

Z Gerontol Geriat 2020 · 53:742–748

<https://doi.org/10.1007/s00391-020-01809-z>

Eingegangen: 10. August 2020

Angenommen: 13. Oktober 2020

Online publiziert: 13. November 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von

Springer Nature 2020



Cornelia Kricheldorf

Katholische Hochschule Freiburg i. R., Freiburg, Deutschland

Gesundheitsversorgung und Pflege für ältere Menschen in der Zukunft

Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie

Von Wuhan ins deutsche Pflege- und Gesundheitssystem – Hintergrund und Dynamik der Corona-Pandemie

Der erste Nachweis des SARS-CoV-2-Virus erfolgte im Dezember 2019 in der chinesischen Provinz Wuhan, verbreitete sich rasch und kam innerhalb weniger Wochen im deutschen Pflege- und Gesundheitssystem an. Derzeit wird von einer Erstübertragung auf den Menschen durch infizierte Fledermäuse ausgegangen, die auf einem Markt zum Verkauf angeboten waren. [1, 2]. In der Folge erkrankte im näheren Umfeld eine rasch anwachsende Zahl von Menschen am neu identifizierten Corona-Virus. Im Januar und Februar 2020 nahm in der gesamten betroffenen Provinz, später auch darüber hinaus, das Infektionsgeschehen mit großer Dynamik zu und es wurden immer mehr Menschen registriert, die sich am neu identifizierten SARS-CoV-2-Virus infiziert hatten. Es kam verstärkt zu sehr schweren Krankheitsverläufen mit zunehmender Todesfolge [46]. Die weitere Verbreitung hat vor dem Hintergrund der Globalisierung auch die anderen Kontinente schnell erreicht [45]. So sprach die WHO aufgrund der erheblichen Ausbreitungsdynamik erstmals am 11.03.2020 offiziell von einer Corona-Pandemie [44].

Inzwischen ist bekannt, dass die Inkubationszeit maximal 14 Tage beträgt und im Median bei 5 Tagen liegt [1]. Derzeit wird von einer Infektiosität von 2,5 Tagen vor und bis 8 Tagen nach Symptombeginn ausgegangen. Die PCR bleibt länger posi-

tiv, aber intakte Viren werden dann nicht mehr ausgeschieden [30]. Die Übertragung des SARS-CoV-2-Virus ist auch durch infizierte Personen ohne oder mit nur sehr schwachen Symptomen möglich [37]. Und es gibt besonders vulnerable Gruppen, zu denen Menschen mit Vorerkrankungen und einem geschwächten Immunsystem zählen. Die Verbreitung in Deutschland und weltweit ist regional sehr unterschiedlich verteilt, dynamisch in Bezug auf Veränderungen und ist unter anderem im Covid-19-Dashboard des Robert-Koch-Instituts jeweils aktuell einzusehen und nachvollziehbar [34].

Dieser Beitrag bezieht sich auf die Situation in Deutschland, die – verglichen mit anderen Ländern und Regionen – bislang weitaus weniger dramatisch verläuft. Dennoch hat seit Beginn der ersten Quarantänemaßnahmen in Deutschland, Ende Februar 2020, die zunächst vor allem für Rückkehrer aus dem Ausland galten, die COVID-19-Pandemie keinen Lebensbereich mehr unberührt gelassen.

» Die COVID-19-Pandemie hat keinen Lebensbereich mehr unberührt gelassen

Die notwendigen Maßnahmen zur Einhaltung von Hygienevorschriften und zur Beschränkung sozialer Kontakte haben den Alltag aller Menschen maßgeblich beeinflusst, deutlich verändert und eingeschränkt [40]. Die Pandemie wird in vielen relevanten Lebensbereichen und in der Wirtschaft als größte Krise seit

dem 2. Weltkrieg eingestuft und wahrgenommen. Psychosoziale Folgen des von Virologen dringend empfohlenen „social distancing“ und von notwendigen Quarantänemaßnahmen werden mittlerweile nicht nur bei unmittelbar vom Infektionsgeschehen Betroffenen erkennbar und spürbar [36]. Und im Gesundheitswesen und in der Pflege stellen sich neue Fragen. Es werden Lücken und Defizite unübersehbar, die deutliche Fragen an die Zukunft des Versorgungssystems stellen, vor allem im Hinblick auf absehbar wachsende Bedarfe im Kontext des demografischen Wandels [39].

Covid-19 als massive Herausforderung für die Versorgung und Pflege alter Menschen

Insgesamt sind Gesundheitsversorgung und Pflege durch die Corona-Pandemie in vielfältiger Art und Weise unter Druck geraten und es stellen sich vor allem strukturelle Fragen, die nicht wirklich neu sind, durch Covid-19 aber wieder ins Blickfeld rücken und an Aktualität gewinnen. Im gesamten System der Versorgung und Pflege alter Menschen werden Lücken und Herausforderungen sichtbar – teilweise spezifisch auf einen Bereich bezogen, zum größeren Teil aber sektorenübergreifend.

