

# Seniorenwohnheime in Isolation

Eine Studie des Instituts für Allgemeinmedizin



## Überblick

### Studie

1 Hintergrund

2 Methode

3 Ergebnisse

3.1 Lockdown: Entkopplung bestehender Versorgungsmodelle und Grundwerte

3.2 Organisation und Handhabung in den Strukturen

3.3 Isolation aushalten - Gesundheit der Bewohner\*innen

3.4 Sterben in der Pandemie

3.5 Die Angehörigen

3.6 Ethik, Gewissenskonflikte und eigene Wege

3.7 Handlungsstrategien: Notwendigkeiten

**Studienteam:** Dr. rer. biol. hum. Barbara Plagg, Dr. med. Adolf Engl und Dr. med. Giuliano Piccoliori (alle IfA); Dr. Peter Koler, Manuela Lechner, M.A. und Sara Tauber, M.Sc. (Forum Prävention)

## 1 Hintergrund

Das IfA hat bereits im Mai 2020 in einer vielbeachteten wissenschaftlichen Publikation (B. Plagg, A. Engl, G. Piccoliori, K. Eisendle) auf das präventivmedizinische und ethische Dilemma in den Seniorenwohnheimen im Lockdown verwiesen. In der Folge wurde zwischen September 2020 und Dezember 2020 unter der Studienleitung von Dr. Barbara Plagg in Zusammenarbeit mit Forum Prävention (Dr. Peter Koler, Manuela Lechner, Sara Tauber) eine qualitative Erhebung in den Seniorenwohnheimen Südtirols durchgeführt. Die Erhebung bildet die Situation in den Heimen nach Ausbruch der Pandemie ab, protokolliert damit die Umsetzung, Handhabe und Konsequenzen der Maßnahmen und lässt Schlüsse auf notwendige zukünftige Strategien zu.

## 2 Methode

Für die Studie wurden 45 teilstrukturierte Einzelinterview mittels nicht-standardisiertem Fragebogen mit folgenden Gruppen durchgeführt: i) Bewohner\*innen von Seniorenwohnheimen, ii) Angehörige von Bewohner\*innen in Seniorenwohnheimen, iii) Mitarbeiter\*innen der Seniorenwohnheime, iv) Hausärzt\*innen. Die befragten Personen waren zwischen 21 und 89 Jahre alt, vier Interviews wurden in italienischer Sprache geführt, die restlichen in deutscher. Insgesamt ergab sich nach Transkription ein 637 Seiten umfassendes Interviewmaterial, aus der Datenanalyse sind 15 Überkategorien und 96 Unterkategorien hervorgegangen, die insgesamt 3862 Codes umfassen. Die Interviews sind vollständig anonymisiert, personenbezogene Informationen sind aus den Forschungsdaten entfernt worden. Daten, die einer bestimmten Person/Institution zugeordnet werden können, sind bis Erhebungsende gesondert aufbewahrt und anschließend vernichtet worden.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Lockdown: Entkopplung bestehender Versorgungsmodelle und Grundwerte

---

*Logisch, das ist ein Spagat, der jetzt auch bei mir zu finden ist und logischerweise geht es hier immer um Verantwortung und die Verantwortung wird irgendwo hingeschoben und da muss sie halt bleiben. [lacht] Dann ist man halt in diesem Zwiespalt drinnen. Auf der einen Seite, wenn das wirklich schiefgeht, dann bist du verantwortlich, auch rechtlich. Und dann hofft man halt, dass es nicht schiefgeht. Aber eine Hoffnung ist häufig nicht [lacht] ein stabilisierter Faktor. Es bleibt Hoffnung. (Hausarzt 24)*

---

Durch den Lockdown brachen auf den Lebensraum Seniorenwohnheim massive Veränderungen ein. Gewohnte Routine, Arbeitsabläufe, Alltagsstruktur, Beziehungsmodelle und Grundwerte wurden aus ihrem bestehenden Gefüge entkoppelt. Grundsätzliche Rechte

und Werte wurden über Dekrete und Verordnungen außer Kraft gesetzt. Dazu zählen Menschenwürde, Selbstbestimmung, Gleichbehandlung, Bewegungsfreiheit, Besuchsrecht, Sterbebegleitung. Nicht zuletzt aufgrund des starken ethischen Fundaments im untersuchten Feld, lösten die Maßnahmen Gewissenskonflikte bei Ärzt\*innen und Pflegepersonal aus. Zentral wurde hier das Spannungsfeld zwischen der ärztlichen Verantwortung gegenüber dem Patientenwohl, den Bedürfnissen von Patienten und ihren Angehörigen sowie den strafrechtlichen Konsequenzen bei Gesetzesübertretungen.

---

*Was schadet im Endeffekt mehr? [...] Durch diese In-sich-Gekehrtheit, durch diese Apathie usw. sind die Lebensprozesse - unter Anführungszeichen - auf Stillstand oder deutlich heruntergefahren. Dann sind sie auch weniger widerstandsfähig oder haben weniger Lebenswillen, um das weiterzutragen. Man merkt oft gerade bei diesen Menschen, wo man sagt, was hält die eigentlich am Leben? Das ist die Diskussion, die man sicher ehrlicherweise stellen muss, glaube ich.*  
(Hausarzt 24)

---

Die Maßnahmen erzwangen nicht nur von Fachpersonen, sondern von allen Beteiligten Anpassungsleistungen und lösten Kollateralschäden aus. Tragende Beziehungen und Dynamiken wurden ausgesetzt, Besuche waren nicht mehr möglich, das Sterben und Sterberituale wurden massiv verändert. Die Anpassung an die Situation zeigte deutliche Auswirkungen auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden der Bewohner\*innen, aber auch auf ihre Angehörigen und das Pflegepersonal. Angst war in der Zeit des ersten Lockdowns das über alle anderen dominierende Gefühl. Dazu reihten sich weitere negative Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Energielosigkeit, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Schuldgefühle und Wut. Ebenso war die neue Situation gekoppelt mit Überlastung und Überforderung.

### 3.2 Organisation und Handhabe in den Strukturen

---

*Wenn man sich dort hingestellt hätte den ganzen Tag um das Altersheim herum, hätte man allerhand gesehen. Ein Beispiel: Ein Sohn, der sehr an der Mama hängt, ist vorher jeden Tag im Haus gewesen. Der durfte nicht mehr hinein. Jeden Tag ist er mit dem Fahrrad hinten runter bei dem Sträßchen: „Mama, Mama!“ (Pflege 25)*

---

In den einzelnen Strukturen kam es zu sehr unterschiedlichen Entwicklungen, insbesondere ab Juni 2020 regelten die Heime beispielsweise den Besuch individuell, wobei manche öfters, andere weniger oft Kontakte auf unterschiedliche Weise und Intensität zuließen. Den Seniorenwohnheimen gelang es je nach Besetzung in leitender Position, ethische Grundsätze und eine gemeinsame geteilte Haltung für diese vorübergehende Situation zu schaffen. Dies schien besser zu gelingen, wenn in der Handhabe der Krisenkommunikation, des Verwaltungsmehraufwandes, der Umsetzung der Maßnahmen etc. eine gewisse

Autonomie der Häuser bestand bei weniger, dafür umso deutlicheren und klar formulierten zentralisierten Anweisungen. In der Zeit der Entkoppelung alter Pflegemuster, Gewohnheiten und Routinen nahm die Leitung der Seniorenwohnheime eine entscheidende und einflussreiche Position ein. Wurden Strukturen auch bereits vor Covid-19 maßgeblich von den Personen, die sie leiten, gefärbt, so zeigte sich nun, unter diesen zugespitzten Bedingungen, auch größerer Einfluss. Persönliche Werte, individueller Erfahrungshintergrund, sowie persönlicher Umgang mit dem Notstand sind nur einige Faktoren, die Einfluss auf die Handhabung der Situation in Seniorenwohnheimen hatten.

