



S1 Leitlinie

Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie

Langfassung

Stand: 10.08.2020

Impressum

Herausgeberin

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

Autorinnen und Autoren

Koordinatorinnen

Prof. Dr. Margareta Halek | Universität Witten/Herdecke

Prof. Dr. Daniela Holle | Leitlinienkommission DGP, Hochschule für Gesundheit, Bochum

Steuerungsgruppe (mit Koordinatorinnen)

Prof. Dr. Margareta Halek

Prof. Dr. Daniela Holle

ab hier alphabetisch

Prof. Dr. Katrin Balzer

Dr. Anja Bieber

Dr. Martin Nikolaus Dichter

Prof. Dr. Sascha Köpke

Prof. Dr. Gabriele Meyer

Dr. Sven Reuther

Prof. Dr. Erika Sirsch | Leitlinienkommission DGP, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

Mitautorinnen und Mitautoren

Alle nachfolgend aufgeführten Delegierten und Experten sind Mitautorinnen und Mitautoren

(in alphabetischer Reihenfolge):

Delegierte der beteiligten Fachgesellschaften und Interessensgruppen

Prof. Dr. Katrin Balzer | Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)

Prof. Dr. Markus Bleckwenn | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)¹

Dr. Martin Nikolaus Dichter | Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Martina Feulner | Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e. V.

Katja Goudinoudis | Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Dr. med Ulrich Grabenhorst | Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Ulrike Kempchen | BIVA-Pflegeschatzbund

Prof. Dr. Sascha Köpke | Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

Reinhard Leopold | HEIM-MITWIRKUNG, Unabhängige Selbsthilfe-Initiative für Pflegebetroffene

Prof. Dr. Arne Manzeschke | Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Prof. Dr. Gabriele Meyer | European Academy of Nursing Sciences (EANS)

Prof. Dr. Annette Riedel | Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Prof. Dr. Klaus Weckbecker | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)¹

Weitere beteiligte Expertinnen und Experten

Dr. Anja Bieber | Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Beate Fröhlich | Danuvioshaus, Ingoldstadt

Andreas Kutschke | Stiftung St. Laurentius, Niederkrüchten

Prof. Dr. Martin Mielke | Robert Koch Institut, Abteilung 1 - Infektionskrankheiten

Dr. Sven Reuther | Städtische Seniorenheime Krefeld

Unter Mitarbeit von

Rosalie Heimke | Universität Witten/Herdecke

Bente Hüttmann | Universität zu Lübeck

Frederike Lüth | Universität zu Lübeck

¹ eine finale Entscheidung des Präsidiums/Vorstands der DEGAM liegt nicht vor

Kathrin Müller | Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
Anna Röttger | Hochschule für Gesundheit, Bochum

Redaktion, Pflege und Korrespondenz

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
Leitlinienkommission
Bürgerstr. 47, 47057 Duisburg
E-Mail: leitlinien@dg-pflegewissenschaft.de
Internet: <https://dg-pflegewissenschaft.de/leitlinien-2/>

Kommentare und Änderungsvorschläge bitte nur an diese Adresse!

Gültigkeitsdauer und Fortschreibung

Diese Leitlinie wurde am 10.08.2020 durch die AWMF angenommen und ist bis zur nächsten Überarbeitung, spätestens bis 10.08.2021 gültig.

Fassungen der Leitlinie

Die Leitlinie wird mit folgenden Komponenten publiziert:

- I. Langfassung: Empfehlungen und Kommentierung
- II. Leitlinienreport

Bitte wie folgt zitieren: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Hrsg.) (2020). S1 Leitlinie - Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie - Langfassung - AWMF Register-nummer 184 – 001, Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

Internet: www.awmf-leitlinien.de

Besondere Hinweise

Bei Leitlinien handelt es sich explizit nicht um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert oder veröffentlicht wurde, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich ist und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. Eine Leitlinie wird erst dann wirksam, wenn ihre Empfehlungen bei der individuellen Bewohner-/Patientenversorgung Berücksichtigung finden. Sie muss vor ihrer Verwendung bei einem individuellen Fall hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf regionaler oder lokaler Ebene überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss von den beteiligten Akteuren unter Berücksichtigung bei der/dem einzelnen Bewohnerin bzw. Bewohner sowie bei der/dem einzelnen Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen getroffen werden.

Die Pflege, Therapie und Behandlung unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass all Angaben immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können.

Die Anwenderin bzw. der Anwender der Leitlinie selbst bleibt verantwortlich für die Umsetzung der Empfehlungen.

In dieser Leitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

S1 Leitlinie

Langfassung

„Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Margareta Halek | Universität Witten/Herdecke

Prof. Dr. Daniela Holle | Hochschule für Gesundheit, Bochum | Leitlinienkommission DGP

Prof. Dr. Katrin Balzer | Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)

Dr. Anja Bieber | Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Dr. Martin Nikolaus Dichter | Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Prof. Dr. Sascha Köpke | Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

Prof. Dr. Gabriele Meyer | European Academy of Nursing Sciences (EANS)

Dr. Sven Reuther | Städtische Seniorenheime Krefeld

Prof. Dr. Erika Sirsch | Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar | Leitlinienkommission DGP

Prof. Dr. Markus Bleckwenn | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Martina Feulner | Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e. V.

Katja Goudinoudis | Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Dr. med Ulrich Grabenhorst | Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Ulrike Kempchen | BIVA- Pflegeschutzbund

Reinhard Leopold | HEIM-MITWIRKUNG, Unabhängige Selbsthilfe-Initiative für Pflegebetroffene

Prof. Dr. Arne Manzeschke | Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Prof. Dr. Annette Riedel | Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Prof. Dr. Klaus Weckbecker | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Beate Fröhlich | Danuvioshaus, Ingoldstadt

Andreas Kutschke | Stiftung St. Laurentius, Niederkrüchten

Prof. Dr. Martin Mielke | Robert Koch Institut, Abteilung 1 - Infektionskrankheiten

Inhalt

| | |
|---|----|
| Präambel | 4 |
| Soziale Teilhabe und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner im Kontext der Pandemie sichern | 9 |
| 1) Empfehlung: Die Einrichtung erstellt einen Pandemieplan, der die Wahrung der Würde der Person mit Pflegebedarf in den Mittelpunkt stellt..... | 9 |
| 2) Empfehlung: Die Einrichtung ermöglicht in Kooperation mit den externen Leistungserbringern den Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten der Gesundheitsversorgung | 11 |
| 3) Empfehlung: Den Bewohnerinnen und Bewohnern wird frühzeitig die Gelegenheit gegeben, ihren medizinischen Behandlungspräferenzen qualifiziert Ausdruck zu verleihen | 12 |
| 4) Empfehlung: Die inhaltliche Ausgestaltung und Dauer der Quarantäne erfolgt auf Basis einer individuellen Risikoeinschätzung | 14 |
| 5) Empfehlung: Ein multiprofessionelles Team entwickelt bei Problemen in der Umsetzung der Quarantäneregeln individuelle Lösungsansätze, bei denen die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Hygienemaßnahmen in angemessener Weise berücksichtigt werden. Die Anwendung jeglicher freiheitseinschränkender Maßnahmen zur Einhaltung der Quarantäneregeln ist abzulehnen | 15 |
| 6) Empfehlung: Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten individuell abgestimmte Angebote zur Beziehungsgestaltung..... | 17 |
| 7) Empfehlung: Die Kontaktpersonen passen ihre verbale und nonverbale Kommunikation aufgrund des Mund-Nasenschutzes an..... | 19 |
| 8) Empfehlungen: Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten Angebote zur sinnstiftenden Alltagsgestaltung | 19 |
| 9) Empfehlung: Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten individuelle Angebote zur Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit | 20 |
| 10) Empfehlung: Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten individuell abgestimmte Ernährungsangebote | 21 |
| Soziale Teilhabe und Lebensqualität durch geeignete Kommunikation sichern | 22 |
| 11) Empfehlung: Die interne und externe Kommunikation ist person-zentriert..... | 22 |
| 12) Empfehlung: Die Einrichtung erstellt ein Kommunikationskonzept, das eine interne und externe person-zentrierte Kommunikation gewährleistet | 23 |
| 13) Empfehlung: Kommunikation innerhalb der Einrichtung: Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Angehörige erhalten Informationen zur Bewältigung der Pandemie..... | 23 |
| 14) Empfehlung: Kommunikation von und nach extern: Externe Netzwerkpartner, Dienstleister und Leistungserbringer, Aufsichtsbehörden und Vertreterinnen und Vertreter des jeweiligen Quartiers erhalten Informationen zur Bewältigung der Pandemie | 25 |
| Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter..... | 27 |

| | |
|--|----|
| 15) Empfehlung: Die Arbeits- und Verantwortungsbereiche sowie die Versorgungsprozesse für die Umsetzung des Pandemieplans sind für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung klar definiert | 27 |
| 16) Empfehlung: Gemeinsam schaffen die Führungsverantwortlichen und das Steuerungsteam eine Atmosphäre des Vertrauens und der Wertschätzung..... | 28 |
| 17) Empfehlung: Das Informationsangebot für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter enthält Hinweise zur Selbstfürsorge für den Umgang mit Stress und psychischen Belastungen sowie zu verfügbaren psychosozialen Unterstützungsangeboten | 28 |
| 18) Empfehlung: Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stehen einrichtungsinterne und -externe Informations- und Beratungsangebote zur psychosozialen Unterstützung zur Verfügung | 29 |
| 19) Empfehlung: Der Personaleinsatz ist darauf ausgerichtet, Belastungsspitzen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu vermeiden und ausreichend Zeit für Erholung zu ermöglichen | 29 |
| 20) Empfehlung: In den Einrichtungen steht für die Bewohnerinnen und Bewohner, die Angehörigen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für alle weiteren externen Besucher ausreichende Schutzausrüstung zur Verfügung..... | 30 |
| 21) Empfehlung: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten niederschwellige Schulungen zur person-zentrierten Umsetzung der Schutzmaßnahmen..... | 30 |
| 22) Empfehlung: Die Einrichtungen tragen zum Aufbau und zum Erhalt lokaler Netzwerke von Leistungserbringern verschiedener Sektoren der Gesundheitsversorgung bei..... | 32 |
| Literaturverzeichnis..... | 33 |

Präambel

Diese Leitlinie ist als Unterstützung für Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu verstehen, in einer Zeit, die durch Unsicherheiten auf allen gesellschaftlichen Ebenen gekennzeichnet ist. Das Leben in Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist seit dem Ausbruch der COVID-19 Pandemie in besonderem Maße durch den Umgang mit neuen, risikoreichen Situationen charakterisiert. Wenn gesichertes Wissen zum Umgang mit der Pandemie fehlt, ist die Unsicherheit im Handeln im Kontext der Pandemie hoch.

Diese Leitlinie hat zum Ziel, trotz bestehender Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie, die Handlungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der stationären Altenhilfe zu stärken.

Die COVID-19-Pandemie und daraus folgende Schutzmaßnahmen beeinträchtigen das bisherige Leben der Bewohnerinnen und Bewohner und haben negativen Einfluss auf die Lebensqualität, insbesondere für vulnerable Personengruppen. Das Hauptziel der aktuellen Hygieneempfehlungen (Robert Koch-Institut, 2020c) und der diversen Erlasse der Bundesländer ist es, die Menschen vor möglicher Infektion zu schützen. Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Altenhilfeeinrichtungen gehören zu einer besonders gefährdeten Gruppe, denn sie haben eine höhere Infektionsrate (Nicola et al., 2020) und eine erhöhte Sterblichkeit infolge einer COVID-19-Erkrankung (Comas-Herrera et al., 2020; De Leo & Trabucchi, 2020). Gleichzeitig erhöhen Quarantänemaßnahmen, Kontaktvermeidung und der Verzicht auf Tagesroutinen für diese Personengruppe das Risiko der Verletzung von Menschenrechten (Deutscher Bundestag, 2020; United Nations, o.J.) und der Altersdiskriminierung (Spuling, Wettstein, & Tesch-Römer, 2020). Die älteren Menschen weisen ein hohes Risiko für negative Folgen der Schutzmaßnahmen, wie die einer körperlichen und sozialen Distanzierung („physical and social distancing“) (World Health Organization, 2020b) bis hin zur gesteigerten Sterblichkeit auf (Seidler et al., 2020).

Die Härte, mit der die Schutzmaßnahmen in der stationären Altenhilfe umgesetzt wurden, war unvergleichbar stärker, als die Maßnahmen, die den Rest der Bevölkerung betrafen. Bereits jetzt ist erkennbar, dass die Dauer der Schutzmaßnahmen länger sein wird als für andere Bevölkerungsgruppen. Die Nachteile für die zu schützenden Bewohnerinnen und Bewohner sind zahlreich, ihre Spätfolgen noch unklar. Aufgabe der stationären Altenhilfeeinrichtungen ist es, für die größtmögliche Lebens- und Versorgungsqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zu sorgen. Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner weist zusätzlich zu körperlichen Beeinträchtigungen und Mehrfacherkrankungen kognitive Beeinträchtigungen auf.

In dieser Leitlinie wird die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner als das Ergebnis einer gelungenen Adaption/Anpassung an wahrgenommene Folgen von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit verstanden (Ettema et al., 2005). Die Lebensqualität ist multidimensional und individuell. Diese Definition basiert auf dem Adaption-Coping-Modell (Dröes, 1991), welches die Bedeutung der Anpassungsprozesse und der psychosozialen Dimensionen unterstreicht, insbesondere die der Beziehung.

Nach O'Rourke, Duggleby, Fraser, & Jerke (2015) bedeutet Beziehung vor allem reziproke (gegenseitige) Interaktion. Interaktion mit einem Gegenüber wirkt sich positiv auf die Lebensqualität aus, wenn sie von Respekt, Freundlichkeit oder Liebe geprägt ist (ebd.).

Vor diesem Hintergrund ist der gelungene Austausch mit Angehörigen¹, Freunden, Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, vorsorgebevollmächtigten Personen, gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe ein elementares Element der Lebensqualität.

Person-zentrierte Pflege zielt darauf ab, die bestmögliche Lebensqualität für Menschen mit Pflegebedarf zu erreichen (Chenoweth et al., 2009; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018; Kitwood, 2000). Die Person mit Pflegebedarf wird ins Zentrum des Handelns gestellt, indem ihre Selbstbestimmung gefördert und ihre Rechte zur Entscheidungsfindung der eigenen täglichen Lebensaktivitäten geschützt werden, die Beziehungsqualität sichergestellt sowie die Identität gestärkt wird (Morgan & Yoder, 2012; Thompson, Shindruk, Adekoya, Demczuk & McClement, 2018).

Die Perspektive der Bewohnerin und des Bewohners ist handlungsleitend. Das körperliche und psychische Wohlbefinden, die Zugehörigkeit und Anerkennung, persönlich wertvolle Aktivitäten sowie die spirituelle Nähe und Verbundenheit tragen zum Gefühl eines sinnerfüllten und bedeutsamen Lebens bei (Drageset, Haugan, & Tranvag, 2017). Beziehung ist ein fundamentales Element der person-zentrierten Pflege (Roberts, 2018). Zugleich sind gelingende Beziehungen als wesentliches Element der sozialen Teilhabe zu verstehen, um Lebensqualität zu fördern und zu erhalten.

