

Stellungnahme des Ethikrates

Kontaktermöglichung und Infektionsschutz in
Gesundheits- und Sozialeinrichtungen

Eine Orientierung in der COVID-19-Pandemie

Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier



Herausgegeben vom

**Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
im Bistum Trier**

Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann

Geschäftsstelle: Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen
Hochschule Vallendar

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603

Telefax: +49 (0)261 6402-300

E-Mail: ethikrat@pthv.de

Autoren: Heinemann, Thomas; Höfling, Wolfram; Schuster, Josef;
Wetzstein, Verena; Sahm, Stephan; Proft, Ingo; Niederschlag,
Heribert; Brantl, Johannes; Reiter, Johannes (†).

Die Mitglieder des Ethikrates trauern um Johannes Reiter, der
im Dezember 2020 verstarb.

© 2021 Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.
Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-00-067777-9

Eine Abdruckgenehmigung kann auf Anfrage erteilt werden.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung und Fallbeispiele | 4 |
| | Fallbeispiel 1 | 5 |
| | Fallbeispiel 2 | 6 |
| 2 | Infektiologische und medizinische Grundlagen | 7 |
| 3 | Der rechtliche Ordnungsrahmen | 9 |
| | 3.1 Kontaktermöglichung und Kontaktrealisierung als grundrechtliche Themen | 9 |
| | 3.2 Abwehr- und Schutzwirkung der Grundrechte | 11 |
| | 3.3 Einfachrechtliche Regelungen | 12 |
| 4 | Ethische Einordnung | 14 |
| | 4.1 Situationen der Entscheidung | 14 |
| | 4.2 Ethische Entscheidungskriterien | 15 |
| | 4.2.1 <i>Nicht-Schaden</i> | 15 |
| | 4.2.2 <i>Fürsorge</i> | 18 |
| | 4.2.3 <i>Selbstbestimmung</i> | 20 |
| | 4.2.4 <i>Gerechtigkeit</i> | 22 |
| 5 | Theologische Einordnung | 23 |
| 6 | Zusammenfassung und Empfehlungen | 25 |
| | 6.1 Zusammenfassung | 25 |
| | 6.2 Empfehlungen | 27 |
| | 6.2.1 <i>Sensibilität im Umgang mit Kontaktbeschränkungen</i> | 27 |
| | 6.2.2 <i>Erstellung eines Besuchskonzepts in Einrichtungen</i> | 28 |
| | 6.2.3 <i>Kontaktmöglichkeiten und Freiheitseinschränkungen in besonderen Situationen</i> | 29 |
| | 6.2.4 <i>Vorausverfügungen</i> | 31 |
| | 6.2.5 <i>Politische Einflussnahme</i> | 31 |
| | Appendix | 32 |
| | Die Mitglieder des Ethikrates | 32 |
| | Kontakt | 34 |
| | Stellungnahmen des Ethikrates | 35 |

1 Einleitung und Fallbeispiele

Die pandemische Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 hat in vielen Ländern und so auch in Deutschland zu einschneidenden Maßnahmen im öffentlichen Leben und auch im Bereich des privaten Lebens fast aller Menschen geführt. Seit vielen Jahrzehnten wurde die globale Menschheit und die Bevölkerung in Deutschland nicht mehr mit einem Infektionsausbruch dieses Ausmaßes konfrontiert und muss daher Regularien, die einer Eindämmung von Infektionsgeschehen dienen, anpassen bzw. neu erarbeiten. Neben einer Schließung (»Lock-down«) von öffentlichen Einrichtungen sowie Geschäften, die nicht der Grundversorgung der Bevölkerung dienen, wurden seitens staatlicher Stellen aus infektionsprophylaktischen Gründen verschiedentlich Ausgangssperren und Kontaktbegrenzungen für die Bevölkerung verhängt.

Eine sehr kontrovers diskutierte Anordnung betrifft die Kontaktbeschränkungen von Bewohnerinnen und Bewohnern in Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen, Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Gästen in stationären Hospizen und Menschen, die in Einrichtungen der Tagespflege und der Eingliederungshilfe betreut werden.¹ Diese Personen haben häufig bereits aufgrund ihrer aktuellen Lebensumstände eingeschränkte Möglichkeiten, mit den Mitgliedern ihrer Familien oder vertrauten Menschen aktiv in Kontakt zu treten. Sie sind daher auf deren Besuche und Kontaktnahme angewiesen. Wenngleich eine Kontaktbeschränkung auf den Schutz und das Wohl der Betroffenen und der Menschen in ihrer Umgebung abzielt, werden durch diese Maßnahme zahlreiche medizinische und psychologische, ethische und rechtliche Fragen aufgeworfen, die die Verhältnismäßigkeit einer verordneten allgemeinen Kontaktbeschränkung für diese Personengruppen als zweifelhaft erscheinen lassen.

Mit der vorliegenden Stellungnahme möchte der Ethikrat die grundsätzliche Problematik einer Kontaktbeschränkung für Bewohnerinnen und Patienten betonen und Einrichtungen und Träger ermutigen, alles daranzusetzen, diesbezüglich verhältnismäßige und der Situation angemessene Lösungen zu finden, die sowohl dem Infektionsgeschehen als auch den fundamentalen Bedürfnissen der ihnen anvertrauten Menschen gerecht werden. Der Ethikrat ist sich der Tatsache bewusst, dass viele Einrichtungen und Träger seit Monaten unter erheblichen Schwierigkeiten daran arbeiten, beiden

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen werden diese Personengruppen im Folgenden unter dem Begriff »Bewohnerinnen und Patienten« zusammengefasst. Aus dem gleichen Grund wird in der Folge verschiedentlich nur die männliche Form verwendet.

Aspekten gerecht zu werden und hierbei bereits sehr gute und kreative Lösungen entwickelt haben. Gleichwohl hält es der Ethikrat für sinnvoll, ergänzend auf einer übergeordneten Ebene Rechtfertigungsmodelle zu entwickeln, die dem Bemühen um individuelle Lösungen zum einen rechtlich und ethisch reflektierten Handlungsrahmen vermitteln, zum anderen aber auch zur weiteren Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten ermutigen können. In diesem Sinne möchte der Ethikrat der nachfolgenden Stellungnahme zwei konkrete Beispiele aus der Praxis voranstellen, in denen jeweils in Einzelfallentscheidungen eine Abwägung zwischen einerseits dem Infektionsschutz für Angehörige und Mitarbeitende und andererseits dem Wohl der Bewohnerin bzw. des Patienten getroffen wurde. Der Ethikrat sieht die in beiden Beispielen umgesetzten Maßnahmen als angemessen an und zielt in der vorliegenden Stellungnahme darauf ab, die zugrundeliegenden Entscheidungsprinzipien zu analysieren und zu handlungsleitenden Empfehlungen für den Umgang mit Kontaktbeschränkungen in den Einrichtungen zusammenzuführen.

Fallbeispiel 1:

Eine Bewohnerin, 81 Jahre alt, wird in einer Altenpflegeeinrichtung betreut. Sie ist nicht mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert. Besuche sind in der Altenhilfeeinrichtung aufgrund der allgemeinen Anordnung der Behörden nur in eng begrenztem Zeitraum und für einzelne, maximal zwei Besucher erlaubt. Der Zustand der Bewohnerin verschlechtert sich stetig und das Lebensende ist absehbar. Einen Krankenhausaufenthalt lehnt sie ab. Die Bewohnerin und ihre Angehörigen wünschen eine möglichst dauerhafte Begleitung im Sterben.

Das Zimmer der Bewohnerin wird zum Einzelzimmer umgestaltet. Kindern und Enkeln wird der Besuch seitens der Einrichtung erlaubt unter der Maßgabe, dass sie alle zwei Tage einen Antigen-Schnelltest gegen SARS-CoV-2 durchführen lassen. Die Einrichtung bietet an, den Test gegebenenfalls in der Einrichtung vor Betreten der Räume durchzuführen. Eine Tochter darf bei der Patientin im Zimmer übernachten unter der Auflage, dass sie im Zimmer verbleibt und nur die im Zimmer der Patientin befindlichen Sanitäreinrichtungen (Waschbecken, Toilette) benutzt. Andere Räume der Wohngruppe bzw. der Einrichtung darf die Tochter nicht betreten. Alle Besucher der Bewohnerin müssen außerhalb des Zimmers der Bewohnerin Mund-Nasen-Masken (FFP2) tragen und bei Betreten und Verlassen der Einrichtung die öffentlichen Räume zügig verlassen. Alle Beteiligten halten

sich an diese Regelung. Die Bewohnerin verstirbt nach wenigen Tagen im Beisein ihrer Tochter und eines Enkels.

Fallbeispiel 2:

Ein Patient, 58 Jahre alt, leidet an Bauchfellkrebs bei einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung. In beiden Lungen des Patienten werden im Röntgenbild Verschattungen diagnostiziert, die von der Ausbreitung des Tumors herrühren können. Gleichwohl kann jedoch als andere Ursache für den radiologischen Befund eine Lungenentzündung mit SARS-CoV-2 nicht ausgeschlossen werden. Abstriche aus dem Nasen-Rachen-Raum auf SARS-CoV-2 sind negativ, jedoch ist nach klinischer Einschätzung damit der Verdacht einer COVID-19-Infektion nicht ausgeräumt. Eine Spiegelung des Bronchialsystems (Bronchoskopie), um Sekret aus tiefen Lungenabschnitten für die Diagnostik zu gewinnen, ist bei rapider Verschlechterung des Zustands des Patienten für diesen nicht zumutbar.

Alle Mitarbeiter tragen daraufhin vollständige Schutzkleidung beim Betreten des Patientenzimmers. Die Ehefrau des Patienten wird über den Zustand des Patienten und über die Möglichkeit einer SARS-CoV-2-Infektion informiert. Ihr werden die Risiken eines Besuchs sowie die Schutzmaßnahmen erläutert. Ihr Besuch wird erlaubt unter der Maßgabe, dass sie Schutzkleidung anlegt, sich im Zimmer aufhält, keine anderen Zimmer der Einrichtung betritt und sich einverstanden erklärt, dass die Pflegekräfte die Einhaltung der Schutzmaßnahmen kontrollieren.

