

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/333



Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

DBfK Nordwest e.V. · Bödekerstraße 56 · 30161 Hannover

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
z. H. Frau Katja Rathje-Hoffmann
per E-Mail: sozialausschuss@landtag.ltsh.de

DBfK Nordwest e.V.

Geschäftsstelle
Bödekerstraße 56
30161 Hannover

Regionalvertretung Nord
Am Hochkamp 14
23611 Bad Schwartau

Regionalvertretung West
Beethovenstraße 32
45128 Essen

Zentral erreichbar
T +49 511 696844-0
F +49 511 696844-299

nordwest@dbfk.de
www.dbfk.de

Datum
02.11.2022

Seite
1 / 3

**Expertenanhörung Corona Fundiert Handeln –
Entscheidungen auf wissenschaftlicher Grundlage treffen
Drucksache 20/155**

**Isolationspflicht abschaffen – Aus der Pandemie in die
Endemie Antrag der Fraktionen von FDP und SSW
Drucksache 20/118 (neu)**

Sehr geehrter Herr Wagner,
sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,
sehr geehrte Abgeordnete,

vielen Dank für die Möglichkeit, Stellung nehmen zu können zur Drucksache 20/118 „Isolationspflicht abschaffen - Aus der Pandemie in die Endemie“.

Zentrale Forderung der vorliegenden Drucksache ist die Aufhebung der Isolationspflicht. Dies wird insbesondere damit begründet, dass viele europäische Nachbarländer die Isolationspflicht bereits aufgehoben haben und ein deutscher Sonderweg vermieden werden müsse. Diese Begründung verkennt aus unserer Sicht eine zentrale Tatsache: Die Krankenhäuser in Deutschland arbeiten hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung schon ohne die zusätzliche Belastung durch COVID-19-Patientinnen und Patienten am Limit. Während in Deutschland durchschnittlich 0,78 Pflegefachpersonen auf eine Krankenhauspatientin / einen Krankenhauspatienten kommen, sind es in Dänemark 2,95, in Norwegen 2,58 und in der Schweiz 1,91. Im europäischen Vergleich steht Deutschland damit an drittletzter Stelle vor Litauen und Ungarn. Unser Versorgungssystem ist somit so fragil, dass alles getan werden muss, um die Anzahl erforderlicher Krankenhausbehandlungen so gering wie möglich zu halten. Jede neue Covid-Welle führt in Deutschland unmittelbar zu einer massiven Überlastung der Krankenhäuser, insbesondere des medizinischen und pflegerischen Personals. Vor diesem Hintergrund unterstützen wir ausdrücklich die Forderung, dass die Landesregierung sich im Rahmen der GMK für die nachhaltige Stärkung des Gesundheits- und Pflegesystems einsetzen solle, insbesondere im Hinblick auf die personelle und finanzielle Stärkung.

Allerdings ist es angesichts der personellen Ausstattung unserer Krankenhäuser nicht sachgerecht, sich bezüglich der Aufhebung der Isolationspflicht an anderen europäischen Ländern zu orientieren. Wenn durch die Aufhebung der Isolationspflicht eine größere Zahl an erkrankten Personen auf eine Krankenhausbehandlung angewiesen ist, kann dies in Ländern mit einer besseren personellen Ausstattung auch gewährleistet werden. In Deutschland – und auch in Schleswig-Holstein – arbeitete das Pflegepersonal schon vor der Pandemie am Limit. Inzwischen hat sich die personelle Lage weiter zugespitzt. Unter diesen Bedingungen kann eine angemessene Versorgung von Patientinnen und Patienten bei einer Steigerung der covidbedingten Krankenhausaufenthalte nicht gewährleistet werden. Ferner ist dem Pflegepersonal in den Krankenhäusern eine weitere Erhöhung der Arbeitsverdichtung nicht zuzumuten. Sie würde zum Kollaps der Versorgung führen, da sie wiederum zusätzliche Personalausfälle zur Folge hätte. Pflegende setzten und setzen sich insbesondere während der Pandemie über ihre Belastungsgrenzen hinaus für die Versorgung kranker Menschen ein. Sie dürfen somit von den politischen Verantwortungsträgern erwarten, dass diese neben dem berechtigten Ansinnen, die Freiheit des Einzelnen möglichst wenig einzuschränken, auch die Fürsorge für das Pflegepersonal im Blick haben. Das Pflegepersonal darf erwarten, dass der Staat Maßnahmen ergreift, die geeignet sind, die Infektionszahlen einzudämmen und die Anzahl der schwer erkrankten Menschen so gering wie möglich zu halten. Gelingt dies nicht, wird die Berufsfucht in der Pflege weiter zunehmen und das derzeitige Niveau der Gesundheitsversorgung nicht aufrechterhalten werden können.

Ferner würde man durch die Aufhebung der Isolationspflicht nicht zwingend erreichen, dass die Ausfallzeiten von Arbeitnehmenden zurückgingen. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der infizierten Personen über einen vergleichbaren Zeitraum arbeitsunfähig wäre. Zudem würde die Zahl der infizierten Personen steigen. Auch sei darauf hingewiesen, dass bei Aufhebung der Isolationspflicht die Lohnersatzzahlungen gemäß § 56 IfSG entfielen, was zu einer zusätzlichen Belastung sowohl der Arbeitgeber:innen als auch der Krankenkassen führen würde.

Eine zentrale Forderung des *Expert:innenrats Pflegewissenschaft / Hebammenwissenschaft und Pandemie* des Deutschen Pflegerats ist die Vermeidung der Ausgrenzung von pflegebedürftigen Menschen, Patient:innen und deren Angehörigen. Sowohl im Krankenhaus als auch in Einrichtungen der Langzeitpflege muss die Anwesenheit und Einbindung von sozialen Kontaktpersonen kontinuierlich gewährleistet sein, um soziale Isolation zu vermeiden. Die Beibehaltung der Isolationspflicht trägt dazu bei, dies zu ermöglichen, da so der Eintrag von Infektionen in die Einrichtungen zu einem großen Teil verhindert werden kann, ohne generelle Betretungsverbote zu verhängen.

Wir begrüßen die angedachte Kommunikationskampagne und die Verbindung mit einer weiteren Impfkampagne. Auch die anderen im Zusammenhang mit dem Antrag der Fraktion von FDP und SSW geforderten Punkte widersprechen wir keinesfalls und begrüßen diese. Wir möchten aber herausgreifen, dass die Forderung nach einer professionellen Umsetzung von Hygienekonzepten als Standard in Pflegeheimen und anderen medizinischen Einrichtungen keine Forderung in der Folge einer Pandemie sein kann, sondern unabdingbare Voraussetzung in diesem Handlungsfeld sein muss. Die Forderung danach

irritiert also insofern, als dass offensichtlich der Eindruck besteht, Hygienekonzepte seien nur in Krisensituationen anzuwenden. Wir erinnern hier noch einmal daran, dass ein über Jahrzehnte aufgebauter Personalmangel den Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen unabhängig von ihrer Profession alles abverlangt. Eine wirksame und professionelle Umsetzung von Hygienekonzepten korreliert direkt mit der Zahl von gut ausgebildeten Fachpersonal in den Einrichtungen.