— So hat beispielsweise in den *Krankenhäusern*, auf deren Schutz vor Überlastung im Kontext der ersten Erkrankungswelle ein besonderes Augenmerk lag, eine zum Teil paradox anmutende Entwicklung

stattgefunden. Die Konzentration auf Intensivbetten und deren erhebliche Ausweitung zulasten anderer Bereiche hat zu einer deutlichen Ungleichverteilung von personellen Belastungen geführt. Einer zeitlichen Ausweitung der Dienste für Ärzte und Pflegende in den auf Covid-19 fokussierten Bereichen, verbunden mit zum Teil erheblichen psychischen Belastungen durch die Versorgung und Pflege von besonders schwer erkrankten und beatmeten Patient*innen [7, 16, 41], stand gleichzeitig eine deutliche Minderbelastung in anderen Abteilungen gegenüber, die entweder Bettenkapazitäten abzugeben hatten oder mit einer deutlich geringeren Inanspruchnahme von Patient*innen aufgrund massiver Verunsicherung gegenüber dem Klinikbereich konfrontiert waren. Vor diesem Hintergrund mehrten sich die Stimmen, die von Folgeschäden bei chronischen oder progredienten Erkrankungen sprechen, die lange, zum Teil zu lange, nicht adäquat behandelt oder wo notwendige chirurgische Eingriffe verschoben worden sind [38]. Und es stellt sich die Frage einer ethischen Bewertung der Situation in der Corona-Pandemie, die im deutschen Gesundheitssystem nicht zur befürchteten Triage bei der Notfallbehandlung von Covid-19-Patient*innen geführt hat, aber zu einer möglicherweise nicht adäquaten Versorgung anderer Patientengruppen über einen längeren Zeitraum.

- Die Recherche in einschlägigen Datenbanken – MEDLINE via PubMed und CINAHL – verweist auf eine wachsende Zahl nationaler und internationaler Studien zur Frage der Betroffenheit der *stationären Langzeitpflege* durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie. Dabei wird sehr deutlich, dass dies ein besonders kritischer Bereich ist, der bislang signifikant stark betroffen war [31]. Die Zahl der schweren Krankheitsverläufe und Covid-19-assoziierten Todesfällen zeigt sich in stationären Pflegeeinrichtungen deutlich überproportional [4, 5, 8, 11] und dort, wo das Virus einen Weg in Pflegeheime

gefunden hat, wird ein besonders belastendes Krisenmanagement notwendig und gefordert. Pflegebedürftige alte Menschen gehören insgesamt – auch wenn sie nicht in einer stationären Einrichtung leben – zu den am heftigsten betroffenen Bevölkerungsgruppen in der Corona-Krise [16, 32], denn sie erkranken deutlich häufiger schwer [17, 32, 35] und leiden gleichzeitig am stärksten unter den strengen Quarantänemaßnahmen und der sozialen Isolation, die zu ihrem Schutz gedacht sind. Bewohner*innen in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland waren vor allem in den Monaten März bis Juni 2020 – in den einzelnen Bundesländern zwar nicht identisch, aber in der Tendenz doch vergleichbar – von der weitgehenden Abschottung relativ schnell und besonders heftig betroffen, vor allem weil sie in dem Zeitraum keine Besuche empfangen und die Einrichtungen nicht verlassen durften. Das (Er)Leben von Gemeinschaft in den Pflegeheimen fand nicht mehr statt, Betreuungsangebote wurden weitgehend zurückgefahren, auch Ehrenamtliche, die normalerweise den Alltag der Bewohner*innen durch Besuchsdienste und gemeinschaftliche Aktivitäten bereichern, durften die Einrichtungen nicht mehr betreten. Digitale Möglichkeiten des Kontakts mit Angehörigen und nahestehenden Personen, als Kompensation für fehlende direkte Kontakte, waren kaum möglich, weil in vielen Einrichtungen die technischen Voraussetzungen, wie leistungsfähiges Internet und Tablets, fehlen und auch die personellen Kapazitäten für die Unterstützung von wenig technikaffinen Bewohner*innen nicht vorhanden sind.

In diesem Kontext stellen sich vielfältige ethische Fragen, die angesichts einer Realität in den Einrichtungen, die vor allem in den ersten Wochen bestimmt war von der Knappheit der Schutzausstattung für das Personal und der Brisanz notwendiger Entwicklungen vorgeschriebener Hygienekonzepte [33], zu lange und

viel zu wenig im Blick waren [24, 25, 36]. Schutzkonzepte der Einrichtungen bezogen sich vor diesem Hintergrund nämlich nicht oder zu wenig auf den Schutz sozialer Beziehungen der Bewohner*innen. Die Partizipation alter Menschen und ihre soziale Teilhabe waren mit den Maßnahmen zur Beschränkung von Ausgang und Besuchsempfang deutlich beschnitten, das Recht auf Selbstbestimmung eingeschränkt [21, 23, 25]. Die Auswirkungen davon zeigen langfristige Wirkung und sind vor allem in Bezug auf wenig mobile Bewohner*innen mit Einschränkungen in der Alltagskompetenz unübersehbar [6]. Von einer Normalisierung sind stationäre Einrichtungen der Altenpflege noch immer weit entfernt, denn sie gelten nach wie vor als besonders gefährdete Orte, weil die Altersgruppen, die die Bewohner*innen repräsentieren, als hoch vulnerabel eingeschätzt werden [12, 32].

