

Bochum, den 24. April 2020

**Handlungsempfehlungen zum Schutz vor Infektion und vor sozialer
Isolation**

**von Menschen mit Pflegebedürftigkeit und
Teilhabebeeinträchtigungen**

in einer Exit-Strategie

in interdisziplinärer Expertise

Expertise im Rahmen des Auftrags des MAGS NRW:

**Umgang mit pflegebedürftigen Menschen sowie Menschen mit
Beeinträchtigung/Behinderung im Rahmen einer Exit-Strategie**

**Verfasser*innen: Markus Zimmermann, Frauke Gorontzi, Dieter Häussinger, Ulrike
Kempchen, Oliver Razum, Tanja Segmüller, Helmut Wallrafen, Christian Walter-Klose,
Michael Wessels und Julia Zinsmeister**

Zusammenfassung

Während Menschen ohne Assistenz- und Pflegebedarf auch in Zeiten eines Shut-Downs soziale Kontakte insbesondere über digitale Medien oder physische Abstandswahrung weiter ausüben können, ist dieses Menschen in stationären Einrichtungen oder im häuslichen Pflegesetting sichtlich erschwert oder vielfach komplett verwehrt. Nach Beendigung von allgemeinen Kontaktsperren in der Bevölkerung kann eine fortgesetzte protektive Isolierung dieser Gruppe deren Situation zusätzlich verschärfen; sie ist aufgrund des geringen Grades der digitalen Möglichkeiten und Kompetenzen auch nur begrenzt zu kompensieren. Eine fortgesetzte Kontaktsperre könnte unter Umständen individuell sogar zu einem größeren Schaden führen als es das Risiko einer Infektion mit sich bringt. Abhängig von der Möglichkeit der kognitiven Verarbeitung oder der Situation der Bewohner*innen (z.B. Eingewöhnungsphase) kann das Ausbleiben von Besuchen Apathie, Depressionen und Suizidgedanken entstehen oder zunehmen lassen. Insofern ist hier die Verhältnismäßigkeit besonders zu beachten.

Das folgende Ad-hoc-Papier¹ zur Beschreibungen der Situation aus medizinisch-infektiologischer, aus epidemiologischer, rechtlicher, pflege- und rehabilitationswissenschaftlicher, ethischer und ökonomischer Perspektive sowohl der Wissenschaft als auch der am Versorgungsgeschehen Beteiligten prüft die Frage, ob und unter welchen Bedingungen soziale Kontakte mit An- und Zugehörigen während der anhaltenden Covid19-Epidemie ermöglicht werden können und damit eine soziale Isolierung der vulnerablen Gruppe der Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigung aufgehoben oder kompensiert werden kann. Denn mit der Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in NRW vom 22.3.2020 sind Besuche in vollstationären Einrichtungen der Pflege und Wohnformen der Eingliederungshilfe, besondere Wohnformen im Sinne des SGB XII sowie ähnlichen Einrichtungen untersagt. Auch in der Änderungsverordnung vom 16.4. wurde dieses Verbot aufrechterhalten.

Zur Verhinderung des Eintrags von Coronaviren und des Umgangs mit infizierten Bewohner*innen hat das RKI Empfehlungen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst veröffentlicht. Damit sind die genannten Einrichtungen aufgefordert, „möglichst in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden einen COVID-19-Plan“ zu erstellen und umzusetzen. Dies beinhaltet die Einleitung organisatorischer Maßnahmen zur Kontaktreduzierung innerhalb der Einrichtung (z.B. Abwesenheitsregelungen bei Auftreten respiratorischer Symptome beim Personal) und Zugang zur Einrichtung nur unter Einhaltung bestimmter Bedingungen.

Besuche innerhalb der Wohnbereiche können laut der gültigen Coronaschutzverordnung bereits jetzt durch die Einrichtungsleitung in Ausnahmen unter Schutzmaßnahmen und nach Hygieneunterweisung zugelassen werden, wenn es rechtlich erforderlich, medizinisch oder ethisch-sozial geboten ist. Die seelische und kognitive Situation der Mehrzahl der Bewohner*innen der genannten Einrichtungen und Wohnformen macht es notwendig, dass Besuche und Kontakte mit elementaren Bezugspersonen auch in der jetzigen Situation durchführbar bleiben, da das Ausbleiben solcher Kontakte ethisch-sozial, aber auch medizinisch-pflegerisch nicht zu verantworten ist. Ein Vorgehen nach den RKI-Empfehlungen und unter Einhaltung der Bestimmungen des Infektionsschutzes soll dabei sicherstellen, dass nicht nur die Bedürfnisse und Rechte der sozial deprivierten vulnerablen Menschen gewahrt, sondern auch der

¹ Die interdisziplinäre Expert*innengruppe wurde zur Erstellung dieses Ad-hoc-Papiers eigens zusammengestellt. Sie konnte Rechtsgrundlagen, Richtlinien und Empfehlungen bis zum 22.4.2020 berücksichtigen

Schutz der in diesen Einrichtungen wirkenden Mitarbeiter*innen und der dort befindlichen Mitbewohner*innen gewährleistet ist.

Daher kommt die interdisziplinäre Expert*innengruppe zusammenfassend betrachtet zu folgenden Einschätzungen:

- Mit den notwendigen Vorkehrungen der Hygiene und geeigneter Schutzvorkehrungen müssen soziale Kontakte von außen und auch nach außen ermöglicht werden.
- Hierzu sind die rechtlichen Grundlagen entsprechend anzupassen.
- Die Kontakte müssen geplant und gesteuert erfolgen und an die jeweilige Situation vor Ort angepasst sein.
- Zentrale Voraussetzung für ein gesteuertes Besuchsrecht ist ein differenziertes und transparentes Kommunikations- und Informationsmanagement in den Einrichtungen unter Mitwirkung der Bewohnerbeiräte nach Maßgabe des § 22 WTG. Dies betrifft sowohl die Situation der Bewohner*innen als auch den Status der Mitarbeiter*innen.

Die hierfür notwendigen Ressourcen sollten nicht zu Lasten der Bewohner*innen gehen.

I. Problembeschreibung

Die Corona-Pandemie hat zu einer sozialen Isolierung der vulnerablen Gruppe der Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigung geführt. Es stellt sich nun die Frage, ob und wie die betreffenden Einschränkungen aufgehoben oder kompensiert werden können. Viele Überlegungen zur Entwicklung und Umsetzung einer Exitstrategie aus dem Shut-Down gehen davon aus, dass insbesondere die höchstvulnerable Gruppe der pflegebedürftigen Menschen und der Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen in spezifischen Wohnformen durch eine Öffnung der sozialen Kontaktstrukturen nicht existenziell gefährdet werden darf. Daher sehen aktuelle Szenarien eine fortgesetzte Kontaktsperre für Menschen in vulnerablen Situationen vor.

Soziale Kontakte sind jedoch existenziell. Eine fortgesetzte Kontaktsperre kann sogar einen größeren Schaden erzeugen als das Risiko einer Infektion. Hierzu tragen einerseits soziale Deprivation, Depressivität, Orientierungslosigkeit und die Möglichkeit der Entwicklung eines Delirs auf Seiten der Betroffenen bei. Andererseits sind die emotionalen Belastungen auf der Seite der Angehörigen zu bedenken. Sie können von den Sorgen um das Wohl des pflegebedürftigen Menschen im Falle des Versterbens ohne Möglichkeit der Verabschiedung bis zur Entwicklung von Traumata und posttraumatischen Belastungsstörungen reichen.

