bedarfe, Risiken, Maßnahmen, Veränderungen und Übergaben auch unter Einsatzbedingungen nachvollziehbar bleiben.

⁴ Betreuungspfad bezeichnet den zeitlichen und organisatorischen Verlauf der Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer temporären Betreuungseinrichtung. Er reicht von der Ankunft über die laufende Betreuung bis zur Übergabe, Entlassung oder Verlegung in weiterführende Versorgungsstrukturen.

1. Zielsetzung

Das Projekt TELEPIK befasst sich mit der Frage, wie sich die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in temporären Betreuungseinrichtungen des Bevölkerungsschutzes verbessern lässt. Im Mittelpunkt steht, wie Telepflege und digitale Pflegedokumentation in Krisen- und Katastrophenlagen gewinnbringend eingesetzt werden können. Der Workshop „Betreuungspfade“ fand im Februar 2026 in Bonn statt und diente dazu, Betreuungsabläufe anhand konkreter Fallbeispiele nachzuvollziehen und Hinweise für die weitere Konzeptentwicklung zu gewinnen.

Ziel war es, Betreuungspfade pflegebedürftiger Personen nach einer Evakuierung nachzuvollziehen, versorgungsrelevante Schwachstellen sichtbar zu machen und mögliche Unterstützungsbereiche für Telepflege sowie digitale Pflegedokumentation herauszuarbeiten.

2. Methodischer Rahmen

Der Workshop war als szenariobasiertes, qualitatives und exploratives Format angelegt und in drei Arbeitsphasen gegliedert.

In der ersten Phase rekonstruierten Kleingruppen die Betreuungspfade der drei Personas über einen angenommenen Aufenthalt von 24 Stunden. Die Personas wurden gemeinsam mit Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern entwickelt und repräsentierten unterschiedliche Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe (siehe Tabelle 1).

Die Bearbeitung folgte einer einheitlichen Zeitleiste mit den Abschnitten Ankunft, Tagbetrieb, Nachtbetrieb und Morgenbetrieb. Im weiteren Verlauf erhielt jede Gruppe zusätzlich eine sogenannte Triggerkarte. Diese ergänzte die Bearbeitung um eine unvorhergesehene Herausforderung, beispielsweise eine plötzliche Zustandsveränderung. Die Gruppen hielten stichpunktartig fest, was mit der jeweiligen Persona geschieht, welche Rollen zuständig sind, welche Informationen vorliegen, erhoben oder weitergegeben werden und an welchen Punkten Schwachstellen auftreten.

Strukturierend wirkten feste Rahmenannahmen: ein Flutszenario im Rahmen einer Großschadenslage, keine feste pflegfachliche Ressource vor Ort, grundsätzlich verfügbares Versorgungsmaterial und keine Möglichkeit zur Verlegung während des Aufenthalts.

In der zweiten Arbeitsphase betrachteten die Kleingruppen die zuvor markierten Schwachstellen mit Blick auf telepflegerische Unterstützung. Für die priorisierten Situationen wurde festgehalten, wann eine Telekonsultation sinnvoll sein könnte, welche Informationen eine Pflegefachkraft aus der Ferne benötigt, welchen Beitrag die Telekonsultation leisten soll und welche Rolle sie im Einsatz anstoßen sollte.

In der dritten Phase wurde digitale Pflegedokumentation als eigenständiges Querschnittsthema im Plenum diskutiert. Anders als zuvor stand nicht mehr die einzelne Persona im Mittelpunkt, sondern der gesamte Betreuungsverlauf. Die Diskussion folgte einem Vier-Felder-Schema zu Potenzialen, Mindestinhalten, Voraussetzungen und Hemmnissen.

	Helmut	Petra	Amina
Alter/Pflegegrad	86 Jahre; Pflegegrad 2	35 Jahre; Pflegegrad 4	67 Jahre; Pflegegrad 3
Wohn-/Lebenskontext	Pflegeheim	Barrierefreie Wohnung mit Ehemann	Gemeinsame Wohnung mit Tochter
Zentrale Einschränkungen	Demenz mit Orientierungs- und Gedächtnisproblemen	MS-bedingte Rollstuhlpflichtigkeit und eingeschränkte Arm-/Handfunktion	Unsicheres Gehen mit Rollator sowie Diabetes und Asthma
Alltagsrelevanter Unterstützungsbedarf	Unterstützung bei Körperpflege, Essen und Trinken und Medikamentengabe	Unterstützung bei Mobilität, Waschen, Essen, Ankleiden und Toiletengang; Hilfsmittelbedarf	Unterstützung bei Mobilität und Verständigung (Sprachbarriere)
Trigger	Zunehmende Unruhe, vermehrte Hinlaufen, Desorientierung und Gegenwehr gegenüber den Einsatzkräften	Steißschmerzen nach langem Sitzen im Rollstuhl; großflächige Hautrötung	Unterzuckerung mit Unruhe, verwaschener Sprache und verminderter Agilität