Ein wissenschaftlich belegter Erfolgsfaktor im Zusammenhang mit der Bewältigung von Krisensituationen – nicht nur pandemiebedingt – ist die Bildung von regionalen Netzwerken. Das Gesundheitsnetzwerk Lübeck und Umgebung e. V. ist ein Musterbeispiel. Die Landesregierung sollte die Bildung solcher Netzwerke auch in anderen Städten und Landkreisen fördern. Auch hier möchten wir auf die Empfehlung des DPR-Expert:innenrats hinweisen: „Innerhalb des Einzugsbereiches einzelner Gesundheitsämter soll ein regionales Netzwerk aufgebaut werden, das aus Einrichtungen der Gesundheitsversorgung besteht. Diesem Netzwerk gehören Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen, freiberufliche Hebammen, Arztpraxen und Praxen anderer Gesundheitsfachberufe, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, der Rettungsdienst, die kommunale Verwaltung und das Gesundheitsamt, Heimaufsicht und Medizinische Dienste an. Ziel ist der regelmäßige Austausch von Erfahrungen und aktuellen Fragen rund um die Bewältigung der Pandemie.“ Die vollständigen Handlungsempfehlungen zur „Vorbereitung auf eine weitere SARS-CoV-2-Welle im Herbst 2022 in der Pflege und im Hebammenwesen“ finden Sie in der Anlage zu dieser Stellungnahme.

Ferner weisen wir mit Blick auf den ambulanten Versorgungsbereich auf folgende Publikation der Charité zu Ansatzpunkten zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste und Ihrer Mitarbeiter:innen hin: [„Vorsorge für Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen Pflege. Ansatzpunkte zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste und Ihrer Mitarbeiterinnen.“](#)

Denn zu beachten ist, dass ein großer Teil des vulnerablen Personenkreises, der besonders zu schützen ist, auf die Versorgung durch ambulante Pflegedienste angewiesen ist.

Swantje Seismann-Petersen
Altenpflegerin
stellvertretende Vorsitzende
des DBfK Nordwest

Patricia Drube
Altenpflegerin
Referentin für Langzeitpflege und
Unternehmerinnen und Unternehmer
im DBfK Nordwest

Handlungsempfehlungen zur „Vorbereitung auf eine weitere SARS-CoV-2-Welle im Herbst 2022 in der Pflege und im Hebammenwesen“

Erste Stellungnahme des Expert:innenrats „Pflegewissenschaft/Hebammenwissenschaft und Pandemie“, Deutscher Pflegerat (DPR)

Mit diesem Papier legt der Expert:innenrat „Pflegewissenschaft/Hebammenwissenschaft und Pandemie“ erste Empfehlungen zum weiteren Umgang mit der COVID-19-Pandemie vor. Es werden Punkte aufgezeigt, die schon jetzt im Vorfeld anzugehen sind, um sich auf eine neue pandemische Welle im Herbst 2022 einzurichten. Dass diese Welle kommt, davon gehen Virolog:innen und auch die Gesundheitsminister:innen der Länder aus. Dabei muss mit dem Auftreten neuer Virusvarianten gerechnet werden. Ausgehend von dieser Prämisse stehen die unterschiedlichen Sektoren der Pflege und des Hebammenwesens erneut vor großen Herausforderungen, die ein gemeinsames Handeln und eine zeitnahe Vorbereitung aller erfordern.

Überblick

- Empfehlung 1:** Pflegebedürftige Menschen, Patient:innen und deren Angehörige nicht ausgrenzen
- Empfehlung 2:** Pflegerische und Hebammen-Versorgung auch in der Pandemiewelle sicherstellen
- Empfehlung 3:** Pflegefachpersonen und Hebammen autorisieren, Schutzimpfungen durchzuführen
- Empfehlung 4:** Patient:innen und pflegebedürftige Menschen bestmöglich vor Infektionen schützen
- Empfehlung 5:** Berufliche Expertise der Pflegefachpersonen und Hebammen in alle Entscheidungsgremien und Krisenstäbe einbinden
- Empfehlung 6:** Infektionsgeschehen, Krankheitslast und Sterblichkeit im Hinblick auf COVID-19 lückenlos epidemiologisch erfassen
- Empfehlung 7:** Pflegeforschung und Hebammenforschung fördern, um Entscheidungsgrundlagen zum Umgang mit SARS-CoV-2 zu schaffen
- Empfehlung 8:** Pflegerische und Hebammen-Versorgungsstrukturen innovativ weiterentwickeln
- Empfehlung 9:** Eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit fördern
- Empfehlung 10:** Ambulante Hebammenarbeit als systemrelevante, kritische Infrastruktur mitberücksichtigen

Hintergrund

In allen pflegerischen Sektoren sowie Arbeitsbereichen von Hebammen ist die Situation während der COVID-19-Pandemie von außergewöhnlichen Stressoren und Unsicherheiten gekennzeichnet gewesen. Jede Phase der Pandemie brachte andere Stressoren mit sich. Für die Patient:innen, pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen resultierten daraus u. a.

- erschwerter Zugang zu pflegerischer, medizinischer und Hebammen-Versorgung, erhöhte Risiken für die Patient:innensicherheit, erhebliche Belastungssituationen pflegender Angehöriger und starke Einschränkungen der Lebensqualität für alle Betroffenen (Horbach 2020, Seidler et al. 2020, Theurer et al. 2022).
- langdauernde Beeinträchtigungen der Rechte auf ein selbstbestimmtes Leben und Teilhabe von Bewohner:innen in Langzeitpflegeeinrichtungen (Elsbernd et al. 2021), wie auch das Recht auf Besuche oder die Begleitung von Patient:innen durch Angehörige in der klinischen Versorgung.
- Destabilisierung der häuslichen Versorgung, z. B. durch den ersatzlosen Wegfall von Tagespflege und Pflegediensten (Elsbernd et al. 2021, Råker et al. 2021, Rothgang 2020),

Für die Pflegefachpersonen und Hebammen resultierten u. a.

- Handeln in persönlicher, fachlicher und juristischer Unsicherheit, v. a. durch Belastungsspitzen und fehlende Personalressourcen wie auch fehlender Evidenz in der Pflege und im Hebammenwesen (Hower et al. 2021, Kaltwasser et al. 2021, Mojtahedzadeh et al. 2021).
- hohes Belastungserleben und intra- sowie interprofessionelle ethische Konflikte und Schädigung der moralischen Integrität, v. a. durch hohe Sterblichkeit und prognostische Unsicherheit, Zutrittsverbote für Angehörige und das Gefühl, die zu pflegenden Menschen fachlich nicht angemessen versorgen zu können (Bauer et al. 2021, Horbach 2020, Mai et al. 2022, Bläuer et al. 2021, Kuhn & Seidlein 2021, Riedel & Lehmeier 2021; Seidlein et al. 2021). Allgemein waren Pflegefachpersonen und Hebammen selbst überdurchschnittlich häufig von Infektionen, Krankheiten und Sterblichkeit betroffen (International Council of Nurses (ICN) & International Centre on Nurse Migration (CGFNS) 2022).
- reduzierte oder ausgesetzte Bildungsmaßnahmen und Praxisanleitungen sowie verzögerte Karrieremöglichkeiten für Pflegefachpersonen und Hebammen.

Die vorliegenden Empfehlungen zur „Vorbereitung auf eine weitere SARS-CoV-2-Welle im Herbst 2022 in der Pflege- und im Hebammenwesen“ geben Steuerungsimpulse für das weitere Pandemiegeschehen. Sie richten sich an die Akteur:innen der Gesundheitspolitik und -verwaltung auf Bundes- und Landesebene, Verbände, Kammern und Träger von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Die Empfehlungen basieren auf dem internationalen und nationalen pflegewissenschaftlichen und hebammenwissenschaftlichen Diskurs.

