

Persönliche PDF-Datei für Heudorf U, Stalla K.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

**Kontakteinschränkende
Maßnahmen in Pflegeein-
richtungen im Rahmen der
COVID-19 Pandemie und ihre
Auswirkungen auf die
Bewohner – ein Plädoyer**

Das Gesundheitswesen

2025

10.1055/a-2476-9220

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Das Gesundheitswesen* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0941-3790

Kontakteinschränkende Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der COVID-19 Pandemie und ihre Auswirkungen auf die Bewohner – ein Plädoyer

Contact-restricting measures in care facilities in the context of the COVID-19 pandemic and their impact on residents – a plea

Autorinnen/Autoren

Ursel Heudorf^{1,2}, Kristin Stalla³

Institute

- 1 Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universität Giessen, Germany
- 2 ehem. Stellv. Amtsleiterin, Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Germany
- 3 Leitung zentrales Hygienemanagement/Ethikbeauftragte, Vivantes Forum für Senioren GmbH, Berlin, Germany

Schlüsselwörter

COVID-19 Pandemie, Altenpflegeeinrichtungen, Kontakteinschränkungen, unerwünschte Wirkungen, Einsamkeit, Menschenwürde

Keywords

COVID-19 pandemic, geriatric care facilities, contact restrictions, adverse effects, loneliness, human dignity

eingereicht 05.07.2024

akzeptiert nach Revision 18.11.2024

Artikel online veröffentlicht 2025

Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-2476-9220

ISSN 0941-3790

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Ursel Heudorf

Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universität Giessen
Schubertstrasse 81
35392 Giessen

Germany

mail@ursel.heudorf.org

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund In der COVID-19 Pandemie hatten Bewohner* von Altenpflegeeinrichtungen ein besonders hohes Risiko, an diesem Virus sehr schwer zu erkranken und auch daran zu ver-

sterben. Deswegen wurden strenge Schutzmaßnahmen bis hin zu Besuchsverboten ergriffen. Sehr bald zeigten sich jedoch die negativen Auswirkungen dieser kontakteinschränkenden Maßnahmen auf die psychische und physische Gesundheit, die Lebensqualität das Selbstbestimmungsrecht und letztendlich die Würde der Bewohner und es wurde die Frage aufgeworfen, ob die Isolierung (Confinement disease) nicht gesundheitsschädlicher sei als die Erkrankung selbst.

Methoden Es wurden Stellungnahmen zu Infektionsschutzmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen, Studien mit Stimmen von Betroffenen (Bewohnern, Angehörigen, Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen) und Interviews mit Bewohnern von Pflegeeinrichtungen sowie Reviews zu unerwünschten Wirkungen der Schutzmaßnahmen recherchiert. Die Suche umfasste sowohl sog. „graue Literatur“ als auch Publikationen aus PubMed.

Ergebnisse Die Bewohner litten stark unter der Isolation und darunter, dass über sie entschieden wurde, ohne sie zu fragen. Sie beklagten den Verlust ihrer Autonomie und fühlten sich in ihrer Würde verletzt. Die Reviews zeigten bei den Bewohnern generell häufiger Einsamkeit, Angst, Traurigkeit und Depressivität, teilweise auch einen körperlichen Abbau.

Schlussfolgerung In Zukunft muss darauf geachtet werden, eine unter rechtlichen und gesundheitlichen Aspekten gute Balance zwischen Infektionsschutz und Schutz der psychischen und physischen Gesundheit, des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Bewohner, der Achtung der Autonomie, des Rechts auf Selbstbestimmung und der Würde der Bewohner zu erreichen. Hierzu bedarf es einer breiten gesellschaftlichen Diskussion, in der nicht nur Fachleute aus den Bereichen der Infektiologie sondern auch aus den Bereichen der Geriatrie, der Pflege, der öffentlichen Gesundheit, der Ethik und des Rechts sondern insbesondere auch die Betroffenen selbst oder ihre Vertreter, ihre Angehörigen gehört und ihre Argumente berücksichtigt werden.

ABSTRACT

Background During the COVID-19 pandemic, residents of care homes for the elderly were at a particularly high risk of contracting the virus and dying from it. Strict protective mea-

* Wegen der besseren Lesbarkeit wird in dem Beitrag nur die männliche Form verwendet; es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

asures were therefore taken, including bans on visits. However, the negative effects of these contact-restricting measures on the mental and physical health, quality of life, right to self-determination and ultimately the dignity of the residents soon became apparent and the question was raised as to whether isolation (confinement disease) was even more harmful to health than the disease itself.

Methods Statements on infection control measures in care facilities, studies with the views of those affected (residents, relatives, employees in care facilities) and interviews with residents of care facilities as well as reviews on adverse effects of the protective measures were researched. The search included both so-called “gray literature” and publications from PubMed.

Results The residents suffered greatly from isolation and from the fact that decisions were made about them without consulting them. They complained about the loss of their autonomy

and felt that their dignity was violated. The reviews showed that the residents generally experienced loneliness, anxiety, sadness and depression more frequently, and in some cases also physical deterioration.

Conclusion In future, care must be taken to achieve a good balance from a legal and health perspective between protection against infection and protection of the mental and physical health, well-being and quality of life of residents, respect for autonomy, the right to self-determination and the dignity of residents. This requires a broad social discussion in which not only experts from the fields of infectiology but also from the fields of geriatrics, nursing, public health, ethics and law, but in particular also those affected themselves or their representatives, their relatives, are heard and their arguments taken into account.

Hintergrund

Chronologie der Pandemiemaßnahmen 2020 bis 2022

Bereits kurz nach dem ersten Auftreten von Infektionen mit dem SARS-CoV-2 genannten Coronavirus, Ende 2019, war bekannt, dass das Virus auch von asymptomatisch Infizierten leicht über die Luft übertragen werden kann und dass insbesondere Alte und vorerkrankte Menschen ein hohes Risiko haben, an diesem Virus sehr schwer zu erkranken und auch daran zu versterben. In der ersten Welle im Frühjahr 2020 war in vielen Ländern die überwiegende Mehrzahl der an oder mit SARS-CoV-2 Verstorbenen Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen, obwohl diese in den meisten Ländern nur weniger als 1 % der Bevölkerung ausmachten [1].

Vor diesem Hintergrund wurden in vielen Ländern, auch in Deutschland, strenge Schutzmaßnahmen für Altenpflegeeinrichtungen ergriffen. Innerhalb der Einrichtungen wurden Gemeinschaftsaktivitäten weitgehend eingeschränkt, statt gemeinsamer Mahlzeiten wurden die Essenszeiten entzerrt oder auch die Mahlzeiten auf dem Zimmer serviert. Gruppenaktivitäten, Physiotherapie etc. wurden abgesetzt [2–4].

