

Die Spitze des Eisberges – oder gehorsame Pflege?

Coronapandemie und Krisentelefon für beruflich Pflegende in Bayern

Thomas Klie

Das Krisentelefon

In der ersten Welle der Coronapandemie bestand sowohl in Kliniken als auch in der Langzeitpflege, stationär und ambulant große Unsicherheit: Wie kann ein wirksamer, staatlich angeordneter Infektionsschutz umgesetzt und dies mit dem der Pflege ebenso übertragenen Schutz von Menschenrechten der Patient*innen und auf Pflege angewiesene Menschen in Einklang gebracht werden? In allen Institutionen des Gesundheits- und Pflegewesens waren Leitungskräfte, aber auch die jeweils in der beruflichen Pflege Tätigen mit vielfältigen Dilemmata konfrontiert. Sie selbst brachten sich in Gefahr. Sie sahen das Infektionsschutzrisiko ihrer Patient*innen, sahen begrenzte Ressourcen in den Kliniken und sich insbesondere in der Langzeitpflege Anforderungen ausgesetzt, deren Umsetzung unmittelbar in die Freiheits- und Menschenrechte auf Pflege angewiesener Menschen eingriffen. Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB), der bayerische Weg einer Selbstverwaltung der Pflege, initiierte ein Krisentelefon für beruflich Pflegende. Täglich bestand die Möglichkeit von April bis Juli und wieder ab Oktober 2020 sich telefonisch oder schriftlich Rat zu holen: In psychosozialer Hinsicht bei supervisorisch ausgebildeten Pflegekräften, in ethischen Fragen, durch ein Expertenteam von Ethikexpert*innen der Pflege und in rechtlichen Fragen durch den Unterzeichner gemeinsam mit Aufgaben der Rechtsberatung betrauten Kanzleikolleg*innen.¹ Den beruflich Pflegenden sollten eine unabhängige, sie in ihrer professionellen Fachlichkeit unterstützende Beratung angeboten werden. Sie sollten die Möglichkeit haben ihre Sorgen zu thematisieren, sich psychosoziale Unterstützung aus dem Kolleg*innenkreis zu holen. Durch die ethische und rechtliche Beratung, die ihnen mit der Garantie der Diskretion und Schweigepflicht angeboten wurde, galt sie in ihrer Handlungssicherheit und Orientierung in juristischen Fragen zu unterstützen und die Möglichkeit zu eröffnen, ethische Dilemmata zu thematisieren und zu reflektieren. Das Angebot stieß auf breite Resonanz in der Fachöffentlichkeit, es wurde begrüßt und als beispielhaft qualifiziert. Es wurde aber vergleichsweise wenig genutzt. Die täglich zur Verfügung stehende ethische Beratung wurde trotz eines hochkarätig besetzten „Teams“² so gut wie gar nicht in Anspruch genommen. Ethikberatung braucht Ermutigung durch die Führungskräfte und eine Verankerung in der jeweiligen Institution. Am meisten genutzt wurde und dies im Wesentlichen von Leitungskräften aus dem Klinik- aber auch dem Langzeitpflegebereich das Beratungsangebot zu Rechtsfragen. Dabei lassen sich grob zwei Komplexe an Fragestellungen unterscheiden: Fragen, die sich auf die Rechtsposition und die Rechte der Pflegekräfte beziehen und Fragestellungen, die im

¹ Corona Krisenberatung der VdPB: <https://www.vdpb-bayern.de/beratung-service-downloads/corona-krisenberatung/>

² Beratungsteam der ethischen Corona Krisenberatung der VdPB: Andreas Arnold, Prof. Dr. Constanze Giese, Prof. Dr. habil. Thomas Klie, Prof. Dr. Arne Manzeschke, Prof. Dr. habil. Hartmut Remmers, Prof. Dr. habil. Annette Riedel, Prof. Dr. Markus Witzmann, Prof. Dr. Sabine Wöhlke.

Wesentlichen um die Rechtsposition von Patient*innen und auf Pflege angewiesene Menschen bezogen. Zu den ersteren gehörten Fragen nach arbeitszeit- und arbeitsschutzrechtlichen Fragen. Die über den Pflegepool „rekrutierten“ Pflegekräfte wandten sich hinsichtlich des ihnen zugeordneten Einsatzes etwa im Pflegeheim an die Rechtsberatung. Ob der Pflegebonus auch denjenigen auszuzahlen ist, die seit Monaten krank sind, wurde ebenso angefragt, wie nach dem Anspruch auf den Pflegebonus für Auszubildende. „Muss ich mich als Pflegekraft mit vulnerablen Familienmitgliedern zur Arbeit begeben“, „unter welchen Voraussetzungen kann ich meinen Dienst verweigern“: Die Sorgen, aber auch die individuellen Interessenslagen beruflich Pflegenden kamen im Krisentelefon zur Sprache. Viele schienen sehr gut nachvollziehbar und berechtigt, andere waren geprägt von sehr individuellen und partikularen Anliegen.

Zahlenmäßig die meisten Anrufe thematisierten Rechtsfragen, die mit den Grund- und Menschenrechtspositionen von Patient*innen und auf Pflege angewiesene Menschen verbunden waren. Diese wurden anders als die patient*innen- und bewohner*innenbezogenen von Leitungskräften gestellt. Anrufe von Pflegekräften „am Bett“ gab es so gut wie keine. Diese Fragen, die in dem Kreis der Ethikexpert*innen ebenso aufgegriffen und beraten wurden, gaben Einblick in zum Teil hoch problematische behördliche und institutionelle Vorgehensweisen. Sie berührten die auch öffentlich breit diskutierten Fragen, die inzwischen einer gründlicheren Aufbereitung zugeführt wurden, die aber immer noch virulent sind und dies auch in der zweiten Welle der Coronapandemie. Die Fragenkomplexe werden nachfolgend exemplarisch dargestellt und die im Krisentelefon gestellten Fragen und die darauf gegebenen Antworten dokumentiert.

