

Hintergrundpapier

Ermöglichung sozialer Kontakte von Bewohner*innen in Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie

Kernbotschaften

Dieses Papier befasst sich mit der Frage, wie soziale Kontakte von Bewohner*innen von Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie ermöglicht und gestaltet werden können. Es gibt anhand einer explorativen Interviewstudie Einblicke, wie Kontaktbeschränkungen in Pflegeheimen in der Anfangsphase der Pandemie von Pflegefachpersonen in den Einrichtungen wahrgenommen wurden; daran anschließend wird ein literaturgestützter Überblick über Maßnahmenansätze zur Ermöglichung sozialer Kontakte von Heimbewohner*innen während der COVID-19-Pandemie gegeben. Kernbotschaften sind:

- Besuchsbeschränkungen von Heimbewohner*innen sollten aufgrund der hohen Bedeutung sozialer Kontakte für ihre Gesundheit auf das Notwendigste minimiert werden.
- Das soziale Eingebundensein von Heimbewohner*innen zu fördern und Interaktion mit anderen Bewohner*innen, mit Familienangehörigen, Freund*innen und Nachbar*innen zu unterstützen, ist eine anspruchsvolle, professionelle Aufgabe von Mitarbeitenden in Alten- und Pflegeheimen.
- Während der COVID-19-Pandemie ist es erforderlich, in den Heimen Konzepte und Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, die bei hohem Infektionsschutz soziale Kontakte von Heimbewohner*innen ermöglichen.
- Die Ergebnisse der hier berichteten explorativen Interviewstudie verweisen auf die enormen Herausforderungen, die von Unsicherheit und Belastung gekennzeichnet sind, vor die Pflegefachpersonen in Heimen sich selbst, die Bewohner*innen sowie deren Angehörige gestellt sehen. Deutlich wird, dass sie klare Hinweise benötigen, mit welchen Mitteln und Maßnahmen

sie die aufgrund der Pandemie entstandenen Hürden für die Ermöglichung von sozialen Kontakten ebnen können und ebenso Unterstützung für eine erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen.

- Insgesamt lassen sich fünf Maßnahmenbereiche zur Ermöglichung sozialer Kontakte von Heimbewohner*innen während der COVID-19-Pandemie in der Literatur identifizieren:
 - (a) Minimierung von Infektionsrisiken bei persönlichen Besuchen in Heimen.
 - (b) Information, Aufklärung und Motivation von Bewohner*innen und Angehörigen.
 - (c) Förderung virtueller Besuche und der Nutzungskompetenzen von digitalen Medien.
 - (d) Gestaltung von sozialen Begegnungsmöglichkeiten und -aktivitäten zwischen Heimbewohner*innen.
 - (f) Förderung des Kompetenzaufbaus und Unterstützung von Mitarbeitenden.
- Es wurden in den vergangenen Monaten in Alten- und Pflegeheimen neue Kontaktwege entwickelt, die allerdings stärker durch entsprechende Informationen an die Beteiligten, geeignete technische Ausstattung in Heimen und auch Kompetenzentwicklung und -vermittlung flankiert werden müssen. Dabei erweist sich in der Literatur als Leerstelle, inwiefern Bewohner*innen und Angehörige bei der Entscheidung über Maßnahmen und Konzepte beteiligt werden. Auch fehlen Untersuchungen dazu, welche Kontaktwege aus der Sicht von Heimbewohner*innen und Angehörigen bedürfnisgerecht und zu ihrem Schutz geeignet sind.
- Weitere Forschung sollte darauf fokussieren, wie in Alten- und Pflegeheimen für die aktuelle wie auch mögliche künftige Pandemiesituationen soziale Kontakte besser gewährleisten werden können.

Dieses Papier richtet sich an Expert*innen in Wissenschaft, Politik und Praxis, die mit der Gestaltung von Rahmenbedingungen zur Umsetzung von Kontaktmöglichkeiten in Alten- und Pflegeheimen befasst sind.

**Version 01, veröffentlicht am 15.12.2020, Stand der Literaturrecherche
02.11.2020**

Hintergrund

COVID-19-Ausbrüche treten vermehrt in Gemeinschaftseinrichtungen, speziell auch in Alten- und Pflegeheimen auf [1]. Damit steht Deutschland nicht alleine da. Nach einer Analyse der COVID-19 assoziierten Todesfälle in 21 Ländern in und außerhalb der EU liegt der Anteil der betroffenen Heimbewohner*innen im Schnitt bei 46% [2]. Eine bedeutende Maßnahme zur Eindämmung des Infektionsgeschehens in Alten- und Pflegeheimen zu Beginn der Pandemie dürften die in vielen Ländern erlassenen kurzfristigen Besuchsverbote gewesen sein. So merken Berloto et al. [3] für Italien an, dass die Aufmerksamkeit für die Herausforderungen im Langzeitpflegesektor und Restriktionen bzw. Instruktionen zum Umgang mit Besuchen erst mit zeitlicher Verzögerung erfolgten. Dies könnte COVID-19-Ausbrüche begünstigt haben, allerdings fehlt es international an Untersuchungen darüber, inwiefern speziell Besucher*innen Infektionen in die Heime hineingetragen haben [4]. Das Robert Koch-Institut (RKI) empfiehlt eine Reihe von organisatorischen Maßnahmen zur Kontaktreduzierung für Heime sowie die Implementierung und Durchsetzung von Zugangsregelungen für Besucher*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen [siehe 5].

Mittlerweile gewinnen einrichtungsspezifische Besuchskonzepte an Aufmerksamkeit, die in Abhängigkeit von der lokalen Situation mit dem zuständigen Gesundheitsamt abgestimmt werden sollen. Dabei gilt es, zwischen Nutzen von Infektionsschutzmaßnahmen und möglichen negativen Auswirkungen abzuwägen [5, S. 13f, 6]. Denn unbenommen der Notwendigkeit von Infektionsschutzmaßnahmen dürfen die gesundheitlichen Folgen einer sozialen Isolation nicht unbeachtet bleiben [ex. 7, 8]. Fehlende soziale Kontakte können nicht nur zu erhöhtem Einsamkeitsempfinden, sondern auch zu einer Verschlechterung der mentalen und physischen Gesundheit führen [9, 10]. Einige Studien zeigen an, dass soziale Verbindungen („social connections“) bei Heimbewohner*innen mit einer verbesserten mentalen Gesundheit assoziiert sind [11].