» Von einer Normalisierung sind Einrichtungen der Altenpflege weit entfernt

- Auch in der *ambulanten Pflege* ist die Situation hoch angespannt, für pflegebedürftige Menschen und Pflegende gleichermaßen. Sie ist gekennzeichnet einerseits durch Überforderung des Personals in körperlicher und psychischer Hinsicht, auch weil sich die Arbeit aufgrund von krankheitsbedingtem Personal ausfällen oft verdichtet und auch hier lange Zeit nicht ausreichend Hygiene- und Schutzmaterial vorhanden war. Andererseits entstanden bei den ambulanten Pflegediensten gleichzeitig auch deutliche Einbrüche, verbunden mit Verdienstaussfällen, weil bestimmte Angebote, wie Tagespflege oder Betreuungsangebote lange Zeit nicht oder nur sehr eingeschränkt stattfinden konnten.
- In den *häuslichen Pflegesettings* gibt es vielfach deutliche Anzeichen von Überlastung. Darauf verweisen auch die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung des Zentrums Qualität in der Pflege (ZQP), in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedi-

zin Berlin zur Situation pflegender Angehöriger in der Covid-19-Krise [14]. In diesem Kontext wurde eine Stichprobe von 1000 Personen aus einem möglichen Panel von rund 80.000 deutschsprachigen Angehörigen gezogen, die eine Person im Alter ab 60 Jahren mit einem anerkannten Pflegegrad in der Häuslichkeit versorgen. Die Überforderung pflegender Angehöriger wird auch in dieser Studie in vielfacher Weise sehr offenkundig. Sie bezieht sich unter anderem auf den Wegfall gewohnter, entlastender Dienstleistungen im Umfeld sowie auf die Zunahme von Konflikten in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der Isolation und der damit verbundenen Gefühle von Wut und Verzweiflung. Dies könne zu vermehrter Aggression und Gewalt in der Pflege beitragen. Die Befragung zeigt weiter, dass Menschen, die pflegebedürftige Angehörige mit Demenz betreuen, durch die Covid-19-Pandemie vor besonderen Herausforderungen stehen. Sie sind ganz besonders vom Wegfall vieler Unterstützungs- und Entlastungsdienste betroffen [9].

- Speziell die Situation von *Menschen mit Demenz* im Kontext der Corona-Krise wird in mehreren internationalen Studien als besonders belastend und herausfordernd beschrieben [10, 17, 19]. Sie können aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen bei fortgeschrittenem Krankheitsverlauf zumeist nicht einordnen, warum sie aufgrund des Kontaktverbots ihre gewohnten und für sie wichtigen sozialen Beziehungen nicht oder nur sehr eingeschränkt (er)leben können und ihre Verwirrtheit verstärkt sich dadurch tendenziell weiter, weil sie ihre Situation als destabilisiert und bedrohlich erleben.
- Zur Fragilität häuslicher Pflegesettings, auch bei Haushalten, in denen Menschen mit Demenz gepflegt und begleitet werden, trägt auch die Tatsache bei, dass *ost- und südosteuropäische Kräfte in der häuslichen Pflege*, wegen der Schließung der Grenzen über einen längeren Zeitraum nicht mehr einreisen konnten. Ihnen wird

Z Gerontol Geriat 2020 · 53:742–748 <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01809-z>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

C. Kricheldorf

Gesundheitsversorgung und Pflege für ältere Menschen in der Zukunft. Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie

Zusammenfassung

Gesundheitsversorgung und die Pflege alter Menschen sind durch die Corona-Pandemie massiv unter Druck geraten. Dabei zeigen sich strukturelle Defizite und Schwachstellen, die nicht wirklich neu sind, durch Covid-19 aber wieder ins Blickfeld rücken und an Aktualität gewinnen. Im Versorgungssystem stellen sich angesichts der aktuellen Herausforderungen neue Fragen und in der Sicherung der Pflege alter Menschen werden Lücken und Herausforderungen sichtbar – teilweise spezifisch auf einen Bereich bezogen, zum größeren Teil aber sektorenübergreifend. Auf der Basis nationaler und internationaler einschlägiger Studien und Veröffentlichungen und explizit aus der Perspektive

der Sozialen Gerontologie wird in diesem Beitrag schwerpunktmäßig auf die aktuelle Situation in der Pflege in Deutschland in Zeiten des SARS-CoV-2-Virus fokussiert. Aus dieser Situationsanalyse werden mögliche Denkanstöße abgeleitet und es wird skizziert, wie eine Neuorientierung mit Blick in die Zukunft aussehen und welcher mögliche Erkenntnisgewinn aus der Corona-Pandemie gezogen werden kann.

Schlüsselwörter

Corona-Pandemie · SARS-CoV-2-Virus · Gesundheitsversorgung · Pflege · Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen

Health care and care for the elderly in the future. Insights from the corona pandemic

Abstract

Health care and especially care of the elderly have come under massive pressure from the corona pandemic. Structural deficits and weak points that are not really new are now more apparent because COVID-19 has brought these back into focus. In the entire healthcare system new questions arise in the face of the current challenges. Problems and gaps now become obvious in the health care services and in the provision of care for the elderly—some of them specifically related to one area, but to a greater extent these are cross-sectoral. Based on relevant national and international studies and publications and

from the perspective of social gerontology, this article focuses on the current situation in the 'long-term nursing care in Germany' in the context of the SARS-CoV-2 virus. The results of this analysis are used to derive and outline what a new professional orientation can look like with a view to the future and what possible knowledge can be gained from the corona pandemic.