Fragenkomplex Besuchsverbote im Pflegeheim

Die Coronaverordnungen der Bundesländer enthalten zum Teil strikte Besuchsverbote in Pflegeheimen. Sie unterschieden sich wie viele andere Pandemie bezogene Infektionsschutzkonzepte zwischen den Bundesländern. Sie wurden auch innerhalb von Bayern von den örtlichen Gesundheitsämtern und Heimaufsichtsbehörden keineswegs in einer einheitlichen Weise umgesetzt. Auch die Leitungsebene von Einrichtungen formulierten je eigene Infektionsschutzregeln, die vielfach über die in den Coronaverordnungen formulierten Anforderungen hinausgingen. Dass die Coronaverordnungen der Bundesländer und die Maßnahmen der Gesundheitsämter keineswegs in jeder Hinsicht über eine ausreichende gesetzliche Grundlage verfügten, wurde im Gesetzgebungsverfahren zu § 28a IfSG in seiner Problematik deutlich und erst sehr spät aufgefangen. Auch die Regelungen im Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite waren in der Entwurfsfassung und sind weiterhin in der vom Bundestag verabschiedeten Fassung verfassungsrechtlich umstritten.³ Eine ganze Reihe von Coronamaßnahmen, insbesondere solche der Gesundheitsministerien, die in die bürgerlichen Rechte und Grundfreiheiten der Bewohner*innen von Heimen eingriffen, waren wie das VG Minden⁴ judizierte, nicht ausreichend legitimiert. Klinik- und Einrichtungsleitungen, aber auch die Pflegekräfte sahen sich mit behördlichen Anforderungen und

³ Klafki, Anika: Stellungnahme als Einzelsachverständige zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, Gesundheitsausschuss 12.11.2020 (BT-Drs. 19/23944).

⁴ VG Minden, Beschluss vom 14. Oktober 2020 – 7 L 729/20 –, juris.

Anordnungen konfrontiert, die sie zur Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen anhielten, die massiv in Bürgerrechte eingriffen – sowohl in die der An- und Zugehörigen, als auch in die der Patient*innen und Bewohner*innen. Sie waren vielfach unverhältnismäßig, wie sich später herausstellte. Sie wurden, wie Pflegekräfte in Anfragen berichteten, von Einrichtungsleitungen bisweilen übererfüllt. Haftungsrechtliche Argumentationsmuster wurden benutzt, um die Einrichtungen besucherfrei zu halten. Möglichkeiten und Wege, die späterhin auch von Heimaufsichtsbehörden, auch in Bayern unterstützt oder zumindest für tragbar gehalten wurden, etwa An- und Zugehörige, die regelmäßig und alltäglich in die Begleitung und Pflege von Bewohner*innen einbezogen waren, ein Praktikanten- oder freien Mitarbeiterstatus einzuräumen und ihnen damit den Zugang zur Einrichtung zu eröffnen, wurden selten genutzt. Zumeist sah man sich gezwungen, den Anordnungen der Gesundheitsämter Folge zu leisten und entweder Besuche ganz und gar zu unterbinden oder mit den bekannten Formen digitaler Kommunikation, unter Einhaltung von Distance-Geboten oder mit Plexiglasscheiben, Trennscheiben oder Besuchercontainern zu ermöglichen. Die Kreativität war beeindruckend, die Bereitschaft, sich an zum Teil unverhältnismäßige Vorgaben zu halten und sie umzusetzen, beachtlich. Wie das massenhafte Vorkommen für das massenhafte Phänomen der Grund- und Menschenrechtseinschränkungen durch Besuchsverbote war die Inanspruchnahme des Krisentelefons vergleichsweise gering. Das nachfolgende Fallbeispiel veranschaulicht eine typische Anfrage mit der seinerzeit gegebenen Antwort.

Fall 1: *Die Anfragende problematisiert das Besuchsverbot in Pflegeheimen. Sie hält das generelle Besuchsverbot, so wie es in Bayern geregelt ist, für einen Skandal und fragt danach, welche rechtlichen Möglichkeiten es gäbe, gegen das generelle Besuchsverbot vorzugehen.*

Antwort: *Ich bestätigte ihr die verfassungsrechtliche Problematik des Besuchsverbotes, wies sie allerdings darauf hin, dass es sowohl aus Brandenburg als auch aus Niedersachsen verwaltungsgerichtliche Entscheidungen im einstweiligen Rechtsschutz gäbe, die das Besuchsverbot bestätigt hätten. Argumentiert wird stets mit dem prioritären Gesundheitsschutz. Einen Antrag auf einstweilige Anordnung hatten Angehörige gestellt, nicht die Bewohner*innen selbst.*

Besuchsverbote müssen gleichwohl differenziert gehandhabt werden. Ein genereller Ausschluss ist dann, wenn entsprechende Hygieneschutzmaßnahmen im Einzelfall und institutionell gewährleistet sind, nicht haltbar. Es sind alle Möglichkeiten auszuschöpfen, über digitale Kommunikation, über Besuchscontainer, über Umbaumaßnahmen im Cafeteriabereich Besuchsmöglichkeiten zu schaffen, die sich nicht auf die unmittelbare Begegnung im Bewohnerzimmer respektive in einem Gemeinschaftsbereich der Einrichtung beziehen respektive dort stattfinden. Vielfach lassen sich durch derartige Kompensationen einer unmittelbaren Besuchsmöglichkeit die psychosozialen Bedürfnisse der Beteiligten durchaus befriedigen.

*Dort aber, wo das Wohlbefinden, wo die psychische Gesundheit von Bewohner*innen und eine fachlich und menschrechtlich gebotene Begleitung und Versorgung nur unter Beteiligung von An- und Zugehörigen respektive Ehrenamtlichen gelingen kann, dort könne das Besuchsverbot nicht in der strikten Fassung, die derzeit in Bayern gelte, auf Dauer Bestand haben. In Nordrhein-Westfalen gibt es eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung der BIVA, von Heimträgern aber auch Aufsichtsbehörden, die ein Konzept*

*für ein flexibleres Corona-Besuchskonzept in Heimen vorbereitet. Kommen die Einrichtungen institutionell und individuell den im Übrigen auch schon vor Corona geltenden hygieneschutzrechtlichen Anforderungen nach, verfügen sie über ein entsprechendes Hygienemanagement und beschränken die Besuche auf die Bewohner*innen, für die die Besuche elementar bedeutsam sind – und das auch jenseits von Situationen der Sterbebegleitung –, müssten im Einzelfall Besuche durch die Hausleitung ermöglicht werden. Kollateralschäden bei den Bewohner*innen müssen vermieden werden, die unter anderem darin bestehen können, dass durch die nicht mehr sichergestellte Hilfe bei der Nahrungsaufnahme durch Angehörige eine PEG-Sonde gelegt wird, dass Menschen mit Demenz in ihrem Bewegungsdrang nicht mehr hinreichend begleitet und unterstützt werden können und zu Fixierungsmaßnahmen gegriffen wird.*