---

*Ich muss sagen, ich habe oftmals die Regeln gebrochen. (Pflege 33)*

---

Teilweise wurden bestehende Regelungen und Dekrete in kleinen bzw. Kleinstkontexten missachtet, weil sie für das Pflegepersonal und der ärztlichen Leitung im Individualfall nicht tragbar waren. Das verlangte von Einzelnen oder kleinen Kollektiven individuelle Lösungsstrategien gepaart mit zivilem Ungehorsam. Wenn es die Umstände zuließen, wurde etwa der Kontakt untereinander in Kleingruppen oder die Bewegungsfreiheit innerhalb des Hauses ermöglicht — auch entgegen der Empfehlungen und Richtlinien von Seiten der Sanität. Auch bei Sterbenden machten entgegen der geltenden Regelung zahlreiche Heime eine Ausnahme.

---

*Die beste Maßnahme ist Ausnahmeregelungen in diesem Fall zu machen. Dass man sagt, da ist eine sterbende Person, da muss man die Angehörigen einfach perfekt schützen, mit Schutzanzug von oben bis unten, FFP2-Maske, desinfizieren usw., dass trotzdem eine gewisse Form von Abschiednehmen – sei es für den Heimbewohner wie für die Angehörigen – möglich war. (Hausarzt 45)*

---

Insgesamt reagierten Fachpersonen mit extremer Flexibilität auf diese Zeit der Entkoppelung, auf individueller Ebene zeigte sich das Gegenteil von Schockstarre: Bei bereits vor der Pandemie bestehenden guten Arbeitsklima, konnten für die Ausnahmezeit auch positive Veränderungen festgestellt werden, u.a. wurde der Austausch im Team intensiviert, Pflegekräfte zeigten hohe Motivation und Bereitschaft, für ausgefallene Kolleg\*innen einzuspringen, Hausärzt\*innen leisteten viele Überstunden, die seit länger geforderte Digitalisierung konnte vorangebracht werden. Insgesamt zeigte sich, dass bei einem Gleichverständnis ethischer Grundsätze sowie aktueller Gefährdungslage der drei leitenden Persönlichkeiten in Strukturen (Hausarzt\*ärztin, Pflegedienstleitung und Direktor\*in) schnell reagiert und Maßnahmen an die jeweilige Struktur angepasst werden konnten. In einzelnen Heimen wurde die Krise hingegen zur Bewährungsprobe, der auf Leitungsebene nicht standgehalten werden konnte und es kam z.B. zu Kündigungen oder Lücken auf operativer Ebene.

---

*Aber irgendwie haben sie gesehen, da geht es jetzt nicht nur um eine theoretische Funktion, sondern die muss auch wahrgenommen werden. Und mit viel*

*Verantwortung. [...] Bis vor ein paar Monate sind kaum Hausärzte in [Ort XXX] in dieser Funktion gewesen. (Hausarzt 23)*

---

Insbesondere fehlende oder verspätete Nominierung einer ärztlichen Leitung im Seniorenwohnheim (einige Heime waren zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Pandemie de facto ohne ärztliche Leitung) stellte sich als Problem dar, zumal es sich spätestens in der Krise nicht mehr nur um eine theoretische Funktion, sondern einer wichtigen Position mit viel Verantwortung handelt.

*Ja, erkennen tut sie mich noch. Sogar wenn ich telefoniert habe, aber die Videotelefonate haben nicht funktioniert, weil sie mich nicht erkennen kann auf dem Tablet. Sie hat mich an der Stimme erkannt und dann hat sie mit den Augen herumgeschaut, einmal hat sie sogar gesagt: „Wo bist denn?“ (Angehörige 1)*

---

Kommunikationsstrategien wurden entkoppelt und mussten neu erfunden werden. Die rein technische Informationsweitergabe konnte nach Startschwierigkeiten verbessert werden, aber im Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation, des Kontaktes und der Beziehung, konnten kaum erfolgreiche Maßnahmen gefunden werden konnten, die die ursprünglichen ersetzen.

*Nur eben die Überlegung, dass man die Alten auch fragen sollte, was ihre Bedürfnisse sind und wie weit sie geschützt werden wollen. Und dass wir unter Umständen da ganz viel machen in der Covid-Geschichte und für die, wo wir alle sagen, das ist die Zielgruppe, für die wir das machen, die hat niemand gefragt [...] .“ (Hausarzt 23)*

---

Grundsätzlich lassen sich zwei strategische Tendenzen in der Handhabung der Pandemie für die SWH abbilden: Einerseits der Versuch, zwischen Bedürfnissen und Anordnungen zu balancieren und versuchen, beide Aspekte zu berücksichtigen, oder sich letztlich für eine Seite — Missachtung der Maßnahmen oder rigide Umsetzung selbiger — zu entscheiden. Verkompliziert wurde dieses Austarieren durch bestehende Unklarheiten in den eigenen Entscheidungskompetenzen, Unsicherheiten in der Behandlungswahl bzgl. Covid-19, Gewissenskonflikten, andere Pathologien nicht mehr zu berücksichtigen, sowie Zweifeln an den Vorgaben der Politik.

### 3.3 Isolation aushalten - Gesundheit der Bewohner\*innen

*Ja, ich habe es eben hinnehmen müssen. Wenn es nicht anders geht. Herein durften sie nicht, hinaus durfte ich nicht, folge dessen habe ich es hinnehmen müssen. (Bewohner 16)*

---

Um die Isolation auszuhalten, griffen Bewohner\*innen auf alte bewährte Strategien aus ihre Lebenserfahrungen, insbesondere auf positiv bewältigte Erlebnisse in der entbehrensreichen Kindheit und Jugend zurück, aber auch auf den Glauben.

---

*[...] Ich hätte es mir schlimmer erwartet, aber es haben eigentlich alle eingesehen. Es war Respekt auch und schon auch manche Angst vor der Erkrankung.  
[...] Sie sind eigentlich alle recht ruhig und vernünftig geblieben so im Großen.  
(Hausarzt 4)*

---

Trotz allem kamen viele mit der Isolation nicht zurecht und soziale, kognitive, psychische und körperliche Auswirkungen wurden bereits nach den ersten Wochen bei den Bewohner\*innen deutlich. Neben den fehlenden Besucher\*innen und Volontär\*innen und dem Freiheitsentzug, vermissen die Bewohner\*innen nach eigenen Angaben den Frisörbesuch, den Einkauf, die hauseigene Bar, das eigene Geld, den Besuch der heiligen Messe, den Austausch mit anderen Bewohner\*innen und Freund\*innen.

---

*Resignation, depressives Verhalten, Angstzustände, Schlafstörungen. Das hat man schon gemerkt. (Hausarzt 46)*

---

Die soziale Isolation hatte weitreichende Auswirkungen auf den Gemütszustand der Menschen, der sich zusehends verschlechtert hat, wobei dies nicht alle Bewohner\*innen im selben Ausmaß betraf. Durch die fehlende geistige Stimulation wurde den Pflegenden, den Ärzt\*innen und den Angehörigen sprachlicher, geistiger und motorischer Abbau bei den Bewohner\*innen sukzessive deutlich, ebenso wie gesteigerte Orientierungslosigkeit und Verwirrtheitszustände, sowie die Zunahme apathischer Zustände und Stürze aufgrund der fehlenden Mobilisierung.