Keywords

Corona pandemic · SARS-CoV-2 virus · Health care · Nursing · Improvement of structural conditions

aber zunehmend eine stabilisierende Rolle in häuslichen Pflegesituationen zugeschrieben. Diese fehlende Entlastung und Unterstützung in den Familien und bei allein lebenden alten Menschen wurde in der ersten Corona-Welle im Frühsommer des Jahres 2020 in den telefonischen Beratungen der Pflegestützpunkte deutlich als schmerzlich erlebte Lücke thematisiert – das ergab eine telefonische Befragung von Beraterinnen in Baden-Württemberg, im Kontext der Arbeit der dort einge-

setzten Taskforce Langzeitpflege, in der auch die Autorin mitarbeitet.

Insgesamt ist also festzuhalten, dass schon lange bestehende strukturelle Defizite in Personalausstattung und Organisationsform in den verschiedenen Bereichen der Pflege, in Zeiten der Covid-19-Pandemie erneut in aller Deutlichkeit sichtbar werden. Dazu hat auch eine bundesweite Online-Befragung der Universität Bremen zur Situation in der Langzeitpflege eindeutige Befunde geliefert. Die Ergebnisse, basierend auf einer breit angelegten Datenerhebung

in 824 Pflegeheimen, 701 ambulanten Pflegediensten und 96 teilstationären Einrichtungen, verweisen sehr klar auf die kritischen Punkte und Phänomene in der Pflege in Deutschland [41]. Auch in dieser Studie wird im Ergebnis berichtet, dass fast 60 % aller bislang in Deutschland an der Covid-19-Erkrankung Verstorbenen von Pflegeheimen oder von Pflegediensten betreute Menschen sind, während ihr Anteil an infizierten Personen lediglich 8,5 % beträgt. Insgesamt ist festzuhalten, dass die überwiegende Mehrheit der mit dem SARS-CoV-2-Virus Infizierten zwischen 15 und 59 Jahren alt ist, aber 86 % der Todesfälle Menschen im Alter von 70 Jahren und älter betreffen [42]. Damit bestätigt sich also die Gefährdung von besonders vulnerablen Gruppen älterer und alter Menschen sehr eindrücklich und durch verschiedene Datenquellen.

» 86 % der Todesfälle betreffen Menschen im Alter von 70 Jahren und älter

In der Studie der Universität Bremen wird auch von hohen Infektionszahlen bei Pflegebedürftigen und Pflegenden gleichermaßen berichtet, was unter anderem auf lange nicht ausreichend zur Verfügung stehende Testmöglichkeiten und Schutzmaterialien und damit auf ein hohes Gefährdungspotenzial zurückgeführt werden kann. Weiter verweisen die Ergebnisse darauf, dass die Versorgungssicherheit in Deutschland zunehmend durch instabile Pflegearrangements gefährdet sei, weil einerseits dringend notwendige Leistungen aus Unsicherheit weniger in Anspruch genommen würden und andererseits aufgrund der Schutzmaßnahmen auch nicht im gewohnten Umfang zur Verfügung stünden. Und von diesen Verwerfungen im Pflegebereich sind eben vor allem häusliche Settings betroffen, in denen 76 % der Leistungsempfänger nach SGB XI versorgt und gepflegt werden [13].

Notwendige Neuorientierung – Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie als Denkanstöße für die Zukunft

Aus gerontologischer Sicht ist es erschreckend, wie schnell in der Unsicherheit der Krise, deren Ausmaß niemand wirklich einschätzen kann und deren Folgen noch nicht absehbar sind, gesellschaftliche Ab- und Ausgrenzungstendenzen und diskriminierende Zuschreibungen nicht nur im Alltag sichtbar werden, sondern auch medial um sich greifen. Plötzlich ist es wieder da und auch in vermeintlich seriösen Sendern und Printmedien wird es völlig unkritisch bedient, das *Bild vom defizitären Alter*, das nicht nur Gerontolog*innen überwunden glaubten.

Unbestreitbar ist, dass die erhöhte Vulnerabilität aufgrund eines sehr hohen Alters oder des Vorliegens von Vorerkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) alte Menschen zu einem Personenkreis mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf einer möglichen Covid-19-Infektion macht. Das weisen bereits die zitierten Studien nach. Andererseits ist die Tatsache kaum im öffentlichen Bewusstsein, dass ältere Menschen heute in gesundheitlicher, psychologischer, sozialer und ökonomischer Dimension keine homogene Gruppe repräsentieren und dass das individuelle Risiko- und Ressourcenprofil in Bezug auf eine Covid-19-Erkrankung und ihre Folgen keineswegs einheitlich zu bewerten ist – so wie auch für jüngere Menschen. Auffällig und entlarvend ist vor allem, dass alte Menschen in öffentlichen Debatten und in den Medien sehr leichtfertig und konstant als „Risikogruppe“ bezeichnet werden, was einer kollektiven Diskriminierung gleichkommt [20]. Und es wird damit auch implizit suggeriert, dass der Umgang mit Älteren besonders riskant und damit zu vermeiden sei, was die Gefährdungslage eindeutig umkehrt und ad absurdum führt.