*Die Anfragende fragte, ob durch einstweilige Rechtsschutzverfahren das Besuchsverbot im Einzelfall aufgehoben werden könnte. Der Unterzeichner hielt dies grundsätzlich für möglich, sah aber die Notwendigkeit, dass es sich um einen sehr gut vorbereiteten Präzedenzfall handle. Ansonsten müsste gegebenenfalls bei einer von der Leitungskraft verantworteten Durchbrechung des Besuchsverbots im Einzelfall gegen entsprechende Buß- und Zwangsgelder vorgegangen werden. Durch ein konzertiertes Vorgehen im Einzelfall gemeinsam mit Ärzten, An- und Zugehörigen, gegebenenfalls dem Betreuungsgericht, das auch mit eingeschaltet werden könnte, insbesondere bei Menschen mit Demenz und unter Heranziehung des individuellen Pflege- und Hilfeplans, der die Bedeutung der An- und Zugehörigen für die Erreichung der jeweiligen Pflegeziele und Vermeidung von Menschenrechtsverletzungen darlege, müsste ein solches Verfahren durchaus chancenreich sein. Der Mensch hat im Mittelpunkt zu stehen: Nicht das Haftungsrisiko von Einrichtungen. Voraussetzung, das betonte der Unterzeichner abschließend, ist allerdings ein Hygienekonzept, für das die personellen, sächlichen und operativen Voraussetzungen geschaffen worden sind. Warum soll, wenn diese Voraussetzungen eingehalten werden, der Besuch eines Angehörigen, der über entsprechende Schutzkleidung wie Mitarbeiter*innen verfügt, gefährlicher sein als der Kontakt zu den täglich wechselnden Mitarbeiter*innen?*

Fragenkomplex: Aufnahme von Patient*innen aus Krankenhäusern

Patient*innen, die aus Krankenhäusern in Pflegeheime „(rück-)verlegt“ wurden, stellten Verantwortliche in Heimen, aber auch die dort tätigen Mitarbeiter*innen, vor große Herausforderungen. Im Rahmen der Rechtsberatung wurden die nachfolgend wiedergegebenen Fallkonstellationen und Kategorien entwickelt, die eine gewisse Handlungssicherheit für die Beteiligten erzeugen sollten. Pflegekräfte vor Ort waren mit Konstellationen konfrontiert, in denen sie von der jeweiligen Heimleitung angehalten wurden, Patient*innen aus Krankenhäusern generell nicht aufzunehmen, auch wenn sie über einen Negativtest verfügten. In anderen Situationen konnte die Aufnahme nur erfolgen, wenn die Einhaltung von Quarantäneanforderungen eingehalten werden können – gerade bei Menschen mit hirnorganischen Veränderungen eine ausgesprochen anspruchsvolle und häufig nicht umsetzbare Anforderung. Kurzzeitpflege, Reha, Kliniken, die von der Staatsregierung in Bayern rekrutiert wurden, waren faktisch und/ oder territorial nicht verfügbar. Die Gesundheitsämter, die für die Umsetzung von Quarantäneanordnungen zuständig sind, waren häufig nicht in der Lage, ihrem gesetzlichen Auftrag, Quarantänemaßnahmen auch durch das Angebot geeigneter Einrichtungen zu

gewährleisten, nachzukommen. Praktisch waren es die beruflich Pflegenden, die mit diesen Dilemmata umgehen mussten. Dies führte bisweilen zu erheblichen, auch psychosozialen Belastungen, etwa wenn ein*e langjährige*r Heimbewohner*in aus dem Krankenhaus zurückkam, nicht aufgenommen werden sollte, sich die verantwortlichen Pflegekräfte aber gerade ihnen gegenüber in besonderer Weise verantwortlich fühlte.

Patient*innen mit Covid 19 Infektion	• Aufnahme nur unter Bedingungen von Quarantäne
Patient*innen mit Covid 19 Verdacht	• Aufnahme grundsätzlich nur unter Bedingungen von Quarantäne • Bei staatlicher Anordnung Aufnahme unter allen realisierbaren Infektionsschutzmaßnahmen • In Notstandssituationen nach differenzierter Risikoanalyse und -abwägung
Patient*innen mit ungewisser Infektionslage	• Aufnahme grundsätzlich nur unter Bedingungen von Quarantäne • Bei staatlicher Anordnung Aufnahme unter allen realisierbaren Infektionsschutzmaßnahmen • In Notstandssituationen nach differenzierter Risikoanalyse und -abwägung
Patient*innen mit negativen Testergebnis	• Aufnahme unter Beachtung der derzeit gebotenen Infektionsschutzmaßnahmen
Patient*innen mit geheilter Covid 19 Infektion	• Aufnahme unter Beachtung der allgemeinen Coronabedingten Hygienemaßnahmen

Eigene Darstellung

Fragenkomplex Quarantäne und Zwangsmaßnahmen

Zu den schwerwiegendsten Eingriffen in Freiheits- und Menschenrechte gehörte die Anordnung und Durchführung von Quarantänemaßnahmen. Während der Coronapandemie ist das Infektionsschutzgesetz mehrfach geändert worden. Die Quarantänenvorschrift wurde neu gefasst, mit der Überschrift „Absonderung“ statt „Quarantäne“ versehen, damit unterschiedliche Fallgruppen durch § 30 IfSG erfasst werden konnten: Die Infektiösen und die mit einem Infektionsverdacht Ausgestatteten. Vielfach griffen allerdings die Gesundheitsämter auf die Generalklausel des § 29 IfSG zurück, der sie allerdings nicht ermächtigte, in Freiheitsrechte der Bürger*innen einzugreifen. Quarantänemaßnahmen mussten jeweils auf § 30 IfSG gegründet werden. Sollte die Quarantänemaßnahme mit freiheitsentziehenden Maßnahmen verbunden werden, so bedurfte es gem. § 30 Abs. 2 IfSG⁵ darüber hinaus einer gerichtlichen Genehmigung. Dies war vielen nicht bekannt, auch vielen Gesundheitsämtern nicht und führte zum Teil dramatischen menschenrechtlichen Eingriffen, die im Krisentelefon zur Sprache kamen. Die nachfolgend geschilderten Fallbeschreibungen wurden dem zuständigen Staatsministerium ebenso übermittelt. Auch wurden sie zum Gegenstand einer kleinen Anfrage der Grünen im bayerischen

⁵ Vgl. Klie, Thomas (2020): Absonderung mit freiheitsentziehendem Charakter gem. § 30 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz in Pflegeheimen. In: PflegeRecht (10), S. 614–617.

