

Gemeinsames Statement der Sektionen für Geriatrische Medizin (II), Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III), Soziale Gerontologie und Altenhilfe (IV) der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG e.V.)

Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen

24. April 2020

Die weltweit zur Eindämmung der Corona-Pandemie eingeleiteten Maßnahmen führen zu Belastungen in wichtigen Bereichen des privaten, öffentlichen und wirtschaftlichen Lebens. Als gerontologische Fachgesellschaft treten wir entschieden dafür ein, dass die in erheblichem Maße drohenden negativen Konsequenzen dieser Maßnahmen für ältere Menschen bei gleichzeitig höchstmöglichem Schutz vor Infektionen so weit wie möglich abzumildern sind.

Selbstbestimmung, Partizipation und soziale Teilhabe müssen auch für ältere Menschen trotz der Corona-Pandemie gewährleistet werden. Denn restriktive Maßnahmen der sozialen Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen sind gerade für die ältere Bevölkerung nicht nur schützend, sondern bergen die erhebliche Gefahr, sich schädigend auszuwirken – körperlich, sozial, kognitiv, emotional und versorgungsbezogen.

Für den Lebensalltag älterer Menschen kann *social distancing* beispielsweise bedeuten, dass emotionale Nähe und zärtliche Kontakte nicht mehr stattfinden; dass kognitiv anregende Freizeitaktivitäten wegfallen; dass körperliche Bewegung nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich ist; dass ehrenamtliches Engagement oder berufliche Tätigkeiten nicht mehr ausgeübt werden können; dass Probleme in der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung auftreten. Und schließlich, dass Mangelernährung, Delire und Stürze nicht mehr durch das soziale Umfeld entdeckt werden können.

Insbesondere wird sich die Situation älterer Menschen, die bereits vor der Corona-Pandemie von Einsamkeit, psychischen und sozioökonomischen Notlagen oder Gebrechlichkeit betroffen waren, verschärfen, wenn nicht in der gebotenen Eile gezielte Unterstützungs- und Begleitmaßnahmen ergriffen werden.

Aus der gerontologischen Forschung und Praxis der letzten Jahrzehnte leiten wir konkret die folgenden Ansätze und Empfehlungen ab. Diese richten sich dabei an alle Akteur*innen in der Zivilgesellschaft, insbesondere an Vertreter*innen aus Politik, Presse und Medien, Gesundheitswesen, ehrenamtlichen Organisationen, Wissenschaft und nicht zuletzt an jede*r junge und alte Bürger*in, die durch ihr alltägliches Handeln Möglichkeiten der Partizipation älterer Menschen mitgestalten.

- **Kalendarisches Alter darf auch weiterhin kein Argument für die Vorenthaltung von sozialen Teilhabemöglichkeiten sein**

Ältere Menschen sind in gesundheitlicher, psychologischer, sozialer und ökonomischer Dimension keine homogene Gruppe. Nicht für jedes Individuum besteht ein gleiches Risiko- und Ressourcenprofil in Bezug auf eine Covid-19-Erkrankung und ihre Folgen. Daher kann kalendarisches Alter *per se* kein Kriterium für die Beschneidungen von sozialen Teilhabemöglichkeiten begründen. Undifferenzierte und pauschale Maßnahmen, die ältere Menschen unverhältnismäßig im Vergleich zur restlichen Bevölkerung ausschließen, sind wissenschaftlich nicht begründet und basieren auf grob vereinfachenden Altersstereotypen. Sie stellen eine Form der Altersdiskriminierung da. An dieser Grundposition muss auch in Zukunft festgehalten werden.

- **Stigmatisierung entgegnet durch die Botschaft, dass ältere Menschen ein unverzichtbarer Teil der Gesellschaft sind**

Entscheidungsträger*innen und Multiplikator*innen müssen immer wieder aktiv und mit hoher Argumentationskraft Stimmen entgegneten, welche selektive Kontaktsperren und Restriktionen auf der Grundlage chronologischer Altersgrenzen einfordern. Es besteht die Gefahr, dass ansonsten diese Stimmen den öffentlichen Diskurs dominieren, verbunden mit erheblicher Stigmatisierung einer ganzen Bevölkerungsgruppe. Ältere Menschen sind ein unverzichtbarer Teil der Gesellschaft. Als Großeltern, Partner*innen, Berufstätige, ehrenamtlich Engagierte, Freund*innen und Konsument*innen tragen sie in erheblichem Maße zur Gesellschaft bei. Etwa achtzehn Millionen Menschen in Deutschland über 65 Jahren aus dem sozialen Leben zu isolieren, würde einen unersetzlichen Verlust für die gesamte Gesellschaft bedeuten. Das erhoffte „normale“ Leben wäre damit auch für den Rest der Gesellschaft nicht möglich.