Um Einträge des Virus möglichst auszuschließen, wurden strikte Besuchsverbote verhängt. Kontakte waren nur noch per Telefon, Video oder am Fenster resp. vom Balkon möglich. Ab Mai/Juni 2020 wurden die Beschränkungen etwas gelockert, sodass pro Bewohner Besuch für 1 Stunde pro Woche ermöglicht wurde – nur für Besucher, die einen aktuellen negativen Test hatten und unter Einhaltung strenger, den direkten Kontakt beschränkender Maßnahmen, d. h. Trennung durch Plexiglasscheiben o.ä. und Überwachung der Treffen. Lediglich für Bewohner im Sterbeprozess waren Ausnahmen erlaubt.

Die ersten Wochen in den Altenpflegeeinrichtungen waren gekennzeichnet durch einen erheblichen Mangel an Schutzausrüstung wie Masken, Kittel, teilweise auch Händedesinfektionsmittel. Es fehlte in den Einrichtungen an Konzepten und Kenntnissen, es gab einen hohen Bedarf an Schulungen für Mitarbeiter. Diese konnten teilweise erst nach einigen Wochen, Monaten behoben werden [5].

Nachdem ab Sommer 2020 mehr Tests (PCR- und Schnelltests) zur Verfügung standen und empfohlen wurden, wurden regelmä-

ßige Testpflichten für das Personal und umfangreiche Testungen der Bewohner bei Nachweis eines positiven Tests eines Mitbewohners/Mitarbeiters etabliert, teilweise auch regelmäßige Testungen der Bewohner. Die positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Bewohner wurden isoliert, ihre Kontaktpersonen getestet und teilweise quarantänisiert. Eine Aufhebung der Isolierung/Quarantänisierung erfolgte ausschließlich nach „Freitesting“. Dies konnte je nach zugrundegelegtem CT-Wert Wochen dauern.

Im Herbst 2020 wurden die Besuchseinschränkungen in den jeweiligen Landesverordnungen weiter zurückgenommen. Darüber hinaus wurde in einer Aktualisierung des Infektionsschutzgesetzes im Dezember 2020 in § 28 a der Satz aufgenommen: „Schutzmaßnahmen ... dürfen nicht zur vollständigen Isolation von einzelnen Personen oder Gruppen führen; ein Mindestmaß an sozialen Kontakten muss gewährleistet bleiben.“ [6]. Ebenfalls im Dezember 2020 erschien die Handreichung „Besuche sicher ermöglichen. Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der Corona-Pandemie“ [7].

Nachdem Ende Dezember 2020 die ersten Impfstoffe auf dem Markt waren, wurden – entsprechend der Impfpriorisierung der Ständigen Impfkommision (STIKO) – alte Menschen, Bewohner und Mitarbeiter in Altenpflegeeinrichtungen sowie pflegende Angehörige in erster Priorität geimpft. In der Folge nahmen die Infektionen, insbesondere aber auch die schweren Erkrankungen und die Todesfälle bei alten Menschen und Bewohnern von Altenpflegeheimen deutlich ab. Allerdings wurden viele Kontakteinschränkungen und Kontrollmaßnahmen weiterhin beibehalten. Und dies, obwohl bis 2022 die Sterblichkeit von Altenpflegeheimbewohnern von 20 % der Erkrankten in den Jahren 2020 und 2021 nach der Impfkampagne und dem Auftreten der weniger virulenten Omikron-Variante auf weniger als 2 % gesunken war [8].

Ein Cochrane Review zur Frage der Wirksamkeit nicht-pharmazeutischer Maßnahmen in Pflegeheimen zur Prävention von SARS-CoV-2 Infektionen in Altenpflegeeinrichtungen schloss bis 22. Januar 2021 insgesamt 11 Beobachtungs- und 11 Modellierungsstudien ein [9]. Demnach konnten Zugangsbeschränkungen wie grundlegender Aufnahmestopp, Quarantäne und Testung für neu

aufgenommene Bewohner, Besuchseinschränkungen sowie intensivierte Testung von Personal und Bewohner nach Ferien die Anzahl der Infektionen bei Bewohnern der Einrichtung reduzieren. Kontakt- und transmissionsreduzierende Maßnahmen wie Kohortierung von Bewohnern und Mitarbeitern, Masken und andere Schutzkleidung sowie die Kombination verschiedener Distanzierungsmaßnahmen verminderten das Risiko von Infektionen und Ausbrüchen. Maßnahmen zur Kontrolle von Ausbrüchen wie Trennung von Infizierten und nichtinfizierten Bewohnern und deren Pflegepersonal sowie Isolierung der Infizierten Bewohner zeigten positive Effekte. Allerdings war die Evidenz für die aufgeführten Effekte wegen geringer Anzahl und Qualität der Studien insgesamt niedrig und die Autoren betonten, dass sich die wahren Effekte von den berichteten deutlich unterscheiden können und dass mögliche unerwünschte Nebenwirkungen nicht berücksichtigt wurden [9].

Methode

Es wurden Stellungnahmen zu Infektionsschutz-Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen, Studien mit Stimmen von Betroffenen (Bewohnern, Angehörigen, Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen) und Interviews mit Bewohnern von Pflegeeinrichtungen sowie Reviews zu unerwünschten Wirkungen der Schutzmaßnahmen recherchiert. Die Suche umfasste sowohl sog. „graue Literatur“ als auch Publikationen aus PubMed.

Ergebnisse

Erste kritische Stellungnahmen 2020 zu den unerwünschten Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen

Bereits im April 2020 wies die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen BAGSO** darauf hin, dass die Einschränkungen für Bewohner von Altenpflegeheimen schwerste Grundrechtseingriffe darstellen (Artikel 2 Freiheitsrechte, Artikel 6 Schutz der Ehe und Familie und vor allem Artikel 1 Würde des Menschen) und sie betonte, dass die Maßnahmen, die das Leben der Bewohner schützen sollen, zugleich eine erhebliche Gesundheitsgefahr für viele Bewohner darstellen. „Sie bauen körperlich sehr schnell ab, weil ihre Angehörigen häufig Teil des Pflegesettings sind (sich z. B. um eine ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme kümmern) oder weil sie sich nicht mehr ausreichend bewegen. Und das erzwungene Alleinsein ist für viele Bewohnerinnen und Bewohner schwer erträglich bis hin zur klinischen Depression. Hier gilt es, die eine Gesundheitsgefahr sorgfältig gegen die andere Gesundheitsgefahr abzuwägen“ (BAGSO April 2020). Der Grundsatz der aktivierenden Pflege müsse auch in Zeiten von Corona gelten und alle freiheitseinschränkende Regelungen müssten befristet sein, um sicherzustellen, dass deren Verhältnismäßigkeit regelmäßig überprüft wird [10].