In einer während der Besuchsrestriktionen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in den Niederlanden durchgeführten Onlinebefragung (Ende April-Ende Mai 2020) berichteten 77% der 193 befragten Heimbewohner*innen, dass sie sich einsam fühlten. Über die Hälfte der 811 befragten Mitarbeitenden in diesen Einrichtungen beobachteten zudem einen Anstieg von Unruhe, Depressionen, Ängsten und Irritationen bei den Heimbewohner*innen [12]. Gerade in belastenden Situationen – wie während dieser Pandemie – ist es für Bewohner*innen von Heimen wichtig, mit vertrauten Personen wie beispielsweise Familienangehörigen, kommunizieren zu können [13]. Kontaktbeschränkungen bzw.

Besuchsverbote stellen einen gravierenden Einschnitt in die Autonomie von Heimbewohner*innen und ihre Grundrechte [14] dar.

Sie sind auch daher problematisch, weil viele Bewohner*innen von Alten- und Pflegeheimen bereits unter ‚Normalbedingungen‘ unter Einsamkeit leiden. Es fällt ihnen schwer, bedeutungsvolle Beziehungen mit anderen Bewohner*innen zu pflegen [ex. 15]. Das soziale Eingebundensein von Heimbewohner*innen zu fördern und Interaktion mit anderen Bewohner*innen, mit Familienangehörigen, Freund*innen und Nachbar*innen zu unterstützen, ist eine anspruchsvolle, professionelle Aufgabe von Mitarbeitenden in Alten- und Pflegeheimen. Erforderlich sind Konzepte und Maßnahmen in den Heimen, die auch unter Pandemiebedingungen soziale Kontakte von Heimbewohner*innen ermöglichen.

Ziel

Ziel des Beitrags ist es, zunächst mit Blick auf die Ergebnisse einer explorativen Interviewstudie mit Mitarbeitenden in Pflegeheimen Erfahrungen mit Kontaktbeschränkungen im Zuge der COVID-19 Pandemie zu skizzieren. Daraufhin wird ein Überblick über in der Literatur identifizierte Maßnahmen zur Ermöglichung sozialer Kontakte von Heimbewohner*innen während der COVID-19 Pandemie in Deutschland und anderen Ländern gegeben.

Methoden

Im Frühjahr (April/Mai) 2020 führten zwei der Autorinnen (Petereit-Haack und Horn) in 28 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland eine explorative Datenerhebung durch und befragten insgesamt 30 Personen, die Einrichtungs- und Heimleitungen, Pflegedienstleitungen oder Qualitätsmanagement-Beauftragte waren. Die Interviews wurden leitfadengestützt durchgeführt. Von Interesse war, wie Einrichtungen mit den Herausforderungen der COVID-19-Pandemie umgegangen sind, welche Lösungsstrategien sie ergriffen und welche Erwartungen sie zukünftig haben. Die Interviews wurden – pandemiebedingt – teils telefonisch, teils im Rahmen von Vor-Ort-Begehungen in den Einrichtungen durchgeführt und dauerten durchschnittlich 60 Minuten. In den Interviews sollten drei Perspektiven erfragt werden: 1) die Situation der Mitarbeitenden, weil vermutet wurde, dass ihre Situation pandemiebedingt gewählte Strategien beeinflussen könnten 2) die Lebenssituation der Bewohner*innen und 3) die Situation der Familienangehörigen von Heimbewohner*innen. Allerdings konnten weder Bewohner*innen noch ihre Angehörigen aufgrund der restriktiven Kontakteinschränkungen und Datenschutzbestimmungen befragt werden, sodass ihre Perspektiven schließlich stellvertretend nur aus

Sicht der befragten Fachkräfte in den Einrichtungen erhoben werden konnten. Alle Interviews wurden entweder aufgezeichnet oder unmittelbar nach den Gesprächen protokolliert. Das Datenmaterial wurde im Anschluss themenspezifisch [vgl. 16] ausgewertet.

In Ergänzung zu dieser explorativen Erhebung wurden von Juni bis Anfang November 2020 fortlaufend explorierende Literaturrecherchen durchgeführt. Die Literatursuche und -auswertung erfolgte fokussiert auf die Frage, welche Maßnahmen für die Ermöglichung von Besuchen/Kontakten von Bewohner*innen von Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie vorgeschlagen, entwickelt bzw. praktiziert werden. Dazu wurden a) die Publikationen des International Long-term Care Policy Network (<https://ltccovid.org>) ausgewertet, welche Länderberichte zur Situation und zu Entwicklungen in der Langzeitversorgung während der Covid-19 Pandemie und vertiefende länderübergreifende Analysen umfassen, (b) die Fachdatenbanken PubMed (via Medline) und CINAHL mit einer Kombination von Schlag- und Stichworten zu (i) nursing home AND (ii) visit/social contact AND (iii) COVID-19 in unterschiedlichen Begriffsvarianten durchsucht, sowie (c) Handsuchen in wissenschaftlichen Zeitschriften sowie Schneeballsuchen über die Literaturverzeichnisse relevanter Artikel durchgeführt. Literatur wurde nur dann einbezogen, wenn sie sich explizit (auch) auf das Setting „Alten- bzw. Pflegeheim“ bezog; aufgrund unterschiedlicher Einrichtungstypen wird hier der Begriff „Heim“ verwendet.

Empirische Ergebnisse aus der Interviewstudie

Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen steht die Antwort auf die Frage, welche Erfahrungen professionelle Akteur*innen in Einrichtungen mit der Schließung der Heime gemacht haben. Lockerungen waren zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht durchgeführt worden. Nur wenige der involvierten Einrichtungen hatten zum Befragungszeitraum Erfahrungen mit an COVID-19 erkrankten Bewohner*innen gemacht, aber alle erlebten mindestens einen oder mehrere Verdachtsfälle und verfügten über Erfahrungen mit isolierenden Maßnahmen und zusätzlichen Quarantänebedingungen.

Die Arbeitssituation der Befragten und der Mitarbeitenden in den Einrichtungen

Die Befragten gaben Auskünfte über ihre eigenen Arbeitssituationen und über die Arbeitssituationen der Mitarbeitenden in den Einrichtungen.