Daher müssen Überlegungen angestellt werden, wie trotz des erhöhten Infektionsrisikos und des Risikos von schwierigen Verläufen im Falle einer Erkrankung Kontakte ermöglicht werden können. In diesem Spannungsfeld ist die Entwicklung von Handlungsempfehlungen zum Schutze der vulnerablen Gruppe der älteren und pflegebedürftigen Menschen, der Menschen mit chronischen Krankheiten sowie der Menschen mit körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen mit den verschiedenen Perspektiven und Interessen unter Wahrung der rechtlichen Rahmenbedingungen, der epidemiologischen Notwendigkeiten und der Autonomie der Betroffenen abzuwägen. Sie ist wesentlich auch mit dem Schutz der Pflegenden und Betreuer*innen und dem Schutz der Mitbewohner*innen in Beziehung zu setzen.

Die Überlegungen dieses Ad-hoc-Papiers erläutern zunächst in Kapitel II. die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen und allgemeinen Grundsätze zu der sehr differenzierten Gruppe vulnerabler Menschen, die stationär oder ambulant pflegerisch versorgt oder betreut werden. Im Anschluss werden in Kapitel III. aus infektiologischer Perspektive Anforderungen an Einrichtungen und Versorgungsformen für die genannte Zielgruppe thematisiert und Empfehlungen für das weitere Vorgehen während der Pandemie gegeben. Die nachfolgenden Kapitel IV. - VI. beschreiben die spezifischen Herausforderungen in den Settings der vollstationären Langzeitpflege, den Wohnformen der Eingliederungshilfe und der ambulanten, häuslichen Pflege. In Kapitel VII. wird die Herausforderung einer Covid-spezifischen Patient*innenverfügung aufgegriffen.

Die Darstellungen und Empfehlungen sind an der aktuellen Situation und den geltenden Verordnungen orientiert. Tägliche Veränderungen in beiden Dimensionen können sukzessive eine Aktualisierung notwendig machen.

II. Allgemeine Grundsätze und rechtliche Ausgangslage

Zentraler Grundsatz ist die Ermöglichung und Förderung eines möglichst selbstbestimmten Lebens und sozialer Kontakte von Menschen in Pflegeeinrichtungen oder anderen geschützten Wohnformen. Die Unterstützung und Assistenz bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte ist sowohl pflegerischer als auch pädagogischer Grundauftrag, vgl. §§ 2, 14 Abs.2 Nr.6 SGB XI, §§ 2, 76, 90, 113 SGB IX. Dabei handelt es sich um kein Luxusgut oder Add-On-Leistung, sondern um ein zentrales Element des Leistungsgeschehens. Das Wohn- und Teilhabegesetz verlangt, dass die zuständigen Behörden Ermessensentscheidungen so treffen, dass die Teilhabe der Nutzer*innen am Leben in der Gesellschaft gefördert wird. Maßstab für die Entscheidung soll das Alltagsleben in einer privaten Häuslichkeit sein. Bei Verwaltungsentscheidungen ist darzulegen, wie der Gesichtspunkt der selbstbestimmten Teilhabe berücksichtigt wurde, siehe § 12 WTG.

Mit der Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronaschutzverordnung – CoronaSchVO) vom 22.03.2020 (GV.NRW S.178a), geändert durch die Verordnung zur Änderung der CoronaSchVO vom 30.03.2020 (GV.NRW S.201) und vom 16.4.2020, wurde in Nordrhein-Westfalen (NRW) ein rechtlicher Rahmen geschaffen, der insbesondere [...] vollstationäre Einrichtungen der Pflege und Wohnformen der Eingliederungshilfe, besondere Wohnformen im Sinne des SGB XII sowie ähnliche Einrichtungen verpflichtet, besondere Maßnahmen zu ergreifen, um den Eintrag von Coronaviren zu erschweren, Patient*innen, Bewohner*innen und Personal zu schützen und persönliche Schutzausrüstung einzusparen. Dies beinhaltet insbesondere ein Verbot durch Besuche außerhalb der (Wohn)Einrichtung.

Leitend für die weiteren Überlegungen sind die betroffenen Bewohner*innen und Pflegeempfänger*innen mit ihren individuellen Merkmalen wie z.B. ihrem Gesundheitszustand, ihren kognitiven Fähigkeiten, ihrer Bewegungs- und Kommunikationsfähigkeit. Für diesen heterogenen Personenkreis sind jeweils spezifische Adaptionen und Kompensationsstrategien zur Erfüllung der Grundbedürfnisse zu berücksichtigen. Auch ist der Zugang zur gesundheitsbezogenen Versorgung für viele Betroffene durch vielfältige Barrieren erschwert (dazu gehören bauliche und technische Barrieren, Ortsfixierung, Fachwissen, Kommunikationsfähigkeit, Raumsituation). Menschen, die in sozialen Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen leben, haben bislang deutlich seltener Zugang zu digitalen Medien als die nicht-institutionalisierte Bevölkerung. Sie haben damit weniger Möglichkeiten, sich online zu informieren und ihre sozialen Kontakte virtuell zu pflegen (Digital Divide), obwohl seit 2019 das Vorhalten von WLAN-Ausstattung in der stationären Langzeitpflege in NRW vorgegeben ist. Individuelle Funktionseinschränkungen können die Möglichkeiten des Selbstschutzes einschränken. So können blinde Menschen nur bedingt Abstand von ihren Begleitpersonen halten, Menschen mit Demenz möglicherweise nicht die Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen erkennen. Teil dieser leitenden Überlegungen sind auch die An- und Zugehörigen. Sie sind nicht nur eigene Agenten der (An)Teilnahme, sondern in vielen Fällen auch aktive Agenten des Mitsorgens und der Unterstützung bei der lebenspraktischen Alltagsgestaltung und pflegerischen Versorgung der Betroffenen sowohl in der Häuslichkeit als auch in stationären Einrichtungen.

In die Risikobewertung sind neben personenbezogenen Risikofaktoren vor allem das nosokomiale Risiko und der Kontakt zu lokalen Clustern einzubeziehen. Effektive zielgruppenspezifische Prävention muss auf allen Ebenen ansetzen, einschließlich der Verbesserung des institutionellen Schutzes (z.B. Ausstattung mit Schutzmaterial und ausreichend qualifiziertem Personal). Ihr ist aber stets der Vorzug vor Eingriffen in grundrechtlich geschützte Sphären der Einzelnen zu geben. Die soziale Isolierung der Patient*innen und Bewohner*innen von Einrichtungen kann allenfalls für einen kurzen

Übergangszeitraum mit einem Mangel an Schutzmaterialien und Personal begründet werden, bis diese Versorgungsdefizite behoben sind.

Während Menschen ohne körperliche und kognitive Einschränkungen auch in Zeiten eines Shut-Downs soziale Kontakte insbesondere über digitale Medien oder unter physischer Abstandswahrung weiter ausüben können, ist dieses Menschen in stationären Einrichtungen und Wohnformen oder im häuslichen Pflegesetting sichtlich erschwert oder vielfach komplett verwehrt. Nach Beendigung von allgemeinen Kontaktsperren in der Bevölkerung kann eine fortgesetzte protektive Isolierung dieser Gruppe deren Situation zusätzlich verschärfen; sie ist aufgrund des geringen Grades des Umgangs mit digitalen Kommunikationsmöglichkeiten auch kaum zu kompensieren.

Da soziale Kontakte aber vielfach der zentrale Lebensinhalt im Tagesablauf der Bewohner*innen von Einrichtungen sind, ist deren Bedeutung anders zu bewerten als die Reduktion auf die häusliche Lebensgemeinschaft bei einer Kontaktsperre. Abhängig von der Möglichkeit der kognitiven Verarbeitung oder der Situation der Bewohner*innen (z.B. Eingewöhnungsphase) kann das Ausbleiben von Besuchen Apathie, Depressionen und Suizidgedanken entstehen oder zunehmen lassen.