Empfehlung 1: Pflegebedürftige Menschen, Patient:innen¹ und deren Angehörige nicht ausgrenzen

Pflegebedürftige Menschen und Patient:innen sowie Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene sind Teil der Gesellschaft. Sie dürfen nicht durch Maßnahmen des Infektionsschutzes ausgegrenzt werden, indem z. B. Pflegeheime und Krankenhäuser für Besucher:innen „geschlossen“ oder stark eingegrenzt werden. Ein Schutz dieser sogenannten „vulnerablen Gruppen“ kann nur unter Einbezug der Gesamtgesellschaft gelingen. In allen Sektoren sollen für Risikopersonen und ihre Angehörigen zielgruppenspezifische Informationen zur Verfügung gestellt werden, um die Betroffenen zu befähigen, zwischen dem Risiko vor Ansteckung und benötigter Pflege bzw. Teilhabe bestmöglich abzuwägen.

Stationäre Langzeitpflege:

- Selbstbestimmung und Lebensqualität für Bewohner:innen sind als konkurrenzlose Ziele der Pflege kontinuierlich zu gewährleisten.
- Der Expert:innenrat empfiehlt, dass alle Einrichtungen durchgehend geöffnet bleiben. Wenn Entscheidungen zum Schutz der Bewohner:innen notwendig sind, z. B. beschränkte Besuchsmöglichkeiten auf eine primäre Angehörige (und Stellvertretung), sollen diese vor dem Hintergrund der einrichtungsbezogenen und lokalen Impfquote sowie der vorherrschenden Virusvariante getroffen werden.
- Soziale Teilhabe – orientiert an den individuellen Bedürfnissen mit Gruppen- und Einzelaktivitäten – soll auch in der Pandemie durchgehend gewährleistet sein.

Pflege im Krankenhaus:

- Angehörigenintegration ist als feststehender Teil des Behandlungskonzepts zu gewährleisten – auch in Pandemiezeiten.
- Psychosoziale Unterstützungs- und Fürsorgeleistungen für Patient:innen und Schwangere/Wöchnerinnen/Gebärende sollen von der Klinik sichergestellt werden, wenn es aufgrund der Pandemie z. B. zu Besuchsbeschränkungen kommt.
- Positive Beispiele zum Umgang mit pandemiebedingten Restriktionen sollen strukturiert erfasst und verbreitet werden (Best Practice).

Hintergrund: Pflegebedürftige, Patient:innen und ihre Angehörigen haben in den ersten Pandemiewellen langandauernde Beeinträchtigungen im Hinblick auf soziale Teilhabe und Selbstbestimmung hinnehmen müssen. Besuche durch Angehörige waren über Monate gar nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich, ebenso der Zugang zu Therapie- und sozialen Betreuungsangeboten. Die Besuchseinschränkungen bis hin zu -verboten führten bei Patient:innen und Angehörigen zu nachgewiesenen Gesundheitsschäden, gleichzeitig waren Besuche auch mit Infektionsrisiken verbunden. Beides muss sorgfältig abgewogen werden. Begleitpersonen wurden von der Geburt ausgeschlossen, sodass Gebärende in dieser aufregenden und intensiven Situation ohne vertraute Person waren. Durch den Ausschluss von Begleitpersonen kam es zu einem hohen Belastungserleben und ethischen Konflikten aller Beteiligten, z. B. bei akuten Verschlechterungen, bei Geburten oder in Sterbesituationen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit sind hier auch gesunde Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene eingeschlossen, bei denen es sich im eigentlichen Sinne nicht um Patient:innen handelt.

Empfehlung 2: Pflegerische und Hebammen-Versorgung auch in der Pandemiewelle sicherstellen

Für eine weitere pandemische Welle werden mehr Pflegefachpersonen und Hebammen benötigt als für den ohnehin unterversorgten Routinebetrieb. Es bedarf daher einer vorausschauenden Planung, um die Basisversorgung in Krankenhäusern, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen und der ambulanten Versorgung zu gewährleisten und zusätzlichen Belastungen standhalten zu können. Dazu empfiehlt der Expert:innenrat, in der Pflege- und Hebammenarbeit zeitnah qualifizierte Personalreserven bzw. Personalpools aufzubauen und flexible Möglichkeiten der Kooperation zwischen Einrichtungen zu schaffen, auch unterschiedlicher Träger und Sektoren.

Stationäre Langzeitpflege:

- Der Aufbau eines Fachkräfte-Pools für Langzeitpflegeeinrichtungen soll durch die Träger, unterstützt von Gesundheitsämtern und Heimaufsicht, erfolgen.
- Administrative Tätigkeiten zum Infektionsschutz (z. B. Kontrolle von Impfstatus, Dokumentation von Besuchen) sind von Servicepersonal oder externen Dienstleistern zu übernehmen.
- Pflegeeinrichtungen, Gesundheitsämter und Heimaufsicht sollen vor Ort Kriseninterventionsteams bilden, die in Ausbruchssituationen gemeinsam das Krisenmanagement übernehmen und die Versorgung absichern. Sie sind berechtigt, weitere Ressourcen zu rekrutieren (z. B. Personalbereitstellung aus anderen Einrichtungen/Versorgungssektoren, Freiwilligen-Pflegepools).

Pflege im Krankenhaus:

- Durch eine Soll-Bettenreduktion sollen in besonderen Belastungssituationen qualifizierte Personalreserven bereitgestellt werden. Für diese Bettenreduktion müssen Kliniken eine adäquate Ausgleichszahlung erhalten.
- Langfristig ist eine Erhöhung der Fachpersonalausstattung anzustreben, um Belastungsspitzen und Ausfälle in Krisenzeiten besser abfangen zu können (Stress-Resilienz).

Ambulante Pflege:

- In Krisensituationen, wie der plötzlichen Erkrankung von pflegenden Angehörigen, ist eine Notfallbetreuung zu etablieren, z. B. durch kurzfristige Nutzung von Tages- oder Kurzzeitpflege.
- Um die gesundheitliche Versorgung in der Häuslichkeit sicherzustellen, sollen langfristig Telehealth-Leistungen von ambulanten Pflegediensten etabliert werden, die in Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen und Krankenhäusern erfolgen.

Hintergrund: Pflegefachpersonen und Hebammen haben in der Pandemie massive Belastungen und Einschränkungen hinnehmen müssen, u. a. häufig ungeplante Überstunden, fehlende Schutzausrüstung, potenzielle Gefährdungen der eigenen Familien und schließlich negative Berichterstattung in der Presse als „Impfverweigerer“ und „Infektionsspreder“. Es kam zu ethischen Konflikten, emotionaler Erschöpfung und einer erhöhten Bereitschaft, den Beruf zu wechseln. Die Folgen dieser Situation sind langfristig noch nicht absehbar. Sie werden sich in der Konsequenz aber negativ auf die Gesundheitsversorgung aller Menschen auswirken.

