

Ältere Menschen zwischen Schutz und Selbstbestimmung. Lebensqualität im Alter auch in Krisenzeiten

Evaluierung der Auswirkungen von Maßnahmen zur Eindämmung der
COVID-19-Pandemie auf ältere Menschen



Impressum

Autorenverzeichnis

Alice EDTMAYER , BScN, MSc	(Kap. 7) Gesundheit Österreich GmbH
Viktoria GREBER	(Kap. 8) Karl Landsteiner Privatuniversität
Univ. Prof. Mag. Dr. Franz KOLLAND	(Kap. 8) Karl Landsteiner Privatuniversität
Dr. ⁱⁿ Doris PFABIGAN	(Kap. 2) Gesundheit Österreich GmbH
Johanna PFABIGAN , BSc, MSc	(Kap. 5) Gesundheit Österreich GmbH
Priv. Doz. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Sabine PLESCHBERGER , MPH	(Kap. 1 / 5 / 9) Gesundheit Österreich GmbH
Ricardo RODRIGUES , MSc, PhD	(Kap. 4) Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik & Sozialforschung
Rebekka ROHNER , BA, MA	(Kap. 8) Karl Landsteiner Privatuniversität
Dr. Georg RUPPE , MA	(Kap. 3) Österreichische Plattform für interdisziplinäre Altersfragen
Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Andrea E. SCHMIDT	(Kap. 4 / 6 / 9) Gesundheit Österreich GmbH
Cassandra SIMMONS , MA	(Kap. 4) Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik & Sozialforschung
Dr. Andreas STÜCKLER , MA	(Kap. 3) Österreichische Plattform für interdisziplinäre Altersfragen
Sophie STUMPFL , BSc, MSc	(Kap. 6) Gesundheit Österreich GmbH
Dr. ⁱⁿ Paulina WOSKO	(Kap. 5) Gesundheit Österreich GmbH

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Druck: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMSGPK)
Wien, 2021

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Ältere Menschen zwischen Schutz und Selbstbestimmung. Lebensqualität im Alter auch in Krisenzeiten, Wien, 2021.

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Kurzfassung

Hintergrund

Im Zuge der ersten Welle der COVID-19-Pandemie 2020 wurden zahlreiche Maßnahmen gesetzt mit dem Ziel, ausreichend Schutz vor Ansteckung und Erkrankung älterer Menschen zu gewährleisten. Bis Sommer 2021 und darüber hinaus waren in der Folge Maßnahmen wirksam, welche individuelle Einschränkungen zur Folge hatten. Jedenfalls erzeugen die COVID-19-Pandemie und damit assoziierte politische Maßnahmen unterschiedliche Betroffenheiten – auch in Abhängigkeit vom Lebensalter.

Die Frage, wie Maßnahmen gesetzt werden können, um der Verbreitung der COVID-19-Pandemie Einhalt zu gebieten, ältere und hochbetagte Menschen vor einem erhöhten Ansteckungsrisiko zu schützen, und gleichzeitig einer unspezifischen Altersdiskriminierung entgegenzuwirken, zeigt gesellschaftspolitische Spannungsfelder und ethische Herausforderungen auf. Um aus den Erfahrungen für die Zukunft zu lernen, ist es wichtig, die Auswirkungen der Pandemie und der damit einhergehenden Maßnahmen auch gezielt im Hinblick auf die alte und hochaltrige Bevölkerung wissenschaftlich zu untersuchen.

Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse der Studie „Ältere Menschen zwischen Schutz und Selbstbestimmung. Lebensqualität im Alter auch in Krisenzeiten“ (COVALT). Er zeigt auf, wie ältere Menschen die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie vom Ausbruch bis zum Sommer 2021 wahrgenommen haben und in welcher Weise sie davon betroffen waren. Ziel war es, die Facetten der Lebensqualität im Zusammenhang mit der Coronakrise aus der Perspektive der Betroffenen zu erfassen.

Methoden

Um der breiten Vielfalt an relevanten Themen sowie den unterschiedlichen Lebenslagen älterer und hochbetagter Menschen Rechnung zu tragen, ist die COVALT-Studie im „Baukastenprinzip“ konzipiert: Für jedes Kapitel haben einschlägige Wissenschaftler:innen relevante Ergebnisse aus eigenen Forschungsvorhaben aufbereitet bzw. gesondert Analysen durchgeführt. In zwei Fällen wurden sogar eigens für die COVALT-Studie Primärdaten erhoben bzw. Kooperationen mit anderen Erhebungen geschlossen. Dieses Vorgehen ermöglichte eine Erforschung des Erlebens in der Zeitspanne bis zum Sommer 2021. Damit basieren die Ergebnisse auf sowohl qualitativen als auch quantitativen Daten.

Ergebnisse

Der Bericht umfasst Beiträge mit Forschungsergebnissen zu folgenden Gruppen: hochalt-rige Menschen, alleinlebende Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf, Menschen mit Demenz, Menschen in Alten- und Pflegeheimen sowie pflegende Angehörige. Ergän-zend dazu wird in gesonderten Beiträgen auf das Thema „Aktives Altern in der Pandemie“ eingegangen und darin sind auch die teilweise erwerbstätigen „jüngeren Alten“ umfasst.

