

**Langzeitpflegeeinrichtungen in der COVID-19 Pandemie -
Überlegungen auf dem Weg zurück in die Normalität**

Preprint

Autoren:

Gosch M¹, Altrichter D², Pflügner M³, Frohnhofen H⁴, Steinmann J⁵, Schmude-Basic I³, Adamek A³,
Johnscher I⁵, Kandler U⁵, Wunner C⁶, Waller C⁶, Speer R¹, Habboub B¹, Brons-Daymond S¹, Schadinger C⁷,
Singer K^{1,8}

1 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg

2 Gemeinschaftspraxis S. Hofius, St. Pühlhorn, Dr. D. Altrichter, Nürnberg

3 NürnbergStift, Nürnberg

4 Medizinische Universität Düsseldorf, Düsseldorf

5 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Klinikhygiene, Medizinische Mikrobiologie und
Klinische Infektiologie, Klinikum Nürnberg

6 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, Klinikum Nürnberg

7 Noris inklusion, Nürnberg

8 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen, Institut für Biomedizin des Alterns, Nürnberg

Korrespondierender Autor:

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Markus Gosch
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1
90419 Nürnberg
Email: markus.gosch@klinikum-nuernberg.de

Kernaussagen:

- ❖ In der **COVID-19 Pandemie** benötigen Langzeitpflegeeinrichtungen auf dem Weg **zurück in die Normalität** Unterstützung durch Experten verschiedener Professionen.
- ❖ Es besteht dringender Handlungsbedarf die aktuelle Versorgung der Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen den **Bedürfnissen** der **Betroffenen** und deren **Angehörigen** anzupassen.
- ❖ **Besuche** und **Gruppenaktivitäten** sind unter der Einhaltung von angepassten Maßnahmen zum Infektionsschutz zu **ermöglichen**.
- ❖ Neben den **infektiologischen** müssen auch **alle weiteren lebensrelevanten Aspekte** bei der Entscheidung über Infektionsschutzmaßnahmen einfließen.
- ❖ **Impfungen** und **Antigen-Schnelltests** auf SARS-CoV-2 stellen dabei zwei der wesentlichsten Faktoren dar.
- ❖ Eine **Durchimpfungsrate von 85%** bei Bewohnern und Personal könnte die Basis für die Rückkehr in die Normalität darstellen.
- ❖ Um diese Rate von 85% zu erreichen, wird man um eine **Impfpflicht für das Personal** nicht herumkommen. Bei einer Sterblichkeitsrate von über 20% bei infizierten Bewohnern ist eine hohe Durchimpfungsrate beim Personal alternativlos.
- ❖ Im Rahmen der Pandemie darf die **Versorgung anderer Erkrankungen** der Bewohner nicht in den Hintergrund treten.
- ❖ Der physische und psychische Zustand von LPE-Bewohnern sollte standardisiert erfasst werden, um Veränderungen zu erkennen und Grundlagen für die Weiterbehandlung zu schaffen.
- ❖ Bewohner nach einer COVID-19-Erkrankung haben einen hohen Bedarf an **rehabilitativen Interventionen**.
- ❖ Die Auswirkungen der Pandemie und der Restriktion in den LPE auf die Psyche der Bewohner und des Personals bedürfen **gezielter Interventionen** auch unter Einbeziehung der Seelsorge.
- ❖ **Palliativmedizin** ist eine (zunehmende) Grundvoraussetzung in der Versorgung von LPE, deren Optimierung in der Umsetzung weiter vorangetrieben werden muss.
- ❖ Bisherige sowie laufende Maßnahmen zur Prävention von SARS-CoV-2 erfordern eine **konsequente Evaluierung** und falls erforderlich eine rasche Anpassung.

1. Einleitung und Hintergrund:

Seit Beginn der Pandemie erkrankten 120 Millionen Menschen weltweit an COVID-19 (Coronavirus Disease), insgesamt kam es zu 2,6 Millionen Todesfällen (1). Es zeigte sich früh, dass ältere und ganz besonders hochbetagte Menschen das höchste Risiko aufweisen an COVID-19 zu versterben. In der Altersgruppe 80+ liegt die Case-Fatality-Rate bei 13,4 %, die Infection Fatality Rate bei 9,3 % (2). Innerhalb der älteren Bevölkerung wiederum werden Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen (LPE) als vulnerabelste Risikogruppe angesehen. Schätzungen aus verschiedenen Staaten legen nahe, dass 30 bis 66% aller an COVID-19 Verstorbenen Bewohner von LPE sind, wovon 80% in ihrer Einrichtung verstorben sind (3). Die 30-Tage Letalität von Bewohnern von LPE liegt bei etwa 21% (4). Nationale Surveillance Daten aus verschiedenen Staaten zeigen sowohl eine Zunahme der Erkrankungsfälle als auch der Todesfälle durch SARS-CoV-2 seit Juli 2020 (3).

Bevor mit den Impfungen Ende Dezember 2020 begonnen werden konnte, standen in den Schutz- und Hygieneüberlegungen die nicht pharmakologischen Maßnahmen zur Prävention von Infektionen in LPE im Vordergrund. Ein phasenweise komplettes Besuchsverbot führte zu weitgehenden und schwerwiegenden Beschränkungen der sozialen Kontakte und Interaktionen in den Einrichtungen. Kritisch betrachtet waren diese Maßnahmen als Bestandteil der Infektionsprophylaxe bestenfalls bedingt wirksam, was die Entwicklung der Inzidenzen in den entsprechenden Altersgruppen deutlich widerspiegelt (5). Über die Ursachen für diese Entwicklung kann nur spekuliert werden. Neben dem Mangel an qualifiziertem Fachpersonal, teils unvollständiger und minderwertiger persönlicher Schutzausrüstung (vor allem in den ersten Monaten der Pandemie), initial nicht suffizienter und konsequenter Testung sowie dem Umstand, dass zwar Einschränkungen von Besuchen in LPE bestehen, allerdings es den Bewohnern ohne Einschränkungen freigestellt ist, die Einrichtung zu verlassen, ist der relevanteste Risikofaktor für einen SARS-CoV-2-Ausbruch in einer LPE die geographische Lage, sprich die lokale Inzidenz von COVID-19 (6). Soziale, medizinische und ethische Fragen abseits der virologisch-infektiologischen Perspektive wurden zwar diskutiert, allerdings bisher ohne konkret an den Maßnahmen zur Verbesserung des Infektionsschutzes und der Lebensqualität der Bewohner etwas zu ändern. Durch die bereits durchgeführten und zum Teil noch laufenden Impfungen in den LPE sowie die Möglichkeit Antigen-Schnell-Tests niederschwellig anbieten zu können, haben sich die grundlegenden Voraussetzungen geändert.

Im Rahmen einer interprofessionellen Arbeitsgruppe haben wir unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte Überlegungen für LPE auf dem Weg zur Rückkehr in die Normalität zusammengefasst.

1. Ziel:

Ziel dieser Ausführungen ist es, die Situation der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter auf dem Weg in die Normalität zu begleiten, Möglichkeiten und Risiken zu beschreiben und die LPE wieder zu einem „er-

/lebenswerten“ Lebensbereich entwickeln zu können. Die Autoren sind sich der Risiken, die von SARS-CoV-2 ausgehen bewusst. Eine differenzierte Risikoabwägung zum Wohle der Bewohner von LPE ist notwendig, da auch die Risiken, die die vergangenen und aktuellen Einschränkungen mit sich gebracht haben und weiterhin mit sich bringen, Berücksichtigung finden müssen.