---

*So hat sie mich gebeten: „Bitte bring mir etwas, dass ich sterben kann.“ Ein Gefängnis. (Angehörige 06)*

---

Zudem wird von einer Zunahme von Depressionen, Psychosen, Angststörungen, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen, sowie einem verminderten Lebenswillen bei Einzelnen berichtet, die einer medikamentösen Behandlung durch Psychopharmaka bedurften. Gleichzeitig sind durch das Wegfallen der Besuche weniger Viren und Keime ins Haus gelangt und die Bewohner\*innen in dieser Zeit nach Einschätzung der Ärzt\*innen und Pflege weniger an anderen Infekten erkrankt.

---

*Die Heimbewohner, wenn sie dement sind und isoliert werden, dann sind sie halt noch dementer, das ist klar. (Hausarzt 24)*

---

Für Demenzpatient\*innen war die Isolation eine besondere Herausforderung, die sie kognitiv nicht nachvollziehen konnten, weswegen viele aggressiver und depressiver gewor-

den sind, was den Einsatz von Medikamenten zur Beruhigung zunehmend notwendig machte.

---

*[...] Sie sind mich besuchen gekommen, einer drinnen und einer draußen mit dem Telefon. [...] Das war aber kein Telefonieren, man hat sich nicht mal gehört. Durch die Scheiben hört man nichts. (Bewohnerin 18)*

---

Die Möglichkeit sich mit Abstand und hinter einer Glaswand wieder zu sehen, löste ab Juni 2020 sehr unterschiedliche Reaktionen aus: Einige waren froh endlich ihre Angehörigen wiederzusehen, für andere führte die Interaktion hinter einer Scheibe zur Irritation und Enttäuschung auf beiden Seiten, die Nähe fehlte, für Menschen mit Schwerhörigkeit war die Verständigung schwierig bis unmöglich, Demenzpatient\*innen kamen damit gar nicht zurecht.

---

*Ich hab's dann auch gesagt, [...] das tut mich fast mehr belasten. [...] Wie wenn sie ein Äffchen bringen, zur Ansicht. Das hat mir weh getan. [...] Das sollte nicht mehr passieren. (Angehörige 01)*

---

Einige Angehörige vergleichen die Situation mit einem Gefängnis und wünschen sich, diese Möglichkeit nicht nochmal nutzen zu müssen, aber auch das Pflegepersonal hatte teilweise deutliche Schwierigkeiten damit.

---

*Die Mitarbeiter haben sich fast geweigert. Sie haben gesagt, sie weigern sich, die Bewohner in diesen Raum zu bringen. Es war ein Raum, ein Zimmer, ganz getrennt durch Plexiglas. Das war herzerreißend, das war einfach schwierig. Ich habe auch ein paar Mal Begleitungen übernommen und auch die Angehörigen sind dann in Tränen ausgebrochen oder viele haben gesagt, [es ist] wie im Gefängnis. (Pflege 37)*

---

Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich mit der Lockerung der Maßnahmen der Gemütszustand der Bewohner\*innen signifikant verbesserte, sie wieder fröhlicher, heiterer und ausgeglichener wurden. Nach Ende der Isolation wurde beobachtet, dass die Bewohner\*innen intensiv Kontakt, Berührung und Nähe gesucht haben und weniger Bedarfsmedikamente benötigten.

### 3.4 Sterben in der Pandemie

---

*Und dass diese Leute, die wirklich sterben wollen, sterben dürfen. Und die, die nicht sterben wollen, dass man ihnen die Möglichkeit gibt, gut weiterzuleben mit Hygiene, aber gleichzeitig mit einem Leben, wo es sich lohnt zu leben. Weil für viele lohnt sich das Leben gerade [nicht mehr]. (Pflege 33)*

---

---

*Wenn zu sterben ist dann sollen sie mich sterben lassen und fertig ist, weil ich habe ein gewisses Alter und dann (...) es kommt ja immer einmal, und was getan ist, ist getan [lacht]. (Bewohner 7)*

---

Der Umgang mit Sterben und den Toten unterschied sich nach Ausbruch der Pandemie vom üblichen Umgang mit Verstorbenen und wurden deshalb von einem großen Teil der Befragten auf ethischer Ebene kritisch bewertet. Die Sterberituale, das Verabschieden und der Umgang mit der Leiche sorgte insgesamt für Belastungserleben und wurde als nicht normatives Erleben und als ethisch verwerflich eingeschätzt. Die Auswirkungen in der Sterbebegleitung betrafen alle Personen, sowohl jene, die an Covid-19 erkrankt waren, als auch jene, die aufgrund anderer Ursachen verstorben sind.

---

*Und für uns Mitarbeitern war es einfach schlimm, wie mit so einer Leiche umgegangen worden ist. [...] Du musst ein weißes Leintuch drüber tun und mit Desinfektionsmittel einspritzen. [...] Weil wir tun sie normal abwaschen, schön anziehen. Einfach wir, auch für uns, verabschieden und dann ist das ok. [...] Jetzt sind die Bestatter gekommen und wir hatten da gerade keinen Mundschutz für die verstorbene Frau, dann haben sie einfachen den Polster über den Mund getan und in den Leichensack und in den Sarg hinein. Ich habe das gesehen und das hat mich sowas von schockiert. [...] Aber nebenbei ist man auch brutal kalt geworden, beim ersten, zweiten hat es dich schockiert aber danach hast du selbst das Leintuch drüber und mit Desinfektionsmittel eingespritzt. Du hast keine andere Möglichkeit gehabt. Aber es war schon heftig. (Pfleger 9)*

---

Die konkrete Vorgehensweise variierte zwischen den einzelnen Einrichtungen und veränderte sich auch während des Notstandes innerhalb von den Heimen. Insgesamt berichten die Pflegekräfte in den Seniorenwohnheimen darüber, wie sie als Fachkraft versucht haben unter diesen veränderten Umständen Sterbebegleitung zu ermöglichen, indem sie versuchten sich Zeiträume zu schaffen, in welchen sie bei den Sterbenden anwesend sein konnten. Dies war nicht nur zeitlich und arbeitsorganisatorisch eine Herausforderung, sondern bspw. auch aus ethischer Sicht wurde es als unfair betrachtet, als Pflegekraft anwesend sein zu dürfen, wo dies den Angehörigen teilweise verwehrt blieb. Ein Großteil der befragten Pflegekräfte berichtete, dass versucht wurde eine Sterbebegleitung durch die Angehörigen zuzulassen. In einigen Heimen wurde Angehörigen, wenn auch teilweise in zeitlich verkürzter Form und zahlenmäßig reduziert, Zugang zu sterbenden Bewohner\*innen ermöglicht.

