

Diskussionspapier der Akademie für Ethik in der Medizin¹

Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19

(Stand 12.05.2020)

Vorbemerkung

In der aktuellen Covid-19-Pandemie wird der Pflege eine hohe Anerkennung zuteil, die mit Anlass dafür ist, eine pflegeethische Positionierung in die Diskussion zu bringen.

Die Pflegeexpertise und ihr ethisches Fundament befassen sich im Kern mit den zu berücksichtigenden Güter- und Wertekonflikten, die für die anstehenden Lockerungen von Bedeutung sind. Es handelt sich um genau dieselben Güter und Werte, die im Pflegehandeln als holistisch ausgerichtetem Prozess¹ alltäglich von Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. Pflegende arbeiten „am Leib ebenso wie mit dem Leib“² und wissen deshalb um die scheinbar nur alltäglichen aber zugleich doch lebenswichtigen Bedürfnisse des Menschen.

In der aktuellen Diskussion einer möglichen Lockerung der Schutzmaßnahmen zur Eindämmung von Sars-Cov-2 Infektionen wird immer deutlicher, dass in der ersten Phase des „Lockdown“ Maßnahmen zum Infektionsschutz ergriffen wurden, die für viele, die sie zuallererst schützen sollen³, zugleich eine schwere Bürde darstellen. Dies wird primär aus grund- und verfassungsrechtlicher Perspektive⁴ und aus palliativmedizinischer Sicht⁵ problematisiert. Für eine umfassende Einschätzung und Abwägung der aktuell relevanten Ziele und konkurrierenden Werte, an denen sich politisches Handeln im Dienste der Gesellschaft orientieren muss, ist neben der rechtlichen und medizinischen auch die fachliche und ethische Expertise der Pflege als Profession mit spezifischem gesellschaftlichem Mandat⁶ von essentieller Bedeutung: „Unsere physische Präsenz ist vielleicht das Kostbarste, was wir einander geben können.“⁷ Dieser Satz steht hier für das Proprium des Pflegeberufs unter den Gesundheits- und Heilberufen und ist anthropologischer Ausgangspunkt dieses Diskussionspapiers.

Gesunderhaltung und körperliche Unversehrtheit sind zentrale Pflegeziele⁸ wie auch der Schutz und die Förderung der Autonomie des Menschen, der niemals nur Objekt der (Für-) Sorge sein darf, sondern immer Subjekt der ihn betreffenden Maßnahmen bleiben muss.⁹ Die Ermöglichung sozialer Teilhabe und von sozialen Nahbeziehungen¹⁰ wie auch die Bedeutung von Nähe und von Berührungen¹¹ für den Menschen gehören zum Verantwortungs- und Kompetenzbereich der Pflege und sind zugleich zentrale Indikatoren von Pflegequalität.

¹ An der Erstellung dieses Papiers haben mitgewirkt: Annette Riedel (Vizepräsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin, Koordinatorin der AG Ethik und Pflege 2), Constanze Giese, Marianne Rabe (Koordinatorin der AG Ethik und Pflege 1), Heidi Albisser Schleger, Stefan Dinges, Georg Marckmann (Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin), Ingo Nordmann (Koordinator der AG Ethik und Pflege 1), Wolfgang Pasch (Koordinator der AG Ethik und Pflege 2), Nina Streeck, Sabine Wöhleke.

Für ein menschenwürdiges Leben unter den Bedingungen der Pflegebedürftigkeit in Pandemiezeiten bedarf es daher dringend der differenzierten Gestaltung möglicher Neuregelungen. Es sind unter Einbindung der Expertise der Akteure vor Ort Möglichkeiten zu schaffen, welche die individuelle Person und ihre Situation berücksichtigen. Die in Frage stehenden Güter und Werte sind angesichts der Ansprüche an Würde, Wohlbefinden, Sicherheit und Lebensqualität abzuwegen. Das advokatorische Mandat der professionellen Pflege¹² gegenüber den zu pflegenden Menschen fordert in der aktuellen Situation in doppelter Weise heraus: Pflegende fühlen sich verantwortlich für die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse der ihnen anvertrauten Menschen und tragen Sorge für eine sichere Umgebung, für den Schutz der Lebensqualität, ein würdevolles Sterben, aber auch für die Autonomie, Teilhabe und Freiheit der vulnerablen Menschen. Die aktuelle Fokussierung auf den Infektionsschutz steht einer umfassenden Wahrnehmung des advokatorischen Mandats vielfach entgegen.

