PFLEGE IN NIEDERSACHSEN –
DIALOG, REFLEXION, HANDELN

ETHIKKOMMISSION
PFLEGEKAMMER
NIEDERSACHSEN

Stationäre Altenpflege in der COVID-19-Pandemie

Ethische Erwägungen und Empfehlungen der

Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen

ETHIKSTANDPUNKT 2

ETHIKKOMMISSION
PFLEGEKAMMER
NIEDERSACHSEN

Stationäre Altenpflege in der COVID-19-Pandemie

Ethische Erwägungen und Empfehlungen
der Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen

Erarbeitet von:
Michael Coors, Barbara Hellige, Frank Kälble, Felix Berkemeyer, Hendrik Graßme, Lutz Schütze

Hannover, 2021

Dieses Werk ist lizensiert unter CC BY-SA 4.0
(Nähere Informationen unter https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0)

Vorschlag für die Zitierweise:
Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen (2021)
Stationäre Altenpflege in der COVID-19 Pandemie. Ethische Erwägungen und Empfehlungen
der Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen, Hannover

Impressum

Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen

Vorsitzender: Lutz Schütze

Stellv. Vorsitzender: Hendrik Graßme

Hans-Böckler-Allee 9, 30173 Hannover

Tel.: 0511 920930-0

Fax: 0511 920930-949

E-Mail: ethikkommission@pflegekammer-nds.de

Internet: www.ethikkommission.pflegekammer-nds.de

ETHIKKOMMISSION
PFLEGEKAMMER
NIEDERSACHSEN

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung

1 Einleitung 1

2 Ethische Grundlagen 3

2.1 Moralische Güter und Pflichten in der Pflege 3

2.2 Ein beziehungs- und sorgeorientiertes Pflegeverständnis 4

2.3 Das moralische Dilemma der Pandemie-Situation 5

2.3.1 Ethische Grundlage der Einschränkung von Freiheitsrechten in einer Pandemiesituation 5

2.3.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen in der Pandemie: Ein moralisches Dilemma 5

2.4 Grundlegende ethische Entscheidung 7

3 Empfehlungen für die Situation der stationären Altenpflege 8

3.1 Allgemeine Empfehlungen 8

3.1.1 Die allgemeine, abstrakte Gefahr eines Infektionsgeschehens in der Einrichtung 8

3.1.2 Konkreter Verdacht auf Infektion in der Einrichtung 10

3.1.3 Nachgewiesene Infektion mit SARS-CoV-2 10

3.2 Exemplarische Abwägungen anhand konkreter Fragestellungen 11

3.2.1 Besuche durch Angehörige 11

3.2.2 Bewohner:innen lehnen hohes Schutzniveau für sich selbst ab 12

3.2.3 Die besondere Situation von Menschen mit Demenz 14

3.2.4 Sterbebegleitung und palliative Versorgung von Bewohner:innen 16

4 Situation der Pflegekräfte 17

5 Fazit 21

Literatur

Zusammenfassung

Hintergrund: Die gesellschaftliche Katastrophe der CoVID-19-Pandemie stellt Einrichtungen der stationären Altenpflege und deren Mitarbeitende vor besondere Herausforderungen. Die in Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen sind aufgrund ihres Alters und oftmals aufgrund von Vorerkrankungen besonders gefährdet, einen schweren Verlauf von COVID-19 zu erleiden. Dieses erfordert weitreichende Schutzmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen. Eine vollständige Isolation aller Bewohner:innen ist jedoch weder realistisch noch erstrebenswert. Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen erleben in dieser Situation, dass ihre fürsorgliche Haltung sowie ihre fachliche Kompetenz bis über die eigene Belastungsgrenze hinaus gefordert werden.

Zielsetzung: Die Ethikkommission möchte mit ihren Empfehlungen Denkanstöße und Entscheidungsgrundlagen für die unterschiedlichen Akteur:innen der stationären Altenpflege bieten. Im besonderen Maße wendet sie sich an Einrichtungsleitungen und pflegerische Mitarbeitende. Es sollen konkrete Hilfestellungen gegeben und exemplarische Situationen aus einer ethischen Perspektive betrachtet werden.

Empfehlungen: Eine Konkretisierung der Empfehlungen erfolgt innerhalb des Ethikstandpunktes.

- **a)** Das Risiko einer Infektion in der Einrichtung sollte größtmöglich minimiert werden. Um möglichst viele Freiheitsrechte der Bewohner:innen und Mitarbeitenden aufrecht zu erhalten, müssen Infektionen zeitnah bei Bewohner:innen und Mitarbeitenden identifiziert werden.
- **b)** Angehörigenbesuche stellen für Bewohner:innen eine wesentliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dar. Es muss ein Ziel der Pflege sein, Bewohner:innen solche Sorge-Beziehungen weiterhin zu ermöglichen.
- **c)** Bewohner:innen können in Ausübung ihres Rechts auf Selbstbestimmung ein hohes Schutzniveau ablehnen. Ihnen sind die gewünschten Freiheitsrechte zu gewähren, soweit eine Gefährdung anderer Personen in der Einrichtung nicht wahrscheinlich ist.
- **d)** Die besondere Situation von Menschen mit Demenz erfordert es, sie vor einer Infektion und vor sozialer Isolation oder Deprivation zu schützen. Rechte, wie das Grundrecht auf Teilhabe, sind auch bei diesen Bewohner:innen nur in begründeten Einzelfällen einzuschränken.
- **e)** Den besonderen Bedürfnissen sterbender Bewohner:innen und ihrer Angehörigen sind nachzukommen. Angesichts der hohen Belastungen der Mitarbeitenden ist es wichtig, auf Unterstützungsangebote der ambulanten Palliativversorgung und ehrenamtlicher ambulanter Hospizdienste zurückzugreifen.
- **f)** Mitarbeitende sollten im Sinne der Resilienzbildung in ihrer fachlichen Kompetenz bestätigt und in ihrem Selbstwertgefühl gestärkt werden. Eine psychosoziale Begleitung und Betreuung der Mitarbeitenden sollten stets gewährleistet sein. Der Schutz der Mitarbeitenden ist uneingeschränkt zu gewährleisten.

1 Einleitung

Die aktuelle Pandemiesituation stellt Bewohner:innen und Mitarbeitende[1] in Pflegeeinrichtungen vor besondere Herausforderungen. Wie können z.B. beruflich Beteiligte mit einer Bewohnerin umgehen, die unbedingt das Heim verlassen will, um an der Hochzeitsfeier ihres Sohnes teilzunehmen, bei der nach Angaben des Sohnes alle Hygieneregeln eingehalten werden – was aber niemand in der Einrichtung kontrollieren kann? Was tun mit dem Besucher, der sich weigert, vor dem Besuch der Mutter in der Einrichtung einen PoC-Test durchführen zu lassen? Wie geht man mit den vielen Bewohner:innen um, die aufgrund einer dementiellen Veränderung kognitiv soweit eingeschränkt sind, dass sie den Sinn der Hygieneregeln nicht verstehen können und sich somit nicht an diese halten können? Darf man gegen einen dementiell veränderten Bewohner, bei dem der konkrete Verdacht einer Infektion vorliegt, der aber immer wieder den Kontakt zu anderen Menschen sucht und so zu einem Infektionsrisiko wird, freiheitsentziehende Maßnahmen anwenden? Wer hat Schuld, wenn am Ende trotz der Einhaltung aller zumutbaren Vorsichtsmaßnahmen dennoch eine Infektion in der Einrichtung auftritt und mehrere Bewohner:innen an COVID-19 sterben?

Diese Beispiele sind eine Auswahl von Fragen, die Pflegekräfte, Einrichtungsleitungen und weitere Mitarbeitende in den Einrichtungen derzeit umtreiben. Sie bleiben auch angesichts der bereits beginnenden Impfkampagne relevant. Die Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen[2] begrüßt es, dass Menschen in Pflegeeinrichtungen prioritär geimpft werden. Es muss allerdings weiterhin mit erheblichen Risiken für die Gesundheit aller Menschen gerechnet werden, so dass die Frage des Umgangs mit den pandemiebedingten Risiken in Pflegeeinrichtungen sich weiterhin stellt.

Im Zuge der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020 kam es vielfach zur vollständigen Schließung von Pflegeeinrichtungen: Angehörige[3] von Pflegebedürftigen fanden sich teils vor verschlossenen Türen, die Pflegebedürftigen selbst konnten die Einrichtungen nicht mehr verlassen. Die besonders verletzliche Gruppe der Pflegebedürftigen wurde schlicht eingesperrt und ihrer fundamentalen Freiheitsrechte beraubt. Die Folge dessen war, dass viele dieser Menschen vereinsamten. Etliche starben, ohne von ihren Angehörigen begleitet werden zu können. Diese Situation hat auf Seiten von Pflegekräften wie auch Angehörigen und Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen nachhaltige Traumatisierungen und Schuldgefühle hinterlassen.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrung wurde der politische Wille formuliert, dass es im Rahmen der aktuellen zweiten Pandemiewelle nicht zur vollständigen Schließung von Pflegeeinrichtungen kommen soll. Die Ethikkommission begrüßt diese Entscheidung und will im Folgenden darlegen, auf welcher

[1] Der Begriff „Mitarbeitende“ bezieht sich auf alle Personen, die in einer Pflegeeinrichtung beruflich tätig sind. Der Begriff „Pflegekraft“ wird als Oberbegriff für Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte verwendet.
[2] Im Folgenden: „Ethikkommission“.
[3] Der Begriff „Angehörige“ ist hier in einem weiten Sinne zu verstehen und umfasst auch nahestehende Vertrauenspersonen, zu denen kein Verwandtschaftsverhältnis besteht.

ethischen Grundlage diese Entscheidung zu verantworten ist. Sie will ferner aufzeigen, dass diese Entscheidung in eine Reihe von im Detail schwierigen und vermutlich bleibend strittigen ethischen Abwägungen führt.