Landtag.⁶ Nachfolgend werden zwei Anfragen aus dem Krisentelefon samt der gegebenen Antworten dokumentiert.

Fall 2: Können gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen Zwangsmaßnahmen ergriffen werden, sei es eine medikamentöse Sedierung oder das Ergreifen freiheitsentziehender Maßnahmen, um die Einhaltung des Kontaktverbotes respektive Abstandsgebotes gegenüber mobilen Bewohnern mit einer hirnganischen Erkrankung durchzusetzen?

Antwort: § 30 Infektionsschutzgesetz sieht vor, dass die jeweils zuständige Behörde anordnen kann, dass an Covid19 erkrankte Personen in einem Krankenhaus oder einer anderen geeigneten Einrichtung abgesondert werden, wenn die betreffenden Personen andere Schutzmaßnahmen nicht befolgen, befolgen können oder befolgen würden und sie dadurch ihre Umgebung gefährden. Die in § 30 Infektionsschutzgesetz genannten Quarantänemaßnahmen beziehen sich auf die Absonderung in einer hierfür geeigneten Institution. Als geeignet gelten zunächst Krankenhäuser. Es können aber auch andere geeignete Einrichtungen sein, in denen die Voraussetzungen für die Absonderung räumlich, personell und von den hygienischen Bedingungen und Standards gegeben sind. Die Quarantänemaßnahmen beziehen sich ausdrücklich nicht auf Formen körperlicher Fixierungen respektive Sedierungen mit freiheitsentziehender Wirkung oder andere Zwangsmedikationen ohne ärztliche Indikation. Für den Fall, dass die betreffende Person den seiner Absonderung betreffenden Anordnung nicht nachkommt oder nach seinem bisherigen Verhalten anzunehmen ist, dass er solchen Anordnungen nicht ausreichend Folge leisten wird, ist er zwangsweise durch Unterbringung in einem abgeschlossenen Krankenhaus oder einem abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses abzusondern. Die Unterbringung kann auch in anderen geeigneten abgeschlossenen Einrichtungen erfolgen. Bei einer zwangsweisen Unterbringung sind die im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) gem. §§ 415 ff FamFG einzuhalten.

Bei von entsprechenden Quarantäneanordnungen betroffenen Personen mit einer demenziellen Erkrankung, die nicht in der Lage sind, die Anordnungen zu befolgen, ist demnach eine zwangsweise Unterbringung in einer hierfür geeigneten und zur Zwangsanwendung berechtigten Einrichtung mittels eines betreuungsgerichtlichen Beschlusses die einzige Möglichkeit der zwangsweisen Unterbringung, wenn diese nicht bereits aus anderen Gründen zum Wohle des Betroffenen gerichtlich angeordnet wurde. Zu weiteren Zwangsmaßnahmen gegenüber Bewohner*innen von Pflegeheimen mit einer Demenzerkrankung ist die Einrichtung nicht berechtigt. Auch eine entsprechende ärztliche Veranlassung oder „Anordnung“ kommt nicht in Betracht. Insofern sind die stationären Pflegeeinrichtungen zunächst verpflichtet, alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, die eine Betreuung und Pflege gewährleistet, die sowohl den Zielsetzungen des Infektionsschutzes und der Quarantäne entspricht und gleichzeitig die Freiheitsrechte der betroffenen Personen schützt. Dies wird regelmäßig nur bei einer kohortenspezifischen Quarantäne möglich sein. Hierfür wären gegebenenfalls gesonderte Einrichtungen oder Einrichtungsteile vorzusehen.

⁶ Vgl. Bayerischer Landtag, Drs. 18/9514: Schriftliche Anfrage des Abgeordneten Andreas Krahel BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 19.05.2020. Online unter: http://www1.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP18/Drucksachen/Schriftliche%20Anfragen/18_0009514.pdf [Abruf vom 01.12.2020].

Maßnahmen gegen Einzelpersonen – etwa ausschließliche Versorgung im Bewohnerzimmer - hängen in ihrer Eignung davon ab, ob die betroffene Person isolierfähig ist. Bei mobilen Menschen mit Demenz und starkem Bewegungsdrang begegnet eine solche Maßnahme Bedenken hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit und Eignung.

Das gerichtliche Verfahren richtet sich nach §§ 415 ff. FamFG. Zuständig ist das Amtsgericht, in dessen Bezirk die Person, der die Freiheit entzogen werden soll, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Das ist bei Heimen stets das örtliche Amtsgericht. § 427 FamFG sieht die vorläufige Freiheitsentziehung durch einstweilige Anordnung vor. Für den Fall, dass von einer Anhörung abgesehen werden soll, ist gemäß § 419 FamFG ein Verfahrenspfleger zu bestellen. Das Verfahren gilt nur für die staatliche angeordnete Quarantäne, nicht für die freiwillig und ohne Zwangsmaßnahmen erfolgte. Nicht gedeckt von Quarantäneanordnungen sind Formen körpernaher Fixierungen und Sedierungen. Letzte müssen stets medizinisch indiziert sein. Eine medizinische Indikation liegt allerdings nicht vor, wenn die Maßnahme lediglich das Ziel verfolgt, Dritte vor einer in diesem Fall möglicherweise ansteckenden Person zu schützen. Die Anordnung einer Quarantäne in einer Einrichtung, in der das Quarantäneziel nur durch körpernahe Fixierungen erreicht werden kann, kann regelmäßig nicht als geeignete Einrichtung im Sinne des § 30 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz qualifiziert werden.