Ethisch relevante Zielkonflikte bestehen zwischen...

- der Sorge der Pflegenden für ganzheitliches Wohlbefinden und dem Schutz vor Infektion.
- der Verantwortung der Einrichtung für Rechtssicherheit und der Verwirklichung individueller Ansprüche.
- der ausreichenden und gerechten Versorgung mit Ressourcen und dem Gebot wirtschaftlichen Handelns.

Das Papier soll zu der notwendigen Differenzierung dieser widersprüchlichen Anforderungen beitragen und notwendige Konsequenzen auf der Versorgungs- wie auch auf der Entscheidungsebene aufzeigen. Es wurde im Auftrag des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) initiiert und bildet explizit die Perspektive der Pflege ab. Dabei werden die Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden (Mikroebene), die Organisationsperspektive (Mesoebene) und die sozialethische Perspektive (Makroebene) adressiert.

Die Versorgung der Pflegebedürftigen und der professionelle Auftrag der Pflegenden (Mikroebene)

Patient*innen und Bewohner*innen

Die aktuelle Situation ist durch die Priorisierung des Infektionsschutzes geprägt. Prozesse und Tagesstrukturen sind z.T. massiv verändert, Pflegeempfänger*innen werden angewiesen, ihre Zimmer und die Institution nicht zu verlassen oder im häuslichen Umfeld zu verbleiben. Die Präferenzen der Patient*innen und Bewohner*innen bleiben vielfach außen vor. Freiheits- und Persönlichkeitsrechte der zu Pflegenden werden durch Besuchs- und Kontaktverbote, durch Verlegungen¹³ oder z.T. erzwungene Umzüge und das Fehlen gemeinsamer Mahlzeiten und Gruppenaktivitäten stark eingeschränkt. Damit geht ein Wechsel von Bezugspersonen bei gleichzeitig zunehmender Distanzierung und zugleich ein Verlust an Nähe einher. Den Angehörigen ist derzeit die Möglichkeit genommen, sich an der Betreuung und Sorge zu beteiligen, eine Unter- oder eine Fehlversorgung zu erkennen und aufzuzeigen. Es drohen soziale Isolation und Deprivation, die eine massive Gefährdung von Gesundheit und Wohlbefinden der Pflegeempfänger*innen darstellen.

Nicht nur kognitiv eingeschränkte Pflegebedürftige reagieren auf diese Veränderungen mit Verunsicherung, Ängstlichkeit und Unruhe. Gerade diese Gruppe ist jedoch besonders gefährdet, reaktiv aggressive Verhaltensformen (verbale und nonverbale Reaktionen) sowie Hin- und Weglauftendenzen zu entwickeln.¹⁴

Auf der Ebene der direkten pflegerischen Versorgung ergeben sich folgende Aufgaben:

- Einer Verschlimmerung der Verwirrtheit bei Menschen mit Demenz aufgrund der Infektionsschutzmaßnahmen, einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes durch Fehl- oder Mangelernährung, durch Reduktion der Betreuungs- und Besuchszeiten, durch Bewegungsmangel aufgrund fehlender oder reduzierter Physio-, Logo- und/oder Ergotherapie mit geeigneten pflegerischen Interventionen entgegenzuwirken,¹⁵
- Auf die Gefahr der Zunahme von Gewalt und Übergriffen durch freiheitsentziehende Maßnahmen und als Reaktion auf Überforderung zu achten und Warnsignale ernst zu nehmen,¹⁶
- Eine Zunahme von psychopharmakologischer Sedierung aus sozialen (Pflegeerleichterung) und nicht aus therapeutischen Gründen umgehend zu thematisieren und soweit möglich zu vermeiden,¹⁷
- Der Gefahr der Unter- bzw. Fehlversorgung aufgrund unzureichend eingearbeiteten Aushilfspersonals mit fehlendem Bewohner*innen- bzw. Patient*innen-Bezug auf allen Verantwortungsebenen durch geeignete Maßnahmen der Information und Einarbeitung sowie der Dienstplangestaltung zu begegnen.

Diese Entwicklungen betreffen die pflegerische Versorgung in allen Sektoren und sind kein Spezifikum der stationären Altenpflege. Auch Kliniken sind besonders derzeit nicht ausreichend auf die Bedürfnisse hochaltriger, multimorbider und/oder kognitiv eingeschränkter Pflegeempfänger*innen eingestellt.