Im Ergebnis zeigt sich eine Reihe neuer Herausforderungen, die die Umstrukturierungen von Arbeitsabläufen, die Aufrechterhaltung der Teamkommunikation und den Umgang mit Ängsten umfassten:

- Einführung von spezifischen Hygienemaßnahmen, Einführung von Besuchsbeschränkungen, Etablierung von Corona-Krisen-Gruppen.
- Umgang mit Arbeitsverdichtung durch zusätzliche Hygienemaßnahmen.
- Umgang mit Störungen von Routinen im Arbeitsablauf und mit ungewohnten Situationen.
- Umgang mit Ängsten (eigene Infektion, Ansteckung der Bewohner*innen).
- Umgang mit Informationsflut, Bewertung der Informationen von verschiedenen Institutionen und vermehrte Kommunikation mit z.B. Gesundheitsamt oder betreuenden Ärzt*innen.
- Anwendung von allgemeinen Informationen/Empfehlungen in den spezifischen Einrichtungen.
- Beschaffung von Schutzkleidung.
- Betriebswirtschaftliche Berücksichtigung des organisatorischen und instrumentellen Mehraufwandes.
- Schulung und Kontrolle der Mitarbeitenden bezüglich der Hygienemaßnahmen.
- Umgang mit einer veränderten emotionalen Lage der Bewohner*innen.
- Kompensation von fehlenden Besuchen (z.B. zusätzliche Beschäftigungsangebote).
- Umgang mit COVID-19-Fällen oder Verdachtsfällen (Isolierungsmaßnahmen).
- Interne Separierung der Bewohne*innen, Kommunikation und Begründung von Besuchsbeschränkungen gegenüber Angehörigen, Umgang mit Konflikten.

Die Lebenssituation der Bewohner*innen

Die Befragten gaben Auskunft über die Lebenssituation der betreuten Bewohner*innen im Zeitraum der Besuchsbeschränkungen.

Bei einigen Bewohner*innen konnten in Folge der Einschränkungen sozialer Angebote und Kontakte Veränderungen im Gesundheitszustand beobachtet werden. Es wurden Suizidgedanken geäußert und auffällige Verhaltensmuster, wie z.B. Essensverweigerung beobachtet. Einige Befragte nahmen bei Bewohner*innen zudem einen vermehrten „inneren Rückzug“ wahr, der den Kontakt zu ihnen erschwerte. Die Expert*innen äußerten die Befürchtungen, dass eine Verlängerung der Maßnahmen eine Verstärkung des Rückzugs bewirken könnte. Einig waren sich alle Befragten darin, dass die Umsetzung der Schutzmaßnahmen Möglichkeiten der Heimbewohner*innen, ihren Alltag selbstständig zu gestalten stark eingeschränkt hat. Dies traf gleichermaßen auf sehr mobile als auch auf bettlägerige Bewohner*innen zu. Auch die Bewohner*innen mussten mit neuen Situationen umgehen, die vor allem eine Einschränkung ihrer gewohnten Lebensweise betrafen, welche u.a. dazu dient, eine gute Lebensqualität und das Wohlbefinden zu stärken. Hierzu gehörten Gruppenaktivitäten, wie beispielsweise Bewegungsangebote oder Singen, Angebote des Sozialen Dienstes, aber auch die Möglichkeit,

beispielsweise einen Friseurtermin wahrnehmen zu können. Diese Angebote wurden in Folge der Schutzmaßnahmen ausgesetzt oder stark reduziert.

Das Fernbleiben von Familienangehörigen durch strikte Besuchsverbote stellte aus Sicht der Befragten für viele Bewohner*innen unabhängig von Erkrankung und Pflegegrad eine seelische Belastung dar und wurde nicht immer verstanden.

Die Situation der Angehörigen der Bewohner*innen

Die befragten Expert*innen berichteten, dass durch das Besuchsverbot bei vielen Angehörigen Unsicherheit, aber auch Angst darüber entstand, dass die Versorgung der Heimbewohner*innen ohne ihre Unterstützung nicht mehr adäquat gewährleistet werden kann. Bei den Angehörigen beobachteten die Befragten neben der Sorge oftmals Unverständnis über die Sinnhaftigkeit der in den Heimen ergriffenen Maßnahmen.

Zwischenfazit

Insgesamt verdeutlichten die Befragten Unsicherheiten und Belastungen, vor die sie selbst und weitere Mitarbeitende in den Heimen, die Bewohner*innen sowie deren Angehörige im Zuge der Besuchsverbote gestellt waren. Deutlich wird, dass sie klare Hinweise benötigen, mit welchen Mitteln und Maßnahmen sie die aufgrund der Pandemie entstandenen Hürden für die Ermöglichung von sozialen Kontakten ebnen können und darüber hinaus auch Unterstützung für eine erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen.

Ergebnisse aus der Literaturrecherche

Nach den zu Anfang der Corona-Pandemie in Deutschland wie auch vielen anderen Ländern vollzogenen kurzfristigen Besuchsverboten in Heimen, folgten schließlich eine Reihe von Maßnahmen, die soziale Kontakte von Heimbewohner*innen ermöglichen sollten. Aus der gesichteten Literatur lassen sich fünf Maßnahmenbereiche unterscheiden.

Minimierung von Infektionsrisiken bei persönlichen Besuchen in Heimen

Verschiedene Wege zur Ermöglichung von persönlichen Besuchen für Heimbewohner*innen in Deutschland¹ und anderen Ländern wurden in den vergangenen Monaten definiert, welche Infektionsrisiken minimieren sollen.

Sie bauen stets auf der Einhaltung der Basishygiene sowie erweiterter Hygienemaßnahmen, wie der allgemeingültigen Distanzregeln sowie spezieller Barrieremaßnahmen wie einer Maskenpflicht und/oder Schutz durch Plexiglasscheiben, auf [17, 18, 19]. Teilweise wurden in Heimen flankierende Screeningverfahren für Besucher*innen auf Symptome der COVID-19 Erkrankung eingeführt [3,17, 20].

Regelungen und Praxisbeispiele für ein *Besuchermanagement* in Heimen umfassen in der Zusammenschau aus unterschiedlichen Ländern beispielsweise die Zulassung von maximal ein bis zwei Besucher*innen pro Bewohner*in, die Einführung von Besuchszeiten sowie Anmelde- bzw. Registrierungssysteme [21, 17, 22, 18, 23, 5, 19, 24, 25]; letztere sind auch wichtige Grundlage für eine etwaig notwendige Kontaktpersonennachverfolgung [vgl. 5]. Besuche werden in dafür *ausgewiesenen Besuchsbereichen*, bevorzugt im Freien [21, 18, 17, 23, 26] oder in speziellen Begegnungszonen [19], in sogenannten „Meeting containern“ [21] oder auch als Fensterbesuche [27, 4] durchgeführt. Stall et al. [26] betonen, dass Besuche möglichst flexibel gestaltet werden sollten; so können beispielsweise feste Besuchszeiten in Heimen mit zeitlichen Verpflichtungen von Angehörigen in Konflikt stehen; auch dürfen die Mobilität der Bewohner*innen, Witterungsbedingungen u.a. Faktoren nicht außer Acht gelassen werden.