2. Einschränkung:

Die vorliegenden Überlegungen basieren auf Expertenmeinungen und der aktuellen Evidenz sowie den Erfahrungen aus dem bisherigen Verlauf der Pandemie. Trotz aller Sorgfalt werden einige Aspekte auf Grund neuer Erkenntnisse oder Entwicklungen angepasst bzw. überarbeitet werden müssen. Bei der Umsetzung der ausgearbeiteten Vorschläge in die Praxis sind die lokal und aktuell gültigen gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

3. Organisatorische Aspekte:

- Jede LPE sollte COVID-19 (Pandemie)-Beauftragte benennen, die zusammen mit (externen) Hygienefachkräften Hygienekonzepte entwickeln und die Umsetzung überwachen (3). Sollte es bereits Beauftragte geben, werden diese mit der Umsetzung der weiteren Maßnahmen betraut.
- Alle Mitarbeiter benötigen einen niederschweligen Zugang zu Informationen und Schulungsunterlagen, die für die Prävention von COVID-19 erforderlich sind. Ein Schwerpunkt sollte hierbei auf den Impfungen sowie den aktuellen Testmöglichkeiten liegen.
- Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter in Bezug auf Hygienemaßnahmen und Infektionsprävention müssen fortgeführt werden. Änderungen in den Hygienekonzepten müssen tagesaktuell an die Mitarbeiter weitergegeben werden. Um eine bessere Akzeptanz zu erreichen, sollte jede Maßnahme mit einer allgemeinverständlichen Erklärung versehen werden. Moderne Medien sollten unterstützend eingesetzt werden (Filme, App etc.).
- Das aktuell gültige Hygienekonzept sollte auch für Bewohner, Angehörige sowie externe Dienstleister einsehbar und allgemein verständlich formuliert sein. Am einfachsten erfolgt dies durch einen Aushang in den Wohnbereichen, im Eingangsbereich bzw. auf der Homepage der Einrichtungen. Visualisierungen in Form von Piktogrammen stellen eine sinnvolle Ergänzung dar. Auf Grund der sich aktuell ändernden Kenntnislage sind die Hygienekonzepte mit einem entsprechenden Gültigkeitsdatum zu versehen.
- Die Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung muss sowohl für das Personal als auch für die Bewohner sichergestellt sein. Um Sicherheit und Routine in der Umsetzung der präventiven Maßnahmen zur Kontrolle von COVID-19 weiterhin zu gewährleisten, sollte das An- und Ablegen von persönlicher Schutzausrüstung in regelmäßigen Abständen geübt und evaluiert werden

(3).Für körpernahe pflegerischen Tätigkeiten werden für das Personal FFP-2 Masken empfohlen, für spezifische Anforderungen (z.B. zur Tracheostomapflege) sollten auch FFP-3 Masken zur Verfügung stehen (7).

- Neben den Mitarbeitern richten sich die Schulungen und Informationen auch an die Bewohner und deren Angehörige. Um eine bessere Akzeptanz zu erreichen, sollte jede Maßnahmenänderung mit einer allgemeinverständlichen Erklärung versehen werden.
- Das Infektionsgeschehen durch COVID-19 in den einzelnen LPE war und ist weiterhin sehr unterschiedlich. Ebenso unterschiedlich sind die Konzepte der einzelnen Einrichtungen. Eine strukturierte Analyse von Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Risiken über den bisherigen Ablauf und die getroffenen Maßnahmen kann die Basis für zukünftige Entscheidungen darstellen. Die Analyse sollte vorrangig von den Mitarbeitern und Bewohnervertretern durchgeführt werden, externe Experten können bei Bedarf hinzugezogen werden.
- Unabhängig vom individuellen Verlauf der Pandemie in den LPE sollte den Mitarbeitern eine Supervision angeboten werden. Die Umsetzung obliegt dabei der Heimleitung.

4. Infektiologische Aspekte:

- In den bisher vorliegenden und publizierten Daten der verschiedenen Impfstoffe war das primäre Outcome die Verhinderung von schweren Krankheitsverläufen sowie das Versterben an COVID-19. Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine ausreichende Evidenz, das Übertragungsrisiko von SARS-CoV-2 durch immunisierte Personen einzuschätzen. SARS-CoV-2 könnte sich trotz Impfung im Mund-Nasen-Rachenraum vermehren und damit eine Übertragung ermöglichen. Erste Hinweise lassen jedoch vermuten, dass auch das Transmissionsrisiko nach Impfungen reduziert ist. Im Rahmen einer großen Beobachtungsstudie konnte für den mRNA Impfstoff BNT162b2 eine Reduktion eines positiven SARS-CoV-2 Nachweises 14 Tage nach der ersten Impfung um 46 % und 7 Tage nach 2. Dosis um 92 % gezeigt werden (8). In einer ersten Stellungnahme des Impfstoffherstellers AstraZeneca soll sich der Anteil der positiven PCR-Testergebnisse um 67 Prozent nach der ersten Dosis und um 50 Prozent nach der zweiten Dosis reduziert haben (9).
- Nach einer durchgemachten SARS CoV-2 Infektion entsteht bei immunkompetenten Personen in der Regel eine Immunität. Erste Studien belegen eine Beständigkeit neutralisierender Antikörper über mehrere Monate nach Infektion (10-12). Auch wenn diese Ergebnisse keine protektive Immunität beweisen, lässt der Nachweis potenter neutralisierender Antikörper einen Schutz vor schweren Krankheitsverläufen mit erhöhter Überlebenschance vermuten. Generell ist aktuell von einer Immunität von zumindest 6 Monaten auszugehen, wobei diese jedoch gerade

bei älteren Personen auf Grund der Immunseneszenz auch kürzer sein könnte. Auf der Basis dieser Überlegungen gehen wir davon aus, dass Mitarbeiter von LPE für 6 Monate und Bewohner für 3 Monate nach SARS-CoV-2 Infektion als immun betrachtet werden können. Da eine sichere Beurteilung des Immunstatus an Hand von Laborparametern aus heutiger Sicht nicht möglich ist, empfehlen wir folgende Personengruppen als immun zu betrachten: alle Personen 14 Tage nach der 2. Impfung sowie alle Mitarbeiter und Besucher (jünger als 65 Jahre) nach durchgemachter SARS CoV-2 Infektion für 6 Monate sowie alle Bewohner und Besucher (älter als 64 Jahre) für 3 Monate. Der Lesbarkeit halber wird diese Gruppe im Text als „Immunisierte“ bezeichnet.

- Für die Gesamtpopulation geht man von einer erforderlichen Herdenimmunität von 50% bis 67% aus (13). Um dem erhöhten Risiken der Bewohner von LPE gerecht werden, sollte für LPE eine wesentlich höhere Immunitätsrate sowohl für Bewohner als auch für Personal angestrebt werden. Diese Rate könnte eine Grundlage für eine weitgehende Rücknahme der Beschränkungen darstellen. Da ein Idealwert von 100% nicht realistisch ist, könnte man einen Zielwert von 85% festlegen (jeweils in der Gruppe der Bewohner und des Personals). Das verbleibende Restrisiko scheint uns in Anbetracht der negativen Folgen anhaltender Restriktionen in LPE vertretbar. Restriktionen in den LPE haben nicht „nur“ psychologische Folgen für die Bewohner. So zeigen Daten aus den Vereinigten Staaten sowie aus Großbritannien neben COVID-19 Todesfällen auch eine signifikante Zunahme der Sterblichkeit bei Patienten mit Demenz, mit kardiovaskulären Erkrankungen sowie auch Diabetes im Rahmen der ersten Welle im Frühjahr 2020 (14-16).
- Seit dem 1. März 2020 besteht in Deutschland eine Impfpflicht gegen Masern. Diese betrifft nicht nur Kinder, sondern auch Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen oder medizinischen Einrichtungen tätig sind wie Erzieher, Lehrer, Tagespflegepersonen und medizinisches Personal (soweit diese Personen nach 1970 geboren sind) (17). In Anbetracht des hohen Risikos für einen schweren und fatalen Verlauf einer SARS-CoV-2 Infektion bei Bewohnern von LPE ist analog zur Masernimpfpflicht auch eine Impfpflicht für medizinisches Personal, insbesondere in LPE zu fordern. Auf Grund der aktuellen Diskussion über potentiell unerwünschte Wirkungen von Impfungen, sollte dabei dem Mitarbeiter die Wahl des Impfstoffes nach Verfügbarkeit freigestellt sein.
- Bei SARS-CoV-2 handelt es sich um ein RNA-Virus, dessen Genom durch eine viral kodierte RNA-abhängige RNA-Polymerase repliziert wird. Trotz einer Korrekturaktivität verläuft die Replikation nicht fehlerfrei, sodass durch diese Kopierfehler Mutationen im viralen Genom entstehen. Klinisch relevant und von besonderem Interesse sind aktuell drei Mutationen. Diese sogenannten