Die Pflegenden

Pflegende sind unter den Bedingungen der Pandemie verstärkt damit konfrontiert, dass sie den Anforderungen an eine professionelle Pflege und Beziehungsgestaltung nicht gerecht werden können.¹⁸ Die aktuellen Umstände und Vorgaben, unter denen Pflegehandeln stattfindet, stehen zum Teil den Werten des Pflegethos diametral entgegen, insbesondere in den Einrichtungen der Langzeitpflege, die in den letzten Jahren einen Kulturwandel weg von Verwahranstalten mit rein medizinischen Qualitätskriterien hin zu Orten eines letzten Zuhause mit Elementen der Hospiz- und Palliativkultur erlebt haben. Jetzt wirken Pflegende daran mit, die angeordneten Schutzmaßnahmen und Freiheitseinschränkungen zum Teil gegen den Willen der gebrechlichen Pflegeempfänger*innen umzusetzen. Pflegende erleben dies, insbesondere wenn transparente Kommunikations- und Entscheidungsprozesse fehlen, als „cooperation in wrongdoing“¹⁹, sie laufen Gefahr, zusätzlich in moralischen Stress²⁰ zu geraten.

Damit gehen nicht nur vorübergehende emotionale Belastungen einher, es kann zu chronischen psychischen Erkrankungen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit kommen.²¹ Krankheitsausfälle führen dazu, dass Pflegende vermehrt einspringen müssen und dass rechtlich vorgeschriebene Pausen- und Ruhezeiten nicht eingehalten werden. Unzureichende Ausstattung mit Schutzmaterial verstärkt die Angst, aber auch die reale Gefahr, sich zu

infizieren. Die Arbeitsumgebungsqualität in Pflegeeinrichtungen hat direkte Auswirkungen auf die Qualität der pflegerischen Versorgung.

Diese ethischen Spannungsfelder belasten die ohnehin fragile professionelle Integrität angesichts schwieriger Arbeitsbedingungen, teilweise inkonsistenter politischer Forderungen und hoher gesellschaftlicher Erwartungen.

Um dem Anspruch an Pflegequalität, Professionalität und Fürsorge in der Pflege gerecht werden zu können, bedarf es:

- Der professionellen Verantwortungsübernahme: Die Expertise der Pflegenden vor Ort ist bei der Gestaltung aller Versorgungsprozesse einzubinden.²² Dabei sind die individuelle Situation und das Recht der Pflegeempfänger*innen auf Selbstbestimmung in der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.
- Der Rechtssicherheit: Insbesondere in sensiblen menschenrechtsrelevanten Prozessen wie mechanischen und/oder pharmakologischen Freiheitsbeschränkungen sind transparente Entscheidungswege, klare Prozesse und für alle zugängliche Informationen – für Pflegeempfänger*innen wie für Pflegende – unabdingbar.²³
- Der angemessenen Ausstattung: Adäquate materielle und zeitliche Ressourcen für Gesundheits- und Infektionsschutz sind basale Voraussetzungen für eine menschenwürdige Gestaltung aller Pflegesettings in Pandemiezeiten.²⁴ Seitens Pflegender sind aufmerksame Selbstsorge und Aufmerksamkeit für Anzeichen physischer und psychischer Überbelastung notwendig.²⁵
- Der Berücksichtigung von Ausbildungszielen: Wenn eine adäquate Anleitung und/oder Schutzausrüstung für Studierende oder Auszubildende der Pflege nicht gesichert werden kann und patientenferne Tätigkeiten und Lehr-/Lernsituationen an die Stelle der angeleiteten Praxis treten müssen, ist eine transparente Kommunikation zu Entscheidungen über die aktuellen Einsatz- und Lernmöglichkeiten unabdingbar. Werden die Abwägungsprozesse zur Vereinbarkeit von Gesundheitsschutz für Lernende und pflegebedürftige Menschen, zielgerichtetem Ressourceneinsatz und der Erreichung des Ausbildungsziels verständlich kommuniziert, kann dies zu fruchtbaren Lernprozessen bei den Nachwuchskräften beitragen und Frustration in dieser frühen Phase beruflicher Sozialisation vorbeugen.