Auch **aus der Pflege**, von den Praktikern vor Ort, wurde früh darauf aufmerksam gemacht, dass „die Anforderungen an die Einrichtungen, [...] kaum mit der Lebenswirklichkeit der Bewohner zu vereinbaren sind und rein epidemiologisch sowie einer Krankenhauslogik folgend geprägt waren. Räumlich getrennte Bereiche sollten von unterschiedlichen Mitarbeitern versorgt werden und Bewohner zur Not auch zwangsweise in andere Zimmer umziehen zu lassen“.

Dies sei gegen „das Grundverständnis der Pflegeeinrichtungen als Lebensorte. ... Die Umsetzung dieser Regelungen verletzt die Grundrechte der Schwächsten der Gesellschaft und ist ein sehr tiefer Eingriff in die Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen (Art 13 Grundgesetz).“ Dieser besagt: Die Wohnung ist unverletzlich. Die Autorin verwies darauf, dass die Bewohner in Pflegeeinrichtungen oft nicht in der Lage seien, eine neue Situation zu verstehen und dass der soziale und emotionale Zugang zu ihnen häufig die einzig vorhandene Ressource für Kommunikation darstelle. Das Fehlen von Ritualen wie gemeinsames Essen, Gruppenaktivitäten, alltägliche Gesprächsrunden hinterlasse eine Leere, fehlender Besuch von Angehörigen könne Gefühle der Einsamkeit hervorrufen, Mundschutz, Schutzkittel und Handschuhe rufe das Gefühl von Fremdheit, Distanz und Bedrohung hervor. Die Mimik des Gegenübers hinter seiner Maske nicht erkennen zu können, sei insbesondere für Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Schwerhörigkeit bedeutsam und könne zu Rückzug und Deprivation führen – ins besondere bei Menschen mit dementieller Erkrankung. [11].

Im August 2020 wurde die **AWMF-Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“** veröffentlicht [12]. Darin wurden nicht nur die psychischen und sozialen Belastungen der Bewohner der Einrichtungen angesprochen, sondern auch die der Mitarbeiter. Zu den drei Themenkomplexen

- soziale Teilhabe und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner im Kontext der Pandemie sichern,
- soziale Teilhabe und Lebensqualität durch geeignete Kommunikation sichern und
- Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

wurden literaturbasiert Empfehlungen formuliert. Zentraler Punkt ist die Wahrung der Würde der Menschen mit Pflegebedarf durch Ausgestaltung aller Maßnahmen auf Basis einer individuellen Risikoabschätzung. Es folgten Empfehlungen zu individuell abgestimmten Angeboten zur Beziehungsgestaltung, zur sinnstiftenden Alltagsgestaltung, zur Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit sowie zu angemessenen Informations- und Kommunikationsangeboten für die Bewohner. Nicht zuletzt wurden angesichts der enormen physischen und emotionalen Belastungen Unterstützungsangebote für die Mitarbeiter gefordert, u. a. Informations- und Beratungsangebote zur Selbstfürsorge und zum Umgang mit Stress und psychischen Belastungen. Darüber hinaus wurde angeregt, den Mitarbeitern Angebote für eine Supervision und Begleitung ihrer emotional und ethisch schwierigen Aufgabe zu ermöglichen [12].

Im Dezember 2020 widmete sich der **Deutsche Ethikrat** in einer ad-hoc-Stellungnahme den Besuchseinschränkungen in den Altenpflegeeinrichtungen und wies auf die damit verbundene Gefahr der Isolation, verringerter sozialer Teilhabe und einer erheblichen Verschlechterung der Gesundheit hin. Der Ethikrat sah hier einen Widerspruch zu den zentralen Forderungen der UN-Behindertenrechtskommission, der Pflege-Charta und des SGB XI nach einem möglichst selbstbestimmten Leben in sozialer Teilhabe, die der Würde des Menschen entspricht. Unter Bezug auf die kurz zuvor erschienene Regelung im Infektionsschutzgesetz, die jetzt ein Mindestmaß an Kontakten für Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen festlegte, ergänzte und präziserte der Deutsche Ethikrat: „Entscheidend für das Mindestmaß an sozialen Kontakten ist nicht allein deren quantitative Komponente (Anzahl der Kontaktpersonen,

Häufigkeit und Dauer der einzelnen Kontakte), sondern auch und vor allem deren Qualität ... aus der je individuellen Perspektive der in Einrichtungen der Langzeitpflege Wohnenden“ [13].

Studien zu Auswirkungen der Pandemiemaßnahmen auf die Bewohner und Mitarbeiter

In einer soziologischen Studie wurden Aussagen von Pflegeheimbewohnern, Angehörigen und Personal zur erlebten Situation in Altenpflegeheimen aus Canada auf Basis gesichteter Zeitungsberichte, sozialer Medien, blogs, tweets etc., die zwischen März 2020 und April 2021 erschienen waren, ausgewertet [14]. Demnach litten die Bewohner stark unter der Isolation und der Trennung von Mitbewohnern und Angehörigen. Angehörige waren verzweifelt, weil sie ihren Angehörigen in den Einrichtungen nicht beistehen

konnten. Mitarbeiter litten darunter, entgegen ihrer Ausbildung und ihrem Ethos den Bewohnern nicht im erforderlichen Maß beistehen zu können und oft hilflos deren Verfall zusehen zu müssen. Einen Auszug aus diesen Berichten findet sich in **Box 1**.

Im Juni 2020 in 8 ausgewählten Altenpflegeeinrichtungen in Belgien durchgeführten semistrukturierten Interviews von 56 Bewohnern gaben diese an, insbesondere unter dem Verlust ihrer Freiheit und ihrer sozialen Kontakte zu leiden. Sie schilderten sich selbst als Gefangene und werteten die Zeit der massiven Einschränkungen schlimmer als die schwierigen Zeiten in und nach dem zweiten Weltkrieg. Sie erlebten sich wie Kinder behandelt und als Personen nicht ernst genommen, und litten darunter, dass über sie entschieden wurde, ohne sie zu fragen. Sie beklagten fehlende Anregungen durch soziale Kontakte, den Verlust ihrer Autonomie. Sie fühlten sich nicht ernst genommen und in ihrer Würde verletzt. Box 2 sind einige wörtliche Zitate aus den Interviews zusammengestellt [15].