Die Notwendigkeit des besonderen Schutzes vulnerabler Bevölkerungsgruppen ist aktuell hinsichtlich der Dauer nicht absehbar. Daher ist es schwer einzuschätzen, ob es sich um kurzfristige (weitere ein bis zwei Monate), mittelfristige (drei bis sechs Monate) oder langfristige Maßnahmen (ein halbes bis zwei Jahre) handeln wird. Erst die Bereitstellung eines Impfstoffes, eines Therapeutikums und/oder die Möglichkeit des validen Antikörpernachweises können die Notwendigkeit des besonderen Schutzes nachhaltig verändern.

In einem Pandemiefall müssen und dürfen Grundrechte durch präventive Maßnahmen eingeschränkt werden. Die Eingriffe müssen aber vom Schutzzweck der Eingriffsnorm gedeckt und verhältnismäßig sein. Der Eingriff muss folglich nicht nur geeignet, sondern auch erforderlich sein, um den Schutz zu gewährleisten. Unter mehreren geeigneten Schutzmaßnahmen ist stets derjenigen der Vorzug zu geben, die am wenigsten in die Rechte der Patient*innen und Bewohner*innen eingreift. Berichte, wonach Bewohner*innen in ihren Zimmern verbleiben müssen, ohne dass kommuniziert wurde, dass sich eine Infektion auf dem Wohnbereich oder unter den Mitarbeiter*innen der Einrichtung ereignet hat, geben Anlass zur Sorge, dass der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz nicht allorts ausreichend Beachtung findet oder eine transparente Information stattfindet.

Dezidiert geregelt werden in §2 Abs. 2 der Coronaschutzverordnung Besuche in den genannten Einrichtungen. Sie gelten generell als „untersagt“, außer wenn es „medizinisch oder ethisch-sozial geboten ist“. Als Beispiel werden „Palliativpatienten“ genannt. Daraus resultierende Maßnahmen und Verordnungen bewirken eine Kontaktsperre von Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigung in einem solchen Ausmaß, dass die präventiven Wirkungen der Isolierung bei den betroffenen Menschen zu existenzbedrohenden Nebenwirkungen führen können und so das Ziel verfehlen.

Ermächtigungsgrundlage für die VO bilden die §§ 32, 28 Abs.1 S.1 und 2 i.V.m §§ 73 Abs.1a Nr.6 und 24, 75 Abs.1 Nr.1 und Abs.3 und 4 IfSG i.d.F. v. 27.03.2020 (BGBl. I S.587). Danach kann die zuständige Behörde für den Fall, dass Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider festgestellt werden, die Maßnahmen treffen, die erforderlich sind, um die notwendigen Schutzmaßnahmen umzusetzen, „soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Erkrankungen erforderlich ist“. Beispielhaft genannt wird in § 28 Abs.1 S.1 IfSG die Ermächtigung der Behörde, es bestimmten Personen zu untersagen, ihren Aufenthaltsort zu verlassen oder einen bestimmten Ort aufzusuchen. Eine Norm, die eine Behörde zu derart intensiven Eingriffen

in verschiedene Grundrechte ermächtigt, muss hinreichend bestimmt sein (Art.80 Abs.1 S.2 und 104 Abs.1 GG). Es bestehen erhebliche Bedenken, ob § 28 Abs.1 2.Halbsatz IfSG diesen verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt. Die Reform vom 27.03.2020 hat insoweit nicht zur Normenklarheit beigetragen. Vor diesem Hintergrund sind die Verordnungsgeber aufgefordert, die Handlungsspielräume der Verwaltung klar und sinnvoll zu begrenzen und auf die Verhältnismäßigkeit und den Diskriminierungsschutz zu achten.

§ 2 CoronaSchVO vom 22.03.2020 i.d.F. v. 16.4.2020 genügt diesen Anforderungen nicht: Unter der Überschrift „Stationäre Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen“ werden in § 2 Abs.1 gegenwärtig auch Institutionen und Wohnformen aufgeführt, die nicht als Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu qualifizieren sind. Dazu zählen Rehabilitationseinrichtungen, in denen Menschen ausgebildet und beschäftigt werden (Berufsbildungs- und Förderungswerke, Werkstätten für Menschen mit Behinderungen) sowie die meisten Wohnformen der Eingliederungshilfe. Letztere sind Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach §§ 77-78 i.V.m. § 113 SGB IX, die eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen oder erleichtern, d.h. konkret die Leistungsberechtigten zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum und ihrem Sozialraum befähigen oder hierbei unterstützen sollen (§ 113 Abs.1 S.1 und 3 SGB IX). Darunter finden sich auch Einrichtungen, die neben der sozialen Teilhabe auch die Pflege der Bewohner*innen sicherstellen (vgl. § 71 Abs.4 SGB XI) und hierfür eine pauschale Abgeltung erhalten (§ 43a SGB XI). Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören aber ebenso die Betreuung eines körperlich völlig gesunden, seelisch behinderten Jungen in einer Pflegefamilie oder die persönliche Assistenz, die eine erblindete Frau in ihrer eigenen Wohnung bei der Haushaltsführung, zur Bewältigung ihres Schriftverkehrs oder als Begleitperson beim Einkaufen in Anspruch nimmt. Unklar lässt § 2 CoronaSchVO, ob nur solche Wohnformen der Eingliederungshilfe unter § 2 CoronaSchVO fallen sollen, die als „vollstationär“ zu charakterisieren sind. Der Schutzzweck der Norm, der Vergleich mit den in der VO genannten Pflegestrukturen und der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz legen eine solche Eingrenzung nahe. Die gleichzeitige Einbeziehung der „besonderen Wohnformen nach SGB XII“ und „ähnlicher Einrichtungen“ spricht hingegen für einen weiteren Anwendungsbereich. Der Verweis auf das SGB XII ist redaktionell fehlerhaft, denn dieses Gesetz kennt keine „besonderen Wohnformen.“ Der Begriff der besonderen Wohnform wurde in § 104 SGB IX eingeführt, um die unterschiedliche finanzielle Förderung ambulanter und stationärer Settings zu überwinden. Als Anknüpfungspunkt für Regelungen des Infektionsschutzes erweist sich der Begriff jedoch als ungeeignet. Sinnvoller erscheint es, sich an der Unterscheidung des WTG zwischen Einrichtungen (§ 18) und ambulant versorgten Wohnformen, Servicewohnen (§ 21), selbst- und anbieterverantwortete Wohngemeinschaften zu orientieren und spezifischen Anforderungen an den Schutz von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen gesondert Rechnung zu tragen.

Der Anwendungsbereich des § 2 CoronaSchVO muss klar definiert werden. Nachfolgend wird dargelegt, dass weitreichende Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen allenfalls in den nachfolgend beschriebenen Settings mit erhöhtem Übertragungsrisiko übergangsweise gerechtfertigt erscheinen. Die Beschränkungen sind regelmäßig inhaltlich und zeitlich zu überprüfen. Zum Schutz von Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit oder einer selbstverantworteten Wohngemeinschaft (§ 25 WTG) ambulant versorgt werden und in Angeboten des Servicewohnens (§ 31 WTG) bedarf es keiner Besuchsverbote und Ausgangssperren. Erforderlich ist aber ein differenziertes Informationsmanagement und eine Prozesssteuerung bei den internen Abläufen.

Eine Konkretisierung des Anwendungsbereichs des § 2 CoronaSchVO ist auch erforderlich, um Diskriminierung aufgrund einer Behinderung sowie Altersdiskriminierung vorzubeugen. Zu bedenken ist dabei, dass die meisten Menschen die für sie notwendige Unterstützung lieber in der eigenen

Häuslichkeit als in einer stationären Einrichtung erhalten würden, ihnen dies aufgrund der Personalnot in der ambulanten Versorgung und des Mangels an barrierefreiem Wohnraum aber nicht ermöglicht wurde.

Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die Bewohnerbeiräte und sonstigen Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen und bei Pflegebedürftigkeit sowie ihre Angehörigen in die die Entwicklung der Schutzkonzepte einbezogen werden.