Die institutionelle Organisation der Pflege (Mesoebene)

In Deutschland²⁶ und Österreich wird für die Einrichtungen der stationären Altenhilfe von einer hohen Infektionsrate mit einer vergleichsweise hohen Zahl Verstorbener berichtet.²⁷ Wegen fehlender Tests und Studien handelt es sich dabei bislang nur um vorläufige Einschätzungen. Die Tatsache, dass alte und hochaltrige, multimorbide Menschen zur Hochrisikogruppe gehören, und die Befürchtung, mit hohen Erkrankungs- oder Sterberaten in die Schlagzeilen zu kommen, hat viele Träger und Leitungen von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu drastischen Maßnahmen veranlasst, die über die behördlichen Verordnungen hinausgehen (Besuchsverbote, Ausgangsbeschränkungen und Isolation). Soziale Isolation beeinträchtigt nicht nur die psychische und kognitive Gesundheit älterer Menschen, sondern geht mit einem deutlich höheren Sterblichkeitsrisiko einher.²⁸ Das Risiko zu versterben ist für Menschen ohne stabile Beziehungen und mit Einsamkeitsgefühlen signifikant erhöht.²⁹

Die Überlastung der Kliniken und Intensivstationen scheint vorerst verhindert worden zu sein. Die Überlastung der Langzeitpflege und die Gefahren, die dies für Würde, Lebensqualität und Sicherheit älterer Menschen bedeutet, sind weiterhin virulent. Aus ethischer Perspektive besteht für die Institutionen Handlungsbedarf in folgenden Punkten:

Überprüfen bestehender Freiheitseinschränkungen

- Es liegt in der Verantwortung der einzelnen Einrichtungen, wie gesetzliche Vorschriften konkret umgesetzt werden und welche Spielräume für eine humanere Versorgung genutzt werden. Viele der genannten Maßnahmen sind freiheitseinschränkende, wenn nicht sogar freiheitsentziehende Maßnahmen. Die Rechtgrundlage für die Bewegungseinschränkungen bzw. für Besuchs- und Begleitungsverbote von Angehörigen, Seelsorger*innen etc. für Bewohner*innen sind zu klären und klar zu kommunizieren.³⁰
- Es bedarf eines Abwägens und Ausbalancierens von Lebensqualität, Schutz und Bedürfnissen sowie Grundrechten. Dabei sind die Bewohner*innen, ihre Vertreter*innen (Heimbeiräte, Patientenfürsprecher*innen) sowie An- und Zugehörige in die Neuausrichtung der Maßnahmen einzubinden.

Beschaffung von Schutzmaterial

- Die Wahrnehmung der Fürsorgepflicht der Einrichtungsleitungen wird durch die Mangelsituation erschwert; dennoch bleibt die Verantwortung der Leitung für ein sicheres Arbeitsumfeld der Mitarbeiter*innen bestehen.
- Es genügt nicht die Behebung des Mangels an Schutzmaterial³¹ der Eigeninitiative der Mitarbeiter*innen zu überlassen, vielmehr sind hier geeignete politische Prozesse gerechter Verteilung und Zugänglichkeit zu implementieren.

Die Sicherstellung einer würdewahren Begleitung und Versorgung am Lebensende

- Es gilt angesichts der Maxime, schwerstkranke Patient*innen möglichst nicht zu hospitalisieren, auch beim Eintreten palliativer Situationen und palliativer Symptome das Sterben in der Pflegeeinrichtung oder zu Hause zu ermöglichen. Angesichts dessen ist zu prüfen, inwieweit die bestehenden Pflegeteams durch den Einsatz von mobilen Palliative Care-Teams unterstützt werden können, um dadurch die Standards und Empfehlungen der Palliativversorgung einhalten zu können.³²
- Die Begleitung des sterbenden Menschen erfordert grundsätzlich Nähe, Kontakt und Schutz der An- und Zugehörigen. Dieser Schutz kann und sollte in dieser einmaligen und unwiederbringlichen Lebens- und Abschiedssituation achtsam und bedacht realisiert werden, ohne dass eine Begegnung per se unterbunden wird.³³

Die Organisation eines lokalen Pandemiestabs

Dieser Pandemiestab³⁴, der mit den Teamleiter*innen und über diese mit den Pflegenden in einem engem Austausch steht, hat die folgenden Aufgaben:

- Die Eröffnung kreativer Lösungen für die Entlastung der Pflegenden und zur Einbeziehung ihrer Expertise.
- Die Ermöglichung von interkollegialem Austausch, von Ethikberatung³⁵ und Supervision.³⁶
- Die Bereitstellung bedarfsgerechter Trainings- und Schulungseinheiten, um damit dem Sicherheitsbedürfnis von Personal und Pflegeempfänger*innen zu begegnen.