Oft bleibt in der akuten Pandemie zu wenig Zeit, die Herausforderungen und Problemstellungen zu reflektieren. Gerade daran zeigt sich, wie wichtig die berufsethische Reflexion pflegerischen Handelns ist, zu der diese Empfehlungen einen Beitrag leisten wollen. Wir gehen davon aus, dass die Erwägungen dieser Empfehlungen auch über die aktuelle Situation hinaus Relevanz behalten. Zum einen mit Blick auf die Umgestaltung der Arbeitsbedingungen in der Pflege insgesamt, zum anderen mit Blick auf möglicherweise zukünftig erneut auftretende Pandemiesituationen. Sie konzentrieren sich auf den Bereich der stationären Altenpflege. Die meisten Aspekte dürften aber auf den Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung übertragbar sein, für den die Empfehlungen allerdings in der Kommission nicht im Detail diskutiert wurden. Sie wenden sich insbesondere an Entscheidungsträger:innen und Mitarbeitende in Einrichtungen der stationären Altenpflege.

Die Ethikkommission möchte mit diesen Empfehlungen Denkanstöße und Entscheidungsgrundlagen für Akteur:innen in der Pflege vorlegen, um in einem Bereich, der von Unsicherheiten, Widersprüchen, Ängsten und Gefahren geprägt ist, eine Hilfestellung anzubieten und Situationen aus einer ethischen Perspektive zu beleuchten. Nach einer kurzen Darstellung der ethischen Grundlagen zu Gütern und Pflichten in der Pflege (2.1) unter Einbeziehung eines beziehungs- und sorgeorientierten Pflegeverständnisses (2.2) soll das moralische Dilemma dargelegt werden, das die Pandemie in der Pflege verursacht (2.3). Hieraus werden grundlegende ethische Entscheidungen abgeleitet (2.4), die Ausgangspunkte für Empfehlungen sind, um exemplarische Situationen in der stationären Altenpflege besser bewältigen zu können. Schwerpunkte werden dabei auf den Umgang mit Infektions- und Verdachtsfällen (3.1.), Besuchen von Angehörigen (3.2.1), Selbstbestimmungsrechte der Bewohner:innen (3.2.2), Umgang mit demenziell erkrankten Menschen (3.2.3) und die Sterbebegleitung (3.2.4) gelegt. Schließlich soll die besondere Situation der Pflegekräfte betrachtet werden (4), um in einer Schlussbetrachtung ein Fazit (5) zu ziehen.

Auch wenn die sich täglich verändernde Situation eine große Herausforderung für die Arbeit der Ethikkommission darstellt, gehen wir davon aus, dass viele Erwägungen und Empfehlungen eine gewisse Allgemeingültigkeit behalten werden, da sie eine grundlegende Basis für ein menschenwürdiges Zusammenleben in der Pflege bieten.

2 Ethische Grundlagen

Im Folgenden sollen neben den moralischen Gütern und Pflichten innerhalb der beruflichen Pflege ein beziehungs- und sorgeorientiertes Pflegeverständnis sowie das Dilemma der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Pandemie dargestellt werden.

2.1 Moralische Güter und Pflichten in der Pflege

Die Situation einer Pandemie stellt die Gesellschaft vor ethisch komplexe Herausforderungen und macht eine umfassende Abwägung unterschiedlicher moralischer Güter und Pflichten[4] notwendig. Die Abwägungen der Ethikkommission gehen davon aus, dass die folgenden moralischen Güter und Pflichten unstrittig sind.

Die durch die institutionalisierte und professionalisierte Pflege verfolgten moralischen Güter ergeben sich aus den Bedürfnissen pflegebedürftiger Personen, wie sie im Pflegebedürftigkeitsbegriff des «Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs» von 2013 formuliert sind und durch das dritte Pflegestärkungsgesetz seit 2017 in Deutschland zur Anwendung kommen: „Nach diesem Verständnis ist pflegebedürftig, wer

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher, kognitiver oder psychischer Funktionen oder gesundheitlich bedingte Belastungen und Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden können,
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbstständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbstständiger Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist“ (BMG 2013: 11).

Pflege, die auf diese Bedürfnisse antwortet, zielt auf den Schutz der Gesundheit und des Erhalts einer größtmöglichen Lebensqualität angesichts von körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen, um damit die übergeordneten moralischen Güter der *selbstständigen Lebensführung* und der *Teilhabe am gesellschaftlichen Leben* zu ermöglichen.

Um diese Güter zu realisieren, sind Mitarbeitende im Gesundheitswesen auf die Einhaltung der folgenden Prinzipien verpflichtet (Beauchamp & Childress 2019):

- Respekt vor der Selbstbestimmung
- Wohltun
- Schadensvermeidung
- Gerechtigkeit

[4] Unter Gütern verstehen wir das, was eine Person, eine Gruppe von Personen oder die Gesellschaft als Ganze erstrebt, und darum ihr Handeln daran ausrichtet. Unter Pflichten verstehen wir Regeln, die formulieren, was in einem konkreten Handlungskonflikt getan werden muss.

Diesen moralischen Prinzipien entsprechen auch rechtlichen Regelungen, die einerseits das Recht jedes:r Bewohner:in auf eine freie Lebensführung und Selbstbestimmung betonen und die zugleich grundlegende Schutzpflichten der Einrichtung und ihrer Mitarbeitenden gegenüber den Bewohner:innen festhalten. Dabei gilt grundsätzlich, dass die Schutzpflichten gegenüber Bewohner:innen auf die Ermöglichung einer freien Lebensführung zielen und darum in der selbstbestimmten Ablehnung von Schutzmaßnahmen eine Grenze finden: Jede urteilsfähige Person hat das Recht sich selbst zu gefährden und darf darum auch Hilfe- und Unterstützungsangebote der Pflege ablehnen.

2.2 Ein beziehungs- und sorgeorientiertes Pflegeverständnis

Die moralischen Ansprüche an pflegerisches Verhalten gehen dabei von einem beziehungsorientierten Verständnis menschlichen Lebens aus, wie es unter anderem in der Care Ethik (Sorge-Ethik) angelegt wird (Tronto 2013; Conradi 2001). Diese geht von einer wechselseitigen Abhängigkeit von menschlichen Personen bzw. von deren Verletzlichkeit (Vulnerabilität) aus. Care bzw. Sorgearbeit ist notwendig, weil kein Lebewesen so abhängig von Anderen ist wie der Mensch. Sorgen und Versorgen dient u.a. der Sicherung menschlicher Grundbedürfnisse. Care umschreibt die Hinwendung zu einer anderen Person und ist gekennzeichnet durch eine engagierte Sorge. Sie ist immer auch menschliche Berührung im zweifachen Sinn, körperliche Berührung und emotionale oder seelische Berührung.

Care ist eine gesellschaftliche Basisarbeit, ohne die jegliche andere Arbeit nicht funktioniert (Tronto 2013). Sie vollzieht sich in einer allgemeinen Aufmerksamkeit für Situationen, in denen Sorge notwendig wird („caring about“), im Übernehmen von Verantwortung für einen erkannten Bedarf („caring for“) und in der praktischen Aufmerksamkeit für den zu erfüllenden Sorge-Bedarf („care-giving“). Es handelt sich aber nur dann um eine Sorge-Beziehung, wenn die Sorge auch von der empfangenden Person angenommen wird („care-receiving“). Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Sorge drückt sich in einer gesellschaftlichen Solidarität aus, die allen Menschen die Teilhabe am Leben ermöglicht („caring with“).

Die Care Ethik identifiziert wesentliche Aspekte, die das professionelle Beziehungsgefüge der Pflegearbeit kennzeichnen (Monteverde 2013; Kohlen 2015). Interpretiert man sie im Horizont der „Würde des Menschen“ (Rabe 2017), so zielen professionelle Pflegebeziehungen darauf, die Würde des Gegenübers zu schützen, indem Pflegende interaktiv-dialogisch vorgehen, fürsorglich denken, handeln und für ihr Handeln Verantwortung übernehmen (Rabe 2017). Caring basiert auf gegenseitigem Respekt und Vertrauen. Pflege wird als kompetent erlebt, wenn Pflegende die Pflegebedürftigen als Individuen respektieren, die Versorgung und Betreuung an den Bedürfnissen sowie dem Wohlbefinden des Gegenübers ausgerichtet ist und Pflegende freundlich und geduldig sind. Wohlbefinden geht einher mit dem Erleben menschlicher Nähe, aber vor allem auch mit dem Erleben von fachlicher und technischer Kompetenz, die Sicherheit und auch Überwachung impliziert (Schmid Büchi 2001).

2.3 Das moralische Dilemma der Pandemie-Situation

Zunächst soll die ethische Grundlage zur Einschränkung von Freiheitsrechten im Rahmen der Pandemie erörtert werden, um folgend das moralische Dilemma stationärer Einrichtungen darzustellen. Das Kapitel schließt mit einer grundlegenden ethischen Entscheidung.

2.3.1 Ethische Grundlage der Einschränkung von Freiheitsrechten in einer Pandemiesituation

Die aktuelle Situation der Gesellschaft in der COVID-19 Pandemie ist bestimmt von der Spannung zwischen Sicherheit und Freiheit der Bürger:innen. Zum Zweck der Kontrolle der epidemischen Ausbreitung des SARS-CoV-2 Virus werden grundlegende Freiheitsrechte eingeschränkt. Legitimiert wird dies unter Verweis auf die Gefahr, die die Infizierung mit dem Virus für das Leben vieler Menschen bedeutet. Allerdings interveniert der Staat bei anderen tödlichen epidemischen Erkrankungen (wie z.B. der alljährlichen Grippeepidemie) nicht in dieser Reichweite, sondern nimmt es in Kauf, dass Menschen in nicht unerheblicher Zahl sterben. Die staatliche Pflicht das Leben der Bürger:innen zu schützen, gilt nicht absolut und uneingeschränkt.

Der wesentliche Unterschied, durch den die weitreichenden Freiheitseinschränkungen im Rahmen der COVID-19 Pandemie zu legitimieren sind, besteht darin, dass eine ungehinderte Ausbreitung des neuen Coronavirus zu einer Überlastung der medizinischen und pflegerischen Intensivversorgung und in Folge dessen zu einem Kollaps des gesamten gesundheitlichen Versorgungssystems führen würde. Dies hat zum einen damit zu tun, dass es gegen das neuartige Virus noch keinerlei Immunität in der Bevölkerung gibt, zum anderen damit, dass eine relative hohe Anzahl der mit dem Virus infizierten Personen auf eine Intensivversorgung angewiesen ist. Ein Zusammenbrechen der gesundheitlichen Versorgung hätte aber zur Folge, dass einerseits viele Menschen an COVID-19 sterben würden, die man im Rahmen einer funktionierenden gesundheitlichen Versorgung retten könnte, als auch, dass Patient:innen mit anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen nicht mehr ausreichend medizinisch versorgt werden können.