Tabelle 1: Personas



© DRK / Timothy Lahmann

3. Teilnehmende und Perspektiven

An dem Workshop nahmen 15 Personen teil. Die Gruppe brachte Perspektiven aus Pflege, Bevölkerungsschutz und angrenzenden Bereichen zusammen. Neben Vertreterinnen und Vertretern des Deutschen Roten Kreuzes waren auch der Malteser Hilfsdienst und die Johanniter-Unfall-Hilfe vertreten. Eingebracht wurden pflegfachliche, pflegewissenschaftliche und pflegepädagogische Hintergründe sowie operative und strategische Erfahrungen aus Betreuungsdienst, Rettungsdienst, Einsatzführung, Verwaltung und Polizei. Mehrere Teilnehmende verbanden pflegfachliche Qualifikation mit ehrenamtlicher oder führungsbezogener Tätigkeit im Bevölkerungsschutz. Hinzu kamen unmittelbare Erfahrungen aus der Flutkatastrophe im Ahrtal, aus der Evakuierung von Pflegeeinrichtungen und aus der Betreuung in Notunterkünften in vergleichbaren Lagen. Nicht direkt vertreten waren die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen, pflegender Angehöriger, ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen.



4. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden im Folgenden entlang der drei Arbeitsphasen des Workshops dargestellt: Betreuungspfade und Schwachstellen, Anknüpfungspunkte für Telepflege sowie Anknüpfungspunkte für digitale Pflegedokumentation. Telepflege und digitale Pflegedokumentation stehen dabei in engem Zusammenhang, sind jedoch analytisch zu unterscheiden: Telepflege bezeichnet pflegfachliche Unterstützung über räumliche Distanz, etwa durch Einschätzung, Beratung, Anleitung oder Koordination von Versorgung. Digitale Pflegedokumentation erfasst pflegerelevante Informationen elektronisch und macht Bedarfe, Risiken, Maßnahmen, Veränderungen und Übergaben auch im Einsatz nachvollziehbar.

4.1 Betreuungspfade und Schwachstellen

Im Workshop wurde deutlich, dass zentrale Schwachstellen bereits zu Beginn der Betreuungspfade auftreten. In allen drei Fallbearbeitungen blieb bei Ankunft und Registrierung unzureichend geklärt, welche pflegerischen Bedarfe vorliegen, welche Informationen belastbar sind und wie Person, Informationen und Hilfsmittel verlässlich miteinander verknüpft werden können. Bei „Helmut“ betraf dies vor allem Bedarfserkennung, Kennzeichnung und Informationsverknüpfung in einer unübersichtlichen Anfangsphase. Bei „Amina“ standen fehlende pflegerische Angaben, Sprachbarrieren und die begrenzte Aussagekraft vorhandener Notfallinformationen im Vordergrund. Bei „Petra“ zeigte sich das Informationsdefizit besonders mit Blick auf Hilfsmittel, Medikamente, Begleitung und die Frage, wer für die weitere Versorgung verantwortlich ist.

Zugleich wurde sichtbar, dass sich die Betreuung zunächst an grundlegenden Bedarfen orientiert. Essen, Trinken, Orientierung, Ruhe, Toilettengang, Unterstützung beim Aufstehen und einfache Begleitung bilden den frühen Kern der Versorgung. Diese stößt jedoch dort an Grenzen, wo pflegerische Einschätzung, Medikamentenmanagement, Transfer, Unterstützung bei körpernahen Tätigkeiten oder nächtliche Betreuung erforderlich werden. Dabei wurde nicht infrage gestellt, dass Helfende vor Ort grundlegende Bedarfe absichern können. Deutlich wurde aber, dass die Übergänge zwischen betreuungsdienstlicher Unterstützung und pflegerischer Versorgung unscharf bleiben.

Auch materielle und räumliche Bedingungen prägten die Betreuungspfade deutlich. Bei „Petra“ betraf dies vor allem Bett- und Lagerungsmöglichkeiten, geeignete Sanitärbedingungen und fehlende Hilfsmittel. Bei „Amina“ zeigten sich ähnliche Probleme bei Rollator-Nutzung, Feldbett, Nachtversorgung und barrierefreien Sanitäreinrichtungen. Bei „Helmut“ standen fehlende persönliche Hilfsmittel, Pflege- und Hygieneartikel sowie Anforderungen an eine ruhige Umgebung mit Orientierungshilfen im Vordergrund. Damit wurde ersichtlich, dass Versorgung nicht nur von personellen Ressourcen abhängt, sondern auch von Infrastruktur, pflegerischem Material und Hilfsmitteln.