Im Sinne einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für das Lebensende wird dem Patienten und seiner Ehefrau von den Ärzten erläutert, dass eine invasive Beatmung für den Patienten nur sehr geringe Chancen auf eine nachhaltige Erholung eröffnet. Die Prognose für eine solche Beatmung ist daher als sehr schlecht einzuschätzen. Im Einvernehmen mit dem Patienten und seiner Ehefrau wird die Begrenzung möglicher Maßnahmen vereinbart und dokumentiert. Insbesondere wird festgelegt, dass keine Verlegung auf eine Intensivstation und keine invasive Beatmung erfolgen soll.

Die Seelsorger der Klinik werden informiert und um eine Begleitung des Patienten gebeten. Sie haben bereits zusammen mit der Einrichtung ein infektiologisches Schutzkonzept erarbeitet, das auch in diesem Fall angewendet wird. Dem Patienten wird ein Tablet-Computer der Station zur Verfügung gestellt, mit dem er mit seiner Ehefrau auch außerhalb der Besuche Kontakt halten kann.

Beide Fallbeispiele werfen zahlreiche Fragen auf, die kontrovers beantwortet werden können. Der Ethikrat nimmt sich in der vorliegenden Stellungnahme solcher Fragen und ihrer Einordnung und Bewertung an. Dazu werden zunächst einige infektiologische und medizinische Grundlagen zum SARS-CoV-2-Virus dargestellt (Kapitel 2). Es folgen Ausführungen zur geltenden Rechtslage in Bezug auf die Verhängung von Kontaktbeschränkungen (Kapitel 3), eine Einordnung von Kontaktbeschränkungen aus der Perspektive der Ethik (Kapitel 4) sowie eine Grundlegung des christlichen Auftrags für Pflege und Fürsorge aus der Perspektive der Theologie (Kapitel 5). Auf dieser Grundlage formuliert der Ethikrat Empfehlungen im Hinblick auf Kontaktbeschränkungen in Gesundheitseinrichtungen (Kapitel 6).

2 Infektiologische und medizinische Grundlagen

Die Kontagiosität (Ansteckungsfähigkeit) des Coronavirus SARS-CoV-2 (**severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2**) macht aus medizinischer Sicht eine möglichst weitgehende Kontaktbeschränkung aus prophylaktischen Gründen oder, wenn bereits eine Infektion bei dem Betroffenen eingetreten ist, aus infektiologischen Gründen zum Schutz anderer Personen in der Umgebung des Betroffenen erforderlich. Das SARS-CoV-2-Virus wird insbesondere durch Tröpfcheninfektion und zudem durch Aerosole übertragen und besiedelt die Atemwege, wo es sich zunächst vor allem im Rachenraum vermehren kann. Möglicherweise können die Viren auch durch Schmierinfektionen übertragen werden und nachfolgend in den Nasen-Rachenraum gelangen. Als wichtiger Rezeptor für das Eindringen des Virus in die Wirtszellen des Körpers dient das Enzym ACE-2 (angiotensin converting enzyme 2), das sich vor allem auf den Zellen der Atemwege, Gefäße, Nieren, des Darms und des Herzmuskels befindet. Die Kontagiosität nimmt bei leichter bis moderater Erkrankung 10 Tage nach Symptombeginn deutlich ab, bei schweren Erkrankungen können Patienten allerdings auch noch wesentlich länger als 10 Tage nach Symptombeginn ansteckend sein.²

In den meisten Fällen (ca. 80 % der Infizierten) verlaufen Infektionen mit SARS-CoV-2 klinisch moderat, mit unspezifischen Zeichen einer Erkältungskrankheit wie Halsschmerzen, Schnupfen, Frösteln, trockenem Husten, Kopf- und Gliederschmerzen und zeitweiser Abgeschlagenheit. Charakteristisch ist häufig ein zeitweiser Verlust des Geruchs- und/oder Ge-

² Vgl. Robert Koch-Institut, online abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html [zuletzt abgerufen am 15.01.2021].

schmackssinnes, auch können sich Symptome auf den Magen-Darm-Trakt beziehen und als Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und Durchfall in Erscheinung treten. Eine Besiedlung mit dem Virus kann aber auch völlig symptomlos verlaufen, so dass Betroffene keinerlei Anzeichen und Kenntnis hiervon haben und sich uneingeschränkt am öffentlichen Leben beteiligen. Asymptomatische Personen oder Personen in einer präsymptomatischen Infektionsphase können je nach Umständen als sogenannte »spreader« oder, wenn sie viele infektiöse Viren beim Atmen ausstoßen, als »superspreader« wirken und zahlreiche andere Menschen anstecken.

In ca. 14 % der Fälle können die durch das Coronavirus hervorgerufenen Krankheitsbilder, die zusammengefasst als COVID-19 bezeichnet werden, allerdings gravierend sein. Im Vordergrund stehen insbesondere schwere Lungenentzündungen mit Atemnot, die eine nicht-invasive Beatmung (mit Maske) oder invasive Beatmung (mit einem in die Luftröhre eingeführten Beatmungsschlauch [sogenannter intratrachealer Tubus]) erforderlich machen können. In ca. 5 % der Fälle entwickeln sich lebensbedrohliche Krankheitsverläufe mit akutem Lungenversagen (ARDS, acute respiratory distress syndrome), Multiorganversagen und septischem Schock, die eine entsprechende intensivmedizinische Behandlung, gegebenenfalls einschließlich invasiver Beatmung und Lungen- und Nierenersatzverfahren (ECMO, Hämodialyse)³, notwendig machen. Schwere Verläufe und das Versagen verschiedener Organsysteme stehen u. a. mit einer inadäquaten überschießenden Aktivierung des Immunsystems und/oder des Gerinnungssystems mit stark erhöhter Gerinnbarkeit des Blutes im Körper und hierdurch bedingter »Verstopfung« kleiner Blutgefäße in den Organen und Körpergeweben im Zusammenhang.

Auch wenn die molekularen Hintergründe für diese unterschiedlichen Reaktionsweisen des menschlichen Organismus auf SARS-CoV-2 gegenwärtig nicht klar sind, lässt sich doch eine Häufung schwerer klinischer Verläufe mit einem erhöhten Lebensalter sowie mit bestehenden systemischen Vorerkrankungen korrelieren. Auf dieser Grundlage lassen sich prognostisch Risikogruppen benennen, die insbesondere Menschen mit einem Lebensalter über 65 Jahren, Menschen mit Tumorerkrankungen, chroni-

³ ECMO: engl. Abkürzung für »extrakorporale Membranoxygenierung«, d. h. das Blut wird bei Lungenversagen außerhalb des Körpers mit Sauerstoff beladen und in den Körper zurückgeführt; Hämodialyse: das Blut wird bei Nierenversagen außerhalb des Körpers von ausscheidungspflichtigen Stoffwechselprodukten gereinigt und in den Körper zurückgeführt.

schen Atemwegserkrankungen oder Vorerkrankungen von Organen wie Herz, Lunge und Niere, Personen mit Bluthochdruck oder Stoffwechselerkrankungen wie z. B. einem länger bestehenden Diabetes mellitus oder Personen mit eingeschränktem Immunsystem umfassen. Kinder scheinen nur selten klinisch manifest zu erkranken, können jedoch das Virus übertragen. Schwere klinische Verläufe können jedoch auch bei Personen ohne bekannte Vorerkrankung und auch bei jüngeren Patienten auftreten.

Die Inkubationszeit (die Zeit zwischen Infektion und Auftreten der Symptome) beträgt nach gegenwärtigen Erkenntnissen im Mittel 5 bis 6 Tage (0 bis 14 Tage).⁴ Die Letalität (Sterblichkeit) im Zusammenhang mit einer SARS-CoV-2-Infektion wird in Deutschland gegenwärtig mit 1,5 % aller nachweislich mit SARS-CoV-2 infizierten Personen angegeben.⁵ Es ist zu erwarten, dass die Angaben zu Inkubationszeit und Letalität mit zunehmender klinischer Erfahrung angepasst werden müssen.

3 Der rechtliche Ordnungsrahmen

Vor dem Hintergrund der geschilderten Gefährlichkeit des Virus und des dynamischen Infektionsgeschehens liegt es nicht fern, die Einrichtungen und ihre Bewohnerinnen oder Patienten durch Kontaktbeschränkungen vor einer Ansteckung zu schützen. Allerdings sind insoweit stets die (verfassungs-)rechtlichen Vorgaben zu beachten. Die nachfolgende Skizze des rechtsnormativen Ordnungsrahmens bestimmt zunächst das verfassungsrechtliche Fundament, auf dem sich die Rechtsbeziehungen zwischen Einrichtungsbewohnern, Besuchern, Einrichtungsträgern und -leitungen sowie dem Staat entfalten. Dabei stehen die grundrechtlichen Gewährleistungen, auf die sich die Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber Kontaktbeschränkungen berufen können, im Mittelpunkt (nachfolgend 3.1). Hieran schließen Bemerkungen zur Wirkung der Grundrechte im Verhältnis der Bewohner zu den Einrichtungen einerseits und zum Staat andererseits an (3.2). Es werden sodann wichtige Vorschriften des einfachen Rechts in den Blick genommen (3.3).

3.1 Kontaktermöglichung und Kontaktrealisierung als grundrechtliche Themen

Die Entscheidung für den Aufenthalt in einer Einrichtung bedeutet in aller

⁴ Vgl. Robert Koch-Institut, online abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html [zuletzt abgerufen am 15.01.2021].

⁵ Ebd.