Um dies zu verhindern und so mittelbar das Leben vieler Bürger:innen zu schützen, können und müssen die Freiheitsrechte der Bürger:innen im Rahmen einer Pandemie weitreichend eingeschränkt werden, um auf diesem Weg die Ausbreitung des Virus zu verhindern und die Zahl der Infektionen angemessen niedrig zu halten. Wie weit diese Freiheitsbeschränkungen gehen dürfen, ist aber eine Frage der Abwägung mit anderen moralischen Gütern und Pflichten, da weitreichende Ausgangsbeschränkungen z.B. auch zu massiven gesundheitlichen Schäden und ökonomischen Verwerfungen führen können, die wiederum existentielle Bedrohungen für Menschen darstellen können.

2.3.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen in der Pandemie: Ein moralisches Dilemma

Das moralische Dilemma in der Pflegeeinrichtung besteht im Konflikt zwischen dem Ziel der Ermöglichung von selbstbestimmter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und dem Schutz der Bewohner:innen

und der Mitarbeitenden einer Pflegeeinrichtung vor der Ausbreitung der COVID-19-Infektion in der Einrichtung abwägen zu müssen.

Pflege entfaltet sich als Care-Praxis wesentlich auch von der körperlichen Beziehungsarbeit (s. 2.2). Die Erfahrung körperlicher Nähe ist zudem ein elementares Grundbedürfnis der Pflegebedürftigen wie auch der Angehörigen, die zu Besuch kommen. Gerade körperliche Nähe ist aber in der Situation einer viralen Pandemie potenziell mit der Gefahr der Ansteckung verbunden.

Der menschliche Leib lässt sich jedoch nicht wie ein technisches Gerät „fernwarten“, da die körperliche Nähe für die pflegerische Beziehung unabdingbar ist. Beruflich Pflegende sind darum einerseits selbst durch ihre Pflegetätigkeit einem erhöhtem Infektionsrisiko ausgesetzt: Die relative Anzahl der mit COVID-19 infizierten Pflegekräfte ist dementsprechend im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich erhöht (Rothgang et al. 2020). Pflegekräfte erleben in dieser Situation bis über die Belastungsgrenze hinaus, dass ihre fürsorgliche Haltung und ihre fachliche Kompetenz gefordert ist und auch zur Überforderung führen kann. Individuelle Pflege, die Einfühlungsvermögen und eine fürsorglichen Haltung voraussetzt, ist ggf. gar nicht möglich, weil zu viele Pflegebedürftige gleichzeitig auf zu wenig Personal treffen und diese Haltung untergraben. Andererseits besteht durch die körpernahe Pflege auch ein erhöhtes Risiko der Infektion der Bewohner:innen.

Weil die in Pflegeeinrichtungen lebenden Personen aufgrund ihres Alters wie auch aufgrund häufig vielfacher Vorerkrankungen durch die SARS-CoV-2 Pandemie besonders in der Gefahr stehen, an einem schweren Verlauf von COVID-19 zu erkranken, sind in Pflegeeinrichtungen besonders weitreichende Schutzmaßnahmen notwendig. Das führt dazu, dass das übergeordnete Ziel, den Bewohner:innen die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, nur noch eingeschränkt realisiert werden kann. Zwar hat grundsätzlich jede:r Bewohner:in wie auch jede:r Mitarbeitende das Recht, sich der Gefahr einer Infektion mit dem neuen Corona-Virus und sich damit auch der Gefahr des Todes durch COVID-19 auszusetzen. Zugleich hat aber auch jede:r Bewohner:in Anspruch auf einen Schutz vor einer Infektion mit dem neuen Corona-Virus.

Für diesen Schutz ist in erster Linie die Einrichtung, und damit insbesondere die Einrichtungsleitung verantwortlich, indem sie entsprechende Schutzvorkehrungen trifft. Wie bei der Gesamtbevölkerung gilt aber auch in der stationären Pflegeeinrichtung, dass alle Bewohner:innen und Mitarbeitenden eine Mitverantwortung für den Schutz der Mitbewohner:innen und Mitarbeitenden tragen. Denn jede infizierte Person stellt immer auch eine mögliche Quelle der Infektion für alle anderen Personen dar, mit denen er oder sie in Kontakt kommt. Weil das Risiko andere Personen zu infizieren schon besteht, bevor die ersten Symptome von COVID-19 auftreten (z.B. Qian et al. 2020; Wiersinga et al. 2020), kann eine infizierte Person in einer stationären Pflegeeinrichtung unbemerkt andere Bewohner:innen der Einrichtung infizieren, bevor man ihn oder sie isolieren kann. Jede infizierte Person in einer stationären Pflegeeinrichtung, die noch nicht als solche identifiziert wird, bedeutet daher ein erhebliches Gesundheitsrisiko

für alle Bewohner:innen und Mitarbeitende in einer Einrichtung. Angesichts dieser Schwierigkeit ist ein effektiver Schutz der Bewohner:innen und der Mitarbeitenden in stationären Pflegeeinrichtungen nur dann möglich, wenn alle durch das Einhalten von Hygienevorschriften und Abstandsregeln daran mitwirken, Infektionen in der Einrichtung zu verhindern. Weil aber immer das Grundrisiko besteht, dass das Virus durch einzelne Personen (Bewohner:innen, Mitarbeitende, Angehörige, Besucher:innen, Ärzt:innen, Therapeut:innen usw.) von außen in die Einrichtung eingetragen wird, kann der Schutz aller Bewohner:innen und Mitarbeitenden nur durch eine weitgehende Isolierung der Einrichtung und Einhaltung von Schutzmaßnahmen insgesamt erfolgen. Daran aber müssen alle, die unmittelbar oder mittelbar Kontakt zu den Bewohner:innen in der Einrichtung haben, mitwirken.

2.4 Grundlegende ethische Entscheidung

Angesichts der vorausgehenden Überlegungen ist es nach Überzeugung der Ethikkommission angemessen,

- **a)** Kontakte zwischen Bewohner:innen und Personen außerhalb der Pflegeeinrichtung auf ein notwendiges Minimum zu begrenzen;
- **b)** dort, wo diese Kontakte unvermeidbar und notwendig sind, strikt auf die Einhaltung von hohen Hygienestandards[5] zu achten, ein striktes Testregime einzuhalten und ggf. individuelle Quarantänemassnahmen umzusetzen;
- **c)** den Bewohner:innen ggf. auch die Freiheit zur Selbstgefährdung zu gewähren, aber mit der Folge, dass die Betroffenen sich anschließend einer strikten Isolierung unterwerfen, die nur durch das Mindestmaß an Kontakt mit Pflegepersonen unterbrochen wird.

Wesentliche Aspekte dieser Grundentscheidungen (z.B. der Begriff des notwendigen Minimums) bleiben notwendigerweise vage und werden im Folgenden mit Blick auf konkrete Problemkonstellationen präzisiert. Grundsätzlich sind die Bedürfnisse und Interessen der Bewohner:innen ausschlaggebend für das Handeln der Mitarbeitenden und nicht dem ggf. entgegenstehende Wünsche von Angehörigen. Es kommt also z.B. darauf an, ob eine Bewohnerin Besuch durch ihre Angehörigen wünscht und nicht darauf, ob die Angehörigen wünschen, sie besuchen zu dürfen.

Ein vollständige Isolation aller Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen ist dabei weder realistisch noch erstrebenswert, da die Ermöglichung von Beziehungen zu Angehörigen ein elementarer Teil der Lebensqualität der Bewohner:innen darstellt und weil eine vollständige Isolation der Bewohner:innen ebenfalls zu weitereichenden Schäden für alle Betroffenen führt (DGP 2020: 4-6). Eine präventiv vollständige Isolation der Bewohner:innen widerspricht der Ausrichtung der Pflege auf das Gut der gesellschaftlichen Teilhabe (s. 2.1) und einem an Sorge-Beziehungen orientiertem Pflegeverständnis (s. 2.2) und sollte

[5] Entsprechend der aktuellen Empfehlungen des RKI und des Gesundheitsamtes.

darum so weit als möglich vermieden werden. Mitarbeitende unterhalten darüber hinaus im privaten Kontext Kontakte. Daraus folgt das Risiko, dass diese Infektionen unbemerkt in eine Einrichtung tragen. Von daher ergibt sich als realistisches, übergeordnetes Ziel die Minimierung des unvermeidbaren Restrisikos dafür, dass es zu einem Ausbruch von COVID-19 in der Pflegeeinrichtung kommt. Wenn von Seiten der verantwortlichen Einrichtungsleitung alle zumutbaren Vorkehrungen getroffen wurden, um das Restrisiko einer Infektion in der Einrichtung zu minimieren, darf im Falle eines dennoch auftretenden Infektionsgeschehens die Heimleitung für dieses nicht verantwortlich gemacht werden. Zumutbar sind mindestens alle die Vorkehrungen, die seitens des Robert Koch-Instituts, der zuständigen Heimaufsicht und des jeweils zuständigen Gesundheitsamtes empfohlen bzw. rechtmäßig angeordnet werden. Es bleibt jedoch in der Situation einer Pandemie ein unvermeidbares Restrisiko, für das kein Mensch zur Verantwortung gezogen werden kann.

3 Empfehlungen für die Situation der stationären Altenpflege

Im Folgenden werden in einem ersten Schritt allgemeine Empfehlungen für die Situation der Altenpflege formuliert, die dann im zweiten Schritt anhand exemplarischer Fragestellungen konkretisiert werden.

3.1 Allgemeine Empfehlungen

Grundsätzlich sind mit Blick auf die notwendigen Schutzmaßnahmen drei Situationen zu unterscheiden:

3.1.1 Die allgemeine, abstrakte Gefahr eines Infektionsgeschehens in der Einrichtung

Das ist die allgemeine Grundsituation, von der diese Empfehlung ausgeht. Wesentlich ist in dieser Situation das schnelle Identifizieren von Personen, die sich mit SARS-CoV-2 infiziert haben. Die grundlegenden Ziele des Handelns aller in der Einrichtung müssen in dieser Situation sein:

- Die Reduktion des Restrisikos einer Infektion in der Einrichtung auf ein größtmögliches Minimum bei Aufrechterhaltung möglichst vieler Freiheitsrechte der Bewohner:innen und Mitarbeitenden.
- Da Infektionen nicht vollständig verhindert werden können, kann dies nur durch ein möglichst zeitnahes Identifizieren von Infektionen bei Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen der Einrichtung realisiert werden.