Die Beziehung spiegelt sich in allen Interaktionen der Versorgung wider und bietet damit auch in Pandemiezeiten Optionen für die Stärkung der persönlichen Lebensqualität. Beziehungen können und sollten innerhalb der Einrichtung gelebt werden; jedoch spielen die Beziehungen zu Familien eine herausragende Rolle für die Lebensqualität.

Soziale Teilhabe wird als Engagement in gesellschaftlichen Rollen definiert (Piškur et al., 2014) und ist ein dynamischer und relationaler Prozess (Pinkert et al., 2019), welcher durch die Betonung gemeindebasierter Aktivitäten (zum Beispiel religiöse, kulturelle, sportliche und freizeitliche Aktivitäten), zwischenmenschlicher Interaktionen, der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen, der aktiven Partizipation und der individuellen Zufriedenheit gekennzeichnet ist (Dehi Aroogh & Mohammadi Shahboulaghi, 2020; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018; Pinkert et al., 2019). Die Umgebung spielt dabei eine wichtige Rolle (Jahiel, 2015). Individuelle, interpersonale, organisationale und gesellschaftliche Aspekte haben Einfluss auf den Grad der sozialen Teilhabe (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018; Pinkert et al., 2019). Daneben ist soziale Teilhabe auch ein wichtiges Werkzeug der person-zentrierten Pflege.

Wichtige Voraussetzungen einer Einrichtung für eine gelingende person-zentrierte Pflege sind (1) ein adäquater Skill Mix, (2) ein etabliertes System zur gemeinsamen Entscheidungsfindung, (3) person-zentrierte Beziehungen unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und (4) ein person-zentrierter Führungsstil. Weitere wichtige Voraussetzungen einer Einrichtung sind (5) eine Ausstattung, die Ästhetik, Würde, Privatsphäre, Wahlmöglichkeiten, Sicherheit und einen universellen Zugang ermöglicht,

¹ Angehörige umfassen in dieser Leitlinie auch wichtige Bezugspersonen, die nicht im direkten Verwandtschaftsverhältnis der Person mit Pflegebedarf stehen.

(6) eine person-zentrierte Versorgung unterstützt, sowie (7) die Offenheit für Innovationen und Risikobereitschaft aufweist (McCormack & McCance, 2016).

Sinnvoll beschäftigt sein als Teil des Engagements und damit der sozialen Teilhabe ist ein Zustand, in dem Individuen ihr gesamtes „Selbst“ – sowohl aus physischer, kognitiver und emotionaler Ebene – zum Ausdruck bringen können (Kahn, 1990). Cohen-Mansfield et al. (2011) definieren Beschäftigt-sein (in der Demenz) als Beschäftigt-Sein mit oder Beteiligt-Sein an einem äußeren Reiz “the act of being occupied or involved with an external stimulus”.

In der COVID-19-Pandemie rücken neben den pflegfachlichen Fragestellungen und Entscheidungen insbesondere auch ethische Fragestellungen und Unsicherheiten in den Vordergrund, die eine spezifische Herangehensweise einfordern, um situativ Handlungsorientierung und Handlungsfähigkeit zu erlangen. Das heißt, neben den komplexen pflegfachlichen Fragen (u.a. Infektionsschutz, präventive Schutzmaßnahmen) verweist die Pandemie auf neue, unbekannte, situativ moralisch verunsichernde und vielfach auch auf belastende ethische Konfliktfelder. Ethische Konflikte und moralisch belastende Situationen fordern in dem jeweiligen Kontext zunächst deren Identifikation, insbesondere in Abgrenzung zu anderen Fragestellungen (zum Beispiel struktureller, organisatorischer Genese). Die Grundlage solcher Abwägungsprozesse bildet jedoch stets die Menschenwürde, die nicht zur Disposition steht.

Im Rahmen des Pflegeprozesses ist es die Aufgabe von Pflegenden/Pflegfachpersonen, in der stationären Altenhilfe die negativen Konsequenzen der Schutzmaßnahmen abzumildern und zu vermeiden. Das setzt voraus, dass für die Bewohnerinnen und Bewohner Maßnahmen geplant und durchgeführt werden sollten, die wahrscheinlich über das übliche Niveau (neue Angebote, Häufigkeit, Intensität) hinausgehen.

Die Einrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass die notwendigen Ressourcen für die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen bereitgestellt werden. Es zeigte sich jedoch, dass die Ressourcen der Einrichtungen aufgrund des Ausfalls der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarfe oft an ihre Grenzen stoßen können. Für die Bewältigung dieser pandemiespezifischen Notsituationen ist die Zusammenarbeit der Kosten- und Einrichtungsträger, der beteiligten Berufsgruppen und der politischen Entscheidungsträger auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene notwendig. Eine gemeinsame Verantwortung besteht zum Beispiel im Hinblick auf die Refinanzierung und Bereitstellung von Schutzmaterialien, Zuständigkeiten und Unterstützung bei zeitkritischen Entscheidungsprozessen mit besonderen gesundheitlichen, ethischen, rechtlichen und/oder sozialen Implikationen sowie die Sicherstellung einer ausreichenden Personalkapazität.

Das Robert Koch-Institut (RKI) formuliert Handlungsempfehlungen (2005), die eine möglichst breite Anwendungschance haben. Die Umsetzung solcher Empfehlungen setzt eine Anpassung voraus, bei der zum einen die Grundprinzipien der Schutzmaßnahmen beachtet werden, zum anderen alltagspraktische und nach Abstimmung mit lokalen Behörden (zum Beispiel Gesundheitsamt) geeignete Lösungen für individuelle Situationen entwickelt werden. Dabei sollte das Verhältnismäßigkeitsprinzip Anwendung finden. Dies liegt im Ermessensbereich der verantwortlichen Leitungen vor Ort, soweit dabei die angestrebten Schutzziele angemessen berücksichtigt werden. Diese Leitlinie soll in

Verbindung mit weiteren wichtigen Stellungnahmen und Empfehlungen diese Abwägungsprozesse unterstützen (zum Beispiel in Verbindung mit der S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin & Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive (2020)).

Adressaten der Leitlinie

Adressaten der Leitlinie sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an der Pflege, Behandlung und Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern einer stationären Altenhilfeeinrichtung beteiligt sind, insbesondere Pflegefachpersonen in unterschiedlichen Funktionen und Verantwortungen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialen Dienstes, der Hauswirtschaft und der Haustechnik sowie leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Zielsetzung der Leitlinie

Mit dieser Leitlinie werden fachlich begründete, möglichst evidenzbasierte Wissensbestände (zum Beispiel im Rahmen der Hygiene) beschrieben, die die Handlungssicherheit im Entscheidungsfindungsprozess und im multiprofessionellen Handeln unterstützen. Die individuellen Lösungen sollen die bewohnerspezifischen Bedürfnisse und Bedarfe sowie die einrichtungsbezogenen Rahmenbedingungen berücksichtigen. Dabei gilt es, den größtmöglichen Infektionsschutz der anderen Bewohnerinnen und Bewohner sicherzustellen und gleichzeitig das Optimum an Lebensqualität und sozialer Teilhabe für den Einzelnen zu ermöglichen.

Das Spannungsfeld, in dem sich dabei alle handelnden Personen bewegen, umfasst zum einen Maßnahmen zur Prävention und Erkennung, der bestmöglichen Behandlung so wie der Vermeidung der Weiterverbreitung der Infektion. Zum anderen beinhaltet es auch Maßnahmen, die Bedürfnisse aller Beteiligten nach Teilhabe und Begegnung gerade in Zeiten einer Pandemie ermöglichen. Die große Herausforderung besteht darin, beide Ebenen der Maßnahmen fallbezogen auszuhandeln.

Geltungsbereich der Leitlinie

Der Schwerpunkt der Leitlinie liegt auf der Versorgung von älteren Bewohnerinnen und Bewohnern (>65 Jahre) (World Health Organization, 2002) in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

Jüngere Menschen sind hiermit nicht explizit ausgeschlossen, jedoch benötigt diese Gruppe für einige Themen spezifischere Empfehlungen, die ihre Bedürfnisse und Bedarfe adressieren. Die Empfehlungen der Leitlinie orientieren sich an dem existierenden gesetzlichen Kontext, dem Pandemieschutzgesetz sowie an den jeweils gültigen Erlassen des Bundes und der Länder. Hier zeigt sich jedoch das größte Problem der Pandemiesituation: stationäre Pflegeeinrichtungen müssen gleichzeitig für das Wohlergehen einzelner Individuen und das Wohlergehen einer Gruppe von Menschen Sorge tragen (Bartz, 2010). Die individuelle Lebensqualität und die gemeinschaftliche soziale Teilhabe können in einzelnen Situationen im Widerspruch stehen. Die Interessen beider Seiten – des Individuums und der Gemeinschaft – müssen gleichermaßen geschützt werden, auch wenn in einzelnen Situationen nach sorgfältigen Abwägungen Kompromisse zu finden sind.

Für die Erstellung der Leitlinie waren fünf Schlüsselfragen leitend. Die ersten drei Fragen werden aus der Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner beantwortet, Frage 4 reflektiert die Perspektive der verschiedenen mit der Frage adressierten Gruppen und Frage 5 nimmt die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein.

Folgenden Schlüsselfragen wurden formuliert:

1. Wie lassen sich soziale Teilhabe und Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern bei bestmöglichem Infektionsschutz für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sichern?
2. Wie lässt sich soziale Teilhabe und Lebensqualität beim Verdacht einer Infektion sichern?
3. Wie lässt sich soziale Teilhabe und Lebensqualität bei einer bestätigten Infektion sichern?
4. Wie sollte Kommunikation innerhalb einer Einrichtung, nach außen oder von extern in eine Einrichtung hinein gestaltet sein, um soziale Teilhabe und Lebensqualität zu sichern?
5. Wie können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin unterstützt werden, die empfohlenen Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe und Lebensqualität im Umgang mit Pandemiemaßnahmen umzusetzen?

Soziale Teilhabe und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner im Kontext der Pandemie sichern

Fragen 1 bis 3: Wie lassen sich soziale Teilhabe und Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern bei bestmöglichem Infektionsschutz für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sichern? Wie lassen sich soziale Teilhabe und Lebensqualität bei dem Verdacht auf eine Infektion oder bei einer bestätigten Infektion sichern?

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie wurde eine Reihe von Empfehlungen (u.a. des Robert Koch Instituts (2020c)) für den Umgang mit der COVID-19-Pandemie in der stationären Langzeitpflege veröffentlicht. Diese Empfehlungen fokussieren auf die Implementierung von Hygienemaßnahmen bzw. Abläufe, um eine mögliche Infektion zu verhindern, die Ausbreitung bei einem Ausbruch einzudämmen bzw. diesen bereits im Vorfeld zu vermeiden. Sie gehen über die in stationären Einrichtungen grundsätzlich bestehenden Hygienemaßnahmen hinaus (ebd.).

Die nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich auf die Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner ohne Infektion, mit einem Verdacht auf Infektion sowie auf Bewohnerinnen und Bewohner, die infiziert sind.

1) Empfehlung: Die Einrichtung erstellt einen Pandemieplan, der die Wahrung der Würde der Person mit Pflegebedarf in den Mittelpunkt stellt

Der Leitgedanke des Pandemieplans besteht in der bestmöglichen Verknüpfung der Erfordernisse des Infektionsschutzes mit der Wahrung der Würde der Bewohnerinnen und Bewohner.

Der Pandemieplan geht auf alle Aspekte der Versorgung und Pflege ein, die aufgrund der Vorgaben des Infektionsschutzes/der Infektionseindämmung sowie der Erlasse (Corona-Schutzverordnung und Erlasse der jeweiligen Bundesländer) für die Einrichtung verbindlich sind. Das beinhaltet neben einem Hygieneplan die Identifikation von erkrankten Personen und deren Behandlung, die Identifikation und das Management von Kontaktpersonen, Quarantäne- und Isolationsregelungen, Regelungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Besucherinnen und Besucher, Schutzausrüstungen und Materialien, arbeitsmedizinische Aspekte, Fort- und Weiterbildung sowie Regelungen für den Umgang mit verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohnern (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Der rote Faden im Pandemieplan der Einrichtung verknüpft bestmöglich die Einhaltung aller erforderlichen Vorgaben der Hygiene und des Infektionsschutzes mit den Aspekten einer person-zentrierten Herangehensweise mit dem Ziel, die Würde der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und ein höchstmögliches Maß an Wohlbefinden zu ermöglichen.

Der Pandemieplan berücksichtigt unterschiedliche Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern, zum Beispiel Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Menschen in der palliativen Versorgung, insbesondere Sterbephase. Des Weiteren beinhaltet der

Pandemieplan eine Übersicht zu Quarantäne- und Isolationsmöglichkeiten, wie ein Rooming-in Angebot für eine Vertrauensperson, alternative Unterbringungen in für den Normalbetrieb anders genutzten Räumlichkeiten (Ministerium für Arbeit, 2020) oder die Vernetzung der Einrichtung mit regionalen Krankenhäusern mittels eines Überleitungsmanagements, welches Teilhabe und Infektionsschutz berücksichtigt (Levine, Bonner, Perry, Melady, & Unroe, 2020). Die strukturelle Ausrichtung der Einrichtungen der stationären Altenhilfe sollte kleinere Wohngruppen gegenüber größeren Wohnbereichen präferieren (Armstrong, Armstrong, Choiniere, Lowndes & Struthers, 2020). In den kleineren - am sogenannten Hausgemeinschaftsmodell (Kaiser, o.J.) angelegten Wohnbereichen - ist soziale Teilhabe fester Bestandteil des Alltags und ist auch unter den Vorgaben von Kontaktbeschränkungen leichter aufrecht zu erhalten (Armstrong et al., 2020).

Ein Versorgungskonzept für den Fall eines Infektionsausbruchs ist in enger Zusammenarbeit mit lokalen Behörden (u. a. Gesundheitsamt) zu entwickeln und im Pandemieplan zu verankern (Robert Koch-Institut, 2020b). Dies beinhaltet Pläne zur Einrichtung von Isolationsbereichen (Kohortenversorgung). Es sollten drei Bereiche räumlich und personell voneinander abgegrenzt werden: für COVID-19 Fälle; für Verdachtsfälle; für Nicht-Fälle (ebd.). Der Vorteil eines gesonderten Bereiches ist die Möglichkeit der Bewegungsfreiheit und des Kontaktaufbaus sowie der Kontaktpflege unter den infizierten Bewohnerinnen und Bewohnern innerhalb des Bereiches. Dabei sollte das Personal dauerhaft einzelnen Bereichen zugewiesen werden.