Eine sektionsübergreifende Expertengruppe der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) hat deshalb in einem Positionspapier explizit herausgearbeitet, dass und warum das kalendarische Alter kein Kriterium für

die Beschneidung von sozialen Teilhabemöglichkeiten begründen kann [25]. Ein weiteres Positionspapier, entstanden aus dem Blickwinkel der Sozialen Gerontologie und Sozialen Altenarbeit, verweist auf soziale Ungleichheitstendenzen bei der Sicherung von Teilhabe und Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf, die sich in der Corona-Pandemie noch deutlicher zeigen [21].

Die bisherigen Erfahrungen und Erkenntnisse im Kontext von Covid-19 machen sehr deutlich, dass unser Pflege- und Versorgungssystem wenig krisenfest ist und ganz offenbar schnell an seine Grenzen stößt, wenn äußere Bedingungen sich verändern. Nun ist die Corona-Pandemie zugegebenermaßen eine gewaltige Herausforderung und trotzdem muss es erlaubt sein, das Augenmerk auf die offenbar besonders kritischen und anfälligen Faktoren zu lenken, die die aktuelle Situation in der Pflege alter Menschen bestimmen.

1. Die deutlich stärkere Betroffenheit von stationären Einrichtungen der Langzeitpflege, die hohe Zahl schwerer Krankheitsverläufe und Covid-19-assoziiierter Todesfälle geschahen und geschehen noch immer vor allem dort, wo aus ökonomischen Gründen Platzzahlen und Größen vorgehalten werden, die Pflegeheime rentabel machen, auch für Investoren. Das muss nachdenklich stimmen und die Fachdebatten befeuern. Die Pflege und Betreuung einer großen Zahl alter, besonders vulnerabler Menschen auf engem Raum erweist sich in Zeiten einer Ausbreitung hoch ansteckender Krankheiten, wie in der COVID-19-Pandemie, als Falle. Das muss sehr deutlich konstatiert werden.

Und wie reagieren politisch Verantwortliche und Träger darauf? Auch aus Angst vor möglichen Schuldzuweisungen und Regressforderungen werden strikte Maßnahmen zur Abschottung angeordnet und umgesetzt: Das bedeutet beispielsweise, dass Bewohner/-innen aus ihrem gewohnten Umfeld, aus ihrer Hausgemeinschaft oder Wohngruppe herausgenommen werden, weil eigene Quarantänestationen eingerichtet werden müssen – und das in einer ohnehin

als unsicher und bedrohlich erlebten Situation, die sich damit verschärft. Es werden strikte Besuchsverbote erlassen und die Bewohner*innen dürfen die Einrichtungen nicht verlassen – alles Maßnahmen, die aus Sicht der Verantwortlichen nachvollziehbar sind, die Selbstbestimmung und Lebensqualität der Bewohner*innen aber völlig unberücksichtigt lassen, ja vielleicht sogar lassen müssen. Denn wir haben es hier mit einem klar strukturellen Problem zu tun. Dies gilt in ähnlicher Weise auch für große betreute Wohnanlagen, in denen Gemeinschaftsräume und Verkehrsflächen ebenfalls von vielen alten Menschen im Alltag geteilt werden. Was kann also die Lösung sein – was können wir aus der Corona-Krise lernen?

In den wenigen bekannten Fällen, in denen Erkrankungen in kleinen, sozialräumlich verankerten Pflegegruppen oder Wohngemeinschaften mit Demenz aufgetreten sind, konnte weitaus gelassener reagiert werden, – weil die Situation schneller in den Griff zu bekommen ist, wie auch in familiären Kontexten, weil weitaus weniger Personen potenziell betroffen sind. Wir müssen also dringend die aktuellen Prämissen beim Bau und dem Betrieb von stationären Pflegeeinrichtungen hinterfragen. Wir dürfen nicht länger hinnehmen, dass Organisationsstrukturen und Einrichtungsformen, die für deutlich mehr Pflege- und Lebensqualität stehen, aus Kostengründen nur schwer realisierbar sind, und dann doch die Rentabilitätsfrage die Planungen dominiert.

» Die Rentabilitätsfrage sollte nicht länger die Planungen dominieren

Die Auseinandersetzung mit Fragen der Ermöglichung von Autonomie und der Schaffung von Rahmenbedingungen für Lebensqualität im Alter, auch bei Hilfe- und Pflegebedarf, bestimmt seit Jahren maßgeblich gerontologische Fachdebatten sowie die inhaltliche Ausrichtung in der einschlägigen Forschung. Und bekannt ist auch, dass der demografische Wandel mit Blick in die Zukunft zu tief greifenden strukturellen Veränderungen

führen wird. Dies wird nahezu alle Lebensbereiche betreffen und insofern auch Auswirkungen auf die in diesem Kontext notwendigen Pflege- und Versorgungsstrukturen haben [6, 27, 28]. Denn parallel dazu ändern sich auch die Familien- und Verwandtschaftsstrukturen, wobei die Zahl allein lebender Menschen im hohen Alter kontinuierlich zunimmt. Andererseits ist der Wunsch nach dem Verbleib im gewohnten Umfeld bei alten Menschen die bevorzugte Option – auch bei wachsendem Hilfe- und Pflegebedarf. Vor diesem Hintergrund werden verstärkt wohnortnahe, kleinräumige Versorgungsstrukturen gebraucht, die heute schon modellhaft entstehen, denen künftig aber eine zentrale Bedeutung zukommen wird [26]. In dieser Logik werden zum Teil auch die alten heimrechtlichen Bestimmungen reformiert, wie zum Beispiel im „Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG)“ in Baden-Württemberg, das auch die rechtlichen Rahmenbedingungen für Pflegegruppen und Wohngemeinschaften schafft [29].