Die Auseinandersetzung im Rahmen der Studie hat gezeigt, dass sich ausgehend von der Perspektive der alten Menschen einige Herausforderungen anführen lassen, die besonde- rer Aufmerksamkeit bedürfen, wenn die Lebensphase des Alters in der Ausgestaltung von politischen Maßnahmen eine Rolle spielt. Dazu gehört zunächst die Tatsache, dass ältere Menschen weltweit das größte Risiko für schwere Krankheitsverläufe und Sterblichkeit durch COVID-19 aufweisen und auch häufiger von Multimorbidität oder chronischen Er- krankungen betroffen sind. Daher wurden in der Studie direkte und indirekte gesundheitli- che Folgen der Pandemie für ältere Menschen in den Blick genommen. Ebenso sind der Informationsbedarf und Kommunikation spezifisch in Hinblick auf ältere Menschen rele- vant sowie die soziale Teilhabe und Interaktion mit anderen Menschen. Bei letzterer zei- gen sich weniger drastische „Benachteiligungen“ als vielmehr Unterschiede im Erleben, was nicht zuletzt auch in der geringeren Mobilität ihren Ursprung hat. Veränderungen im Einkommen und im Erwerbsstatus haben vor allem jüngere Alte betroffen, aber im inter- nationalen Vergleich fielen diese für Österreich eher gering aus.

Es erscheint wohl wenig überraschend, dass die Anzahl der Kontakte deutlich reduziert war oder sich der Bewegungsradius älterer Menschen drastisch kleiner darstellt als noch vor der Pandemie. Mit diesen Ergebnissen liefert die Studie immerhin ein paar Fakten für die Erkenntnis, dass viele Auswirkungen der Pandemie für alte Menschen gar nicht so an- ders sind als für andere Altersgruppen. Dies trägt nicht zuletzt auch zu einer „Entmystifi- zierung des Alters“ bei.

Darüber hinaus lassen sich einige Herausforderungen erkennen, die sich übergreifend für eine alternde Gesellschaft ergeben, wie etwa der Aspekt, welche Altersbilder sichtbar und wirksam wurden, wie es um den Respekt vor der Autonomie älterer und hochbetagter Menschen im Umgang mit Risiken steht, oder aber auch Auswirkungen auf das Verhältnis der Generationen zueinander, der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer in der Gesell- schaft. Resilienz muss als besonderes Potenzial des hohen Alters gesehen werden, hier wurden wohl Unterschiede im Umgang mit der Pandemie im Vergleich zur jüngeren Gene- ration erkennbar.

Und schließlich standen Pflegeheime im Zentrum öffentlicher Aufmerksamkeit wie selten zuvor, was nicht zuletzt auch die Frage nach guten Orten des Lebens und Sterbens in einer alternden Gesellschaft aufwirft. Diese Frage reicht freilich weit über die Pandemie hinaus.

Schlussfolgerungen

Die Studie sah eine differenzierte Betrachtung des Alters unter Berücksichtigung von Altersphasen, aber auch Genderrollen bzw. geschlechtsspezifischen Unterschieden im Erleben der Corona-Schutzmaßnahmen bzw. ihrer Auswirkungen aus Sicht der Betroffenen vor. Es konnte ein breites Spektrum des Alters abgebildet werden. In Hinblick auf den Umgang mit vergleichbaren Situationen und Herausforderungen, wie sie sich in der COVID-19-Pandemie darstellen, lassen sich aus dieser Studie für die Zukunft vor allem folgende Schlüsse ziehen bzw. Empfehlungen ableiten:

- Es gilt, die bestehenden Vulnerabilitätskonzepte zu hinterfragen bzw. zu erweitern, um so einseitiger Altersdiskriminierung entgegenzuwirken. Die Vielfältigkeit der Lebensrealitäten älterer Menschen wahrzunehmen und in Folge zu berücksichtigen, impliziert insbesondere, über ein rein biomedizinisches Verständnis von Verletzlichkeit hinauszugehen, um die zwischenmenschliche Dimension der Menschenwürde nicht zu verfehlen.
- Es bedarf einer erhöhten Aufmerksamkeit für die Bedeutung und Relevanz von alters- und geschlechtsspezifischen Daten ebenso wie der Daten von Menschen mit funktionalen Einschränkungen, um Auswirkungen von Maßnahmen auf diese Gruppen sichtbar zu machen.
- Mit der COVID-19-Pandemie rückten pflegebedürftige ältere Menschen ins Zentrum des gesellschaftlichen Interesses. Es war einerseits verbunden mit einem solidarischen Verhalten der jüngeren Generationen, und andererseits mit dem Risiko behaftet, negative Altersbilder sowie Generationenkonflikte zu befördern. Dieses Spannungsfeld weist auf das Erfordernis hin, in allen Kernbereichen Schritte zugunsten einer altersgerechten Gesellschaft zu setzen.