Empfehlung 3: Pflegefachpersonen und Hebammen autorisieren, Schutzimpfungen durchzuführen

Die Corona-Schutzimpfung bietet einen verlässlichen Schutz vor schweren Krankheitsverläufen und schützt insbesondere Menschen mit erhöhtem Risiko vor gesundheitlichen Komplikationen. Um diese vulnerablen Personen schnell und qualifiziert zu erreichen, müssen Pflegefachpersonen in allen Settings zur Durchführung von Impfungen autorisiert werden. Damit kann die Zahl der geimpften Personen mit Pflegebedürftigkeit erhöht und ein angemessener Infektionsschutz auch bei mutierenden Virusvarianten ermöglicht werden – sowohl in Einrichtungen der Langzeitpflege, der eigenen Häuslichkeit als auch in der Schwangeren- und Wochenbettbetreuung.

Hintergrund: Die rasche Impfung großer Teile der Bevölkerung gegen COVID-19 hat sich in der Vergangenheit als Herausforderung erwiesen und wird möglicherweise wieder zur Herausforderung werden. Pflege ist der Heilberuf, der am dichtesten und am regelmäßigsten Kontakt zu pflegebedürftigen Menschen und ihren Familien in der ambulanten Pflege sowie in der stationären Langzeitpflege hat. Dennoch ist ihnen in Deutschland bisher die eigenverantwortliche Durchführung von Impfungen verwehrt, anders als in vielen anderen Ländern.

Empfehlung 4: Patient:innen und pflegebedürftige Menschen bestmöglich vor Infektionen schützen

Neben der Schutzimpfung tragen diverse Hygienemaßnahmen zum Infektionsschutz bei. Welche Maßnahmen einzusetzen sind und in welcher Intensität, hängt v. a. vom lokalen Infektionsgeschehen (vgl. Fischer et al. 2021), der Impfquote und der vorherrschenden Virusvariante ab. Basis hierfür bilden die geltenden RKI-Empfehlungen. Auch Testungen und Quarantäneregelungen sollen gemäß diesen Empfehlungen umgesetzt werden. Für Patient:innen, pflegebedürftige Menschen und Angehörige sollen zielgruppenspezifische Informationen für alle Settings vorliegen, um über die geltenden Hygienemaßnahmen und Gestaltungsmöglichkeiten zur häuslichen Versorgung verständlich zu informieren. Persönliche Schutzausrüstung mit Schutzkleidung und FFP2-Masken ist in jedem Setting in ausreichender Menge jederzeit zur Verfügung zu stellen. Auch empfiehlt der Expert:innenrat, dass jede Einrichtung über aktuelle Hygienestandards, dazugehörige Schulungskonzepte und Pläne für pandemische Krisensituationen verfügt, die mit dem lokalen Gesundheitsamt abgestimmt sind.

Stationäre Langzeitpflege:

- Maßnahmen des Infektionsschutzes sollen so erfolgen, dass die Bewohner:innen geschützt, aber nicht ausgegrenzt werden (Empfehlung 1). Es gilt, eine bestmögliche Balance zwischen Lebensqualität, Teilhabe und Infektionsschutz zu erreichen.
- Isolations- und Quarantänemaßnahmen, die von einem lokalen Gesundheitsamt ausgesprochen werden, sollen Person-zentriert geplant und umgesetzt werden.
- Es sollen stabile Bewohnergruppen mit möglichst kontinuierlichem Betreuungspersonal innerhalb von Wohnbereichen gebildet werden (Kohortierung). Im Falle eines (drohenden) Ausbruchsgeschehens sollen Umzüge von Bewohner:innen für eine akute Kohortenisolierung weitestgehend vermieden werden.

Ambulante Pflege und Hebammenarbeit:

- Analog zu den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) für stationäre Pflegeeinrichtungen sollen evidenzbasierte, spezifische und verbindliche Empfehlungen zum allgemeinen Infektionsschutz in ambulanten Pflegesettings entwickelt werden, unter Einbezug der pflegewissenschaftlich verantworteten Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2021).
- Es soll ein Konzept erstellt werden, wie ambulante Pflegedienste und Hebammen sich sinnvoll mit Schutzmaterialien bevorraten können oder über andere Instanzen an bevorrateten Produkten teilhaben können.
- Für ambulante Hebammenarbeit ist für Schutzmaterialien eine dauerhafte Verankerung von kosten-deckenden Zuschlägen im Pandemiefall notwendig.
- Durch ambulante Pflegedienste erbrachte Informations-, Beratungs- und Schulungsleistungen zum individuellen Infektionsschutz sollen separat abrechenbare Leistungen sowohl im SGB V als auch im SGB XI werden.

Pflege im Krankenhaus:

- Die bewährten Infektionspräventionskonzepte der Kliniken sind zu evaluieren und weiterzuentwickeln.
- Schutz- und Desinfektionsmaterialien sind in einem ausreichenden Maße für Personal und Besuchende zu bevorraten.

Hintergrund: Zu Beginn der Pandemie zeigte sich eine eklatante Mangelsituation im Hinblick auf persönliche Schutzausstattung, v. a. in der Langzeitpflege und im ambulanten Hebammenbereich. Zugleich mangelte es für Patient:innen, pflegebedürftige Menschen und Angehörige an setting- und zielgruppenspezifischen unterstützenden Informationen. Im Hinblick auf Infektionsschutzmaßnahmen ist festzuhalten: Zur Wirksamkeit und unerwünschten Wirkungen dieser Maßnahmen bei pflegebedürftigen oder vulnerablen Personen fehlt noch grundlegendes Wissen.

Empfehlung 5: Berufliche Expertise der Pflegefachpersonen und Hebammen in alle Entscheidungsgremien und Krisenstäbe einbinden

Der Expert:innenrat empfiehlt, dass Pflegefachpersonen und Hebammen in allen Krisenstäben und Entscheidungsgremien auf Ebene der Kommunen, der Bundesländer sowie des Bundes vertreten sind – mit gleichberechtigten Stimmrechten gegenüber Vertreter:innen anderer Gesundheitsberufe. Dies gilt auch innerhalb der Einrichtungen, z. B. in Kliniken. Pflege ist die weitaus größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen und hat einen maßgeblichen Anteil an der Prävention und Therapie von SARS-CoV-2-Infektionen und an der Begleitung infizierter Patient:innen und Bewohner:innen von Langzeitpflegeeinrichtungen. Pflegefachpersonen und Hebammen besitzen die Kompetenz, die Prävention und Bewältigung pandemischer Krisensituationen auch in Zusammenarbeit mit anderen Professionen zu steuern.

Hintergrund: Die gesundheitspolitischen Gremien und Entscheidungsinstanzen auf Bundes- und Landesebene haben sich seit Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie durch Expert:innen unterschiedlicher Disziplinen beraten lassen. Pflege und Pflegewissenschaft sowie Hebammen und Hebammenwissenschaft gehörten insbesondere auf Bundesebene nicht zu den konsultierten Professionen/Disziplinen.

Empfehlung 6: Infektionsgeschehen, Krankheitslast und Sterblichkeit im Hinblick auf COVID-19 lückenlos epidemiologisch erfassen

Infektionen von pflegebedürftigen Menschen, ihre Krankheitslast und die Sterblichkeit im Hinblick auf COVID-19 sind in allen pflegerischen Settings epidemiologisch zu erfassen. Dazu ist ein System zu etablieren, mit dem Prävalenz- und Mortalitätsraten von COVID-19 lückenlos erhoben und ausgewertet werden können. Alle Settings der Langzeitpflege sind dabei systematisch in ein epidemiologisches Monitoring und Surveillance einzubeziehen. In der häuslichen Versorgung soll dieses Monitoring bei pflegebedürftigen Personen bzw. in Haushalten mit pflegebedürftigen Personen erfolgen. Zu diesem Zweck soll ein repräsentatives Panel mit Haushalten, in denen pflegebedürftige Menschen leben, eingerichtet werden.