- **Soziale Teilhabe in der Arbeitswelt und im Bereich des freiwilligen Engagements**

Viele Arbeitnehmer*innen müssen aktuell auf Kurzarbeit gehen, Urlaubsansprüche einsetzen oder im Homeoffice arbeiten. Beschäftigte, die zu einer Risikogruppe gehören, sollen zudem geschützt werden und bspw. nicht in den direkten Kontakt mit infizierten Personen kommen (s.a. Arbeitsschutzstandard Covid-19 des Bundesministeriums). Oftmals werden dabei ältere Arbeitnehmer*innen als Risikogruppe für Covid-19 wahrgenommen. Eine Ausgrenzung vom Arbeitsplatz, die jedoch primär durch das kalendarische Lebensalter begründet wird, pauschalisiert die unterschiedlichen gesundheitlichen Gefähr-

dungen von älteren Arbeitnehmer*innen und kann sich negativ auf deren psychische Gesundheit auswirken. Zudem lässt sich als Folge einer pauschalen Exklusion eine längerfristige Form der Altersdiskriminierung in den Betrieben befürchten.

Stattdessen ist es notwendig, dass auf der Basis einer fachgerechten Gefährdungsbeurteilung gemäß Arbeitsschutzstandard Covid-19 konsequent Hygienemaßnahmen am Arbeitsplatz umgesetzt werden. Flankiert durch die mögliche Umgestaltung der Arbeitsumgebung für gesundheitlich gefährdete Berufsgruppen tragen diese Maßnahmen zum Schutz aller Arbeitnehmer*innen bei und wirken gleichzeitig einer altersdiskriminierenden Betriebskultur entgegen. Ehrenamtliches Engagement stellt für viele ältere Menschen eine wichtige Komponente ihrer sozialen Teilhabe dar. Entsprechende Einrichtungen und Verbände sollten über mögliche Risiken der ehrenamtlichen Tätigkeit informieren, und gegebenenfalls helfen, befriedigende Alternativen der Ausübung zu finden.

- **Soziale Teilhabe älterer Menschen während der Corona-Pandemie durch Radio- und Fernsehangebote**

Derzeit wird in Fernsehen und Radio primär *über* ältere Menschen gesprochen. Wir begrüßen die in den letzten Tagen entstandenen Medienformate, in denen ältere Menschen selbst die Möglichkeit erhalten, ihre subjektive Sicht auf ihre unterschiedlichen Lebenssituationen zu kommunizieren. Das bedeutet, dass ältere Menschen selbst in den öffentlichen Medien eine Stimme erhalten und als aktive, entscheidungs- und handlungsfähige Individuen angesprochen werden müssen (siehe dazu DGGG-Statement „[Empfehlungen zu Öffentliche Kommunikation und Berichterstattung zu Corona & Alter](#)“). In diesem Zusammenhang wäre auch zu begrüßen, wenn Medienanstalten in dieser besonderen Zeit für ältere Menschen, die verstärkt an die Häuslichkeit gebunden sind, spezielle Fernseh- und Radioformate entwickeln und weiterentwickeln würden, die zu Freude, Aktivität und körperlicher Bewegung anregen.