Schlüsselwörter

Alter, alte Menschen, COVID-19-Pandemie, Österreich

Inhalt

Kurzfassung	3
1 Einleitung	9
2 Gesundheitsschutz und Würde - ethische Herausforderungen.....	13
2.1 Die Bedeutung von Ethik in Pandemiezeiten	13
2.2 Vulnerabilität und Würde als Elemente des Menschseins.....	15
2.2.1 Menschenwürde als normativen Orientierungsrahmen setzen	17
2.2.2 Diskriminierungsschutz wahren.....	18
2.2.3 Integrität zwischenmenschlicher Beziehungen sichern	20
2.2.4 Selbstbestimmung und Teilhabe ermöglichen	23
2.3 Würde als gesellschaftlicher Gestaltungsauftrag diesseits und jenseits von Zeiten der Pandemie.....	25
3 Herausforderungen für hochaltrige Menschen im Zuge der COVID-19-Pandemie.....	27
3.1 Einleitung	27
3.2 Methodisches Vorgehen.....	29
3.2.1 Stichprobenbeschreibung.....	30
3.3 Ergebnisse	32
3.3.1 Subjektive Einschätzung der Pandemie und der Maßnahmen	32
3.3.2 Schutzverhalten einschließlich Hygienemaßnahmen.....	35
3.3.3 Auswirkungen der Maßnahmen auf das Sozialleben	38
3.3.4 Auswirkungen auf Gesundheit, Pflege und Betreuung	42
3.3.5 Psychische Auswirkungen	42
3.4 Diskussion	46
4 Lebensqualität pflegender Angehöriger - Augenmerk auf eine wenig sichtbare Gruppe älterer Menschen in der Pandemie.....	49
4.1 Einleitung	49
4.2 Daten und Methoden	50
4.3 Ergebnisse	51
4.4 Diskussion	58
5 Die Perspektive alleinlebender Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf.....	60
5.1 Einleitung/Hintergrund.....	60
5.2 Methodisches Vorgehen.....	61
5.3 Ergebnisse	63
5.3.1 Erleben der Pandemie	63
5.3.2 Umgang mit den Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie.....	65

5.3.3	Informieren, Testen und Impfen	66
5.3.4	Formelle und informelle Unterstützung.....	68
5.3.5	Erwartungen und Hoffnungen	70
5.4	Diskussion	71
5.4.1	Limitationen.....	72
6	Aktives Altern in der Pandemie.....	74
6.1	Einleitung	74
6.2	Daten und methodische Hinweise.....	75
6.3	Ergebnisse.....	75
6.3.1	Dimension „Beschäftigung“	75
6.3.2	Dimension „Freiwilliges Engagement“	77
6.3.3	Dimension „Unabhängigkeit, Gesundheit und Sicherheit“	79
6.3.4	Dimension „Wohlbefinden und soziale Kontakte“	81
6.4	Diskussion	84
7	Herausforderungen für Menschen mit Demenz.....	86
7.1	Einleitung	86
7.2	Methode	87
7.3	Ergebnisse.....	88
7.3.1	Stimmung und Wohlbefinden.....	88
7.3.2	Kognitive Situation.....	90
7.3.3	Körperliche Situation	91
7.3.4	Versorgungssituation.....	91
7.3.5	Technikeinsatz und Digitalisierung	92
7.4	Diskussion	93
8	Herausforderungen für Menschen in Alten- und Pflegeheimen	96
8.1	Hintergrund.....	96
8.2	Erleben und Reaktionen auf COVID-19.....	97
8.3	Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern im Sommer 2020	99
8.4	Ergebnisse zum Erleben der Pandemie	100
8.5	Pflegesituation während der Pandemie	103
8.6	Diskussion	106
8.6.1	Limitationen.....	107
9	Auswirkungen von Schutzmaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie auf ältere und hochbetagte Menschen – Synopse von Ergebnissen der COVALT-Studie.....	108
9.1	Wirkungen und Folgen der Schutzmaßnahmen auf ältere Menschen.....	110
	Direkte und indirekte gesundheitliche Folgen der Pandemie für ältere Menschen	111

Informationsbedarf und Kommunikation	113
Veränderungen im Einkommen und im Erwerbsstatus	114
Soziale Teilhabe und Interaktion mit anderen Menschen	115
9.2 Herausforderungen, die sich aus den Erfahrungen mit der Pandemie und den Corona-Schutzmaßnahmen für eine alternde Gesellschaft ergeben.....	116
Pflegeheime im Zentrum öffentlicher Aufmerksamkeit	116
Resilienz als besonderes Potenzial des hohen Alters	118
Intergenerationale Beziehungen.....	118
Umgang mit Sterben, Tod und Trauer in der Gesellschaft	120
9.3 Das Potenzial der COVALT-Studie und ihre Limitationen.....	121
Limitationen	122
9.4 Schlussfolgerung und Empfehlungen	123
Tabellenverzeichnis.....	127
Abbildungsverzeichnis.....	128
Literaturverzeichnis	129
Abkürzungen.....	139
Autorinnen und Autoren	142

1 Einleitung

Sabine Pleschberger

Ältere Menschen sind seit Beginn der COVID-19-Krise im Mittelpunkt von Schutzmaßnahmen gestanden, da sie insbesondere hinsichtlich der Sterblichkeit zu den Risikogruppen zählen. Hochaltrige Menschen sind eine sehr spezielle und darüber hinaus sehr heterogene Bevölkerungsgruppe mit spezifischen Lebenslagen und Bedürfnissen. Dies betrifft zunächst vor allem gesundheitliche Aspekte: Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche und funktionale Einschränkungen kontinuierlich an. Hinzu kommen Einschränkungen und Verluste sozialer (z. B. Verwitwung, soziale Isolation, Einsamkeit) sowie psychischer Natur (z. B. Demenz, Depression). Diese speziell für das hohe Alter charakteristische Situation erhöhter physischer, sozialer und psychischer Vulnerabilität macht hochaltrige Menschen¹ nicht nur anfälliger für Erkrankungen wie COVID-19, sondern bedingt auch eine spezifische Betroffenheit durch Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie, die in der Planung, Umsetzung und Beurteilung von Maßnahmen berücksichtigt werden muss.