Wenig geregelt und thematisiert ist die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit. Unter §7 „Handwerk, Dienstleistungsgewerbe“ wird in Absatz 4 der Coronaschutzverordnung ausgeführt: „Die Tätigkeiten von Angehörigen der Heilberufe mit Approbation und sonstigen Personen, die zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes befugt sind, zählen ebenso wie zur Versorgung erforderliche Tätigkeiten der ambulanten Pflege und Betreuung im Sinne des Fünften, des Neunten und des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht zu den Dienstleistungen im Sinne der vorstehenden Absätze. Diese Tätigkeiten sind weiterhin zulässig. Bei der Durchführung sollen die jeweils aktuell geltenden Empfehlungen und Richtlinien des Robert Koch-Instituts beachtet werden.“ Die bestehenden Richtlinien des RKI wurden am 22.4.2020 durch die Hinweise für ambulante Pflegedienste ergänzt (s.u.).

III. Schutz vor Eintrag des Coronavirus in den in § 2 CoronaSchVO genannten Einrichtungen durch Mitarbeiter*innen und Dienstleister sowie Angehörige der Heilberufe und Vorgehen bei erfolgten Infektionen

Aktuelle Situation

Die unter II. genannten Einrichtungen sind und waren unterschiedlich auf die aktuelle Pandemiesituation vorbereitet. Die besondere Bedeutung ergibt sich aus der Tatsache, dass bislang etwa ein Drittel der an einer Corona-Infektion Verstorbenen Heimbewohner*innen waren.

Hygieneschutzmaßnahmen müssen gemäß RKI-Empfehlungen immer im Falle von Infektionsereignissen differenziert (MRSA, Noroviren etc.) angewendet werden. Zur Verhinderung des Eintrags von Coronaviren und dem Umgang mit infizierten Bewohner*innen hat das RKI am 15.4.2020 Empfehlungen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst veröffentlicht. Damit sind die genannten Einrichtungen aufgefordert, „möglichst in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden einen COVID-19-Plan“ zu erstellen und umzusetzen. Kontakte von Heimbewohner*innen und Angehörigen außerhalb der Einrichtung sollten aufgrund des Übertragungsrisikos vermieden werden. Falls möglich, sollte die Bereitstellung alternativer Kommunikationsmöglichkeiten erfolgen. Am 22.4.2020 wurden die Empfehlungen für stationäre Einrichtungen durch Hinweise für ambulante Pflegedienste im Rahmen der COVID-19-Pandemie ergänzt.

Abweichend von den Empfehlungen und Hinweisen war und ist die Ausstattung mit Desinfektionsmitteln, Schutzkleidung etc. und die Ausbildung in der Anwendung von Schutzmaßnahmen in vielen Einrichtungen limitiert. Gleiches gilt für ambulante Pflegedienste und deren Mitarbeiter*innen.

Empfehlungen

- Bestehende Defizite bzgl. persönlicher Schutzausrüstungen müssen so rasch als möglich ausgeglichen werden. Sie sind im Verantwortungsbereich der Einrichtungen. Für faktische Knappheit ist zu prüfen, ob eine überinstitutionelle Stelle dies kompensieren muss.
- Die RKI-Empfehlungen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Hinweise für ambulante Pflegedienste sind –sofern noch nicht erschöpfend geschehen– schnellstmöglich zum Schutze der pflegebedürftigen Menschen, aber auch zum Schutze der Mitarbeiter*innen umzusetzen.
- Die Qualifikation des Personals im Bereich des Infektionsschutzes sollte umgehend erhöht werden). Die Umsetzung der RKI Empfehlung benötigt insbesondere auch Schulung von Mitarbeiter*innen (z.B. auch durch vorhandene evidenzbasierte Online-Schulungen und Anleitungen). Abhängig von der fachlichen Qualifikation und der Sprachkompetenz sind hierbei zielgruppenspezifische Formate (z.B. auch in Leichter Sprache) zu entwickeln. Insbesondere die Mitarbeiter*innen in der Eingliederungshilfe, den besonderen Wohnformen im Sinne des SGB XII sowie ähnlichen Einrichtungen haben häufig nicht die hygienespezifische Grundausbildung wie Angehörige der Pflegeberufe.

- Organisatorische Maßnahmen zur Kontaktreduzierung innerhalb der Einrichtung (z.B. Abwesenheitsregelungen bei Auftreten respiratorischer Symptome beim Personal) und Zugang zur Einrichtung nur unter Einhaltung bestimmter Bedingungen sind einzuleiten. Generelles Tragen von Mund-Nasenschutz durch sämtliches Personal auch außerhalb der direkten Versorgung von COVID-19 Patienten ist einzuhalten, um das Risiko von Eintrag bzw. Verbreitung der Infektion zu reduzieren. Ein umfassendes Überwachungssystem zur Nachverfolgung und Identifizierung von Infektionen bei allen Beschäftigten und Betreuten der stationären Einrichtung muss rasch implementiert werden (u. a. mit Symptomerfassung, Selbstbeobachtung und Dokumentation und virologischer Testung).
- Bei erfolgten Infektionen ist umgehend die zuständige Gesundheitsbehörde zu informieren, um rasch Kontaktpersonen und Infektionswege zu identifizieren und Schutzmaßnahmen zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Infektion einzuleiten. Besondere Erfordernisse, die sich aus den Beeinträchtigungen der Betroffenen (z.B. Kommunikationsfähigkeit, Selbststeuerungskompetenz, Wahrnehmungsfähigkeit) oder ihrem Unterstützungsbedarf ergeben (z.B. Assistenzbedarf, Hilfsmittel) sind bei der Maßnahmenplanung zu berücksichtigen. Zur Pflege infizierter Heimbewohner sollte geschultes Personal eingesetzt werden, welches von der Versorgung nicht-infizierter Patienten freigestellt ist. Die persönliche Schutzausrüstung der Pflegenden sollte dann Mund-Nasenschutz (FFP2/3), Schutzkittel, Handschuhe und Schutzbrille umfassen. Es wird empfohlen, frühzeitig solche Schutzmaßnahmen auf den gesamten betroffenen Bereich (z.B. Wohnbereich) auszuweiten. Bei mehreren nachgewiesenen infizierten Patienten ist Kohortierung möglich, ansonsten Einzelunterbringung.
- Nach der Pandemie sollte evaluiert werden, welche konkreten Maßnahmen wirksam waren. Diese sollten dann in die grundsätzlichen Hygienestandards (und Pandemiepläne) der Einrichtung übernommen werden.

IV. Spezifik vollstationäre Einrichtungen der Pflege: Das Bedürfnis nach Sozialkontakten und der Schutz vor Eintrag durch externe Personen

Aktuelle Situation

Die aktuellen Einschränkungen der sozialen Kontaktmöglichkeiten werden von den Bewohner*innen von stationären Einrichtungen der Langzeitpflege unterschiedlich erlebt und wahrgenommen. Insbesondere abhängig von kognitiven Kompetenzen oder Einschränkungen werden die Anweisungen zur Kontaktsperre und das Fehlen von Besuchen akzeptiert und verstanden bis hin zu nicht akzeptiert und nicht verstanden. Fehlende Kontakte zu Besuchspersonen können dabei auch als Reaktion auf vermeintliches Fehlverhalten interpretiert werden oder als generelle negative Sanktionierung. Bei eingeschränkter zeitlicher Orientierung ist die Ankündigung von Besuchen in der Zukunft wirkungslos. Viele Bewohner*innen, die das aktuelle Geschehen nicht einordnen können, sind starken psychischen Belastungen ausgesetzt und entwickeln zunehmend Apathie, Depressionen und Suizidgedanken.