Dies ist auch im Kontext zunehmender Pflegesettings „auf Distanz“ von hoher Relevanz. Gemeint ist damit die Sorge und Pflege durch nahestehende Menschen und Angehörige, die weiter entfernt leben, aber die Verantwortung auf räumliche Distanz hinweg übernehmen [18]. Und gleichzeitig sind die häuslichen Settings und die kleinen Pflegeeinheiten im Quartier in Krisenzeiten wie in der Corona-Pandemie viel flexibler im Umgang mit möglichen Gefährdungen und einem Infektionsgeschehen, das damit viel schneller und wirksamer beantwortet werden kann.

2. Deutlich wird in der Corona-Pandemie auch, wie defizitär die digitale Ausstattung und Entwicklung im Pflegebereich ist. In nicht wenigen Einrichtungen gibt es kein leistungsfähiges Internet oder schon gar kein WLAN. Tablets oder andere digitale Geräte stehen kaum zur Verfügung, obwohl sie in der Phase der Schließungen von Einrichtungen, eine Brücke zu wichtigen Personen außerhalb wären. Die Digitalisierung in der Langzeitpflege ist mehr als überfällig – nicht nur im Kontext

der Optimierung von Betriebs- und Pflegeabläufen, sondern verstärkt zur Sicherung von sozialer Teilhabe und Kommunikation über digitale Plattformen und Medien [15]. Es bedarf einer Qualifizierungsoffensive beim Pflegepersonal und in der Alltagsbetreuung, um die personellen Ressourcen zu schaffen, die notwendig sind, um auch weniger technikaffinen Bewohner*innen die digitale Kontaktaufnahme mit Familie und nahestehenden Menschen zu ermöglichen.

» Die Digitalisierung in der Langzeitpflege ist mehr als überfällig

Alltagsbegleitung kann in Zeiten des digitalen Wandels inhaltlich ganz anders gefüllt werden als mit geselligen Gruppenangeboten. Aber dazu müssen auch die eigenen Einstellungen und Haltungen zur Digitalisierung beim Pflege- und Führungspersonal reflektiert werden, die manchmal als deutliche Hemmschwelle wirken. Die Offenheit gegenüber den Möglichkeiten, die sich im Kontext der Digitalisierung auftun, habe auch mit dem eigenen Altersbild zu tun. Nicht zuletzt sind auch Pflegesettings über räumliche Distanzen hinweg mit Fragen von Techniknutzung und Digitalisierung verbunden, die sich zwischen der Ermöglichung von Autonomie und Kontrolle bewegen [18]. Der Bewältigung der Corona-Pandemie kann und sollte in diesem Kontext eine Push-Funktion zukommen.

3. Innovative Ansätze in der Pflege, wie Community Health Nursing oder Organisationsformen wie das niederländische Buurtzorg-Modell können weiter sinnvolle Antworten für eine dringend notwendige gemeindenahere Pflege liefern [22, 26, 28], die in der Corona-Pandemie eher einem stark segmentierten Vorgehen weichen mussten. Die Gestaltung von Schnittstellen und die Abstimmung von Übergängen in Versorgungsnetzwerken waren in der Krise im Frühjahr 2020 als erprobte Ansätze

in der gemeindeorientierten Pflege nicht wirklich im Blick.

Damit verbunden sind Arbeitsformen, in denen interprofessionelle Teams in der Geriatrie und an den Schnittstellen zwischen Klinik und Langzeitpflege eng kooperieren [3] und ihre jeweiligen Kompetenzen in abgestimmter Form sinnvoll einsetzen können, wie beispielsweise im Konzept des Advanced Care Planning [43]. Eine stärkere Verankerung kollaborativer Versorgungsmodelle in der Praxis könnte in Krisenzeiten durchaus stabilisierend wirken und die strukturelle Anfälligkeit der Pflege reduzieren.

Fazit für die Praxis

- Die Verhältnismäßigkeit von Schutz- und Quarantänemaßnahmen muss künftig stärker kritisch gegen die Frage der Einschränkung von Persönlichkeitsrechten, Selbstbestimmung und Autonomie abgewogen werden. Dazu bedarf es ethisch fundierter Entscheidungen, die in der Coronapandemie einseitig von Verordnungen ersetzt worden sind.
- Die Digitalisierung in der Pflege darf sich nicht auf die Effizienzsteigerung von Abläufen beschränken, sondern muss ihre Wirkung stärker zur Sicherung von sozialer Teilhabe und zur Förderung von Partizipation aller pflegebedürftigen Menschen entfalten – besonders in Zeiten der Gefährdung durch die mögliche Übertragung von Krankheitserregern. Dazu ist eine Reflexion über bestehende Haltungen ebenso notwendig wie eine Qualifizierungsoffensive in den Pflege- und Gesundheitsberufen.
- Community-orientierte Pflegekonzepte und interprofessionelle Kooperationsansätze an den Schnittstellen im Pflege- und Versorgungssystem können, auch in Pandemiezeiten, effektiv vor Überlastung der Pflegenden schützen und familiäre Pflegesettings stärken, – eine sinnvolle Antwort auf die Versorgung vulnerabler Gruppe in gefährdender räumlicher Enge in der Covid-19-Krise.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf
Katholische Hochschule
Freiburg i. R.
Barbarastr. 7, 79106 Freiburg,
Deutschland
cornelia.kricheldorf@
t-online.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Kricheldorf gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die zitierten Studien gelten die ethischen und wissenschaftlichen Richtlinien guter wissenschaftlicher Praxis.