Die Frage, wie Maßnahmen gesetzt werden können, um bestimmte Gruppen vor einem erhöhten Risiko zu schützen und gleichzeitig einer Diskriminierung aufgrund von Alter Einhalt zu gebieten (Kröll et al. 2020), zeigt gesellschaftspolitische Spannungsfelder und ethische Herausforderungen auf, die mit der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie einhergehen. Es ist daher wichtig, die Auswirkungen der Pandemie und der damit einhergehenden Maßnahmen auch gezielt im Hinblick auf die alte und hochaltrige Bevölkerung wissenschaftlich zu untersuchen. Nur so kann die Wissensbasis verbreitert werden bzw. können systematisch Erkenntnisse gewonnen werden, die für das zukünftige Handeln in ähnlichen Situationen nutzbringend sein können.

Vor diesem Hintergrund wurde bereits im Frühjahr 2020 die GÖG vom BMSGPK mit einer Studie beauftragt, in der neben einer Analyse des Infektionsgeschehens in Alten- und Pflegeheimen insbesondere die Empfehlungen des BMSGPK für Schutzmaßnahmen, die sich

¹ Als hochaltrige Menschen werden in diesem Bericht in Anlehnung an die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie (ÖIHS) (ÖPIA 2015) Personen bezeichnet, die über 80 Jahre alt sind.

auf Alten- und Pflegeheime bezogen hatten, evaluiert wurden (BMSGPK 2020b). Fragen, wie die betroffenen älteren Menschen die einzelnen Maßnahmen wahrgenommen hatten und in welcher Weise sie davon betroffen waren, konnten dabei so zeitnah allerdings nicht systematisch in den Blick genommen und beantwortet werden. Sie sind wiederum wesentlich, wenn es darum geht, Facetten von Lebensqualität zu erfassen. Letzteres hat sich nun das BMSGPK zum Ziel gesetzt und die GÖG mit der Konzeption und Durchführung der Studie *Ältere Menschen zwischen Schutz und Selbstbestimmung. Lebensqualität im Alter auch in Krisenzeiten. Evaluierung der Auswirkungen von Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie auf ältere Menschen* beauftragt.

In einem ersten Schritt (Dezember 2020 bis Jänner 2021) wurde der Forschungs- und Erkenntnisstand in Österreich zum Thema „Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf ältere Menschen mit einem Schwerpunkt auf Lebensqualität und soziale Teilhabe“ exploriert. Auf dieser Grundlage wurden bereits verfügbare Daten sowie Erfordernisse für weitere Erhebungen identifiziert. Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse der Studie und stellt die Perspektive älterer und hochaltriger Menschen bzw. deren Angehörigen in den Mittelpunkt.

Die Studie sah eine differenzierte Betrachtung des Alters mit Berücksichtigung von Altersphasen, aber auch Genderrollen bzw. geschlechtsspezifischen Unterschieden im Erleben der Pandemie vor. Auch werden Unterschiede in der Verfügbarkeit von soziokulturellen bzw. sozioökonomischen Ressourcen älterer Menschen angesprochen: Wie hat sich die Verfügbarkeit von Ressourcen verändert? Wie kann der Tagesablauf angepasst werden, um den Ansprüchen der Krise gerecht zu werden? Welche Auswirkungen hatte die Krise auf die Lebensrealitäten älterer Frauen bzw. älterer Männer? Intersektionale Ansätze, welche kumulative Benachteiligungen berücksichtigen, können beispielsweise mithilfe quantitativer Methoden ebenfalls abgebildet werden (z. B. Auswirkungen auf ältere Frauen mit geringem formalem Bildungsgrad). Die Studie fokussiert auf jene Gruppen älterer Menschen, die in bisher beobachteten Forschungsaktivitäten vernachlässigt wurden.

Aufbau dieses Berichtes

Im nachfolgenden Kapitel zwei werden die ethischen Herausforderungen sowie die Bedeutung von Ethik in Pandemiezeiten im Kontext von Gesundheitsschutz und Würde reflektiert.

Im dritten Kapitel werden die Herausforderungen für hochaltrige Menschen im Zuge der COVID-19-Pandemie beleuchtet. Die Datengrundlage bildet eine quantitative Befragung bei hochaltrigen Menschen in Österreich sowie eine ergänzende Analyse bereits vorhandener Daten aus der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) (COVID-19-Sonderauswertung).