Einige Bewohner*innen erleben, dass Mitbewohner*innen Dinge tun, die ihnen selbst verboten werden und können dies nicht nachvollziehen. Sie erleben dieses als unmittelbare Ungleichbehandlung. Es kommt zu abwehrendem Verhalten, Unverständnis, Aggression oder Resignation.

Aufgrund von Schutzmaßnahmen wie überwiegendem Aufenthalt im Zimmer oder im Falle von Krankheit auch im Bett sowie dem Ausfall von Gruppenaktivitäten sind die Sinneseindrücke deutlich reduziert; dies verstärkt krankheitsbedingte Einschränkungen der Sinneswahrnehmung deutlich. Der persönliche Kontakt ist für Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unhintergebar. Er ist auch nicht in jedem Fall durch alternative Kontaktformen ersetzbar. So ist es Menschen mit fortgeschrittenen kognitiven Einschränkungen schwer vermittelbar bis völlig unverständlich, dass vertraute Menschen nicht mehr erscheinen oder sie nur über einen Monitor zu einem sprechen.

Neben Besuchen in den Einrichtungen sind auch Besuche außerhalb der Einrichtungen aktuell erschwert oder bedingt. Für Menschen mit zeitlicher, räumlicher und sächlicher Orientierung, die sich sonst „frei“ in der Umgebung und darüber hinaus bewegen, bedeuten derartige Einschränkungen eine zusätzliche Limitation.

Für beruflich Pflegenden ergibt sich aus dieser Gesamtsituation eine deutlich erhöhte Belastung, weil sie mit der entstehenden Deprivation durch die Kontaktsperre kontinuierlich konfrontiert sind und dem entgegenwirken müssen.

Lösungsansätze

Zentrale Voraussetzung für weiterhin bestehende Einschränkungen des Besuchsrechts ist ein differenziertes und transparentes Kommunikations- und Informationsmanagement in den Einrichtungen. Dies betrifft sowohl die Situation der Bewohner*innen als auch die Situation in der Mitarbeiterschaft.

Besuche innerhalb der Wohnbereiche können laut der gültigen Coronaschutzverordnung bereits jetzt durch die Einrichtungsleitung in Ausnahmen unter Schutzmaßnahmen und nach Hygieneunterweisung zugelassen werden, wenn es medizinisch oder ethisch-sozial geboten ist. Das genannte Beispiel „Palliativpatienten“ lässt dabei offen, ob es sich um den konkreten Sterbeprozess handelt oder eine „unspezifische“ palliative Situation. Hierzu könnte auch eine dauerhafte Bettlägerigkeit zählen.

Besuche von außerhalb können in den Außenanlagen der Einrichtungen oder speziellen Besuchsräumen mit geringerem Risiko zu organisieren werden. Vorstellbar sind abtrennbare Areale oder abgegrenzte Einheiten wie Lauben o.ä. Temporäre Besuchshäuser oder -container werden inzwischen in den Niederlanden und der Schweiz angrenzend an Wohn- und Pflegeheimen aufgestellt. An anderen Orten wird auf eigens errichtete Zelte zurückgegriffen.

Auch die Unterstützung bei alternativen Kontaktformen z.B. über Formate des Bildtelefonierens (z.B. über Tablets oder Smartphones) erfordert in vielen Fällen eine Unterstützung der Bewohner*innen. Erschwerend wirkt sich hierbei aus, dass nur ein gewisser Anteil der Bewohner*innen, der in der Lage ist, mit digitaler Unterstützung zu kommunizieren, über passende Endgeräte verfügt oder sie selbstständig nutzen kann.

Der Aufwand zur Organisation von Besuchen im Außen- und Innenbereich wie auch die Unterstützung durch digitale Kommunikationsmöglichkeiten benötigt zusätzliche sächliche und personelle Ressourcen, die nur zum Teil im aktuell vergüteten Leistungsgeschehens berücksichtigt sind.

Empfehlungen

- Die aktuelle Coronaschutzverordnung NRW in der Fassung vom 16.4.2020 ist daher hinsichtlich der Untersagung von Besuchen durch An- und Zugehörige zu revidieren. Besuche von An- und Zugehörigen werden gesteuert und organisiert ermöglicht. Sie finden unter Berücksichtigung des Infektionsschutzes statt. Besucher sind auf die allgemeinen Hygienemaßnahmen (Händewaschen, Husten- und Niesetikette, Abstandsregelungen etc.) hinzuweisen. Besuche durch Personen mit Zeichen eines respiratorischen Infekts sind strikt zu vermeiden.
- Besuche in den Innenbereichen eines Hauses oder Wohnbereichs bedingen die Berücksichtigung der RKI-Empfehlungen wie das Anlegen von notwendiger Schutzkleidung. Dabei kann geprüft werden, ob es Zugangsmöglichkeiten gibt, die Hauptwege vermeiden, wie z.B. ungenutzte Nebeneingänge, Notausgänge, Gartenpforten etc. und die für derartige Besuchsmöglichkeiten kontrolliert genutzt werden können, damit möglichst wenig Begegnung mit anderen stattfindet. Besucher*innen im Innenbereich sollten zunächst nicht die überwiegende Regel sein, da sie einen erhöhten Aufwand erfordern und mit der jeweiligen Situation (Gesundheitsstatus der Mitarbeitenden, Ausfälle etc.) abzugleichen sind. Daher sollen sie insbesondere für Bewohner*innen ermöglicht werden, die bettlägerig sind oder bei denen aufgrund eines fehlenden situativen Verstehens andere Besuchsformen nicht möglich sind. Derartige Besuche sollten auf eine Kontaktperson beschränkt sein und setzen ein Besucher*innenscreening gemäß den Musterformblättern des RKI für „Besucher und Dienstleister“ voraus. Besuche sollten nach einem Zeitplan durchgeführt werden. Eine Einweisung in den zu treffenden Infektionsschutz ist vorzunehmen. Die Frequenz sollte sich an Kriterien der Dringlichkeit, der Gerechtigkeit und der Realisierbarkeit orientieren. Die Dauer der Besuche ist unter Berücksichtigung des Infektionsschutzes (Wirksamkeit des Mund-Nasenschutzes etc.) zu regeln und mit organisatorischen Fragen zu koppeln. Von mindestens wöchentlichen Besuchsmöglichkeiten sollte nur begründet abgewichen werden können.
- Besuche in den Außenbereichen können in bestehenden oder eigens beschafften oder errichteten Raumeinheiten oder abgegrenzten Arealen stattfinden. Sie enthalten eine Separierung. Im Idealfall ist der Besucher*inneneingang von außen frei erreichbar. Der Eingang auf der Bewohner*innenseite grenzt im günstigen Fall direkt an einen Zugang zu der Wohnanlage an oder ist durch eine Schleuse damit verbunden. Auf der Besucher*innenseite sind bei geschlossenen

Räumen vor dem Eingang Möglichkeiten zur Händedesinfektion gegeben und Instruktionen für Besucher*innen zum Vorgehen. Nach dem Besuch ist die Besuchsseite zu reinigen und zu desinfizieren, wobei die Mitarbeiter*innen dies in geschützter Arbeitskleidung unternehmen. Planung und Durchführung der Besuche werden dokumentiert. Die Frequenz und ist analog der Kriterien in den Innenbereichen auszulegen. Die Dauer ist mit organisatorischen Fragen zu koppeln (z.B. Knappheit von Arealen oder abgrenzbaren Raumeinheiten). Von mindestens wöchentlichen Besuchsmöglichkeiten sollte nur begründet abgewichen werden können.