Übergreifend erwiesen sich Übergaben und Verlaufsdokumentation als Schwachstellen in den Betreuungspfaden. Bei „Amina“ wurde deutlich, dass relevante Ereignisse wie eine Unterzuckerung ohne personenbezogene Dokumentation des Verlaufs verloren gehen können. Bei „Petra“ erschien eine direkte persönliche Übergabe besonders wichtig, insbesondere mit Blick auf Schmerzen, Medikation und die Frage, was im bisherigen Verlauf funktioniert hat und was nicht. Bei „Helmut“ zeigte sich der Dokumentationsbedarf unter anderem bei der Tendenz, den Betreuungsbereich zu verlassen, bei der Zustandsbeobachtung und bei der Nachtversorgung. Damit wurde deutlich, dass Dokumentation unmittelbar zur Versorgungskontinuität beiträgt. Ein weiterer Befund betrifft Rollen und Zuständigkeiten. Wiederkehrend blieb offen, wer pflegerische Bedarfe einschätzt, für das Medikamentenmanagement zuständig ist, Hilfsmittel anfordert und im Verlauf die Betreuungsverantwortung trägt. Bei „Helmut“ ging es vor allem um Steuerung, eine kontinuierliche Bezugsperson und den Umgang mit herausforderndem Verhalten. Bei „Amina“ bezog sich die Unsicherheit stärker auf Registrierung, Angehörigenkontakt, Unterzuckerung sowie sprachlich und kulturell passende Unterstützung. Bei „Petra“ standen feste Bezugspersonen, Verantwortung bei Transfer und Toilettengang sowie Entscheidungen über die Grenzen pflegerischer Unterstützung vor Ort im Mittelpunkt.



4.2 Anknüpfungspunkte für Telepflege

In der zweiten Arbeitsphase beschrieben die Teilnehmenden die Möglichkeit einer telepflegerischen Konsultation als hilfreich, wenn vor Ort pflegerische Einschätzung, Anleitung oder fachliche Rückversicherung fehlen. Bei „Amina“ betraf dies besonders die erste pflegerische Einschätzung, Medikamentenfragen, Mobilisation und grundpflegerische Tätigkeiten. Bei „Helmut“ ging es um Situationen, in denen Einsatzkräfte durch herausforderndes Verhalten, unklaren Pflegebedarf oder hohe Belastung an Grenzen geraten. Bei „Petra“ rückten Informationsdefizite bei der Registrierung und die Eignung der Unterbringung in den Mittelpunkt.

Telepflege wurde im Workshop nicht nur als telefonische Beratung verstanden. Die Teilnehmenden verbanden damit mehrere Funktionen: erste pflegerische Einschätzung, Anleitung bei konkreten Maßnahmen, fachliche Absicherung für nicht pflegfachliches Personal, Priorisierung, Maßnahmenplanung und bei Bedarf den Verweis an andere zuständige Stellen. Offen blieb, wo die Grenze zwischen Einschätzung, Anleitung, Entscheidungsunterstützung und Eskalation verläuft.

Eine zentrale Frage war, wer im Einsatz eine Telekonsultation mit einer externen Pflegefachperson auslösen darf. Im Workshop wurden drei mögliche Rollenmodelle sichtbar: ein möglichst niedrigschwelliger Zugang für alle beteiligten Einsatzkräfte, eine Auslösung über Führungsstrukturen oder ein stärker zentralisiertes Modell mit Priorisierung. Daraus ergab sich ein Spannungsfeld zwischen schneller fachlicher Unterstützung und geregelten Entscheidungswegen. Besonders am Beispiel von „Helmut“ wurde sichtbar, dass Unsicherheit, Überforderung und Eskalationsrisiken schnelle Unterstützung nahelegen, ohne bestehende Führungsstrukturen zu umgehen.

Zugleich zeigte sich, dass Telepflege nur dann verlässlich unterstützen kann, wenn belastbare Informationen vorhanden sind. Benötigt werden insbesondere Angaben zu Person, Medikation, Vorerkrankungen, Mobilität, Angehörigenkontakten, Hilfsmitteln, bisherigem Verlauf und konkreter Problemlage. Gerade diese Informationen fehlten in den bearbeiteten Betreuungspfaden wiederholt oder lagen nur bruchstückhaft vor. Telepflege und Dokumentation sollten daher in der weiteren Projektarbeit nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Ohne definierten Mindestdatensatz bleibt telepflegerische Unterstützung auf unsichere Ad-hoc-Kommunikation beschränkt.