Besondere Regeln existieren, auf Grund der spezifischen Situation, in den meisten Ländern für Menschen am Lebensende [21, 17, 23, 24] und für Menschen mit Demenz, deren Teilhabemöglichkeiten besonders eingeschränkt sind [23]. Die S1 Leitlinie Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie empfiehlt individuelle Lösungen nach den Bedürfnissen der Heimbewohner*innen unter Berücksichtigung angemessener Hygienemaßnahmen bis hin zur Ermöglichung von Körperkontakten [28]. Nonverbale Kommunikation und Berührung ist gerade auch für Menschen mit Demenz von hoher Bedeutung [29].

¹ In Deutschland haben die Bundesländer unterschiedliche Regelungen erlassen [siehe Annex bei 18; pflegenetzwerk-deutschland.de, www.biva.de].

Verbeek et al. [25] berichten als Ergebnis einer Befragung von Expert*innen in jenen 26 Heimen, welche die nationale niederländische ‚Leitlinie für Besuche in Pflegeheimen während COVID-19‘ erprobten, dass das Wiedersehen von Angehörigen und Bewohner*innen von starken Emotionen geprägt war. Die wiedererlangten (eingeschränkten) Besuchsmöglichkeiten wurden als großer Gewinn für Bewohner*innen, Angehörige, wie auch Mitarbeitende angesehen, wenngleich auch Ängste vor Infektionsrisiken damit verbunden waren. Stall et al. [26] fordern, dass zwischen engen Familienangehörigen und allgemeinen Besucher*innen unterschieden wird; enge Familienmitglieder sollten danach bei der Ermöglichung von Besuchen priorisiert werden.

Um die Versorgung der vulnerablen Gruppen mit Schutzmasken zukünftig sicherzustellen hat die Bundesregierung eine Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung geplant [30]. In der Coronavirus-Testverordnung v. 14.10.2020 ist zudem vorgesehen, dass jede*r Bewohner*in und Besucher*in einen Anspruch auf einen Antigen-Schnelltest (sog. Point-of-Care-Test) hat [31].² Ein weiterer Schritt zu mehr Sicherheit kann die Impfung darstellen. Da Heimbewohner*in bisher die größte Risikogruppe in der Pandemie darstellen schlägt die gemeinsame Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommision, des Deutschen Ethikrats und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina vor, diese Gruppe als erstes zu impfen [36]. Die derzeitigen Pläne sehen vor, dass auch mobile Teams Impfungen durchführen [37]; dies könnte ein wichtiger Ansatz für Impfungen in Heimen sein.

Information, Aufklärung und Motivation von Bewohner*innen und Angehörigen

Um Möglichkeiten für Besuche und alternative Formen der Kontaktpflege verstehen und umsetzen zu können, ist *die Information und Aufklärung von Bewohner*innen, Angehörigen und anderen Besucher*innen* ein wichtiger Aufgabenbereich in den Heimen. Mitarbeitende sollen über Infektionsrisiken und Schutzmaßnahmen informieren [28, 20, 23]; dabei ist eine personenzentrierte Kommunikation empfohlen, zu der den Mitarbeitenden ggf. Schulungsangebote ermöglicht werden sollten [28].

² Diese Tests stellen aufgrund der aktuell bekannten Sensitivität ausschließlich einen ergänzenden Charakter zu den Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen dar. Entscheidend bei der Umsetzung dieser Tests ist die Verwendung qualitätsgesicherter Testverfahren [32] sowie die korrekte Probenahme [33, 34]. Als Goldstandard gilt weiterhin die PCR-Diagnostik im Labor, weshalb diese Methode bei symptomatischen Personen, bei Ausbruchsermittlungen sowie bei der Abklärung positiver Antigen-Schnelltests weiterhin vorrangig zum Einsatz kommt [31, 35].

Bewohner*innen, die aufgrund kognitiver Einschränkungen (z.B. aufgrund einer dementiellen Erkrankung) die Maßnahmen nicht verstehen, stellen eine besondere Herausforderung dar. In Deutschland empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), die Gefahr der Infektion sowie die Maßnahmen in einfacher und verständlicher Sprache zu erläutern. [38]. In Dänemark wurden pädagogische Ansätze gefordert, um Menschen mit Demenz zur Einhaltung der geltenden Regeln zu motivieren, wobei die Ausübung von Zwang strikt zu vermeiden ist. Inwiefern diese in der Praxis realisiert werden konnten, ist jedoch nicht bekannt [23].

Für Angehörige, kann die Situation erleichtert werden, indem sie informiert werden, welche Besuchsregelungen gelten. Diese werden in Deutschland derzeit unter Berücksichtigung der aktuellen regionalen Lage vor allem durch die Einrichtungen bzw. deren Träger, bzw. durch die verantwortlichen Gesundheitsämter festgelegt und von einigen Einrichtungen an die direkten Verwandten schriftlich kommuniziert. Flankierend werden in Deutschland ‚laienverständliche‘ Informationen von unterschiedlichen Akteuren online zur Verfügung gestellt.³ Insgesamt ist das Feld damit unübersichtlich – nicht nur für Angehörige - und die Informationsstrategie zumeist von der Einrichtung, oftmals individuell von der Einrichtungsleitung, abhängig. Hado und Friss Feinberg [13] schlagen vor, dass Studierende (mit einer entsprechenden fachlichen Expertise, z.B. in der gerontologischen Sozialen Arbeit) die Einrichtungen durch regelmäßige Kontaktaufnahme zu Angehörigen unterstützen könnten, um den Informationsfluss zwischen Einrichtung und Angehörigen zu fördern. Eine Befragung von Angehörigen von Heimbewohner*innen in Taiwan zeigt, dass Angehörige Besuchsbeschränkungen eher akzeptieren, wenn sie grundsätzlich zufrieden mit der Versorgungsqualität der Einrichtung sind und Vertrauen in die Einrichtung aufbauen konnten [39]. Proaktive Maßnahmen der Einrichtungen können demnach dazu beitragen, dass Angehörige wichtige Informationen erhalten, Vertrauen in die Einrichtungen aufbauen und das Sicherheitsempfinden der Angehörigen bestärkt wird.