Eine Unterbringung in einem Isolationsbereich erfolgt nur nach sorgfältiger Abwägung aller verfügbaren Alternativen. Jedoch ist bei allen Maßnahmen zu bedenken, dass ein temporärer Umzug ein erheblicher Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Menschen bedeutet. Dies sollte nach Rücksprache mit allen an der Versorgung beteiligten Personen nur durchgeführt werden, wenn keine Alternativen realisierbar sind und das Infektionsrisiko für die anderen Bewohner der Einrichtung als sehr hoch eingeschätzt wird.

Das hauptverantwortliche Team für die Umsetzung des gesamten Pandemieplans umfasst Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus allen Bereichen der bewohnernahen und -fernen Versorgung, Hygienebeauftragte, Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungsleitungsebene, Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, vorsorgebevollmächtigte Personen bzw. gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer.

Die Mitglieder dieses multiprofessionellen Teams sollten über fortgeschrittene Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation, Hygiene und Qualitätsmanagement verfügen (Lee, Lee, Lee, & Park, 2019). Diesem Team obliegen folgende Aufgaben:

- vorausschauende Definition der einrichtungsinternen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche im Rahmen der verschiedenen Phasen einer Pandemie,
- vorausschauende Planung und Organisation der personellen und sachlichen Ressourcen für die Umsetzung einer person-zentrierten Pflege und Behandlung während aller Phasen der Pandemie, auch die Behandlung schwerer Verläufe in der Einrichtung mit voraussichtlicher Todesfolge, wenn es dem Wunsch des Bewohners entspricht,

- Steuerung, Koordination und Monitoring der Umsetzung aller definierten Maßnahmen für die Umsetzung einer person-zentrierten Pflege und Behandlung während aller Phasen der Pandemie (auch Testung),
- Gestaltung und Steuerung der Information und Kommunikation bezogen auf alle einrichtungsinternen und -externen Zielgruppen während aller Phasen der Pandemie,
- Mitwirkung an lokalen Netzwerken der Pflege- und Gesundheitseinrichtungen zur wechselseitigen Abstimmung und Unterstützung während aller Phasen der Pandemie (s. Empfehlung 22),
- Bereitstellung des Zugangs zu einrichtungsinternen und/oder -externen psychosozialen Unterstützungsangeboten für Mitarbeitende während aller Phasen der Pandemie (s. Empfehlung 18).

Die Mitglieder des hauptverantwortlichen Teams und die Führungsverantwortlichen tauschen sich regelmäßig mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über den Stand der Planungen und der Umsetzung aus und sind offen für deren Anregungen (Walton, Murray, & Christian, 2020).

2) Empfehlung: Die Einrichtung ermöglicht in Kooperation mit den externen Leistungserbringern den Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten der Gesundheitsversorgung

Die gesundheitliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner wird auch während der Pandemiesituation gewährleistet. Im Fokus steht neben der Infektionsursache und -bekämpfung der gesundheitliche Versorgungsbedarf kognitiv beeinträchtigter und/oder multimorbider Bewohnerinnen und Bewohner. Berücksichtigt werden daneben die Bedarfe in der palliativen und hospizlichen Begleitung.

Die ärztliche Versorgung ist in Phasen von Kontaktbeschränkungen aufrechtzuerhalten. Heimärztliches Personal oder Kooperationen mit Haus- bzw. Fachärzten, insbesondere mit geriatrischer Expertise, könnten Krankenhausaufenthalte vermeiden oder verringern (Davidson & Szanton, 2020). Die geriatrische Qualifizierung von Pflegefachpersonen (Barasteh, Azimi, Khademi, Goharinezad & Rassouli, 2020) sowie der Einsatz von Pflegefachpersonen mit einer Qualifikation auf Masterniveau (Chavez, Dwyer, & Ramelet, 2018) können zu diesen Effekten zusätzlich beitragen.

Für Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende, die eine gebotene Krankenhausbehandlung bzw. intensivmedizinische Behandlung ablehnen, bilden Regelungen zur palliativen Versorgung im Pandemieplan die Grundlage für eine bedürfnisorientierte und die Menschenwürde wahrende Begleitung (Grabenhorst, Stiels-Prechtel, Niemann & Weckbecker, 2020; Ouslander, 2020). Bei Bedarf sind externe ambulante Palliativteams, ggf. auch ehrenamtliche Hospizbegleiter (zumindest in der Sterbephase) hinzuzuziehen, wenn An-und Zugehörige fehlen oder die Begleitung nicht selber übernehmen können.

Die Gesundheitsversorgung schließt therapeutische Angebote ein, wie zum Beispiel Physio-, Logo- und Ergotherapie. Im Pandemieplan ist zu regeln, wie die therapeutischen Angebote unter Berücksichtigung der Hygienevorgaben bestmöglich aufrechterhalten werden können.

Mobile Technologien (Apps) können die Gesundheitsversorgung unterstützen, wie zum Beispiel Anwendungen der Telemedizin: Teladoc Health, K Health: Digital Primary Care & Symptom Checker, Doctor on Demand; das Medikamentenmanagement: GoodRx oder auch Anwendungen im Bereich Gesundheit und Fitness, wie MyFitnessPal (Banskota, Healy, & Goldberg, 2020).

Für die Förderung der Entwicklung und Anwendung mobiler Technologien sind künftig Kooperationen zwischen den Einrichtungen bzw. Trägern der Einrichtungen, Gesundheitsfachpersonen, Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft und Entwicklern von IT-Anwendungen auf- bzw. auszubauen.

3) Empfehlung: Den Bewohnerinnen und Bewohnern wird frühzeitig die Gelegenheit gegeben, ihren medizinischen Behandlungspräferenzen qualifiziert Ausdruck zu verleihen

International wird gesundheitliche Versorgungsplanung unter dem nicht geschützten Begriff "Advance Care Planning (ACP)" diskutiert. Gemeint sein kann damit: ein vielfältiges Angebot von einfachen "Do-Not-Resuscitate Orders" (Verlangen, nicht wiederbelebt zu werden) bis hin zu umfangreichen, teilweise mediengestützten Gesprächsbegleitungen zur Entscheidungsfindung über die Gestaltung des Lebensendes.

Im deutschen Sprachraum ist analog zum Begriff ACP der Begriff "Behandlung im Voraus planen (BVP)" verbreitet. Vollstationäre Einrichtungen der Altenhilfe können den Versicherten eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Zu einer solchen Vorsorgeplanung gehört eine individuell zugeschnittene Beratung zu medizinisch-pflegerischen, psychosozialen und/oder seelsorgerischen Angeboten in der letzten Lebensphase (GKV Spitzenverband, 2020).

Der Gesetzgeber hat mit den im § 132g Sozialgesetzbuch V beschriebenen Ausführungen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase bereits versucht, qualifizierte Vorausverfügungen in stationären Altenhilfeeinrichtungen zu etablieren.

Bestehende Programme zur Vorsorgeplanung sind bislang kaum für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Demenz konzipiert, obwohl diese einen großen Teil der Bewohnerinnen und Bewohner in den stationären Altenhilfeeinrichtungen ausmachen. Zugleich fehlt es an qualitativ hochwertigen klinischen Studien, die den Nachweis zur Wirksamkeit und Sicherheit führen (Martin, Hayes, Gregorevic & Lim, 2016).

Trotz dieser Einschränkungen ist eine systematische Erfassung der pflegerischen und medizinischen Behandlungspräferenzen im Erkrankungsfall anzustreben, möglichst zeitnah nach dem Einzug der Bewohnerin bzw. des Bewohners.

Liegt eine Verfügung oder Beschreibung der Behandlungspräferenzen vor, die bereits vor einer COVID-19-Erkrankung verfasst wurde, ist die Relevanz für diesen Fall zu prüfen. Eine derart akut fortschreitende Erkrankung wurde zum Zeitpunkt der Finalisierung des Dokumentes von der betroffenen Person möglicherweise nicht antizipiert. Aus diesem Grund sind auch bereits vorliegende Verfügungen hinsichtlich ihrer Gültigkeit mit den Betroffenen bzw. ihren Interessenvertreterinnen und -vertretern zu diskutieren.

Das Risiko für schwere Verläufe von COVID-19-Erkrankungen ist bei Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Altenhilfeeinrichtungen aufgrund ihrer Multimorbidität und ihrer altersbedingten Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit besonders groß (British

Geriatrics Society, 2020). Bei auftretenden Komplikationen kann es zu einer raschen Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommen, so dass unter Umständen wenig Zeit für die Verständigung über Therapiepräferenzen bleibt (Lapid, Koopmans, Sampson, Van den Block & Peisah, 2020).

Eine Einweisung ins Krankenhaus oder gar eine intensivmedizinische Behandlung bei COVID-19-Infektion ist möglicherweise nicht gewünscht. Von besonderer Bedeutung ist deshalb in diesen Zeiten eine sorgfältige Indikationsstellung sowie eine valide Erhebung des Patientenwillens, denn die Sterblichkeit älterer COVID-19-Erkrankter mit akutem Atemnotsyndrom ist auch bei Hospitalisierung und Intensivbehandlung sehr hoch (Wu et al., 2020).

Eine zentrale Aufgabe in Altenhilfeeinrichtungen ist es, mit dem Auftreten einer Pandemie alle Voraussetzungen zu sichten und ggf. das Verfassen qualifizierter gesundheitlicher Voraussetzungen zu initiieren. Die nötigen Personalressourcen sind bereitzustellen oder ggf. die Zusammenarbeit mit externen Anbietern der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V zu suchen. Es gilt, zum Beispiel den Willen im Falle einer COVID-19-Erkrankung zu ermitteln, welche Therapie gewünscht wird (u. a. Flüssigkeit, Sauerstoff, Schmerzmittel) und ob bei einer lebensbedrohlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein Krankenhausaufenthalt und/oder eine Intensivbehandlung inklusive Beatmung und andere intensive Therapien gewünscht werden (Nehls et al., 2020). Alternativen sind darzulegen, wie die palliative Begleitung in der stationären Altenhilfe. Es ist ferner zu klären, ob der Krankenhausaufenthalt aus anderer Indikation (zum Beispiel Herzinsuffizienz, nach Sturzereignis) während der COVID-19-Pandemie indiziert und/oder gewünscht ist (British Geriatrics Society, 2020).

Selbstverständlich können die Bewohnerinnen und Bewohner nicht zum Verfassen einer qualifizierten Verfügung gedrängt oder gar genötigt werden. Die Gespräche und Aushandlungsprozesse erfordern stets eine hohe Sensibilität und eine souveräne Kenntnis derjenigen, die die Gespräche anbieten. Ansonsten können sie verängstigend wirken und die Bewohnerinnen und Bewohner verstören oder gar zu Patientenverfügungen führen, die nicht ihren eigentlichen Präferenzen entsprechen.

Validierte und niederschwellig zugängliche Gesprächsleitfäden für Pflegende fehlen derzeit. Eine erste Orientierung können im Internet verfügbare Handreichungen und Informationsbroschüren geben (z.B. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2019; Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2016). Die nötige Qualifikation zur sorgsamem Gesprächsführung dürfte auf diesem Wege jedoch kaum zu erwerben sein. Dennoch besteht unter Pandemiebedingungen ein Handlungsdruck.

Die Wünsche und Vorstellungen der betreffenden Personen sind offen und einfühlsam, respekt- und pietätvoll zu ermitteln. Auf Wunsch der Person sind Angehörige oder eine andere Vertrauensperson zu involvieren, wie die Hausärztin bzw. der Hausarzt. Gegebenenfalls sind Videotelefonie oder Telefonhilfsmittel zur Unterstützung der Kommunikation einzusetzen (Curtis, Kross & Stapleton, 2020).

Insbesondere bei Menschen mit Demenz, die nicht mehr in der Lage sind ihre Wünsche und Bedürfnisse klar zu artikulieren bzw. Entscheidungen zu treffen, ist mit Angehörigen bzw. vorsorgebevollmächtigten Personen oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern

in Form von ethischen Fallbesprechungen nach individuellen Lösungen zu suchen (Piers et al., 2018).

Es verbietet sich, Priorisierungsüberlegungen zum Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen im Rahmen eines Gespräches zur Ermittlung von Behandlungspräferenzen zu thematisieren. Das Ziel ist vielmehr die Festlegung einer mit den individuellen Präferenzen übereinstimmenden Pflege und Versorgung.

4) Empfehlung: Die inhaltliche Ausgestaltung und Dauer der Quarantäne erfolgt auf Basis einer individuellen Risikoeinschätzung

Das RKI empfiehlt, die Verdachtspersonen (zum Beispiel Menschen mit Kontakten zu COVID-19-Erkrankten) von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern räumlich (zum Beispiel im Zimmer oder in einem Bereich exklusiv für Verdachtspersonen) zu trennen (Robert Koch-Institut, 2020c). Für jeden Neueinzug, jede Verlegung oder einen Umzug in eine Einrichtung sollte eine bestimmte Quarantänezeit entsprechend aktuellen Empfehlungen des RKI eingehalten werden, um eine mögliche Infektion auszuschließen (Nicola et al., 2020). Jede stationäre Einrichtung sollte dazu Verfahren entwickeln und schriftlich fixieren (Pandemieplan). Dies sollte möglichst in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erfolgen.

Auch wenn die Quarantäne zurzeit als eine der effektivsten Methoden zur Eindämmung der Pandemie gilt (Mayr, Nussbaumer-Streit, Gartlehner, Srocynski & Siebert, 2020; Nussbaumer-Streit et al., 2020), stellt sie für die Menschen mit Pflegebedarf eine enorme Belastung dar (Cotterell, Buffel & Phillipson, 2018; Courtin & Knapp, 2017). Die Dauer und die Ausprägung der Quarantänemaßnahmen sind deshalb vor dem Hintergrund der Risiken und Nachteile individuell zu bestimmen. Orientierung für die Einschätzung der Risikoprofile von Verdachtsfällen bieten die Kriterien des RKI (Robert Koch-Institut, 2020c).

Traten in den vergangenen 14 Tagen keinerlei Symptome auf, bestand kein Kontakt zu einer bereits positiv getesteten Person und liegen zeitnah negative Testergebnisse vor, ist im Einzelfall auch eine Reduktion der Quarantänezeit von 14 auf 7 Tage möglich.

Das Risiko der sozialen Isolation, Deprivation und Vereinsamung ist bei jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägt (Razai, Oakeshott, Kankam, Galea & Stokes-Lampard, 2020). Eine individuelle Risikoabschätzung sollte deshalb spätestens zu Beginn der Quarantänemaßnahmen vorliegen.