Fall 3: *Frau P. schilderte folgende Konstellation: Ein an Demenz erkrankter Heimbewohner, der nach einem Krankenhausaufenthalt wiederaufgenommen werden sollte, muss nach den Vorgaben der Staatsregierung unter Quarantänebedingungen im Heim versorgt werden. Das Gesundheitsamt wurde gefragt, wie die Quarantäne bei einem mobilen Heimbewohner mit Demenz durchgeführt werden soll. Der Bewohner lasse sich nicht in einem Zimmer zurückhalten und brauche persönliche Assistenz. Das Gesundheitsamt teilte der Pflegedienstleitung mit, dann müsse der Bewohner 2 Wochen mit einem 5-Punkte-Gurtsystem fixiert werden. Die Anfragende wollte sich mit der Antwort nicht zufrieden geben und fragte nach der rechtlichen Zulässigkeit einer derartigen Quarantänemaßnahme.*

Antwort: *Eine 5-Punkt-Fixierung ist nur unter äußerst strengen Indikationen medizinisch geboten und rechtlich zulässig. Darüber hinaus bedarf es für eine entsprechende Fixierungsmaßnahme eines richterlichen Beschlusses. Dieser basiert im Fall der Durchsetzung von Quarantäneschutzmaßnahmen gemäß § 30 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz nicht auf der Basis des Betreuungsrechtes, sondern des Infektionsschutzrechtes. Eine 5-Punkt-Fixierung, die sich nach den Kriterien der Antifolterstelle in Deutschland als Folter darstellt, die gerade für Menschen mit Demenz angesichts der Kontrakturenrisiken aber auch der hohen psychischen Belastung als lebensgefährlich darstellt, kann keine geeignete Maßnahme zur Durchsetzung von Quarantänemaßnahmen sein. Es bedarf vielmehr geeigneter, staatlich zur Verfügung zu stellender spezieller Einrichtungen oder Einrichtungsteile, in denen Menschen mit Demenz ohne Formen körpernaher Fixierung versorgt und betreut werden können. Öffentlich-rechtliche freiheitsentziehende Maßnahmen und Fixierungen dürfen nach § 30 Infektionsschutzgesetz nur in geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden.*

Das Gesundheitsamt scheint hier, sollten die Informationen so zutreffend sein, nicht nur seine „Anordnungskompetenzen“ überschritten zu haben, sondern auch zu einer fachlich und rechtlich so nicht gerechtfertigten Maßnahme aufgefordert haben. Ich habe die Anfragende dringend gebeten, den Fall dem Gesundheitsamt gegenüber zu problematisieren, das Amtsgericht anzurufen und um entsprechende Einschätzung und Beratung zu bitten und gegebenenfalls den Fall auch dem Pflegebeauftragten des Freistaates Bayern vorzulegen.

Fragenkomplex: Notversorgung Tagespflege

Wie auch sonst wurde die Lebenswirklichkeit der zum Teil ausgesprochen belasteten häuslichen Pflegearrangements weniger in den Blick der öffentlichen Diskussion genommen. Ambulante Pflegedienste berichteten über einen Rückgang der Nachfragen, da Patient*innen in Sorge waren, sich ggf. auch durch Pflegedienste infizieren zu können. Manche Pflegedienste stellten die Versorgung von COVID-19-positiven Patient*innen ein, andere realisierten gerade dort ihre Pflegeeinsätze – mit entsprechender Schutzvorkehrung, aber auch Angst vor Infektionen seitens der beruflich Pflegenden. Anfangs war die Ausstattung mit Schutzmaterial und Hygienetools nicht gewährleistet. Auch die in diesem Zusammenhang auftauchenden Fragen wurden im Krisentelefon thematisiert: Wer zahlt für die speziellen Infektionsschutzmaßnahmen von Masken bis hin zu Tests? Diese, wie viele andere Fragen, wurden inzwischen weitgehend geklärt, beschäftigten allerdings in der ersten Coronawelle beruflich Pflegenden intensiv, da nicht alle Verbände und alle Träger von Diensten und Einrichtungen sie in gleicher Weise unterstützten. Durch die Schließung von Tagespflegeeinrichtungen – ähnlich wie der Kindertagespflegestätten – wurden pflegende Familien und pflegende Angehörige im hohen Maße belastet, waren aber auch und gerade alleinstehende auf Pflege angewiesene Menschen in der Bewältigung ihres Alltages und der Befriedigung ihrer pflegfachlichen, aber auch sozialen Bedürfnisse bedroht. Gerade Tagespflegeeinrichtungen spielen in der Coronapandemie in den unterschiedlichen Varianten der Shutdowns eine wichtige, alltagsstrukturierende, Pflege sicherstellende und soziale Teilhabe unterstützende Rolle. In den Anfragen von Verantwortlichen aus der Tagespflege spiegelte sich in besonderer Weise die hohe Verantwortungsbereitschaft von beruflich Pflegenden wieder, die sich zum Teil in hohem Maße verunsichert sahen durch Auslegung der Coronaverordnungen durch Mitarbeiter*innen von Spitzenverbänden, so es etwa um das im Zusammenhang mit dem Besuch von Tagespflegeeinrichtungen erforderlichen Verlassen der eigenen Häuslichkeit ging. Die sich in diesem Zusammenhang stellenden Fragen werden exemplarisch in der nachfolgend dokumentierten Anfrage aufgegriffen und wiedergegeben.

Fall 4: *Frau A. möchte wissen, ob die von Pflegebedürftigen dringend benötigte Tages- und Nachtpflege, die von ihr angeboten wird und wenn ja unter welchen Voraussetzungen, weitergeführt und Besucher dort versorgt werden können. Für die Nachtpflege haben sie sich intern die Regel aufgestellt, dass diese jeweils 5 Tage in der Einrichtung bleiben, dann 2 Tage wieder in die Familien kommen um dann wieder in der Einrichtung der Nachtpflege aufgenommen zu werden. Infektionsschutzmaßnahmen werden aufs Strengste beachtet. Sie würden auch gerne die Tagespflege für einen eingeschränkten Personenkreis weiterbetreiben und dies für diejenigen, die zuhause unversorgt sind, insbesondere Menschen mit Demenz, die*