- **Versorgungsangebote auch unter den Schutzmaßnahmen der Corona-Pandemie zugänglich erhalten**

Für ältere Menschen, die – etwa durch das Vorhandensein von bestimmten Vorerkrankungen – ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe aufweisen, müssen unbedingt niedrigschwellige Kompensationsmaßnahmen zur Gewährleistung sozialer Teilhabe ermöglicht werden, die die negativen Folgen erhöhter physischer Distanzierung zumindest teilweise auffangen können. Versorgungsangebote, die ältere Menschen aufgrund ihrer aktuellen psychischen, körperlichen oder sozioökonomischen Situation in Anspruch nehmen wollen oder müssen, wie kommunale Angebote, Angebote der Gesundheitsversorgung

bis hin zur Versorgung mit Lebensmitteln, müssen daher für sie Schutzmaßnahmenkonform auch während der Corona-Pandemie zugänglich gemacht werden. Leistungsanbieter und Behörden sind aufgefordert, innovative Zugänge insbesondere mit Bring-Strukturen auf- und auszubauen. Dies kann etwa Apotheke, Physio-, Ergo- und Psychotherapie, Lieferservice, Sozialamt betreffen. Technische Möglichkeiten sind hier ebenso zu berücksichtigen wie soziale Innovationen bei Hilfeleistungen. Ebenso gehört das Aufbauen und Bekanntmachen von Notrufnummern und Nothilfeteams für die Unterstützung älterer Menschen in Notlagen zu den dringend zu etablierenden Maßnahmen, die ältere Menschen, aber auch professionelle Helfer*innen, nutzen können, um Versorgung und Teilhabe sicherzustellen. Weitere Details zu diesen Empfehlungen finden sich im Statement der Sektion IV der DGGG „Soziale Notlagen älterer Menschen im Zuge der Corona-Pandemie: Empfehlung zur Einrichtung, Unterstützung und Förderung lokaler Nothilfeinitiativen“ sowie im DGGG-Statement „Möglichkeit für telefonische Psychotherapie für alte und vulnerable Patientinnen während der Corona-Pandemie erleichtern“.

- **Partizipationsmöglichkeiten von Menschen in der häuslichen Pflege und ihren Angehörigen gewährleisten**

Die Pflege von älteren Menschen mit Hilfebedarf umfasst körperliche, aber auch organisatorische und emotionale Aspekte. Viele pflegende Angehörige stehen vor der Herausforderung, Unterstützung auch ohne persönlichen Kontakt zu leisten. Hier sind kreative Maßnahmen gefordert, diese Pflege auf Distanz durch neue Versorgungsstrukturen, neue Kommunikationswege und soziale Dienste zu unterstützen, die sowohl den Pflegebedürftigen als auch den pflegenden Angehörigen entgegenkommen. Gleichzeitig ist körperliche Pflege ohne physischen Kontakt und soziale Nähe nicht zu erbringen. Damit sich das Virus nicht dramatisch und mit verheerenden Folgen auswirken kann, braucht es auch ohne zeitlichen Verzug Schutzkleidung und Atemschutzmasken für Menschen mit Pflegebedarf sowie gleichermaßen für pflegende Angehörige und Fachkräfte in ambulanten Pflegesettings. Bei der Suche nach mittel- und langfristig akzeptablen Lösungen müssen dringend Menschen mit Pflegebedarf selbst, ihre Angehörigen und professionell sowie informell Pflegende mit einbezogen werden.

- **Soziale Teilhabe alleinlebender älterer Menschen ermöglichen**

Es ist zu befürchten, dass viele der in Einpersonenhaushalten lebenden älteren Menschen nicht mehr genügend soziale Teilhabe und Unterstützung erfahren. Dies betrifft vor allem diejenigen, die aus Angst vor Ansteckung das Haus nicht mehr verlassen, bereits erkrankt sind und sich nur begrenzt helfen und versorgen können. Gerade für diese Personen-

gruppe ist davon auszugehen, dass sich fehlende soziale Teilhabe nicht nur auf Einsamkeit und Depressivität auswirkt, sondern auch erhebliche körperliche und kognitive Schädigungen aufgrund von Inaktivität, Mangelernährung, Flüssigkeitsmangel, Fehlmedikation oder medizinischer Unterversorgung mit sich bringt. Diese Problembeschreibung trifft auch auf ältere Menschen in vielen Anlagen des so genannten Betreuten Wohnens zu, das in seiner Logik auf größtmögliche Autonomie setzt und nicht selten Unterstützungsleistungen nur optional und auf ausdrückliche Anforderung hin anbietet. Lokal organisierte Angebote müssen in allen Bereichen der Altenhilfe stärker in zugehender Form und aufeinander abgestimmt agieren. Neben aufsuchenden Hilfen der ambulanten Dienste und der Ausweitung der Arbeit von Pflegestützpunkten spielen auch Angebote der Nachbarschaftshilfe und des bürgerschaftlichen Engagements eine wichtige Rolle zur Bewältigung der vielfältigen neuen Herausforderungen, die im Kontext der Corona-Pandemie entstehen.