Hintergrund: Etwa die Hälfte aller mit COVID-19 Verstorbenen sind Heimbewohner:innen. Dennoch ist über das Infektionsgeschehen in deutschen Pflegeheimen, in Kliniken oder in der häuslichen Versorgung in Bezug auf die Pandemie wenig bekannt.

Empfehlung 7: Pflegeforschung und Hebammenforschung fördern, um Entscheidungsgrundlagen zum Umgang mit SARS-CoV-2 zu schaffen

Die Schaffung notwendiger wissenschaftlicher Evidenz in der klinischen Versorgungspraxis von Pflegefachpersonen und Hebammen ist dringend auch in Deutschland zu fördern (vgl. auch EbM-Netzwerk 2022). Im nunmehr dritten Jahr der Pandemie findet die internationale Forschung zu adäquaten Interventionen weitestgehend ohne Beteiligung der deutschen Pflege- und Hebammenwissenschaft statt. Dieser Mangel steht im Gegensatz zur Bedeutung der Pflege- und Hebammenpraxis zur Bewältigung der Pandemie. Es fehlt grundlegendes Wissen, etwa zu Wirksamkeit und unerwünschten Wirkungen von Infektionsschutzmaßnahmen bei pflegebedürftigen oder vulnerablen Personen. Ebenfalls ist bislang wenig zu den Besonderheiten der unterschiedlichen Settings bekannt. Diese Wissenslücken sind schnellstens systematisch zu schließen. Dazu sollen entsprechende Fragestellungen in der Forschungsförderung berücksichtigt und an Pflegewissenschaftler:innen und Hebammenwissenschaftler:innen adressiert werden. Schon bevor eine mögliche pandemische Welle beginnt, sollen Forschungsprotokolle erarbeitet werden, die kurzfristig umgesetzt werden können (Dichter et al. 2020, Fischer et al. 2021). Darüber hinaus bedarf es langfristig eines umfassenden Ausbaus der pflegewissenschaftlichen und hebammenwissenschaftlichen Forschungsstrukturen in Anlehnung an internationale Standards.

Hintergrund: Auch nach zwei Jahren Pandemie gibt es kaum wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit und zu unerwünschten Nebenwirkungen von Infektionsschutzmaßnahmen. Die Effekte von Maßnahmen wie bereichsspezifische Pflege, Lüften, Teststrategien oder generelles Tragen von Mund-Nasen-Schutz auf das Infektions-, Ausbruchs- und Sterberisiko sind nur mit geringer Sicherheit nachgewiesen.

Empfehlung 8: Pflegerische und Hebammen-Versorgungsstrukturen innovativ weiterentwickeln

Der Expert:innenrat empfiehlt, den Anteil der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen und Hebammen in allen pflegerischen Settings zu erhöhen, um den Herausforderungen und der Komplexität im Gesundheitswesen – nicht nur in pandemischen Zeiten – gerecht zu werden. In allen Settings sollen die Ressourcen dafür bereitgestellt werden, dass Pflege- und Hebammenwissenschaftler:innen wissenschaftliche Erkenntnisse für die Praxis aufbereiten können. Das Potenzial der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen und Hebammen ist endlich adäquat zu nutzen, indem eine Neuverteilung der Verantwortung im Gesundheitswesen erfolgt. Das reicht bis hin zur Etablierung von eigenständigen Profilen wie Advanced Nursing Practice (ANP), Case Manager:innen, Hebammenexpert:innen oder Community Health Nursing (CHN), für die schon heute zahlreiche Berufsangehörige qualifiziert sind.

Hintergrund: Pflegefachpersonen und Hebammen verfügen als Heilberufsangehörige über eine umfangreiche Expertise für die Gesunderhaltung, Pflege und Rehabilitation von Menschen in verschiedensten Lebenslagen, auf der Basis von Berufsausbildung, Studium und wissenschaftlicher Arbeit. Sie sollen verantwortlich an der Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung in allen Settings beteiligt werden, um die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems auch in einer weiteren pandemischen Welle sichern zu können.

Empfehlung 9: Eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit fördern

Eine gute Zusammenarbeit der Sektoren und Berufsgruppen stellt eine Notwendigkeit für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Patient:innen und pflegebedürftigen Menschen dar. Der Versorgungsauftrag ist durch die bedarfsgerechte Mitwirkung aller erforderlichen Gesundheitsberufe sicherzustellen. Ambulante und stationäre Angebote sollen dabei vernetzt werden. Im Fall eines krisenhaften Infektionsgeschehens sollen die beteiligten Berufsgruppen ethische Fallgespräche führen, um die individuell beste Versorgung sicherzustellen. Innerhalb des Einzugsbereiches einzelner Gesundheitsämter soll ein regionales Netzwerk aufgebaut werden, das aus Einrichtungen der Gesundheitsversorgung besteht. Diesem Netzwerk gehören Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen, freiberufliche Hebammen, Arztpraxen und Praxen anderer Gesundheitsfachberufe, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, der Rettungsdienst, die kommunale Verwaltung und das Gesundheitsamt, Heimaufsicht und Medizinische Dienste an. Ziel ist der regelmäßige Austausch von Erfahrungen und aktuellen Fragen rund um die Bewältigung der Pandemie.

Im Bereich der ambulanten Hebammenarbeit ist die Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten – geburtshilfliche und Kinderkliniken, Gesundheits- und Krankenkinderpflegende, IBCLC/Laktationsberater:innen, Family Health Midwives und Nurses – für eine bestmögliche Versorgung sinnvoll.

Hintergrund: In der Pandemie kam es zu Herausforderungen des interprofessionellen und sektorenübergreifenden Arbeitens, zeitlich bedingt, aber auch weil Strukturen fehlten. Dabei ist es gerade in Zeiten der Pandemie unerlässlich, dass sich die beteiligten Sektoren und Berufsgruppen austauschen, um auf spezifische Problem-bereiche hinzuweisen und sektorenübergreifende Lösungen zu etablieren.

Empfehlung 10: Ambulante Hebammenarbeit als systemrelevante, kritische Infrastruktur mitberücksichtigen

Die ambulante Hebammenarbeit muss in der Gesundheitsversorgung als systemrelevante Infrastruktur mitgedacht werden. Dazu braucht es eindeutige und klar kommunizierte Zuständigkeiten für freiberufliche Hebammen in den Verwaltungsebenen der Kommunen und Bundesländer. Freiberufliche Hebammen sollen – wie andere Gesundheitsberufe bzw. -einrichtungen auch – umfassende Informationen durch die Gesundheitsämter erhalten. In der Pandemie ist eine sinnvolle Mischung zwischen digitalen Angeboten und Präsenzbetreuung zu empfehlen, bei der ein schneller Wechsel zwischen digital und im Bedarfsfall/Notfall persönlich vor Ort möglich ist. Daher sollen digitale Betreuungs- und Beratungsangebote in der Hebammenarbeit durch eindeutige und umsetzbare Vorgaben gefördert werden (Bauer & Schlömann 2021, Schumacher, Hertle & Bauer 2022). Eine zentrale Notfallnummer zur Vermittlung einer Notfall-Hebammenversorgung soll in Analogie zum zentralen ärztlichen Notdienst (Telefonnummer 116 117) etabliert werden. Auch eine flächendeckende Einrichtung von kommunalen oder überregionale Hebammenzentralen kann die Hebammen-suche erleichtern (Bauer et al. 2020a, Bauer et al. 2020c, Luksch, Villmar & Bauer 2019). Um auch in Pandemiezeiten eine flächendeckende Hebammenbetreuung gewährleisten zu können, sollte eine finanzielle Unterstützung für den Aufbau von Hebammen-Ambulanzen und Lokalen Gesundheitszentren durch Kommunen bereitgestellt werden. Auch die Entwicklung von Anreizsystemen zur Förderung der Niederlassung von freiberuflichen Hebammen in besonderen Bedarfsregionen wäre förderlich (Bauer et al. 2020b & 2020c, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg 2020, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2022). Die Erarbeitung eines zentralen Maßnahmenplans um den Schutz des Wohlbefindens von Hebammen sowie Frauen und ihren Familien in Krisenzeiten zu gewährleisten ist vonnöten.