Ein transparentes und partizipatives Vorgehen seitens der Einrichtungsleitungen ermöglicht das notwendige Vertrauen von Mitarbeitenden, Angehörigen und Pflegebedürftigen.

Die jetzige Krise bringt Fehlentscheidungen und Versäumnisse im Gesundheitswesen noch deutlicher als bisher ans Tageslicht und eröffnet die Chance, diese konstruktiv aufzugreifen und notwendige Veränderungen endlich anzugehen. Berufs- und Fachverbände, ebenso wie lokale und regionale Behörden und die entsprechenden politischen Organe sind gefordert, auch die Langzeitpflege angemessen in ihre Programme und finanziellen Unterstützungsmaßnahmen zu integrieren.

Der Diskurs über strukturelle und finanzielle Verbesserungen sollte angesichts der bestehenden kritischen Situation in der Langzeitpflege und in der ambulanten Pflege bereits jetzt geführt werden, um nicht nur aus der Corona-Krise heraus zu kommen, sondern auch zu nachhaltigen Verbesserungen beizutragen.

Gesellschaftlicher und politischer Rahmen von Pflege (Makroebene)

Systemrelevante Pflegeexpertise in Entscheidungen einbinden und sicherstellen

Aus sozialethischer Perspektive zeigt die Covid-19-Pandemie erneut die mangelnde Repräsentation der Pflegeberufe und ihres genuin professionellen Auftrags sowie ihrer spezifischen Expertise im politischen Diskurs und in der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung. Einen wichtigen Schritt zur Absicherung der Einbindung von Pflegeexpertise stellt die Einrichtung von Pflegekammern dar, die eine legitimierte Vertretung der Pflegenden in politischen Entscheidungsprozessen ermöglicht. Ohne eine verlässliche Registrierung der Pflegefachpersonen und ihrer spezifischen Qualifikationen, welche eine zentrale Aufgabe der Pflegekammern ist, kann die politische Verantwortung für diesen Teil der Daseinsvorsorge nicht realisiert werden. Damit verbunden wäre eine klare Kenntnis des Status Quo und die Möglichkeit einer validen Planung zukünftiger Aus- und Weiterbildungsbedarfe.

Dadurch kann die Berufsgruppe der Pflegenden ihr advokatorisches Mandat für die pflegebedürftigen Menschen, aber auch für die pflegespezifische Versorgungsqualität und -sicherheit sowie für geeignete Arbeitsbedingungen³⁷ nicht wahrnehmen. Die Pandemie legt offen, was vorher ignoriert wurde: Die unzureichende Beteiligung der Pflege in zentralen Gremien wie dem GBA und weiteren Gremien der Politikberatung. Die derzeit vielfach eingeforderte Anerkennung kommt der Pflege nicht – wie immer wieder vernehmbar – aufgrund ihres aufopferungsvollen Einsatzes zu, sondern aufgrund ihrer spezifischen, systemrelevanten Expertise.

Die Orientierung an einer sicheren und qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung, wie sie im ICN-Ethikkodex verankert ist, war bisher nicht zentraler Fokus gesundheitspolitischer Entscheidungen. Negative Konsequenzen der seit vielen Jahren zunehmenden Markt- und Wettbewerbsorientierung in der Gesundheitsversorgung (z.B. Pflegepersonalmangel, Materialverfügbarkeit, Fehlversorgung) treten in der aktuellen Situation besonders deutlich zutage, zeigten sich aber auch schon vor der Pandemie mit leidvollen Folgen für Pflegebedürftige, deren Angehörige und für Pflegende in allen Settings.

Die Corona-Krise verweist unmittelbar auf den Bedarf an hochqualifizierten Pflegenden, die in der Lage sind, hochkomplexe Versorgungssituationen zu planen, zu steuern und zu

evaluieren. Sie können dazu beitragen, die Versorgungsqualität trotz aller Widrigkeiten aufrecht zu erhalten und langfristig signifikant zu verbessern.³⁸

Und: Die Corona-Krise zeigt einmal mehr, dass ethische Probleme im Einzelfall (Unterversorgung, Ungleichversorgung, Fehlversorgung und damit einher gehende Verletzung ethischer Mindestanforderungen) in hohem Maße auch von organisations-, unternehmens- oder sozialethischer Relevanz sind, und entsprechend nicht nur ethisch umfassend reflektiert werden müssen, sondern auf die politische Agenda gehören. Der Schutz der zu Pflegenden in den Pflegeeinrichtungen fällt in den Verantwortungsbereich politischen Handelns. Pflegende vor Ort dürfen mit ihrer Verantwortung nicht allein gelassen werden.