„besorgniserregenden Virusvarianten“ oder Englisch „variants of concern“ (VOCs) sind Virusvarianten bzw. Subtypen, die sich in ihren Erregereigenschaften zum Virus-Wildtyp unterscheiden. Zu den VOCs zählen bislang, die jeweils zuerst in Großbritannien (Variante B. 1.1.7), in Südafrika (Variante B1.351) und in Brasilien (Variante P.1) aufgetretenen Mutationen (18). B. 1.1.7, auch UK-Variante genannt, ist mit einer um 35 bis 45% erhöhten Transmissionsrate assoziiert und erste Daten weisen auch darauf hin, dass sie mit einer um 64% erhöhten Fallsterblichkeit einhergehen kann (19, 20). In Deutschland ist in 2021 eine deutliche Erhöhung des Anteils der UK Variante zu verzeichnen, so dass damit gerechnet wird, dass diese Variante die häufigste in Deutschland werden wird. Inwieweit sich die jeweilige Variante auf die Suszeptibilität gegenüber der Immunantwort von genesenen oder geimpften Personen relevant von den herkömmlichen Virusvarianten unterscheidet, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht eindeutig geklärt (18).

- Für einen effektiven Schutz in den LPE stellt umfassendes Testen auf SARS-CoV-2 eine Grundvoraussetzung dar. Der Zugang zu den Testmöglichkeiten muss niederschwellig und kostenlos sein. Generell sollte eine Testmöglichkeit in den LPE vorhanden sein. Je nach lokaler Situation und Erreichbarkeit externer Teststationen sollten auch Besucher in den LPE die Möglichkeit haben sich testen zu lassen. Der Ärztliche Pandemierat empfiehlt für das Personal in Senioreneinrichtungen die Durchführung von Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 alle 48 Stunden (21).
- Maßnahmen und Beschränkungen sollten zukünftig nicht allein durch die Inzidenz von SARS-CoV-2 Infektionen begründet sein. Durch vermehrtes Impfen der Risikogruppen, vermehrtes Testen sowie erwartete Öffnungsschritte wird sich das Risiko für Bewohner von LPE nicht mehr an der Inzidenzzahl allein festmachen lassen. Die größte Variable für die Zukunft stellen vor allem neue Mutationen dar. Aktuelle Änderungen im Verlauf der Pandemie müssen berücksichtigt werden. Konzepte müssen erstellt werden für den Fall, dass Beschränkungen kurzfristig und effektiv zum Schutz der Bewohner umgesetzt werden müssen.

5. **Besuche:**

- Besuche von Angehörigen, Freunden und Betreuern gehören zu den wichtigsten sozialen Kontakten der Bewohner und sichern die Aufrechterhaltung der sozialen Integration in Familienstrukturen sowie Begleitung in allen Fragen der Heimunterbringung, der Finanzierung sowie auch der medizinischen Betreuung. Ferner sind die Angehörigen und Freunde wichtige emotionale Anker für Bewohner und Bindeglied für Einrichtungen insbesondere in der

Eingewöhnungsphase nach dem Umzug in die Einrichtung. Besuche sollen grundsätzlich im Zimmer des Bewohners stattfinden. Zudem sollten regelmäßig Gespräche mit Pflegepersonal, Leitung und Verwaltung in Arbeitsräumen der Einrichtung stattfinden.

- Bis zum Erreichen einer flächendeckenden Durchimpfung der Allgemeinbevölkerung sollten die Besuche auf einen Besuch (maximal 2 Personen) täglich beschränkt sein. Die Besuche sollten nach telefonischer Voranmeldung mit Termin erfolgen. Voraussetzung für den Zutritt in die LPE ist ein aktueller negativer Test auf SARS-CoV-2, entweder PCR (nicht älter als 48 Stunden) oder Antigen (nicht älter als 24 Stunden). Bei den Besuchen ist ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz (MNS) bzw. FFP2 zu tragen. Anschließend könnte eine Besuchsregelung wie in Tabelle 1 dargestellt umgesetzt werden:

Tabelle 1: Besuchsregelung für LPE (Person A bekommt Besuch von Person B, weiß bedeutet Immunisierung gegen SARS-CoV-2 abgeschlossen, grau fehlende Immunisierung)

Person A	Person B	Testung	MNS/FFP2	Abstand	Händehygiene
Bewohner		nein	nein	nein	ja
	Besucher	nein	ja	nein	ja
	Besucher	ja	ja	nein	ja
Bewohner		ja	ja	ja	ja
	Besucher	nein	ja	nein	ja
	Besucher	ja	ja	ja	ja

- Gemeinsam mit Bewohnervertretern und der Leitung der LPE soll ein Hygienekonzept für Bewohner festgelegt werden, wenn sie die Einrichtung verlassen. Bis zum Vorliegen weiterer Daten sollten geimpfte Bewohner bei ihren Ausgängen die AHA-L Regeln beachten und in geschlossenen Räumen einen MNS tragen. Für nicht geimpfte Bewohner sollte zusätzlich eine Teststrategie festgelegt werden. Bei einmaligem Verlassen erfolgt ein Antigen-Schnell-Test an Tag 2, 4 und 6, bei regelmäßigen Ausgängen ein Test alle 48 Stunden analog der Regelung für Personal.

6. Gruppenaktivitäten:

- Gruppenaktivitäten für Bewohner sind zu fördern. Diese Aktivitäten sind ein fester Bestandteil der Tagesstrukturierung, die gezielt durch soziale Betreuungsteams geplant und in dafür vorgesehenen Gemeinschaftsräumen durchgeführt werden. Durch Gruppenaktivitäten für Bewohner in kleinen (bis zu fünf Bewohner) und/oder großen Gruppen (bis zu zehn) werden folgende Ziele verfolgt: Sicherstellung von Beweglichkeit, Kondition und Mobilität, Reduzierung der Kontrakturgefahr, Vermeidung von Stürzen und deren Folgen, Koordination der

Körperwahrnehmung, Kommunikation, Spaß und Freude, Beachtung der individuellen Beweglichkeit, Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners, Training der Atemmuskulatur, Anknüpfen an positive Erinnerungen, Erhaltung und Förderung sozialer Kontakte.

Zu den Gruppenaktivitäten zählen auch Veranstaltungen wie Geburtstage, jahreszeitliche Festivitäten, interne Konzerte u.ä.. Diese haben eine besondere Bedeutung für das Zusammenleben in Einrichtungen und fördern die Öffnung für Gäste, Freunde und Nachbarn. Sie fördern die seelische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden von Bewohnern in vielfältiger Weise.