Aber auch das Pflegepersonal war sehr betroffen. Neben der hohen Arbeitsüberlastung war die Sorge, sich in der Einrichtung mit SARS-CoV-2 anzustecken und dann auch die eigene Familie zu gefährden, eine starke Belastung. Besonders schlimm erlebten sie die Tatsache, dass sie mit ansehen mussten, wie die Bewohner litten, körperlich und geistig abbauten und zunehmend depressiv wurden. Sie fühlten sich hilflos, da sie Distanz halten mussten, wo nach ihrem Selbstverständnis eigentlich Zuspruch und Nähe not-

BOX 1: ERFAHRUNGEN VON ALTENPFLEGEHEIMBEWOHNERN, DEREN ANGEHÖRIGEN UND PFLEGEPERSONAL WÄHREND DER BESUCHSRESTRIKTIONEN IM RAHMEN DER SARS-COV-2 PANDEMIE IN CANADA (AUSZUG VON [14])

Zitate von Bewohnern

„Wir sind im Wesentlichen auf unser Zimmer und unseren Wohnbereich beschränkt. Wir können uns nicht mit Gleichaltrigen in anderen Bereichen des Heims treffen. Es gibt keine Aktivitäten im eigentlichen Sinne. Wir machen keine Ausflüge oder gehen aus ... jetzt bin ich wie ein Vogel mit gestutzten Flügeln.“ (Fieber, 2020, Abs. 8, Zeitungsartikel)

„...Ich weiß, dass ich das Virus bekommen und sterben könnte, aber das ist mir, ehrlich gesagt, lieber, als dass ich die nächsten sechs Monate nicht bei meinen Lieben sein kann“ (Fieber, 2020, Abs. 17, Nachrichtenartikel).

„Ich werde alt, und die Zeit, die mir noch bleibt, ist mir eigentlich egal. Mir ist es wichtiger, Zeit mit der Familie zu verbringen“ (Mahoney, 2020b, Abs. 30, Nachrichtenartikel).

Zitate von Angehörigen

„Mein Vater ist in der Langzeitpflege, meine Mutter nicht. Seit März konnten sie nicht einmal mehr Händchen halten. Ihr 60. Hochzeitstag kam und ging vorbei; sie konnten nicht einmal Händchen halten...“

[Meine] „Schwiegermutter war eine begeisterte Leserin, und als sie dann an Demenz erkrankte und ihr Augenlicht verlor, hatte sie im Grunde nichts anderes mehr als den Tastsinn... Und da sitzen wir draußen... sechs Fuß voneinander entfernt, und sie kann nicht einmal sagen, wer da drüben ist. Wir können sie nicht berühren, nichts.“ (Fieber, 2020, Abs. 4, Zeitungsartikel)

„Meine Mutter war so dehydriert, dass sie den Rufknopf in der Hand hatte und versuchte, aus der Klingel zu trinken. Ich wusste, dass sie im Sterben lag, und ich wusste, dass sie mich bis zu den letzten Stunden nicht reinlassen würden. Bis zu den letzten Stunden.... Das Einzige, was wir tun konnten, war, an das Fenster zu klopfen.“ (Pedersen et al., 2020, Abs. 68–69, Zeitungsartikel)

BOX 2: ZITATE AUS SEMISTRUKTURIERTEN INTERVIEWS MIT BEWOHNERN IN PFLEGEEINRICHTUNGEN IN BELGIEN IM JUNI 2020 (AUSZUG AUS [15])

Verlust der Freiheit

„Über meine Gesundheit hinaus, fühle ich, dass mir meine Freiheit geraubt wurde und das finde ich schwer zu ertragen“ (73 J, m)

„Der Unterschied [zwischen Krieg und Eingesperrtsein in der Pandemie] besteht also darin, dass es dieses Eingesperrtsein nie gab. [. . .] Die Leute hatten immer die Freiheit, rauszugehen, frei rauszugehen. Ob man rausging oder ob man zu Hause blieb ... es gab keine Vorschriften“ (94 J, w)

Verlust des sozialen Lebens

„Also gut, wir waren eingesperrt, wir konnten nicht raus. Wir haben nichts, nichts. Und meine Frau draußen ist unglücklich und ich bin hier auch unglücklich.“ (87 J m)

„Sie [die Mitarbeiter] hatten keine Zeit mehr. Sie mussten sehr schnell sein, und sie verschwanden schnell. Wenn sie zum Beispiel das Mittagessen bringen, stellen sie das Tablett ab und gehen. Und da mein Verstand ein bisschen langsamer wurde, dachte ich über all die Fragen nach, die ich stellen wollte, als sie den Raum bereits verlassen hatten“ (79 J, w)

Verlust von Abwechslung und Anregung

„Und wenn man sehr alt ist, stimulieren einen all diese [Aktivitäten] stark. Im Grunde gibt es keine Anregung mehr, nur noch das, was man selbst schafft, spazieren gehen und all das, wenn nicht, gibt es nichts mehr. Da war nichts mehr.“ (87 J, w)

„Die Physiotherapeutin, der Friseur, die Pediküre, sie konnten nicht kommen und das hat uns gefehlt. Für uns ist das auch eine Art der Ablenkung. Denn zum Beispiel bei der Pediküre hat sie uns ein bisschen von ihrem Sohn erzählt, und das lenkt uns ab. Und der Friseur, Sie wissen ja, wie das ist, die reden auch, die stellen ein paar Fragen. Und mit der Physiotherapeutin mache ich meine Übungen. Am Ende haben wir überall Schmerzen, weil wir nicht aktiv sind, wir haben es vermisst, 3 Monate lang, dreieinhalb Monate, nichts.“ (88 J, w)

Verlust der Autonomie

„Das ist es, was ich nicht aushalten kann, es ist unerträglich. Sie [das Personal] halten euch für Spielfiguren, für Kinder, weißt du. Sie fragen nicht nach deiner Meinung [. . .]. Wir werden einfach infantilisiert.“ (80 J w)

„Es ist egal, was man als Bewohner sagt, sie hören nicht zu.“ (66 J, m)

„Unsere Meinung wurde nie gefragt.“ (92 J, w)

Frage nach dem Wohlbefinden der Bewohner

„Ich kann sagen, dass es 2 Monate lang gut lief, ich habe durchgehalten. Aber vor einer Weile hat sich das geändert, jetzt ist die Moral auf dem Nullpunkt. Aber völlig platt. Ich habe keine Lust mehr, etwas zu tun. Ich muss mich zwingen, etwas zu tun, um zu vergessen, dass ich eingesperrt bin, aber es ist nicht richtig. [. . .] Man verändert sich. Aber es ist sehr subtil, ich kann nicht erklären, wie man sich verändert. Aber ich fühle mich nicht mehr so wie am Beginn.“ (84 J, w)

„Wie geht es mir? Wie soll es weitergehen? Es kann nicht mehr so weitergehen. ... Wir haben kein Leben mehr seit COVID-19. Ja, ich denke mehr und mehr an... Selbstmord ... Bevor ich einschlafe, wünsche ich mir, am nächsten Tag nicht mehr aufzuwachen.“ (70 J, m)

„Nein, ich habe keine Angst [vor COVID-19]. ... Ich habe Angst, dass es wieder passiert und wir wieder in Quarantäne müssen.“ (79 J, w)

wendig gewesen wäre. „Letztendlich ist unsere Rolle im Pflegeheim die soziale Verbundenheit, der Kampf gegen die Einsamkeit und so weiter. An einem bestimmten Punkt müssen wir uns wieder darauf konzentrieren, die Aufgabe der Begleitung der alten Menschen in den Pflegeeinrichtungen wiederaufzunehmen“ [15].