Förderung virtueller Besuche und der Nutzungskompetenzen von digitalen Medien

Digitale Technologien bieten älteren Menschen Möglichkeiten, soziale Teilhabe zu realisieren. In der Pandemiephase werden in den Heimen vermehrt telefonische Sprechstunden und Videotelefonie für Bewohner*innen und Angehörige empfohlen und realisiert [27, 13, 40, 23, 41, 42]. Defrancesco et al. [29] merken an, dass digitale Kommunikation für Menschen mit fortgeschrittener Demenz oft nicht

³ Beispiele sind: www.aok-pfiff.de; <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-zu-hause/was-fuer-angehoerige-aelterer-menschen-in-coronazeiten-wichtig-ist-46340>; <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/Service/Corona/Pflege-und-Soziales/FAQ/>;



mehr möglich ist. In einer der ersten Studien, die während der COVID-19-Pandemie das emotionale Befinden von Angehörigen und Heimbewohner*innen (nach Einschätzung der Angehörigen) bei unterschiedlichen kontaktlosen Kommunikationsformen untersuchte [43], zeigten sich insbesondere Vorteile häufigerer Telefonate und häufigerer E-Mail-Kommunikation. Telefonate erwiesen sich gegenüber der Nutzung von Videokonferenzen als vorteilhaft. Die Autor*innen resümieren, dass der Einsatz synchroner und gewohnter Kommunikationsmittel gegenüber asynchronen und ungewohnten Kommunikationsmitteln zu empfehlen sei [43]. Die Studienlage zum Nutzen von Videotelefonie ist derzeit allerdings insgesamt noch unzureichend [ex. 28]. Hower et al. [40] merken kritisch an, dass technische Lösungen in den Heimen in Deutschland schnell an Grenzen stoßen, da die Ausstattung oder der Internetzugang fehlt oder unzureichend ist. Comas-Herrera et al. [9] berichten, dass in einigen Ländern Initiativen u.a. privater Non-profit Organisationen und von öffentlichen Stellen entstanden sind, um die *digitalen Kommunikationsmöglichkeiten in den Heimen zu erschließen*, z.B. durch Anschaffung von Geräten und Einrichtung von Kommunikationsplattformen für Videokonferenzen. Auch für Deutschland wird berichtet, dass einige Heime Tablets oder Smartphones anschafften, um digitale Kommunikationstechnologien für die Bewohner*innen nutzbar zu machen [42]. Es ist zu berücksichtigen, dass ältere Menschen häufig nicht gelernt haben, mit digitalen Medien umzugehen [44]. Die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Achten Altersberichts der Bundesregierung empfiehlt, dass in stationären Einrichtungen personelle Ressourcen geschaffen werden [44, ähnlich: 41, 45], um Digitalisierungsprozesse zu begleiten und Nutzungskompetenzen der älteren Menschen zu fördern.

Gestaltung von sozialen Begegnungsmöglichkeiten und -aktivitäten zwischen Heimbewohner*innen

Soziale Teilhabe und soziales Eingebundensein findet vielfach auch in der Begegnung zwischen Bewohner*innen statt. Mahlzeiten ebenso wie soziale Aktivitäten innerhalb der Heime werden umstrukturiert und in *Kleinstgruppen* (mit wenigen Bewohner*innen) fortgeführt [21, 20, 23]. Gemeinsame Mahlzeiten und Aktivitäten können teils auch mit Einhaltung von Abstand und/oder Maskennutzung durchgeführt werden [27]. In Dänemark wurden Heimbetreiber bereits mit dem Erlass des Besuchsverbots in Heimen darauf verwiesen, dass die *gewohnte Tagesstruktur* der Bewohner*innen möglichst aufrechterhalten werden soll, damit Bewohner*innen mental und physisch aktiv bleiben können [23]. Rostgaard [23] verweist auf einen dänischen Zeitungsbericht, in dem Pflegeheimmanager positive Effekte der Umstellungen auf Kleinstgruppen im Heim (z.B. weniger Medikamenteneinsatz, besseres

Schlafverhalten, weniger Konflikte zwischen den Bewohner*innen) beschreiben. Das RKI empfiehlt, kleine fest etablierte Gruppen unter den Heimbewohner*innen zu bilden, um Infektionsketten zu vermeiden bzw. nachverfolgen zu können [5]. In Bezug auf diese Empfehlung konstatieren die Autor*innen der S1 Leitlinie, dass alternative Lösungen in den Einrichtungen angeboten werden sollten. Als Beispiel nennen sie den Besuch von Bewohner*innen untereinander unter Einhaltung der Hygienevorschriften [28].

Förderung des Kompetenzaufbaus und Unterstützung von Mitarbeitenden

Zur Unterstützung von Mitarbeitenden in Heimen bei der Implementation von Konzepten, die Besuche ermöglichen, sind unterschiedliche Vorgehensweisen in der einbezogenen Literatur beschrieben. In der Summe können Maßnahmen zur breiten Kompetenzförderung aller Mitarbeitenden und Maßnahmen, die den gezielten Aufbau von Kompetenzen in Teams fördern, welche die anderen Mitarbeitenden des Heims konsultieren können, differenziert werden. Auf beiden Wegen erlangen Mitarbeitende einen Wissens- und Kompetenzzuwachs, der es ihnen erlaubt, Wege zur Ermöglichung von sozialen Kontakten zu eröffnen.

In den Niederlanden bildet jedes Altenheim ein *internes Krisenteam*, bestehend aus Vertreter*innen des Managements, der Pflegefachpersonen, des Reinigungspersonals, der Kommunikationsstelle und des internen "infection committee" [24]. Das Krisenteam ist zuständig für die Optimierung von Kommunikationsabläufen, Überprüfung der Praktiken zur Infektionskontrolle und Ausstattung mit persönlicher Schutzausrüstung, Entwicklung von Prozessen zum Monitoring von Bewohner*innen und Personal, Implementierung von Protokollen sowie Vorhaltung und Umsetzung eines Plans im Falle eines Ausbruchs. Die internen Krisenteams verbreiteten und implementierten ebenso nationale Richtlinien [24]. Analog zu den Empfehlungen des RKI [5], etablierten sich auch in Deutschland Krisenteams oder ein Krisenstab, um den Austausch arbeitsrelevanter Informationen zu sichern [40, 42]. In Österreich, Kanada (Provinz Ontario) und Deutschland erhielten Pflegende *Schulungen über Videokonferenzen*, in denen generelle Informationen über das Virus gegeben sowie Strategien, Leitlinien und Empfehlungen zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen erläutert wurden [40, 46, 20, 23]. In Deutschland wurden zudem E-Learning-Plattformen eingerichtet [40]. Auch Berufsverbände, wie beispielsweise der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (www.dbfk.de) und der Deutsche Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA) (www.dbva.de), stellen umfangreich Informationen für Pflegende auf ihren Homepages zur Verfügung. Kritisch bemerkt Rostgaard [23] für Dänemark an, dass die dort gültigen, sehr ausführlichen Leitlinien teilweise zu komplex für die Implementierung seien.