Das setzt voraus, dass alle Bewohner:innen, Mitarbeitende der Pflegeeinrichtung sowie sonstige Dritte wie Besucher:innen, Ärzt:innen oder Therapeut:innen bereit sind, sich regelmäßig auf eine Infektion testen zu lassen und damit die gemeinsame Verantwortung zum Schutz aller Beteiligten wahrzunehmen. Die verfügbaren PoC-Tests sind für diesen Einsatz im Rahmen einer regelmäßigen Testung geeignet (Corman et al. 2020).

Schwierigkeiten bestehen im Blick auf die Häufigkeit der Testung. Wünschenswert wäre zur möglichst schnellen Identifikation von infizierten Personen eine tägliche Testung aller Personen. Andererseits ist die Testung aber nicht nur unangenehm, sondern erfordert einen hohen Personalaufwand. Eine Zwangstestung kann zwar nicht durchgeführt werden; es erscheint aber legitim, den Besuch zu verweigern, wenn nicht in die Durchführung eines Tests eingewilligt wird.[6] Bei Nachweis eines aktuellen Testergebnisses[7] kann auf eine weitere Testung verzichtet werden.

Zwar wird man durch entsprechende tagesaktuelle Negativnachweise, arbeitsrechtliche Weisungen oder befristete Betretungsverbote eine gewisse Testdichte erreichen können, jedoch sind Einrichtungen faktisch damit konfrontiert, dass Ärzt:innen oder Therapeut:innen Behandlungen ablehnen oder Mitarbeitende Tests umgehen, sich verstärkt arbeitsunfähig melden oder sogar mit Kündigungen drohen. Hieraus ergibt sich für die Einrichtungsleitung das Dilemma, dass sie aufgrund des bestehenden Personalmangels gezwungen ist, auch mit Mitarbeitenden zusammenzuarbeiten, die sich weigern, ihrer berufsethisch geforderten persönlichen Verantwortungsübernahme (ICN 2014: Nr. 2) gegenüber anderen Betroffenen nachzukommen. In diesem Dilemma bleibt nur der Weg, immer wieder Überzeugungsarbeit zu leisten und darauf zu setzen, dass möglichst viele Kolleg:innen diesen Weg mittragen.

Es ist in dieser Situation zunächst elementar, dass alle Pflegeeinrichtungen ausreichend Zugang zu diesen Tests haben und mit entsprechenden personellen Ressourcen ausgestattet werden, um Tests durchzuführen. Angesichts der *Überlastung des Pflegepersonals* halten wir es für angeraten, Modelle für eine Entlastung des Pflegepersonals zu entwickeln. So kann z.B. geprüft werden, inwieweit geeignetes nichtmedizinisches Personal für die Durchführung von Schnelltests geschult werden kann. Mobile regionale Testteams einzusetzen, wäre eine dankbare Alternative, die z.B. die Bewohner:innen der Einrichtungen regelmäßig testen und damit das Personal von Einrichtungen entlasten. Hinsichtlich der Testdichte sollte in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten ein entsprechendes Konzept erarbeitet und umgesetzt werden, das die rechtzeitige Identifikation von infizierten Personen ermöglicht und bei den Beteiligten zu einer hohen Zustimmung und Akzeptanz führt. Es gilt zu verhindern, Testungen «halbherzig» oder nur auf dem Papier durchzuführen oder durch fehlende Akzeptanz Pflegekräfte oder Therapeut:innen zu verlieren. Andererseits muss auch «Testverweigerern» bewusst sein, dass sie entweder zum Schutz anderer weiter isoliert werden können oder Einschränkungen in der Arbeitstätigkeit hinnehmen müssen.

[6] Vgl. das Urteil des Verwaltungsgerichts Aachen (Az. 6 L 949/20): https://www.vg-aachen.nrw.de/behoerde/presse/pressemitteilungen/36_201223/index.php.

[7] Gemäß der Niedersächsischen Corona-Verordnung (§ 14, Abs. 3, Satz 5) gilt eine Frist von höchstens 72 Stunden.

Beispiel-Situationen:

Verweigert ein Bewohner eine regelmäßige Testung, wäre er spätestens bei einer positiven Testung in der Einrichtung wie ein Verdachtsfall mit verstärkter Isolation zu behandeln.

Verweigert ein Besucher eine Testung, scheint ein befristetes Betretungsverbot angemessen, da es dem Besucher freisteht, die Betretung durch eine Testung zu erreichen.

Verweigert eine Pflegekraft trotz gutem Zuspruch und ggf. arbeitsrechtlicher Weisung eine Testung, wären neben arbeitsrechtlichen Sanktionen auch der Einsatz unter verstärkten Sicherheitsbedingungen denkbar.

3.1.2 Konkreter Verdacht auf Infektion in der Einrichtung

Besteht ein konkreter Verdachtsfall, so ist die betroffene Person bis zum Nachweis dessen, dass keine Infektion vorliegt, so zu behandeln wie eine infizierte Person (s. 3.1.3). Allerdings darf sie nicht gemeinsam mit bestätigten infizierten Fällen von den übrigen Bewohner:innen isoliert werden, sondern ist einzeln zu isolieren.

Der Infektionsverdacht ist dem Gesundheitsamt und der Heimaufsicht zu melden und durch einen zuverlässigen Test zu überprüfen. Ab wann der Nachweis als erbracht gilt, dass die betroffene Person nicht infiziert ist, obliegt der Entscheidung des Gesundheitsamtes.

3.1.3 Nachgewiesene Infektion mit SARS-CoV-2

Im Fall einer nachgewiesenen Infektion sind die betroffenen Personen unverzüglich von allen übrigen Personen zu isolieren und die nachgewiesene Infektion ist dem zuständigen Gesundheitsamt und der Heimaufsicht mitzuteilen. Infizierte Mitarbeitende dürfen nicht in die Einrichtung kommen und müssen sich zu Hause isolieren. Nach Feststellung einer Infektion in der Einrichtung sollen alle Personen, die mit der betroffenen Person in Kontakt standen, gemäss den Vorgaben des zuständigen Gesundheitsamtes, vorübergehend unter Quarantäne gestellt und regelmäßig auf eine Infektion hin getestet werden. Es empfiehlt sich in diesem Fall die ergänzende Testung aller Bewohner:innen und Mitarbeitenden der Einrichtung, um ggf. bislang unentdeckte Ansteckungen zu identifizieren. Das kann ggf., wenn die Kontakte der infizierten Person in der Einrichtung nicht klar nachvollzogen werden können, vorübergehend für die gesamte Einrichtung gelten und damit faktisch zu einer vorübergehenden vollständigen Isolation der Bewohner:innen führen. Über die Dauer der Isolation der infizierten Person und die Dauer der Quarantäne der Kontaktpersonen muss das zuständige Gesundheitsamt entscheiden.

Die Mitarbeitenden sind die einzigen Personen, die weiterhin Zugang zu der infizierten pflegebedürftigen Person haben müssen, um die Pflege und allgemeine Versorgung der betroffenen Person sicherzustellen. Ebenso sollte für die zentralen therapeutischen Angebote eine Zugangsmöglichkeit bestehen.

Diese kann aber ggf. für einen begrenzten Zeitraum unterbrochen werden. Nach §30 (4) IfSG muss zudem Seelsorger:innen der Zugang zu abgesonderten Personen unter Einhaltung der Hygienerichtlinien immer gewährleistet sein. Dabei ist auf besonders hohe Hygiene- und Sicherheitsstandards zu achten. Insbesondere Pflegende, die regelmäßig Kontakt zu infizierten Personen haben, sollen regelmäßig getestet werden.

Sind mehrere Personen in der Einrichtung mit SARS-CoV-2 infiziert, so sollte nach Möglichkeit versucht werden, diese in einem gemeinsamen Bereich der Einrichtung zu isolieren und sie dort durch eine feste Gruppe von Mitarbeitenden zu versorgen, die keinen Kontakt zu den übrigen Mitarbeitenden in der Einrichtung haben (RKI 2020: S. 8). Dadurch können die übrigen Bewohner:innen und Mitarbeitenden sich weitgehend frei ohne weiterreichende Einschränkungen bewegen.

Ist es aus baulichen oder personellen Gründen nicht möglich, infizierte Personen gemeinsam vom Rest der Bewohner:innen zu isolieren und gesondert durch ein festes Team von Pflegekräften zu versorgen, müssen vorrangig die infizierten Personen in einem Einzelzimmer isoliert werden (mit Nasszelle, möglichst in der vertrauten Umgebung). Sollte sich dies als unmöglich erweisen, muss als ultima ratio eine vorübergehende Isolation aller Bewohner:innen in der Einrichtung in Betracht gezogen werden, um zu verhindern, dass es zu einer weiteren Ausbreitung der Infektion kommt. Alle diese Entscheidungen sind in enger Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt zu treffen.

3.2 Exemplarische Abwägungen anhand konkreter Fragestellungen

Die allgemeinen Abwägungen werden im Folgenden anhand von vier konkreten Konfliktfeldern exemplarisch vertieft.

3.2.1 Besuche durch Angehörige

Angehörigenbesuche stellen für viele Bewohner:innen der Pflegeeinrichtungen eine zentrale Möglichkeit dar, überhaupt noch mit Menschen außerhalb der Einrichtung in Kontakt zu bleiben. Gerade ausgehend von der Vorstellung, dass Sorge-Beziehungen moralisch konstitutiv sind für das Leben von Menschen, muss es ein wesentliches Ziel der Pflege sein, den Bewohner:innen zu ermöglichen, solche Beziehungen weiterhin aufrecht zu erhalten. Ein Aspekt ist dabei die Ermöglichung von Kontakten durch digitale Medien: Hier brauchen Bewohner:innen nicht nur eine gute technische Infrastruktur, die durch die Einrichtung zur Verfügung gestellt werden muss, sondern ggf. auch individuelle Unterstützung im Umgang mit den Geräten. Ein gutes Angebot an digitaler Kontaktpflege kann aber nicht das Bedürfnis nach realen Kontakten aufheben. Darum muss nach Wegen gesucht werden, diese Kontakte auch unter den Bedingungen einer Pandemie zu ermöglichen. Wenn es möglich ist, sollte der Besuch auch in der vertrauten Umgebung der besuchten Person stattfinden.