Aus einer Einrichtung in Frankreich wurden Todesfälle von isolierten Bewohnern mit COVID-19 beschrieben, nicht an der Erkrankung selbst, sondern durch hypovolämischen Schock bei fehlender Unterstützung beim Essen und Trinken, und es wurde die Frage gestellt, ob die Isolierung (Confinement disease) nicht gesundheitsschädlicher sei als die Erkrankung selbst [16].

Inzitari et al. beschrieben, dass die Probleme in Altenpflegeeinrichtungen in Spanien, die bereits vor der Pandemie bestanden, jetzt in der Pandemie mit den zusätzlichen Isolierungsmaßnahmen kulminierten und so zusätzliches Leid verursachten. Dies zeigten sie exemplarisch an zwei Fallbeispielen (**Box 3**). Gleichzeitig gaben sie der Hoffnung Ausdruck, dass die COVID-19 Pandemie vielleicht die Möglichkeit eröffnet, die Situation im dem lange vernachlässig-

BOX 3: ZWEI FALLBEISPIELE VON BEWOHNERN IN SPANIEN (NACH [17])

„Anna, 92 Jahre alt, ehemalige Haushälterin, mit einem Schlaganfall und sie stark behindernder Kniearthrose in der Anamnese, lebte seit 6 Jahren in einem Pflegeheim. In Annas Pflegeheim waren 60 % des Personals an COVID-19 erkrankt. Im März 2020 wurde sie wegen eines hochgradigen Delirs ins Krankenhaus verlegt, wo bei ihr COVID-19 diagnostiziert wurde. Sie wurde in eine andere Pflegeeinrichtung verlegt, die für COVID-19 ausgewiesen war. Sie starb 2 Tage später, palliativmedizinisch versorgt, aber in einer ungewohnten Umgebung. Ab dem Zeitpunkt, an dem ihre ursprüngliche Pflegeeinrichtung für Besucher geschlossen wurde, sah sie bis zu ihrem Tod keine Familienmitglieder“.

„Amanda, 87 Jahre alt, Witwe und ehemalige Lehrerin, erhielt vor 8 Jahren die Diagnose Alzheimer und zog vor 2 Jahren in ein Pflegeheim. Vor dem Ausbruch [der Pandemie] war sie in der Lage, einem einfachen Gespräch zu folgen, war mit einer Gehhilfe mobil, nahm an einigen Gruppenaktivitäten teil und erhielt regelmäßige Besuche von ihrer Familie. Sie zeigte nicht die typischen Symptome von COVID-19 auf und wies eine negative PCR für SARS-COV-2 auf. Sie wurde zunehmend desorientierter und verbrachte mehr Zeit im Bett und starb nach einem Monat isoliert in ihrem Zimmer – zunächst, weil sie Kontakt zu einem anderen Bewohner mit der Diagnose COVID-19 hatte, und dann wegen der zunehmenden Verschlimmerung ihres Zustands.“

ten und unterfinanzierten Sektor der Langzeitpflege zu verbessern [17].

Reviews zu den Auswirkungen der einschränkenden Maßnahmen auf die psychische und physische Gesundheit der Bewohner

Ein erstes November 2020 durchgeführtes systematisches Review, das 15 Studien mit insgesamt 7224 Studienteilnehmern aus 14 Ländern einschloss und Daten bis Juni 2020 berücksichtigte, zeigte bei den Bewohnern generell häufiger Einsamkeit, Angst, Traurigkeit und Depressivität, teilweise auch einen körperlicher Abbau. Bei Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern gab es zusätzlich Hinweise auf eine Zunahme von Unruhe und Aggression sowie einen kognitiven Abbau. Auch Angehörige klagten über ein verringertes psychosoziales Wohlbefinden, sowie Ängste und Depressivität, teilweise auch Schuldgefühle wegen eingeschränkter Besuchsmöglichkeiten. Mitarbeiter beklagten Angst vor Ansteckung u. a. wegen fehlender Schutzausrüstung, Verunsicherung durch sich ständig ändernde Hygienevorschriften, schlechteres psychisches Befinden und erhöhte psychische und physische Belastung in der Arbeit [18]. In einer Studie (online-Befragung 34 Personen in 4 Einrichtungen) äußerten die Bewohner aber durchaus auch Verständnis für die Maßnahmen und Pflegekräfte gaben an, dass insbesondere Bewohner mit dementieller Erkrankung teilweise von der Ruhe profitiert hätten und dass angesichts der Heraus-

► **Tab. 1** Auswirkungen der Kontakteinschränkungen auf Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen – Scoping review (Tabelle basiert auf Daten aus [19]).

Untersuchte Symptome	Anzahl Studien	Studienergebnisse
Depressive Symptome, Angst, Einsamkeit, Traurigkeit	23	Die meisten Studien erbrachten eine höhere Prävalenz depressiver Symptome als vor der Pandemie; dies besserte sich wieder nach Aufhebung der Besuchsrestriktionen (soweit untersucht)
Kognitiver Status	17	Die meisten Studien zeigten eine Beeinträchtigung des kognitiven Status in der ersten Welle, mit Maximum Mai 2020, danach wieder Besserung
Funktionsstatus	9	2 Studien (Spanien): Abnahme des Funktionsstatus 7 Studien (5x Routinedaten, 1 x Assessment, 1x Interviews) keine Verschlechterung des Funktionsstatus
Sterblichkeit (nicht-COVID-19 bedingt)	4	2 Studien: keine höhere Sterblichkeit 1 Studie: geringfügig erhöht (nicht signifikant; Bias?) 1 Studie: höhere Sterblichkeit bei Bewohnern ohne Kontakt mit der Familie
Einsamkeit	17	16 Studien: Bewohner, Mitarbeiter oder Angehörige berichteten über eine hohe Prävalenz an Einsamkeit 1 Studie (Schweden): kein Unterschied zur Prävalenz an Einsamkeit ein Jahr vor der Pandemie (Gustavsson et al.)
Lebensqualität	10	Ergebnisse inkonsistent
Appetit- und Gewichtsverlust	4	2 Studien (Nordamerika): deutliche Gewichtsverluste 1 Studie (Niederlande): kein Gewichtsverlust
Verlust der Autonomie	2	Autonomieverlust beklagt (u. a. Kaelen et al)
Neuropsychiatrische Symptome	4	2 Studien (Frankreich und Niederlande): mehr Halluzinationen bei Bewohnern mit Alzheimer-Erkrankung, Verstärkung neuropsychiatrischer Symptome mit Agitation und Aggression, aber auch mehr Ruhe 1 Studie (Niederlande): mehr Zusammenhalt und soziale Verbundenheit, weniger aufmerksamkeitsuchendes Verhalten und weniger Aggression bei einigen Bewohnern 1 Studie (Canada): keine Änderung des Verhaltens, keine Zunahme von Deliren
Gebrauch psychoaktiver Medikamente	6	4 Studien: leichte Zunahme der Verordnungen; zwischen März und Dezember 2020 zunächst ansteigend, danach wieder abfallend 2 Studien: Gesamtverbrauch unverändert, aber einige Bewohner erhielten mehr psychoaktive Medikamente

forderung teilweise ein besserer Zusammenhalt im Team zu beobachten war (Sporket, zitiert in [18]).