---

*Für mich ist das oft schon schwer zu ertragen gewesen. Dass wir jetzt die Angehörigen ersetzen, dass wir jetzt die sind, die jetzt da daneben sitzen und sie am letzten Weg begleiten, obwohl eigentlich draußen eine Tochter oder ein Sohn sitzt, dem das eher zustehen würde. (Pfleger 33)*

---



Aus unserer Erhebung geht hervor, dass geltende rechtliche Rahmenbedingungen hierfür teilweise umgangen wurden, sehr wohl aber nicht ohne eigene, hausinterne Regelungen zu etablieren. Diese beinhalteten bspw. das Testen von Personen, die ohne bestätigte Covid-19-Erkrankung im Sterben lagen, um sicherzugehen, dass Angehörige keine Infektion riskieren; Schutzausrüstungen für Personen, die ihre Angehörigen am Sterbebett besuchten; eine reduzierte Anzahl an Personen, die beim Sterbeprozess anwesend sein durften, sowie zeitliche Einschränkungen bei diesen Besuchszeiten. Wenngleich im Allgemeinen von den Hausärzt\*innen und der Pflege die Möglichkeit der Anwesenheit von Angehörigen beim Sterbeprozess als unumstößliche ethische und soziale Norm angesehen, wurde in einigen Seniorenwohnheimen der Zugang zu sterbenden Bewohner\*innen sämtlichen Angehörigen kategorisch verwehrt.

---

*Gerade diese Sterberituale, ob man die nicht anders gestalten kann, doch unter der Berücksichtigung aller Vorsichtsmaßnahmen, die man vielleicht hat. Das auch abschätzen, welches Risiko bringt es dann im Endeffekt wirklich und welches bringt es nicht. Wenn ich sage, die Ansteckung von einem Toten, sag ich jetzt mal, oder die Möglichkeit ist ja minimal. Und ob man nicht statt einem Nylonsack und Desinfektionsmittel drauf [...], [ob es] da nicht andere Möglichkeiten gibt, das anders zu gestalten oder doch ein bisschen menschenfreundlicher zu gestalten. (Hausarzt 24)*

---

### 3.5 Die Angehörigen

---

*Mir ist es wirklich da ganz schlecht gegangen. Weil man nicht gewusst hat, sieht man sie noch, sieht man sie nicht mehr. (Angehörige 42)*

---

Es gab Angehörige, welche die Situation hinnahmen und Verständnis für die aktuelle Lage der Seniorenwohnheime zeigten, insgesamt gab es jedoch eine Vielzahl an negativen Reaktionen. Angehörige fühlten sich in erster Linie hilf- und machtlos in dieser ersten Phase des Covid-19-Notstandes, insbesondere bei fehlender oder unzureichender Kommunikation vonseiten der Seniorenwohnheime war das Gefühl vorherrschend, nicht genau zu wissen, was im Seniorenwohnheim vor sich geht. Trotz des Einsatzes einiger Angehörigen für Änderungen, gab es kaum Resonanz oder Effekte auf ihre Aktionen, was häufig zu einem Gefühl von Entmündigung und fehlendem Mitspracherecht führte.

---

*Ich habe echt nicht mehr geschlafen. Ich habe nicht mehr schlafen können. Weil ich mir in meiner Phantasie vorgestellt habe, dass sie alleine in dem Zimmer ist. (Angehörige 40)*

---

Insgesamt wünschen sich Angehörige vermehrte Kommunikation mit dem Seniorenwohnheim sowie einen verbesserten Informationsfluss. Zudem war die Angst vor dem Virus, vor Übertragung und davor, ihre Versprechen und ihre Verantwortung gegenüber den Be-

wohner\*innen nicht einhalten zu können dominant. Die fehlende Nachvollziehbarkeit schnell wechselnder Bedingungen und die Unsicherheit bezüglich Richtlinien stellte über den gesamten Zeitraum hinweg eine hohe Belastung dar. Die Besuche zwischen den Lockdowns unter veränderten Bedingungen und der Unmöglichkeit von physischer Nähe befanden die meisten für sehr befremdlich. Seniorenwohnheimbewohner\*innen waren ohne jeglichen Entscheidungseinfluss und hatten kein Mitspracherecht an den Veränderungen ihrer Lebenssituation. Angehörige wie auch Pflegekräfte und Hausärzte betonten, dass sie sich wünschen würden, dass die Bewohner\*innen selbst mehr Mitspracherecht haben.

---

*[...] Was bedeutet eben Gesundheit, was ist erlaubt, wie weit darf man gehen, damit die Gesundheit geschützt ist und wo tun mir da wirklich Menschen einsperren und gehen über Bedürfnisse von Menschen hinweg. (Hausarzt 4)*

---

### 3.6 Ethik, Gewissenskonflikte und eigene Wege

---

*Für mich ist bei den ganzen Maßnahmen, sei es auch vom Seniorenwohnheim oder von der Provinz, teilweise die Würde des alten Menschen sehr sehr stark verletzt worden. (...) Das sind alles Personen mit einer individuellen Identität, mit einer persönlichen Lebenserfahrung, und die dann einfach so wegsperren, das ist schon hart, hart und verletzt sehr, sehr stark die Würde. (Hausarzt 10)*

---

Das individuelle Patientenwohl schien im Kontext des Covid-19-Notstandes in den Hintergrund gestellt. Die ganzheitliche Sichtweise der Betreuung der Bewohner\*innen erachteten die befragten Gruppen in diesem Zeitraum als verloren gegangen. Für die wichtigen ethischen Fragestellungen, die mit der Umsetzung der Maßnahmen aufkamen und dringlich wurden, gab es keinen Diskussionsraum. Fachkräfte betonten, dass sie sich diesen Fragestellungen alleine widmen mussten.

---

*Ich denke mir, das Risiko an dieser Erkrankung möglicherweise auch sterben zu müssen oder dieses Wegsperrern, was da jetzt wichtiger ist. Ich glaube, da müsste man die Betroffenen fragen. Ich denke mir, dass man da schon auch gerade in Zukunft oder auch jetzt schon wirklich gut überlegen soll, was ist richtig, was ist ethisch auch vertretbar? (Hausarzt 46)*

---

Zahlreiche Befragte über alle Gruppen hinweg zeigten sich entsetzt über das fehlende Maß an Menschlichkeit und brachten auch ihre Traurigkeit über die fehlende Einbeziehung dieser Dimension zum Ausdruck. Auffallend war hierbei die Anzahl an Kriegs- und Gefängnisvergleichen. In unserer Erhebung wurde deutlich, dass Fachkräfte auf Grundlage eigener (und alleiniger oder im kleinen Kontext durchgeführter) ethischer Überlegungen sich entgegen geltenden Rahmenrichtlinien verhielten. Dabei ist auffallend, dass bei

diesen ein Gefühl des „Sich-Wehren-Müssens“ gegen die wahrgenommene Ungerechtigkeit gegenüber den Bewohner\*innen zum Ausdruck gebracht wird.

---

*[...] Dann nehme ich das auf meine Kappe, weil ich (das) nicht vertreten oder verantworten kann [...] (Hausarzt 24)*

---



---

*Da haben wir uns auch nicht gehalten an die Vorgaben. Wir haben unsere Bewohner immer umarmt.“ (Pflege 37)*

---

Die untergrabene Autonomie und das fehlende Mitspracherecht der Seniorenwohnheimbewohner\*innen wurde immer wieder aufgegriffen, das Durchsetzen der Maßnahmen gegen den Willen der Bewohner\*innen als belastend und ethisch hochproblematisch empfunden.

---

*Weil sagen Sie mir mal mit 97 Jahren, morgen kann fertig sein, was schützen wir denn da? (Angehörige 5)*

---

Die ethischen und gefestigten Grundlagen des Pflegeberufs, die auf der Gleichbehandlung aller Klient\*innen und deren gesundheitliche Förderung beruht, auf Professionalität, Menschlichkeit und Zuneigung im Umgang mit den Klient\*innen und einer bedürfnisorientierten und individualisierten Betreuung wurde bzw. konnte unter dem Druck der Pandemie nicht mehr berücksichtigt werden.