Literatur

1. Adhikari SP, Meng S, Wu Y-J, Yu-Ping M, Rui-Xue Y, Wang Q-Z et al (2020) Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period. A scoping review. *Infect Dis Poverty* 9(1):29. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>
2. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF (2020) The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med* 26(4):450–452. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
3. Archbald-Pannone LR, Harris DA, Albero K, Steele RL, Pannone AF, Mutter JB (2020) COVID-19 collaborative model for an academic hospital and long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc* 21(7):939–942. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.044>
4. Ärzteblatt.de (Hrsg) (2020) COVID-19: Sterblichkeit unter Pflegebedürftigen fünfzigmal höher. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113675/COVID-19-Sterblichkeit-unter-Pflegebeduerftigen-fuenfzigmal-hoeher> (Erstellt: 10. Juni 2020). Zugegriffen: 4. Aug. 2020
5. Beneker C (2020) COVID-19. Jedes zweite Corona-Opfer lebte im Heim. In: *Ärzte Zeitung*. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Jedes-zweite-Corona-Opfer-lebte-im-Heim-410389.html> (Erstellt: 17. Juni 2020). Zugegriffen: 4. Aug. 2020
6. Bleck C, van Rieën A, Knopp R (Hrsg) (2018) *Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen*. Springer VS, Wiesbaden <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18013-3>
7. Bohlsen J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG (2020) COVID-19 pandemic: stress experience of Healthcare workers. A short current review. *Psychiatr Prax* 47:190–197. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
8. Booth R (2020) Half of coronavirus deaths happen in care homes, data from EU suggests. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/13/half-of-coronavirus-deaths-happen-in-care-homes-data-from-eu-suggests>. Zugegriffen: 1. Aug. 2020

9. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it. Rapid review of the evidence. *Lancet* 395(10227):912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
10. Brown EE, Kumar S, Rajji TK, Pollock BG, Mulsant BH (2020) Anticipating and mitigating the impact of the COVID-19 pandemic on Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Geriatr Psychiatry* 28(7):712–721. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.010>
11. Bruine de Bruin W (2020) Age differences in COVID-19 risk perceptions and mental health: evidence from a national US survey conducted in March 2020. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa074>
12. D'Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander JG (2020) Coronavirus disease 2019 in geriatrics and long-term care. *The ABCDs of COVID-19*. *J Am Geriatr Soc* 68(5):912–917. <https://doi.org/10.1111/jgs.16445>
13. Deutscher Bundestag (2016) Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, 19. Wahlperiode. Bundesdrucksache 18/102110. Deutscher Bundestag, Berlin
14. Eggert S, Teubner C, Budnick A, Gellert P, Kuhlmeier A (2020) Pflegenden Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum Qualität in der Pflege. Berlin. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Angeh%C3%B6rigeCOVID19.pdf>. Zugegriffen: 5. Aug. 2020
15. Eghtesadi M (2020) Breaking social isolation amidst COVID-19. A viewpoint on improving access to technology in long-term care facilities. *J Am Geriatr Soc* 68(5):949–950. <https://doi.org/10.1111/jgs.16478>
16. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P et al (2020) Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19). Quels risques pour leur santé mentale ? *Encephale* 46(3S):S73–S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
17. Elman A, Breckman R, Clark S, Gottesman E, Rachmuth L, Reiff M et al (2020) Effects of the COVID-19 outbreak on elder mistreatment and response in New York city. Initial lessons. *J Appl Gerontol* 39(7):690–699. <https://doi.org/10.1177/0733464820924853>
18. Engler S (2020) Häusliche Pflege und räumliche Distanz. Techniknutzung zwischen Autonomieermöglichung und Kontrolle. *Z Psychother Alter* 17(1):81–95
19. Gardner W, States D, Bagley N (2020) The Coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *J Aging Soc Policy* 32(4-5):310–315. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>
20. Gzil F, Clause-Verdreaux A-C, Brugeron P-E, Hirsch E (2020) Éthique, soin et grand âge pendant l'épidémie de Covid-19. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 18(2):151–156. <https://doi.org/10.1684/pnv.2020.0869>
21. Hämel K, Kümpers S, Olbermann E, Heusinger J (2020) Teilhabe und Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in Zeiten von Corona und darüber hinaus. https://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/covid-19/20200510_DGGG_Statement_Sektionen_III_IV_Menschen_mit_Pflegebedarf.pdf. Zugegriffen: 4. Aug. 2020 (Gemeinsames Statement der Sektionen Sozial- und Verhaltenswissenschaftlich eGerontologie(III))