Hintergrund: Ambulant tätigen Hebammen fehlten zentral gesteuerte Informationen zum Pandemiemanagement. Von Seiten der zuständigen Gesundheitsämter gab es für Hebammen nur wenige, teilweise widersprüchliche bis gar keine Informationen. Lange Zeit gehörten Hebammen nicht zu einer impfpriorisierten Gruppe und konnten sich als freiberuflich Tätige nicht impfen bzw. boostern lassen. Auch die Versorgung mit Schutzausrüstung gestaltete sich problematisch. Hinzu kamen weitere pandemiebedingte Herausforderungen: Zum Teil lehnten niedergelassene Gynäkolog:innen z. B. die Behandlung von an COVID-19 erkrankten Schwangeren ab und delegierten die Schwangerenvorsorge an freiberufliche Hebammen. Aufgrund der angespannten Situationen in den geburtshilflichen wie auch pädiatrischen Kliniken kam es vermehrt zu Frühentlassungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf.

Der Expert:innenrat Pflegewissenschaft/Hebammenwissenschaft und Pandemie

Der Deutsche Pflegerat (DPR) hat im März 2022 einen Expert:innenrat Pflegewissenschaft/Hebammenwissenschaft und Pandemie einberufen. Damit reagierte der DPR darauf, dass die pflegewissenschaftliche Expertise in den Beiräten und Expertenräten auf der Bundesebene während der Corona-Pandemie bislang kaum eingebunden war. Aufgabe des Expert:innenrats ist es, das weitere pandemische Geschehen durch Stellungnahmen und Empfehlungen zu begleiten und dabei Steuerungsimpulse zu geben. Darüber hinaus soll er analysieren, welche

Aspekte dieses krisenhaften Geschehens vertieft beachtet werden, um zukünftig auf vergleichbare Ereignisse besser vorbereitet zu sein.

Für konkrete klinische Handlungsempfehlungen sei zusätzlich zu den hier vorliegenden Empfehlungen auf folgende nationale Leitlinien verwiesen, die derzeit aktualisiert werden:

- Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID19-Pandemie (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2021)
- Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19 Pandemie (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2020)

Mitglieder des Expert:innenrats

Prof. Dr. Katrin Balzer (Lübeck)
Prof. Dr. Nicola H. Bauer (Köln)
Prof. Dr. Christa Büker (Bielefeld)
Dr. Martin Dichter (Köln)
Prof. Dr. Astrid Elsbernd (Esslingen)
Prof. Dr. Thomas Fischer (Dresden), (Sprecher)
Prof. Dr. Margareta Halek (Witten)
Prof. Dr. Daniela Holle (Bochum)
Prof. Dr. Annegret Horbach (Frankfurt)
Prof. Dr. Annett Horn (Münster)
Prof. Dr. Uta Gaidys (Hamburg)
Andreas Kocks MScN (Bonn)
Prof. Dr. Kirsten Kopke (Hannover)
Dr. Tobias Mai (Frankfurt a. M.)
Prof. Dr. Melanie Messer (Trier)
Prof. Dr. Gabriele Meyer (Halle)
Prof. Dr. Günter Meyer (Wolfsburg)
Dr. Peter Nydahl (Kiel)
Dr. Anna-Henrikje Seidlein (Greifswald)

Berlin, 23.6.2022

Kontakt

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Zitierte Literatur

Bauer, N.H., Villmar, A., Peters, M. & Schäfers, R. (2020a). HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum.

Bauer, N. H., Blum, K., Löffert, S. & Luksch, K. (2020b). Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen - Ergebnisbericht. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, Studienbereich Hebammenwissenschaft. Für das Hessische Ministerium für Soziales Integration (HMSI). Bochum/Düsseldorf.

Bauer, N. H., Blum, K., Löffert, S. & Luksch, K. (2020c). Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen - Handlungsempfehlungen. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, Studienbereich Hebammenwissenschaft. Für das Hessische Ministerium für Soziales Integration (HMSI). Bochum/Düsseldorf.

Bauer, N.H. & Schlömann, L. (2021). Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie. Abschlussbericht. Bochum.

Bauer, J., Kocks, A., Luboinski, J., & Fischer, U. (2021). Bewährungsprobe Coronapandemie. *Pflege Z*, 74(5), 52-55. <https://doi.org/10.1007/s41906-021-1021-y>

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2022). Geburtshilfe-Förderprogramm ``Zukunftsprogramm Geburtshilfe``. URL: <https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/geburtshilfe-foerderprogramm-zukunftsprogramm-geburtshilfe/> (Zugriff am 12.04.2022)

Bläuer, C., Altermatt, R., Broisch, S., Catania, P., Estoppey, J., Gisin, M., Klanke, C., Kläusler, M., Wymann, B., & Steinle-Feser, B. (2021). Leadership in Zeiten von Corona: Die Perspektive von Pflegenden und Hebammen in einem Universitätsspital. *Pflege*, 34(3), 159-169. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000805>

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) (2021): Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID19-Pandemie. S1-Leitlinie. AWMF-Registernr.: 184-002. Stand: 17.4.2021

Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin e. V. (2022): Bessere Forschung für bessere Entscheidungen zur öffentlichen Gesundheit - auch oder gerade unter Pandemiebedingung. Berlin, Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin e. V.

Dichter, M., Kocks, A., Meyer, G., Stephan, A., & Luboinski, J. (2020). Pflege ist systemrelevant - nicht nur in Corona-Zeiten. Gemeinsame Stellungnahme zum Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie in Deutschland. Retrieved 06.22, from https://www.vpuonline.de/cm4all/uproc.php/0/05-06-2020_Gemeinsame%20Stellungnahme%20zum%20internationalen%20Jahr%20der%20Pflegenden%20und%20Hebammen.pdf?_=1731f9fd7e0&cdp=a

Elsernd, A., Heidecker, L., Schüttemeier, B. & Mahler, C. (2021): Aus der Krise lernen: Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg während der Corona-Pandemie. Jacobs Verlag.

Fischer, T., Henry, J., Thümmel, K., & Horn, A. (2021). SARS-CoV-2 Ausbrüche in stationären Pflegeeinrichtungen Literatursauswertung zu Ursachen, beeinflussenden Faktoren und Prävention. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Publikationen/Abschlussbericht_SARS-CoV-2_Ausbrueche_in_stationaeren_Pflegeeinrichtungen.pdf.