---

*Also ich glaube da muss man, das sollte schon einmal ausführlich auch diskutiert werden. Das wäre von mir aus gesehen eine Aufgabe von einer Ethikkommission. Was ist im Rahmen von Gesundheit alles erlaubt oder gibt's eben etwas wo man sagt nein, da muss man auch mal etwas riskieren, zum Wohl vom Mensch. Aber das ist eine gesellschaftliche Diskussion, das wäre eine Aufgabe von mir aus gesehen von einer Ethikkommission, die da auch mal Stellung nehmen sollte, weil die Geisteswissenschaftler sind da relativ still gewesen in der ganzen Phase. (Hausarzt 4)*

---

Die körperliche Gesundheit in ihre Einzelaspekte zu trennen und schlagseitig in Bezug auf das Virus zu fördern, führte zur Entkoppelung des ganzheitlichen Gesundheitsansatz und den Grundlagen der Pflege und sorgt für bis heute bestehende und ungelöste Konflikte.

### 3.7 Handlungsstrategien: Notwendigkeiten

---

*Was man macht ist falsch. Wenn man nichts gemacht hätte, keine Isolationsmaßnahmen, wäre es verwerflich oder - ja, wäre falsch gewesen, und auch so, es ist es ist ganz, ganz schwierig. Aber je mehr man da den Heimen individuellen Spielraum lässt, desto mehr kann man da auf, gerade auch auf die Würde und auf die Sachen eingehen (Hausarzt 10)*

---

Die aufgelisteten Maßnahmen und Erfordernisse widerspiegeln Ansichten der vier befragten Gruppen und ergeben sich als Schlussfolgerung aus der Analyse des gesammelten Materials:

- **Einrichtung einer thematischen Fachgruppe:** Eine übergeordnete, interdisziplinäre Gruppe an Fachpersonen muss sich mit den Fragestellungen und Schwierigkeiten in den Seniorenwohnheimen auseinandersetzen.
- **Ethische Fragen aufgreifen:** Ein Gremium sollte sich den ethischen Fragestellungen widmen, die in den Interviews aufgetreten sind: Selbstbestimmung durch Bewohner\*innen, Berücksichtigung der Würde, Autonomie usw.
- **Partizipative Gestaltung der Organisation der Seniorenwohnheime** in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiter\*innen, den Angehörigen und den Bewohner\*innen.

Eine detaillierter Forschungsbericht, sowie wie eine weitere Aufschlüsselung notwendiger Handlungsstrategien ist auf Nachfrage bei Dr. Barbara Plagg erhältlich.

---

### Kontakt Studienleitung:

Dr. Barbara Plagg

Institut für Allgemeinmedizin

barbara.plagg@am-mg.claudiana.bz.it

## Bullet Points

- ▶ Die mit März 2020 verfügten Verordnungen haben bestehende Pflegegrundsätze und die Grundwerte der bedürfnisorientierten und individualisierten Betreuung außer Kraft gesetzt.
- ▶ Grundsätzliche Rechte und Werte (u.a. Menschenwürde, Selbstbestimmung, Gleichbehandlung, Bewegungsfreiheit, Besuchsrecht, Sterbebegleitung) wurden über Dekrete und Verordnungen entkoppelt.
- ▶ Insbesondere aufgrund des starken ethischen Fundaments im Pflege-/Gesundheitsberuf löste die Umsetzung der Maßnahmen z.T. schwere Gewissenskonflikte bei Ärzt\*innen und dem Pflegepersonal aus, die sich im Spannungsfeld zwischen der ärztlichen Verantwortung gegenüber dem Patientenwohl, den Bedürfnissen von Patient\*innen und Angehörigen, sowie den strafrechtlichen Konsequenzen bei Gesetzesübertretungen bewegten.
- ▶ Fachkräfte verhielten sich auf Grundlage eigener (bzw. im kleinen Kontext durchgeführter) ethischer Überlegungen z.T. auch entgegen geltender Rahmenrichtlinien, um die alten Narrative weiter wirken zu lassen.
- ▶ SWHbewohner\*innen waren ohne jeglichen Entscheidungseinfluss und hatten kein Mitspracherecht an den Veränderungen ihrer Lebenssituation.
- ▶ Die konkrete Vorgehensweise variierte zwischen den einzelnen Einrichtungen und veränderte sich auch während des Notstandes innerhalb von den Heimen.
- ▶ Die vorübergehende Anpassung an die Situation hat Auswirkungen auf körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden bei allen Beteiligten.
- ▶ Es entstanden neue Lösungsansätze und Handlungsspielräume. Das Kleinstrukturierte vor Ort hat funktioniert, auch Handlungsansätze, die auf Engagement und Selbstverantwortung basieren. Die neu entstandenen Alltags-, Arbeits-, und Lebensentwürfe erwiesen sich allerdings als inkompatibel und nicht zufriedenstellend und wurden nur teilweise angenommen.
- ▶ Die körperliche Gesundheit in ihre Einzelaspekte zu trennen und schlagseitig in Bezug auf das Virus zu fördern, führte zur Entkoppelung des ganzheitlichen Gesundheitsansatzes, weswegen die biopsychosoziale Gesunderhaltung der Bewohner\*innen in Isolation nicht mehr möglich war.
- ▶ Die epidemiologisch beschriebene Übersterblichkeit bzw. Zunahme an nicht-infektiösen Pathologien konnte qualitativ bestätigt bzw. abgebildet werden: Durch fehlende geistige Stimulation wurde sprachlicher, geistiger und motorischer Abbau bei den Bewohner\*innen sukzessive deutlich, ebenso wie gesteigerte Orientierungslosigkeit, die Zunahme apathischer und verwirrter Zustände und Stürze aufgrund fehlender Mobilisierung.



- ▶ Zunahme von Depressionen, Psychosen, Angststörungen, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen, sowie einem verminderten Lebenswillen bei Einzelnen wurde beobachtet, was z.T. einer medikamentösen Behandlung durch Psychopharmaka bedurfte. Dies betraf nicht alle Bewohner\*innen gleich.
- ▶ Durch das Wegfallen der Besuche sind weniger Viren und Keime in die SWH gelangt.
- ▶ Nach Ende der Isolation wurde beobachtet, dass die Bewohner\*innen intensiv Kontakt, Berührung und Nähe gesucht haben und weniger Bedarfsmedikamente benötigten.
- ▶ Neben den fehlenden Besucher\*innen und Volontär\*innen und dem Freiheitsentzug, vermissen die Bewohner\*innen nach eigenen Angaben den Frisörbesuch, den Einkauf, die hauseigene Bar, das eigene Geld, den Besuch der heiligen Messe, den Austausch mit anderen Bewohner\*innen und Freund\*innen.
- ▶ Kommunikationsstrategien wurden entkoppelt und mussten neu erfunden werden. Die rein technische Informationsweitergabe konnte nach Startschwierigkeiten verbessert werden, aber im Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation, des Kontaktes und der Beziehung, konnten kaum erfolgreiche Maßnahmen gefunden werden konnten, die die ursprünglichen ersetzen.
- ▶ Den SWH gelang es je nach Besetzung in leitender Position und bei Übereinstimmung ethischer Grundsätze von Direktion, Pflegedienstleitung und ärztliche Leitung eine gemeinsame geteilte Haltung für die vorübergehende Situation zu schaffen. Dies schien besser zu gelingen, wenn in der Handhabung eine gewisse Autonomie der Häuser bestand bei weniger, dafür umso deutlicheren und klar formulierten zentralisierten Anweisungen.
- ▶ Fehlende oder verspätete Nominierung einer ärztlichen Leitung im Seniorenwohnheim (viele Heime waren zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Pandemie de facto ohne ärztliche Leitung) stellte sich als Problem dar.
- ▶ Bei bereits vor der Pandemie bestehendem gutem Arbeitsklima konnten für die Ausnahmezeit auch positive Dynamiken festgestellt werden, u.a. wurde der Austausch im Team intensiviert, Pflegekräfte zeigten hohe Motivation und Bereitschaft, Hausärzt\*innen leisteten viele Überstunden, die seit länger geforderte Digitalisierung konnte vorgebracht werden.
- ▶ Das Umgehen geltender rechtlicher Rahmenbedingungen verlangte von Einzelnen oder kleinen Kollektiven individuelle Lösungsstrategien gepaart mit zivilem Ungehorsam. Maßnahmen wurden allerdings nicht umgangen, ohne eigene, hausinterne Regelungen zu etablieren (z.B. Testen von Personen, Schutzausrüstungen für Personen, die ihre Angehörigen am Sterbebett besuchten etc.)
- ▶ In einigen Seniorenwohnheimen wurde der Zugang zu sterbenden Bewohner\*innen Angehörigen verwehrt. Einige Heime setzten sich darüber hinweg, nicht ohne den bestmöglichen Schutz für alle Beteiligten zu ermöglichen.