Fazit und Empfehlungen

Soziale Isolation von Heimbewohner*innen in Folge von Besuchseinschränkungen und -verboten waren und sind eine große Herausforderung für alle Beteiligten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen bezeichnet daher die mit den Regelungen verbundenen Eingriffe in Freiheits- und Menschenrechte von Heimbewohner*innen als die mit „Abstand schwersten Grundrechtseingriffe“ während der COVID-19-Pandemie [47, S 2]. Die Folgen der Regelungen können bisher nur erahnt werden. Bekannt ist aus Untersuchungen zu Folgen von sozialer Isolation, dass das Risiko zu erkranken erhöht ist [48, 10] - jede isolierende Situation sollte daher individuell eingeschätzt [48], auf das Notwendigste beschränkt und so schnell wie möglich beendet werden [49], um Folgeschäden zu reduzieren. Das RKI hat Ende November die Empfehlungen entsprechend angepasst [5].

Angehörigen, Freund*innen und Nachbar*innen sollten durch flankierende Maßnahmen darin unterstützt werden, in möglichst weitem Umfang Kontaktmöglichkeiten zu Heimbewohner*innen erhalten zu können. Unterschiedliche, oben bereits skizzierte Maßnahmenansätze, sollten einander so ergänzen, dass Besuche möglichst sicher und auf verschiedenen Wegen realisiert werden können. Das bedeutet, dass ein breites Spektrum an Maßnahmen für die Ermöglichung von sozialen Kontakten für Heimbewohner*innen erforderlich ist und nicht eine Maßnahme für alle gleichermaßen ausreichend ist (nicht „one size fits all“). Strukturelle Voraussetzungen, wie auch WLAN für alle Bewohner*innen sollten zeitnah selbstverständlich werden und durch die Heime z.B. technische Ausstattungen für digitale Kommunikation und Personalressourcen und -kompetenzen zur Begleitung und Umsetzung von Kontaktwegen fest etabliert werden; dies gilt es entsprechend auch in den Regularien für den Heimbau und Versorgungsverträgen zu spezifizieren.

In der Literatur wurden kaum Hinweise identifiziert, wie Heimbewohner*innen und Angehörige bei der Entwicklung von Ansätzen und Maßnahmen für die Ermöglichung von sozialen Kontakten beteiligt wurden. Sie sollten informiert, angehört und an Entscheidungen beteiligt werden - dies auch, damit nicht durch fehlende Transparenz und Partizipation zusätzliche Verunsicherungen entstehen. Es ist notwendig, ihre Gewohnheiten, Bedürfnisse und Wünsche zu verstehen. Erst auf Basis dieser Erkenntnisse wird es möglich sein, Maßnahmen zu ihrem Schutz bedürfnisgerecht auszugestalten und zur Akzeptanz der Maßnahmen beizutragen.

Hier kann Forschung eine wichtige, unterstützende Funktion einnehmen; sie sollte darauf fokussieren, wie die unterschiedlichen Besuchs- und Kontaktwege von den Beteiligten wahrgenommen werden und welche Ansätze aus ihrer Sicht geeignet sind. So dürfte es einen Unterschied machen, ob sich die Beteiligten in einem für Besuche vorbereiteten Raum mit Plexiglasscheiben und neben anderen Besuchspartnern mit lauter Geräuschkulisse treffen oder ob es sich um einen Besuch handelt, der Privatsphäre sicherstellt. Speziell sollte betrachtet werden, wie die Qualität der Interaktion auf digitalem Wege erlebt wird und inwiefern neu geschaffene Kommunikationswege bedeutungsvolle soziale Interaktion bieten.

Bedeutsam ist in allen Fällen, dass Bewohner*innen, Angehörige, Freund*innen und Nachbar*innen nutzerfreundlich und über unterschiedlichste Kommunikationswege darüber informiert werden, welche Möglichkeiten für die Kontaktpflege bestehen. Darüber hinaus müssen sie die Möglichkeit erhalten, angeleitet zu werden, um die neuen und innovativen Wege für sich gut nutzen und ‚sicher‘ umsetzen zu können. Wie die Daten der eigenen Befragung skizzieren, führten Kontaktbeschränkungen zu einem veränderten Arbeitsaufwand bei den Beschäftigten – diese Erkenntnisse wurden in anderen Untersuchungen bestätigt [ex. 40]. Erkennbar ist auch, dass der Dualismus zwischen Infektionsrisiko und Ausgrenzung der Bewohner*innen bzw. ihrer Angehörigen als belastend empfunden wurde. So sind auch Mitarbeitende zu unterstützen, damit sie den neuen Aufgaben in der Begleitung von Kontaktpartnern gerecht werden können [26]. Personelle Unterbesetzung in Alten- und Pflegeheimen ist angesichts der gewachsenen Anforderungen an die Unterstützung von Bewohner*innen während der COVID-19-Pandemie – wozu auch verstärkte Unterstützung und Begleitung zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte zählen – einmal mehr unvereinbar mit einer personenzentrierten Pflege [26, 50]. Nach Roller-Wirnsberger et al. [20] verdeutlicht die Situation in der COVID-19-Pandemie in Österreich, dass Personal- und Pflegekonzepte für Altenheime in naher Zukunft überarbeitet werden müssen – eine Forderung, die auch auf die Situation in Deutschland übertragbar ist. Dabei sollte die personenzentrierte Pflege von Heimbewohner*innen und Beteiligung von (pflegenden) Angehörigen in den Mittelpunkt rücken.