Regel eine existentielle Veränderung der lebensweltlichen Situation des Betroffenen. Mit dem Verlust der eigenen Wohnung geht nicht nur ein realer Raum der Selbstentfaltung verloren, sondern auch ein augenfälliges Symbol von Selbstbestimmung und Selbstdarstellung.⁶ Umso wichtiger ist es, dass der grundrechtliche Status der Bewohnerinnen und Bewohner ernst genommen wird, damit das Heim nicht zu einer jener »Einöden der Einsamkeit« wird, von denen Norbert Elias gesprochen hat.⁷

Schutz vor einer derartigen Entwicklung sollen verschiedene Grundrechtsgewährleistungen bieten. Zu nennen sind etwa:

- das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gem. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, das auch die psychische Gesundheit umfasst;
- das allgemeine Persönlichkeitsrecht gem. Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG;
- das Recht auf Freizügigkeit gem. Art. 11 Abs. 1 GG;
- der Schutz von Ehe und Familie gem. Art. 6 Abs. 1 GG;
- die Religionsfreiheit nach Art. 4 Abs. 1, 2 GG.⁸

Eine wichtige Rolle spielt aber auch das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung gem. Art. 13 Abs. 1 GG. Dieses zielt u. a. auf die Sicherung eines Ermöglichungsraumes persönlich-kommunikativen Erlebens unter Einbezug von Außenkontakten.⁹ Für spezifische Konstellationen erweist sich schließlich auch die verfassungsrechtliche Garantie der Unantastbarkeit der Menschenwürde gem. Art. 1 GG als zentrale Richtlinie. Sie schützt – ohne jede Abwägungsmöglichkeit, d. h. absolut – den Kernbereich menschlicher Persönlichkeit vor Eingriffen des Staates und Privater. Eine Menschenwürdeverletzung ist etwa in Konstellationen anzu-

⁶ Zur Wohnung als dem räumlichen Bereich individueller Persönlichkeitsentfaltung siehe BVerfGE 32, 54 (70). – Zum Vorstehenden, aber auch zu nachfolgenden Überlegungen, siehe Wolfram Höfling, Hausrecht in Heimen, Rechtsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, o.O. 2004, 6ff., 26ff., abrufbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/79122/18092d8239fd2eb9e7427fbea63f13dc/hausrecht-in-heimen-data.pdf> [zuletzt abgerufen am 15.01.2021].

⁷ Norbert Elias, Altern und Sterben: Einige soziologische Probleme, in: Gesammelte Schriften, Bd. 6, Berlin 2002, 69 (75).

⁸ Siehe dazu Friedhelm Hufen, Zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen aus Anlass der COVID-19-Pandemie. Rechtsgutachten im Auftrag der BAGSO-Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation e. V., November 2020, S. 11 ff. mit weiteren Nachweisen, abrufbar unter: https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2020/Rechtsgutachten_Besuchseinschraenkungen_in_Pflegeheimen.pdf [zuletzt abgerufen am 15.01.2021].

⁹ Näher dazu Höfling, Hausrecht in Heimen, a. a. O., 35 ff.

nehmen, in denen der Wunsch eines/einer Sterbenden nach Besuch durch eine nahestehende Person nicht erfüllt wird. Das elementare Bedürfnis von schwerstkranken Sterbenden nach Nähe und Berührung, etwa durch die nächsten Angehörigen, verlangt von Grundrechts wegen nach Beachtung.¹⁰ Oder anders formuliert: Die Menschenwürde der je Betroffenen verlangt in existentiellen Situationen nach »endlichkeitssensiblen« Regeln und Praktiken.¹¹ Auch diesseits einer menschenwürderelevanten Kontaktbeschränkung müssen Grundrechtseingriffe diesen Anforderungen Rechnung tragen.

3.2 Abwehr- und Schutzwirkung der Grundrechte

Unmittelbare Wirkung entfalten die Grundrechte als Eingriffsabwehrrechte grundsätzlich nur gegenüber dem Staat. Wenn also ein Land oder auch eine kommunale Gebietskörperschaft infektionsschutzrechtliche Beschränkungen der Kontaktfreiheit von Einrichtungsbewohnern erlässt, so bedürfen diese einer Rechtfertigung nach Maßgabe des jeweils betroffenen Grundrechts und des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes. Allerdings beschränkt sich die Grundrechtswirkung nicht auf diese Abwehrfunktion. Die Grundrechte besitzen daneben auch eine schutzrechtliche Dimension. Diese verpflichtet den Staat, sich schützend vor die grundrechtlichen Schutzgüter eines betroffenen Grundrechtsträgers zu stellen, wenn diese durch andere Grundrechtsträger bedroht sind.¹² So entfaltet sich die Wirkung der Grundrechte auch in privat-rechtlichen Rechtsverhältnissen, etwa zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern auf der einen und Heimträgern auf der anderen Seite. Auch die Einrichtungen müssen die Kontaktfreiheit ihrer Bewohner achten, worüber der Staat etwa in Gestalt der Heimaufsichtsbehörden zu wachen hat.

Im Blick auf Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft ist dabei in diesem Zusammenhang noch ein spezifischer Aspekt hervorzuheben: Die Grundrechtssubjektivität solcher Institutionen ist religionsverfassungsrechtlich geprägt. Ihr besonderer Auftrag der Caritas sollte deshalb zugleich auch

¹⁰ Vgl. auch Peter Dabrock, Für ein Recht auf Besuch und Berührung, in: Der Spiegel: »Selbstbestimmung ohne das Menschenrecht auf Berührung und Besuch durch zumindest einen geliebten Menschen im privatesten Bereich ist keine echte Selbstbestimmung eines leiblich verfassten Selbst«, online abrufbar unter: <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/corona-heimbewohner-sollten-ein-recht-auf-besuch-haben-a-d59495fa-16b7-475f-8eeb-0f4b06faf6f3> [zuletzt abgerufen am 18.12.2020].

¹¹ Siehe dazu grundsätzlich Stephan Rixen, Gestaltung des demografischen Wandels als Verwaltungsaufgabe, in: Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer (VVDStRL) 74 (2015), 293 (336), abrufbar unter: <https://doi.org/10.1515/9783110419122-009> [zuletzt abgerufen am 18.12.2020].

¹² Vgl. hier nur für den vorliegenden Zusammenhang Fn. 8, Hufen, Rechtsgutachten, 16 f.

als besondere Verpflichtung zur Achtung der grundrechtlichen Positionen der ihnen Anvertrauten verstanden werden. Insoweit könnte man sogar von einer Konvergenz der Grundrechte der Bewohnerinnen und Bewohner und derjenigen der Einrichtungsträger sprechen.

3.3 Einfachrechtliche Regelungen

Auf die vorstehend skizzierten grundrechtlichen Vorgaben hat das einfache Recht reagiert. Das ursprünglich bundeseinheitlich geregelte Heimrecht ist heute in Landesgesetzen normiert, die – unter verschiedenen Bezeichnungen – der grundsätzlichen Zweckbestimmung verpflichtet sind, Menschenwürde, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren.¹³ Zum Teil enthalten die Gesetze allgemeine Regelungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,¹⁴ zum Teil aber auch explizite Vorschriften zur Ermöglichung von Besuch: So darf nach § 15 Abs. 1 Nr. 5 des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe eine Einrichtung nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung »Besuche bei den Bewohnerinnen und Bewohnern unter Berücksichtigung des Schutzes der Privatsphäre ermöglichen«.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen zu Beginn der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 widmen sich auch die spezifischen infektionsschutzrechtlichen Normen zur Bekämpfung der Pandemie der Problematik von Kontaktbeschränkungen. In der Regel finden sich Besuchsregelungen in den jeweiligen Corona-Schutzverordnungen der Länder, zum Teil darüber hinaus auch in Allgemeinverfügungen. § 5 Abs. 1 der nordrhein-westfälischen Verordnung zum Schutze vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vom 07. Januar 2021¹⁵ bestimmt, dass Besuche in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, vollstationären Einrichtungen der Pflege und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie ähnlichen Einrichtungen auf der Basis eines einrichtungsbezogenen Besuchskonzepts zulässig sind, das die Empfehlungen und Richtlinien des Robert Koch-Instituts zum Hygiene- und Infektionsschutz umsetzt. Dabei ist »stets zu berücksichtigen, dass die jeweiligen Regelungen nicht zu ei-

¹³ Siehe etwa § 1 Abs. 1 und Abs. 4 Nr. 1 und 2 des Wohn- und Teilhabegesetzes NRW (WTG); § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2, § 5 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Saarländischen Wohn-, Betreuung- und Pflegequalitätsgesetzes; § 1 Abs. 1 Nrn. 1–6 des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe Rheinland-Pfalz (LWTG RP).

¹⁴ Siehe § 1 Abs. 4 Nr. 7 und § 5 WTG NRW; § 1 Abs. 2 Nr. 2, § 2 Abs. 5 und § 8 Abs. 1 LWTG RP.

¹⁵ Die Geltungsdauer der Corona-Schutzverordnung reicht gem. § 19 bis zum 31.01.2021.

ner vollständigen Isolation der Betroffenen führen dürfen. Auch Besuche zur seelsorgerischen Begleitung bleiben zulässig«. In der Allgemeinverfügung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 15. Januar 2021 werden unter Nr. 2 dann die Anforderungen an einrichtungsbezogene Besuchskonzepte konkretisiert. Danach muss das Besuchskonzept folgende Maßnahmen enthalten, »die umzusetzen sind:

- 2.1 Jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner kann täglich Besuch erhalten. Besuche müssen am Vormittag und am Nachmittag sowie an Wochenenden und Feiertagen möglich sein und dürfen keiner zeitlichen Begrenzung von unter einer Stunde je Besuch unterliegen. Nachmittags sollen Besuche zumindest in einem Zeitfenster von 16 bis 18 Uhr möglich sein.
- 2.2 Die Besuche sind auf je zwei Besuche pro Tag und Bewohnerin bzw. Bewohner durch maximal zwei Personen, im Außenbereich jeweils vier Personen pro Besuch zu beschränken.«

Sodann finden sich weitere Vorschriften zu den sogenannten AHA-Regeln (Abstand – Hygiene – Alltagsmaske). Unter 3. wird das Zugangsrecht weiterer Personen entsprechend geregelt; aufgezählt werden hier: Seelsorgerinnen und Seelsorger, Betreuerinnen und Betreuer, Dienstleistende zur medizinisch-pflegerischen Versorgung und zur weiteren Grundversorgung sowie Personen, die innerhalb der Einrichtung Teilhabeangebote durchführen.