Dieses Review wurde im Jahr 2023 aktualisiert. 62 von 6656 dektierten Arbeiten wurden eingeschlossen, wobei nur Maßnahmen bis Ende 2020 betrachtet. Die Ergebnisse der Studien, die sich mit dem kognitiven und funktionellen Abbau, der Arzneimittelverordnung mit Psychopharmaka sowie mit der nicht COVID-19-bedingten Sterblichkeit befassten, waren nicht konsistent. Die meisten Studienergebnisse zu dem Verlust sozialer Kontakte zeigten vermehrte Einsamkeit, wobei allerdings nur 12 Studien einen angemessenen Vergleich mit dem Zustand vor der Pandemie ermöglichten. Die Autoren wiesen zum einen auf die relativ kurze Beobachtungsdauer als Limitation hin, zum anderen auf die nicht durchgeführte Qualitätsbewertung der Publikationen angesichts der großen Heterogenität der Studien [19]. Einen kurzen, zusammengefassten Überblick über die Studien gibt ► **Tab. 1**.

Im Jahr 2023 erschien ein weiteres rapid review zu den Auswirkungen der Schutzmaßnahmen auf das Wohlbefinden der Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen und ihrer Angehörigen, basierend auf einer Literaturrecherche im März 2022 [20]. 42 der 815 identifizierten Artikel wurden in das rapid review eingeschlossen. Die quantitativen Studien zu den Auswirkungen auf die Bewohner sind in ► **Tab. 2** zusammengefasst (► **Tab. 2**). Die überwiegende Mehrzahl der Studien zeigte, dass die Bewohner während des Lock-downs mehr unter Depression und Angstsymptomen litten; die Prävalenz war – wo untersucht – höher als vor der Pandemie, ging aber nach dem Ende der Besuchs- und Kontaktrestriktionen stets

wieder zurück. Kontaktbeschränkungen nach außen aber auch innerhalb der Einrichtungen führten zu mehr Einsamkeit und zu Gewichtsverlust bei den Bewohnern. Auch die Angehörigen litten darunter, ihre Familienmitglieder in den Einrichtungen nicht sehen, nicht treffen und ihnen nicht helfen zu können. Video-Kontakte waren nur zum Teil hilfreich. Nicht alle Bewohner der Einrichtungen konnten die Technologien verstehen und nutzen, teilweise wegen kognitiver Einschränkungen, teilweise wegen Hörproblemen. Die Autoren plädierten dafür, Angehörige nicht als Besucher, sondern pflegende Angehörige als Teil der Pflege /Betreuung zu betrachten. „Im Fall einer weiteren Pandemie, vergleichbar mit COVID-19, sollten die Angehörigen als Partner der Pflegeeinrichtungen betrachtet werden und nicht komplett ausgeschlossen bleiben. Dies würde zum einen die soziale Isolierung der Bewohner und zum anderen die Ängste der Angehörigen vermindern“ [20].

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Pandemie hat in vielen Ländern, auch in Deutschland, wie im Brennglas nicht nur die lange bestehenden Probleme der Altenpflegeeinrichtungen aufgezeigt; mangelnde finanzielle und personelle Ausstattung, oft schlechte Ausbildung des Personals, häufiger Personalwechsel, insbesondere in der ersten Phase der Pandemie auch einen Mangel an Schutzausrüstung etc. Insofern könnte die COVID-19 Pandemie auch die Chance bieten, diesem chronisch zu wenig beachteten und unterfinanzierten Bereich mehr Aufmerk-

► **Tab. 2** Studien zu Auswirkungen des Lockdown auf die Bewohner (Tabelle basiert auf Daten aus [20]).

Autor	Land	Design	Population	Teilnehmer	Ergebnisse	Eingesetzte Skalen / Methoden	Ergebnisse im Überblick
Aguilar et al., 2021	USA	Longitudinalstudie, 3 Zeitpunkte: Abstand 6 Wochen	Bewohner	46	Angst, Depression	Geriatr. Depressions-skala, Geriatr. Angst Skala	Keine Veränderung bei Depression; Abnahme des Angstscores von T0 bis T1, danach gleichbleibend
Arpacioğlu et al., 2021	Türkei	Querschnittstudie	Bewohner vs. selbstständig lebende Alte	133 (66 Bewohner, 67 selbst. Alte)	Angst, Depression, Stress	DASS-21; Skala Lebenszufriedenheit	Depression, Angst und Todesfurcht bei Altenpflegeheimbewohnern höher als bei selbstständig lebenden alten Menschen
Curran et al., 2022	Australien	Longitudinalstudie, 3 Zeitpunkte: vor, während und nach Lockdown	Bewohner	91	Neuropsychiatrische Symptome	NPI-NH	Kein Einfluss des Lockdown auf die Prävalenz neuropsychiatrischer Symptome
Danilovic et al., 2020	USA	Sekundärdatenanalyse	Bewohner		Gewichtsänderung		Signifikanter Gewichtsverlust während des Lockdown
Egelić-Mihailović et al., 2021	Serbien	Querschnittstudie	Bewohner vs. selbstständig lebende Alte	299 (110 Bewohner, 189 selbst. Alte)	Depression, soziale Teilhabe	Geriatr. Depressionsskala, Maastricht Soziale Teilhabe Profil	Depression bei Altenpflegeheimbewohnern höher als bei selbstständig Lebenden; negative Korrelation zwischen Depression und sozialer Teilhabe
El Haj et al., 2020	Frankreich	Querschnittstudie	Bewohner mit kognitiver Einschränkung	58	Depression, Angst	Krankenhaus Angst und Depressionsskala	Höhere Angst- und Depressions-level während des Lockdown als zuvor
El Haj et al., 2021	Frankreich	Querschnittstudie	Bewohner mit kognitiver Einschränkung	72	Depression	Eigene Skala	Höhere Depressions-level während des Lockdown als zuvor
Hoel et al., 2022	Deutschland	Mixed Method-Design	Einrichtungslösungen	417	Soziale Gesundheit, Nutzung von Videokonferenz-Tools		Beim Einsatz von Videokonferenz-Tools zeigten sich Grenzen: Bewohner muss die entsprechende kognitive Fähigkeit haben, Erfahrung mit dem Tool haben und bei der Handhabung unterstützt werden
Huber et al., 2022	Schweiz	Querschnittstudie	Bewohner	828	Einsamkeit, Zufriedenheit mit dem Leben	Eigene Skalen	Mehr Einsamkeit während Lockdown
Leontowitsch et al., 2021	Deutschland	Qualitativ	Bewohner	22	Erfahrung im Lockdown		Mangel an Sozialkontakten schwierig für Bewohner; Bewohner beobachten, dass Schutz vor COVID-19 für sie keine Priorität hat, der Kontakt mit der Familie und das allgemeine Wohlbefinden wurde als wichtiger eingestuft
Levere et al., 2021	USA	Querschnittstudie	Bewohner	29.097	Gewichtsverlust, psychische Gesundheit	Gesundheitsfragebogen für Patienten	Höhere Prävalenz Depression als vor dem Lockdown, signifikante Abnahme der kognitiven Fähigkeiten während der ersten Phase des Lockdown