Für diese Veranstaltungen und Gruppenaktivitäten sind entsprechende Hygienekonzepte (abhängig u.a. von der Anzahl der Personen, der Tätigkeit, der Raumgröße, der Lüftungsmöglichkeiten) zu erstellen. Gemeinschaftliche Aktivitäten sollten, soweit möglich, in festen Gruppen stattfinden. Grundvoraussetzung für Gruppenaktivitäten ohne Beschränkungen ist eine Immunisierungsrate von 85% bei den Bewohnern sowie den betreuenden Pflegekräften sowie der Ausschluss von externen Personen (Ausnahme positiver Impfnachweis und MNS/FFP2). Bei einer geringeren Immunisierungsrate gelten weiterhin die allgemeinen Hygieneregeln mit MNS/FFP2, Abstandsregel und Händehygiene. Ist das Tragen eines MNS/FFP2 nicht möglich, erfolgt am Tag der Veranstaltung ein Antigen-Schnell-Test auf SARS-CoV-2.

- Bei allen Gruppenaktivitäten ist darauf zu achten, dass nicht geimpfte Bewohner nicht nebeneinander bzw. sich nicht gegenüber sitzen.
- Das gemeinsame Essen ist zentrales soziales Element in den LPE. Erreicht man die geforderte Immunisierungsrate von 85% nicht, kann die Einnahme von Mahlzeiten in festen Gruppen bei Einhaltung der Abstandsregeln erfolgen. Angepasst an die Raumgröße können die Mahlzeiten in mehreren zeitlich versetzten Gruppen erfolgen. Das Personal sollte bei den Mahlzeiten MNS/FFP2 tragen.
- Medizinischen und körpernahen Dienstleistungen muss ein niederschwelliger Zugang zu den LPE gewährleistet werden. Geimpfte Dienstleister sollen mit MNS/FFP2 freien Zutritt haben, nicht geimpfte Dienstleister sollen einen tagesaktuellen Antigen-Schnell-Test vorweisen sowie einen MNS/FFP2 tragen. In diese Gruppe fallen Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Masseur, Fußpflege und Friseur.
- Soziale Interaktion im Rahmen der Einzelbetreuung ist für schwerstpflegebedürftigen Bewohner, die nicht mehr gruppenfähig sind, die einzige Möglichkeit, um vor vollständiger Vereinsamung geschützt zu werden. Einzelbetreuung wird individuell, biographieorientiert geplant und

überwiegend im Bewohnerzimmer durchgeführt. Dabei ist ein vertrauensvoller und körpernaher Kontakt insbesondere durch Initialberührung von besonderer Bedeutung. Jemand der sich nicht mitteilen kann, muss behutsam begleitet und angesprochen werden. Das Gesprochene muss verständlich und mit wenigen Barrieren zu den Bewohnern kommen, um den gewünschten Effekt der Entspannung und Teilnahme zu erzielen. Das Tragen eines MNS/FFP2 kann dabei hinderlich sein. Sofern sowohl die Pflegekraft als auch die zu pflegende Person geimpft sind, kann auf den MNS/FFP2 sowie auf das Einhalten der Abstandsregel verzichtet werden. Das Arbeiten ohne MNS/FFP2 setzt dabei das Einverständnis der Pflegekraft voraus. Um in diesem Bereich größtmögliche Sicherheit bieten zu können, ist eine strikte Einhaltung des Testkonzeptes essentiell.

- Mitarbeiter-Besprechungen, insbesondere Fallbesprechungen, Visiten, Qualitätszirkel stellen die multiprofessionelle Kommunikation sicher und ermöglichen individuelle Planung der notwendigen Maßnahmen. Ferner werden durch die Maßnahmenplanung die Kennzahlen für die Evaluation der Ziele festgelegt und die Auswertungsintervalle definiert. Sie stellen daher einen elementaren Bestandteil in der Betreuung der Bewohner dar. Unter Einhaltung der bekannten Hygieneregeln sowie der zunehmenden Anzahl geimpfter Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind Beschränkungen dieser Besprechungen nicht länger gerechtfertigt. Für alle regelmäßigen Besprechungen sollen Hygienekonzepte entsprechend der anwesenden Personen und der Raumgröße erstellt werden.
- Für gemeinschaftlich benützte Therapieräume und -geräte müssen Desinfektionspläne erstellt und die getroffenen Maßnahmen entsprechend dokumentiert werden.
- Für neu aufgenommene und geimpfte Bewohner bestehen nach Vorliegen eines negativen PCR-Tests auf SARS-CoV-2 (nicht älter als 48 Stunden) keine weiteren Einschränkungen als die oben genannten. Eine Teilnahme an sozialen Aktivitäten bzw. auch eine Unterbringung im Doppelzimmer ist möglich. Neu aufgenommene und nicht geimpfte Bewohner müssen ebenfalls einen negativen PCR-Test auf SARS-CoV-2 (nicht älter als 48 Stunden) vorweisen, unabhängig ob sie von zu Hause oder einer anderen stationären Einrichtung kommen. Bei nicht geimpften, neu eintretenden Bewohnern sollte eine 10-tägige Quarantäne erfolgen, welche mit einem negativen PCR-Test auf SARS-CoV-2 nach 5 Tagen frühzeitig beendet werden kann. Bis zur Aufhebung der Quarantäne sind die Hygieneregeln strikt einzuhalten.

- Ehrenamtliche Helfer stellen eine wesentliche Bereicherung und Stütze in der Betreuung und Versorgung der Bewohner dar. Ehrenamtliche Tätigkeit ist daher zu fördern, bzgl. der Zugangsregeln sind sie gleich zu behandeln wie externe Dienstleister.

7. Geriatrisches Assessment nach Covid-19:

- Die Mehrzahl der Bewohner von LPE sind "gebrechliche" ältere Menschen, welche aufgrund mehrerer zugrundeliegender Gesundheitsstörungen komplexe individuelle Bedürfnisse aufweisen.
- Die nunmehr seit über einem Jahr andauernde Corona-Pandemie hat diese schon vorbestehenden Bedürfnisse bei vielen Bewohnern von LPE verändert. Einige LPE-Bewohner waren in dieser Zeit selbst erkrankt, entweder an Covid-19 oder anderen nicht SARS-CoV2 bedingten Gesundheitsstörungen, andere haben den Verlust einer vertrauten Person zu beklagen. Bei wiederum anderen hat durch die aufgrund der geltenden Hygienemaßnahmen eingeschränkten Möglichkeiten in der Mobilität die individuell vorbestehende Beweglichkeit, Ausdauer und Kraft nachgelassen. Aufgrund der langandauernd eingeschränkten sozialen Kontakte besteht insbesondere bei kognitiv eingeschränkten Personen die Gefahr einer Verschlechterung der Kognition und emotionalen Stimmungslage, welche sich unter anderem in einer Verschlechterung des Ernährungszustandes äußern kann.

Es gilt nun, den aktuellen Zustand von LPE-Bewohnern standardisiert zu erfassen, um auf dieser Grundlage zum einen Veränderungen zum Zustand vor der Pandemie zu erkennen, aber vor allem um eine Grundlage für eine weiterführende multiprofessionelle Behandlungsstrategie zu schaffen.

- Der aktuelle Zustand sollte mit Hilfe eines geriatrischen Assessments erhoben werden. Dies ermöglicht eine standardisierte Einschätzung von individuellen Ressourcen und Potentialen, auf welche auch bei Vorhandensein neu aufgetretener Einschränkungen aufgebaut werden kann.