Konsequenzen und Forderungen

- ➔ Menschenrechte und Grundrechte gelten für Pflegebedürftige wie für alle Menschen auch in Zeiten der Covid-19-Pandemie³⁹.
- ➔ Eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und Pflege hat stets Respekt vor der Würde einer jeden Person.
- ➔ Das gesellschaftliche Potenzial der Pflegeberufe liegt nicht in ihrer Aufopferungsbereitschaft, sondern in ihrer fachlichen Expertise, die den Carebedarf der Bürger*innen vertritt.
- ➔ Die gesellschaftliche und politische Anerkennung professioneller Pflege und der Pflegenden muss über die Covid-19-Pandemie und über das Internationale Jahr der Pflegenden hinauswirken. Nicht einmalige Bonuszahlungen, sondern langfristige finanzielle, soziale, gesellschaftliche und interprofessionelle Anerkennung sind gefordert.
- ➔ Die andauernde pflegerische Versorgungskrise, die durch die Covid-19-Pandemie weiter eskaliert, führt eindrücklich vor Augen, dass der politische Verzicht auf eine Verkammerung der Pflege in fast allen Bundesländern keine ethisch neutrale politische Entscheidung war und korrigiert werden muss.
- ➔ Das Spannungsfeld zwischen Infektionsgefahr, leiblicher Nähe und Lebensqualität, in dem Pflegende sich bewegen, bedarf adäquater Strukturen der ethischen Reflexion.⁴⁰
- ➔ Wenn es um das Leben und die Gesundheit geht, gilt es, jedem Versorgungssektor des Gesundheitswesens in seiner Bedeutung gerecht zu werden und die Langzeitpflege nicht länger nachrangig zu behandeln. Dazu muss lokale und kommunale sektorenübergreifende Vernetzung beitragen.
- ➔ Nicht nur die Pflegenden mit Patientenkontakt, sondern auch die Institutionen (Krankenhäuser, Senioreneinrichtungen, ambulante Pflegedienste, private und staatliche Einrichtungen sowie die übergeordneten Behörden und politischen Organe) sind moralische Akteure, die ihre je eigene moralische Verantwortung wahrnehmen müssen.