- ▶ Um die Isolation auszuhalten, griffen Bewohner\*innen auf alte bewährte Strategien aus ihre Lebenserfahrungen, insbesondere auf positiv bewältigte Erlebnisse in der entbeh- rungsreichen Kindheit und Jugend zurück. Trotz allem kamen viele mit der Isolation nicht zurecht und soziale, kognitive, psychische und körperliche Auswirkungen wurden bereits nach den ersten Wochen bei den Bewohner\*innen deutlich.
- ▶ Besuche hinter Plexiglas funktionieren mit vielen Bewohner\*innen nicht und werden häufig als belastend und nicht ausreichend beschrieb
- ▶ Bis heute sorgt die Umsetzung der Maßnahmen unter Entkopplung bestehender Pfl- egegrundsätze für ungelöste Konflikte.

## Auszüge aus den Interviews

---

*Die Bewohner sehen das glaub ich mittlerweile anders, sie sagen teilweise, sie sterben lieber an Covid, als an Vereinsamung. (P09, Pos. 83-85)*

---

*Es kann sich kein Mensch vorstellen wie ich das erlebt habe. Andere sagen, es war nicht so schlimm, man hatte Essen und Trinken und alles gehabt. Ja, hat man schon gehabt. Aber die Freiheit ist das höchste Gut“.(Bewohner, B22, Pos. 39)*

---

*Dann sind sie in dem Zimmer gewesen, das einzige was sie konnten ist im Bett liegen oder im Stuhl drüben sitzen. Es ist einfach nicht möglich gewesen sonst. (P12, Pos. 154)*

---

*[...] Die Mutter war plötzlich total eingesperrt und vor allem, das ganz Schlimme war, dass sie in den Zimmern eingesperrt waren, mit Schlüssel. (A39, Pos. 10)*

---

*Es hat so unendlich lange gegangen. Als andere Bereiche, Bars und Restaurants und irgendwas war schon offen und so, aber um uns hat sich niemand gekümmert. Da hat man den Eindruck, dass man eben als alter Mensch, erstens ist man nicht für die Wirtschaft interessant und produziert nichts, wir konsumieren nur. Das ist auch gesagt worden, es ist ja egal, wenn ein paar sterben. (B22, Pos. 23-26)*

---

*Das kategorische Absperren, das finde ich nicht richtig. Aber man muss es akzeptieren. (B16, Pos. 97)*

---

*Leute, die erschüttert waren, so im Grunde total verzweifelt, weil ab und zu fangen sie auch an grundlos zu weinen und sagen „Ich will raus hier, ich will gehen, lasst mich doch hinaus. Ihr könnt mich doch nicht hier einsperren und mir nicht sagen, wie lange das noch geht.“ (P25, Pos. 42)*

---

*Ja ich habe es eben hinnehmen müssen. Wenn es nicht anders geht. Herein durften sie nicht, hinaus durfte ich nicht, folge dessen habe ich es hinnehmen müssen. (B16, Pos. 18)*

---

*[...] Für mich war das die schlimmste Zeit. Ich habe schon mehrere schlimme Zeiten erlebt, aber das Eingesperrt-Sein, das [...] übertrifft alles. (B22, Pos. 77)*

---

*Trotzdem hat man doch ab und zu eine Ausnahme gemacht. Wirklich bei Terminal-Leuten oder einen hatten wir mit einer psychischen Erkrankung, der ein bisschen depressiver geworden ist. (H45, Pos. 24)*

---



---

Aber wir haben wirklich auch Leute gehabt, wo wir gesagt haben, wir müssen da Besucher hinlassen, das geht nicht mehr. Die sind depressiv. (P34, Pos. 44)

---

[...] Wir haben sie [die Bewohner\*innen] auf die Balkone hinausgebracht, wo dann die Angehörigen unten herkommen durften. [...] Und das haben sie ganz fest genutzt die Angehörigen. [...] (P15, Pos. 31)

---

Und sobald es ging, haben wir auch wieder geschaut, Konzepte für die Besucher [zu erstellen]. Eine hat wirklich nur mehr geweint, wo wir [...] im Garten die Treffen organisiert haben. (H36, Pos. 30)

---

Am Anfang waren die Angehörigen einfach dankbar, dass es irgendeine Möglichkeit gibt. Weil die erste Möglichkeit war eben mit so einer Scheibe wie ein Fenster und dann war das ja schon toll. Und dann, jedes Mal nach zwei, drei Wochen war das dann nicht mehr genug. (P14, Pos. 52)

---

Ganz am Anfang, wie das mit dem Plexi war, [...] das war eine Katastrophe. Besser nichts als wie das, weil [...] das hat sie nur irritiert, das hat geblendet und das hat sie so richtig unruhig gemacht. (A01, Pos. 210-212)

---

[...] Sie sind mich besuchen gekommen, einer drinnen und einer draußen mit dem Telefon. [...] Das war aber kein Telefonieren, man hat sich nicht mal gehört. Durch die Scheiben hört man nichts. (B18, Pos. 60)

---

Also biopsychosoziale Gesunderhaltung war März, April gar nicht möglich, gar nicht. Es hat sich bei den meisten Patienten auch verschlechtert. (H10, Pos. 38)

---

Denn die Schäden sind heute noch da durch die Isolation und das wollen wir ein zweites Mal nicht mehr haben (H10, Pos. 80)

---

Also der Besucherstopp ist etwas, das absolut nicht funktioniert im Altersheim, die Isolierung, die soziale Isolierung. (H36, Pos. 30)

---

Das ist gravierend. Sie haben abgebaut, gewichtmäßig abgebaut. Mental abgebaut. Sie wissen oft nicht, welcher Tag ist. (P25, Pos. 30)

---

Das habe ich beobachtet, dass geistig viele abgebaut haben. Die anderen Heimbewohner. (B22, Pos. 27)

---

Bei vielen ist es einfach ganz schnell so Schritte nach hinten gegangen, die haben ganz fest abgebaut. Weil sie ganz viel nicht mehr hatten, was sie eigentlich in der Tagesgestaltung tun. Sie basteln und da haben sie eine Beschäftigung [...] Das holen sie auch teilweise nicht mehr auf [...], weil es einfach zu lange her ist, dass sie was gehabt haben. (P35, Pos. 67)