Quellen

1. RKI – Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) v. 13.12.2020. 2020a. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-13-de.pdf?__blob=publicationFile



2. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, Schmidt, AE, Greg, A, Fernández J-L. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: international evidence. Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 14 October 2020. 2020a.
3. Berloto S, Notarnicola E, Perobelli E, Rotolo A. Italy and the COVID-19 long-term care situation. Country report in LTCcovid.org, International Long Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 31stJuly 2020. 2020.
4. Comas-Herrera A, Salcher-Konrad M, Baumbusch J, Farina N, Goodman C, Lorenz-Dant K, Low L-F. Rapid review of the evidence on impacts of visiting policies in care homes during the COVID-19 pandemic. Pre-print published in LTCcovid.org. 2020b
5. RKI – Robert Koch-Institut. Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst. V.14 v. 08.12.2020. Berlin: RKI; 2020b.
6. Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege (Hrsg). Besuche sicher ermöglichen. Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der Corona-Pandemie. Handreichung. Dezember 2020 [zitiert 10.12.2020]. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Handreichung-Besuchskonzepte_4.12.20.pdf
7. Kuwahara K, Kuroda A, Fukuda Y. COVID-19: Active measures to support community-dwelling older adults. Travel medicine and infectious disease. 2020;36(Jul-Aug):101638. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101638>
8. Mesa Vieira C, Franco OH, Gómez Restrepo C, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. Maturitas. 2020;136:38-41. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.04.004>
9. Comas-Herrera A, Ashcroft E, Lorenz-Dant K. International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings. Report in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 11 May 2020. 2020c.
10. Seidler A, Schuber M, Petereit-Haack G, Horn A, Kämpf D, Westerman R. Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. Ergebnisse eine systematischen Literaturrecherche “Rapid Scoping Review”), ergänzt durch eine qualitative Erhebung. Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19; 2020. xxxx
11. Bethell J, Aelick K, Babineau J, Bretzlaff M, Edwards C, Gibson J-L, Colborne DH, Iaboni A, Lender D, Schon D, McGilton K, Social connection in long-term care homes: A scoping review of published research on the mental health impacts and potential strategies during COVID-19, Journal of the American Medical Directors Association. 20. November 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.025>
12. Van der Roest HG, Prins M, van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, vonTilburg TG, de Vries DH. The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands. Journal of the American Medical Directors Association. Journal Pre-proof. 2020;21(11):1569-1570. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>
13. Hado E, Friss Feinberg L. Amid the COVID-19 Pandemic, Meaningful Communication between Family Caregivers and Residents of Long-Term Care Facilities is Imperative. Journal of Aging and Social Policy. 2020;32(4-5):410-415. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1765684>



14. Hufen F. Zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen aus Anlass der COVID-19-Pandemie. Rechtsgutachten im Auftrag der BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. 2020.
15. Hämel K, Röhnsch G. Between social inclusion and exclusion: Integration of daycare guests in the nursing home setting. *The Gerontologist*. 2020; gnaa157. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa157>
16. Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W, Herausgeber. *Das Experteninterview. Theorien, Methoden, Anwendung*. Opladen: Westdeutscher Verlag; 2020: 71-93.
17. Hsu AT, Lane NE, Sinha SK, Dunning J, Dhuper M, Kahiel Z, Sveistrup H. Report: Understanding the impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes — ongoing challenges and policy responses. Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 4 June 2020. 2020.
18. Lorenz-Dant K. Germany and the COVID-10 long-term care situation. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, 26 May 2020. 2020
19. Schmidt AE, Leichsenring K, Staflinger H, Litwin C, Bauer A. The impact of COVID-19 on users and providers of Long-Term Care services in Austria. Report available at LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 12 July 2020. 2020.
20. Roller-Wirnsberger R, Lindner S, Matjevic A, Stolz E and Wirnsberger G (2020). Nursing home care in Austria during SARS-COVID-19 pandemic 2020. *Journal of Nursing Home Research Sciences*. 2020;6:50-52. <https://doi.org/10.14283/jnhrs.2020.14>.
21. Forma L, Aaltonen M, Pulkki J. COVID-19 and clients of long-term care in Finland – impact and measures to control the virus. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 12 June 2020. 2020.
22. Kruse F, Abma I, Jeurissen P. The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 26 May 2020. 2020.
23. Rostgaard T. The COVID-19 Long-Term Care situation in Denmark. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network. CPEC-LSE, 27 May 2020. 2020.
24. Schols JMGA, Poot EP, Nieuwenhuizen NM, Achterberg WP (2020). *Dealing with COVID-19 in Dutch nursing homes*. *Journal of Nursing Home Research Sciences*. 2020;6:30-34. <https://doi.org/10.14283/jnhrs.2020.7>.
25. Verbeek H, Gerritsen DL, Backhaus R, de Boer BS, Koopmans RTCM, Hamers JPH. Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020;21(7): 900-904. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.020>
26. Stall NM, Johnstone J, McGeer AJ, Dhuper M, Dunning J, Sinha SK. Finding the Right Balance: An Evidence-Informed Guidance Document to Support the Re-Opening of Canadian Nursing Homes to Family Caregivers and Visitors during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020;21(10):1365-1370.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.07.038>
27. Abbasi J. Social Isolation - the Other COVID-19 Threat in Nursing Homes. *JAMA*. 2020;324(7):619-620. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.13484>.
28. DGP. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.). (2020). S1 Leitlinie. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-