sich zuhause erheblich schädigen respektive gesundheitlichen Schaden erleiden. Sie ziehen dies auch nur in den Fällen in Betracht, in denen eine anderweitige Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ausgeschlossen ist. Die Frage ist, ob und inwieweit der Besuch einer Tagespflegeeinrichtung sich als triftiger Grund für das Verlassen des eigenen Hauses darstellt. Als triftiger Grund i.S.d. § 5 Abs. 3 2. BayLfSMV wird grundsätzlich nur akzeptiert: eine berufliche Tätigkeit, Einkauf und der Besuch von Ärzt*innen. Der Katalog ist allerdings nicht abschließend und gegebenenfalls im Einzelfall aus verfassungsrechtlichen Gründen erweitert auszulegen. Der Spitzenverband der Einrichtung, der DPWV Bayern, sieht den Katalog offenbar allerdings als abschließend an und vertritt die Auffassung, dass der Besuch von Tagespflegeeinrichtungen in der Zeit der Geltung der Allgemeinverfügung zum Ausgangsverbot in Bayern nicht zulässig sei. Die Anfragende sieht sich hierin in ihrer beruflichen Tätigkeit und professionellen Verantwortung den auf Pflege angewiesenen Menschen mit Demenz tangiert. Sie wird entsprechende Unterlagen bereitstellen und erwartet sodann eine schriftliche Antwort.

Antwort: Aus juristischer Sicht ist eine differenzierte de Betrachtungsweise geboten, die etwa in den Vorgaben des Gesundheitsministeriums NRW zum Ausdruck kommt:

Eine Ausnahme (des Betretungsverbotes, das in NRW anders als in Bayern gilt, d. Verf.) gilt für Nutzerin und Nutzer dessen Pflegeperson in einer sogenannten unverzichtbaren Schlüsselposition ist und die Betreuung privat nicht sichergestellt werden kann. Schlüsselpersonen sind Personen, deren Tätigkeit der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung und der Aufrechterhaltung zentraler Funktionen des öffentlichen Lebens dienen. Folgende Berufsgruppen sind Beispielfaust als Schlüsselpersonen zu sehen:

- Energieversorgung (Strom, Gas, Kraftstoffversorgung)
- Wasserversorgung, Entsorgung
- Ernährungsversorgung, Hygiene
- Informationstechnik und Telekommunikation
- Gesundheitsversorgung
- Finanz- und Wirtschaftswesen
- Transport und Verkehr, ÖPNV
- Presse /Medien
- staatliche Verwaltung (Bund, Land, Kommune), Feuerwehr, Rettungsdienst, Katastrophenschutz, Justiz
- Schulen, Kinder- und Jugendhilfe, Behindertenhilfe

Sollte jemand aus diesen Berufsgruppen auf eine Betreuung seines Angehörigen angewiesen sein und findet unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten keine Möglichkeit seine Angehörigen zu Betreuung, so muss der Arbeitgeber des Angehörigen die Unentbehrlichkeit vom Arbeitsplatz bescheinigen. Dann darf die Nutzerin bzw. der Nutzer weiterhin in der Einrichtung betreut bzw. gepflegt werden. Sie können für eine solche Bescheinigung die Anlage 02 nutzen.

Für die **Tages- und Nachtpflege** gilt allerdings auch **eine weitere Ausnahme** für Nutzerinnen und Nutzer, bei denen eine häusliche Versorgung ohne die Tages- oder

Nachtpflege nicht gewährleistet ist. Die Feststellung dieses Umstandes liegt laut Erlass bei der jeweiligen Einrichtungsleitung (unter Mitwirkung der PDL). Diese hat bei der Entscheidung, die Gefahren der Unterversorgung in der Häuslichkeit gegenüber der Gefahren welche durch SARS-CoV-2, auch bei einer Reduzierung der Tagespflegegäste ausgehen, abzuwägen. Besondere Betrachtung sollte hier der Transport auf dem Hin- und Rückweg, erfahren. Ein Gruppentransport ist zur Reduktion von räumlich engen Kontakten zu vermeiden. (Aufsichtsrechtliche Weisung vom 17.03.2020).

Überträgt man diese differenzierenden Überlegungen auf die Anfrage, wird man unter den Voraussetzungen, unter denen eine Ausnahme vom Betretungsverbot von Tagespflegeeinrichtungen in NRW zugelassen wird, auch einen triftigen Grund zum Verlassen der Wohnung i.S.d. § 5 2. BayIfSMV durch Tagespflegegäste und ihrer Begleitung sehen müssen. Dies kommt auch in dem Schreiben des DPWV Bayern vom 17.04.2020 nur teilweise zum Ausdruck, wenn dort heißt:

*Eine **Ausnahme** bzw. triftiger Grund gilt nur dann, wenn die **häusliche Versorgung tagsüber nicht sichergestellt** werden kann, z. B. weil kein Angehöriger oder ambulante Pflegedienst zur Verfügung steht oder der Angehörige in Bereichen der kritischen Infrastruktur tätig ist.*

Dann liegt eine Ausnahme bzw. triftiger Grund vor – die häusliche Versorgung kann tagsüber nicht sichergestellt werden. Hierzu ist eine Notbetreuung vorzuhalten.

U.E. sind Ausnahmen auch dann zuzulassen bzw. ein triftiger Grund anzunehmen, wenn in der eigenen Häuslichkeit die fachlich und rechtlich gebotene und erforderliche Pflege und Betreuung nicht sichergestellt werden kann. Dies ist bei Menschen mit Demenz und einem besonderen Unterstützungs- und fachlichen Begleitungsbedarf häufiger der Fall. Sie würden durch die Versagung der Betreuung in der Tages- und Nachtpflege erheblichen Schaden erleiden können. Dies wäre jedoch im Einzelfall glaubhaft zu machen. Insofern ist die Auslegung des § 5 Abs. 3 2. BayIfSMV durch den DPWV Bayern aus hiesiger Sicht zu eng und in der Lage, Versorgungsnotstände/n in der häuslichen Pflege nicht gerecht zu werden oder solche zu provozieren. Dies wäre mit erheblichen Eingriffen in Menschenrechte der betreffenden Personen verbunden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen können weiterhin zur Notversorgung Gäste in den benannten Ausnahmesituationen aufnehmen und handeln selbstverantwortlich in der Entscheidung der Aufnahme und der Einhaltung notwendiger und möglicher Infektionsschutzmaßnahmen.