- In den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege müssen in der aktuellen Situation Möglichkeiten geschaffen werden, alternative Kommunikationsformen (Tablets u.a.) vorzuhalten und einen Bildkontakt mit Angehörigen zu ermöglichen. Eine derartige Ausstattung würde die aktuelle soziale Situation vieler Bewohner*innen, die prinzipiell über digitale Hilfsmittel kommunizieren könnten, deutlich entspannen. Sie könnte Wartezeiten auf Besuche überbrücken und dort, wo Besuche z.B. aufgrund einer aktuellen Quarantäne nicht möglich sind, eine wichtige Kompensation für die Bewohner*innen, aber auch die betreuenden Mitarbeiter*innen leisten.
- Außenbesuche sind unter Berücksichtigung des Infektionsschutzes zuzulassen, sofern sie nicht durch andere bestehende Regelungen eingeschränkt sind.

V. Spezifik Wohnformen der Eingliederungshilfe, besondere Wohnformen im Sinne des SGB IX sowie ähnliche Einrichtungen

Aktuelle Situation

Die aktuelle Situation ist durch eine große Heterogenität der Wohnangebote, des Personenkreises der Menschen mit Behinderung und der Mitarbeitenden geprägt. Das Wohnen von Menschen mit personellem Unterstützungsbedarf in gemeinschaftlichen Wohnformen reicht vom Wohnen in der Familie, Elternassistenz für alleinerziehende Elternteile mit Behinderungen in Eltern-Kind-Einrichtungen, ambulant betreuten Wohngemeinschaften bis hin zum Wohnen in Wohnheimen und Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe. Das Infektionsrisiko variiert je nach Wohnform erheblich. In stationären Einrichtungen mit einer hohen Bewohner*innenzahl ist das nosokomiale Risiko und das Risiko der Bildung lokaler Cluster deutlich höher als in einer 3-köpfigen Wohngemeinschaft. In stationären Wohnangeboten leben häufiger Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die beim Infektionsschutz auf Leichte Sprache, Anleitung und Assistenz angewiesen sind.

Im ambulant betreuten Einzel- und Paarwohnen leben die Leistungsberechtigten im Schutz der eigenen Häuslichkeit und haben darüber hinaus die Möglichkeit, verschiedene riskante Verrichtungen (z.B. das Einkaufen) an Assistent*innen zu delegieren.

Auch der Personenkreis, der Leistungen der Eingliederungshilfe in besonderen Wohnformen erhält, ist durch eine große Heterogenität geprägt. Die Leistungen richten sich an Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit unterschiedlichen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen, die in sehr unterschiedlicher Form und in unterschiedlichem Grad in ihrer Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind. Je nach Alter und Lebenslage sind sie schulpflichtig, berufstätig, für Kinder oder andere betreuungsbedürftige Angehörige (mit-) verantwortlich, in der Werkstatt für behinderte Menschen tätig, erwerbslos oder im Ruhestand. Ihre Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe im Bereich des selbstbestimmten Wohnens, ihr Gesundheitsstatus, ihre soziale Einbindung und ihr Aktionsradius außerhalb der eigenen vier Wände sind entsprechend heterogen. Das gilt auch im Hinblick auf ihre individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten des Infektionsschutzes.

In den Einrichtungen ist eine Vielfalt an Unterstützenden hinsichtlich Quantität und Berufsausbildung tätig. Je nach Bedarf und Vereinbarung können pädagogische, pflegerische und oder therapeutische Fachkräfte unterstützend einbezogen sein oder lediglich Aushilfskräfte im Rahmen der unterstützenden Assistenz. Es ist denkbar, dass in Einrichtungen der Eingliederungshilfe keine Pflegefachkraft in einer Wohnheimgruppe arbeitet.

Trotz und gerade wegen dieser Heterogenität sind die besonderen Bedarfe und Anpassungserfordernisse für diesen Personenkreis bei Angeboten der Gesundheitsversorgung sowie bei Maßnahmen aufgrund des Infektionsschutz häufig nicht berücksichtigt. Informationsdefizite oder mangelndes Verständnis (z.B. aufgrund kognitiver Einschränkungen) müssen von den Menschen mit Behinderung, ihren Angehörigen sowie den Mitarbeitenden bewältigt werden.

Dies ist auch durch die Tatsache bedingt, dass Leistungen der Eingliederungshilfe explizit auf die Förderung der sozialen Teilhabe sowie auf die Unterstützung von Autonomie und Selbstständigkeit der Betroffenen zielen. Kontakteinschränkungen und Maßnahmen der sozialen Isolation und Distanzierung stehen beiden Zielen entgegen. Je nach kognitiver Fähigkeit der Betroffenen können diese Maßnahmen verstanden werden. Gerade für Menschen mit kognitiven Einschränkungen aufgrund geistiger Behinderung oder psychischen Störungen besteht jedoch die Gefahr höchster

Verunsicherung, die sich in einem Gefühl des Ausgeliefertseins, der Machtlosigkeit und der Aggression zeigen kann. Diese kann sich leicht auf Mitbewohnende und Betreuende übertragen.

Vor dem Hintergrund der erhöhten Vulnerabilität dieser Personengruppe, erhöhen längerdauernde Maßnahmen der Isolation und Einschränkungen sozialer Kontakte, des Verlustes der Tagesstruktur sowie der erlebten Fremdbestimmung die Gefahr der weiteren Entwicklung von (psychischen) Krankheiten.

Lösungsansätze

Die individuellen Bedürfnisse und Anpassungserfordernisse von Menschen mit Beeinträchtigungen erfordern adaptive und partizipative Strukturen bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen des Infektionsschutzes sowie den Einbezug der Fachwissenschaften mit Blick auf Menschen mit Behinderung.

Barrieren und Ausgrenzungen von Menschen mit Behinderung müssen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention reduziert und eine gleichberechtigte Teilhabe ermöglicht werden. Für den Infektionsschutz bedeutet dies, dass neben einer bedarfsgerechten und an die Behinderungsbilder angepassten Maßnahmengestaltung auch die medizinische Versorgung durch Hausärzte sowie im Krankenhaus inklusionsorientiert gestaltet werden muss, in dem als erster Schritt Vernetzungsstrukturen zu Beratungsstrukturen im Kontext Behinderung (Selbsthilfe, Facheinrichtungen, Hochschulen) aufgebaut werden. Zusätzliche Ressourcen für Personal und Hilfsmittel sollten bereitgestellt werden.

Unterstützungsstrukturen in Form von Beratung und Supervision für die Betroffenen (Menschen mit Beeinträchtigung, Angehörige sowie Mitarbeitende) für Pflege im Kontext von Behinderung sowie für Fragen der Erziehung, der Alltagsgestaltung und des Umgangs mit herausfordernden Verhaltensweisen (z.B. Aggressionen) helfen bei Aggression und in Überforderungssituationen, die zu Folgekrankheiten führen können. Auch sind personale Hilfen zur Unterstützung des Umfeldes (Angehörige, Wohngruppe) wichtige Beiträge zur Entlastung und Stabilisierung.

Neben dem Infektionsschutz sind die Grundbedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung, positiven Erlebnissen und sozialer Teilhabe für die Betroffenen zu beachten. Hierzu helfen Sozialkontakte, tagesstrukturierende Aktivitäten und die Gestaltung positiver Beziehungen.

Empfehlungen

- Menschen der Risikogruppe sollten bevorzugten Zugang zu Mund-Nasenschutzmasken bzw. höherwertigen Schutzmasken erhalten, um sich vor Infektion zu schützen. Ggfs. ist das Tragen der Masken zu üben. Auf diese Weise können Begegnungen in den Einrichtungen sowie das Verlassen der Einrichtung (z.B. für Einkäufe) ermöglicht werden. Im Umfeld von Menschen mit Hörschädigung sind transparente Masken zu empfehlen.
- Soweit der Infektionsschutz einen höheren Unterstützungsbedarf bedingt, muss dieser zeitnah und möglichst unbürokratisch vom Leistungsträger bewilligt werden. Dabei ist nicht nur der Unterstützungsbedarf des Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen, sondern auch die Anleitung und Unterstützung seiner Kontaktpersonen. Maßnahmen des Infektionsschutzes müssen zielgruppenspezifisch kommuniziert werden (leichte Sprache, Gebärden, Visualisierungen etc.).