In den Grundlinien vergleichbare Regelungen finden sich auch in § 9 der Verordnung zur Änderung infektionsschutzrechtlicher Verordnungen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie im Saarland, zuletzt geändert durch die Veränderungsverordnung vom 08. Januar 2021 (Geltungsdauer 24.01.2021), und in § 3 der rheinland-pfälzischen Landesverordnung über Aufnahmen, Besuchs- und Ausgangsrechte sowie Testungen in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach den § 4 und 5 des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung des Coronavirus, zuletzt geändert durch die Veränderungsverordnung vom 05. Januar 2021 (Geltungsdauer 10.02.2021).

Die einschlägigen einfachrechtlichen Vorschriften sind dabei stets im Lichte der Grundrechte insbesondere der Bewohnerinnen und Bewohner (neben der Menschenwürdegarantie u. a. das allgemeine Persönlichkeitsrecht, das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, das Ehe- und Fa-

miliengrundrecht, das Grundrecht auf räumliche Privatsphäre) auszulegen und anzuwenden.

4 Ethische Einordnung

4.1 Situationen der Entscheidung

Vor dem Hintergrund der medizinischen Grundlagen ist es offensichtlich, dass Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, insbesondere Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Altenhilfe, der Eingliederungshilfe sowie Krankenhäuser und stationäre Hospize, ihrem Auftrag gemäß Menschen betreuen und behandeln, die formal einer Risikogruppe in Bezug auf das Coronavirus angehören. Hierbei handelt es sich vor allem in Altenhilfeeinrichtungen um Menschen in einem fortgeschrittenen Lebensalter, bei denen oftmals zusätzlich alterstypische Erkrankungen verschiedener Organe oder Organsysteme bestehen. Bei solchen Bewohnerinnen oder Patienten sind nicht selten auch hirnrorganische Veränderungen festzustellen, die sich etwa in Form eines dementiellen Syndroms unterschiedlichen Ausmaßes manifestieren. In gerontopsychiatrischen Pflegeeinrichtungen werden Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen behandelt. Patienten in Krankenhäusern sind häufig jüngeren Alters, allerdings leiden sie an unterschiedlichen Erkrankungen, die ihren Aufenthalt im Krankenhaus notwendig machen. Überdies werden in Krankenhäusern Patienten aller Altersstufen mit COVID-19 behandelt. Diese unterschiedlichen Ausgangssituationen machen im Hinblick auf die Frage des Infektionsschutzes sowie des sozialen Umgangs mit diesen Personen differenzierte Antworten erforderlich.

Eine Unterscheidung der unterschiedlichen Bedarfe von Bewohnerinnen und Patienten sowie geeigneter Schutzmaßnahmen kann anhand verschiedener Kriterien vorgenommen werden. Diese nehmen medizinische, ethische und rechtliche Aspekte in den Blick und erlauben eine grundlegende Einordnung von Maßnahmen, Pflichten und Rechten der Bewohnerinnen bzw. Patienten, ihrer Angehörigen sowie der behandelnden Ärzte und Pflegenden. Eine solche Einordnung kann sich an folgenden Kriterien orientieren:

1. Eine wesentliche Unterscheidung bezieht sich zunächst auf die Frage, ob eine Person mit dem Coronavirus infiziert ist und andere vor einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr geschützt werden

müssen oder ob sie selbst nicht infiziert ist und selbst vor einer Infektion geschützt werden muss.

2. Zu unterscheiden sind ferner die unterschiedlichen Akteure mit ihren jeweiligen Rollen, Rechten und Pflichten, nämlich Bewohnerinnen und Patienten, deren Angehörige und andere nahestehende Personen sowie Mitarbeitende in den Einrichtungen einschließlich Ärzten, Pflegenden, Seelsorgern, Ehrenamtlichen und Servicemitarbeitern.
3. Eine weitere Unterscheidung bezieht sich auf die Frage, ob die jeweiligen Akteure selbstbestimmt Entscheidungen treffen können und situativ einsichtsfähig sind oder ob ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung eingeschränkt ist und sie situativ bestehende Notwendigkeiten nicht hinreichend verstehen können.
4. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, welches Risikoprofil den jeweiligen Akteuren zukommt, z. B. ob sie zu einer medizinischen Risikogruppe gehören oder zu einer Personengruppe, die wegen gehäuft asymptomatisch verlaufender Infektion das Infektionsrisiko für andere Personen erhöht.

Auf der Grundlage dieser Kriterien lassen sich unterschiedliche Situationen abgrenzen und in medizinischer, ethischer und rechtlicher Hinsicht bewerten.

4.2 Ethische Entscheidungskriterien

Eine in der biomedizinischen Ethik weit verbreitete Matrix für die Prüfung einer medizinischen Entscheidungssituation umfasst die vier prima facie gültigen Prinzipien des Nicht-Schadens, der Fürsorge, der Selbstbestimmung und der Gerechtigkeit, die von den US-amerikanischen Bioethikern Tom Beauchamp und James F. Childress als ein System entwickelt wurden.¹⁶ Ethisch relevante Fragen einer behördlich oder seitens der Einrichtung verordneten Kontaktbeschränkung von Bewohnerinnen und Patienten in Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern oder anderen Gesundheitseinrichtungen lassen sich vor dem Hintergrund der oben genannten Kriterien darstellen und anhand dieser vier Prinzipien untersuchen.

¹⁶ Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, 8th ed., Oxford 2019.

4.2.1 Nicht-Schaden

Eine verordnete Beschränkung des Kontakts zu anderen Menschen stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte einer Person dar, der einer substantiellen Begründung bedarf. Dies trifft insbesondere auf Menschen zu, deren Bewegungsradius durch Alter oder Krankheit eingeschränkt ist und die Kontakte zur Außenwelt nicht oder nur eingeschränkt selbstständig herstellen, entwickeln bzw. pflegen können. Diese Personen leben oftmals in einer besonderen sozialen Abhängigkeit, indem sie auf die Besuchs- und Kontaktbereitschaft der Menschen in ihrem bestehenden und fixierten sozialen Umfeld, etwa ihrer Angehöriger, angewiesen sind. Zudem müssen sie sich häufig Regeln in den Einrichtungen, etwa für Besuchszeiten oder hinsichtlich der Anzahl von Besuchern, unterwerfen. In dieser Situation, die bereits als solche eine diesbezügliche Vulnerabilität entstehen lässt, befinden sich oftmals Bewohnerinnen und Patienten in Altenhilfe- oder Pflegeeinrichtungen oder im Krankenhaus.

Soziale Kontaktbeschränkungen über einen längeren Zeitraum können bei Menschen, insbesondere im fortgeschrittenen Lebensalter oder wenn sie nicht mehr in der Lage sind, die zu Grunde liegende Situation zu verstehen und richtig einzuordnen, u. U. zu einer ausgeprägten Deprivation mit körperlichen und psychischen Folgen wie sinkendem Lebensmut, Apathie, der Entwicklung einer Depression, Appetitlosigkeit und einer Abnahme kognitiver Fähigkeiten führen. Solche Symptome eines Hospitalismus sind Ausdruck eines persönlichen Trauer- und Leidenszustands, der zu einer physischen Dekonditionierung und einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit, zudem aber auch zur Entwicklung von psychischen Problemen wie dauerhaften Kontaktstörungen und Bindungsdefiziten führen kann, die ihrerseits den Lebenswillen beeinträchtigen können.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit eine Kontaktsperre oder Kontakteinschränkung im Zusammenhang mit einer SARS-CoV-2-Infektion bei Bewohnerinnen und Patienten auf der Grundlage des Prinzips des Nicht-Schadens zu rechtfertigen ist. Zweifelsohne besteht die Aufgabe einer Altenhilfe- oder Pflegeeinrichtung sowie eines Krankenhauses, eines Hospizes oder einer Einrichtung der Tagespflege oder Eingliederungshilfe u. a. darin, das leibliche Leben und die Gesundheit der Bewohnerinnen bzw. Patienten zu schützen, auch und insbesondere vor einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus. Allerdings erscheint es problematisch, Maßnahmen zu ergreifen, die die zu schützenden Güter der Gesundheit und des

Lebens selbst der Gefahr einer nachhaltigen Schädigung aussetzen. Eine der Prophylaxe dienende Kontaktsperre wäre als Nebenwirkung mit der Gefahr einer erheblichen Schädigung des Betroffenen verbunden, was als entsprechende Handlungsanweisung kaum allgemeingültig zu rechtfertigen ist. Vor diesem Hintergrund lassen sich zwei Fälle unterscheiden:

Sofern der Betroffene selbst mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert ist, ist es gerechtfertigt, andere Menschen in seinem Umfeld, die zwar selbst nicht zum näheren Bezugskreis des Betroffenen, jedoch schicksalhaft zur Gemeinschaft in der Einrichtung gehören, vor einer Weitergabe des Virus und einer Infektion zu schützen. Insofern ist es zu rechtfertigen und geboten, den Betroffenen im Sinne des etablierten und akzeptierten Instruments einer Isolierung von einer Kontaktnahme mit den nichtinfizierten Mitbewohnerinnen bzw. Mitpatienten abzuhalten. Als nicht zu rechtfertigen erscheint es indes, Angehörigen oder Zugehörigen den Zugang zu dem Betroffenen kategorisch zu verwehren, wenn diese freiwillig und informiert das Risiko einer Infektion auf sich nehmen, um z. B. psychischen und seelischen Schaden von dem Betroffenen abzuwenden. Allerdings ist es zum Wohle aller Beteiligten zu rechtfertigen, solche Angehörige oder Zugehörige bestimmten Regeln und Auflagen zu unterwerfen, die dem Ziel einer Minimierung von Risiken dienen. So ist es unabdingbar, sie über die Möglichkeit einer Infektion bei einem Besuch aufzuklären, sie mit entsprechenden Schutzmaterialien auszustatten und vertraut zu machen und auf das Tragen der Schutzkleidung, auf die Einhaltung definierter Zugangs- und Ausgangswege in der Einrichtung und ein Verbot des Kontakts zu anderen Bewohnerinnen oder Patienten zu verpflichten. Überdies sollte eine Kontrolle der Befolgung dieser Maßnahmen durch Mitarbeitende der Einrichtung vereinbart bzw. dokumentiert werden.