Die Lebensqualität pflegender Angehöriger steht im Fokus des vierten Kapitels. Zu Hause lebende pflegebedürftige ältere Menschen erlebten im Zuge der Pandemie vielfach Einschränkungen in der Versorgung, etwa durch das geringere Angebot an mobilen Betreuungs- und Pflegediensten und die eingeschränkten Möglichkeiten, soziale Kontakte zu pflegen. Vielfach lag es an pflegenden Angehörigen, diese sozialen und versorgungsbezogenen Ausfälle zu kompensieren. In diesem Kapitel wurden erstmals Daten der zweiten Welle der repräsentativen AKCOVID-Studie vom Jänner 2021 ausgewertet. Der Fokus des Kapitels liegt auf dem Aufzeigen der psychosozialen Herausforderungen, mit denen pflegende Angehörige zu kämpfen haben, insbesondere jene Angehörigen in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen, die also selbst potenziell in den kommenden Jahren zur Gruppe der Seniorinnen und Senioren zählen.

Im fünften Kapitel wird speziell auf die Situation alleinlebender älterer Menschen eingegangen. In Österreich lebt etwa die Hälfte der Personen über 65 Jahre in Einpersonenhaushalten. Wenn Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zunehmen, ist der Verbleib in der häuslichen Umgebung trotz vielfältiger flächendeckender Angebote bedroht. Am Ende des Lebens spitzt sich die Situation häufig zu. Alleinlebende ältere Menschen sind deshalb eine besonders gefährdete Gruppe, wenn es um die Erfüllung des Wunsches geht, zu Hause sterben zu können. Die COVID-19-Pandemie legt nahe, dass diese Bevölkerungsgruppe wiederum spezifischen Herausforderungen ausgesetzt war, insbesondere wenn sie auch Hilfe- und Unterstützungsbedarf aufweist.

Das Thema „Aktives Altern in Zeiten der Pandemie“ wird im sechsten Kapitel aufgegriffen. Um auch jüngere Altersgruppen vor dem theoretischen Hintergrund des aktiven Alterns und möglicher Auswirkungen der Pandemie in den Blick zu nehmen, wurde eine Sekundäranalyse der Sonderauswertung zu COVID-19 im Rahmen der europäischen Befragung *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe* durchgeführt (September 2020 bzw. Winter 2020/21). Im Vergleich zu hochaltrigen Menschen waren in der Altersgruppe (55+) andere Auswirkungen zu erwarten hinsichtlich Alltagsgestaltung, Pflege sozialer Netzwerke bzw. Gestaltung der nachberuflichen Phase im Allgemeinen. In diesem Kapitel liegt der Fokus auf sozialen Aktivitäten in der Pandemie sowie dem psychischen Befinden.

Das siebte Kapitel nimmt Menschen mit Demenz in den Blick. Es basiert auf einer qualitativen Analyse von „Expertendiskussionen“ (Runder Tisch), die im Herbst 2020 im Rahmen der Demenzstrategie geführt und aufgezeichnet wurden. Darin wurden zahlreiche Herausforderungen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen (und deren Angehörige) angeführt und auch die Perspektive betroffener Menschen in den Blick genommen. Ergänzt wird das Kapitel durch Evidenz aus international verfügbaren Studien sowie nationalen Empfehlungen (z. B. Alzheimer Austria).

Kapitel acht behandelt die Herausforderungen für Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Die Befragung von Menschen in Alten- und Pflegeheimen durch die Karl Landsteiner Privatuniversität (Prof. Dr. Franz Kolland) im Zuge der ersten COVID-19-Welle stellt die Grundlage für dieses Kapitel dar. Ein Einblick in aktuelle weitere Forschungsaktivitäten bzw. den Stand der Forschung auf Basis der Literatur rundet dieses Kapitel ab.

Abschließend erfolgt eine Zusammenschau der Befunde zu den Auswirkungen der Pandemie und der damit einhergehenden Maßnahmen im Hinblick auf die alte und hochaltrige Bevölkerung. Die Frage, wie Maßnahmen gesetzt werden können, um den Gesundheitsschutz älterer und hochbetagter Menschen zu gewährleisten, gleichzeitig jedoch einer Diskriminierung aufgrund von Alter Einhalt zu gebieten bzw. einer solchen wenigstens nicht weiter Vorschub zu leisten, erscheint dabei besonders diskussionswürdig.

2 Gesundheitsschutz und Würde - ethische Herausforderungen

Doris Pfabigan

2.1 Die Bedeutung von Ethik in Pandemiezeiten

Das neuartige Virus SARS-CoV-2, das mittlerweile zwei Jahre die Welt in Atem hält, setzt unsere Gesellschaft einem riesigen „Sozialexperiment“ aus, das tief in die Lebenswelt Einzelner eingreift und in allen Phasen Fragen aufwirft, die weit über die virologische und epidemiologische Dimension der Pandemie hinausgehen. Dabei müssen die Ansprüche und Interessen verschiedener Individuen und Gruppen sorgfältig gegeneinander und auch gegenüber dem Gemeinwohl abgewogen und Kompromisse gefunden werden. Daten, Zahlen und Fakten aus unterschiedlichen Wissenschaften liefern dafür wichtige Entscheidungsgrundlagen. Doch Fakten sprechen nicht für sich allein, und Sachwissen ohne Bezug zum gesellschaftlichen Kontext rechtfertigt weder das Ziel noch den Mitteleinsatz zur Zielerreichung. Auch rechtliche Regelungen und Verordnungen, so unerlässlich sie bei der Bewältigung einer Pandemie auch sind, bedürfen einer ethischen Fundierung und können eine Abwägung daher nicht ersetzen: Denn erstens deckt sich nicht alles, was rechtlich erlaubt ist, mit dem, was ethisch zu billigen ist, und zweitens lassen auch rechtliche Regelungen zumeist einen ethischen Handlungsspielraum offen (Pöltner 2002; Swift/Chasteen 2021).