- Kliniken und Krankenhäuser sind auf den Umgang mit Menschen mit körperlichen, geistigen, seelischen und wahrnehmungsbezogenen Beeinträchtigungen vorzubereiten. Die bestehenden Maßnahmen der Behandlung in den Kliniken im Falle der COVID-Infektion sind zu überprüfen, um den Schutz der Menschen mit Behinderung sowie der Mitarbeitenden in den Kliniken zu gewährleisten. Dies beinhaltet auch Möglichkeiten der Assistenz und Dolmetschung (z.B. Gebärdendolmetscher*innen). Netzwerke zu Beratungs- und Unterstützungsstrukturen im Kontext Behinderung (Selbsthilfe, Facheinrichtungen, Hochschulen) müssen aufgebaut werden. Menschen mit Behinderung muss ist ein chancengleicher Zugang zu Maßnahmen der Behandlung im Falle eine COVID-Infektion eingeräumt werden. Dies betrifft auch Maßnahmen der Notfallmedizin sowie der intensivmedizinischen Behandlung.
- Für Menschen mit Behinderung, ihren Angehörigen und für Mitarbeitende sind niederschwellige Beratungsangebote in NRW einzurichten, die für alle Wohnformen (selbstständiges Wohnen, betreutes Wohnen, Familien, Einrichtung ohne Pflegefachkräfte) beratend im Hinblick auf Infektionsschutz und im Bereich der zur psychosozialen und gesundheitsbezogenen Versorgung zur Seite steht (z.B. Gesundheit, Erziehung, Umgang mit Aggression). Soweit möglich, sollten hierfür die bereits vorhandenen Strukturen (z.B. die Kompetenzzentren Selbstbestimmtes Leben, die Unabhängige Teilhabeberatungsstellen, die Koordinierungs- Kontakt und Beratungsstellen, die Sozialpsychiatrischen Zentren und die Beratungsstellen der Selbsthilfeorganisationen) genutzt und mit zusätzlichen Stellen und Sachmitteln ausgestattet werden. Es ist ein Netzwerk mit bestehenden Beratungsstellen aufzubauen (z.B. Beratung im Kontext Unterstützte Kommunikation (UK), Infektionsschutz, Erziehungsberatung, Familien- und Lebensberatung). Auch sind die wissenschaftlichen Fachdisziplinen im Kontext Inklusion und Behinderung einzubeziehen.
- Familien sowie Personen, die ambulant wohnen und bislang keine psychosoziale Unterstützung erhalten, sollte diese ergänzend und für die Betroffenen kostenlos angeboten werden (Bsp.: Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die bislang keine Angebote aus dem ambulant betreuten Wohnen erhalten, sollten diese abrufen können; Familien erhalten personale Unterstützung z.B. bei Erziehungsfragen mit Kindern mit Autismus). Die Informationsweitergabe und die Verteilung von Schutzausrüstung muss für ambulante Wohnformen ohne großen Eigenaufwand der Betroffenen sichergestellt werden.
- Aufgrund der Heterogenität der Bewohner*innen und der Wohnangebote sind vom der Wohneinrichtung darzulegen, wie Infektionsschutz umgesetzt sowie die mit den Bewohner*innen vereinbarten Leistungen und Unterstützungen erbracht werden. Dies betrifft insbesondere die soziale Teilhabe, Unterstützung der Autonomie und Möglichkeiten der Bewegung.
- Die Bewohner*innen einer Wohneinrichtung müssen gemäß § 22 WTG über ihre Beiräte beteiligt und regelmäßig über alle getroffenen Maßnahmen informiert werden, sofern eine zielgruppenspezifische Kommunikation (wenn erforderlich unter Verwendung der Methoden der Unterstützten Kommunikation sowie Leichter Sprache) möglich ist.
- In allen Wohnformen müssen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe der Menschen mit Behinderung sowie tagesstrukturierende Angebote, die auch Bewegungserfahrungen ermöglichen, angeboten werden. Neben persönlichen Begegnungen sind Kontakte über digitale Medien für viele Betroffene empfehlenswert. Angebote der Werkstätten in den Wohneinrichtungen sind aufgrund des

tagesstrukturierenden Charakters zu empfehlen und zu refinanzieren. Im Rahmen der Schulöffnung sind Möglichkeiten zur Einbeziehung von Risikopersonen aufzubauen, die aufgrund möglicher Infektionen nicht am Schulbesuch teilnehmen dürfen, (z.B. Teilnahme über Videokonferenztools).

- Aufgrund der Heterogenität der Menschen mit Behinderung sowie der Dienste ist eine Partizipationsstruktur zu entwickeln, die die politischen Handlungsträger zeitnah auf Probleme und Anpassungen der Maßnahmen (auch dieser Empfehlungen) hinweist.

VI. Spezifik ambulante Pflege und pflegende Angehörige

Aktuelle Situation

In NRW werden ca. 75 % der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in der Häuslichkeit versorgt. Pflegende Angehörige, osteuropäische Betreuungskräfte und ambulante Dienstleister*innen (wie Pflegedienste, Betreuungsdienste, Ehrenamtler*innen und weitere Akteure) stellen die Versorgung hier in sehr unterschiedlichen Versorgungssituationen sicher.

Die Gruppe der pflegenden Angehörigen ist sehr heterogen. Sie unterscheidet sich z.B. in ihrer sozialen Einbindung, ihrem Aktionsradius außerhalb der Wohnung, ihrer gesundheitlichen Konstitution und ihrer individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten.

Pflegende Angehörige sind in ihrem Alltag grundsätzlich von sozialer Isolation bedroht, da sie rund um die Uhr für die/den Pflegebedürftigen sorgen und nicht ohne weiteres die Wohnung verlassen können. Diese Isolation wird durch die Pandemie noch verstärkt, da zusätzlich die Einschleppung von Krankheitserregern oder die eigene Erkrankung des pflegenden Angehörigen angsterzeugend und isolationsfördernd wirkt. Entlastungsangebote wie Tages- und Kurzzeitpflege stehen faktisch nicht zur Verfügung.

Berufliche Pflegende im ambulanten Setting müssen dieser Situation begegnen und zudem ihr eigenes Handeln in Bezug auf das Einbringen von Keimen durch den ständigen Wechsel der Orte anpassen. Auch hier zeigt sich die Knappheit der materiellen Ressourcen und die Notwendigkeit klarer und verständlicher Hygieneregeln.

Lösungsansätze

Beruflich Pflegende und pflegende An- und Zugehörige müssen sich und die pflegebedürftige Person bei der Versorgung entsprechend schützen können. Hierzu bedarf es ausreichend Schutzmaterialien wie Einmalhandschuhe, Mund-Nasenschutz (evtl. FFP 2-Masken), Einmalkittel und Wissen über hygienisches Vorgehen. In NRW wird dies bislang nur in einer Kommune bereitgestellt bzw. an die pflegenden Haushalte bzw. die entsprechenden Dienste verteilt.

Neben den Versorgungsangeboten für Pflegebedürftige sollten auch Hilfs- und/oder Entlastungsangebote für pflegende Angehörige bereitgestellt und vorgehalten werden.