Sofern eine Bewohnerin oder ein Patient nicht mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert ist, könnte eine Kontaktbeschränkung dem Ziel dienen, ihn vor einer Infektion durch Angehörige oder zugehörige Besucher zu schützen. In der ersten Infektionswelle mit SARS-CoV-2 in Deutschland im März 2020 bestanden erhebliche Unsicherheiten über Infektionswege, Kontagiosität, klinische Verläufe und geeignete Schutzmaßnahmen vor Infektionen mit diesem Virus. Daher war es ein verständliches Motiv, die Weiterverbreitung des SARS-CoV-2-Virus gerade in Risikogruppen durch eine Isolierung auch gesunder Bewohnerinnen und Patienten zu begrenzen. Diese Situation hat sich unterdessen – nicht zuletzt durch die Verfügbarkeit von SARS-CoV-2 Schnelltests, die vor einem Besuch durchgeführt werden können – erheblich

verändert. Eine kategorische Kontaktbeschränkung nichtinfizierter Bewohnerinnen und Patienten ist, sofern die oben aufgeführten Schutzmaßnahmen zur Verfügung stehen und eingehalten werden, daher nicht zu rechtfertigen.

Vor besondere Herausforderungen gestellt werden die Verantwortlichen, wenn sie – etwa in gerontopsychiatrischen Einrichtungen – die Bewegungsfreiheit eines nichtinfizierten, in seinen mentalen Fähigkeiten und seiner Einsichtsfähigkeit eingeschränkten Patienten begrenzen möchten, um ihn vor einer Infektion zu schützen. Ein Zimmereinschluss als ein denkbare Mittel kann einerseits zu psychischen oder auch physischen Schäden führen. Andererseits besteht die Pflicht, den Betroffenen vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren – und ebenso die Pflegenden vor einer neuen Infektionsquelle. Das Prinzip des Nichtschadens verlangt insoweit sorgfältige Abwägungen, in die alle realisierbaren Handlungsoptionen einzubeziehen sind.

4.2.2 Fürsorge

Das Prinzip der Fürsorge orientiert sich am Wohl der Bewohnerin bzw. des Patienten. Es ist vor allem darauf gerichtet, seine Würde und – als praktischer Ausdruck der Würde – seine Selbstbestimmung zu ermöglichen.¹⁷ Fürsorgliches Handeln muss daher abwägen, welche Maßnahmen dem Wohle der Bewohnerin und des Patienten entsprechen.

In erster Linie betrifft dies die tägliche Zuwendung und Aufmerksamkeit der Mitarbeitenden in einer Einrichtung gegenüber den ihnen Anvertrauten. Es kam nicht von ungefähr, dass europaweit Menschen den Pflegerinnen und Pflegern, Ärztinnen und Ärzten und den Angehörigen anderer beteiligter Gesundheitsberufe in der ersten Welle der Coronavirus-Infektion applaudierten, die unter schwierigsten Bedingungen versuchten, einen menschlichen und die Würde wahren Umgang mit Patienten sicherzustellen – auch wenn diese Wahrnehmung sich bisher nicht in spürbaren Verbesserungen ihrer allgemeinen beruflichen Situationen niedergeschlagen hat. Eine wichtige medizinische, psychologische und menschliche Aufgabe der Pflegenden und Ärzte besteht daher darin, reduzierte oder ausbleibende Besuche bei Bewohnerinnen und Patienten durch eine verstärkte Zuwendung zu kompensieren.

¹⁷ Siehe auch Deutscher Ethikrat, Stellungnahme »Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus«, Berlin 2016, 38f., abrufbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> [zuletzt abgerufen am 15.01.2021].

Fürsorge bezieht sich insbesondere auch auf das Angebot der Seelsorge. Es ist von großer Bedeutung, dass Bewohnerinnen und Patienten ihre vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie bestehenden Ängste und Sorgen auch vor einem religiösen Hintergrund besprechen und einordnen können. Hierfür müssen einerseits ein jederzeit aktivierbarer Organisationsrahmen geschaffen, andererseits jedoch auch geeignete Antworten in der Theologie¹⁸ entwickelt werden, die einer Interpretation und Sinnstiftung in der gegenwärtigen Situation dienen. Für eine Einrichtung stellt es in der Zeit der SARS-CoV-2-Infektion ein wichtiges Angebot dar, wenn Seelsorger – unter der Voraussetzung geeigneter infektiologischer Schutzvorkehrungen – verstärkt auf die Bewohnerinnen und Patienten zugehen.

Einer Vereinsamung von Bewohnerinnen und Patienten kann zudem durch die Organisation von ehrenamtlichen Besuchsdiensten begegnet werden. Möglichen infektiologischen Bedenken könnte eine persönliche Betreuung einer Bewohnerin oder eines Patienten durch einen nur für diese Bewohnerin oder diesen Patienten designierten Besucher entgegenwirken, der zudem unentgeltlich von der Einrichtung auf SARS-CoV-2 getestet werden kann.

Die Trägerorganisationen von Gesundheitseinrichtungen tragen Verantwortung für die in den Einrichtungen betreuten Bewohnerinnen und Patienten und zugleich für die Mitarbeitenden. Neben organisatorischen Maßnahmen wie die Beschaffung notwendiger Schutzmaterialien betrifft eine fürsorgliche Verantwortung etwa die Sicherstellung und gegebenenfalls Erweiterung von Personalstellenplänen. Die Tatsache, dass sich beide Zielsetzungen aufgrund der gegenwärtigen Situation auf dem Arbeitsmarkt als schwierig erweisen, kann keine Entschuldigung für ein Einstellen entsprechender Bemühungen sein. Spätestens für die Zeit nach der Spitze der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland zeichnet sich eine Welle der Erschöpfung insbesondere beim Pflegepersonal ab, der bereits jetzt vorbereitend Rechnung getragen werden muss. Überdies sind Pflegekräfte und Ärzte täglich mit Entscheidungen und Fragen konfrontiert, die das Angebot einer Seelsorge und/oder psychologischen Unterstützung für sie nahelegen.

Für Bewohnerinnen und Patienten und deren Angehörige ist es, wie ausgeführt, von entscheidender Bedeutung, weiterhin gegenseitigen Kontakt

¹⁸ Vgl. dazu etwa Walter Kasper, George Augustin (Hg.), Christ sein und die Corona-Krise. Das Leben bezeugen in einer sterblichen Welt, Ostfildern 2020.

halten zu können. Diesbezüglich stehen die Träger in der Verantwortung, räumliche Möglichkeiten zu schaffen, die den infektiologischen Notwendigkeiten Genüge tun und eine weitgehend ungefährdete Begegnung zulassen.

Eine besondere Beachtung im Hinblick auf die Fürsorge erfordert der Sterbebeistand bei Menschen sowohl mit als auch ohne Infektion mit dem Coronavirus. Die Vorstellung, dass Menschen einsam, wenngleich sorgfältig medizinisch begleitet sterben, widerspricht den religiösen, anthropologischen, sozialen und psychologischen Fundamenten unserer Gesellschaft. Daher müssen Angehörige und Zugehörige die Möglichkeit erhalten, den Betroffenen in seinem Sterben zu begleiten. Seelsorger sollten bereitstehen, wenn gewünscht Beistand zu leisten. Träger müssen in allen erforderlichen Belangen dafür sorgen, dass eine Begleitung und Verabschiedung unter angemessenen Umständen stattfinden kann. Alle diese Möglichkeiten erfordern, dass geeignete Schutzmaßnahmen vorhanden sind, beachtet werden und ihre Einhaltung von Mitarbeitenden der Einrichtung kontrolliert werden darf.

4.2.3 Selbstbestimmung

Selbstbestimmung kann unter den Bedingungen der SARS-CoV-2-Pandemie Einschränkungen erfahren, wie dies staatlich verordnete Einschränkungen des öffentlichen Lebens, Kontaktbeschränkungen in Form eines »Lock-downs« oder die sogenannte »Maskenpflicht« vorsehen. Solche Einschränkungen dienen nicht zuletzt dem Schutz jedes Einzelnen, setzen allerdings auch eine hohe Verantwortung jedes Einzelnen für die Mitmenschen und die Gesellschaft voraus.

Einschränkungen der Selbstbestimmung müssen anhand der Fragen gerechtfertigt werden, ob sie geeignet, erforderlich und angemessen sind. Dies gilt auch für den Fall, dass die Einschränkungen dem Schutz einwilligungsfähiger Personen dienen sollen. Unter den Umständen der Coronavirus-Pandemie sollten Einrichtungen darauf bedacht sein, für ihre Bewohnerinnen und Patienten das größtmögliche Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Im Fall einer nachgewiesenen Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus ist eine Isolierung oder Absonderung des Betroffenen infektiologisch geboten und ethisch zu rechtfertigen. Die Isolierung ist eine etablierte und akzeptierte Maßnahme der öffentlichen Gesundheitsvorsorge, die dem indivi-

duellen Betroffenen zwar das zusätzliche Leid des Ausschlusses aus dem öffentlichen Leben beschert, jedoch in Abwägung zu möglichen Folgen einer Weiterverbreitung der Infektion in der Bevölkerung und den hiermit verbundenen gesundheitlichen Einschränkungen und gegebenenfalls Todesfällen bei anderen Menschen notwendig und gut begründet und letztlich im sozialen und ethischen Interesse des Betroffenen selbst ist. Eine Isolierung kann mit einer erzwungenen Einschränkung der Selbstbestimmung des Betroffenen einhergehen, sofern dieser die Notwendigkeit der Maßnahme nicht akzeptiert. In jedem Fall darf eine Isolierung allerdings nicht Vereinsamung bedeuten. Solcherart isolierten Bewohnerinnen oder Patienten müssen im Rahmen der Möglichkeiten Kontakte nicht nur zu medizinischem Personal, sondern auch zu ihren emotionalen Bezugspersonen verbleiben, sofern letztere bereit sind, das hiermit verbundene Risiko einzugehen und sich den erforderlichen Schutzmaßnahmen zu unterziehen.