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten rechtliche und haftungsrechtliche Fragen. Insbesondere wurden die Grenzen delegierbarer Tätigkeiten, die Durchführungsverantwortung, ärztliche Anordnungen sowie gesetzliche Unterschiede zwischen Bundesländern diskutiert. Dies wurde besonders bei der Medikamentengabe und der Anleitung pflegenaher Maßnahmen deutlich, etwa im Zusammenhang mit Insulin. Diese rechtlichen und organisatorischen Fragen wurden als wichtige Voraussetzungen gesehen, um im weiteren Projektverlauf ein belastbares Telepflegekonzept zu entwickeln, das in bestehende Einsatzstrukturen des Bevölkerungsschutzes passt.



4.3 Anknüpfungspunkte für digitale Pflegedokumentation

In der dritten Arbeitsphase wurde digitale Pflegedokumentation nicht primär als Verwaltungs- oder Nachweissystem verstanden, sondern als Instrument und Voraussetzung zur Unterstützung von Übergaben, Verlaufssicht, Priorisierung und Telepflege. Sie soll pflegebezogene Informationen verfügbar machen, Veränderungen nachvollziehbar halten, Risiken frühzeitig erkennbar machen und Helfende im Einsatz entlasten.

Im Workshop benannten die Teilnehmenden Mindestinhalte für eine digitale Pflegedokumentation. Dazu gehören die eindeutige Zuordnung von Person und Informationen, Kontaktdaten und Angehörigenkontakte, Vorerkrankungen, Medikation, pflegerisch relevante Hinweise etwa zu Mobilität und Hilfsmitteln, relevante Ereignisse im Verlauf sowie eine nachvollziehbare Maßnahmendokumentation. Vitalzeichen, Wunddokumentation, Hilfsmittelverbrauch und besondere Vorkommnisse wurden eher als mögliche Erweiterungen verstanden.

Besonders deutlich war die Erwartung, dass digitale Pflegedokumentation unter Einsatzbedingungen schnell und intuitiv nutzbar sein muss. Als mögliche Mittel wurden Einzelclicks, Textbausteine, Checklisten, geringe Freitextanteile, Zeitstempel, Symbole oder Icons sowie klare Oberflächen genannt. Dahinter stand weniger ein allgemeiner Wunsch nach Benutzerfreundlichkeit als die Einsicht, dass Dokumentation im Einsatz nur funktioniert, wenn sie mit Zeitdruck, knappen Ressourcen und unterschiedlichen Qualifikationsniveaus vereinbar ist.

Eine digitale Pflegedokumentation muss mehrere Nutzungssituationen abbilden: Registrierung, laufende Betreuung, Schichtwechsel, Telekonsultation, Verlegung und Entlassung. Daraus entsteht ein Spannungsfeld: Das System soll möglichst schlank bleiben, muss aber ausreichend Informationen enthalten, um Versorgungskontinuität, Priorisierung und fachliche Unterstützung zu ermöglichen.

Offen blieb auch, wie Rollen- und Rechtekonzepte für eine digitale Pflegedokumentation ausgestaltet werden können. Ähnlich wie bei der Telekonsultation stellte sich die Frage, wer dokumentieren soll und welche Informationen für welche Rollen sichtbar sein dürfen. Zwar wurde auf vorhandene organisationsinterne Strukturen verwiesen, doch blieb unklar, wie diese organisationsübergreifend und unter Einsatzbedingungen umgesetzt werden können. Damit wurde deutlich, dass digitale Pflegedokumentation auch Organisations- und Datenschutzfragen aufwirft.

Schließlich wurden technische und organisatorische Voraussetzungen benannt. Dazu gehören Offlinefähigkeit, Stromversorgung, verfügbare Geräte, die Klärung der Endgerätbereitstellung und -nutzung, Export- oder Druckoptionen, unterschiedliche Ansichten für Einsatzkräfte und Telepflegefachpersonen sowie ein einfacher Zugang. Wünsche nach Schnittstellen zur Gesundheitskarte, zur elektronischen Patientenakte, zu Pflegekassen oder anderen Systemen wurden ebenfalls erkennbar, blieben aber als später zu prüfende Optionen formuliert. Ähnliches gilt für Ideen zum Einsatz von künstlicher Intelligenz: Sie wurden im Workshop angesprochen, bildeten aber noch keine belastbaren Anforderungen.