Folgende Aspekte können für die Einschätzung der Folgen der Quarantäne hilfreich sein:

- Liegen weitere Erkrankungen vor (zum Beispiel Depression oder Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), die möglicherweise den Gesundheitsstatus während der Quarantänezeit negativ beeinflussen?
- Ist die Bewohnerin oder der Bewohner in der Lage, die Hygienemaßnahmen umzusetzen bzw. werden diese toleriert?
- Welche Ängste und Unsicherheiten bestehen von Seiten der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der Angehörigen?
- Risiken für soziale Isolation und Deprivation sowie Teilhabe: Hierfür können u.a. die Anzahl der verschiedenen Kontakte und deren Intensität vor und nach

Ausbruch der Pandemie als Orientierung dienen (Cotterell et al., 2018). Aber auch eingeschränkte, kaum gegebene Kommunikationsmöglichkeiten mit anderen Menschen, ein geringes Interesse an anderen Menschen und Aktivitäten, der Grad der körperlichen Beeinträchtigungen (u. a. Seh- und Höreinschränkungen), der subjektiv empfundene Lebenswille, eine sinnvoll empfundene Beschäftigung erleben oder Informationen durch eine Vertrauensperson können Hinweise auf ein erhöhtes Risiko sozialer Isolation und daraus resultierender negativer Folgen sein (Budgett et al., 2019; Kim et al., 2016). Eine hilfreiche Grundlage bietet eine systematische Erfassung der Lebensqualität. Sie hilft die für die Person wichtigsten lebensqualitätsrelevanten Bereiche zu erkennen und im Hinblick auf den Einfluss der Quarantäne zu bewerten und so eine individuelle Risikobewertung zu erstellen.

Die individuelle Risikoabschätzung beider Aspekte (Infektionsgefahr sowie Risiko sozialer Isolation und ihrer Folgen) soll dabei helfen, individuelle Lösungen für die Dauer und die Gestaltung der Quarantäne zu finden. In die Entscheidungsfindung sind möglichst die Bewohnerin bzw. der Bewohner und ihre/seine Angehörigen einzubeziehen.

Im Vorfeld eines Neueinzuges ist das Pandemiekonzept der Einrichtung den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Familien vorzustellen. Besteht vor dem Einzug der Verdacht, dass es aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung möglicherweise schwierig sein könnte, die Quarantänemaßnahmen einzuhalten, ist dies im Team, mit der Bewohnerin/dem Bewohner und der Familie zu thematisieren. Der Einzug und die Quarantänezeit sind sorgfältig zu planen (zum Beispiel im Hinblick auf zusätzlich erforderliches Personal für den Tag des Einzuges und für die Eingewöhnungszeit).

Folgende Aspekte können für die Einschätzung des Infektionsrisikos u.a. von Relevanz sein:

- **Wurden bereits Tests durchgeführt?** (Falls ja, wann?) Wenn möglich sollte zu Beginn und zum Ende der Quarantänezeit ein Abstrich durchgeführt werden, um eine Infektion während der Quarantänezeit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen zu können (Robert Koch-Institut, 2020c)
- **Liegen bereits Symptome bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner oder Angehörigen vor?** (Falls ja, seit wann?)

5) Empfehlung: Ein multiprofessionelles Team entwickelt bei Problemen in der Umsetzung der Quarantäneregeln individuelle Lösungsansätze, bei denen die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Hygienemaßnahmen in angemessener Weise berücksichtigt werden. Die Anwendung jeglicher freiheitseinschränkender Maßnahmen zur Einhaltung der Quarantäneregeln ist abzulehnen

Besondere Konfliktsituationen können zum Beispiel dann vorliegen, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund kognitiver Einschränkungen die Quarantänemaßnahmen nicht einhalten können (zum Beispiel Verlassen des Zimmers). Denkbar sind auch Situationen in denen Bewohnerinnen und Bewohner ohne kognitive Beeinträchtigungen die Quarantäne bewusst ablehnen und das Zimmer oder die Einrichtung auf eigenen Wunsch verlassen möchten. In solchen Konfliktfällen mit

widerstrebenden Interessen muss ein Team aus Vertreterinnen und Vertretern der Pflege, des Bewohnerbeirats, der Aufsichtsbehörden (vgl. länderspezifisches Wohn- und Teilhabegesetz, Heimaufsicht), des Managements (einrichtungintern) und des Gesundheitsamtes, der Hausärztin bzw. des Hausarzt sowie eine familiäre Bezugsperson bzw. die rechtliche Betreuerin oder der rechtliche Betreuer gemeinsam mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner das weitere Vorgehen besprechen (u. a. auch durch ethische Fallbesprechung). Es bedarf einer sorgfältigen Abwägung der Situation, eines gestuften Vorgehens und einer Ausreizung geeigneter Unterstützungsmaßnahmen und gegebener Optionen für die Umsetzung von Quarantäneregeln. Die Rechte und Perspektiven der Bewohnerin und des Bewohners sind dringend zu beachten.

Bei Bewohnerinnen und Bewohnern, die die Situation nicht verstehen oder die Hygieneregeln nicht erinnern können, sind die notwendigen Informationen entsprechend den vorhandenen Kompetenzen zur Verfügung zu stellen. Häufige mündliche Informationen, individuelle Erinnerungsplakate im Zimmer oder im Wohnbereich können hilfreich sein. Eine enge 1:1-Begleitung ist hilfreich, um den Menschen das Gefühl zu geben, nicht allein zu sein bzw. durch die enge Begleitung das Situationsverständnis zu erhöhen. Gleichzeitig wird mit der 1:1-Begleitung auch sichergestellt, dass ein unbeobachteter Kontakt nicht stattfindet bzw. dokumentiert werden kann. Technische Lösungen ermöglichen ebenfalls das zeitnahe Reagieren auf die Bewegung der Bewohnerinnen und Bewohner (außerhalb des Zimmers).

Menschen mit Demenz können unabhängig von der besonderen Pandemiesituation Veränderungen im Verhalten zeigen, die den Umgang mit ihnen und ihre Pflege erschweren. Die Maßnahmen zur Reduktion des Infektionsrisikos können dieses Verhalten verstärken bzw. die Handlungsoptionen der Pflege einschränken. Hier gilt es zunächst eine genaue „Verstehende Diagnostik“ des Verhaltens durchzuführen und nach Gründen für das Verhalten zu suchen (Bundesministerium für Gesundheit, 2006; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018). Im Zuge der „Verstehenden Diagnostik“ sollte insbesondere Phänomene wie zum Beispiel dem Delir eine besondere Aufmerksamkeit zukommen. Das Delirmanagement ist von zentraler Bedeutung im Kontext der Pandemie. Zum einen gibt es Hinweise, dass das Delir häufiger bei Menschen mit einer Infektion auftritt, zum anderen kann sich ein bestehendes Delir oder ein bereits erhöhtes Delir-Risiko durch Schutzmaßnahmen weiter verschlechtern (British Geriatrics Society, 2020). Zum Delirmanagement gehören das Screening, die Risikoreduktion durch Vermeidung Delir-auslösender Faktoren (Orientierungsförderung, Obstipationsprophylaxe, Schmerzbehandlung, Sauerstoffgabe, Prävention von Harnwegsinfekten, Prüfung und Vermeidung von Medikamentennebenwirkungen) (ebd.) und die Delirbehandlung (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019).

Führen alle ergriffenen Unterstützungsmaßnahmen nicht zum gewünschten Erfolg, das heißt, der Auflösung der Konfliktsituation, ist im nächsten Schritt zu bewerten, unter welchen Umständen das Verlassen des Zimmers bzw. der Einrichtung möglich ist, ohne andere Personen durch eine mögliche Infektion zu gefährden (zum Beispiel in Zeiten mit wenig Personenverkehr, abgelegenen Räumlichkeiten und Wegen). Auch ist an dieser Stelle zu prüfen, ob ein Umzug in einen Quarantänebereich für die Bewohnerin oder den Bewohner von Vorteil wäre. Bei den Überlegungen, Bewohnerinnen und Bewohnern eine Alternative außerhalb der Einrichtung (zum Beispiel Pflegehotels) zu ermöglichen, stehen

die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen an erster Stelle. Gleichzeitig ist ein Plan für den Wiedereinzug in die Einrichtung zu erstellen.

Auch wenn der Einsatz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FEM) im Zusammenhang mit Pandemie in Ausnahmesituationen in internationalen Empfehlungen in Erwägung gezogen wird (Iaboni et al., 2020), lehnen die Autorinnen und Autoren dieser Leitlinie den Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen auch in Zeiten der COVID-19-Pandemie ab. FEM kann nicht als sinnvolle Maßnahme zur Prävention der Infektion empfohlen werden, da sie ein massiver Angriff auf die Menschenwürde und ein Eingriff in die Persönlichkeitsrechte sind und mit erheblichen negativen Auswirkungen für den Betroffenen verbunden sind (Köpke et al., 2015).

6) Empfehlung: Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten individuell abgestimmte Angebote zur Beziehungsgestaltung

Die Reduktion der direkten Kontakte mit Familie, Freunden, ehrenamtlichen Personen oder auch Mitbewohnerinnen und -bewohnern aus der Einrichtung bedeutet eine große Einschränkung für das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner (Usher, Bhullar, & Jackson, 2020). Soziale Kontakte sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtungen sind zentral für das physische und psychische Wohlbefinden der Menschen. Es ist jedoch auch bei rückläufigen Infektionszahlen in Deutschland davon auszugehen, dass es für die Hochrisikogruppe der älteren Menschen in der stationären Altenhilfe länger zu gewissen Einschränkungen bzw. Veränderungen der sozialen Kontakte hinsichtlich u. a. Anzahl, Art und Häufigkeit kommen kann. Einrichtungen sollen daher dauerhaft Alternativen anbieten, um mögliche negative Folgen für die Bewohnerin bzw. den Bewohner zu reduzieren. Grundlage für das Angebot sind immer die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner. Nicht für alle Bewohnerinnen und Bewohner sind alle Maßnahmen gleichermaßen sinnvoll. Deshalb ist im Vorfeld eine Einschätzung der Gefahr der sozialen Isolation erforderlich (s. Empfehlung 4), um die Art und die Intensität der Angebote bedürfnis- und bedarfsgerecht planen zu können. Die vielfältigen Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung sind im Expertenstandard "Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" ausführlich dargelegt und bilden die Basis für die Maßnahmenplanung (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018).

Nachfolgend wird auf einige Aspekte eingegangen, die für eine gelingende Pflege älterer Menschen sehr bedeutsam sind (ebd.), jedoch unter den Bedingungen der Pandemie mit besonderen Herausforderungen oder Einschränkungen in der Umsetzung verbunden sind:

Körperkontakt

Pflege ist von direktem Kontakt gekennzeichnet, in dem Berührung eine substantielle Rolle spielt: Berührung als Teil der Körperpflege sowie als Teil zur Begrüßung, Beruhigung, Stütze und Unterstützung (Davin, Thistlethwaite, Bartle & Russell, 2019). Das Abstandhalten verhindert Körperkontakt, der ein menschliches Grundbedürfnis ist und lebenswichtige Funktionen hat (F. Jansen & Streit, 2015). Körperlicher Kontakt als existenzielles Bedürfnis muss ermöglicht werden. Zusätzliche Herausforderung besteht in der Pflege von Menschen mit Demenz, die über Berührung in Beziehung und in Kontakt

mit ihren Mitmenschen und Pflegenden treten. Um das Grundbedürfnis zu befriedigen, bedarf es durch die Pflege individueller Einzellösungen. Falls keine erhöhte Infektionsgefahr besteht (zum Beispiel Symptomfreiheit bei Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen), ist auch bei dieser Bewohnergruppe Berührung bei Besuchen mit Angehörigen zu gestatten. Hier ist neben der Bereitstellung von geeigneter Schutzausrüstung, unter Einbezug der Expertise von erfahrenen Hygienefachkräften bzw. Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes nach alternativen Lösungen zu suchen. Stellt zum Beispiel die Berührung in Handschuhen eine große Hürde dar, kann unter Umständen sorgfältige Handhygiene eine Alternative sein, um direkte körperliche Berührung zu ermöglichen.

Digitale Kommunikation

Die Studienlage zum Thema Soziale Isolation und Nutzung von Videokonferenzen ist zurzeit noch unzureichend. So zeigt ein Cochrane Review von Noone et al. (2020), dass Studien in kleiner Anzahl (n=3), eine eher schlechte Qualität („sehr gering“) aufweisen und zum anderen von unterschiedlichen Ausgangsbedingungen ausgehen. In den drei Studien wurde die Wirksamkeit des Angebots der Videokommunikation im Vergleich zur üblichen Versorgung u.a. auf Einsamkeit untersucht (kleiner Effekt in einer Studie). Die Studien fanden nicht unter den Bedingungen der Kontaktbeschränkung statt (ebd).

Andererseits haben die Kontaktverbote gezeigt, wie wichtig digitale Möglichkeiten für Kontaktpflege im Einzelfall werden können (Padalaa, Jendrob & Orr, 2020). Die Barrieren für die Nutzung von digitalen Medien sind zahlreich, die meisten können durch frühzeitige Vorbereitung jedoch überwunden werden.

In den Einrichtungen sind frühzeitig, bei ersten Anzeichen eines Pandemiegeschehens, spätestens nach der aktuellen akuten Krisenphase Konzepte zu entwickeln, in welchem Rahmen IT-Technik dauerhaft in die sozial-pflegerische Versorgung integriert werden kann. So ist ggf. der Kontakt der Bewohnerinnen und Bewohner mit Personen außerhalb der Einrichtung aufrecht zu erhalten und virtuelle Besuche von Angehörigen per Telefon oder Videokonferenz sind zu organisieren. Des Weiteren sind in Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden regelmäßige Gottesdienste oder religiöse Angebote (via Videostream) oder durch Videokonferenzen gemeinsame Gebete mit Seelsorgerinnen oder Seelsorgern zu organisieren. Einige Einrichtungen verfügen über eigene Fernsehkanäle bzw. die Möglichkeit der Übertragung von Angeboten (u.a. Konzerte, Vorstellungen) auf die Fernsehgeräte in den Zimmern.

Kontakte innerhalb der Einrichtung

Um die Gefahr der Virusübertragung innerhalb der Einrichtung zu minimieren und Kontaktketten schneller zu identifizieren, empfiehlt das RKI das Personal der einzelnen Wohnbereiche voneinander zu trennen und kleinere feste Bewohnergruppen (zum Beispiel Tischgemeinschaften) zu bilden, die in konstanter Zusammensetzung und Einhaltung von Hygienemaßnahmen gemeinsame Aktivitäten durchführen, damit bei Nachweise von SARS-CoV 2 nur eine kleine Gruppe von Personen als Kontakte entsteht (Robert Koch-Institut, 2020c). Die Konsequenz hieraus ist eine zusätzliche Reduktion von sozialen Kontakten der Bewohnerinnen und Bewohnern untereinander sowie eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit innerhalb der Einrichtung. Für den Einzelfall sind auch alternative Lösungen durch die Einrichtung anzubieten. So ist es denkbar, dass sich

auch Bewohnerinnen und Bewohner untereinander, unter Einhaltung der Schutz- und Hygieneregeln, besuchen und gemeinsam Zeit verbringen können.