Horbach, A. (2020). Wir haben uns zum „Ungehorsam“ entschlossen – professionsübergreifend! Teil 1: Ein Konzept für den Krankenhauszutritt zur Perinatalbegleitung. *Pflegewissenschaft* 2. Corona-Sonderausgabe 2020 (22), hpsmedia, 54–56

Hower, K.I., Pfaff, H., & Pförtner, T.-K. (2021): Is time a healer? Course of demands during the COVID-19-pandemic in long-term care: a repeated cross-sectional survey in Germany. *Journal of Public Health*, 43(3), e435-e437.

International Council of Nurses (ICN), & International Centre on Nurse Migration (CGFNS). (2022). Sustain and Retain in 2022 and Beyond Retrieved 06.22, from <https://www.icn.ch/system/files/2022-01/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf>

Kaltwasser, A., Pelz, S., Nydahl, P., Dubb, R., & Borzikowsky, C. (2021). Querschnittsstudie zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in der Versorgung von COVID-19-Patienten. *Der Anaesthesist*(9).

Kuhn, E., & Seidlein, A.-H. (2021). Intensivpflege in Zeiten der COVID-19 Pandemie: Zur Frage des Verhältnisses von Fürsorge und Selbstsorge. *Ethik in der Medizin*, 33(1), 51–70. <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00606-5>

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2020). Medizinische Versorgung: Stärkung der Geburtshilfe: Land fördert fünf zukunftsweisende Lokale Gesundheitszentren. URL: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/staerkung-der-geburtshilfe-land-foerdert-fuenf-zukunftsweisende-lokale-gesundheitszentren/> (Zugriff am 08.04.2022)

Mai, T., Todisco, L., Schilder, M., Franke, V., & Ristau, J. (2022). Die Situation der Pflegenden in Akutkrankenhäusern während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie. *Pflege*, 35(2), 104-113. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000846>

Mojtahedzadeh N, Wirth T, Nienhaus A, Harth V, Mache S. Job Demands, Resources and Strains of Outpatient Caregivers during the COVID-19 Pandemic in Germany: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health* 2021; 18 (7): 3684

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2020). Medizinische Versorgung: Stärkung der Geburtshilfe: Land fördert fünf zukunftsweisende Lokale Gesundheitszentren. URL: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/staerkung-der-geburtshilfe-land-foerdert-fuenf-zukunftsweisende-lokale-gesundheitszentren/> (Zugriff am 08.04.2022)

Räker, M., Klauber, J. & Schwinger, A. (2021): Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.): *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege* (S. 33-58). Springer.

Riedel, A., & Lehmeier, S. (2021). Erlebensqualitäten moralischer Belastung professionell Pflegenden und die Notwendigkeit des Schutzes der moralischen Integrität – am Beispiel der COVID-19-Pandemie. In R. A. & L. S. (Eds.), *Ethik im Gesundheitswesen* (pp. 1–29). Springer.

Rothgang, H (2020): Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter. *SOCIUM* Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik; Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) Universität Bremen. Bremen.

Schumacher, L., Hertle, D. & Bauer, N.H. (2022). Eine gute Ergänzung. Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie. *Dr. med. Mabuse*, 47 (255): 80-82.

Seidlein, A.-H., Spaček, M., & Kuhn, E. (2021). Pandemie – eine extreme gesundheitliche Gefährdung der Mitarbeitenden auf Intensivstationen und ihre ethischen Dimensionen am Beispiel COVID-19. In F. Salomon (Ed.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*. (pp. 394–405). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Seidler, A; Schubert, M; Peterit-Haack, G; Horn, A; Kämpf, D, Westerman, R (2020): Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. Kompetenznetz COVID 19. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_05_18_fact_sheet_soziale-isolation-als-mortalita__tsrisiko_1.pdf (18.04.2022).

Theurer, C; Rother, D; Pfeiffer, K; Wilz, G (2022): Belastungserleben pflegender Angehöriger während der Corona Pandemie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 55(2): 136-142.

Weitere herangezogene Literatur

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W; RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013 Feb;50(2):143-53. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009

Augurzky, B., Busse, R., Gerlach, F., & Meyer G (2020). Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020 Richtungspapier zur mittel- und langfristigen Lehren. 2020. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/VV_Richtungspapier-Corona.pdf.

Begerow, A., Michaelis, U., & Gaidys, U. (2020). Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie. *Pflege*, 33(4), 229-236. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000744>

Bläuer, C., Altermatt, R., Broisch, S., Catania, P., Estoppey, J., Gisin, M., Klanke, C., Kläusler, M., Wymann, B., & Steinle-Feser, B. (2021). Leadership in Zeiten von Corona: Die Perspektive von Pflegenden und Hebammen in einem Universitätsspital. *Pflege*, 34(3), 159-169. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000805>

Deffner T, Hierundar A, Knochel K, Urs U, Neitzke G, Nydahl P, Rogge A. Positionspapier zur Regelung von Angehörigenbesuchen in Krankenhäusern während Pandemien. *DIVI* 2021, 4(12): 184-187

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP). S1-Leitlinie Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. AWMF-Registernr.: 184001. Stand 26.10.2020, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/184-001.html>.

Deutscher Berufsverband für Pflgeberufe (DBfK). (2021). Gut geschützt bei der Arbeit? Zur konkreten Situation beruflich Pflegenden in der Praxis im zweiten Corona-Lockdown. 2021. Retrieved 06.22, from https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Broschuere_Pflege-im-2.-Lockdown_Auswertung_Feb2021.pdf

Fischer, T., Henry, J., Thümmeler, K., & Horn, A. (2021). SARS-CoV-2 Ausbrüche in stationären Pflegeeinrichtungen Literaturlauswertung zu Ursachen, beeinflussenden Faktoren und Prävention. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Publikationen/Abschlussbericht_SARS-CoV-2_Ausbrueche_in_stationaeren_Pflegeeinrichtungen.pdf.

Hebammen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie in Deutschland. Retrieved 06.22, from https://www.vpuonline.de/cm4all/uproc.php/0/05-06-2020_Gemeinsame%20Stellungnahme%20zum%20internationalen%20Jahr%20der%20Pflelegenden%20und%20Hebammen.pdf?_ =1731f9fd7e0&cdp=a

Hoffmann, M., Nydahl, P., Brauchle, M., Schwarz, C., Amrein, K., & Jeitziner, M. M. (2022). Angehörigenbetreuung auf Intensivstationen : Übersicht und Update. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, (2022) 117, 349–357. <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00915-7>

Horbach, A. (2020). Wir haben uns zum „Ungehorsam“ entschlossen – professionsübergreifend! Teil 1: Ein Konzept für den Krankenhauszutritt zur Perinatalbegleitung. *Pflegewissenschaft 2. Corona-Sonderausgabe 2020* (22), hpsmedia, 54–56

Hugelius, K., Harada, N., & Marutani, M. (2021). Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Nurs Stud*, 121, 104000. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104000>

International Council of Nurses (ICN), & International Centre on Nurse Migration (CGFNS). (2022). Sustain and Retain in 2022 and Beyond. Retrieved 06.22, from <https://www.icn.ch/system/files/2022-01/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf>

Isfort, M. (2022). Berufseinmündung und Berufsverbleib der Pflege in NRW Eien Analyse der Einstiegs-Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld Pflege. Retrieved 06.22, from https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/kurzbericht_berufseinmuendung_berufsverbleib_pfleger_in_nrw_28032022_dip.pdf

Kaltwasser, A., Pelz, S., Nydahl, P., Dubb, R., & Borzikowsky, C. (2021). Querschnittsstudie zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in der Versorgung von COVID-19-Patienten. *Der Anaesthetist*(9).