Als mögliche Assessments werden empfohlen (je nach gesundheitlichem Zustand müssen die Verfahren an den Bewohner angepasst werden):

➤ Sozial:

Aktualisierung der sozialen Situation, insbesondere in Hinblick auf wesentliche Veränderungen im sozialen Umfeld (schwere Erkrankungen oder Todesfälle in der Familie oder von Freunden)

➤ Alltagsaktivitäten:

Wir empfehlen den Barthel-Index nach Barthel und Mahoney (22). Der Barthel-Index gehört zu den vier Instrumenten, deren Eignung für die Erfassung der Selbstständigkeit in

den täglichen Basisaktivitäten auf Basis des Hamburger Manuals am besten belegt ist (23, 24).

➤ Kognition:

Zur Prüfung der Kognition sollte die NOSGER zur Anwendung kommen. Die NOSGER II ist für ein Screening ambulanter und stationärer Personen mit dem Verdacht des Vorliegens einer altersbedingten Demenz vorgesehen. Auf pathologische Merkmale ausgerichtete Instrumente sollen hierbei durch Beobachtungen aus dem Alltag ergänzt werden (25). Zur Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz kann das neuropsychiatrische Inventar angewandt werden (26).

➤ Depression, Trauer, Isolation:

Für Bewohner ohne erhebliche kognitive Beeinträchtigung kann die Geriatrische Depressionsskala angewandt werden (27), bei Bewohnern mit Demenz die Cornell-Skala (28). Als einfaches Screening-Instrument eignen sich folgende zwei Fragen (29):

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

➤ Mobilität und Muskelkraft:

Veränderungen in der Mobilität fallen meist auch durch einen vermehrten Unterstützungsbedarf im Alltag bzw. durch eine Zunahme von Stürzen auf. Gerade aber im Sinne eines frühzeitigen Erkennens des Sturzrisikos sowie einer Aggravierung der Sarkopenie sollte auch ein strukturiertes Verfahren wie der SARC-F zur Anwendung kommen (30).

➤ Schmerzerfassung:

Für Bewohner ohne kognitive Beeinträchtigung wird die Verbale Rating Skala (VRS) empfohlen (31). Bei Bewohnern mit einer Demenz die Skala zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) (32).

➤ Ernährung:

Bezüglich der Ernährung verweisen wir auf den entsprechenden Abschnitt. Bei entsprechendem Verdacht kann auch ein Dysphagie-Screening durchgeführt werden (33). Bei positivem Verdacht sollte eine weiterführende Schluckabklärung eingeleitet werden.

➤ Medikationsreview:

Eine kritische Prüfung der Medikamente in Hinblick auf eine Über- oder Unterversorgung soll durch den behandelnden Arzt erfolgen, dies aber in enger Absprache mit Bewohner bzw. auch der Pflege. Als Tool eignet sich hierfür der Medication Appropriateness Index (MAI)(34).

8. **Medizinische Empfehlungen:**

- Die typischen klinischen Zeichen einer Covid-Infektion sind Fieber, Husten und Luftnot. Diese Zeichen sind aber unspezifisch. Gerade gebrechliche älteren Menschen zeigen diese Symptome nur etwa der Hälfte der Fälle. Diese atypische Präsentation von Symptomen kann daher dazu führen, dass die Erkrankung bei älteren Menschen initial übersehen und zu spät diagnostiziert wird (4). Daher sollte jede akute Veränderung des Gesundheitszustandes in den Zeiten der Pandemie auch an eine COVID-Infektion als Ursache denken lassen, zumal fehlendes Fieber eine Infektion nicht ausschließt.
- Das Post-COVID-Syndrom trifft auch Bewohner von LPE. Zwar gibt es keine Daten speziell zu Bewohnern von LPE, allerdings leiden nach einer durchgemachten COVID-19 Erkrankung 69% unter Fatigue, 53% unter Atemnot, 34% unter Husten und 14,6% unter Depressionen (35).
- Unter mehr als 50 beschriebenen Post-COVID-Symptomen scheint die Fatigue das häufigste zu sein (36). Jüngeren wird in der Regel Ruhe, Stressreduktion, keine sportlichen Aktivitäten und Entspannung empfohlen. Für Bewohner von LPE könnte ein so ausgerichtetes Behandlungskonzept bestehende funktionelle Defizite verstärken. Der Fokus sollte daher auf rehabilitativen Maßnahmen auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells liegen.
- Dyspnoe ist ein häufiges Symptom bei älteren Menschen. Durch die häufig fehlende körperliche Betätigung tritt eine Belastungsdyspnoe kaum auf, zusätzlich steigt im Alter die Schwelle zur Wahrnehmung der Atemnot. Für die Praxis bedeutet dies, dass Dyspnoe bei älteren Menschen, insbesondere dann, wenn sie in Ruhe auftritt, als ein Alarmzeichen zu werten ist.
- Therapeutisch steht die Suche nach der Ursache der Dyspnoe im Vordergrund. Dazu zählen die Anamnese, die Perkussion und Auskultation der Lunge einschließlich einer forcierten Expiration. Die Atemfrequenz steigt bei jeder Form einer relevanten pulmonalen Erkrankung früh an und sollte als basaler Vitalparameter immer erfasst werden. Die Behandlung muss sich immer an der Ursache der Dyspnoe orientieren. Da die spezifischen Maßnahmen oft nicht sofort wirksam sind, ist häufig vorübergehend eine symptomatische Behandlung der Dyspnoe mit Sauerstoffgabe erforderlich. Allgemeine Strategien zur Linderung von Atemnot umfassen Atemtechniken, Bewegungstraining und -rekonditionierung, sofern dies toleriert wird. Neben anxiolytischen

Psychopharmaka haben vor allem Opiate einen Stellenwert in der Linderung der Atemnot. Die Dosierung richtet sich nach der Klinik.

Dyspnoe ist im Gegensatz zu Husten bei älteren Menschen mit einer Verdopplung der Mortalität assoziiert. Eine Indikation für eine stationäre Einweisung zur weiteren Abklärung und Therapie sollte von ärztlicher Seite gemeinsam mit dem Bewohner bzw. dessen Betreuer geprüft werden.

- Etwa die Hälfte der älteren an einer COVID-19 erkrankten Menschen leidet unter einem trockenen Reizhusten. Dieser Reizhusten ist nicht prognoserelevant, kann aber sehr quälend sein. Hier hilft eine symptomatische Dämpfung des Hustenreflexes, wobei schwache und starke Opiate die Mittel der Wahl sind. Vorsicht ist geboten bezüglich einer Dämpfung des Atemantriebes, so dass die Dosis niedrig begonnen und vorsichtig titriert werden muss.
- Mit einem gehäuftem Auftreten von Anpassungsreaktionen mit vorwiegend depressiver oder ängstlicher Symptomatik ist nicht nur bei den Bewohnern nach einer COVID-19-Erkrankung zu rechnen. Auch eine Zunahme psychosomatischer Beschwerden, insbesondere chronische Schmerzen oder eine Verschlechterung einer bereits bestehenden Symptomatik ist wahrscheinlich.

Folgende Maßnahmen sollten daher getroffen werden:

- Schulung bzw. Sensibilisierung der Mitarbeiter im Hinblick auf psychopathologische, therapiebedürftiger Symptome bei den Bewohnern.
 - Implementierung eines Assessments zu Depression (s.o.)
 - Regelmäßige Screening-Fragen durch die Pflegekräfte: Haben Sie sich in den letzten Wochen oft niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt? Leiden Sie unter Ängsten oder starker innerer Unruhe? Schlafen Sie schlecht? Haben Sie Alpträume oder kommen negative Erinnerungen aus Ihrer Vergangenheit wieder hoch?
 - Weitergabe der Informationen an den behandelnden Arzt, falls Symptome als therapiebedürftig eingeordnet werden.
- Auch bei milden COVID-19 Verläufen besteht ein erhöhtes Risiko für thromboembolische Ereignisse. Generell wird eine Prophylaxe bei hospitalisierten Patienten empfohlen. Da gerade Bewohner von LPE häufig in ihren Einrichtungen verbleiben, sollte auch dort konsequent eine Thromboseprophylaxe durchgeführt werden (37). Unsicherheit besteht noch über die Dauer der Prophylaxe. In der S2k-Letlinie zur stationären Therapie von COVID-19 wird eine Thromboseprophylaxe für die Dauer der akuten Erkrankung empfohlen, international geht die Empfehlung bis zu 45 Tage nach Erkrankungsbeginn (38, 39).