Kontakte außerhalb der Einrichtung

Regelmäßige Besuche von Familie, Freunden und wichtigen Bezugspersonen müssen auch in Pandemiezeiten ermöglicht werden. Bei sterbenden Menschen gehören zu diesem Kreis auch ehrenamtliche Hospizhelfer, wenn die Sterbebegleitung nicht durch Angehörige geleistet werden kann. Einrichtungen müssen ein Besuchskonzept für Angehörige und andere für das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner relevante Bezugspersonen unter Berücksichtigung aktueller Hygienebestimmungen entwickeln. Die Häufigkeit, Dauer und Anzahl der Besuche sind grundsätzlich an den Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohner auszurichten. Eine einheitliche Regel zum Beispiel hinsichtlich Dauer und Häufigkeit der Besuche für alle Bewohnerinnen und Bewohner ist nicht gerechtfertigt. In dem Konzept sind die Orte für die Begegnung aufzuzeigen (zum Beispiel separate Zugänge, abgetrennte Bereiche, externe Bereiche). Dabei sind auch Besuche für Bewohnerinnen und Bewohner zu planen, die selbst das Zimmer nicht verlassen können (Transport im Bett oder sichere Zugänge zu dem Bewohnerzimmer oder den Garten). Ein wesentlicher Punkt ist, dass Besucherinnen und Besucher mit Erkältungssymptomen sowie Kontaktpersonen von Covid 19-Infizierten, der Einrichtung fernbleiben sollen.

7) Empfehlung: Die Kontaktpersonen passen ihre verbale und nonverbale Kommunikation aufgrund des Mund-Nasenschutzes an

Der Mund-Nasenschutz (MNS) trägt zur Infektionsprävention bei (MacIntyre, 2020). Er stellt jedoch auch eine Barriere in der Kommunikation dar, da er sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation beeinträchtigt. Das Abdecken des Mundes führt zu einer undeutlicheren Sprache bzw. zu Verständigungsproblemen. Insbesondere für Menschen mit Demenz ist es jedoch wichtig, die Mimik ihrer Gesprächspartner sehen zu können. Auch für Menschen mit Hörproblemen ist das Ablesen von den Lippen essenziell, um kommunizieren zu können. Die Pflegenden müssen diese Einschränkungen berücksichtigen und ihre Kommunikation anpassen (zum Beispiel deutlicher, langsamer und/oder lauter sprechen, gestische Kommunikation verstärkter anwenden oder mit Symbolkarten arbeiten). Ein kurzfristiges Abnehmen des MNS unter Wahrung des 1,5 m Abstands, um zum Beispiel das Gesicht zur Begrüßung zu zeigen, einer Emotion Ausdruck zu verleihen oder wichtige Informationen deutlicher zu kommunizieren, kann eine angemessene Lösung darstellen. Dies gilt nicht für die Nutzung von Atemschutz bei der Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit bestätigter Infektion oder Verdachtsfällen.

8) Empfehlungen: Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten Angebote zur sinnstiftenden Alltagsgestaltung

Aufgrund der reduzierten sozialen Kontakte und des häufigen Verzichts auf Gruppenangebote ist das Beschäftigungsangebot in den Einrichtungen anzupassen. Quarantäne ist mit negativen Folgen für die kognitiven Fähigkeiten assoziiert (Röhr et al., 2020). Auf Grundlage der Bedürfnisse und Bedarfe sind verstärkt Einzelangebote

anzubieten, mit denen die Bewohnerinnen und Bewohner die Möglichkeit erhalten, ihren Alltag sinnvoll zu gestalten. Generell ist zu empfehlen, dauerhaft digitale Angebote für Unterhaltung und Ablenkung auf ihren Einsatz hin zu überprüfen. Im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018) ist eine Vielzahl an möglichen Einzelaktivitäten beschrieben, die in den Alltag eingebaut werden können. Auch ist zu überlegen, Veranstaltungen (zum Beispiel Gottesdienste, Konzerte) vor dem Gebäude stattfinden zu lassen, an dem die Bewohnerinnen und Bewohner am Fenster oder Balkon teilnehmen können.

9) Empfehlung: Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten individuelle Angebote zur Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit

Bewegung ist für die Bewohnerinnen und Bewohner, insbesondere in der bewegungseinschränkenden Pandemiezeit, von zentraler Bedeutung, da sie Voraussetzung für Selbständigkeit und autonome Lebensführung, für soziale Teilhabe, Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden ist (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2014). Aufgrund der Kontaktreduktion (Bewohnerinnen und Bewohner können die Einrichtung nur begrenzt u. a. für Spaziergänge verlassen) oder der Reduzierung von Angeboten in Einrichtungen aufgrund eines möglichen Infektionsrisikos besteht die Gefahr, dass die Immobilität durch die Reduktion der körperlichen Aktivität der Bewohnerinnen und Bewohner zunimmt (Jimenez-Pavon, Carbonell-Baeza & Lavie, 2020; Roschel, Artioli & Gualano, 2020). Den Bewohnerinnen und Bewohnern in der Quarantäne kann die Motivation fehlen, sich in ihren Zimmern ausreichend zu bewegen. Für die Planung geeigneter Maßnahmen liefert der Expertenstandard zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität vielfältige Ideen als Orientierung (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2014). So ist der aktuelle Status der Mobilität der Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig zu erheben (zum Beispiel die Fähigkeit sich selbständig über kurze Strecken fortzubewegen), um möglichen negativen Veränderungen zeitnah entgegenzuwirken. Potenzielle Einflussfaktoren durch die Pandemie-Bedingungen auf die Beweglichkeit sind laufend zu identifizieren, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. So ist zum Beispiel denkbar, dass Bewohnerinnen und Bewohner aus Angst vor einer möglichen Infektion das Zimmer seltener verlassen und damit der Anteil der körperlichen Aktivität sich weiter reduziert. Mobilitätsfördernde Aspekte sind noch stärker als vor der Pandemiezeit in die tägliche Pflege zu integrieren. Sie können kontinuierlich und über den Tag verteilt angeboten werden, um eine Ballung von Angeboten und damit eine Überforderung zu vermeiden. Aufgrund der heterogenen Studienlage und Zielgruppen kann kein spezielles Übungsprogramm empfohlen werden (Arrieta, Rezola-Pardo, Gíl, Irazusta & Rodriguez-Larrad, 2018). Übungsprogramme, die aus mehreren Komponenten (u. a. Aerobic, Widerstand, Gleichgewicht, Koordination und Mobilität) bestehen und mit einem Interaktionspartner (z.B. Pflegende oder Therapeutin/Therapeut) durchgeführt werden, zeigen positive Effekte hinsichtlich des Erhalts und der Förderung der Beweglichkeit (C.-P. Jansen, Claßen, Wahl & Hauer, 2015; Weber et al., 2018). Orientierung hinsichtlich der Art, der Häufigkeit und der Dauer der Angebote können die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihren globalen Strategien für Ernährung, Bewegung und Gesundheit geben, die wenigstens 150 Minuten moderates

Ausdauertraining oder wenigstens 75 Minuten intensives Ausdauertraining pro Woche empfehlen (Demicheli et al., 2018).

10) Empfehlung: Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten individuell abgestimmte Ernährungsangebote

“Essen und Trinken“ sind menschliche Grundbedürfnisse und spielen eine zentrale Rolle für Gesundheit und Lebensqualität (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2017). Ernährung dient der Aufrechterhaltung physiologischer Prozesse, ist eine wichtige Sinneswahrnehmung und ein soziales Ereignis. Sie hat für jeden Menschen eine enorme Bedeutung. Durch die Umsetzung der Hygiene- und Schutzmaßnahmen (z.B. Quarantäne/Isolation) kann die Tagesstruktur für die Bewohnerinnen und Bewohner undeutlich werden, da typische Rituale wie das Essen in der Gemeinschaft verloren gehen und sich die Essenskultur verändern kann. Gerade bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen besteht dadurch die Gefahr, nicht mehr den gewohnten Tagesrhythmus einhalten zu können, der Sicherheit und Orientierung gibt. Regelmäßige Mahlzeiten bieten in der Regel auch entsprechend viele reguläre und sichere Kontakte zum Personal. Die Mahlzeiten sind verstärkt als Ereignisse der Begegnung, als zeitliche Orientierung (durch die Uhrzeit aber auch saisonale Speisen), als Sinnesanregung (Riechen, Sehen, Schmecken) und als kognitive Anregung (indem Erinnerungen bezüglich der Mahlzeit angeregt werden und ein Gespräch stattfindet) zu nutzen.

Wenn Bewohnerinnen und Bewohner infiziert oder erkrankt sind, kann durch einen Verlust an Geschmack und Geruch auch die Lust am Essen und Trinken reduziert sein. Möglicherweise trifft dies Bewohnerinnen und Bewohner, die sich bereits in einem reduzierten Allgemeinzustand befinden, besonders stark. Eine neu auftretende Anorexie (Appetitlosigkeit) gehört zu einem der häufigsten untypischen Symptome einer COVID-19-Erkrankung (Graham et al., 2020). Hier kann Nahrung zur Unterstützung der allgemeinen Körper- und Abwehrkraft gezielt angeboten werden, zum Beispiel durch Malzbier, Smoothies, Energiedrinks, Obstcocktails und Multivitamin drinks. Als Grundlage für eine mögliche Risikoeinschätzung oder weitere Maßnahmen kann der „Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ dienen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2017).

Soziale Teilhabe und Lebensqualität durch geeignete Kommunikation sichern

Frage 4: Wie sollte Kommunikation innerhalb einer Einrichtung, nach außen oder von extern in eine Einrichtung gestaltet sein, um soziale Teilhabe und Lebensqualität zu sichern?

Im Sinne dieser Leitlinie erfolgt Kommunikation im Kontext der COVID-19-Pandemie und entsprechender Schutzmaßnahmen in der direkten Pflege durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Kommunikation kann mit einem oder mehreren Menschen mit Pflegebedarf oder deren Angehörigen bzw. den vorsorgebevollmächtigten Personen sowie gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern, mit Führungspersonen in der Einrichtung und mit Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern erfolgen. Die interne Kommunikation bezeichnet die Kommunikation zwischen Personen innerhalb einer Einrichtung. Unter der externen Kommunikation wird der Austausch der Einrichtung bzw. deren Vertreterinnen und Vertretern gegenüber externen Kooperationspartnern und Leistungserbringern verstanden. Der Gegenstand der Kommunikation und die Situation bestimmen hierbei die Wahl der Kommunikationsmethode. So kann beispielsweise ein individuelles Gespräch genauso angezeigt sein wie ein regelmäßiger Newsletter, der die Angehörigen bzw. die Öffentlichkeit über aktuelle Veränderungen im Zuge der Pandemie informiert. Person-zentrierte Kommunikation und die damit verbundene Information sind wichtig, damit Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Angehörige bzw. vorsorgebevollmächtigte Personen sowie gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer beispielsweise Entscheidungen treffen können. Zugleich fördern sie Transparenz.

11) Empfehlung: Die interne und externe Kommunikation ist person-zentriert

Verbale und nonverbale Kommunikation ist ein grundlegendes Merkmal pflegerischen Handelns und ermöglicht die direkte Umsetzung der Prinzipien einer person-zentrierten Pflege. Kommunikation ermöglicht (1) das Erfahren von Wertschätzung bei den Beteiligten, (2) den Austausch von Gedanken, Erfahrungen und Präferenzen, und unterstützt (3) den Erfolg pflegerischer Handlungen (zum Beispiel Unterstützung beim Aufstehen aus dem Bett). Zusätzlich können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Kommunikation Präsenz und Interesse an der Person zum Beispiel Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige signalisieren (Edvardsson, Fetherstonhaugh & Nay, 2010).

Person-zentrierte Kommunikation ist verlässlich, kontinuierlich, vorausschauend, der jeweiligen Situation angepasst, individuell und wertschätzend. Sie unterstützt das Verstehen individueller Ansichten, Absichten, Rollen und überbrückt Differenzen sowie individuelle Unterschiede (Kasch & Dine, 1988). Person-zentrierte Kommunikation bietet eine Basis für die gemeinsame Entscheidungsfindung im Pflegeprozess. Eine gelungene person-zentrierte Kommunikation führt dazu, dass sich die Kommunikationspartner gegenseitig gehört, verstanden, angenommen und mit anderen Personen verbunden fühlen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018).

Aufgrund der mit der Pandemie verbundenen Infektionsschutzmaßnahmen (zum Beispiel Sicherheitsabstand, Mund-Nasen-Schutz) sind besondere Erfordernisse in der Alltagskommunikation zu bewältigen (siehe hierzu Empfehlungen 6 und 7). Daneben führen die Pandemie und die jeweiligen Infektionsschutzmaßnahmen zu neuen Kommunikations- und Informationserfordernissen. Beispiele für notwendige Kommunikationsinhalte werden in den nachfolgenden Empfehlungen 12 und 13 gegeben. Grundsätzlich müssen für die person-zentrierte Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Angehörigen bzw. vorsorgebevollmächtigten Personen sowie gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern ausreichende personelle Ressourcen und Zeit zur Verfügung stehen.

12) Empfehlung: Die Einrichtung erstellt ein Kommunikationskonzept, das eine interne und externe person-zentrierte Kommunikation gewährleistet

Einrichtungen verfügen über ein Kommunikationskonzept, das an die jeweilige Pandemiesituation angepasst ist. Dieses ist in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und zu aktualisieren. Das Konzept umfasst eine Darstellung der einrichtungsinternen Kommunikationsstrukturen sowie der Abläufe und Zuständigkeiten, der Regelungen zur person-zentrierten Kommunikation und der Maßnahmen zur Bewältigung der Situation (Münch et al., 2020). Daneben sind in dem Konzept besondere Kommunikationserfordernisse im Hinblick auf eventuell unterschiedliche kulturellen Hintergründe der Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Angehörigen zu berücksichtigen.

Im Konzept ist auch das frühzeitige Erkennen von Kommunikationserfordernissen zu regeln. Es ist beispielsweise davon auszugehen, dass in der Einrichtung oder deren Umfeld eine COVID-19 Infektion einer Bewohnerin oder eines Bewohners bzw. einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters zu Unsicherheiten, Ängsten und Belastungen bei Bewohnern, Mitarbeitern und Angehörigen führt. Die notwendige Kommunikation und Maßnahmen zur Bewältigung der Situation sind frühzeitig vorzubereiten (siehe auch Empfehlungen 16 und 17).

Im Kommunikationskonzept sind auch die besonderen Erfordernisse von Menschen mit intellektuellen, kognitiven oder psychosozialen Behinderungen und/oder anderen kulturellen, sozialen und sprachlichen Hintergründen an die Kommunikation zu berücksichtigen. Gleiches gilt für Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Angehörige mit einem erhöhten Risiko für eine COVID-19 Infektion und besonderen Lebenssituationen (zum Beispiel Schwangerschaft einer Mitarbeiterin).

13) Empfehlung: Kommunikation innerhalb der Einrichtung: Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Angehörige erhalten Informationen zur Bewältigung der Pandemie

Die Pandemie und ihre Auswirkungen können zu Ängsten und Sorgen bei Bewohnerinnen und Bewohnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Angehörigen führen. Schutzmaßnahmen führen zum Beispiel aufgrund von Kontaktbeschränkungen oder des Tragens von Schutzkleidung zu Herausforderungen in der Kommunikation (s. Empfehlung 7) oder auch zu veränderten Zuständigkeiten oder anderen Bezugspersonen. Eine person-

zentrierte Kommunikation kann Transparenz und ein Gefühl von Sicherheit für alle Beteiligten schaffen. Hierzu sind leicht zugängliche und leicht verständliche, klare Informationen für Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Angehörige zur Verfügung zu stellen, die ggf. in unterschiedliche Sprachen zu übersetzen sind. Wann immer möglich, sind auch Kommunikationsformen zu nutzen (zum Beispiel direkte Kommunikation in einer Gruppe, direkte Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern, mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Angehörigen oder im Einzelgespräch), die sich nicht ausschließlich auf schriftliche Informationen stützen (World Health Organization, 2020b).