Ethik als kritische Reflexion über Moral kann mit ihren Theorieansätzen und ihrer Methodik dabei unterstützen, relevante moralische Güter zu identifizieren sowie ethische Prinzipien zu spezifizieren, und damit zu mehr Klarheit im Handeln beitragen. Seitens der Weltgesundheitsorganisation WHO wurde im Jahr 2016 der Leitfaden *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks* ausgearbeitet, in dem einschlägige Werte und Prinzipien formuliert sowie prozedurale Prinzipien der Entscheidungsfindung und -vermittlung beschrieben sind, die im Rahmen des Pandemiemanagements berücksichtigt werden sollten (WHO 2016). Aber selbst wenn gut ausgearbeitete Regelwerke zur ethischen Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen, ergeben sich unter den Voraussetzungen einer Pandemie wie der gegenwärtigen immer

wieder Dilemmasituationen, in denen schwer oder gar nicht vergleichbare Güter wie Lebens- und Gesundheitsschutz, kulturelle und soziale Rechte gegeneinander abgewogen werden müssen, die eigentlich nicht abwägbare sind, sondern „schmerzhaft gegeneinanderstehen“ (Muders 2020). Laut dem Bioethiker Erich Loewy besteht in solchen Krisensituationen der Zwang, „zwischen schlechten, sehr schlechten und ‚hundsmiserablen‘ Antworten (bzw. Handlungsmöglichkeiten)“ zu entscheiden und für die Folgen dann auch die Verantwortung zu tragen (Loewy/Springer-Loewy 2005, S. 138).

Darüber hinaus sind – aufgrund der hohen Komplexität der medizinischen und gesellschaftspolitischen Lage sowie der weltanschaulichen Pluralität unserer Gesellschaft – unterschiedliche Standpunkte über Prioritätensetzung, Risikoeinschätzung und Verhältnismäßigkeit, zumindest in vielen Detailfragen, unvermeidbar. Sich für den einen oder anderen Weg zu entscheiden, kann oftmals mit guten, auch wissenschaftlichen Gründen gerechtfertigt werden. Mit Dabrock kann darauf hingewiesen werden, dass im Zusammenhang mit der jeweiligen, mitunter auch strittigen Fragestellung hinsichtlich Prioritätensetzung, Risikoeinschätzung und Verhältnismäßigkeit immer auch Komplexitäts- und Differenzsensibilität gefordert ist – nicht zuletzt, um Gefahrenhorizonte besser zu erkennen (Dabrock 2021). Die Aufgabe der Ethik ist somit auch, zu dieser Komplexitäts- und Differenzsensibilität im gesellschaftlichen Diskurs beizutragen (ebd.).

Was die zeitliche Perspektive betrifft, müssen Zielsetzungen und Maßnahmenplanung in Zeiten einer Pandemie immer „im Wechsel von ‚auf Sicht fahren‘ und längerfristigen Perspektiven“ verortet sein (Dabrock 2021, S. 9). Sowohl Kompass und Rahmen für das Handeln als auch Nachhaltigkeit fehlen, wenn kurzfristige Maßnahmen ohne langfristige Perspektiven getroffen werden. Andererseits scheitern langfristig angelegte Fahrpläne ohne kurzfristige Maßnahmenvorschläge zwangsläufig an der Gegenwart, wie sich in den vergangenen Monaten mitunter gezeigt hat (ebd.). Ethikerinnen und Ethikern kommt in diesem Zusammenhang die Aufgabe zu, auf die jeweils andere Seite zu verweisen, wenn die Perspektive zu einseitig ist (ebd.).

Was bedeutet das Gesagte nun im Hinblick auf die Gruppe der älteren Menschen im Zusammenhang mit Risikoeinschätzung, Prioritätensetzung und Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen im Kontext der Pandemie aus ethischer Perspektive? Zuerst einmal fällt auf, dass es insbesondere die älteren Menschen waren, die sehr rasch - als die Pandemie auch Österreich erreicht hatte - in den Fokus von Risiko und Schutz gekommen sind. Das ist insofern verständlich, als die Gefahr eines schweren Verlaufs der Infektionskrankheit mit dem Alter ansteigt. In der medialen und politischen Debatte wurde dies auch

kommuniziert, wobei die Gruppe der älteren Menschen jedoch unterschiedslos als besonders vulnerabel dargestellt und Vulnerabilität in erster Linie mit dem Risiko eines schweren und mitunter tödlichen Krankheitsverlaufs assoziiert wurde.