Gleiches trifft für den Zustand der Quarantäne (franz.: *quarantaine de jours*, »vierzig Tage«) zu. Hiermit wird eine behördlich angeordnete befristete Isolierung von Personen bezeichnet, die im begründeten Verdacht stehen, an einer Infektionskrankheit erkrankt oder deren Überträger zu sein. Die Quarantäne ist eine präventive Maßnahme, die Personen betrifft, die keine Krankheitssymptome aufweisen. Insofern öffnet sich ein Abwägungsraum hinsichtlich der Fragen, mit welcher Begründung Quarantänemaßnahmen angeordnet werden, ob solche im Einzelfall berechtigt sind und inwieweit sie Kontaktbeschränkungen zu Angehörigen, die notwendige Schutzmaßnahmen beachten, rechtfertigen können. Diese Abwägungen sind im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Infektion für viele Bewohnerinnen und Patienten kaum in Form einer allgemeinen behördlichen Anordnung angemessen vorzunehmen, sondern erfordern gegebenenfalls eine zusätzliche ärztliche Beurteilung und Attestierung im Einzelfall. In jedem Fall muss die Selbstbestimmung des Betroffenen berücksichtigt und gegen die Eingriffstiefe der erforderlichen Maßnahmen und die verfügbaren diagnostischen und präventiven Maßnahmen wie Schnelltests und Schutzkleidung abgewogen werden.

Kontaktbeschränkungen gegenüber Nichtinfizierten in Gestalt eines Zimmereinschlusses mit dem Ziel, diesen vor einer Infektion zu bewahren, stellen eine schwerwiegende und grundsätzlich nicht zu rechtfertigende Beeinträchtigung der Selbstbestimmung dar, wenn der Betroffene einsehbar ist. Auch wenn letztere Voraussetzung nicht gegeben ist, können Kontaktbeschränkungen gleichwohl den natürlichen Willen der Bewoh-

nerin bzw. des Patienten beeinträchtigen, mit weiteren Folgewirkungen für ihre bzw. seine Gesundheit. Insoweit stellen sich schwierige Abwägungsfragen zwischen der Ermöglichung der Selbstbestimmung des Betroffenen und dem Aspekt des Nicht-Schadens (vgl. Kapitel 4.2.1), die eine Einzelfallentscheidung erfordern.

Ein spezifisches Instrument der antizipierten Selbstbestimmung stellt die Patientenverfügung dar. Mit dem Auftreten des SARS-CoV-2-Virus ergibt sich die Situation, dass möglicherweise die Patientenverfügungen zahlreicher Bewohnerinnen und Patienten die besonderen Umstände, die eine Infektion mit diesem neuen Virus mit sich bringt, nicht berücksichtigen. Dadurch könnten Verfügungen erstellt worden sein, die entweder die eintretende klinische Situation bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 nicht abbilden und daher nicht anwendbar sind oder eine Bestimmung für die Nichtbehandlung einer im Prinzip behandelbaren Infektionserkrankung treffen, die nicht im aktuellen Interesse des Betroffenen ist. Um die Selbstbestimmung über Aufenthaltsort und Behandlungsentscheidung von Bewohnerinnen und Bewohnern angesichts einer möglichen SARS-CoV-2-Infektion wahren zu können, gilt es, in den Einrichtungen frühzeitig und gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. den Betreuerinnen und Betreuern die vorhandenen Vorausverfügungsunterlagen zu prüfen und gegebenenfalls um eine Anlage zum Umgang bei einer Covid-19-Infektion zu ergänzen.¹⁹

4.2.4 Gerechtigkeit

Kontaktbeschränkungen können auch unter dem Aspekt der Gerechtigkeit betrachtet werden. Das Prinzip der Gerechtigkeit nimmt eine überindividuelle Perspektive ein und versucht, einen möglichst gerechten Umgang mit Betroffenen der SARS-CoV-2-Pandemie zu begründen. Dabei kann sich Gerechtigkeit zum einen auf die unterschiedliche Situation zwischen Beteiligten, etwa zwischen infizierten und nicht-infizierten Menschen oder Menschen unterschiedlicher Risikogruppen beziehen. Zum anderen kann sie sich aber auch auf den gleichen Umgang mit Menschen in gleicher Situation beziehen, etwa Menschen, die mit Sars-CoV-2 infiziert sind oder solchen, die nicht infiziert sind, aber zur gleichen Risikogruppe zählen. So erscheint

¹⁹ Siehe auch die Stellungnahme des Ethikrats katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier, »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen«, 2017, abrufbar unter: https://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/ALTE_ORDNER/PDF_Theo/Ethikrat/Stellungnahmen_und_Empfehlungen/Stellungnahmen_%C3%B6ffentlich/Ethikrat_Stellungnahme_ACP_2017_final.pdf [zuletzt abgerufen am 15.01.2021].

im ersten Fall eine möglichst weitgehende ausgleichende Gerechtigkeit geboten, die bei bestehender medizinischer Notwendigkeit für eine Einschränkung der Kontakt- oder Bewegungsfreiheit die betroffenen Bewohnerinnen und Patienten nicht ihrem Schicksal überlässt. Stattdessen ist sie im Sinne der Solidarität mit ihnen darauf gerichtet, ihr individuelles Wohl zu berücksichtigen und ihre aktuelle Lebenssituation so weit wie möglich derjenigen nicht-infizierter Menschen anzugleichen. Dies kann etwa durch die Erarbeitung und Implementierung angemessener Besuchskonzepte oder alternativer Möglichkeiten zwischenmenschlicher Kontakte erreicht werden. Im zweiten Falle ist es unter dem Aspekt der Gerechtigkeit schwierig zu begründen, wenn in einer Einrichtung strenge Kontaktbeschränkungen errichtet werden, während in einer anderen Einrichtung unter gleichen Umständen differenzierte Maßnahmen eingeführt werden, die Kontakte in eingeschränktem Ausmaß ermöglichen. Der überindividuelle Aspekt der Gerechtigkeit kann daher als Aufforderung an unterschiedliche Einrichtungen, aber auch unterschiedliche Träger verstanden werden, sich im Hinblick auf das Ausmaß und die Umstände von Kontaktbeschränkungen und anderen Fragen im Interesse der sich ihnen anvertrauenden Bewohnerinnen und Patienten untereinander abzustimmen und möglichst gleiche Maßnahmen einzuführen.

5 Theologische Einordnung

Das Bewusstsein von der Würde jedes Menschen stellt den Grund für seinen Schutz und die Hilfe in schwierigen Situationen dar. Ein der Würde des Menschen entsprechendes Handeln vermittelt überdies das Bewusstsein von der eigenen Würde. Beides, die Würde des anderen und die eigene Würde, können durch Handeln verfehlt werden. Diese reziproke Beziehung findet sich im theologischen Kontext auf einer anderen Ebene, zwischen Gott und dem Menschen. Sie spiegelt sich in der von Gott verliehenen Gottesebenbildlichkeit des Menschen sowie dem hiermit in Verbindung stehenden Gebot der Nächstenliebe. In vielen Leitbildern katholischer Träger der Alten- und Krankenpflege steht an oberster Stelle, dass die Einrichtung sich am Gebot der Nächstenliebe ausrichtet. Dieses Gebot wird anschaulich in der Art und Weise, wie Gott sich in seinem Sohn Jesus Christus den Menschen – gerade auch den alten, kranken und behinderten Menschen – zuwendet. In der Menschwerdung seines Sohnes ist dieses unbedingte Ja Gottes zu uns Menschen leibhaftig geworden. Im Evangelium vom Endgericht (Mt 25,31–46) identifiziert sich Jesus so sehr mit den Hungrigen,

den Fremden, den Nackten, den Kranken und den Gefangenen, dass er sagen kann: »Amen, ich sage euch: Was ihr für einen meiner geringsten Brüder [und Schwestern] getan habt, das habt ihr mir getan« (Vers 40). Die Dringlichkeit, sich die notleidende Schwester und den notleidenden Bruder zur Nächsten und zum Nächsten zu machen, schildert anschaulich das Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Lk 10,25–37). Priester und Levit, die vom Tempeldienst auf dem Weg nach Hause sind, gehen an dem unter die Räuber Gefallenen vorbei. Dass ausgerechnet zwei Diener des Kultes im Tempel im Unterschied zu dem fremden Samariter achtlos vorübergehen, ist für die Botschaft dieses Gleichnisses kein Zufall. Jesus möchte damit wohl deutlich machen: Es gibt keinen wirklichen Gottesdienst, der nicht zugleich auch Nächstendienst ist und sich im Nächstendienst auswirkt. Im Markusevangelium heißt es im Zusammenhang mit dem Doppelgebot der Gottes- und Nächstenliebe: »... und den Nächsten lieben wie sich selbst, ist weit mehr als alle Brandopfer und anderen Opfer« (Mk 12,28–34, 33). Damit bezieht der Evangelist Markus sich auf die prophetische Kultkritik etwa beim Propheten Hosea: »Denn an Liebe habe ich Gefallen, nicht an Schlachtopfern, an Gotteserkenntnis mehr als an Brandopfern« (Hos 6,6). Die Leitbilder zahlreicher katholischer Träger und Einrichtungen beziehen sich ausdrücklich auf das Gebot der Nächstenliebe.