- Während der Pandemie galt der besondere Fokus in der Beobachtung von Hochrisikogruppen den COVID-19-typischen Symptomen. Andere Beschwerden rückten teilweise in den Hintergrund oder wurden von den Bewohnern auch aus Angst vor einer stationären medizinischen Behandlung bagatellisiert oder verschwiegen. Hierdurch kam es zu einem verspäteten Diagnostik- und Therapiebeginn mit teilweise schweren Folgen.

Die Autoren fanden es daher zielführend sogenannte „Red-Flags“ festzulegen, bei deren Identifizierung durch das Pflegepersonal eine ärztliche Konsultation erfolgen sollte.

„Red Flags“:

- ✓ neu aufgetretene Verwirrtheit (Delir) mit oder ohne vorbestehende Demenz
- ✓ neu aufgetretene oder zunehmende Dyspnoe
- ✓ neu aufgetretene oder zunehmende Fatigue
- ✓ neu aufgetretene Verminderung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- ✓ neu aufgetretene Schmerzen
- ✓ KG- Abnahme von 5% des Körpergewichtes
- ✓ neu aufgetretene Verhaltensstörungen bei Demenz
- ✓ neu aufgetretene Stuhlunregelmäßigkeit
- ✓ verminderte Nahrungs-/ Flüssigkeitszufuhr von mehr als drei Tagen

beim Erkennen von Red Flags → Messung der Vitalparameter (Körpertemperatur, Blutdruck Herzfrequenz, Atemfrequenz)

9. Therapieangebote:

- Den Bewohnern sollen spezifische Therapien angeboten werden. Festgestellte Defizite in der Mobilität, der Muskelkraft sowie den Aktivitäten des täglichen Lebens müssen gezielt angegangen werden. Durch allgemein aktivierende Gruppenangebote wie auch durch individuelle Einzelbehandlungen sollen bestehende Ressourcen bei den Bewohnern gestärkt werden. Vorrangig sollen hier Physio- und Ergotherapeuten zum Einsatz kommen, bei Sprach- und Schluckstörungen Logopäden.
- Eine regelmäßige körperliche Aktivität bzw. Mobilisationsübungen von täglich > 30 Minuten oder jeden zweiten Tag > eine Stunde ist für Bewohner einer LPE grundsätzlich empfehlenswert.

10. Ernährung:

- Gerade in gesundheitlichen oder psychischen Krisensituationen ist das Risiko für die Entwicklung oder Aggravierung der Malnutrition sehr hoch. Mit dem Alter reduziert sich die Nahrungsaufnahme bei auch reduzierten Energiebedarf, allerdings bei einem gleichbleibendem

bzw. erhöhten Bedarf an Protein und Mikronährstoffen. Es geht somit um eine bedarfsgerechte Deckung des Energie-, Protein- und Mikronährstoffbedarfs (40)

- Gemäß den Empfehlungen des DNQP Expertenstandard Ernährungsmanagement in der Pflege sollten Bewohner/innen der stationären Langzeitpflege proaktiv und regelmäßig mit einem validierten Screening-Tool auf Anzeichen für drohende oder bestehende Mangelernährung gescreent werden (Tabelle 2, wir empfehlen das Mini-Nutritional-Assessment – Short Form – MNA-SF) (40). Ein monatliches Monitoring – für die nächsten 6 Monate – ist bei/nach erfolgter Infektion indiziert, da häufig auch im postakuten Verlauf Störfaktoren auftreten, wie z.B. Schmerzen, Inappetenz, körperliche Schwäche etc. die die orale Nahrungsaufnahme ebenso wie den Gesamtverlauf nachhaltig negativ beeinflussen können. Einige Einrichtungen haben die Funktion des Ernährungsbeauftragten etabliert. Diese von der Pflege begleitete Position bildet eine wichtige Grundlage und zentrale Anlaufstelle innerhalb des Wohnbereichs bzw. der Einrichtung allgemein zum Thema Ernährung.

Tabelle 2: Ernährungsassessment

	Bewohner	Bewohner	Bewohner	Bewohner	Bewohner
	ohne SARS-CoV-2 Infektion	ohne SARS-CoV-2 Infektion	ohne SARS-CoV-2 Infektion	mit/nach SARS-CoV-2 Infektion	mit/nach SARS-CoV-2 Infektion
	LPE	LPE	LPE	ohne Hospitalisierung	Mit Hospitalisierung
Gewichtserfassung	mind. 1x monatlich	mind. 1x monatlich	mind. 1x monatlich	14-tägig, ist eine Gewichtsstabilität im Zielbereich erzielt, dann Wechsel auf monatliches Intervall	direkt nach Aufnahme, 14-tägig, ist eine Gewichtsstabilität im Zielbereich erzielt, dann Wechsel auf monatliches Intervall
Screening auf Mangelernährung mittels MNA-SF ¹	alle 6 Monate bzw. bei Gewichtsverlust od. akuter Erkrankung	alle 6 Monate bzw. bei Gewichtsverlust od. akuter Erkrankung	alle 6 Monate bzw. bei Gewichtsverlust od. akuter Erkrankung	zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bzw. im Verlauf monatlich für 6 Monate	bei Wiedereintritt ins PH bzw. im Verlauf monatlich für 6 Monate
Screening Ergebnis	MNA-SF 12-14 Punkte	MNA-SF 8-11 Punkte	MNA-SF 0-7 Punkte	MNA-SF ≤ 8 Punkte	MNA-SF ≤ 8 Punkte
Risiko-einschätzung/ Ernährungszustand	normaler Ernährungszustand	Risiko für Mangelernährung	Mangelernährung	high Risk/ Mangelernährung (im spezifischen Kontext)	high Risk/ Mangelernährung (im spezifischen Kontext)
Einbindung Ernährungsfachkraft		empfohlen	empfohlen	empfohlen	empfohlen

- Der Feststellung/Diagnosestellung einer Mangelernährung sollte sich ein ernährungstherapeutischer Prozess (German-Nutrition-Care-Process/G-NCP) anschließen, welcher durch spezialisierte Fachkräfte mit vertieften Fachkenntnissen erbracht wird. Dabei ist zum Beispiel die ambulante Ernährungstherapie/-beratung eine nach § 43 SGB V festgehaltene

Therapieleistung, welche ohne Budgetbelastung für den verordnenden Mediziner, durch qualifizierte und zertifizierte Ernährungsfachkräfte (z.B. Diätassistenten und Ökotrophologen) erbracht wird (41). Nicht zuletzt kann die Ernährungsfachkraft der Einrichtung ein Ernährungskonzept, eingebunden ins lokale Qualitätsmanagement, individuell erstellen.