Im Rahmen des Besuches müssen alle Hygienestandards eingehalten werden (Abstand, mindestens FFP2-Maske, Handhygiene, Lüften, Contact-Tracing etc.). Zu bedenken ist dabei auch, dass das tief verankerte Bedürfnis nach körperlichem Kontakt nur begrenzt durch rationale Entscheidungen kontrollierbar ist. Selbst bei voller Einsicht aller Beteiligten in die Sinnhaftigkeit der Abstands- und Hygieneregeln ist darum damit zu rechnen, dass es zu spontanen körperlichen Berührungen (bis hin zu Umarmungen) zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen kommen kann. Damit ist gerade angesichts der insgesamt emotional belastenden Situation zu rechnen. Es wird in diesem Fall zwar gegen Hygienevorschriften verstoßen, allerdings scheint es nicht ratsam, solches Verhalten den Beteiligten vorzuwerfen, da es nur bedingt kontrollierbar ist. Dennoch sollen die Problematik und das Risiko solch spontanen Verhaltens angemessen und verständnisvoll thematisiert werden.

Um das Risiko einer Infektion zu minimieren, das Contact-Tracing ggf. zu erleichtern, und um die Zahl der Personen, die sich in der Einrichtung bewegen, zu reduzieren, ist es angemessen, die Anzahl der zulässigen Besuche pro Person zu begrenzen und die Besuche zentral über eine vorherige Anmeldung zu organisieren. Besonders wichtig ist an dieser Stelle die gute und regelmäßige Information aller Bewohner:innen und der Angehörigen durch die Einrichtung über die getroffenen Maßnahmen. Dabei sollten auch die Gründe für die Maßnahmen kommuniziert werden. Hier liegt eine besondere Verantwortung bei den für die Öffentlichkeitsarbeit zuständigen Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung.

Beispiel:

„Die Tochter von Herrn Albers möchte ihren pflegebedürftigen Vater im Heim besuchen. Sie lehnt jedoch die Durchführung eines Schnelltests ab. Die Einrichtungsleitung wägt ab, wie sie darauf reagieren könnte. Grundsätzlich wäre die Einrichtung berechtigt, ein befristetes Zugangsverbot zum Schutz der Bewohner:innen zu erlassen. Andererseits könnte die Einrichtung es nicht verhindern, wenn der noch mobile Vater die Einrichtung verlässt, um seine Tochter vor der Einrichtung in den Arm zu nehmen. Die Einrichtung müsste Herrn Albers dann als Verdachtsfall behandeln, wodurch weitere Ressourcen gebunden wären. Ggf. könnte durch Überzeugungsarbeit der Einrichtungsleitung die Tochter veranlasst werden, doch einen Test abzulegen, um die Einstufung ihres Vaters als Verdachtsfall zu vermeiden oder es könnte ein begleiteter Umgang in der Einrichtung unter einem erhöhtem Schutzniveau stattfinden.“

3.2.2 Bewohner:innen lehnen hohes Schutzniveau für sich selbst ab

Grundsätzlich gilt, dass Bewohner:innen in Ausübung ihres Rechts auf Selbstbestimmung berechtigt bleiben, eine Absenkung ihres Schutzniveaus zu fordern. Ihnen sind die gewünschten Freiheitsrechte zu gewähren, soweit eine Gefährdung anderer Personen in der Einrichtung nicht wahrscheinlich ist. Sie können deshalb von der Einrichtung fordern, ihr Recht auf Selbstgefährdung zu akzeptieren und ihre

Freiheitsrechte in Anspruch zu nehmen. Hierzu können z.B. Körperkontakte mit Angehörigen, Freund:innen, uneingeschränkte Besuchskontakte im eigenen Zimmer unter Verstoß gegen Abstandsgebote oder ein unbegleiteter Ausgang gehören.

Solche Forderungen bedeuten nicht, dass Bewohner:innen, die das hohe Schutzniveau verlassen, sich schutzlos überlassen bleiben. Die Einrichtung bleibt vielmehr verpflichtet, möglichst im konstruktiven Austausch mit ihnen Maßnahmen zu ergreifen, die über das selbstgewählte Risiko hinaus den erforderlichen Schutz gewährleisten. Bewohner:innen, die eine Absenkung ihres Schutzniveaus wünschen, müssen dann aber über die Risiken einer Infektion mit COVID-19 und über ggf. notwendige Einschränkungen ihrer Freiheitsrechte in der Pflegeeinrichtung informiert werden: Denn wenn z.B. eine Bewohnerin engeren Kontakt zu einer angehörigen Person wünscht, oder sich außerhalb der Einrichtung in einem Kontext bewegen will, in dem sie einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt ist, kann es angemessen sein, diese Person anschließend als konkreten Verdachtsfall für eine Infektion zu behandeln. Diese ist dann vorübergehend in der Einrichtung zu isolieren, bis in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt durch einen negativen Test ausgeschlossen werden kann, dass eine Infektion vorliegt. Möchte die betroffene Person dieses Risiko in Kauf nehmen, trägt sie im Rahmen ihrer Eigenverantwortung die Risiken einer Infektion sowie ggf. von weiteren Einschränkungen der Freiheitsrechte in der Einrichtung, soweit diese zum Schutz anderer Personen in der Einrichtung erforderlich sind. Kommt die Pflegeeinrichtung nach einem aufklärenden Gespräch zu dem Ergebnis, dass es sich um eine informierte, selbstbestimmte Entscheidung der betroffenen Person handelt, und sich dieser der Konsequenzen ihres Verhaltens für sich selbst und für die anderen Bewohner:innen bewusst ist, hat die Einrichtung zu prüfen, ob und ggf. in welchem Umfang durch die Ausübung dieser Rechte andere Bewohner:innen oder Mitarbeitende der Einrichtung einer erhöhten Gefährdung ausgesetzt werden und über entsprechende Schutzmaßnahmen und entsprechende Einschränkungen der Freiheitsrechte in der Einrichtung zu entscheiden. Legitimiert sind diese dadurch, dass die Inanspruchnahme der Freiheiten in der Situation einer Pandemie immer auch eine potentielle Gefährdung der anderen Bewohner:innen wie auch der Mitarbeiter:innen bedeutet.

Beispiele:

Frau Schulz vermisst als pflegebedürftige Bewohnerin einer Einrichtung den Körperkontakt mit ihrem Ehemann. Um dieses zu ermöglichen, ist der Ehemann bereit, sich einer selbstauferlegten (Vor-)Quarantäne zu unterziehen und durch einen Test nachzuweisen, dass er nicht infiziert ist. Die Einrichtungsleitung sieht jedoch das Problem der Nachweisbarkeit einer selbstauferlegten Quarantäne. Sie fragt Frau Müller, ob sie sich alternativ damit einverstanden erklärt, sich nach dem Kontakt mit ihrem Ehemann dauerhaft in ihrem Zimmer zu isolieren und sich nur unter Einhaltung von Abstandsgeboten und dem Tragen von MNS in der Pflegeeinrichtung zu bewegen.

Herr Meier möchte als Bewohner seinen 80. Geburtstag mit mehreren Angehörigen und Freunden aus verschiedenen Haushalten außerhalb der Einrichtung feiern. Gegenüber der Einrichtungsleitung gibt er an, dass er die Einhaltung der Hygiene-Regeln bzw. die Einhaltung einer anschließenden Quarantäne ablehnt. Die Leitung legt Herrn Meier nahe, die Veranstaltung abzusagen. Lehnt dieser weiterhin die erforderlichen Einschränkungen, einschließlich täglicher Testungen, ab, wäre zur Vermeidung einer Fremdgefährdung auch die Kündigung des Heimvertrages aus wichtigem Grund in Betracht zu ziehen.

3.2.3. Die besondere Situation von Menschen mit Demenz

Das grundlegende Dilemma bei der Betreuung von Menschen mit Demenz besteht darin, sie vor einer Infektion und zugleich vor sozialer Isolation oder Deprivation zu schützen. Die Rechte von Bewohner:innen, wie das Grundrecht auf Teilhabe, sind nur in begründeten Einzelfällen einzuschränken. Dies gilt insbesondere auch für Menschen mit Demenz, die oftmals die Hygienemaßnahmen und damit einhergehende Beschränkungen bei Kontakten kognitiv nicht nachvollziehen können und Ängste entwickeln.
Bei allen Bewohner:innen mit Demenz sollte zunächst regelmäßig eine systematische Erfassung der Lebensqualität erfolgen und insbesondere der Einschätzung der Gefahr einer sozialen Isolation (DNQP 2019). Solange die Bewohner:innen kognitiv in der Lage sind, die Maßnahmen zur Senkung des Infektionsrisikos zu verstehen, sollten MitarbeiterInnen diese regelmäßig kommunizieren und vor allem stringent erläutern. In diesem Zusammenhang können intuitive verständliche Informationsformen hilfreich sein, z.B. Plakate, bildliche Darstellungen zur Handhygiene an Waschbecken, Informationsblätter an der Innenseite der Zimmertür der Bewohner:innen und an zentralen Orten der Einrichtung.[8]
Ist dies nicht mehr möglich, sollte bei der Kommunikation ggf. die Maske unter Einhaltung des Sicherheitsabstandes abgesetzt werden, um ein Wiedererkennen des Gegenübers zu ermöglichen. Blickkontakte und Gestik sollten intensiviert werden. Körperkontakt und Emotionen sind für Menschen mit Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium zentral. Berührungen sollten deshalb möglich sein. Besteht keine Symptomatik und sind beide Interaktionspartner:innen mittels PoC Test negativ getestet worden, spricht nichts gegen eine direkte Berührung z.B. der Hände, wenn vorher und nachher die Händehygiene durchgeführt wird. Bestehen Hinlauftendenzen, ist mit dem Team, den Angehörigen, den rechtlichen Betreuer:innen/Bevollmächtigten (und) den behandelnden Ärzt:innen abzustimmen, ob z.B. eine Personenortung (z.B. durch GPS-Tracker) sinnvoll ist. Ob diese der Genehmigung durch das Betreuungsgericht bedürfen, ist im Einzelfall zu klären. Das Verhindern des Verlassens der Einrichtung durch technische Maßnahmen stellt allerdings eine Form der Unterbringung dar, die der richterlichen Genehmigung

[8] Informationsmaterial zum Corona-Virus in leichter Sprache findet sich z.B. auf https://www.niedersachsen.de/Coronavirus/die-krankheit-corona-virus-185485.html.

bedarf (LG Fulda 88 XVII 364/15).[9] Grundsätzlich sollten Bewegungsmöglichkeiten für diese Personen geschaffen werden. Gerade bei Bewohner:innen, die mit Argumenten nicht mehr erreichbar sind, sollten z.B. Zeiten zur Bewegung in den Gemeinschaftsräumen ermöglicht werden, wenn weniger Personenverkehr herrscht, z.B. abends oder nachts (DGP 2020). Auch kann ein Rooming-In für die Angehörigen erwogen werden, um die Hinlauftendenzen abzumildern und das Personal zu entlasten. Nicht zulässig ist die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen ohne richterliche Genehmigung (z.B. medikamentöse Ruhigstellung, Einsperren im Zimmer), außer es handelt sich um eine rechtmäßige Quarantäneanweisung des Gesundheitsamtes.