Empfehlungen

- Falls eine Pflege- oder Betreuungsperson erkrankt (an Covid-19 oder einer anderen schweren Erkrankung) muss die Versorgung des Pflegebedürftigen sichergestellt werden können. Hierfür benötigen pflegende Angehörige und Ansprechpartner*innen des Gesundheitswesens (z.B. Rettungsdienst, Ambulanzmitarbeiter*innen in Kliniken) eine zentrale Notrufnummer. In Notfällen muss der Rettungsdienst Verantwortung für die weitere Versorgung der pflegebedürftigen Person übernehmen.
- Es sollten lokale Pools mit erfahrenen Pflegepersonen (z.B. ehemalige pflegende Angehörige, Pflegehelfer*innen, Pflegefachpersonen) aufgebaut werden, die als Freiwillige in Notsituationen zur Verfügung stehen und kurzfristig eingesetzt werden können. Die Koordination (und Notfallnummer) kann z.B. bei der Pflege- und Wohnberatung der Kommunen bzw. Kreise verankert werden. Kommunale Stellen können helfen, pflegende Angehörige von unnötigen

Wegen/Besorgungen (z.B. Apotheke, Drogeriemarkt usw.) zu befreien (Schaffung eines Freiwilligenpools).





- Um psychischen Überlastungssituationen (und z.B. auch Gewaltausbrüchen) vorzubeugen, sollten telefonische Beratungs- und Entlastungsdienste (wie z.B. die Telefonseelsorge) medial intensiv beworben und immer wieder bekannt gemacht werden. Beratungsangebote, die sonst durch Besuche in der Häuslichkeit stattfinden, sollten per Telefon- oder Videogespräch angeboten werden, um die Unterstützung aufrecht zu erhalten.
- Da viele Leistungen der sozialen Pflegeversicherung derzeit (und auf unbestimmte Zeit) nicht abgerufen werden können (z.B. Tagespflege oder Kurzzeitpflege), sollten die Leistungen unbürokratisch gepoolt werden können, um die Gelder für andere Entlastungsdienste wie Einkaufsservice oder Menüservice nutzen zu können.

VII. Besondere Regelungen

Vorhandene Patientenverfügungen sollten im Hinblick auf den Wunsch nach intensivmedizinischer Behandlung geprüft werden. Im Falle fehlender Patientenverfügungen sollten Bewohner*innen und Betreuer*innen angesprochen werden. Im Falle einer Covid-Infektion sind insbesondere auf die Erfolgsaussicht und die Folgen einer künstlichen Beatmung hinzuweisen, um Bewohner*innen und Betreuer*innen entscheidungsfähig zu machen, was im Eintreten eines solchen Falles unternommen werden soll oder zu unterlassen ist. Hierbei sollten Covid-spezifische Verfügungsbögen entwickelt und eingesetzt werden.

Kurzinfo Verfasserinn*en

<p>Frauke Gorontzi</p> 	<p>Evangelischer Verbund Ruhr (EVR) Schulleitung Pflegefachschule des EvK Witten</p> <p>Krankenschwester, Diplom- Pflegewissenschaftlerin, Coach; 2003 – 2020 in unterschiedlichen Stabs- und Leitungsfunktionen in den Bereichen Gesundheit und Versorgung sowie berufliche Bildung, Dozentin</p>
<p>Prof. Dr. Dieter Häussinger</p> 	<p>Universität Düsseldorf Seniorprofessur</p> <p>Von 1994 bis 2020 Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin und Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Direktor des W. Hirsch-Instituts für Tropenmedizin an der Arsi Universität in Äthiopien. Sprecher der Sonderforschungsbereiche 575 (2000-2011) und 974 (seit 2012). Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften und Künste.</p>
<p>Ulrike Kempchen</p> 	<p>Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebe- trockene Menschen (BIVA-Pflegeschutzbund)</p> <p>Ulrike Kempchen ist zugelassene Rechtsanwältin und seit 2010 bei der Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebe-trockene Menschen (BIVA-Pflegeschutzbund) beschäftigt. Seit 2014 leitet Kempchen die Rechtsabteilung des Bundesverbandes und ist in dieser Aufgabe auf Landes- und Bundesebene tätig. Sie ist Autorin diverser Ratgeber wie u.a. „Mein Recht bei Pflegebedürftigkeit“ und Mitkommentatorin an Kommentaren zum SGB XI und WBG.</p>

<p>Prof. Dr. Oliver Razum</p> 	<p>Universität Bielefeld <i>Fakultät für Gesundheitswissenschaften</i></p> <p>Oliver Razum ist seit 2012 Dekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Seit 2004 leitet er die AG Epidemiologie & International Public Health. Seine Forschungsschwerpunkte sind soziale Ungleichheit und Gesundheit, insbesondere mit Blick auf die Gesundheit von Migrant*innen und Geflüchteten; sowie Gesundheitssystemforschung in den Bereichen Rehabilitation, Pflege und Geburtshilfe.</p>
<p>Prof. Dr. Tanja Segmüller</p> 	<p>Hochschule für Gesundheit, Bochum <i>Departement of Community Health (DoCH)</i></p> <p>Seit 2018 Professur für Alterswissenschaften, Promovierte Pflegewissenschaftlerin, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Seit 2019 im Aufsichtsrat der Nikolaus Groß Stiftung, Essen. Seit 2008 Mitbegründerin des Beratungsansatzes Wittener Werkzeuge. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte sind insbesondere Pflegenden Angehörige, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Gesundheitsversorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen im Quartier.</p>
<p>Helmut Wallrafen</p> 	<p>Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach</p> <p>Staatlich anerkannter Altenpfleger, seit der Gründung 1996 Geschäftsführer der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH, Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Fachbuchautor</p>
<p>Prof. Dr. Christian Walter-Klose</p> 	<p>Hochschule für Gesundheit, Bochum <i>Departement of Community Health (DoCH)</i></p> <p>Walter-Klose ist seit 2018 Professor für Behinderung und Inklusion an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Als Diplom-Psychologe und systemischer Therapeut lehrt und forscht er seit 2010 mit dem Schwerpunkt der Inklusion und Teilhabe von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen in allen Lebensbereichen.</p>

<p>Prof. Dr. Michael Wessels</p> 	<p>Hochschule für Gesundheit, Bochum <i>Department of Community Health (DoCH)</i></p> <p>Seit 2016 Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, seit 2020 Dekan des Department of Community Health. Mitglied und stellvertretendes Mitglied in verschiedenen Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV; von 2005 bis 2012 für die Verbände der Ersatzkassen in verschiedenen Unterausschüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Im Jahr 2019 erschien sein Lehrbuch Pflegeökonomie.</p>
<p>Prof. Dr. Markus Zimmermann</p> 	<p>Hochschule für Gesundheit, Bochum <i>Department für Pflegewissenschaft (DPW)</i></p> <p>Markus Zimmermann ist seit 2015 an der hsg Professor für pflegerische Versorgungsforschung. Er ist Gründungsdekan des Departments für Pflegewissenschaft und Programmverantwortlicher für den Weiterbildungsstudiengang Advanced Nursing Practice M.Sc. Seine Forschungsschwerpunkte sind Versorgungsforschung, Ethik und Rehabilitation.</p>
<p>Prof. Dr. Julia Zinsmeister</p> 	<p>TH Köln <i>Institut für Soziales Recht</i></p> <p>Prof. Dr. Julia Zinsmeister ist seit 2006 Professorin für Öffentliches Recht an der TH Köln, Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften. Sie forscht im Bereich des Antidiskriminierungsrechts, des Kinder- und Jugendhilferechts und zu ausgewählten Fragen des Rehabilitations- und Teilhaberechts. Ihr besonderes Interesse gilt dem Rechtsschutz von Menschen in Heimen und anderen institutionalisierten Hilfesettings.</p>

Referenzen und Bezugnahmen

Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBI. I S.587).

Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (GG).

Hinweise des RKI für ambulante Pflegedienste im Rahmen der COVID-19-Pandemie (22.4.2020).

Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (24.04.2020). Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie für den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.

Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI), Soziale Pflegeversicherung.

Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), Sozialhilfe.

Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronaschutzverordnung – CoronaSchVO) vom 22. März 2020 (Fassung 16.4.2020).

Wohn- und Teilhabegesetz (Nordrhein-Westfalen) (WTG).