Fragenkomplex: Heilkunde durch Pflegekräfte

Insbesondere im klinischen Bereich übernehmen Pflegefachkräfte in vielfältiger Weise Aufgaben der Heilkunde – und dies überwiegend eigenverantwortlich. Ob in der Intensivmedizin oder in anderen klinischen Abteilungen: Ärzte und Pflegefachkräfte arbeiten Hand in Hand, vertrauen einander, treffen Entscheidungen ggf. gemeinsam. Gerade in Pandemiezeiten, bei aktuellem Personalnotstand wachsen Pflegefachkräften tatsächlich Aufgaben der Heilkunde zu, ohne dass Ärzte noch in einer nennenswerten Weise in Einzelentscheidungen eingebunden sind. Wie dysfunktional die Arztzentrierung im klinischen, aber auch außerklinischen Bereich

sind, zeigte sich auch und gerade in der Coronapandemie. Ob nun die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln nach Krankenhausentlassung, die Verordnung von häuslicher Krankenpflege: Praktisch werden die Entscheidungen vorbereitet und die Verordnungen durch Pflegefachkräfte ausgestellt. § 5a IfSG eröffnet in der epidemischen Lage Pflegefachkräften auch rechtlich die Möglichkeit, Heilkundaufgaben unabhängig von der jeweiligen ärztlichen Veranlassung und Anordnung durchzuführen. Sie bleiben verpflichtet, die Ärzte unverzüglich zu informieren, können aber durchaus dort, wo sie über die entsprechende Kompetenz verfügen, selbst entscheiden. Auch diesbezügliche Fragen wurden im Krisentelefon gestellt und beantwortet. Mit Blick auf die Durchführung von Schnelltests und in Zukunft mit Blick auf anstehende Impfungen wurden Standards entwickelt, die Pflegefachkräfte in der Umsetzung des § 5a IfSG unterstützen, wenn sie denn bereit sind, die diesbezüglichen Aufgaben zu übernehmen.⁷

Nachfolgend wird eine Anfrage aus der Krisenberatung zu § 5a IfSG samt Antwort dokumentiert.

Fall 5: *Wie sollen wir in unserem Fachverband mit Fragen der Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben gemäß § 5 a Infektionsschutzgesetz umgehen?*

Antwort: *Die verschiedenen Ebenen der Übernahme von heilkundlichen Aufgaben gemäß § 5a Infektionsschutzgesetz gilt es zu differenzieren:*

1. *Verordnungsrecht der Pflegekräfte bei Unerreichbarkeit von Ärzten*

- *Ob Heilmittel, ob Hilfsmittel oder Arzneimittel: Es stellen sich bereits jetzt und können sich verstärkt Fragen stellen, ob und inwieweit Pflegekräfte medizinisch indizierte und in fachpflegerischen Kontexten sichtbar werdende Bedarfe an therapeutischen Interventionen aufgreifen und entsprechende Verordnungen ausstellen können. Im Bereich der Heilmittelverordnung sehen gerade Pflegekräfte, wo dringender rehabilitativer Bedarf besteht, sei es in Physio- oder Ergotherapie.*
 - a. *Bei Heilmittelverordnungen gibt es in der Regel einen Genehmigungsvorbehalt der Kassen, so dass hier die Kassen gefragt sind, entsprechende Prozeduren vorzubereiten, die eine wirksame Heilmittelverordnung möglich macht.*
 - b. *Bei den Arzneimittelverordnungen, die von Pflegefachkräften ausgestellt werden müssten, um die (weitere) Behandlung sicherzustellen, sei es etwa Insulin, Schmerzmittel, Krankheitstests etc., sind die besonders gesicherten Arzneimittelverordnungsvordrucke zu verwenden. Da Pflegekräfte nicht über einen Heilberufsausweis verfügen, wäre als eine Voraussetzung die Ausstellung eines solchen Ausweises respektive die Registrierung von Pflegekräften erforderlich. Ich wies darauf hin, dass ich diese Frage mit der Vereinigung der Pflegenden beraten und kurzfristig auf Maßnahmen des zuständigen Ministeriums hinwirken möchte.*
 - c. *Häusliche Krankenpflege:*

Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege bedarf der Genehmigung

⁷ Vgl. www.vdgb-bayern.de; Klie, Thomas (2020, im Erscheinen): Corona-Schnelltest durch Pflegefachpersonen? In: CAREkonkret.

durch die Kassen. Insofern sind die Kassen hier angehalten, entsprechende Verordnungen in ihren Prozeduren möglich zu machen. Allerdings scheidet eine Refinanzierung von HKP-Leistungen, die von Pflegekräften verordnet und auch durchgeführt werden, in Zeiten des Rettungsschirms zumindest dann aus, wenn sie von einem Pflegedienst erbracht werden.

2. Katalog von Aufgaben der Heilkunde, die von Pflegekräften wahrgenommen werden können:

Einen abschließenden Katalog von heilkundlichen Aufgaben, etwa entsprechend der GBA-Richtlinie gibt es nicht. Letztlich muss die jeweilige Pflegekraft oder die für die Pflege verantwortlichen Leitungs- und Steuerungskräfte in Institutionen situativ entscheiden, welche Aufgaben von Pflegekräften übernommen und wahrgenommen werden können. Voraussetzung ist die materielle und formelle Qualifikation. So weit wie möglich, ist das Delegationsverfahren der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte einzuhalten. Dort wo dies aber nicht möglich ist, müssen die Pflegekräfte selbst entscheiden. Die Verbände von Einrichtungsträgern aber auch die Berufsverbände und Körperschaften sind aufgefordert, hier entsprechende orientierende Hinweise und Empfehlungen zu geben. Hilfreich sind in diesem Zusammenhang die RKI-Empfehlungen für die Langzeitpflege vom 20.4., die explizit auch die Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben erwähnen.