Feste Bewohner:innengruppen können für Sicherheit und Angstminderung sorgen. Digitale Kommunikationsangebote können eine Alternative darstellen, um bei Kontaktbeschränkungen Angehörigen und Bewohner:innen virtuelle Kontakte zu ermöglichen. Rituale sollten unbedingt beibehalten oder sogar ausgebaut werden.

Beispiele*:*

Frau Berger, eine an Demenz erkrankte Bewohnerin, kann nur sehr schwer mit veränderten Situationen und Abläufen umgehen. So erkennt sie die sie betreuende Pflegekraft nicht, da diese einen MNS trägt. Schon beim ersten Kontakt reagiert Frau Berger ängstlich und versucht auszuweichen. Die Pflegekraft setzt deshalb unter Wahrung des Sicherheitsabstandes den MNS ab und spricht langsam, ruhig mit der Bewohnerin. Spielerisch erklärt sie Frau Berger das Tragen des MNS.

Frau Berger hat aufgrund ihrer Erkrankung eine innere Unruhe und einen unablässigen Bewegungsdrang. Sie läuft dabei über die Flure der Einrichtung und erkundet, wenn möglich, verschiedene Zimmer. Um ihrem Bewegungsdrang nachzukommen, ermöglichen ihr die Pflegekräfte an Randzeiten Spaziergänge mit Angehörigen und einer Alltagsbegleiterin. Darüber hinaus wird versucht, durch Aktivierungsübungen im eigenen Zimmer die Unruhe zu mildern.

Beim Besuch ihrer Tochter möchte Frau Berger diese unbedingt umarmen. Die Tochter dreht dabei den Kopf zur Seite, um ein direktes Anatmen zu vermeiden. Mutter und Tochter nehmen sich an die Hände und können sich streicheln. Die Hände- und Hustenhygiene stellt für Frau Berger eine Herausforderung dar. Zur Erinnerung befinden sich in der Einrichtung Visualisierungen auf Plakaten. Im Vorfeld und im Anschluss des Besuches wird eine bewusste spielerische Händehygiene gemeinsam mit Frau Berger durchgeführt.

[9] Vgl. https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/LARE190005906.

3.2.4 Sterbebegleitung und palliative Versorgung von Bewohner:innen

Im Rahmen der Pandemie stellt es eine große Herausforderung dar, den besonderen Bedürfnissen Sterbender und ihrer Angehörigen nachzukommen. In dieser Situation stellt u.a. die Möglichkeit der individuellen Begleitung der sterbenden Person ein besonders hohes Gut dar. Es geht auch darum, sich verabschieden zu können und letzte Angelegenheiten miteinander zu besprechen. Aufgrund des absehbaren Todes der pflegebedürftigen Person kann das gesundheitliche Risiko, dem diese durch den Besuch in der Pandemie-Situation ausgesetzt ist, vernachlässigt werden. Sollte die sterbende Person mit SARS-CoV-2 infiziert sein, besteht das Risiko, dass die besuchenden Personen infiziert werden. Diese sind über die damit verbundenen Risiken zu informieren und aufzuklären. Der Besuch ist in diesem Fall dem Gesundheitsamt anzuzeigen. Es ist davon auszugehen, dass die besuchenden Angehörigen sich im Anschluss an den Besuch als Kontaktpersonen einer infizierten Person entsprechend den Anweisungen des Gesundheitsamtes in Quarantäne begeben müssen.

Dennoch muss der Besuch von sterbenden Personen durch nahe Angehörige möglich sein (DER 2020). Der Möglichkeit zum Abschied wird sowohl mit Blick auf die sterbende Person als auch mit Blick auf die Angehörigen kulturell ein hoher moralischer Wert beigemessen (DGP et al. 2015). Die fehlende Möglichkeit zum Abschiednehmen kann langfristige psychologische Folgen wie z.B. Schuldgefühle bei Angehörigen auslösen und müssen deshalb verhindert werden. Darum sind auch Vorkehrungen für den Fall zu treffen, dass der Besuch von Sterbenden in der Situation einer vorübergehenden vollständigen Isolation der Einrichtung (s. 2.1.3) notwendig wird. Für diese Situation ist ein möglichst «kontaktarmer» Zugang zum Raum der sterbenden Person für die besuchenden Personen einzurichten. Dabei sind alle Hygienemaßnahmen einzuhalten. Zu prüfen ist auch, ob eine Verlegung sterbender Personen in einen anderen Bereich der Einrichtung einen Zugang für Angehörige ermöglicht, der das Risiko des Kontaktes der Besuchenden mit Mitarbeitenden und Bewohner:innen reduziert. Von einer Verlegung nach außerhalb der Einrichtung ist möglichst abzusehen, außer eine notwendige palliative Versorgung kann in der Einrichtung nicht gewährleistet werden.

Die Einrichtung kann die Anzahl der Personen, die gleichzeitig zu Besuch kommen, beschränken. Eine Möglichkeit stellt in der Sterbesituation auch ein Rooming-In z.B. des Ehepartners oder eines der Kinder dar. Angesichts der dennoch bleibenden Einschränkungen der Besuchsmöglichkeiten empfiehlt es sich, wenn die Einrichtung Möglichkeiten für digitale Kommunikation z.B. per Videochat bereithält und die Bewohner:innen in der Nutzung dieser Möglichkeiten aktiv unterstützt. Allerdings stellt die Kommunikation über digitale Medien keinen gleichwertigen Ersatz für physische Besuche durch nahe Angehörige dar, und sollte darum nicht dazu eingesetzt werden, jeglichen Besuch zu verhindern. Nur dann, wenn sich der Besuch nicht für alle Personen, die einen Besuch wünschen, realisieren lässt, kann und sollte auf die Möglichkeit digitaler Kommunikationswege zurückgegriffen werden. Auch pflegerisch stellt die Versorgung sterbender Bewohner:innen eine Herausforderung dar, weshalb eine Pflegeeinrichtung

Vorbereitungen treffen muss. Jede sterbende Person hat grundsätzlich Anspruch auf eine allgemeine palliative Versorgung, die zu einer der zentralen Aufgaben der Pflege gehört. Angesichts der hohen Belastung der Mitarbeitenden in einer Einrichtung ist mit Blick auf die Situation von sterbenden Bewohner:innen besonders wichtig, dass auf externe Unterstützungsangebote sowohl der ambulanten Palliativversorgung als auch ehrenamtlicher ambulanter Hospizdienste zurückgegriffen werden kann. Den Mitarbeitenden dieser Dienste sollte der Zugang zum Heim genauso ermöglicht werden, wie weiteren Berufsgruppen, die in eine palliative Versorgung eingebunden sind. Mit den jeweiligen Diensten sind klare und transparente Verabredungen über die Einhaltung von Hygienestandards zu treffen.

Beispiel:

Frau Hansen wird als Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung aufgrund einer Erkrankung absehbar versterben. Die Einrichtungsleitung weiß darum, dass Frau Hansen und ihre Angehörigen sich voneinander verabschieden und die noch verbleibende Zeit miteinander verbringen möchten. Als Leitung versucht sie, dieses unter den geltenden Hygieneregeln zu ermöglichen. Das Risiko des Kontaktes der Angehörigen mit Bewohner:innen und Mitarbeitenden soll dabei möglichst klein gehalten werden. Nach Rücksprache mit den Angehörigen und Frau Hansen wird die Anzahl der Besuchenden auf den Ehemann und die Kinder reduziert. Darüber hinaus versucht das Pflegeteam dem Ehemann ein Rooming-in zu ermöglichen. Digitale Kommunikationsmöglichkeiten stellen aus Sicht des Teams keinen gleichwertigen Ersatz dar. Für die weiteren Angehörigen, die nicht in die Einrichtung kommen dürfen, stellt die Einrichtung aber digitale Kommunikationsmöglichkeiten bereit. Die Einrichtungsleitung ist sich der hohen Belastungen der Mitarbeiten im Rahmen der Sterbebegleitungen bewusst und bemüht sich um Unterstützung in der ambulanten Palliativversorgung und durch ambulante Hospizdienste.