Wurden auf der einen Seite ältere Menschen generell als verletzlich und schwach dargestellt und zur Risikogruppe erklärt, so wurden auf der anderen Seite die jungen Menschen aufgefordert, „Verantwortung für die ältere Generation zu übernehmen“ (Pelizäus/Heinz 2020, S. 418). Die öffentliche Debatte um Schutz und Risiko war insbesondere zu Beginn der Pandemie also stark vom Gegensatz zwischen „wir, die Starken“ und „sie, die Schwachen“ oder vom – wie es Graefe et al. bezeichnen – „Retter-Opfer-Narrativ“ dominiert (Graefe et al. 2020; Swift/Chasteen 2021).

Nun ist das Framing der Vulnerabilität insofern von Bedeutung, als es die Wahrnehmung des Risikos für eine COVID-19-Infektion beeinflusst, was wiederum Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten und damit auf den Verlauf des Infektionsgeschehens hat. Auch die Konstruktion von Eindeutigkeit, auf deren Basis Entscheidungen in unsicheren und unklaren Situationen getroffen werden können, ist nachvollziehbar (Swift/Chasteen 2021). Doch diese Mechanismen – die Orientierung an einem biomedizinischen Vulnerabilitätsverständnis, die Gleichsetzung von Alter mit Vulnerabilität sowie der postulierte Antagonismus von Jung und Alt hinsichtlich der Risikoeinschätzung – bergen in sich wieder Risiken, die ethisch relevant sind.

Im Folgenden sollen, mit speziellem Blick auf ältere Menschen, unterschiedliche Facetten der menschlichen Verletzlichkeit und dominante Diskurse um Risiko und Schutz älterer Menschen aufgeklärt und damit die umgesetzten Schutzmaßnahmen auf der Folie zentraler Implikationen des Würdeschutzes beleuchtet werden. Diese Reflexion soll dazu beitragen, evaluative und normative Annahmen bewusst zu machen und damit die argumentativen Grundlagen in Zusammenhang mit dem Schutz der Würde älterer Menschen zu stärken – dies sowohl in Hinblick auf den aktuellen Umgang als auch für vergleichbare Situationen in der Zukunft.

2.2 Vulnerabilität und Würde als Elemente des Menschseins

Die Corona-Pandemie hat vielen von uns in einer bisher ungeahnten Weise vor Augen geführt, wie verletzlich wir als Menschen in unterschiedlichen Dimensionen des Lebens sind. Es wurde sichtbar, dass sich auch jüngere, an sich gesunde Menschen sehr schnell in

einer vulnerablen Situation wiederfinden können, beispielsweise durch die Langzeitfolgen einer Infektion, durch Isolation und Einsamkeit oder durch existenzielle Krisen bei Verlust des Arbeitsplatzes. Ins Bewusstsein gebracht wurde uns durch die Pandemie auch, wie sehr wir auf unsere Mitmenschen, aber auch auf gut funktionierende Institutionen angewiesen sind, wenn es um unsere Gesundheit geht.

Der Fall einer ernsthaften Erkrankung wie COVID-19 verweist uns als Menschen paradigmatisch darauf, dass unsere leibliche Integrität immer gefährdet ist. Als leibliche Wesen können wir in allen Lebensphasen akut oder chronisch erkranken, von einer Behinderung betroffen oder pflegebedürftig werden – und letztlich müssen wir alle einmal sterben. Als sozial ausgerichtete Wesen sind wir aber nicht nur auf die Erfüllung körperlicher Grundbedürfnisse und die Unterstützung durch andere in Zeiten von Krankheit und Pflegebedürftigkeit angewiesen, sondern auch auf gelingende soziale Beziehungen (Honneth 1999). In Anerkennungsbeziehungen finden wir Erfüllung unseres grundlegenden menschlichen Bedürfnisses, dazuzugehören und uns unserer Würde und/oder Integrität sicher zu sein (ebd.). Verletzlichkeit muss in diesem Sinne als ein konstitutiver Bestandteil der *conditio humana* gesehen werden, jener Grundverfasstheit, die auf unsere wechselseitige soziale Angewiesenheit und Abhängigkeit verweist (Kamlah 1973). Verletzbar sind wir aber auch deshalb, weil wir unsere Autonomie und Selbstbestimmung im Alltag in unserer komplexen Gesellschaft nur mit einem ausgeklügelten System von sozialer Sicherheit und Arbeitsteilung realisieren können. Auch dieser Umstand verweist auf unsere wechselseitige soziale Angewiesenheit und Abhängigkeit und macht uns in gewisser Hinsicht verletzlich – insbesondere wenn zusätzliche körperliche, kognitive oder psychische Einschränkungen im Spiel sind.

Freilich ist das Ausmaß von Angewiesenheit und Abhängigkeit unter den Menschen ungleich verteilt, denn es ist abhängig von persönlichen, aber auch materiellen und sozialen Ressourcen. Diese haben unmittelbaren Einfluss auf den Grad und die Formen der Verletzbarkeit (Remmers 2020). Entscheidende Gründe für eine ausgeprägte Vulnerabilität, insbesondere im Alter, sind fehlende Möglichkeiten der Partizipation am Entwicklungs- und Wohlstandsniveau der Gesellschaft (ebd.).