---

---

*Rückzug wirklich auch sprachlich, motorisch, geistiger Rückzug. Das war schon zu beobachten, ganz ganz stark. (H10, Pos. 94)*

---

*Für meinen Begriff so generell sind sie deutlich apathischer geworden. [...] So: „Ja, ja, wenn es so ist, dann ist es so.“ Und diese aggressiven Exzesse, die oftmals möglich wären oder auch diese Traurigkeit oder das Weinerliche, habe ich nicht so beobachtet, muss ich sagen, sondern eher diese Apathie. (H24, Pos. 63)*

---

*Resignation, depressives Verhalten, Angstzustände, Schlafstörungen. Das hat man schon gemerkt. [...] (H46, Pos. 34)*

---

*Auffallend war aber, dass es bei zwei bis drei Bewohnern [...] durch die Isolationsmaßnahmen schon psychische Auffälligkeiten gegeben hat. Das heißt, dass ich bei zwei Patienten immer in telefonischem Kontakt mit den Psychiatern war, weil wir effektiv medikamentös die Therapie haben umstellen müssen, weil die Depressionen stark zugenommen haben und eben auch die Nervosität. Also nicht bei allen muss ich sagen - ich habe es mir schlimmer erwartet - aber trotzdem hat es einzelne Fälle gegeben, die wir wirklich nur mit Schwierigkeiten ruhig gehalten haben. (H04, Pos. 14)*

---

*Was schadet im Endeffekt mehr? [...] Durch diese In-sich-Gekehrtheit, durch diese Apathie usw., sind die Lebensprozesse - unter Anführungszeichen - auf Stillstand oder deutlich heruntergefahren. Dann sind sie auch weniger widerstandsfähig oder haben weniger Lebenswillen, um das weiterzutragen. Man merkt oft gerade bei diesen Menschen, wo man sagt, was hält die eigentlich am Leben? Das ist die Diskussion, die man sicher ehrlicherweise stellen muss, glaube ich. (H24, Pos. 67)*

---

*Es war die schlimmste Zeit meines Lebens und ich habe mir jeden Tag den Tod gewünscht. Und Selbstmordgedanken waren auch. Vom vierten Stock, habe ich mir gedacht, wenn ich da runterspringe, dann/ (B22, Pos. 23)*

---

*Sie mag nicht mehr. Sie will nicht mehr. Sie redet vom Sterben und dass das da ein Gefängnis ist. [...] Also es ist schlimm. (A05, Pos. 56)*

---

*[...] So hat sie mich gebeten: „Bitte bring mir etwas, dass ich sterben kann.“ Ein Gefängnis. (A06, Pos. 93)*

---

*[...] Mir wäre jetzt nicht aufgefallen, dass körperliche Krankheiten wesentlich anders geworden wären, weil die sowieso da sind. [...] Ich glaube nicht, dass da jetzt sehr viel Körperliches passiert ist oder schlechter geworden ist, als wenn das nicht gewesen wäre. Aber das ist jetzt reine Vermutung. [...] Dass man generell sagt, wenn es dem Menschen psychisch schlecht geht, dass er organisch*

*mitleidet, also die Lebensqualität, die er in dieser Zeit hat, verschlechtert ist, das würde ich mich zu sagen trauen. [...] (H24, Pos. 69-71)*

---

*Die Heimbewohner, wenn sie dement sind und isoliert werden, dann sind sie halt noch dementer, das ist klar. (H24, Pos. 31)*

---

*[...] Für die Demenz-Patienten war es wirklich ein Problem. Die sind völlig aus dem Konzept geraten. (H36, Pos. 30)*

---

*Es ist aufgefallen, dass niemand mehr krank war, andere Krankheiten. [...] Die normalen Pathologien, mit denen man sonst konfrontiert ist, eigentlich deutlich weniger geworden sind. (H24, Pos. 87)*

---

*[...] Sobald es lockerer geworden ist, hat ihre Tochter alle Dienstag, Donnerstag, Freitag, Samstag, Sonntag kommen dürfen. Wir haben die beste Frau gehabt. [...] Du hast gesehen, die Frau braucht keine Bedarfsmedikamente sobald du die Ressource Angehörige wieder kannst einbeziehen. (P35, Pos. 128)*

---

*Es hat die Fälle gegeben, es hat aber auch die Fälle gegeben wo die Angehörigen sicher viel mehr gelitten haben als die Bewohner, also/ wo es, wo eben die Angehörigen/ mehr und fixiert waren, ich muss jeden Tag kommen (P14, Pos. 50)*

---

*Ich habe echt nicht mehr geschlafen. Ich habe nicht mehr schlafen können. Weil ich mir in meiner Phantasie vorgestellt habe, dass sie alleine in dem Zimmer ist. (A40, Pos. 24)*

---

*Damals mein Opa zum Beispiel bei der Beisetzung [weint] das war so ein Bild, der ist 93, mit Maske. [...] Ich habe [bei ihm] nie Tränen in den Augen gesehen und da hat er geweint, richtig geweint. Und ich hätte ihn so gerne gehalten [weint] und ich habe mich nicht getraut, weil ich nicht wusste. [weint] Nicht, dass ich ihn anstecke mit etwas, weil man, wie es heute auch noch ist, nicht weiß, was man in sich hat oder in Kontakt mit den Risikopersonen. (A27, Pos. 8)*

---

*Die meisten sind wirklich eingeschlafen und es war auch vorhersehbar, dass sich wirklich der Zustand verschlechtert hat und sie haben immer ungefähr die gleichen Symptome am Ende gehabt. (...) Wenn man dann gesehen hat, es geht dem Ende zu, aber es waren nicht vergleichbar mit dem was sonst war, vor Corona, der Sterbeprozess. Wir haben auf jeden Fall genug, da haben wir auch ganz gleich Morphium und Valium und dass alles für jeden Bewohner besteht, für jeden Positiven, also da waren wir gut abgedeckt mit Medikamenten und die haben auch alle – also da hat keiner leiden müssen, das auf jeden Fall. (P14, Pos. 76)*

---

---

*Die Zustände dieser Patienten im Allgemeinen verschlechtert sich sehr, sehr, sehr rapide und sie werden auch sehr rapide nicht mehr ansprechfähig. Sie können wirklich innerhalb von oftmals wenigen Stunden beatmungsbedürftig [werden]. [...] (H20, Pos. 48)*

---

---

*Also wir haben uns da auch nicht an die Vorgaben gehalten, das heißt Patienten die sterben waren, die schwerkrank/ durften besucht werden mit kompletter Schutzausrüstung. (H10, Pos. 46)*

---

---

*Und ich denke viele Leute sind gestorben ohne dass sie die Kinder noch einmal gesehen haben. Und das ist schlimm. (B16, Pos. 87)*

---

---

*Ich erinnere mich, ein Sohn ist gekommen, Maske auf und wollte die Mama umarmen und durfte das nicht. Da war ich dabei und das hat mir schon auch das Herz gebrochen. (H46, Pos. 24)*

---

---

*In der Zeit hat man einfach funktioniert. Also der Arbeitstag war von 7 Uhr morgens bis 10, 11 Uhr nachts und es gab nur Arbeit, Schlafen, Arbeit, Schlafen sonst gab's eigentlich nichts. (H10, Pos. 62)*

---

---

*Die haben ja am Limit gearbeitet. Es waren sehr viele erkrankt, es waren sehr viele mit Symptomen, Personal krank. Es war viel mehr Arbeit, in der Küche, überall ist mehr Arbeit entstanden, weil alle haben im Zimmer gegessen. (P25, Pos. 14)*