4 Situation der Pflegekräfte

Pflegekräfte in der stationären Altenpflege erleben aktuell, dass ihre fürsorgliche Haltung und ihre Kompetenzen bis über die eigenen Belastungsgrenzen hinweg gefordert werden. Moralischer Stress und existentielle Erfahrungen haben negative Auswirkungen für die körperliche und mentale Gesundheit der Pflegenden. Pflegekräfte empfinden verstärkt Angst, sich selbst, Mitarbeitende, Bewohner:innen oder ihr privates Umfeld zu infizieren. Nachweislich haben sie im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein erhöhtes Infektionsrisiko (Rothgang et al. 2020). Im Alltag stehen sie vor der Herausforderung, mit verringerten Personalressourcen den pandemiebedingten Mehraufwand zu bewältigen. Es gilt Schutzausrüstungen zu organisieren, zu tragen und Hygienevorschriften sowie -konzepte zu entwickeln und einzuhalten. Nicht selten müssen sich Pflegende mit widersprüchlichen, zum Teil intransparenten und sich verändernden Informationen zur Pandemiesituation auseinandersetzen. Hinzu kommen zeitliche

Belastungen durch die Testung von Mitarbeitenden und Bewohner:innen sowie das Gefühl einer nicht ausreichenden gesellschaftlichen Unterstützung (Hower et al. 2020, Stolle et al. 2020). Die Lebenswirklichkeit in der stationären Altenpflege ist geprägt von einer Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Pflegende sind im „Zuhause" der langzeitstationären Einrichtungen diejenigen, die den häufigsten und am stärksten leibbezogenen Kontakt zu den Pflegebedürftigen haben. Nicht selten fungieren sie als Familienersatz mit Nähe, Geborgenheit, Vertrautheit und Berührung, wenn aufgrund der Pandemie Besuchskontakte von Angehörigen eingeschränkt werden. Das alltägliche Dilemma der Pflegenden ist durch das Abwägen zwischen den Prinzipien der Fürsorge und des Nicht-Schadens geprägt. Zum einen wahren sie die Würde der Pflegebedürftigen, indem sie individuelle und leibliche Bedürfnisse anerkennen und diesen nachkommen. Zum anderen beachten sie die körperliche Unversehrtheit höchst vulnerabler Menschen durch die Anwendung von Hygienemaßnahmen und einer sozialen Distanzierung. Die Versorgung der Bewohner:innen kann allerdings oftmals nicht ohne körperliche Nähe durchgeführt werden. Für viele Pflegende widerspricht eine solche Distanzsetzung einer „am Menschen orientierten Pflege" (s. 2.2).

Die Pandemie verdeutlicht, wie eng Pflegebedürftige und Mitarbeitende der Altenpflege aufeinander bezogen sind. Nicht selten führen emotionale und physische Belastungen zu einer Traumatisierung der Mitarbeitenden. Überforderung und Hilfslosigkeit können dazu führen, sich selbst die Schuld für das Erlebte zu geben. Unerkannt und unbehandelt kann bei solchen Opfern zweiten Grades (second victim) der Glaube an die eigenen Fähigkeiten verloren gehen und ein professionelles Handeln verhindert werden. Es ist davon auszugehen, dass Mitarbeitende der stationären Altenpflege bereits solche Traumatisierungen erlebt haben oder akut davon bedroht sind. Im Sinne eines verantwortungsvollen Gesundheitsschutzes gilt es die Mitarbeitenden schnell, persönlich und vertraulich zu unterstützen und deren Widerstandskräfte zu stärken. Im Sinne der Resilienzbildung sollten die Mitarbeitenden in ihrer fachlichen Kompetenz bestätigt und in ihrem Selbstwertgefühl gestärkt werden. Führungskräfte sollten trotz der Reduzierung von physischen Kontakten unter den Mitarbeitenden regelmäßig Möglichkeiten zum kollegialen Austausch schaffen. Auf diesem Weg können Belastungen und Ängste sowie sinnstiftende und salutogenetisch wirksame Erfahrungen zum Ausdruck gebracht werden. Schuldzuweisungen und Mobbing müssen vermieden werden (Strametz et al. 2020).

Eine psychosoziale Begleitung und Betreuung der Mitarbeitenden sollten stets gewährleistet sein. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und die Bundespsychotherapeutenkammer haben ein kostenlos nutzbares Beratungsangebot für beruflich Pflegende eingerichtet (DBfK/BPtK 2020). In belastenden Entscheidungs- und Handlungssituationen sollten die unterschiedlichen Formen der Ethikberatung in der Altenpflege genutzt werden. Hierzu zählen unter anderem ambulante, telefonische oder digitale Formen (AEM 2020). Vorgesetzte können Vier-Augengespräche mit Mitarbeitenden anbieten,

um Sorgen, Nöte und Ängste außerhalb von Dienstbesprechungen zu erfahren und Überlastungen rechtzeitig zu erkennen und vorzubeugen (COVID-Sprechstunden).

Um die derzeitige Überlastung der Pflegenden zu entspannen, sollten zusätzlich Betreuungskräfte eingesetzt werden, um Pflegefachkräfte nicht durch zusätzliche Aufgaben und Verantwortung zu überlasten. Auch bei Personalknappheit sollten verlässliche Dienstpläne erstellt und ausreichende Erholungsphasen berücksichtigt werden. Für den Fall einer Infektion von Mitarbeitenden sollten Notfallpläne erarbeitet werden. Der Einsatz von infizierten Mitarbeitenden in der Versorgung von infizierten Bewohner:innen ist in enger Abstimmung mit dem Gesundheitsamt nur dann denkbar, wenn die Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann. Vorausgesetzt ist dabei, dass die Mitarbeiter:innen dem freiwillig zustimmen. Vorab müssen alle anderen Maßnahmen zur Sicherstellung einer angemessenen Personalbesetzung ausgeschöpft sein (RKI 2020). Der Schutz der Mitarbeitenden ist jedoch uneingeschränkt zu gewährleisten. Es besteht die Gefahr, dass die Ausnahmesituation zur Normalität wird und nicht alle möglichen Maßnahmen zur Personalbesetzung ausgeschöpft werden.

Der anfängliche Mangel an persönlicher Schutzausrüstung konnte in den meisten Einrichtungen behoben werden. Die vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellten finanziellen Unterstützungsleistungen u.a. durch das Covid-19 Krankenhausentlastungsgesetz (Pflegerettungsschirm; vgl. §§ 150 und 150a SGB 11), aber auch die sog. «Spahnstelle» (vgl. § 8 SGB 11), sollten unbedingt genutzt werden, um Schutzkleidung, personelle Unterstützung etc. zu erhalten, auch wenn es einen hohen bürokratischen Aufwand bedeutet.

Vor der COVID-19-Pandemie waren knapp zwei Drittel der Einrichtungen und Mitarbeitenden nicht auf den speziellen Umgang mit der Pandemie vorbereitet. Zwischenzeitlich haben jedoch fast alle Einrichtungen entsprechende Schulungen durchgeführt (Rothgang 2020). Pflegende übernehmen eine wesentliche Rolle in der Anwendung von Hygienemaßnahmen. Um dem dynamischen Geschehen gerecht werden zu können, sollten regelmäßig weitere Schulungen angeboten werden. Hierzu können sogenannte One Minute Wonder genutzt werden. Diese stellen wesentliche Informationen in komprimierter Form dar und werden an zentralen Orten des pflegerischen Alltags platziert (Rahner 2020).

Mitarbeitende in Altenpflegeeinrichtungen müssen sich regelmäßig, schnell und freiwillig testen lassen können. Mitarbeitende nehmen mit ihrer Bereitschaft zur Testung Verantwortung für Kolleg:innen und Bewohner:innen wahr. Nur auf diesem Weg können bei einer Infektion Schutzmaßnahmen ergriffen werden, so dass sich die Betroffenen selbst und ihr berufliches wie privates Umfeld schützen können. Ein negatives Testergebnis sollte jedoch nicht dazu führen, dass die Hygieneregeln vernachlässigt werden, da die Aussagekraft des Tests immer begrenzt ist.

Die Ängste von Mitarbeitenden vor einer Impfung müssen ernstgenommen werden, und es müssen vermehrt Informationen für diese Gruppe bereitgestellt werden, um eine sachliche Auseinandersetzung mit dem Thema zu fördern. Neben dem eigenen Recht auf körperliche Unversehrtheit stehen beruflich Pflegende in der moralischen Verantwortung, Schaden von Bewohner:innen abzuwenden. Gesellschaftlich könnten sie durch ihre freiwillige Impfung eine Vorbildfunktion einnehmen. Die Empfehlung zur Priorisierung von beruflich Pflegenden der Altenpflege bei der COVID-19-Impfung ist zu begrüßen. Sie sind besonders exponiert und haben einen engen Kontakt zu besonders vulnerablen Menschen. Die Sicherheit der Mitarbeitenden stellt auch eine Sicherheit für die Bewohner:innen dar (Vygen-Bonnet et al. 2020).

Pflegende der stationären Altenpflege sehen ihre Tätigkeiten in der Presse oftmals als ein verzerrtes negatives Bild dargestellt, das nicht die tägliche Praxis professioneller Pflege widerspiegelt. Hier ist eine unterstützende Öffentlichkeitsarbeit in den Medien notwendig. Neben einer höheren Vergütung und einer besseren Personalausstattung wünschen sich Pflegende eine stärkere Anerkennung und Wertschätzung durch die Gesellschaft. Die Solidarität unter den Mitarbeitenden äußert sich auch darin, dass diese Wertschätzung auch Betreuungskräften und Servicepersonal zuteilwerden soll (Stolle et al. 2020). Insoweit bleiben Pflegeeinrichtungen auch in der Pflicht, bei Pflegesatzverhandlungen Gehälter eines Tarifniveaus geltend zu machen.

Die Mitarbeitenden der stationären Altenpflege wissen um ihre gesellschaftliche Verantwortung und stellen sich der Ausnahmesituation der COVID-19-Pandemie. Frauen sind als Care-Gebende (s. 1.2) in Familien wie auch in den Care-Berufen überproportional vertreten. Care-Tätigkeiten sind in beiden Bereichen sinnstiftend und erfüllend. Care-Arbeit sollte jedoch jenseits Geschlechterklischees gedacht werden und geschlechtergerecht finanziert werden. Insbesondere die Vereinbarkeit von Familie und Beruf muss innerhalb der weiblich dominierten Pflege stärker beachtet werden (EK PK NDS 2020).

Beispiel:

Frau Müller betreut als Pflegekraft in der langzeitstationären Altenpflege über einen langen Zeitraum sehr intensiv Bewohner:innen. Sie trägt dabei für alle Belange des täglichen Alltags Sorge und tritt anwaltschaftlich für die von ihr versorgten Menschen ein. Im Rahmen der Pandemie erlebt sie, dass sich ihre Einrichtung zu einem gefährlichen Umfeld für Pflegebedürftige und Mitarbeitende entwickelt. Darüber hinaus macht sie sich Sorgen, dass sie die Infektion in ihr privates Umfeld tragen könnte. Sie durchlebt gemeinsam mit den Bewohner:innen existentielle Extremsituationen und ist durch das Erlebte unmittelbar betroffen. Dabei prägen dramatische Handlungs- und Entscheidungssituationen zunehmend ihren Pflegealltag.