► Tab. 2 Fortsetzung.

Autor	Land	Design	Population	Teilnehmer	Ergebnisse	Eingesetzte Skalen / Methoden	Ergebnisse im Überblick
McArthur et al., 2021	Canada	Longitudinalstudie, 3 Zeitpunkte: vor, während und nach Lockdown	Bewohner	765	Depression, Verhaltensprobleme	InterRAI	Keine Auswirkung des Lockdown auf Häufigkeit von Depression, Delir und Verhaltensprobleme
Nair et al., 2021	Malaysia	Querschnittstudie	Bewohner	224	Depression, Angst, soziale Unterstützung	Geriatr. Depressionsskala, Becks Angst Untersuchung, Multidimensionale Skala zu sozialer Unterstützung	Sehr hohe Prävalenz an Depression und hohe Prävalenz an Angst während des Lockdown; geringere soziale Unterstützung als präpandemisch
Ng et al., 2020	Singapore	Qualitativ	Bewohner	17	Körperliche Aktivität im Lockdown		Hindernisse für körperliche Aktivität: Schließung der Gymnastikräume, Absage von Gruppenaktivitäten, fehlende Ausstattung
Pereiro et al., 2021	Spanien	Longitudinalstudie, 3 Zeitpunkte: vor, während und nach Lockdown	Bewohner	98	Depression, sozialer Kontakt	Geriatr. Depressionsskala	Sozialer Kontakt vermindert die schädliche Auswirkung des Lockdown auf Depressionssymptome
Perez-Rodriguez et al., 2021	Spanien	Querschnittstudie	Bewohner	435	Ernährung, kognitive Leistung	Barthel-Index, Skala Verschlechterung gesamt	Verschlechterung des kognitiven, emotionalen und Ernährungsstatus – unabh. von COVID-19-Infektion
Plangger et al., 2022	Österreich	Longitudinalstudie, 4 Zeitpunkte: 2 vor, und 2 nach Lockdown	Bewohner	48	Depression, Angst, Lebensqualität	Geriatr. Depressionsskala, Becks Angst inventory	Zunahme von Depression und Angst während des Lockdown, wieder Abnahme danach
Savci et al., 2021	Türkei	Querschnittstudie	Bewohner	103	Einsamkeit, Lebensqualität, Angst vor COVID-19	Einsamkeitsskala für Ältere, WHOQOL-BREF	Angst vor COVID-19 war erhöht bei Menschen mit hoher sozialer Einbindung (relation) und höherer Lebensqualität
Sizoo et al., 2022	Niederlande	Longitudinalstudie, 4 Zeitpunkte: 1/Monat nach dem Lockdown	Bewohner	252	Depression, Angst, Agitation	Neuropsychiatrischer Fragebogen	Höhere Prävalenz von Depression und Agitation zu Beginn des Lockdown als zuvor, nach Lockerung stetige Abnahme
Van der Roast et al., 2020	Niederlande	Querschnittstudie	Bewohner	193	Stimmung, Verhaltensprobleme	Mental Health Inventory-S	Höhere Prävalenz an Depression, Einsamkeit und Verhaltensproblemen 6–10 Wochen nach Beginn des Lockdown als zuvor; Menschen ohne kognitive Einschränkungen waren mehr betroffen als solche mit Einschränkungen
Zamora et al., 2022	Spanien	Longitudinalstudie	Bewohner	215	Depression, Angst, funktionelle Fortbewegung (functional ambulation)	Geriatr. Depressionsskala, Krankenhaus Angst und Depressions-Skala, Barthel-Index	Depression: höhere Prävalenz als zuvor, kein Unterschied zw. SARS-CoV-2-Infizierten und Nicht-Infizierten
							Angst: höhere Prävalenz als zuvor, SARS-CoV-2-Infizierte höhere Prävalenz als Nicht-Infizierte Schlafstörungen: hohe Prävalenz; kein Unterschied zw. SARS-CoV-2-Infizierten und Nicht-Infizierten

samkeit zu widmen und die lange bekannten strukturellen Probleme zu verbessern [16].

Darüber hinaus hat die Pandemie auch gezeigt, dass eine Fokussierung alleine auf den Infektionsschutz erhebliche unerwünschte Wirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohner hat, die zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis hin zum Tod der Betroffenen führen kann. Die in der vorliegenden Publikation dargestellten Beispiele stellen die Problematik eindrücklich dar.

In Zukunft muss darauf geachtet werden, eine unter rechtlichen und gesundheitlichen Aspekten gute Balance zwischen Infektionsschutz und Schutz der psychischen und physischen Gesundheit, des Wohlbefindens und der Lebensqualität, der Achtung der Autonomie, des Rechts auf Selbstbestimmung und der Würde der Bewohner zu erreichen. Die Betroffenen selbst oder ihre Vertreter, ihre Angehörigen und insbesondere die Expertise aus der stationären Altenpflege (Leitung, Pflegepersonal) wollen und sollen gehört und ihre Argumente berücksichtigt werden [21].

Diese Forderungen werden unterstützt durch die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats „Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie“ vom April 2022 [22]. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, wonach staatliche Grundrechts-Eingriffe nicht nur ein legitimes Ziel haben, geeignet, erforderlich und angemessen sein müssen, sei oft nicht beachtet worden. Die Hygiene- Schutz- und Testkonzepte, die oft kurzfristig und ohne Mitwirkung der Betroffenen erlassen wurden, seien zu lange beibehalten und dadurch die soziale Teilhabe der Betroffenen unnötig eingeschränkt worden. U.a. hätten auch die noch im Februar 2022 aktualisierten Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Altenpflegeeinrichtungen noch bedeutende Beschränkungen von Teilhabemöglichkeiten beinhaltet.