- **Soziale Teilhabe älterer Menschen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ermöglichen**

Quarantänemaßnahmen, Besuchs- und Kontaktverbote in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sind in der akuten Situation sinnvoll und notwendig. Die Heime dürfen jedoch gleichzeitig nicht zu Gefängnissen werden. Um Partizipation und soziale Teilhabe zu gewährleisten, ist auch die Ermöglichung der Nutzung digitaler Medien und Kommunikationsplattformen unerlässlich. Wenn der direkte Besuchskontakt zeitweise nicht stattfinden kann, sind digitale Formen der Kontaktpflege *eine* mögliche Substitution. Die Realität wird aber davon bestimmt, dass in vielen stationären Einrichtungen die technische Ausrüstung fehlt und das Pflegepersonal mit anderen Aufgaben beschäftigt ist. Vor diesem Hintergrund entsteht die Forderung, die Digitalisierung in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe deutlich und sehr rasch auszubauen und diese auch durch personelle Ressourcen – beispielsweise durch speziell geschulte Alltagsbegleiter*innen – auch nutzerfreundlich und einsatztauglich zu machen. Damit können auch in Pandemiezeiten den Bewohner*innen gesellschaftliche Partizipationsmöglichkeiten in einer digitalisierten Welt angeboten und gewährleistet werden. Die Ermöglichung sozialer Teilhabe in Pflegeeinrichtungen kann aber auch erreicht werden, wenn deren Belegkapazitäten kurzfristig verringert werden, um damit Bedingungen zu schaffen, die im Kontext des Infektionsschutzes empfohlenen Abstandregelungen einhalten zu können. Es sollte überprüft werden, inwiefern Möglichkeiten bestehen, mobile Bewohner*innen vorübergehend in Reha-Einrichtungen oder in leerstehenden Hotels umziehen können. Damit könnten auch Besuche von Angehörigen und nahestehenden Menschen wieder ermöglicht werden. Für diese

könnten auch speziell geschützte Bereiche geschaffen werden, wie sie aus Infektionsabteilungen der Krankenhäuser bekannt sind. Eine generell angeordnete vollständige Isolation von Pflegeheimbewohner*innen, auch durch Verbote, das Zimmer oder das Pflegeheimgelände zu verlassen, ist hingegen abzulehnen. Den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz, die die größte Gruppe unter den Pflegeheimbewohner*innen stellen, ist bei der Umsetzung aller Maßnahmen Rechnung zu tragen. Menschen mit Demenz sind aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen häufig nicht mehr in der Lage z.B. den Sinn notwendiger Hygienemaßnahmen zu verstehen und ihr Handeln eigenverantwortlich danach auszurichten. Gleichzeitig sind sie in besonderer Weise vulnerabel für die Folgen sozialer Isolation. Demenzsensible Betreuungskonzepte und adäquate Formen der Kommunikation mit Menschen mit Demenz sollten daher gerade in der jetzigen Krisensituation im Pflegealltag verstärkt Berücksichtigung finden (z.B. auch durch intensivierete Schulungen der Mitarbeiter*innen).

- **Soziale Partizipation im Rahmen der Krankenhausversorgung gewährleisten**

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie dürfen nicht dazu führen, dass bei älteren Menschen eine erforderliche Krankenhausbehandlung nicht stattfindet. Auch wenn sich die Krankenhäuser auf die Behandlung von Corona-Patient*innen einstellen mussten, sollten Gesetzgeber und Träger bei der Reallokation von Ressourcen die Gefahr nicht unterschätzen, dass für ältere und geriatrische Patient*innen ausreichende Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr zur Verfügung stehen. Ebenso sollte die Sorge vor Corona-assoziierten Problemen ältere Patient*innen nicht davor abschrecken, Kliniken aufzusuchen, wenn es erforderlich ist, beispielsweise bei Tumorerkrankungen, schweren Herzerkrankungen und anderen Erkrankungen mit stationärer Behandlungsindikation. Hier sind u.a. angemessene Kommunikationsstrategien einzufordern.