- Pandemie- Langfassung – AWMF Registernummer 184 – 001, Leitlinienreport. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinie/aktuelle-leitlinien.html>
29. Defrancesco M, Bancher C, Dal-Bianco P, Hinterhuber H, Schidt R, Struhal W, Ransmayr G, Stögmann E, Marksteiner J. Positionspapier der Österreichische Alzheimer Gesellschaft (ÖAG): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in Österreich auf Menschen mit Demenz und deren Betreuungsumfeld – Problemfelder, Empfehlungen und Strategien. Neuropsychiatr 2020;online ahead of print Oct 29. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00363-9>
 30. BMG. Referentenentwurf: Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2.9.12.2020. 2020a [zitiert 10.12.2020]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/SchutzmaskenVO_RefE.PDF
 31. BMG. Anspruch auf Testung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2. Coronavirus-Testverordnung – TestV. BAnz AT 14.10.2020 V1. Berlin 2020b.
 32. BfArM. Liste der Antigen-Tests zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2. Bonn 2020 [zitiert 23.11.2020]. Verfügbar unter: <https://antigentest.bfarm.de/ords/antigen/r/antigentests-auf-sars-cov-2/liste-der-antigentests?session=7787139494782&tz=1:00>
 33. WHO – World Health Organization. Laboratory biosafety guidance related to coronavirus disease (COVID-19). Interim guidance. 2020.
 34. Higgins, T. S., Wu, A. W., & Ting, J. Y.. SARS-CoV-2 Nasopharyngeal Swab Testing—False-Negative Results From a Pervasive Anatomical Misconception. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;146(11):993-994. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2020.2946>
 35. Schlenger, R. L. Antigentests auf SARS-CoV-2: Der Preis der Schnelligkeit. Deutsches Ärzteblatt. 2020;117(44):2101-2104.
 36. Ständige Impfkommision; Deutscher Ethikrat; Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Positionspapier der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommision, des Deutschen Ethikrats und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff? Berlin. 2020.
 37. BMG, RKI, Paul-Ehrlich-Institut, BZgA. Nationale Impfstrategie COVID-19. Strategie zur Einführung und Evaluierung einer Impfung gegen Sars-CoV-2 in Deutschland. Berlin 2020 [zitiert 10.12.2020]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Impfstoff/Nationale_Impfstrategie.pdf
 38. DGN. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Praxisleitfaden für den Umgang mit dementen Patienten in Pflegeeinrichtungen zu Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie. 2020 [zitiert 10.12.2020]. Verfügbar unter <https://dgn.org/neuronews/neuronews/stellungnahme-praxisleitfaden-fuer-den-umgang-mit-dementen-patienten-in-pflegeeinrichtungen-zu-zeiten-der-sars-cov-2-pandemie/>
 39. Yeh TC, Huang HC, Yeh TY, Huang WT, Huang HC, Chang YM, Chen W. Family members' concerns about relatives in long-term care facilities: Acceptance of visiting restriction policy amid the COVID-19 pandemic. Geriatr Gerontol Int. 2020;20(10):938-942. <https://doi.org/10.1111/ggi.14022>.
 40. Hower KI, Pfortner TK, Pfaff H. Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona – Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften. Köln: Universität zu Köln. Humanwissenschaftliche Fakultät. Medizinische Fakultät, 2020.



41. Ruopp MD. Overcoming the Challenge of Family Separation From Nursing Home Residents During COVID-19. *J Am Med Dir Assoc.* 2020 Jul;21(7):984-985. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.022>.
42. Wolf-Ostermann K, Rothgang H. Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung. SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik; 2020.
43. Monin JK, Ali T, Syed S, Piechota A, Lepore M, Mourgues C, Gaugler JE, Marottoli R, David D. Family Communication in Long-Term Care During a Pandemic: Lessons for Enhancing Emotional Experiences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2020;28(12):1299-1307. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.09.008>
44. Sachverständigenkommission zur Erstellung des Achten Altersberichts der Bundesregierung. Positionspapier. Ältere Menschen und digitale Technologien in der Corona-Pandemie. Berlin 2020 [zitiert 14.11.2020]. Verfügbar unter: https://www.achter-altersbericht.de/fileadmin/achter-altersbericht/pdf/Position_der_Achten_Altersberichtscommission_zu_Corona.pdf
45. Siette J, Wuthrich V, Low LF. Social Preparedness in Response to Spatial Distancing Measures for Aged Care During COVID-19. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2020;21(7):985-986. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.04.015>.
46. Moser A, Pariser P, Verma A., Razak F, Wong B, Pus L, Feldman S. COVID-19 in LTC – reflections from Ontario Canada. *Journal of Nursing Home Research Sciences.* 2020;6:45-46. <https://doi.org/10.14283/jnhrs.2020.12>
47. BAGSO. Soziale Isolation von Menschen in Pflegeheimen beenden! Dringende Empfehlungen der BAGSO an die Politik. 2020 [zitiert 7. Dezember 2020]. Verfügbar unter: https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2020/Stellungnahme_Soziale_Isolation_Pflegeheime.pdf
48. Berg-Weger M, Morley JE. Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *Journal of Nutrition, Health & Aging.* 2020;24(5):456–458. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8>
49. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin G. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020;395(10227):912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
50. Hämel K, Kümpers S, Olbermann E, Heusinger F. Teilhabe und Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in Zeiten von Corona und darüber hinaus. Gemeinsames Statement der Sektionen Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III) und Soziale Gerontologie und Altenarbeit (IV) der DGGG vom 10.5.2020. 2020 [zitiert 14.11.2020]. Verfügbar unter: https://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/covid-19/20200510_DGGG_State-ment_Sektionen_III_IV_Menschen_mit_Pflegebedarf.pdf



Autor*innen, Peer-Reviewer*innen und Ansprechpersonen

Federführende Autorinnen

Prof. Dr. Kerstin Hämel, AG 6 Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Annett Horn, Fachbereich Gesundheit, Fachhochschule Münster

Ariane Rolf, Fachbereich Gesundheit, Fachhochschule Bielefeld

Dr. Katharina Graffmann-Weschke, AOK Pflege Akademie der AOK Nordost, Berlin

Dr. Gabriela Petereit-Haack, Landesgewerbeamt Hessen, Abt. Arbeitsschutz und Umwelt Wiesbaden, Regierungspräsidium Darmstadt

Patrick Ziech, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

Co-Autor*innen

Birgit Hartleb, Fakultät Gesundheitswesen, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

Prof. Dr. Martina Hasseler, Fakultät Gesundheitswesen, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

Prof. Dr. Frauke Koppelin, Abteilung Technik und Gesundheit für Menschen, Jade Hochschule Oldenburg

Prof. Dr. Andreas Seidler, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden

Peer-Reviewer*innen

Prof. Dr. Nico Dragano, Prof. Dr. Caroline Herr, Dr. Anke Spura.

Interessenskonflikte



Kerstin Hämel, Annett Horn, Ariane Rolf, Katharina Graffmann-Weschke, Gabriela Petereit-Haack, Patrick Ziech, Birgit Hartleb, Martina Hasseler, Frauke Koppelin und Andreas Seidler erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Ansprechpersonen

Prof. Dr. Kerstin Hämel, kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Annett Horn, annett.horn@fh-muenster.de

Zitierweise

Hämel K, Horn A, Rolf A, Graffmann-Weschke K, Petereit-Haack G, Ziech P, Hartleb B, Hasseler M, Koppelin F, Seidler A. Ermöglichung sozialer Kontakte von Bewohner*innen in Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie. 2020, Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19.

Disclaimer: Dieses Papier wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Public Health zu COVID-19 erstellt. Die alleinige Verantwortung für die Inhalte dieses Papiers liegt bei den Autor*innen.

Das Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 ist ein Ad hoc-Zusammenschluss von über 25 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden aus dem Bereich Public Health, die hier ihre methodische, epidemiologische, statistische, sozialwissenschaftliche sowie (bevölkerungs-)medizinische Fachkenntnis bündeln. Gemeinsam vertreten wir mehrere Tausend Wissenschaftler*innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.