Kleina, T., Horn, A., Suhr, R., & Schaeffer, D. (2017). Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Gesundheitswesen*. 79(5), 382–387. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549971>.

Kuhn, E., & Seidlein, A.-H. (2021). Intensivpflege in Zeiten der COVID-19 Pandemie: Zur Frage des Verhältnisses von Fürsorge und Selbstsorge. *Ethik in der Medizin*, 33(1), 51–70. <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00606-5>

Liu, K., Nakamura, K., Kudchadkar, S. R., Katsukawa, H., Nydahl, P., Ely, E. W., Takahashi, K., Inoue, S., & Nishida, O. (2022). Mobilization and Rehabilitation Practice in ICUs During the COVID-19 Pandemic. *Journal of intensive care medicine*, 8850666221097644. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/08850666221097644>

Mai, T., Todisco, L., Schilder, M., Franke, V., & Ristau, J. (2022). Die Situation der Pflegenden in Akutkrankenhäusern während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie. *Pflege*, 35(2), 104-113. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000846>

Mohr, W., Rädke, A., Afi, A., Edvardsson, D., Mühlichen, F., Platen, M., Roes, M., Michalowsky, B., & Hoffmann W. (2021). Key Intervention Categories to Provide Person-Centered Dementia Care: A Systematic Review of Person-Centered Interventions. *J Alzheimers Dis*. 84(1), 343–366. <https://doi.org/10.3233/JAD-210647>.

Moss, S. J., Krewulak, K. D., Stelfox, H. T., Ahmed, S. B., Anglin, M. C., Bagshaw, S. M., Burns, K. E. A., Cook, D. J., Doig, C. J., Fox-Robichaud, A., Fowler, R., Hernández, L., Kho, M. E., Kredentser, M., Makuk, K., Murthy, S., Niven, D. J., Olafson, K., Parhar, K. K. S., Patten, S. B., Rewa, O. G., Rochweg, B., Sept, B., Soo, A., Spence, K., Spence, S., Straus, S., West, A., Parsons Leigh, J., & Fiest, K. M. (2021). Restricted visitation policies in acute care settings during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Crit Care*, 25(1), 347. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03763-7>

Rheindorf, J., Blöcker, J., Himmel, C., & Trost, A. (2020). Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie? *Pflegezeitschrift* (8). <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0761-4>

Riedel, A., & Lehmeier, S. (2021). Erlebensqualitäten und moralischer Belastung professionell Pflegenden und die Notwendigkeit des Schutzes der moralischen Integrität – am Beispiel der COVID-19-Pandemie. In R. A. & L. S. (Eds.), *Ethik im Gesundheitswesen* (pp. 1–29). Springer.

Rogge, A., Naeve-Nydahl, M., Nydahl, P., Rave F, Knochel K, Woellert K, Schmalz C. Ethische Entscheidungsempfehlungen zu Besuchsregelungen im Krankenhaus während der COVID-19-Pandemie. *Med Klin Intensivmed Notfmed* (2021). <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00805-4>

Rothgang, H. & Müller, R. (2021). BARMER Pflegereport. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 32. BARMER, Berlin, <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2021-1059412>.

- Schilder, M., Mai, T., Todisco, L., Potocka, J., Schiel, F. (2022) Das Erleben der Führungsrolle in der Corona-Pandemie in hessischen Allgemeinkrankenhäusern. *Pflege* <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000887>
- Schug, C., Geiser, F., Hiebel, N., Beschoner, P., Jerg-Bretzke, L., Albus, C., Weidner, K., Morawa, E., & Erim, Y. (2022). Sick Leave and Intention to Quit the Job among Nursing Staff in German Hospitals during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*, 19(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph19041947>
- Seidl, N., Horn, A., Büker, C., & Latteck, Ä.-D. (2020). Konsequenzen des COVID-19-Sondereinsatzes für die hochschulische Pflegeausbildung. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 7(3), 188–190.
- Seidlein, A.-H., Spaček, M., & Kuhn, E. (2021). Pandemie – eine extreme gesundheitliche Gefährdung der Mitarbeitenden auf Intensivstationen und ihre ethischen Dimensionen am Beispiel COVID-19. In F. Salomon (Ed.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*. (pp. 394–405). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Sims, S., Harris, R., Hussein, S., Rafferty, A.M., Desai, A., Palmer, S., Brearley, S., Adams, R., Rees, L., Fitzpatrick, J.M. (2022). Social Distancing and Isolation Strategies to Prevent and Control the Transmission of COVID-19 and Other Infectious Diseases in Care Homes for Older People: An International Review. *Int J Environ Res Public Health*. 19(6), 3450, <https://doi.org/10.3390/ijerph19063450>.
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS). (2022). Eckdaten der Krankenhauspatientinnen und –patienten. Retrieved 06.22, from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/entlassene-patienten-eckdaten.html>
- Stratil, J.M., Biallas, R.L., Burns, J., Arnold, L., Geffert, K, Kunzler, A.M., Monsef, I., Stadelmaier, J., Wabnitz, K., Litwin, T., Kreutz, C., Boger, A.H., Lindner, S., Verboom, B., Voss, S., Movsisyan, A. (2021) Non-pharmacological measures implemented in the setting of long-term care facilities to prevent SARS-CoV-2 infections and their consequences: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*. 29(9), CD015085. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015085.pub2>.
- Weber, T., Mai, T., Garthe, T., Barth, N., Schauwienold, J., von Wagner, M., Graf, J., Rohde, G. (2020). Der Hessische Weg seit Frühjahr 2020. Strukturelle und organisatorische Begegnung der ersten Covid-19-Welle. *Hessisches Ärzteblatt*. <https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2021/oktober-2021/der-hessische-weg-seit-fruehjahr-2020> [09.06.2020]
- World Health Organisation (2022): The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1>, 10.6.2022

Zum Deutschen Pflegerat e.V. (DPR)

Der Deutsche Pflegerat wurde 1998 gegründet, um die Positionen der Pflegeorganisationen einheitlich darzustellen und deren politische Arbeit zu koordinieren. Darüber hinaus fördert der Zusammenschluss aus aktuell 16 Verbänden die berufliche Selbstverwaltung. Seit 2003 handelt der Deutsche Pflegerat als eingetragener, gemeinnütziger Verein. Als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens und Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist der Deutsche Pflegerat primärer Ansprechpartner für die Politik. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist der Einsatz für eine nachhaltige, qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung oberstes Anliegen des Deutschen Pflegerats.

Präsidentin des Deutschen Pflegerats ist Christine Vogler.
Vizepräsidentinnen sind Irene Maier und Annemarie Fajardo.

Mitgliedsverbände des DPR

- Anbieterverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG)
- Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen Deutschlands e.V. (ADS)
- Berufsverband Kinderkrankenpflege e.V. (BeKD)
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)
- Bundesverband Geriatrie e.V. (BVG)
- Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V. (BLGS)
- Bundesverband Pflegemanagement e.V.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV)
- Deutsche Gesellschaft für Endoskopiefachberufe e.V. (DEGEA)
- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF)
- Deutscher Pflegeverband e.V. (DPV)
- Katholischer Pflegeverband e.V.
- Verband der Schwesternschaften vom Roten Kreuz e.V. (VdS)
- Verband für Anthroposophische Pflege e.V. (VfAP)
- Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken e.V. (VPU)