Kommunikationsinhalte können beispielsweise sein:

- Aktuelle Informationen über das SARS-CoV-2 Virus und die COVID-19-Erkrankung,
- Information und Beratung zu aktuellen Schutzmaßnahmen innerhalb der Einrichtung mit Relevanz für die jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Angehörigen,
- Aktuelle Lageberichte der Einrichtung (zum Beispiel zu aktuellen Infektionsfällen),
- Informationen zu Möglichkeiten der Kommunikation innerhalb der Einrichtung,
- Informationen zum aktuellen Tagesablauf innerhalb der Einrichtung (zum Beispiel zu Essenszeiten, Angeboten an sozialen Aktivitäten, Möglichkeiten der Bewegungsförderung, ggf. auch außerhalb der Einrichtung),
- Information zu aktuellen Regelungen/Maßnahmen zur Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte, Therapeutinnen und Therapeuten und Sicherstellung der Medikamenten- und Hilfsmittelversorgung,
- Information im Kontext existenzieller Lebenssituationen (zum Beispiel Pflege von sterbenden Menschen).

Im Falle aufgetretener COVID-19-Erkrankungen gilt es in besonderer Weise, Anzeichen für Ängste und Sorgen zu erkennen. Eine individuelle Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern oder Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit einer COVID-19 Infektion sowie mit diesen im Kontakt stehenden Personen (andere Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Angehörige) ist bei Bedarf anzubieten.

Im Fall einer Infektion einer Bewohnerin oder eines Bewohners ist durch Kommunikation Transparenz in allen Prozessschritten herzustellen. Neben der betroffenen Person sind in Absprache mit dieser auch deren Familien sowie ggf. rechtliche Betreuerinnen und Betreuer in alle Entscheidungen einzubeziehen. Wenn erwünscht, können Seelsorgerinnen oder Seelsorger und/oder Hospiz-Dienste hinzugezogen werden. Eine besondere Trauerarbeit kann situationsabhängig notwendig werden (Besuch- und Begleitmöglichkeiten, Möglichkeiten einer Trauerfeier oder des Abschiednehmens, Bewältigung posttraumatischer Syndrome, die Schnelligkeit und evtl. Dramatik des Sterbeprozesses) (Wallace, Wladkowski, Gibson & White, 2020).

Als Basis einer person-zentrierten Kommunikation muss die stringente Dokumentation des Pflegeprozesses sichergestellt werden, um Kommunikationsbrüche zu verhindern.

Im Fall einer Infektion einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters ist ebenfalls durch Kommunikation Transparenz in allen Prozessschritten herzustellen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über person-zentrierte Unterstützungsangebote (Empfehlungen 17 und 18) zu informieren.

Rahmenbedingungen für eine transparente und vollständige Kommunikation aller relevanten Informationen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind durch die Leitungspersonen zu schaffen, um Sorgen und Unsicherheiten zu reduzieren (Petzold, Plag & Ströhle, 2020) (siehe auch Empfehlung 16). Mit der Kommunikation sind alle Beteiligten über Fakten und Ungewissheiten zu informieren.

Die Kommunikation ist so zu gestalten, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter motiviert werden und positive Aspekte in Bezug auf die Zeit nach der Pandemie erkennbar sind. Die Kommunikation erfolgt stets in beide Richtungen. Leitungspersonen nehmen sich Zeit zum Zuhören und ermöglichen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Fragen zu stellen, Gefühle und Bedenken auszutauschen und geben ihnen Feedback (Walton et al., 2020).

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten niedrigschwellig kurzfristige, an die lokale Situation angepasste Schulungs- und Informationsangebote in person-zentrierter Kommunikation (Münch et al., 2020) (siehe auch Empfehlung 21). Spezifische Kommunikationskonzepte, die Hinweise für konkrete Gesprächssituationen geben, sind zur Verfügung zu stellen (Arnold et al., 2020).

14) Empfehlung: Kommunikation von und nach extern: Externe Netzwerkpartner, Dienstleister und Leistungserbringer, Aufsichtsbehörden und Vertreterinnen und Vertreter des jeweiligen Quartiers erhalten Informationen zur Bewältigung der Pandemie

Neben den Bewohnerinnen und Bewohnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Angehörigen sowie vorsorgebevollmächtigten Personen bzw. gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern ist eine Vielzahl an weiteren Personen und Institutionen in die stationäre Langzeitpflege involviert. Hierzu zählen externe Dienstleister (zum Beispiel Trägerstruktur der stationären Altenhilfe, Lieferanten, externe Hauswirtschaftsservices, Friseurinnen und Friseure, Seelsorgerinnen und Seelsorger u.a.), Leistungserbringer (zum Beispiel externe Therapeutinnen und Therapeuten und Hausärztinnen und Hausärzte, Palliativteams, Hospizdienste), Aufsichtsbehörden (zum Beispiel Heimaufsicht, Gesundheitsamt) und Vertreterinnen und Vertreter des jeweiligen Quartiers oder Netzwerks (zum Beispiel von Gemeinden und Städten, Fördervereinen oder der Kirche).

Ausgehend von der Vulnerabilität von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen der stationären Altenhilfe sind größere COVID-19 Ausbrüche häufig mit einer großen medialen und gesellschaftlichen Aufmerksamkeit verbunden. Daneben stellen COVID-19 Ausbrüche die betroffene Einrichtung vor große Herausforderungen (zum Beispiel erhöhter Kommunikationsbedarf gegenüber Aufsichtsbehörden, dem jeweiligen Trägerverband, der jeweiligen Kommune, externen Dienstleistern, der Presse), die je nach Infektionsrate der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kaum eigenständig bewältigt werden können.

Damit im Fall eines COVID-19 Ausbruchs eine möglichst schnelle und zielgerichtete Unterstützung der Einrichtung von außen (zum Beispiel durch die Trägerstruktur der Einrichtung, das Gesundheitsamt und weitere lokale Strukturen) erfolgen kann, bedarf es einer kontinuierlichen, verständlichen und transparenten Information und

Kommunikation. Neben der Unterstützung im Infektionsfall kann so auch möglichen Sorgen und Ängsten im Umfeld der Einrichtung entgegengewirkt werden.

Was soll nach außen kommuniziert werden:

- Aktuelles zum Pandemieplan,
- Information zur aktuellen Versorgung, zum Beispiel wie erfolgt Kontakt mit externen Leistungserbringern, wie erfolgt die Essensaufnahme, welche sozialen Aktivitäten werden angeboten, wie wird die pflegerische und medizinische Versorgung mit entsprechenden Materialien sichergestellt (zum Beispiel Essen von außen, Hilfsmittelversorgung, Medikamentenversorgung etc.),
- Information über aktuelle Situation in der Einrichtung (zum Beispiel Infektions- oder Verdachtsfälle),
- Information über behördliche Anordnungen,
- Information über aktuelle umgesetzte Schutzmaßnahmen,
- Information über Ansprechpartner innerhalb der Einrichtung für die Kommunikation von und nach außen,
- Informationen für Angehörige und vorsorgebevollmächtigte Personen sowie gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer über Möglichkeiten der Kontaktpflege mit ihren in der Einrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohnern.

Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Frage 5: Wie können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin unterstützt werden, die empfohlenen Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe und Lebensqualität im Umgang mit Pandemiemaßnahmen umzusetzen?

Empirische Befunde zeigen, dass 20 bis 25 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gesundheitsversorgung unter der COVID-19-Pandemie Symptome vermehrter Depressivität und Angst zeigen und an Schlaflosigkeit leiden (Bohlken, Schömig, Lemke, Pumberger & Riedel-Heller, 2020; Pappa et al., 2020). Damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine person-zentrierte Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie umsetzen können, ist es wichtig, anhaltend hohe psychische Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu vermeiden und sie darin zu unterstützen, diese Belastungen zu bewältigen (World Health Organization, 2020a). Diese Unterstützung ist insbesondere eine Aufgabe der Einrichtungsleitung. Sie setzt aber auch den einfachen und sicheren Zugang der Einrichtungen, zu hierfür erforderlichen personellen und sachlichen Ressourcen sowie lokalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten, zum Beispiel auf der Ebene der Gesundheitsämter und anderer kommunaler Instanzen sowie der zuständigen Landesministerien, voraus. Petzold et al. (2020) bieten eine aktuelle deutschsprachige Übersicht über Empfehlungen internationaler Organisationen wie der WHO, dem Inter-Agency Standing Committee der Vereinten Nationen und dem Internationalen Roten Kreuz zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen während der Arbeit unter Pandemie-Bedingungen an. Diese bilden eine zentrale Grundlage der nachfolgenden Empfehlungen.

15) Empfehlung: Die Arbeits- und Verantwortungsbereiche sowie die Versorgungsprozesse für die Umsetzung des Pandemieplans sind für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung klar definiert

Zur Sicherstellung der Umsetzung einer person-zentrierten Pflege und Behandlung unter Pandemie-Bedingungen sind die Arbeits- und Verantwortungsbereiche der einzelnen Gruppen der Mitarbeitenden sowie die internen Prozesse klar zu definieren. Dazu gehören entsprechende Struktur- und Einsatzpläne. Die eindeutige Beschreibung der jeweiligen Arbeits- und Verantwortungsbereiche sind auf die Kompetenzen der agierenden Personen abzustimmen. Sie sollten für alle beteiligten Personen nachvollziehbar und einsehbar sein. Die Abläufe und Zuständigkeiten zum Einzug, Auszug und zu Überleitungsprozessen wie zum Beispiel zur Einweisung ins Krankenhaus sowie zur Begleitung sterbender Menschen müssen klar definiert werden. Zur erforderlichen Dokumentation unter Pandemie-Bedingungen sind klare Vorgaben zu definieren.

Ein kontinuierliches systematisches Monitoring der Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter den Bedingungen von COVID-19 hat zu erfolgen. Dazu gehören die Information über die Meldung von Symptomen der Infektion bei Mitarbeitenden oder Belastungen sowie die erforderliche Meldung von Daten an Behörden (zum Beispiel Gesundheitsamt) (vgl. Lee et al., 2019).

Ebenso sind folgende Maßnahmen zu beachten:

- Tägliches Gesundheitsscreening der Mitarbeitenden, ggf. „Gesundheitstagebuch“ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um Exposition zu erfassen
- Schaffung von Bedingungen gegen „Präsentismus“ kranker Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (trotz Krankheitssymptomen arbeitend)
- Begrenzung des Einsatzes von Personal mit Gesundheitsrisiken
- Förderung des Austauschs mit lokalen Expertinnen und Experten sowie Netzwerkbildung (auch mit Akutkrankenhäusern) (s. auch Empfehlung 22)

16) Empfehlung: Gemeinsam schaffen die Führungsverantwortlichen und das Steuerungsteam eine Atmosphäre des Vertrauens und der Wertschätzung

Eine gute Arbeitsatmosphäre ist gekennzeichnet durch Wertschätzung für die besonderen Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie durch Aufmerksamkeit und Offenheit für deren psychische Belastungen. Hinweise auf Stress und psychische Belastungen werden ernst genommen. Die Führungsverantwortlichen und das Steuerungsteam sollten sensibilisiert sein für die psychischen Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihnen signalisieren, dass sie diese Themen offen ansprechen können. Die Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist durch regelmäßiges positives Feedback und durch entsprechende Darstellung in der Informations- und Kommunikationsarbeit nach innen und außen (s. auch Empfehlungen 13 und 14) zu würdigen (Kisely et al., 2020; Petzold et al., 2020).

17) Empfehlung: Das Informationsangebot für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter enthält Hinweise zur Selbstfürsorge für den Umgang mit Stress und psychischen Belastungen sowie zu verfügbaren psychosozialen Unterstützungsangeboten

Es wird empfohlen, die Mitarbeitenden auf folgende Strategien für den Umgang mit Stress hinzuweisen (Petzold et al., 2020) (siehe hierzu auch Checklist unter folgendem Link: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-020-00905-0/figures/1>).

- Das Erleben vermehrten Stresses während der Pandemie ist verständlich und kein Hinweis darauf, den Aufgaben nicht gewachsen zu sein.
- Es ist wichtig, auf die Einhaltung der Grundbedürfnisse (Pausen, Ernährung, körperliche Aktivität, Schlaf) und bisheriger Routinen im alltäglichen Leben zu achten.
- Ungesunde Bewältigungsstrategien sollten vermieden und stattdessen auf früher bereits als hilfreich wahrgenommene Strategien zurückgegriffen werden.
- Der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sollte gesucht und die persönlichen sozialen Kontakte (Familie und Freunde) sollten aufrechterhalten werden.
- Starke emotionale Reaktionen sollten zugelassen werden.
- Es sollte zur Einholung sozialer Unterstützung bei länger anhaltendem Stress und beeinträchtigtem psychischen Wohlbefinden ermutigt werden, verbunden mit Hinweisen auf einrichtungsinterne und -externe Ansprechpersonen und Unterstützungsangebote (siehe Empfehlung 18).

18) Empfehlung: Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stehen einrichtungsinterne und -externe Informations- und Beratungsangebote zur psychosozialen Unterstützung zur Verfügung

Das Angebot sollte formelle und informelle Unterstützungsmöglichkeiten umfassen, die niedrigschwellig zugänglich sind (Petzold et al., 2020). Formelle einrichtungsinterne Unterstützungsangebote umfassen zum Beispiel benannte Vertrauenspersonen, die niedrigschwellig und ggf. auch anonym von den Mitarbeitenden kontaktiert werden können, sowie speziell für die psychosoziale Beratung qualifizierte Mitarbeitende (Kisely et al., 2020). Einrichtung intern ist darüber hinaus auf ausreichend Zeit und Raum für informellen kollegialen Austausch (siehe auch Empfehlung 17) und formelle gemeinsame Reflexion der Erfahrungen und aktuellen Herausforderungen zu achten. Leitende Teammitglieder sind möglichst in der Moderation entsprechender Reflexionsgespräche zu schulen (Walton et al., 2020).

Formelle externe psychosoziale Unterstützungsangebote können professionelle Beratungs- und Therapieangebote sein, die niedrigschwellig zugänglich und je nach bestätigtem Bedarf bzw. Indikation unterstützend in Anspruch genommen werden können (zum Beispiel Unterstützungsangebot für Pflegefachpersonen durch DBfK und Bundespsychotherapeutenkammer:

<https://www.dbfk.de/de/themen/psych4nurses.php>).

Die Bereitstellung externer bzw. einrichtungsübergreifend verfügbarer psychosozialer Unterstützungsangebote für Mitarbeitende in Einrichtungen der stationären Altenhilfe kann auch ein Element lokaler Netzwerke sein (siehe Empfehlung 22).