---

---

*Also ich hatte eine solche Nacht, ich bin dann nach Haus gegangen und ich habe den ganzen Vormittag nur geweint, weil ich es nicht ausgehalten habe, dass ich diese Schuld auf mich genommen habe. Und gewusst habe, dass ich durch mein Verhalten (...) nicht nur eine Gesundheit nicht gefördert habe, sondern Krankheit unterstützt habe, indem ich den Leuten nicht zu trinken geben konnte, wenn sie Durst hatten, indem ich die Leute nicht drehen konnte, wenn es notwendig war sie zu drehen. Ja (...). (P33, Pos. 4)*

---

---

*Es war schon richtig krass, also wir haben miteinander geweint und gelacht, wir waren oft fertig. Es war einfach brutal viel und wir haben nicht gewusst, kriegen wir das Personal, sterben uns die ganzen Leute. (P34, Pos. 16)*

---

---

*Ich möchte nicht den Todesengel für meine Mutter spielen. Wenn ich diese Krankheit heimbringe und sie erkrankt an dieser Geschichte. (P25, Pos. 64)*

---

---

*Ich bin eine Gefahr für meine Tochter oder für meinen Mann. (P33, Pos. 60)*

---

---

*In der Familie. Mein Bruder musste ins Homeoffice gehen, sobald sein Chef erfragt hat, dass ich im Altersheim anfangen. (P35, Pos. 81)*

---

---

*Ich habe Respekt vor der Erkrankung. Das Wichtigste, unser Hauptziel ist, diese Risikogruppe zu schützen, dass sie das nicht kriegen. (P25, Pos. 64)*

---

---

*Also wir haben zusammengearbeitet und es ist jeder bereit gewesen einzuspringen, wenn es gebraucht hat. Wir haben uns ausgemacht, das und das und das tun wir so und ja, es war direkt auch fein in diese Zeit zu arbeiten. Oder viele, die zuhause gewesen sind, haben wirklich - oder auch nicht arbeiten konnten, weil sie selbst betroffen gewesen sind - die haben mitgefiebert mit uns oder sind wirklich in Gedanken auch da gewesen und das war schon, ja auch sehr positiv. (P08, Pos. 98)*

---

---

*Wir haben mit Angst, natürlich mit Angst, Angst Fehler zu machen. Fehler, die eben Leben hätten kosten können. Wir haben Angst gehabt, uns selber anzustecken. Wir haben Angst gehabt unsere Angehörigen anzustecken. Wir hatten auch Angst, die falschen Entscheidungen zu treffen, soll ich jetzt diesen Patienten isolieren oder nicht isolieren. (H20, Pos. 2)*

---

---

*Im Gesamtrückblick muss man sagen, es war viel Unsicherheit da. Das ist überall gewesen. Es war sehr viel Angst, auch von mir persönlich, die ich vielleicht nicht so gezeigt habe, aber die ich effektiv so empfunden habe wie noch nie in meiner Karriere. (H24, Pos. 31)*

---

---

*Ich denke mir, dass man sicher sehr streng war in der Zeit, aber dass man nicht hätte weniger streng sein können. Aus Angst auch, aus Unwissen. Verstehen Sie? (H20, Pos. 22)*

---

---

*Die Gesundheit ist ein hohes Gut, aber die Menschenwürde ist fast noch das höhere Gut. (H04, Pos. 16)*

---

---

*Wir sind von einer Autonomie und von einem selbstständigen Entscheiden und von einer Selbstbestimmung ja meilenweit entfernt, was wir zurzeit da tun. (A40, Pos. 46)*

---

---

*[...] Man reduziert bald alles nur mehr auf Covid und das [seufzt] ist furchtbar. (H46, Pos. 68)*

---

---

*„Meine Mutter überlebt hier, aber sie lebt nicht mehr.“ (P25, Pos. 66)*

---

---

*Das ist mir ganz wichtig, dass man eben solche/ wie könnte man sagen/ jetzt brauche ich mal eine neue Idee oder neue Regel, oder ich breche sie aus dem Grund um, einfach um zu helfen oder um den Bewohnern etwas zu ermöglichen. (H46, Pos. 60)*

---

---

*Wir hatten zu dem Zeitpunkt grad einen Mann im Zimmer, der fieberte und der schon ein Druckgeschwür hatte und wir durften nachts nicht hineingehen. Das war für mich kaum auszuhalten, das muss ich schon sagen. (P33, Pos. 4)*

---

*Und das ist jetzt wo ich mich aufrege wo ich sage „cavolo“ haben wir in den letzten Monaten wirklich nichts gelernt? (A30, Pos. 17)*

---

*Also nie von oben irgendwelche Vorgaben, sondern immer versuchen auf gleicher Ebene das zu kommunizieren und zu besprechen. So, dass die Entscheidung fast gemeinsam getroffen wird. Das ist – ja, war – sehr hilfreich in der Situation. (H10, Pos. 96)*

---

*Je kleiner da die Kreise die zusammenarbeiten, desto besser. Das haben wir in ganz vielen Sachen gemerkt. (H10, Pos. 74)*

---

*Plötzlich sind Sachen umgesetzt worden die schon Jahre, Jahrzehnte eingefordert wurden. Digitale Rezepte, digitale Verschreibungen, plötzlich ging das. (H10, Pos. 100)*

---

*Also ich schlafe nie ganz ruhig [lacht], weil ich weiß, dass die Leute sich nicht ganz so verhalten wie es wahrscheinlich sein sollte, wenn sie Spaziergehen, trotz unseren Empfehlungen. Aber ich glaube, ein gewisses Risiko müssen wir doch eingehen, damit die Leute nicht an Einsamkeit sterben anstatt an Covid. (H20, Pos. 34)*

---

*Also das wichtigste von mir aus gesehen ist, dass es Entscheidungsträger vor Ort gibt, die praktisch/ dass jedes Altersheim eine gewisse, eine gewisse Autonomie hat zu entscheiden, selber lösen, ohne dass wir da jetzt müssen einen Brief schreiben. (H04, Pos. 54)*

---

*Also mit dem Verwaltungsrat wie gesagt, war gar nicht mehr viel, die waren alle weg (lacht). Sind wieder da gewesen, als es wieder aufwärts gegangen ist. (P34, Pos. 22)*

---

*Weggehen? Tu ich, tu ich zu und dann sagen sie: „Schau, jetzt sterben sie an Einsamkeit.“ Lass ich offen, kommt der Virus wieder herein, dann sagen sie: „Siehst du, hättest sollen zu tun.“ Also es ist schon nicht leicht, das muss ich schon dazu sagen. (A26, Pos. 237)*

---

*Ja. Es wäre fein gewesen natürlich, wenn klarere Informationsflüsse gewesen wären. Wenn von Anfang an eine klare Linie für die Altersheime (...) gewesen wäre, wie wir da umgehen, wo wir uns auch da können informieren, das war, das war nicht gegeben. Also es hätte eine eigene Vorgangsweise sofort gebraucht für Altersheime. Das, das hat sicher gefehlt. (H04, Pos. 52)*

---

---

*Die Medien, also das war für uns auch ganz schlimm. Alles ist in den Medien vorher gestanden bevor wir's gewusst haben. Also wir haben aus den Medien erfahren, wie viel positive Fälle wir haben, bevor uns der Sanitätsbetrieb das mitteilen konnte (P14, Pos. 6)*

---