In Kliniken besteht aus gutem Grund zurzeit noch ein generelles Besuchsverbot. Durch Nutzung sozialer Medien lassen sich auch für ältere Patient*innen Kontakte zu vertrauten Personen aufrechterhalten. Gerade für ältere Patient*innen sollten Kliniken Besuche - falls irgend machbar - ermöglichen, beispielweise bei schwerstkranken oder sterbenden, oder aber auch bei verwirrten Patient*innen. Das Fehlen von Besuch durch vertraute Bezugspersonen, dazu das Tragen eines Mund-Nasenschutzes durch das Klinikpersonal, erhöht bei älteren Patient*innen die Gefahr einer akuten Verwirrtheit. Hier müssen Kliniken im Einzelfall abwägen, welche Maßnahmen vertretbar sind. Klinikträger sind aufgefordert, mit hoher Priorität intelligente und flexible Konzepte zu erarbeiten und zu implementieren, um soziale Isolation auf ein Minimum zu beschränken.

- **Im sozialen Miteinander Paternalismus vermeiden, Selbstbestimmung fördern**

Im sozialen Miteinander - in Familie und Nachbarschaft, im Freundeskreis oder in Settings der Gesundheitsversorgung und Pflege, des öffentlichen Diskurses und der Daseinsvorsorge - ist davor zu warnen, in paternalistischer und übergriffiger Art und Weise die Schutzbedürftigkeit älterer Menschen hervorzuheben und psychischen und sozialen Druck dahingehend aufzubauen, sich aus dem öffentlichen Raum zurückzuziehen. Dies führt zu Ängsten, Selbststigmatisierung oder auch berechtigtem Widerstand bei älteren Menschen. Vielmehr müssen ältere Menschen durch ausgewogene (und nicht angstfördernde) Informationen dabei unterstützt werden, eine differenzierte Einschätzung ihrer eigenen Situation und ihres individuellen Ressourcen- und Risikoprofils vornehmen zu können, getragen von Selbstbestimmung und unter Abwägung ihrer jeweiligen Möglichkeiten.

Die Sektionen II, III und IV der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie fordern daher gemeinsam, dass trotz aktueller Einschränkungen und Herausforderungen der Corona-Pandemie soziale Teilhabe und Partizipation für Menschen aller Generationen ermöglicht wird. Dies muss, unter der Beachtung der speziellen Schutzbedingungen z.B. in Gemeinschaftsunterkünften (Pflegeeinrichtungen), vor allem durch Maßnahmen realisiert werden, die den Bedürfnissen und den zur individuellen Lebenssituation passenden Formen der sozialen Eingebundenheit entsprechen. Unbedingt abzulehnen ist die pauschalisierende und fremdbestimmte Isolierung älterer Menschen. Um deren soziale Teilhabe zu sichern, muss Altersdiskriminierung bewusstgemacht und entschieden entgegengetreten werden, etwa durch Vermeidung des kalendarischen Alters als Kriterium für Teilhabe und durch strikten Erhalt von Inklusion und Selbstbestimmung bei Beachtung der Heterogenität alter Menschen.

Autor*innengruppe:

Prof. Dr. Eva-Marie Kessler (MSB Medical School Berlin; Vorstand Sektion III)

Dr. Sarina Strumpfen (Kuratorium Deutsche Altershilfe; Vorstand Sektion IV)

Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf (Katholische Hochschule Freiburg; mandatiert für Sektion IV)

Prof. Dr. Annette Franke (Evangelische Hochschule Ludwigsburg; mandatiert für Sektion III)

Prof. Dr. Johannes Pantel (Goethe Universität Frankfurt, mandatiert für Sektion II)

Prof. Dr. Paul Gellert (Charité Universitätsmedizin Berlin; Vorstand Sektion III)

Die Autor*innengruppe dankt PD Dr. med. Rupert Püllen (Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken) für den Beitrag zur Krankenhausversorgung.