19) Empfehlung: Der Personaleinsatz ist darauf ausgerichtet, Belastungsspitzen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu vermeiden und ausreichend Zeit für Erholung zu ermöglichen

Die Verantwortlichkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Aufgaben mit wechselndem Beanspruchungs- bzw. Belastungsgrad ist zu beschreiben. Weniger erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können im Arbeitsprozess durch erfahrenere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützt werden, um praxisnahe Anleitung, Unterstützung und Feedbackgabe zu gewährleisten und frühzeitig Überlastungssignale zu erkennen („Buddy“-System) (Kisely et al., 2020). Die Einhaltung von Pausenzeiten ist durch die Führungs- und Teamkommunikation zu unterstützen. Die Arbeits- und Pausenprozesse sind so zu gestalten, dass ausreichend Zeit und Raum für kollegialen Austausch und formelle Reflexionsgespräche besteht (Kisely et al., 2020; Petzold et al., 2020; Walton et al., 2020). Die Arbeitszeiten sind möglichst flexibel den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzupassen (Petzold et al., 2020) und es sollten ausreichend lange arbeitsfreie Zeiträume eingeräumt werden (Kisely et al., 2020).

20) Empfehlung: In den Einrichtungen steht für die Bewohnerinnen und Bewohner, die Angehörigen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für alle weiteren externen Besucher ausreichende Schutzausrüstung zur Verfügung

Die persönliche Schutzausrüstung (PSA) umfasst Schutzkittel, Einweghandschuhen, mindestens dicht anliegendem Mund-Nasen-Schutz (MNS)² bzw. Atemschutzmaske und Schutzbrille. Die korrekte Verwendung der Schutzausrüstung beim Personal ist detailliert in den Dokumenten „KRINKO-Empfehlungen zur Infektionsprävention in Heimen“ (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, 2005), „Hygienemaßnahmen in der Pflege von COVID-19 Patienten“ (Robert Koch-Institut, 2020a) und „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, 2015) beschrieben. Dazu müssen die bekannten Indikationen für die Händehygiene (Händedesinfektion bzw. Handschuhwechsel) gemäß den 5 Momenten der Händehygiene (1. Vor Patientenkontakt, 2. Vor einer aseptischen Tätigkeit, 3. Nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material, 4. Nach Patientenkontakt, 5. Nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung) beachtet werden.

Die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Besucherinnen und Besucher sind auch zu persönlichen Maßnahmen der Hygiene aufzuklären. Dabei ist neben dem Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung bzw. Mund-Nasen-Schutz die wichtigste Maßnahme die Händehygiene (Händewaschen bzw. -desinfizieren). Hierfür werden Waschplätze und/oder Desinfektionsmittel zur Verfügung gestellt

Der einfache, ausreichende und langfristig sichere Zugang zu den Schutzmaterialien kann über den Grad der Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe und Lebensqualität unter Pandemie-Bedingungen entscheiden (Blankenfeld et al., 2020).

21) Empfehlung: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten niederschwellige Schulungen zur person-zentrierten Umsetzung der Schutzmaßnahmen

Die Schulungen sollten sich auf das Wissen, die Fertigkeiten und die Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beziehen. Die Stärkung dieser Kompetenzen ist eine wichtige Unterstützung für die Mitarbeitenden (Dütthorn, 2015; Lee et al., 2019; Mody & Cinti, 2007; U.S. Department of Health and Human Services, 2005) und trägt zur Handlungsfähigkeit der Mitarbeitenden bei. Den bekannten Praxisproblemen in der Umsetzung ist mit geeigneten Schulungsangeboten zu begegnen.

Häufige Praxisprobleme sind (Lee, Lee, Lee, & Park, 2020):

- unsachgemäße Händehygiene,
- unsachgemäße Nutzung von persönlicher Schutzausrüstung,
- unzureichende Reinigung und Desinfektion,
- unangemessene Nutzung von wiederverwendbaren Hilfsmitteln,
- Übertragung von Keimen durch gemeinsame Nutzung von Hilfsmitteln,
- Schutzmaßnahmen in der Umgebung (Renovierung, Lüftung),

² Mund-Nasen-Schutz = zum Schutz Dritter im Gegensatz Atemschutz = zum Schutz für Pflegenden im Falle der Betreuung von z. B. SARS-CoV-2 infizierter Menschen

- verzögertes Erkennen und Melden von Ausbrüchen,
- zu späte Umsetzung der Schutzmaßnahmen,
- Probleme bezüglich des Impfens bzw. fehlende Impfmöglichkeiten,
- begrenzte Einsatzbarkeit von Personal mit gesundheitlichen Problemen/Risiken,
- persönliche Hygiene des Personals,
- unzureichende Umsetzung von Isolierung und Kohortenpflege,
- unzureichendes zielgruppenspezifisches Training,
- unzureichende Kommunikation zwischen den Einrichtungen.

In der Einrichtung sind mehrsprachige Informations- und Schulungsmaterialien (entsprechend der genutzten Sprachen) vorzuhalten und anzuwenden.

Bislang können folgende Ziele und Inhalte der Unterstützung der Fachkompetenz und der personalen Kompetenz aus den beschriebenen Inhalten abgeleitet werden:

- Wissen zur Bedeutung von sozialer Isolation, Kontaktabnahme, Langeweile, Einsamkeit und Angst im Zusammenhang mit der Pandemie und den Schutzmaßnahmen sowie zu Strategien zur Prävention und Minimierung dieser Folgen,
- Verständnis von person-zentrierter Pflege unter den Bedingungen der Pandemie
- Wissen und Fertigkeiten zur pflegerischen Diagnostik (Erfassung, Analyse und Bewertung) von möglichen infektionsrelevanten Sachverhalten sowie von bewohnerindividuellen Bedürfnissen und Bedarfen unter Pandemie-Bedingungen,
- Wissen und Fertigkeiten für die Einleitung gemeinsamer Entscheidungsfindungsprozesse mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner, den Angehörigen, den vorsorgebevollmächtigten Personen bzw. den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern und weiteren an der Pflege und Behandlung Beteiligten zum Erhalt der Lebensqualität unter Pandemie-Bedingungen,
- Wissen und Fertigkeiten für die Anwendung von Interventionen zur Aufrechterhaltung sozialer Teilhabe,
- Wissen zu Hauptwegen und Ursachen für SARS-CoV-2-Übertragungen,
- Wissen zu Hygieneregeln und Fertigkeiten zur Umsetzung dieser Hygieneregeln,
- Wissen zu geeigneten/erforderlichen Materialien für den Schutz der Personen mit Pflegebedarf und den eigenen Schutz vor Infektionen (insbesondere Schutzausrüstung),
- Fertigkeiten im Umgang mit der Schutzausrüstung (Handschuhe, Mund-Nasen-Schutz bzw. Atemschutz, Schutzkittel, Schutzbrille) sowie mit Mitteln zur Händehygiene bzw. -Desinfektion (Seife, alkoholisches Händedesinfektionsmittel) und der damit veränderten verbalen und nonverbalen Kommunikation,
- Wissen und Fertigkeiten zur speziellen Pflege bei Lungenerkrankungen,
- Wissen zur palliativen Pflege im Kontext von Pandemien,
- Fertigkeiten im Umgang mit digitalen Anwendungen und digitalen Kommunikationsstrukturen,
- Wissen und Fertigkeiten für die Planung, Durchführung und Evaluation der getroffenen Maßnahmen und Handlungen,
- Wissen und Fertigkeiten für die Ethische Reflexion konflikthaltiger Situationen,
- Wissen zur Konzeption zur Prävention von Personalmangel.

Um den niedrigschwelligen und breiten Zugang zu entsprechenden Übungen zu ermöglichen, wird vor der Anwendung das wiederholte Angebot von Hands-on-Training in der Praxis empfohlen (Montoya, Cassone & Mody, 2016). Darüber hinaus gibt es aus mehreren systematischen Übersichtsarbeiten Hinweise, dass die zusätzliche Nutzung audiovisueller Medien bei diesen Übungen (zum Beispiel von Filmen) (Martos-Cabrera et al., 2019), die Bereitstellung von Checklisten und farbiger Hinweise sowie Peer Evaluationen (gegenseitiges Feedback in Arbeiterteams) (Moralejo, El Dib, Prata, Barretti & Corrêa, 2018) die richtige und konsequente Durchführung hygienischer Maßnahmen unterstützen kann.

22) Empfehlung: Die Einrichtungen tragen zum Aufbau und zum Erhalt lokaler Netzwerke von Leistungserbringern verschiedener Sektoren der Gesundheitsversorgung bei

Zur Aufrechterhaltung einer person-zentrierten Pflege und Behandlung auch unter Pandemie-Bedingungen sowie zur Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Qualität dieser Versorgungsprozesse ist die Zusammenarbeit aller beteiligter Akteure erforderlich. In hilfreiche Netzwerke sind idealerweise Mitglieder unterschiedlicher Professionen mit ihrer disziplinspezifischen pandemierelevanten Expertise und Kompetenz integriert. Mitglieder solcher Netzwerke können u. a. Vertreterinnen und Vertreter lokaler Akutkrankenhäuser, Institutionen der Primärversorgung und stationären Langzeitversorgung, ambulante Palliativteams (SAPV), Hospizdienste mit ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und –begleitern, Gesundheitsämter, Pflegestützpunkten und weiterer kommunaler Strukturen sein sowie Personen, die als Expertinnen und Experten der klinischen Ethikberatung und Seelsorge tätig sind.

Ziele und Aufgaben der Netzwerke könnten u. a. sein:

- Planung und Aufrechterhaltung transsektoraler Versorgungsprozesse entsprechend den jeweils geltenden Eindämmungs- und Schutzmaßnahmen (zum Beispiel Pflegeüberleitung),
- Förderung des Austauschs von Informationen und Wissen während einer Pandemie,
- Sicherstellung eines breiten und niedrigschwelligen Zugangs zu Expertenwissen für alle Leistungserbringer/-empfänger (z. B. durch Outreach-Angebote),
- Unterstützung bei der ethischen Entscheidungsfindung in herausfordernden oder Dilemma-Situationen,
- Qualitätsmanagement und evidenzbasierte Weiterentwicklung der transsektoralen Versorgung, Unterstützung der Versorgungsforschung unter Pandemie-Bedingungen.

Literaturverzeichnis

- Armstrong, P., Armstrong, H., Choiniere, J., Lowndes, R., & Struthers, J. (2020). Re-imagining Long-term Residential Care in the Covid-19 Crisis. Zugriff am 11.06.2020 unter <https://www.trentu.ca/aging/sites/trentu.ca.aging/files/documents/2020%20mcri%20covid19%20final.pdf>
- Arnold, B., Curtis, R., Fischer, J., Fratkin, M., Isaac, M., Lakin, J., . . . Cambia Health Foundation. (2020). VitalTalk Kommunikationsempfehlungen bei COVID-19. Zugriff am 11.06.2020 unter https://www.vitaltalk.org/wp-content/uploads/VitalTalk_COVID_German.pdf
- Arrieta, H., Rezola-Pardo, C., Gíl, S. M., Irazusta, J., & Rodriguez-Larrad, A. (2018). Physical Training Maintains or Improves Gait Ability in Long-Term Nursing Home Residents: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Maturitas*, 109, 45-52. doi:10.1016/j.maturitas.2017.12.003
- Banskota, S., Healy, M., & Goldberg, E. M. (2020). 15 Smartphone Apps for Older Adults to Use While in Isolation During the COVID-19 Pandemic. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(3). doi:10.5811/westjem.2020.4.47372
- Barasteh, S., Azimi, A. V., Khademi, F., Goharinezad, S., & Rassouli, M. (2020). Covid-19 and nursing home residents: The potential role of geriatric nurses in a special crisis. *Nursing Practice Today*, 7(3), X-X.
- Bartz, C. C. (2010). International Council of Nurses and person-centered care. *International Journal of Intergrated Care*, 10, e010. doi:10.5334/ijic.480
- Blankenfeld, H., Kaduszkiewicz, H., Kochen, M. M., Pömsl, J., Scherer, M., & Wagner, H.-O. (2020). Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) – Informationen für die hausärztliche Praxis. DEGAM S1- Handlungsempfehlung. Zugriff am 29.05.2020 unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-054I_S1_Neues_CORONA_Virus_2020-05_2.pdf
- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals: Ein kurzer aktueller Review. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 190-197. doi:10.1055/a-1159-5551
- British Geriatrics Society. (2020). COVID-19: Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people. Zugriff am 10.06.2020 unter <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-managing-the-covid-19-pandemic-in-care-homes>
- Budgett, J., Brown, A., Daley, S., Page, T. E., Banerjee, S., Livingstone, G., & Sommerlad, A. (2019). The social functioning in dementia scale (SF-DEM): Exploratory factor analysis and psychometric properties in mild, moderate,

and severe dementia. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 11, 45-52. doi:10.1016/j.dadm.2018.11.001

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2019). Patientenverfügung. Zugriff am 11.06.2020 unter <https://www.bmjbv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Patientenverfuegung.html>

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Nursing Homes & Long-Term Care Facilities. Zugriff am 31.07.2020 unter <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>

Chavez, K. S., Dwyer, A. A., & Ramelet, A.-S. (2018). International Practice Settings, Interventions and Outcomes of Nurse Practitioners in Geriatric Care: A Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 61-75. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.09.010

Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., . . . Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of Person-Centred Care, Dementia-Care Mapping, and Usual Care in Dementia: A Cluster-Randomised Trial. *The Lancet Neurology*, 8(4), 317-325. doi:10.1016/S1474-4422(09)70045-6

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Freedman, L. S., Murad, H., Regier, N. G., Thein, K., & Dakheel-Ali, M. (2011). The Comprehensive Process Model of Engagement. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(10), 859-870. doi:10.1097/JGP.0b013e318202bf5b

Comas-Herrera, A., Zalakain, J., Litwin, C., Hsu, A. T., Lane, N., & Fernández, L. (2020). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. Zugriff am 21.05.2020 unter <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Mortality-associated-with-COVID-21-May-7.pdf>

Cotterell, N., Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Preventing social isolation in older people. *Maturitas*, 113, 80-84. doi:10.1016/j.maturitas.2018.04.014

Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*, 25(3), 799-812. doi:10.1111/hsc.12311

Curtis, J. R., Kross, E. K., & Stapleton, R. D. (2020). The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA*, 323(18), 1771-1772. doi:10.1001/jama.2020.4894