- Eine ausgewogene Mischkost – auf Basis der DGE-Empfehlungen – bildet die Grundlage einer bedarfsgerechten Ernährung und einer damit einhergehenden Stärkung des Immunsystems. Als allgemeine Empfehlung kann ein Kalorienbedarf von 30 kcal/kgKG sowie Flüssigkeitsbedarf von 30 ml/kgKG angesehen werden (42). Insbesondere im Rahmen eines rehabilitativen Prozesses kann insbesondere der Kalorienbedarf deutlich höher liegen. Zusätzlich ist auf eine ausreichende Proteinzufuhr zu achten von 1,2 bis 1,5 g pro kgKG (42). Teller- bzw. Trinkprotokolle können helfen, die tatsächliche Nährstoff- und Flüssigkeitsaufnahme abzuschätzen. Bei unzureichender Nahrungsaufnahmen soll der erforderliche Energiebedarf durch die Gabe von oralen Nahrungssupplementen sichergestellt werden (43).
- Bei Mangelernährung sollte eine ausreichende Versorgung mit Vitaminen und Mikronährstoffen (vor allem Vitamin A, D3, E, B6 und B12, Zink und Selen) mit der empfohlenen altersgemäßen Tagesmenge sichergestellt werden. Die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln "auf Verdacht" ist nicht empfehlenswert (44).

12. Umgang mit Trauer, Schmerz und Verlust

- Es ist davon auszugehen, dass Trauer und Schmerz durch Verlusterfahrungen eine bedeutsame Rolle spielen (verstorbene Mitbewohner, Verlust von Selbständigkeit, Mobilität, Freiheit und /oder persönlichen Kontakten). Durch die Veränderungen kann es zur Reaktualisierung von biographischen Erinnerungen kommen, die sich symptomatisch z.B. in Traumafolgesymptomen (Alpträume, Übererregbarkeit, Verlust der Orientierung, Gereiztheit, Steigerung von Depressivität und Ängstlichkeit) äußern.

Empfohlen wird daher:

- Raum für Trauer geben durch konkretes Nachfragen
- Einrichtung/Gestaltung eines Trauerorts, Wand für Gedanken o.ä.
- Interventionen zu Beruhigung und Neuorientierung vor Ort
- Schaffen eines für den Bewohner sicheren und vertrauensvollen Umfelds
- Einbeziehung von Angehörigen, Bekannten und Freunden zur Unterstützung in der Orientierung
- Einbezug von seelsorgerischen Angeboten (siehe unten)

- Eine große Belastung für die Bewohner stellt der lang andauernde Mangel an persönlicher Zuwendung und menschlicher Interaktion dar. Dieser führt zu innerer Vereinsamung mit Rückzug, Desorientierung, Verstärkung von depressiver und ängstlicher Symptomatik sowie Übererregbarkeit.

Empfohlen werden daher:

- Wiederaufnahme von Gruppenaktivitäten und Möglichkeiten der Interaktion, gemeinsames Essen unter Einhaltung der Hygieneregeln etc.
- Einbezug von Ehrenamtlichen und externen Kräften, die für Einzelgespräche und Aktivitäten zur Verfügung stehen
- Einbeziehung von Angehörigen, Bekannten und Freunden unter den o.a. Hygienevorschriften zur Beruhigung und Erlangung einer Normalität für jeden einzelnen Bewohner
- In der Regel steht in den Einrichtungen kein spezifisches psychosomatisch-psychotherapeutisches Angebot zur Verfügung, da Psychotherapeuten weder in Form von Hausbesuchen arbeiten können noch direkt bei den Einrichtungen angestellt sind. Implementierte psychosoziale Angebote sollten daher dringend wiederaufgenommen und intensiviert werden, zudem sollte eine enge Abstimmung der Einrichtungen mit den behandelnden Haus- und Fachärzten erfolgen. Fehlende Angebote zur Überwindung der negativen Folgen von Isolation und tiefer Verunsicherung sollten dringend implementiert werden. Dazu ist ein Einbezug gerontopsychologischer Beratungsangebote, beispielsweise auch zur Schulung der Mitarbeiter, dringend empfehlenswert (z.B. Krisendienst für ältere Menschen, Seniorenamt, Angehörigenberatung).

13. Intensivierung der Angebote durch die Seelsorge:

- Seelsorger leisten einen wertvollen Dienst in LPE. Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter sind sehr dankbar für ein offenes Ohr, ihre Zuwendung und Worte des Trosts. Insgesamt kann – aufgrund einer allgemein hohen Belastung bei allen Beteiligten – ein deutlich erhöhter Bedarf an seelsorgerischer Arbeit konstatiert werden. Themen wie Einsamkeit, Angst und Sorgen, die Frage nach Gott, Trauer, Überforderung und Konflikte dominieren die Gespräche. Besonders hoch ist die Belastung bei den Angehörigen, die wegen des Besuchsverbots oder aufgrund rasch progredienter Verläufe die Sterbenden nicht haben begleiten können. Bei den Bewohnern besteht ein starker Wunsch nach „Normalität“.

14. Palliative Betreuung:

- Covid-19 in LPE offenbarte stellenweise ein Defizit an palliativmedizinischer Versorgung. Eine gelebte palliative Kompetenz und hospizliche Haltung in LPE sollte in Zukunft eine

Grundvoraussetzung in der Versorgung darstellen. Neben einer optimierten palliativmedizinischen Mitbehandlung wird auch die Weiterbildung von hausinternen Pflegefachpersonen in Palliativ Care sowie die Kooperation mit ehrenamtlichen Hospizbegleitern dringend befürwortet.

- Die pandemiebedingten Einschränkungen, vor allem das Besuchsverbot in den LPE, führten bei vielen Schwerkranken und Sterbenden zu einer steigenden Symptomlast. Der Mangel an Begegnung und Nähe steht jedoch im Widerspruch zum palliativen Ansatz. In kritischen Situationen sowie im Sterbeprozess sollte den Zugehörigen ein direkter Zugang ermöglicht werden. Die physischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse von Patienten und deren Zugehörigen müssen künftig besser wahrgenommen und gestillt werden (45).
- Die Corona Pandemie hat die Bedeutung des Konzeptes der Behandlungsplanung im Voraus (BVP, Advance Care Planning) deutlich vor Augen geführt. Die Sterblichkeit von Hochbetagten Covid-19-Erkrankten mit akutem Atemnotsyndrom ist trotz Hospitalisierung und intensivmedizinischen Maßnahmen sehr hoch (46). Eine Krankenhauseinweisung oder intensivmedizinische Behandlung ist vielfach nicht gewünscht, oft wurde jedoch versäumt, den Patientenwillen valide zu erheben. Zukünftig sollte auch für andere Indikationen vorab geklärt werden, wie Patienten bei schweren gesundheitlichen Krisen und am Lebensende behandelt werden möchten (47). Die BVP scheint eine gute Möglichkeit, um den Patientenwillen am Lebensende nachhaltig zur Geltung zu verhelfen (48). Sie kann neben einer Patientenverfügung oder auch alternativ dazu verfasst werden. Das Verfassen qualifizierter gesundheitlicher Vorausverfügungen sollte flächendeckend initiiert werden. Dazu empfiehlt es sich, die Zusammenarbeit mit einem regionalen Anbieter bzw. mit einem qualifizierten Gesprächsbegleiter zu suchen.