5. Fazit und Ausblick

Der Workshop zeigt, dass pflegebezogene Probleme in temporären Betreuungseinrichtungen bereits zu Beginn des Betreuungspfads sichtbar werden können. Besonders relevant sind die Erkennung und Zuordnung von Pflegebedarfen, die Sicherung von Verlaufsinformationen, die Klärung von Zuständigkeiten sowie der praktische Umgang mit Medikation, Transfer, Nachtversorgung und Übergaben. Die drei Personas machten diese Problemlagen in unterschiedlichen Fallkonstellationen sichtbar und lieferten damit zentrale Hinweise für TELEPIK.

Daraus ergeben sich fünf zentrale Entwicklungsfelder. **Erstens** verweisen die Ergebnisse⁵ auf den Bedarf einer ersten pflegerischen Einschätzung bei Ankunft. Der Betreuungspfad hängt wesentlich davon ab, ob pflegerische Bedarfe früh erkannt, gekennzeichnet und für die anschließende Betreuung verfügbar gemacht werden. Für TELEPIK ergibt sich daraus die Aufgabe, einfache und einsatzgeeignete Verfahren zu entwickeln, die fachlich tragfähig und organisatorisch anschlussfähig sind.

Zweitens sollten Übergaben als eigenes Thema für die weitere Konzeptentwicklung betrachtet werden. Die Probleme entstanden nicht nur durch fehlende Ressourcen, sondern auch dort, wo Informationen, Verantwortung und Maßnahmen zwischen Personen, Schichten oder Einrichtungen weitergegeben werden. Für TELEPIK bedeutet das: Es braucht verlässliche Übergabestandards und eine Dokumentation des Betreuungsverlaufs, bei der klar ist, wer ab wann verantwortlich ist.

⁵ Die Ergebnisse dieses Berichts beruhen auf einem explorativen Workshop-Format. Sie sind fachlich aufschlussreich, erlauben aber keine quantitativen Aussagen darüber, wie häufig, wie weitreichend oder wie typisch bestimmte Problemlagen in realen Einsätzen sind. Die behandelten Situationen basieren teilweise auf vorgegebenen Szenario-Annahmen, Personas und Einspielungen. Ausführlich diskutierte Problemlagen sind daher kein unmittelbarer Beleg dafür, dass sie in realen Einsätzen mit entsprechender Wahrscheinlichkeit auftreten.

Drittens sollte Telepflege anhand klarer Auslöser, Zuständigkeitsmodelle und Anwendungsfälle konkretisiert werden, etwa bei unklarem Pflegebedarf, Überforderung, Medikamentenfragen oder pflegenaher Anleitung. Dafür muss geklärt werden, wer eine telepflegerische Konsultation initiiert, wer welche Informationen bereitstellt und wie sie in Führungsstrukturen eingebunden wird.

Viertens ist in TELEPIK ein pflegebezogener Mindestdatensatz zu definieren. Er soll festlegen, welche Informationen mindestens vorliegen müssen, damit Versorgung, Übergaben, Priorisierung und telepflegerische Unterstützung funktionieren können. Dazu gehören insbesondere Angaben zur Person, zu pflegerischen Bedarfen, Medikation, Mobilität, Hilfsmitteln, Angehörigenkontakten, relevanten Ereignissen im Verlauf und durchgeführten Maßnahmen.

Fünftens sollte darauf aufbauend ein einsatzgerechtes Dokumentationskonzept entwickelt werden. Digitale Pflegedokumentation ist in diesem Kontext keine isolierte Einzellösung, sondern Teil eines Systems aus Dokumentation, Telepflege sowie Rollen und Zuständigkeiten. Relevant sind dabei insbesondere Bedienbarkeit, ein Rechte- und Rollenkonzept, Offlinefähigkeit, geringe Dokumentationslast und unterschiedliche Ansichten je Rolle.



Übergreifend legen die Workshopbefunde nahe, dass Telepflege und digitale Pflegedokumentation vor allem dort relevant werden können, wo pflegefachliche Einschätzung, die Sicherung von Verlaufsinformationen und Übergaben im Betreuungspfad an Grenzen stoßen. Ihr potenzieller Nutzen hängt jedoch davon ab, ob klar geregelt ist, wer Telepflege auslöst, wer dokumentiert und wie Informationen übergeben werden. Ebenso wichtig ist die rechtliche und organisatorische Klärung der Handlungsspielräume, damit beide Ansätze fachlich plausibel, praktisch umsetzbar und rechtlich tragfähig sind.