- Davidson, P. M., & Szanton, S. L. (2020). Nursing homes and COVID-19: We can and should do better. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/jocn.15297
- Davin, L., Thistlethwaite, J., Bartle, E., & Russell, K. (2019). Touch in health professional practice: a review. *The Clinical Teacher*, 16(6), 559-564. doi:10.1111/tct.13089
- De Leo, D., & Trabucchi, M. (2020). COVID-19 and the Fears of Italian Senior Citizens. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10). doi:10.3390/ijerph17103572
- Dehi Aroogh, M., & Mohammadi Shahboulaghi, F. (2020). Social Participation of Older Adults: A Concept Analysis. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 8(1), 55-72. doi:10.30476/IJCBNM.2019.82222.1055
- Demicheli, V., Jefferson, T., Di Pietrantonj, C., Ferroni, E., Thorning, S., Thomas, R., & Rivetti, A. (2018). Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD004876.pub4
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (Ed.) (2020). S1-Leitlinie Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive 2.0....Retrieved from <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/128-002.html>
- Deutscher Bundestag. (2020). Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Zugriff am 12.07.2020 unter <https://www.bundestag.de/gg>
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2016). ADVANCE CARE PLANNING (ACP) in stationären Pflegeeinrichtungen: Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG). Zugriff am 12.06.2020 unter https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Handreichung_ACP.pdf
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2014). *Expertenstandard nach § 113 a SGB XI zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege*. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2017). *Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2018). *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit*

Demenz. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

- Drageset, J., Haugan, G., & Tranvag, O. (2017). Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: perceptions of nursing home residents. *BMC Geriatrics*, 17(1), 254. doi:10.1186/s12877-017-0650-x
- Dröes, R.-M. (Hrsg.) (1991). *In movement: on psychosocial care for elderly people with dementia [In beweging: over psychosociale hulpverlening an demente ouderen]*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Dütthorn, N. (2015). Pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum – eine empirische Studie zur Inhomogenität des Kompetenzbegriffs. Zugriff am 12.06.2020 unter http://www.bwpat.de/spezial10/duetthorn_gesundheitsbereich-2015.pdf
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a Continuation of Self and Normality: Person-Centred Care as Described by People With Dementia, Their Family Members and Aged Care Staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2611-2618. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x
- Ettema, T. P., Dröes, R.-M., De Lange, J., Ooms, M. E., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2005). The Concept of Quality of Life in Dementia in the Different Stages of the Disease. *International Psychogeriatrics*, 17(3), 353-370. doi:10.1017/s1041610205002073
- GKV Spitzenverband. (2020). Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Zugriff am 13.07.2020 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/letzte_lebensphase/gesundheitsliche_versorgungsplanung.jsp
- Grabenhorst, U., Stiels-Prechtel, R., Niemann, M., & Weckbecker, K. (2020). COVID-19 in einer stationären Pflegeeinrichtung: Corona-Pandemie 2020. *MMW Fortschritte der Medizin*, 162(9), 60-62. doi:10.1007/s15006-020-0481-0
- Graham, N. S. N., Junghans, C., Downes, R., Sendall, C., Lai, H., McKirdy, A., . . . Sharp, D. J. (2020). SARS-CoV-2 infection, clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes. *Journal of Infection*. doi:10.1101/2020.05.19.20105460
- laboni, A., Cockburn, A., Marcil, M., Rodrigues, K., Marshall, C., Garcia, M. A., . . . Flint, A. J. (2020). Achieving Safe, Effective, and Compassionate Quarantine or Isolation of Older Adults With Dementia in Nursing Homes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. doi:10.1016/j.jagp.2020.04.025

- Jahiel, R. I. (2015). A Structural and Conceptual Modification of the International Classification of Function, Disability and Health (ICF). *Rehabilitation Process and Outcome*(4), 17–25. doi:10.4137/RPo.s13340
- Jansen, C.-P., Claßen, K., Wahl, H.-W., & Hauer, K. (2015). Effects of Interventions on Physical Activity in Nursing Home Residents. *European Journal of Ageing*, 12(3), 261-271. doi:10.1007/s10433-015-0344-1
- Jansen, F., & Streit, U. (Hrsg.). (2015). *Fähig zum Körperkontakt: Körperkontakt und Körperkontaktstörungen - Grundlagen und Therapie - Babys, Kinder & Erwachsene - IntraActPlus-Konzept*. Berlin: Springer-Verlag.
- Jimenez-Pavon, D., Carbonell-Baeza, A., & Lavie, C. J. (2020). Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis*. doi:10.1016/j.pcad.2020.03.009
- Kahn, W. A. (1990). Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724. doi:10.2307/256287
- Kaiser, G. (o.J.). Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft. Zugriff am 11.06.2020 unter http://www.infaqt.de/media/files/nrw_vom_pflegeheim_zur_hausgemeinschaft.pdf
- Kasch, C. R., & Dine, J. (1988). Person-Centered Communication and Social Perspective Taking. *Western Journal of Nursing Research*, 10(3), 317-326. doi:10.1177/019394598801000307
- Kim, C., Wu, B., Tanaka, E., Watanabe, T., Watanabe, K., Chen, W., . . . Anme, T. (2016). Association between a Change in Social Interaction and Dementia among Elderly People. *International Journal of Gerontology*, 10(2), 76-80. doi:10.1016/j.ijge.2016.03.006
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *The BMJ*, 369, m1642. doi:10.1136/bmj.m1642
- Kitwood, T. (Hrsg.) (2000). *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. (2005). Infektionsprävention in Heimen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48(9), 1061-1080. doi:10.1007/s00103-005-1126-2

- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. (2015). Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(10), 1151-1170. doi:10.1007/s00103-015-2234-2
- Köpke, S., Meyer, G., Abraham, J., Möhler, R., Henkel, A., & Kupfer, R. (Hrsg.). (2015). *Leitlinie FEM: Evidenzbasierte Praxisleitlinie: Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege* (2. Aufl.). Lübeck: Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Lapid, M. I., Koopmans, R., Sampson, E. L., Van den Block, L., & Peisah, C. (2020). Providing quality end of life care to older people in the era of COVID-19: perspectives from five countries. *International Psychogeriatrics*. doi:10.1017/S1041610220000836
- Lee, M. H., Lee, G. A., Lee, S. H., & Park, Y.-H. (2019). Effectiveness and core components of infection prevention and control programmes in long-term care facilities: a systematic review. *The Journal of Hospital Infection*, 102(4), 377-393. doi:10.1016/j.jhin.2019.02.008
- Lee, M. H., Lee, G. A., Lee, S. H., & Park, Y.-H. (2020). A systematic review on the causes of the transmission and control measures of outbreaks in long-term care facilities: Back to basics of infection control. *PLOS ONE*, 15(3). doi:10.1371/journal.pone.0229911
- Levine, S., Bonner, A., Perry, A., Melady, D., & Unroe, K. T. (2020). COVID-19 in Older Adults: Transfers Between Nursing Homes and Hospitals. *Journal of Geriatric Emergency Medicine*, 1(5). Verfügbar unter <https://gedcollaborative.com/article/jgem-volume-1-issue-5/>
- MacIntyre, C. R. (2020). Global spread of COVID-19 and pandemic potential. *Global Biosecurity*, 1(3). doi:10.31646/gbio.55
- Martin, R. S., Hayes, B., Gregorevic, K., & Lim, W. K. (2016). The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(4), 284-293. doi:10.1016/j.jamda.2015.12.017
- Martos-Cabrera, M. B., Mota-Romero, E., Martos-García, R., Gómez-Urquiza, J. L., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Hand Hygiene Teaching Strategies Among Nursing Staff: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17). doi:10.3390/ijerph16173039
- Mayr, V., Nussbaumer-Streit, B., Gartlehner, G., Srocynski, G., & Siebert, U. (2020). Quarantänemaßnahmen zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie.

Zugriff am 05.05.2020 unter https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Policy_Brief_Quarantine_1.pdf

McCormack, B., & McCance, T. (Hrsg.). (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice, 2nd Edition*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. (2020). Auslegungshinweise des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zur Verordnung zur Regelung von Neu- und Wiederaufnahme in vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderungen einschließlich Kurzzeitwohneinrichtungen der Eingliederungshilfe zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung von SARS-CoV-2 (CoronaAufnahmeVO) vom 03. April 2020 (GV. NRW. S. 221a). Zugriff am 03.04.2020 unter https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/coronaaufnahmevo_auslegungshinweise_0.pdf

Mody, L., & Cinti, S. (2007). Pandemic Influenza Planning in Nursing Homes: Are We Prepared? *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(9), 1431-1437. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01299.x

Montoya, A., Cassone, M., & Mody, L. (2016). Infections in Nursing Homes: Epidemiology and Prevention Programs. *Clinics in Geriatric Medicine*, 32(3), 585-607. doi:10.1016/j.cger.2016.02.004

Moralejo, D., El Dib, R., Prata, R. A., Barretti, P., & Corrêa, I. (2018). Improving adherence to Standard Precautions for the control of health care-associated infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD010768.pub2

Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15. doi:10.1177/0898010111412189

Münch, U., Müller, H., Deffner, T., Von Schmude, A., Kern, M., Kiepke-Ziemes, S., & Radbruch, L. (2020). Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativ- medizinischer Perspektive. *Der Schmerz*. doi:10.1007/s00482-020-00483-9

Nehls, W., Delis, S., Haberland, B., Maier, B. O., Sängler, K., Tessmer, G., . . . Bausewein, C. (2020). Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive 2.0. Zugriff am 30.03.2020 unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200401_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_2.0.pdf

Nicola, M., O'Neill, N., Shohrabi, C., Khan, M., Agha, M., & Agha, R. (2020). Evidence Based Management Guideline for the COVID-19 Pandemic -

- Review Article. *International Journal of Surgery*, 77, 206-216. doi:10.1016/j.ijvs.2020.04.001
- Noone, C., McSharry, J., Smalle, M., Burns, A., Dwan, K., Devane, D., & Morrissey, E. C. (2020). Video Calls for Reducing Social Isolation and Loneliness in Older People: A Rapid Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD013632. doi:10.1002/14651858.CD013632
- Nussbaumer-Streit, B., Mayr, V., Dobrescu, A. I., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., . . . Gartlehner, G. (2020). Quarantine Alone or in Combination With Other Public Health Measures to Control COVID-19: A Rapid Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD013574. doi:10.1002/14651858.CD013574
- O'Rourke, H. M., Duggleby, W., Fraser, K. D., & Jerke, L. (2015). Factors that Affect Quality of Life from the Perspective of People with Dementia: A Metasynthesis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 24-38. doi:10.1111/jgs.13178
- Ouslander, J. G. (2020). Coronavirus Disease19 in Geriatrics and Long-Term Care: An Update. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5). doi:10.1111/jgs.16464
- Padalaa, S. P., Jendrob, A. M., & Orr, L. C. (2020). Letter to the Editor: Facetime to Reduce Behavioral Problems in a Nursing Home Resident With Alzheimer's Dementia During COVID-19. *Psychiatry Research*, 288. doi:10.1016/j.psychres.2020.113028
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.026
- Petzold, M. B., Plag, J., & Ströhle, A. (2020). Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Nervenarzt*, 91(5), 417-421. doi:10.1007/s00115-020-00905-0
- Piers, R., Albers, G., Gilissen, J., De Lepeleire, J., Steyaert, J., Van Mechelen, W., . . . Van den Block, L. (2018). Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *BMC Palliative Care*, 17(88). doi:10.1186/s12904-018-0332-2
- Pinkert, C., Köhler, K., Von Kutzleben, M., Hochgräber, I., Cavazzini, C., Völz, S., . . . Holle, B. (2019). Social inclusion of people with dementia - an integrative review of theoretical frameworks, methods and findings in empirical studies. *Ageing & Society*, 1-21. doi:10.1017/S0144686X19001338

- Piškur, B., Daniëls, R., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeets, R. J. E. M., Norton, M., & Beurskens, A. J. H. M. (2014). Participation and Social Participation: Are They Distinct Concepts? *Clinical Rehabilitation*, 28(3), 211 –220. doi:10.1177/0269215513499029
- Razai, M. S., Oakeshott, P., Kankam, H., Galea, S., & Stokes-Lampard, H. (2020). Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *BMJ*, 369, m1904. doi:10.1136/bmj.m1904
- Robert Koch-Institut. (2020a). Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2. 26.05.2020. Zugriff am 28.05.2020 unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html
- Robert Koch-Institut. (2020b). Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen. Zugriff am 03.06.2020 unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Management_Ausbruch_Gesundheitswesen.html
- Robert Koch-Institut. (2020c). Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Zugriff am 06.07.2020 unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?blob=publicationFile
- Roberts, T. J. (2018). Nursing Home Resident Relationship Types: What Supports Close Relationships With Peers & Staff? *Journal of Clinical Nursing*, 27(23-24), 4361-4372. doi:10.1111/jocn.14554
- Roschel, H., Artioli, G. G., & Gualano, B. (2020). Risk of Increased Physical Inactivity During COVID-19 Outbreak in Older People: A Call for Actions. *Journal of the American Geriatrics Society*. doi:10.1111/jgs.16550
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2019). Risk reduction and management of delirium. Zugriff am 11.06.2020 unter <https://www.sign.ac.uk/sign-157-delirium>
- Seidler, A., Schubert, M., Petereit-Haack, G., Horn, A., Kämpf, D., & Westermann, R. (2020). Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche („Rapid Scoping Review“), ergänzt durch eine qualitative Erhebung. Zugriff am 03.06.2020 unter https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_05_18_fact_sheet_soziale_isolation-als-mortalita_tsrisko_1.pdf
- Spuling, S. M., Wettstein, M., & Tesch-Römer, C. (2020). Altersdiskriminierung und Altersbilder in der Corona-Krise. Zugriff am 07. April 2020 unter https://www.dza.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=1&u=0&g=0

<https://www.fact-sheet-corona2-altersbilder.pdf>

- Thompson, G., Shindruk, C. L., Adekoya, A. A., Demczuk, L., & McClement, S. (2018). Meanings of ‚Centredness‘ in Long-Term Care Facilities: A Scoping Review Protocol. *BMJ Open*, 8(8), e022498. doi:10.1136/bmjopen-2018-022498
- U.S. Department of Health and Human Services. (2005). HHS Pandemic Influenza Plan. Zugriff am 03.06.2020 unter <https://www.cdc.gov/flu/pdf/professionals/hhspandemicinfluenzaplan.pdf>
- United Nations. (o.J.). Universal Declaration of Human Rights. Zugriff am 28.05.2020 unter <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Usher, K., Bhullar, N., & Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *Journal of Clinical Nursing*. doi:DOI: 10.1111/jocn.15290
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012
- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental Health Care for Medical Staff and Affiliated Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241-247. doi:10.1177/2048872620922795
- Weber, M., Belala, N., Clemson, L., Boulton, E., Hawley-Hague, H., Becker, C., & Schwenk, M. (2018). Feasibility and Effectiveness of Intervention Programmes Integrating Functional Exercise Into Daily Life of Older Adults: A Systematic Review. *Geriatrics*, 64(2), 172-187. doi:10.1159/000479965.
- World Health Organization. (2002). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Zugriff am 11.06.2020 unter <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- World Health Organization. (2020a). Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19. Zugriff am 21.03.2020 unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2020b). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Zugriff am 18.03.2020

unter <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J. a., Zhou, X., Xu, S., . . . Song, Y. (2020). Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| Versions-Nummer: | 1.0 |
| Erstveröffentlichung: | 08/2020 |
| Nächste Überprüfung geplant: | 08/2021 |

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online