Hinweise:

Viele organisatorischen Überlegungen in Bezug auf Besuche und Gruppenaktivitäten können auch auf LPE für Menschen mit Behinderungen übertragen werden.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

15. Literatur:

1. Medicine JHUo. Coronavirus Resource Center 2020 [cited 2021 12.03.2021]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/>.
2. Salzberger B, Buder F, Lampl B, Ehrenstein B, Hitzenbichler F, Hanses F. [Epidemiology of SARS-CoV-2 infection and COVID-19]. Internist (Berl). 2020;61(8):782-8.
3. (ECDC) ECfDPaC. Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK 2020 [cited 2020 19.11.2020]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increase-fatal-cases-of-COVID-19-among-long-term-care-facility-residents.pdf>.
4. Panagiotou OA, Kosar CM, White EM, Bantis LE, Yang X, Santostefano CM, et al. Risk Factors Associated With All-Cause 30-Day Mortality in Nursing Home Residents With COVID-19. JAMA Intern Med. 2021.
5. (LGL) BLfGuL. Inzidenz nach Altersgruppen 2020 [cited 2021 25.03.2021]. Available from: https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/infektionsschutz/infektionskrankheiten_a_z/coronavirus/karte_coronavirus/index.htm#inzidenz_alter.
6. Lombardo FL, Salvi E, Lacorte E, Piscopo P, Mayer F, Ancidoni A, et al. Adverse Events in Italian Nursing Homes During the COVID-19 Epidemic: A National Survey. Front Psychiatry. 2020;11:578465.
7. Society BG. Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people 2020 [cited 2020 30.11.2020]. Available from: <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-managing-the-covid-19-pandemic-in-care-homes>.
8. Dagan N, Barda N, Kepten E, Miron O, Perchik S, Katz MA, et al. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. N Engl J Med. 2021.
9. AstraZeneca. COVID-19 Vaccine AstraZeneca confirms 100% protection against severe disease, hospitalisation and death in the primary analysis of Phase III trials 2021 [cited 2021 26.03.2021]. Available from: <https://www.astrazeneca.com/media-centre/press-releases/2021/covid-19-vaccine-astrazeneca-confirms-protection-against-severe-disease-hospitalisation-and-death-in-the-primary-analysis-of-phase-iii-trials.html>.
10. Rodda LB, Netland J, Shehata L, Pruner KB, Morawski PA, Thouvenel CD, et al. Functional SARS-CoV-2-Specific Immune Memory Persists after Mild COVID-19. Cell. 2021;184(1):169-83 e17.
11. Wajnberg A, Amanat F, Firpo A, Altman DR, Bailey MJ, Mansour M, et al. Robust neutralizing antibodies to SARS-CoV-2 infection persist for months. Science. 2020;370(6521):1227-30.
12. Lau EHY, Tsang OTY, Hui DSC, Kwan MYW, Chan WH, Chiu SS, et al. Neutralizing antibody titres in SARS-CoV-2 infections. Nat Commun. 2021;12(1):63.
13. Omer SB, Yildirim I, Forman HP. Herd Immunity and Implications for SARS-CoV-2 Control. JAMA. 2020;324(20):2095-6.
14. Woolf SH, Chapman DA, Sabo RT, Weinberger DM, Hill L. Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes, March-April 2020. JAMA. 2020;324(5):510-3.
15. Woolf SH, Chapman DA, Sabo RT, Weinberger DM, Hill L, Taylor DDH. Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes, March-July 2020. JAMA. 2020;324(15):1562-4.
16. Guardian T. Extra 10000 dementia deaths in England and Wales in April 2021 [cited 2021 26.03.2021]. Available from: <https://www.theguardian.com/world/2020/jun/05/covid-19-causing-10000-dementia-deaths-beyond-infections-research-says>.
17. Bundesgesundheitsministerium. Impfpflicht soll Kinder vor Masern schützen 2021 [Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht.html>].
18. Surveillance" R-AS-C-IM. SARS-CoV-2-Varianten, Evolution im Zeitraffer. Deutsches Ärzteblatt. 2021;Jg. 118, Heft 9, 5. März 2021:388-94.

19. Challen R, Brooks-Pollock E, Read JM, Dyson L, Tsaneva-Atanasova K, Danon L. Risk of mortality in patients infected with SARS-CoV-2 variant of concern 202012/1: matched cohort study. *BMJ*. 2021;372:n579.
20. Washington NL, Gangavarapu K, Zeller M, Bolze A, Cirulli ET, Schiabor Barrett KM, et al. Genomic epidemiology identifies emergence and rapid transmission of SARS-CoV-2 B.1.1.7 in the United States. *medRxiv*. 2021.
21. BÄK ÄPd. Abendum zum Thesenpapier: Empfehlungen für eine an wissenschaftliche Erkenntnisse angepasste Teststrategie in Senioreneinrichtungen 2021 [cited 2021 26.03.2021]. Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Corona/PandemieratThesenpapierTeststrategie_AddendumSeniorenheime_18032021.pdf.
22. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
23. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiberger E. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. *Aging Clin Exp Res*. 2019;31(7):917-25.
24. Lübke N GA, Kundy M et al. Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index in der Geriatrie. *Geriatrie-Journal*. 2001;1/2:41-6.
25. Spiegel R, Brunner C, Ermini-Funfschilling D, Monsch A, Notter M, Puxty J, et al. A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(4):339-47.
26. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-14.
27. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17(1):37-49.
28. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1988;23(3):271-84.
29. online A. Unipolare Depression - Nationale VersorgungsLeitlinie 2021 [cited 2021 27.03.2021]. Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-005.html>.
30. Bauer J, Morley JE, Schols A, Ferrucci L, Cruz-Jentoft AJ, Dent E, et al. Sarcopenia: A Time for Action. An SCWD Position Paper. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2019;10(5):956-61.
31. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs*. 2005;14(7):798-804.
32. Basler HD HD, Kunz R et al. Beurteilung von Schmerz bei Demenz. *Schmerz*. 2006;20:519-26.
33. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: Identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *J Clin Nurs*. 2001;10(4):463-73.
34. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol*. 1992;45(10):1045-51.
35. Carfi A, Bernabei R, Landi F, Gemelli Against C-P-ACSG. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020;324(6):603-5.
36. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo P, Cuapio A, et al. More Than 50 Long-Term Effects of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Sq*. 2021.
37. Gosch M, Heppner HJ, Lim S, Singler K. Recommendations for the management of COVID-19 pandemic in long-term care facilities. *Z Gerontol Geriatr*. 2021.
38. online A. S2k-Leitlinie - empfelung zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19 2020 [cited 2020 27.11.2020]. Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001l_S2k_Empfehlungen_station%C3%A4re_Therapie_Patienten_COVID-19_2020-11.pdf.

39. Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, Chuich T, Dreyfus I, Driggin E, et al. COVID-19 and Thrombotic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention, Antithrombotic Therapy, and Follow-Up: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75(23):2950-73.
40. Pflege DNfQid. Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege 2017 [cited 2021 18.03.2021]. Available from: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Ernaehrungsmanagement_in_der_Pflege/Ernaehrung_Akt_Auszug.pdf.
41. Spitzenverband G. Leistungsbeschreibung Ernährungstherapie i. d. F. vom 27.11.2017 2017 [cited 2021 18.03.2021]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/heilmittel_ernaehrung/20171127_RE_Ernaehrung_Anlage-1_Leistungsbeschreibung.pdf.
42. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2019;38(1):10-47.
43. Volkert D BJ, Frühwald T, Gehrke I, Lechleitner M, Lenzen-Großimlinghaus R, Wirth R, Sieber C und das DGEM Steering Committee. Klinische Ernährung in der Geriatrie 2013 [cited 2021 18.03.2021]. Available from: https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Leitlinien/S3-Leitlinien/073-019I_S3_Klinische_Ern%C3%A4hrung_Geriatrie_2015-12.pdf.
44. Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, Wickramasinghe K, Krznaric Z, Nitzan D, et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr.* 2020;39(6):1631-8.
45. Kiepke-Ziemes S NH, Janisch M, Goiny F, Stolte A, Reindl B. Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung in Zeiten der Pandemie. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2021;22(02):68-71.
46. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med.* 2020;180(7):934-43.
47. online A. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19 Pandemie 2021 [cited 2021 12.03.2021]. Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/184-001.html>.
48. Petri Sids, J; Marckmann, G. Patientenverfügungen in Pflegeeinrichtungen: Bis zu Ende denken. *Dtsch Arztlbl.* 2018;115(10):427-8.