3. Haftungsfragen

*Weithin ungeklärt sind haftungsrechtliche Fragen. Hier ist den Trägerverbänden von Einrichtungen aber auch den Berufsverbänden dringend anzuraten, die Haftpflichtversicherung für ihre Mitarbeiter*innen oder Mitglieder anzupassen und auf die Bedingungen der Corona-Krise respektive des § 5 a Infektionsschutzgesetz hin zu erweitern.*

Corona-Krisentelefon und Schlussfolgerungen

Das Angebot des Corona-Krisentelefon der VdPB hat im hohen Maße relevante Rechtsfragen aufgreifen können. Durch eine fallbezogene Beantwortung und telefonische Erörterung konnten praxisrelevante Hilfestellungen gegeben werden. Im Fall der Fünf Punkt Fixierung wurde auf sie „verzichtet“ und die Anordnung gegenüber dem Gesundheitsamt problematisiert. Besuchsregelungen im Pflegeheim wurden teilweise angepasst und Handlungssicherheit in bereit eingeschlagenen Wegen vermittelt. In der Durchsetzung und Klärung individueller Rechtsansprüche von Mitarbeiter*innen in Kliniken und Langzeitpflegeeinrichtungen sahen sich die beruflich Pflegenden in ihren Anliegen unterstützt.

Es zeigt aber auch: Eine intensive Nutzung des Angebotes war nicht zu verzeichnen. Nur die Spitze des Eisberges von relevanten Rechtsfragen wurde in der Beratung des Krisentelefon sichtbar. Dies kann unterschiedliche Hintergründe haben: begrenzter Bekanntheitsgrad des Angebotes auf der Basis, obwohl alle Kliniken, Einrichtungen und Dienste entsprechend informiert wurden. Auch die Skepsis gegenüber der VdPB mag bei einigen zu Zurückhaltung der Inanspruchnahme des Angebotes geführt haben. Maßgeblicher erscheint allerdings, dass vergleichsweise gering ausgeprägte rechtliche Selbstbewusstsein beruflich Pflegenden, das sich auch in Niedersachsen in

symptomatischer Weise zeigende geringe Organisationsinteresse der Pflegenden in berufspolitischer Hinsicht niedergeschlagen hat. Am rechtlichen Empowerment – und dazu diente im Wesentlichen das Krisentelefon mit dem Angebot der Rechtsberatung – sind Pflegende weniger interessiert oder anders ausgedrückt: Der Arbeitsalltag, die Wirklichkeit in Einrichtungen und Diensten ermutigen nicht zur eigenständigen Rechtswahrnehmung und dies im doppelten Sinne: Der Wahrnehmung von rechtlich problematischen Situationen einerseits und der Wahrnehmung der eigenen Rechte, aber auch Verpflichtungen andererseits. Dominant sind institutionelle Vorgaben, behördliche Praktiken, den sich Pflegekräfte in vielfältiger Weise gegenübergestellt und zum Teil ausgeliefert sehen. Die von Schulz-Nieswandt⁸ ausgearbeiteten Kulturmerkmale von Institutionen des Gesundheitswesens, die auf eine starke Hierarchie und zum Teil militärisch geprägte Tradition verweisen, bleiben nicht ohne Wirkung auf die beruflich Pflegenden. Beruflich Pflegende finden häufig andere, kreative, inkrementale oder subversive Antworten, wenn es darum geht, ihre ethischen Prinzipien im Alltag der Pflege, sei es in Kliniken, in Heimen oder ambulanten Settings zu realisieren. Das ist die „eine Fraktion“ der beruflich Pflegenden. Die andere Fraktion ist ggf. verunsichert und ordnet sich in die hierarchischen Strukturen ein, macht sich diese ggf. sogar zu eigen.

Im Berater*innenteam des Krisentelefons der beruflich Pflegenden in Bayern wurden die Erfahrungen aus den Beratungen gemeinsam reflektiert und die sich sowohl aus der Nichtinanspruchnahme der Beratungsangebote als auch aus den in der Beratung gestellten Fragen reflektiert. Ergebnis wird ein Memorandum zur Coronapandemie sein, in dem die pflegeethischen, aber auch pflegerechtlichen Fragen aufgearbeitet werden. Es wird ein Memorandum der Expert*innen sein, nicht der Vereinigung der Pflegenden in Bayern. Die Diskussion in dem Kreis der Berater*innen kreiste um viele Fragen, etwa das Heldennarrativ, das in Zeiten der Coronakrise im Zusammenhang mit den Pflegekräften bemüht wurde verbunden mit dem Rückgriff auf militärische Traditionslinien der Pflege. Thema waren die Diskrepanzen zwischen einem moralischen Anspruch der Berufsgruppe der Pflegenden und in den sehr vielen Fällen unzureichenden Strukturen für die ethische Reflexion moralischer Fragen einerseits und der andererseits nicht ebenstark ausgeprägten individuellen Reflexionsbereitschaft und -fähigkeit der in der Pflege Arbeitenden auf. Auch die im Kontext der Debatte um den Pflegenotstand dominante Rekrutierungslogik zur Deckung des Bedarfs an beruflich Pflegenden wurde in ihren Folgewirkungen für das Qualifikations- und Kompetenzprofil in der Fachpflege und den ihnen zugeordneten Verantwortungsrollen diskutiert. Gerade unter Coronabedingungen zeigt sich die Unterminierung souveräner Fachlichkeit von beruflich Pflegenden durch Rahmenbedingungen und externe Kontrollmechanismen in Kliniken und der Langzeitpflege – mit den problematischen Folgen für die Beantwortung rechtlicher und ethischer Dilemmata. Schließlich wurde die Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Pflege als strukturelle Behinderung der Professionalisierung ausgemacht: Auch sie zeigt und zeigte sich in besonderer Weise in der Coronapandemie. Die voraussehbaren Anforderungen an das Gesundheitswesen und die Langzeitpflege – die Pandemiepläne lagen in den Schubladen – wurden nicht in präventives Handeln umgesetzt und dies nicht zuletzt unter rein ökonomischen Gesichtspunkten.

⁸ Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der "Altenpolitik". Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.

So wurden im Krisentelefon für die beruflich Pflegenden in Bayern nicht nur Einzelfragen beruflich Pflegender aufgegriffen und beantwortet. Diese und die bekannten An- und Herausforderungen, die sich aus der Coronapandemie für das Gesundheitswesen und die Langzeitpflege ergeben, wurden mitreflektiert. Daraus lassen sich berufspolitische Implikationen ableiten. Sie beziehen sich auf die Profilierung von Verantwortungsrollen in der beruflichen Pflege (Vorbehaltsaufgaben), auf die Ausweisung und gesetzliche Anerkennung der Pflegefachberufe als Heilberufe. Aber auch die Problematisierung einer zunehmenden Ökonomisierung, vor allen Dingen der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und der Langzeitpflege, gehören zu den berufspolitisch aufgeworfenen Fragen.