5 Fazit

In der Situation einer Pandemie ist es für Pflegekräfte und Verantwortungsträger in Pflegeeinrichtungen kaum möglich, ihrer moralischen Verantwortung aufgrund der vielen unterschiedlichen Rollenanforderungen gerecht zu werden. Diese Empfehlungen gehen davon aus, dass es in einer Pandemie ein unvermeidbares Restrisiko für eine Infektion auch in einer stationären Pflegeeinrichtung gibt. Ziel der zu ergreifenden Maßnahmen kann daher nur sein, dieses Restrisiko durch vertretbare Maßnahmen zu minimieren. Die im Detail strittige Frage ist dabei, was die moralisch und rechtlich vertretbaren Maßnahmen sind. Die Ethikkommission geht davon aus, dass eine vollständige Isolierung aller Bewohner:innen einer Pflegeeinrichtung nur im Ausnahmefall und nur vorübergehend zu rechtfertigen ist, da sie ansonsten einen zu weitreichenden Eingriff in die Freiheitsrechte der Bewohner:innen darstellt und einem Verständnis von Pflege widerspricht, das auf die Ermöglichung von Beziehungen und gesellschaftlicher Teilhabe hin ausgerichtet ist. Als realistisches und moralisch erstrebenswertes Ziel bleibt darum angesichts der Gefährdung durch die Pandemie nur eine Reduktion des Infektionsrisikos durch eine Reduzierung der physischen Kontakte von Bewohner:innen von Einrichtungen. Dort, wo es zu physischen Kontakten kommt, muss strikt auf die Einhaltung von Hygieneregeln geachtet und ein striktes Testregime eingehalten werden, um ggf. auftretende Infektionen frühzeitig zu identifizieren und möglicherweise betroffene Personen unter Quarantäne zu stellen.

Damit Bewohner:innen stationärer Einrichtungen auch unter diesen Bedingungen weiterhin Wohlbefinden erleben können, müssen beruflich Pflegende fachlich kompetent sein und durch die Einrichtungsleitung und die Gesellschaft unterstützt und gestärkt werden. Sie müssen in die Lage versetzt werden, Verantwortung zu übernehmen und ihr Handeln an moralischen Gütern und Prinzipien der pflegerischen Berufsethik auszurichten.

Moralische Sensibilität und eine entsprechende Handlungsmotivation reichen allerdings nicht aus. Zeitlicher Druck, geringe personelle Ressourcen und mangelnde Unterstützung behindern und verhindern Caring als sorgende Praxis. Schon vor Corona war die berufliche Pflege durch die Verdrängung ihrer Kerndimensionen wie Leibbezug, Beziehungsarbeit, Intuition und implizitem Wissen gekennzeichnet. Gerade das Arbeiten an der existenziellen Bruchkante des normalen Lebens (Wettreck 2020) und unter den vorherrschenden Bedingungen lässt die Betonung dieser Dimensionen notwendig erscheinen. Ansonsten werden Bewohner:innen der stationären Altenpflege, ihre Angehörigen und auch die beruflich Pflegenden täglich entwürdigt.

Die im Januar 2021 angelaufenen Impfungen von Bewohner:innen und Mitarbeitenden werden hoffentlich in absehbarer Zeit zu einer Entspannung der Situation führen. Die Ethikkommission begrüßt, dass die besonders gefährdete Gruppe der pflegebedürftigen Personen und die diese Gruppe versorgenden Personen prioritär geimpft werden. Die dargestellten Probleme machen deutlich, dass das Wahrnehmen der Impfmöglichkeit gerade für Mitarbeitende in der Pflege dringend zu empfehlen ist: Es stellt derzeit den einzigen absehbaren Ausweg aus den vielfältigen moralischen Konflikten dar, die sich in der Pandemie auftun.

Literatur

AEM, Akademie für Ethik in der Medizin (2020): Ambulante Ethikberatung. Projekte zur Ambulanten Ethikberatung (geordnet nach PLZ). Online verfügbar: https://www.aem-online.de/index.php?id=157 (Zugriff am 28.12.2020).

Beauchamp T. L., Childress, J. F. (2019): Principles of Biomedical Ethics. 8. Aufl. Oxford University Press, Oxford.

Conradi, E. (2001): Take Care: Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt a.M.: Campus.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Aus-gestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf (Zugriff am 29.12.2020).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe/BPtK, Bundes Psychotherapeuten Kammer (2020): Psychotherapeutische Telefonhilfe: kostenfrei für beruflich Pflegende. https://www.dbfk.de/de/themen/psych4nurses.php (Zugriff am 28.12.2020).

DER, Deutscher Ethikrat (2020): Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der COVID-19-Pandemie: Ad-hoc Empfehlung. Berlin: DER.

DGP, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV), Bundesärztekammer (2015): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Berlin: Charta-Geschäftsstelle https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf (Zugriff am 5.1.2021).

DGP, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.) (2020): S1 Leitlinie – Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie - Langfassung - AWMF Register-nummer 184 – 001. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelleleitlinien (Zugriff am 03.12.2020).

DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

EK PK NDS, Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen (2020): COVID-19-Pandemie – ethische Herausforderungen in der Pflege. https://ethikkommission.pflegekammer-nds.de/files/images/ethik/EK-PK-NDS-Ethischer-Standpunkt-1.pdf (Zugriff am 17.12.2020).

Hower K. I., Pförtner T.-K., Pfaff H. (2020): Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona –Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften. http://www.imvr.de/uploads/Pflegerische_Versorgung_in_Zeiten_von_Corona_Ergebnisbericht.pdf (Zugriff am 17.12.2020).

ICN, International Council of Nurses (2014): ICN-Ethikkodex für Pflegende. Übers. u. hrsg. v. Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Berlin: DBfK, https://docplayer.org/storage/24/3800705/1609842237/U990mVGtJV4dMlxL1bOmZA/3800705.pdf (Zugriff am 5.1.2021).

IfSG, Infektionsschutzgesetz. http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html (Zugriff am 5.1.2021)

Kohlen H. (2015) „Care“ und Sorgekultur. In: Brandenburg H., Güther H. (Hrsg.) Lehrbuch Gerontologische Pflege. Hogrefe, Bern, 123–129.

Monteverde S. (2013): Pflegeethik und die Sorge um den Zugang zu Pflege. In: Pflege 26 (4): 271–280.

Nationale Demenzstrategie (2020): Die Folgen der Corona-Pandemie für Menschen mit Demenz – Unterstützung durch die Nationale Demenzstrategie. https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-03__Corona_und_Demenz_.pdf (Zugriff am 5.1.2021).

Netzwerk Ethikarbeit (2020): Lübecker Ampel System L.A.S. Strukturierung der Maßnahmenpläne für den Pflege-, Eingliederungs- und Gesundheitsbereich im Rahmen der COVID-19-Pandemie in Lübeck. https://www.ethik-netzwerk.de/ampelsystem (Zugriff am 17.12.2020).

Qian G., Yang N., Hoi Yan Ma A., Wang L., Li G., Chen X., Chen X. (2020): COVID-19 transmission within a family cluster by presymptomatic carriers in China. In: Clin Infect Dis. 71 (15): 861–862.

RKI, Robert Koch-Institut (2020): Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Personal_Pflege.html#:~:text=Liegt%20eine%20Situation%20mit%20relevantem,wieder%20zur%20Arbeit%20zugelassen%20werden. (Zugriff am 28.12.2020).

Rabe M. (2017): Ethik in der Pflegeausbildung: Beiträge zur Theorie und Didaktik. 2., überarbeitete und ergänzte Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Rahner M. (2020): One Minute Wonder. COVID 19 – Wissen statt Panik. https://www.pflegekammer-nds.de/files/images/Corona/OMW_Wissen%20statt%20Panik.pdf (Zugriff am 28.12.2020).

Rothgang H., Domhoff D., Friedrich A.-C., Heinze, F., Preuss, B., Schmidt, A., Seibert, K., Stolle, S., Wolf-Ostermann, K. (2020): Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime. In: Pflege, 33 (5), 265–275.

RKI, Robert Koch-Institut (2020): Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. V. 12 (25.11.2020). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 03.12.2020).

Schmid Büchi S. (2001): Wie schätzen Patientinnen und Patienten Caring ein, welches sie von Pflegenden erfahren haben? In: Pflege, 14 (3), 152–160.

Stolle C., Schmidt A. Domhoff, D., Friedrich, A.-C., Heinze, F., Preuß, B., Seibert, K., Rothgang, H., Wolf-Ostermann, K. (2020): Bedarfe der Langzeitpflege in der COVID-19-Pandemie. In: Z Gerontol Geriat 53, 788–795.

Strametz R., Raspe M., Ettl B., Huf W., Pitz A. (2020): Handlungsempfehlung zu Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der Covid-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. https://www.springermedizin.de/covid-19/posttraumatische-belastungsstoerung/handlungsempfehlung-staerkung-der-resilienz-von-behandelnden-und/18342310?fulltextView=true (Zugriff am 29.12.2020).

Tronto, J. C. (2013): Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice. New York: New York University Press.

Vygen-Bonnet S., Koch J., Bogdan C., Harder T., Heininger U., Kling K., Littmann M., Meerpohl J., Meyer H., Mertens T., Schmid-Küpke N., Scholz S., Terhardt M., Treskova-Schwarzbach M., Überla K., van der Sande M., Wichmann O., Wicker S., Wiedermann U., Wild V., von Kries R. (2020): Beschluss und Wissenschaftliche Begründung der Ständigen Impfkommission (STIKO) für die COVID-19-Impfempfehlung. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/02_21.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 28.12.2020).

Wettreck R. (2020): Am Bett ist alles anders – Perspektiven professioneller Pflegeethik. 3. Aufl. Münster: LIT.

Wiersinga W.J., Rhodes A., Cheng A.C., Peacock S.J., Prescott H.C. (2020): Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19). In: JAMA 324 (8): 782–793.