- ¹ Juchli L., Ganzheitliche Pflege. Vision und Wirklichkeit, Basel 1993.
- ² Remmers H. 1996 zitiert nach Großklaus-Seidel, Ethik im Pflegealltag, Stuttgart 2002:96
- ³ Vgl. hierzu Deutscher Ethikrat (2020) Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc Empfehlung, unter: <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>, abgerufen am 2.5.2020.
- ⁴ Exemplarisch dazu Hufen F (2020) Grundgesetz rechtfertigt keinen sozialen Tod, in: https://www.allgemeinezeitung.de/panorama/aus-aller-welt/hufen-grundgesetz-rechtfertigt-keinen-sozialen-tod_21607247, abgerufen am 30.4.2020.
- ⁵ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive, unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Unterstuetzung_Belastete_Schwerstkranke_Sterbende_Trauernde.pdf, abgerufen am 1.5.2020.
- ⁶ Die Systemrelevanz der Pflege erschöpft sich nicht in ihrem Dasein für unterstützungsbedürftige Menschen, sondern begründet sich aus der spezifischen Fachlichkeit und Professionalität der Pflege, dazu in: AEM Arbeitsgruppe Pflege und Ethik, Warum die Pflegekammer notwendig ist. Stellungnahme der AG Pflege und Ethik Mai 2013, unter: <https://www.yumpu.com/de/document/view/23779216/warum-die-pflegekammer-notwendig-ist>, abgerufen am 1.5.2020.
- ⁷ Guiver G (2020) Company of voices. Daily prayer and the people of God, Norwich 2001:35, Übersetzung nach Budde A., Editorial, in: zur debatte 2/2020:2
- ⁸ ICN, ICN-Ethikkodex für Pflegende 2012 (deutsche Fassung von 2014), Präambel, in: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf>, abgerufen am 1.5.2020. BMFSFJ, Pflegecharta, Artikel 2, unter: <https://www.wege-zur-pflege.de/pflege-charta.html>, abgerufen am 30.4.2020. Leitsatz 2
- ⁹ ICN-Ethikkodex, Element 1, Pflegende und ihre Mitmenschen. Explizit auch in: BMFSFJ, Pflegecharta, Artikel 1, Artikel 4. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Leitsatz 1, unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze.html, abgerufen am 30.4.2020.
- ¹⁰ ICN-Ethikkodex, Element 1. Pflegecharta, Artikel 4, Artikel 6, Artikel 8. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Leitsatz 2. Die Bedeutung der sozialen Nahbeziehungen wurde zuletzt in die neue Pflegequalitätsprüfung des MDK und in den zugrundeliegenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufgenommen: BMG, Praxisseiten Pflege 8/2016. Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/6.3_6_NBA.pdf, abgerufen am 1.5.2020.
- ¹¹ Gersen AC (2010) Streicheleinheiten im Altersheim. Die Kunst der Berührung, Süddeutsche Zeitung 17.5.2010, in: <https://www.sueddeutsche.de/leben/streicheleinheiten-im-altersheim-die-kunst-der-beruehrung-1.359960>.
- ¹² Uzarewicz C, Moers M, Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft, in: Pflege und Gesellschaft 17:2:101-110.
- ¹³ Remmers H (2010) Moral als Mantel menschlicher Versehrbarkeiten. Bausteine einer Ethik helfender Berufe. In: Remmers H, Kohlen H (Hrsg.) Bioethics, Care and Gender. Göttingen, 43-63; Ethische Grundsätze für die Pflege, SBK (2013), unter: <https://www.sbk.ch/online-shop/sbk-publikationen>; American Nurses Association (2015) Code of Ethics for Nurses, Revision 3, unter: <https://nursing.rutgers.edu/wp-content/uploads/2019/06/ANA-Code-of-Ethics-for-Nurses.pdf> abgerufen am 1.5.2020.
- ¹⁴ z.B. durch Nutzung sogenannter Pandemiezonen, in die infizierte Pflegeempfänger*innen verlegt werden sollen, exemplarisch: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, SRS-CoV-2 Pflegerische Interventionen in stationären Pflegeeinrichtungen (Stand 09.04.2020). Vgl. auch: Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) (2020) Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege. Unter: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Medienmitteilungen/de/Medienmitteilung_NEK_Corona-Pandemie_II_DE_final.pdf, abgerufen am 09.05.2020.
- ¹⁵ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2020) Menschen mit Demenz sind besonders betroffen – Besuchsverbote in Heimen müssen schnellstmöglich gelockert werden! Unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Stellungnahmen/Positionspapier_Besuchsverbote.pdf abgerufen am: 05. Mai 2020.
- ¹⁶ Pflegecharta Artikel 2. ICN-Ethikkodex Element 1.
- ¹⁷ Pflegecharta Artikel 2.
- ¹⁸ Sochiera M (2015) „Neuroleptika? Besser ohne“, in: Demenzpflege im Blick, Berlin: DUZ Medienhaus, Dezember 2015:4-5.
- ¹⁹ McCarthy J, Monteverde S (2018) The Standard Account of Moral Distress and Why We Should Keep It, in: HEC Forum 30:4:319-128.
- ²⁰ Monteverde S (2019) Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege, in: Ethik in der Medizin 31:4:345-360
- ²¹ Riedel A, Heidenreich T (2020) Der Applaus für die (Für)Sorge fordert die Protektion der Selbst(für)Sorge. In: Pflegewissenschaft – Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, S. 156-162, unter: https://www.pflegewissenschaft.info/pflegewissenschaft_hpsmedia_corona.pdf, abgerufen am 2.5.2020. Vgl. auch: Bundesärztekammer (2020) Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels. Unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAEK_Allokationspapier_05052020.pdf, abgerufen am 05.05.2020.
- ²² ICN-Ethikkodex Element 1 und 3. Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen, [Ethischer Standpunkt 1: COVID-19-Pandemie – ethische Herausforderungen in der Pflege](https://www.ethikkommission-niedersachsen.de/ethikstandpunkte/ethischer-standpunkt-1-covid-19-pandemie-ethische-herausforderungen-in-der-pflege), 2020:2-3.