Aus diesen grundsätzlichen Aussagen zur fundamentalen Bedeutung der Nächstenliebe lassen sich allerdings nicht unmittelbar konkrete Folgerungen für die Art und Weise ableiten, wie in Zeiten der Pandemie in Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege mit Bewohnerinnen und Patienten umzugehen ist. Welche Zugänge für Seelsorgerinnen und Seelsorger, für Angehörige und Freunde zu ihnen zu eröffnen sind, damit gerade jene Alten und Kranken in Einsamkeit und oft auch in großer persönlicher Not nicht der Nähe und des Beistandes derer entbehren müssen, die ihnen selber lieb und teuer sind, muss nach den jeweiligen Gegebenheiten der Einrichtungen entschieden werden. Dazu bedarf es eines Abwägungsprozesses anhand von Kriterien, wie zuvor bereits entfaltet. Zur Liebe im Sinne der Nächstenliebe gehört freilich unabdingbar, dass wir der Not der Kranken und Alten nicht nur durch sachgerechte Pflege und Behandlung gerecht werden, sondern dass wir ihnen ebenso menschliche Zuwendung nicht vorenthalten dürfen. Gerade in Zeiten des Alters und der Krankheit sind die Helferinnen und Helfer, sorgende Angehörige und Freunde oft die größte Hilfe. Wir leben ebenso von bedeutungsvollen zwischenmenschlichen Beziehungen wie von sachgerechter medizinischer Hilfe und Pflege, so wie auch diese Zeichen

der Liebe sind, denn Ärztinnen, Ärzte und Pflegende, die in dieser Zeit in Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege – häufig bis zur Erschöpfung – arbeiten, gehen ihrerseits dabei auch ein persönliches Risiko ein, sich mit dem SARS-CoV-2-Virus zu infizieren. Das Virus hat gewiss Barrieren für die unbefangene Begegnung mit Menschen in unseren Einrichtungen errichtet. Doch christlicher Glaube möchte die Hoffnung nähren, dass Liebe Barrieren überwinden kann.

6 Zusammenfassung und Empfehlungen

6.1 Zusammenfassung

Die Pandemie mit dem SARS-CoV-2-Virus führt in Deutschland aus infektiologischen und prophylaktischen Gründen zu einschneidenden Maßnahmen im öffentlichen und privaten Leben. Eine der am meisten kontrovers diskutierten behördlichen Anordnungen betrifft die Kontaktbeschränkungen von Bewohnerinnen und Bewohnern in Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen, Patienten in Krankenhäusern, Gästen in stationären Hospizen und Menschen, die in Einrichtungen der Tagespflege und der Eingliederungshilfe betreut werden.²⁰

Eine Schwierigkeit für den Umgang mit der SARS-CoV-2-Infektion besteht in ihrer verhältnismäßig langen Inkubationszeit von bis zu 14 Tagen sowie dem Umstand, dass zahlreiche infizierte Menschen symptomlos bleiben, von ihrer Infektion keine Kenntnis haben, daher am öffentlichen Leben teilnehmen und das Virus durch Tröpfcheninfektion und Aerosole verbreiten. Die durch eine Infektion mit SARS-CoV-2 ausgelöste Erkrankung, COVID-19, kann hingegen gravierende Symptome verursachen, die rasch zu lebensgefährlichen klinischen Situationen führen und eine längerdauernde intensivmedizinische Therapie notwendig machen können. Hinsichtlich der Entwicklung von COVID-19-Erkrankungen lassen sich Risikogruppen abgrenzen, die insbesondere Menschen mit einem Lebensalter über 65 Jahren, Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen oder Vorerkrankungen von Organen wie Herz, Lunge und Niere, Personen mit Bluthochdruck oder Stoffwechselerkrankungen oder Personen mit eingeschränktem Immunsystem umfassen. Schwere klinische Verläufe können jedoch auch bei Personen ohne bekannte Vorerkrankung und auch bei jüngeren Patienten auftreten.

²⁰ Vgl. Fn. 1: Der besseren Lesbarkeit wegen werden diese Personengruppen im Folgenden unter dem Begriff »Bewohnerinnen und Patienten« zusammengefasst.

Der rechtliche Ordnungsrahmen behördlicher Maßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Infektion und insbesondere der Anordnung von Kontaktbeschränkungen wird zunächst durch das verfassungsrechtliche Fundament bestimmt, auf dem sich die Rechtsbeziehungen zwischen Einrichtungsbewohnern, Besuchern, Einrichtungsträgern und -leitungen sowie dem Staat entfalten. Hierzu gehören insbesondere das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gem. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, das auch die psychische Gesundheit umfasst; das allgemeine Persönlichkeitsrecht gem. Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG; das Recht auf Freizügigkeit gem. Art. 11 Abs. 1 GG; der Schutz von Ehe und Familie gem. Art. 6 Abs. 1 GG; und das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung gem. Art. 13 Abs. 1 GG. Die Grundrechtswirkung beschränkt sich nicht auf eine Abwehrfunktion, sondern besitzt daneben auch eine schutzrechtliche Dimension, indem sie den Staat verpflichtet, sich schützend vor die grundrechtlichen Schutzgüter eines betroffenen Grundrechtsträgers zu stellen, wenn diese durch andere Grundrechtsträger bedroht sind. Dies betrifft unmittelbar auch die Einrichtungen des Gesundheitswesens, die auf die Kontaktfreiheit ihrer Bewohnerinnen und Patienten achten müssen, worüber der Staat etwa in Gestalt der Heimaufsichtsbehörden zu wachen hat. In den Corona-Schutzverordnungen der Länder als einfaches Recht, zum Teil darüber hinaus auch in Allgemeinverfügungen, finden sich Besuchsregelungen, die u. a. festschreiben, dass die jeweiligen Regelungen nicht zu einer vollständigen Isolation der Betroffenen führen dürfen und Besuche zur seelsorgerischen Begleitung zulässig bleiben.

Eine ethische Einordnung muss unterschiedliche Situationen und Kriterien berücksichtigen, so etwa, ob eine Person mit dem Coronavirus infiziert ist oder nicht, welche Personen betroffen sind, ob die Betroffenen selbstbestimmt Entscheidungen treffen können oder ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung eingeschränkt ist und ob die jeweiligen Betroffenen zu einer medizinischen Risikogruppe gehören. Als Kriterien für eine ethische Beurteilung können die vier Prinzipien des Nicht-Schadens, der Fürsorge, der Selbstbestimmung und der Gerechtigkeit herangezogen werden. Danach kann zwar eine Isolierung eines nachgewiesenen Infizierten gerechtfertigt sein, jedoch ist es ethisch nicht vertretbar, An- oder Zugehörigen den Zugang zu dem Betroffenen kategorisch zu verwehren, wenn diese freiwillig und informiert das Risiko einer Infektion auf sich nehmen, um Schaden von dem Betroffenen abzuwenden. Allerdings müssen sie für ihre eigene selbstbestimmte Entscheidung über die Möglichkeit einer Infektion bei

einem Besuch aufgeklärt, mit entsprechenden Schutzmaßnahmen ausgestattet und vertraut gemacht und auf das Tragen der Schutzkleidung, die Einhaltung definierter Zugangs- und Ausgangswege in der Einrichtung und ein Verbot des Kontakts zu anderen Bewohnerinnen oder Patienten verpflichtet werden. Für Betroffene wie auch Mitarbeitende sollte ein jederzeit aktivierbares seelsorgliches Angebot bestehen. Risikoarme Kontaktmöglichkeiten erfordern überdies geeignete Räumlichkeiten. Insbesondere muss ein kontinuierlicher Sterbebeistand ermöglicht werden.

Ein wesentliches Motiv für katholische Träger speist sich aus dem Gebot der Nächstenliebe, auf das sich die Leitbilder vieler Träger berufen. Es reflektiert den Gedanken von einer besonderen Würde des Menschen, die sich im Umgang mit den Mitmenschen realisiert. Zur Nächstenliebe gehören unabdingbar menschliche Zuwendung und zwischenmenschliche Beziehungen, die auch unter den Bedingungen der SARS-CoV-2-Pandemie neben der sachgerechten medizinischen Hilfe allen Betroffenen zuteilwerden müssen.

6.2 Empfehlungen

Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen möchte der Ethikrat mit den nachfolgenden Empfehlungen die Einrichtungen und Träger ermutigen, ihre Entscheidungen aus einer Position zu treffen, die grundsätzlich zwischenmenschliche Kontakte in der SARS-CoV-2-Pandemie ermöglicht. Der Ethikrat ist sich der Tatsache bewusst, dass viele der nachfolgend aufgeführten Empfehlungen in Einrichtungen bereits umgesetzt sind. Er möchte die Gesamtheit dieser Empfehlungen als ein Rahmenkonzept für einen angemessenen Umgang mit Kontaktbeschränkungen bzw. Kontaktmöglichkeiten verstanden wissen.

6.2.1 Sensibilität im Umgang mit Kontaktbeschränkungen

1. Kontakte mit An- und Zugehörigen bzw. soziale Kontakte überhaupt sind wesentliche Voraussetzungen für viele Menschen und insbesondere für Bewohner, Patienten, Hospizgäste und betreute Menschen in ihren jeweils spezifischen Lebenssituationen. Wenn Menschen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und anderen Einrichtungen²¹ vorübergehend oder langfristig leben, kommt die Bedeu-

²¹ Dies betrifft alle in Fußnote 1 zusammengefassten Personengruppen: Bewohnerinnen und Bewohnern in Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen, Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Gäste in stationären Hospizen und Personen in Einrichtungen der Tagespflege und der Eingliederungshilfe.

tung von Kontakten zwischen Menschen und damit der Aspekt der Mitmenschlichkeit und Nähe besonders zum Tragen.

Kontaktbeschränkungen greifen daher tief in das Leben dieser Menschen ein und können nur mit überwiegenden Gegengründen rechtfertigt werden.

2. Grundsätzliche Entscheidungen zu Kontaktbeschränkungen (z. B. einschränkende Besuchskonzepte) in einer Einrichtung sollten nach Beratung durch das für die Einrichtung zuständige Gremium für die ethische Beratung getroffen werden.
3. Alle Entscheidungen über Kontaktbeschränkungen sollten umfassend und unverzüglich allen Beteiligten mitgeteilt werden.
4. Die Trägerorganisationen sollten für alle mit Kontaktbeschränkungen verbundenen Anfragen eine gut erreichbare Anlaufstelle einrichten. Für diese Aufgaben bieten sich z. B. die Bereiche der Seelsorge oder des Sozialdienstes an.
5. Eine Überprüfung der grundsätzlichen Kontaktbeschränkung sollte laufend erfolgen und die Maßnahmen gegebenenfalls den aktuellen Erfordernissen angepasst werden. Die fortlaufenden Überprüfungen schließen auch die Verringerung von Maßnahmen bei zunehmender Immunisierung der Bewohnerinnen und Patienten in der Einrichtung ein.
6. In der gegenwärtigen SARS-CoV-2-Pandemie und insbesondere unter den Bedingungen einer Kontaktbeschränkung müssen Pflegende und Ärzte eine besondere Sensibilität und Hellhörigkeit im Hinblick auf versteckte verbale und nonverbale Signale von betroffenen Bewohnerinnen und Patienten entfalten. Die je besondere Situation der Bewohnerinnen und Patienten im Hinblick auf eine Kontaktbeschränkung sollte in regelmäßigen Besprechungen eruiert und allen Beteiligten kommuniziert werden.