Der Ethikrat fordert, dass bei Entscheidungen zu (Schutz)Maßnahmen Chancen und Risiken insgesamt gegeneinander abgewogen werden, wobei nicht nur die gesundheitlichen Auswirkungen insgesamt, sondern insbesondere auch die soziale Teilhabe und die Menschenwürde zu beachten seien. Unter Verweis darauf, dass dezentrale, an bereichsspezifische lokale Gegebenheiten angepasste Schutzkonzepte effektiver sind als undifferenzierte pauschale Maßnahmen und meist weniger stark in die Grund- und Freiheitsrechte der Menschen eingreifen, wird empfohlen, die Eigenverantwortung (wieder) zu stärken und Vertreterinnen und Vertreter der Interessen betroffener Personengruppen als Expertinnen und Experten in eigener Sache in den Risikodiskurs einzubeziehen [22].

Es bleibt zu hoffen, dass diese Erfahrungen und Lehren aus der Pandemie in Zukunft Berücksichtigung finden – um die Gesundheit, das Wohlbefinden, die Selbstbestimmung und die Würde der Betreuten in Altenpflegeeinrichtungen angemessen zu schützen. Es bedarf hier dringend einer breiten gesellschaftlichen Diskussion, in welcher nicht nur Fachleute aus den Bereichen Virologie, Infektiologie sondern auch der Geriatrie, der Pflege, der öffentlichen Gesundheit, der Ethik, des Rechts und – ganz wesentlich – auch Vertreter von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen teilnehmen. Neben infektionspräventiven Aspekten müssen ethische und rechtliche Aspekte und auch die Perspektiven der pflegebedürftigen Menschen, der Angehörigen und der Pflegenden Berücksichtigung finden.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. International Long term Care Policy Network, update 1st February, 2021. <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>; Stand: 1.12.2024
- [2] World Health Organization (WHO). Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: Policy brief, 24 July 2020 | COVID-19: Essential health services. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Long-term-Care-2020.1>; Stand: 1.12.2024
- [3] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – third update. Stockholm: ECDC; 13 May 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>; Stand: 1.12.2024
- [4] Robert Koch-Institut (RKI). Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Pflege/Dokumente.html
- [5] Heudorf U, Gottschalk R, Müller M et al. Die SARS-CoV-2-Pandemie in Altenpflegeheimen: Erkenntnisse und Analysen in Frankfurt am Main von März 2020 bis September 2021. *Gesundheitswesen* 2022; 84: 176–188
- [6] Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 8v des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist
- [7] Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege: Besuche sicher ermöglichen. Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der Corona-Pandemie. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_Handreichung-Besuchskonzepte_RZ_web_barrierefrei.pdf; Stand: 1.12.2024
- [8] Heudorf U, Domann E, Förner M et al. Development of morbidity and mortality of SARS-CoV-2 in nursing homes for the elderly in Frankfurt am Main, Germany 2022–2022 – What protective measures are still required? *GMS Hygiene and Infection Control* 2023, Vol. 18, ISSN 2196-5226. <https://www.egms.de/static/de/journals/dgkh/2023-18/dgkh000431.shtml>; Stand: 1.12.2024
- [9] Stratil JM, Biallas RL, Burns J et al. 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* 2021; 9: CD015085. DOI: 10.1002/14651858.CD015085.pub2. PMID: 34523727; PMID: PMC8442144
- [10] Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen BAGSO. www.bagso.de
- [11] Halek M. Herausforderungen für die pflegerische Versorgung in der stationären Altenhilfe. *MMW Fortschr Med* 2020; 162: 51–54
- [12] Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. S1 Leitlinie Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. AWMF Register Nr 184001; Stand 10.08.2020

- [13] Deutscher Ethikrat. Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie. Ad-Hoc-Empfehlung. Dezember 2020. <https://www.ethikrat.org/publikationen>; Stand: 1.12.2024
- [14] Thirsk LM, Stahlke S, Perry B et al. #Morethanavisitor: Experiences of COVID-19 visitor restrictions in Canadian long-term care facilities. *Fam Relat* 2022 10.1111/fare.12712. DOI: 10.1111/fare.12712. Epub ahead of print PMID: 35936016 PMID: PMC9347746
- [15] Kaelen S, van den Boogaard W, Pellecchia U et al. How to bring residents' psychosocial well-being to the heart of the fight against Covid-19 in Belgian nursing homes – A qualitative study. *PLoS One* 2021; 16: e0249098. DOI: 10.1371/journal.pone.0249098. eCollection 2021
- [16] Diamantis S, Noel C, Tarteret P et al. Groupe de Recherche et d'Etude des Maladies Infectieuses – Paris Sud-Est (GREMLIN Paris Sud-Est). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)-Related Deaths in French Long-Term Care Facilities: The "Confinement Disease" Is Probably More Deleterious Than the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) Itself. *J Am Med Dir Assoc* 2020; 21: 989–990. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.04.023. Epub 2020 May 3. PMID: 32507530; PMID: PMC7196427
- [17] Inzitari M, Risco E, Cesari M et al. Editorial: Nursing Homes and Long Term Care after COVID-19: A New Era? *J Nutr Health Aging* 2020; 24: 1042–1046. DOI: 10.1007/s12603-020-1447-8
- [18] Benzing P, Kuru S, Keilhauer A et al. Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige – Ein systematisches Review. *Z Gerontol Geriatr* 2021; 54: 141–145. German. DOI: 10.1007/s00391-021-01859-x. Epub 2021 Feb 23. PMID: 33624143; PMID: PMC7901511
- [19] Benzing P, Wahl HW, Bauer JM et al. Consequences of contact restrictions for long-term care residents during the first months of COVID-19 pandemic: a scoping review. *Eur J Ageing* 2023; 20: 39. DOI: 10.1007/s10433-023-00787-6. PMID: 37847318; PMID: PMC10581973
- [20] Schneider P, Abt M, Cohen C et al. The impact of protective measures against COVID-19 on the wellbeing of residents in nursing homes and their relatives: a rapid review. *BMC Geriatr* 2023; 23: 649. DOI: 10.1186/s12877-023-04300-7. PMID: 37821833; PMID: PMC10568910
- [21] Campbell S, Boutette M, Plant J. Lessons from Long-Term Care Home Partners during the COVID-19 Pandemic. *Healthc Q* 2022; 25: 27–33. DOI: 10.12927/hcq.2022.26981. PMID: 36562581
- [22] Deutscher Ethikrat. Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie. Stellungnahme. 4. April 2022 <https://www.ethikrat.org/publikationen>; Stand: 1.12.2024