-
- ²³ Für Entscheidungen über FEM in der Langzeitpflege gelten die Anforderungen der UN Behindertenrechtskonvention, insbesondere Art 13 und 14.; Europarat (2020) Grundsatzdeclaration zur Behandlung von Personen im Freiheitsentzug im Zusammenhang mit der Coronavirus(COVID-19)-Pandemie, unter: <https://rm.coe.int/16809cfde3>, abgerufen am 3.5.2020.
- ²⁴ ICN-Ethikkodex Element 3.
- ²⁵ ICN-Ethikkodex Element 2.
- ²⁶ <https://www.sueddeutsche.de/politik/coronavirus-altenheim-tote-1.4884742>, abgerufen am 1.5.2020
- ²⁷ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-26-de.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am 1.5.2020
- ²⁸ Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, and. Thisted RA (2006) Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology and Aging* Copyright 2006 by the American Psychological Association 2006, Vol. 21, No. 1, 140–151
- ²⁹ Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- ³⁰ Für Entscheidungen über FEM in der Langzeitpflege gelten die Anforderungen der UN Behindertenrechtskonvention, insbesondere Art 13 und 14.
- ³¹ <https://newsroom.psyma.com/de/themen/marktforschung-gesundheitswesen/entwicklungen-des-corona-virus-in-der-pflegebranche/>, abgerufen am 2.5.2020. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk) (2020) Corona-Virus in Pflegeheimen – ein evidenzfreies Drama in drei Akten, unter: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/nachrichten/corona-virus-in-unseren-pflegeheimen-ein-evidenzfreies-drama-in-drei-akten>, abgerufen am 03.5.2020.
- ³² Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2020) Handlungsempfehlungen zur Therapie von Patient*innen mit Covid-19 aus palliativmedizinischer Perspektive 2.2, unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200401_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_2.0.pdf, abgerufen am 2.5.2020. Österreichische Palliativgesellschaft (2020) Empfehlung zur Anwendung von pflegerischen Maßnahmen in der Betreuung von Patient*innen mit Covid-19 in einer Palliativen Situation, unter: https://www.palliativ.at/index.php?elID=tx_securedownloads&p=17&u=0&g=0&t=1591035598&hash=1a016a8ebde745b72c92f4feb209764f5d7c16fb&file=/fileadmin/redakteur/Stellungnahmen/Empfehlung_Pflegerische_Maßnahmen_zur_Betreuung_von_PatientInnen_mit_Covid-19_in_palliativer_Situation_-_2.pdf, abgerufen am 2.5.2020.
- Palliative ch (2020) Guidelines für Pflegefachpersonen (2020) https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/200401_Merkblatt_Pflegefachpersonen_Patienten_mit_Convid-19.pdf, abgerufen am 1.5.2020.
- ³³ Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R (2020) Covid-19: Therapieentscheidungen und Palliative Care, in: Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum 2020,20(17-18): 280-281.
- ³⁴ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile (Stand 30.04.2020) abgerufen am 1.5.2020.
- ³⁵ Akademie für Ethik in der Medizin (2020) Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Stand 31.03.2020), unter: https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/AEM_Ethikberatung_im_Rahmen_von_COVID-19_2020-03-31.pdf, abgerufen am 2.5.2020.
- ³⁶ Akademie für Ethik in der Medizin(2020) Psychische Belastungen von Gesundheitspersonal im Umgang mit moralischen Konflikten, unter: https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Handreichung_psychischer_Belastung_15_4_final.pdf, abgerufen am 2.5.2020.
- ³⁷ ICN-Ethikkodex, Element 3.
- ³⁸ Aiken LH et al. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 24:383: 1824-1830. Aiken LH et al. (2017) Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 26:559-568, unter: <https://qualitysafety.bmjjournals.com/content/qhc/26/7/559.full.pdf>, abgerufen am 03.05.2020.
- ³⁹ UNHR, United Nations Human Rights (2020) COVID-19 and its human rights dimensions, unter: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/COVID-19.aspx>, abgerufen am 1.5.2020. Giese C (2020) Menschenrechte in der Pflege angesichts der COVID-19 – und das Recht Pflegender, sich im Arbeitsalltag nicht schuldig zu machen oder schuldig zu fühlen. In: Pflegewissenschaft – Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, S. 103-105, unter: https://www.pflege-wissenschaft.info/pflegewissenschaft_hpsmedia_corona.pdf, abgerufen am 2.5.2020. Stoecker R (2020) Verteilung knapper Ressourcen in der Intensiv- und Notfallmedizin, unter: https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Ralf-Stoecker-Ethischer-Hintergrundkommentar-zur-Stellungnahme-der-Fachverbaende-und-AEM-1.pdf, abgerufen am 2.5.2020.
- ⁴⁰ Akademie für Ethik in der Medizin (2020) Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Stand 31.03.2020), unter: https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/AEM_Ethikberatung_im_Rahmen_von_COVID-19_2020-03-31.pdf, abgerufen am 2.5.2020.