- und Soziale Gerontologie und Altenarbeit (IV). Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
22. Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR (2020) Family-centered care during the COVID-19 era. *J Pain Symptom Manage* 60(2):e93–e97. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017>
 23. Heusinger J, Hämel K, Kümpers S (2017) Hilfe, Pflege und Partizipation im Alter. Zukunft der häuslichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. *Z Gerontol Geriat* 50(5):439–445
 24. Jawaid A (2020) Protecting older adults during social distancing. *science* 368(6487):145–abb7885. <https://doi.org/10.1126/science>
 25. Kessler EM, Strumpfen S, Kricheldorf C, Franke A, Pantel J, Gellert P (2020) Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen. https://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/covid-19/20200424_DGGG_Stateund_Sektionen_II_III_IV_Soziale_Teilhabe_und_Partizipation.pdf. Zugegriffen: 4. Aug. 2020 (Gemeinsames Statement der Sektionen für Geriatrie (II), Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III), Soziale Gerontologie und Altenhilfe (IV)). Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG).
 26. Kricheldorf C (2018) Aktuelle Herausforderungen für die Profession Soziale Arbeit in der Altenhilfe und im Sozialraum. In: Bleck C, van Rießen A, Knopp R (Hrsg) *Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen*. Springer VS, Wiesbaden, S 113–125 https://doi.org/10.1007/978-3-658-18013-3_8
 27. Kricheldorf C (2015) Altern im Gemeinwesen aus sozialgerontologischer Perspektive. In: van Rießen A, Bleck C, Knopp R (Hrsg) *Sozialer Raum und Alter(n) : Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung*. Springer VS, Wiesbaden, S 15–30
 28. Kricheldorf C, Klott S, Tonello L (2015) Sorgende Kommunen und Lokale Verantwortungsgemeinschaften. Modellhafte Ansätze zur Sicherung von gelingendem Altern und Pflege im Quartier. *Z Gerontol Geriat* 48(5):406–414
 29. Landtag Baden-Württemberg (2014) Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG), Gesetzesbeschluss des Landtags vom 14. Mai 2014. http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_%C3%84ltere_Menschen/WTPG_Gesetzesbeschluss_Landtag.pdf. Zugegriffen: 26. März 2020
 30. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR et al (2020) The incubation period of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases. Estimation and application. *Ann Intern Med* 172(9):577–582. <https://doi.org/10.7326/m20-0504>
 31. Levitt AF, Ling SM (2020) COVID-19 in the Long-Term Care Setting. The CMS Perspective. *J Am Geriatr Soc* 68(7):1366–1369. <https://doi.org/10.1111/jgs.16562>
 32. Liu K, Chen Y, Ruzheng L, Kunyuan H (2020) Clinical features of COVID-19 in elderly patients. A comparison with young and middle-aged patients. *J Infect* 80(6):e14–e18. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005>
 33. Ong SWX, Tan YK, Yian K, Po CY, Tau LH, Ng OT, Wong MSY, Marimuthu K (2020) Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 (SARS-coV-2) from a symptomatic patient. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3227>
 34. Robert Koch-Institut (RKI) (2020) COVID-19-dash-board. <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>. Zugegriffen: 3. Aug. 2020
 35. Robert Koch-Institut (RKI) (2020) Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. https://www.rki.de/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Content_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?jsessionid=E1243ABE0981E4D32B921CD3C465E1D6.internet111?__blob=publicationFile (Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst. V.07, 06.07.2020. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI)). Zugegriffen: 4. Aug. 2020
 36. Röhr S, Müller F, Jung F, Apfelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller SG (2020) Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen. Ein Rapid Review. *Psychiatr Prax* 47(4):179–189. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5562>
 37. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C et al (2020) Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *N Engl J Med* 382(10):970–971. <https://doi.org/10.1056/nejmc2001468>
 38. Soreide K, Hallet J, Matthews JB, Schnitzbauer AA, Line PD, Lai PBS et al (2020) Immediate and long-term impact of the COVID-19 pandemic on delivery of surgical services. *Br J Surg*. <https://doi.org/10.1002/bjs.11670>
 39. Statistisches Bundesamt (2018) *Pflege-statistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2017*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 28. Juli 2020
 40. Tull MT, Edmonds KA, Scamaldo KM, Richmond JR, Rose JP, Gratz KL (2020) Psychological outcomes associated with stay-at-home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. *Psychiatry Res* 289:113098. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113098>
 41. Universität Bremen (Hrsg) *Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege*. <https://www.uni-bremen.de/fb11/corona-update-fb11/zur-situation-der-langzeitpflege-in-deutschland-waehrend-der-corona-pandemie>. Zugegriffen: 4. Aug. 2020
 42. von Braun A, Pietsch C, Liebert U, Lübbert C (2020) SARS-CoV-2-Screening von Bewohner*innen und Personal in Alten- und Pflegeheimen der Stadt Leipzig. *Epidemiol Bull*. <https://doi.org/10.25646/6878>
 43. Voß H, Kruse A (2019) *Advance Care Planning im Kontext von Demenz. Entwicklung eines Instruments zur Exploration von Perspektiven der Betroffenen*. *Z Gerontol Geriat* 52(Suppl 4):282–290
 44. World Health Organization (WHO) (2020) WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19—11 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Zugegriffen: 4. Aug. 2020
 45. Zheng S, Fan J, Fei Y, Feng B, Lou B, Zou Q et al (2020) Viral load dynamics and disease severity in patients infected with SARS-CoV-2 in Zhejiang province, China, January–March 2020. Retrospective cohort study. *BMJ* 369:m1443. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1443>
 46. Zhou F, Ting Y, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z et al (2020) Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. A retrospective cohort study. *Lancet* 395(10229):1054–1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)