6.2.2 Erstellung eines Besuchskonzepts in Einrichtungen

Menschsein vollzieht sich in Gemeinschaft. Der Ethikrat empfiehlt daher, Maßnahmen in Form von Besuchskonzepten vorzusehen, um Besuche in den Einrichtungen zum Wohl der Bewohnerinnen und Patienten bei gleichzeitiger Rücksichtnahme auf den Gesundheitsschutz für Mitarbeitende und Bewohnerinnen wie Patienten zu ermöglichen.

1. In den auf grundsätzliche Kontaktermöglichung ausgerichteten Besuchskonzepten sollten allgemeine Regelungen so gefasst sein, dass sie begründete Ausnahmeentscheidungen zulassen.
2. Bei Besuchskontakten sollte An- und Zugehörigen von Bewohnerinnen und Patienten in der Regel eine besondere Rolle zukommen.
3. Dort, wo An- und Zugehörige nicht erwünscht oder nicht erreichbar sind, sollten von den Einrichtungen Möglichkeiten von Besuchen durch Ehrenamtliche, etwa ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen oder ehrenamtliche Mitarbeitende einer Pfarrgemeinde, ermöglicht und aktiv angeboten werden.
4. Besuche von Seelsorgerinnen und Seelsorgern sollten ermöglicht werden.
5. Für die Realisierung von Besuchen ist jede Einrichtung gefordert, unter Berücksichtigung der jeweiligen Gegebenheiten (z. B. Raumsituation, finanzielle, technische Ausstattung etc.) Begegnungsmöglichkeiten zu schaffen, die der aktuellen infektiologischen Situation entsprechen und einem angemessenen Schutz der Beteiligten dienen.
6. Die Träger sind gefordert, die Einrichtungen bei der Ermöglichung von Besuchen intensiv zu unterstützen. Dies sollte z. B. durch das Bereitstellen einer ausreichenden Anzahl von Schnelltests und von FFP2-Masken, aber auch durch die Organisation ehrenamtlicher Mitarbeit und Hilfe bei der Durchführung von Tests, der schriftlichen Erfassung der Besucherdaten, dem Führen von Besuchs-Kalendern, der Besetzung von Pforten für Hilfestellungen für Besucher etc. geschehen.

6.2.3 Kontaktmöglichkeiten und Freiheitseinschränkungen in besonderen Situationen

1. Im Falle einer COVID-19-Infektion einer Bewohnerin oder eines Patienten sollte ein Besuch des Betroffenen ermöglicht werden, sofern der Besucher nach Aufklärung über das Infektionsrisiko in den Besuch einwilligt und sich zudem bereit erklärt, die Schutzmaßnahmen des Besuchskonzepts zu befolgen.
2. Sterbende Menschen, aber auch ihre Angehörigen, sind besonders auf gegenseitige Nähe und Kontakt angewiesen. Dies betrifft so-

wohl die körperliche Pflege bei dem Sterbenden als auch seine soziale, psychische und seelsorgliche Begleitung. In den Einrichtungen sollte alles dafür getan werden, um sterbenden Menschen Begleitung durch ihre Angehörigen oder ihnen vertraute Menschen und gegenseitigen Abschied zu ermöglichen. Auch wenn bei Sterbenden eine COVID-19-Infektion vorliegt, besteht eine besondere Dringlichkeit für Besuche von An- und Zugehörigen, von Ehrenamtlichen etwa der Hospizbewegung und von Seelsorgerinnen und Seelsorgern. Solche Besuche sollten unter Beachtung der Schutzmaßnahmen und des Hygienekonzepts immer ermöglicht werden.

3. In einigen Einrichtungstypen, etwa in gerontopsychiatrischen Einrichtungen, kann sich die Frage stellen, ob Patienten, die wegen einer mentalen Einschränkung die Notwendigkeit einer Kontaktbeschränkung zu ihren Mitpatienten und Betreuungspersonen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie nicht verstehen können, durch Einschluss in ihre Zimmer von einer Kontaktnahme abgehalten werden sollten.

Ist die betreffende Person selbst infiziert, ist der Zimmereinschluss für die Zeit der Infektiosität nach einer strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung vertretbar, wobei die negativen Folgen der Isolation möglichst gering zu halten sind.

Ist der betreffende Patient selbst nicht infiziert, sind vorrangig andere Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Kontakte zu prüfen, z. B. die Abschirmung infizierter Personen. Wenn dies nicht zu realisieren sein sollte, erscheint als letztes Mittel ein kurzzeitiger Zimmereinschluss vertretbar. Insofern bedarf es aber kompensatorischer Maßnahmen, um negative Folgen für die Gesundheit des Betroffenen weitestgehend zu vermeiden (z. B. begleiteter Ausgang, Besuche auf dem Zimmer).

In jedem Fall sollten diejenigen Maßnahmen angewendet werden, die notwendig sind und gleichzeitig die geringste Eingriffstiefe haben. Die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen muss fortlaufend überprüft werden.

Gegebenenfalls sollte bei einem Zimmereinschluss eine Entscheidung des Betreuungsgerichts eingeholt werden.

6.2.4 Vorausverfügungen

Angesichts der Ausbreitung der Pandemie und der zu erwartenden hohen Zahl von Fällen mit lebensbedrohlichen Komplikationen sollte für Bewohnerinnen und Patienten vorausschauend das Maß einer möglichen medizinischen Behandlung einer SARS-CoV-2-Infektion gegebenenfalls unter Berücksichtigung einer vorliegenden Patientenverfügung besprochen und geplant werden.²² Der Wille der Betroffenen sollte – gegebenenfalls unter Hinzuziehung ihrer legitimierten Vertreter – vor allem im Hinblick auf die Durchführung einer mechanischen Beatmung eruiert werden.

6.2.5 Politische Einflussnahme

Die SARS-CoV-2-Pandemie und ihre Auswirkungen in Deutschland haben der Öffentlichkeit vor Augen geführt, welchen wichtigen Stellenwert das Gesundheitswesen und namentlich eine qualifizierte Pflege besitzt. Die Trägerorganisationen sollten diese Erkenntnis zum Anlass nehmen, nachdrücklich und gegebenenfalls im Verbund mit weiteren Trägerschaften auf politischer Ebene auf eine Verbesserung der Situation der Pflege in Deutschland (u. a. eine Ausweitung der Stellenpläne, Ermöglichung von Fortbildungen) und eine angemessene Bezahlung der Pflegenden hinzuwirken.

²² Vgl. dazu Fn. 18.

Appendix

Information über den Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier (EKT)

Träger des Ethikrates sind die Marienhaus Unternehmensgruppe, die BBT Gruppe, die Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts), die cusanus trägergesellschaft trier mbH (ctt), die Franziskanerbrüder vom Hl. Kreuz (Hausen/Wied) sowie die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Karl Borromäus (Trier). Der Ethikrat bearbeitet konkrete ethische Fragen von übergeordneter Bedeutung, die sich in den Einrichtungen der genannten Trägergesellschaften ergeben. Er bearbeitet auch Themen, die im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs besonders erörtert werden und wesentliche Bedeutung für die Arbeit der Träger erlangen können.

Die Mitglieder des Ethikrates

Prof. Dr. Johannes Brantl

Theologische Fakultät Trier; Lehrstuhl für Moraltheologie

Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann (Vorsitzender)

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin

Prof. Dr. Wolfram Höfling

Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität Köln; Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht

Prof. Dr. Helen Kohlen

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Care Policy und Ethik in der Pflege

Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag SAC
Professor em. für Moralthologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Prof. Dr. Johannes Reiter (†)
Professor em. für Moralthologie der Katholisch-Theologischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. Stephan Sahm
Ketteler Krankenhaus, Offenbach; Chefarzt Medizinische Klinik I

Prof. P. Dr. Josef Schuster SJ
Professor em. für Moralthologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main

Dr. Verena Wetzstein
Studienleiterin an der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg

Ständiges beratendes Mitglied

Weihbischof Prälat Franz Josef Gebert
Vorsitzender des Caritasverbandes für die Diözese Trier e.V.

Koordinator

Prof. Dr. Ingo Proft
Moralthologe und Bioethiker, Leiter des Ethik-Instituts an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Kontakt

Ethik-Institut an der PTHV
Geschäftsstelle des Ethikrates katholischer Träger von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603

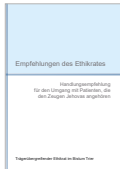
Telefax: +49 (0)261 6402-300

E-Mail: ethikrat@pthv.de

Stellungnahmen des Ethikrates

Die Stellungnahmen des Ethikrates sind im Ethik-Institut an der PTHV verfügbar.
Die digitalen Versionen finden Sie unter:

www.pthv.de/forschung/institute/ethik-institut/ethikrat/stellungnahmen-des-ethikrats/



Handlungsempfehlung für den Umgang mit Patienten, die den Zeugen Jehovas angehören

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage
ISSN 2194 -1386



Assistierter Suizid

Erscheinungsjahr: 2016
3. Auflage



Postkoitale Antikonzeption (»Pille danach«)

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage



Plastisch-ästhetische Chirurgie

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage



Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen

Erscheinungsjahr: 2017



Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Erscheinungsjahr: 2018
ISBN 978-3-00-059782-4



Organspende

Erscheinungsjahr: 2019
ISBN 978-3-00-059782-4



Suizidhilfe

Erscheinungsjahr: 2020
ISBN 978-3-00-067345-0

ISBN 978-3-00-067777-9