Verletzlichkeit kann damit auch im Rahmen der Pandemie nicht nur im biomedizinischen Sinne verstanden und das kalendarische Alter sollte nicht per se mit einer höheren Verletzlichkeit gleichgesetzt werden. Ältere Menschen sind in gesundheitlicher, sozialer und ökonomischer Hinsicht keine homogene Gruppe. Oder anders ausgedrückt: „[...] in keiner Altersgruppe sind Menschen gleichen Alters so unterschiedlich voneinander wie im

Alter“ (Wurm 2020, S. 37). Sie haben damit auch ein unterschiedliches Risiko- und Ressourcenprofil hinsichtlich einer COVID-19-Erkrankung und deren Folgen. Allerdings steigt mit dem höheren Alter auch das Risiko der Multimorbidität sowie der Chronifizierung von Erkrankungen und in diesem Zusammenhang auch die Gefahr eines schweren Verlaufs einer COVID-19-Erkrankung. Mit der Zunahme von körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen sind Betroffene aber besonders verletzlich gegenüber Missachtungserfahrungen. Solche Missachtungserfahrungen können von unterschiedlicher Gestalt sein und von gut gemeinter Bevormundung auf individueller und institutioneller Ebene bis zu Herabwürdigung, Vorenthalten von Freiheitsrechten, Vernachlässigung und anderen Formen der körperlichen und psychischen Gewalt reichen (BMASK 2009; Gröning/Yardley 2020).

Um diesen allgemeinen und besonderen Formen der Verletzbarkeit in ethischer (und rechtlicher) Hinsicht angemessen zu begegnen, bietet unser Menschenrechtsverständnis, dessen oberster Grundsatz der Schutz der Menschenwürde ist, einen normativen Orientierungsrahmen.

2.2.1 Menschenwürde als normativen Orientierungsrahmen setzen

Menschenwürde im Sinne Immanuel Kants, der das moderne Menschenrechtsverständnis maßgeblich mitgeprägt hat, verweist auf unterschiedliche Ansprüche: Würde steht zuallererst für das Um-seiner-selbst-willen-Dasein des einzelnen Menschen. Damit ist nach Kant gemeint, dass dem Menschen, unabhängig davon, ob er von anderen Menschen als „wertvoll“ angesehen wird oder von anderen gebraucht wird, ein absoluter Wert zukommt, allein weil er zur Menschenfamilie gehört. Dieser absolute Wert – die Würde – kommt dem Menschen nach Kant zu, weil er grundsätzlich vernunftbegabt ist und deshalb die Fähigkeit zur moralischen Autonomie besitzt. Die Würde kann nun nicht gegen andere Werte aufgerechnet werden, wie zum Beispiel Waren, die immer einen Preis haben. Somit stellt Kant dem „Preis“ als äußeren Wert, der immer relativ und gesetzt ist, den „inneren“ Wert des Menschen, nämlich die „Würde“, entgegen. Aufgrund der dem Menschen zukommenden Würde gilt zuerst einmal kategorisch das Instrumentalisierungsverbot: *„Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person, als auch in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst“* (Kant 2004, S. 79). Mit diesem Instrumentalisierungsverbot zieht Kant gewissermaßen eine „Firewall“ ein als Schutzfunktion gegen die vollständige Ökonomisierung des Lebens.

Den Menschen um seiner selbst willen zu achten, impliziert konsequenterweise, dass dieser sich in seiner Lebensführung und seinen Handlungen selbst bestimmen können soll (Kant 2004). Menschenwürde hat auch eine relationale Dimension, die auf die Integrität zwischenmenschlicher Beziehungen abzielt und in der Anerkennung eine hohe Bedeutung hat. In diesem Sinne müssen Menschen in „zwischenmenschlichen Interaktionen vom anderen her gleichsam leibhaftig erfahren können, dass sie als Zweck an sich adressiert und anerkannt sind“ (Deutscher Ethikrat 2018, S. 39). Der Achtungsanspruch der Würde impliziert auch immer eine Schutzfunktion und einen Gestaltungsauftrag, der sich an die:den Einzelnen und die Gesellschaft richtet (z.B. Pfabigan 2011; Wetz 2005).

Diese Schutzfunktion und der Gestaltungsauftrag gelten selbstverständlich auch in einer Krisensituation wie der gegenwärtigen. Jegliche den Nutzen einkalkulierende Güterabwägungen, denen Priorisierungsentscheidungen zur Bewältigung der Pandemie zugrunde gelegt werden, sind begrenzt durch den absolut verpflichtenden Schutz der Menschenwürde. Die Würde des Menschen gilt als „einschränkungsfest“ (Novak 2020, S. 161).

2.2.2 Diskriminierungsschutz wahren

Wie kann dieser Achtungsanspruch der Würde nun im Rahmen der Pandemie ausbuchstabiert werden? Zuerst impliziert der Schutz der Menschenwürde eine Basisegalität und damit auch einen basalen Diskriminierungsschutz für alle Menschen. Dieser Gleichheitsgrundsatz impliziert seinerseits den Grundsatz der „Lebenswertindifferenz“ (Deutscher Ethikrat 2020b, 3). Das bedeutet, dass der Staat menschliches Leben – auch in Pandemiezeiten – weder bewerten noch abwerten darf. Der Deutsche Ethikrat führt in seiner Empfehlung *Solidarität und Verantwortung in der Coronakrise* dazu deutlich aus: „Jede [...] staatliche Vorgabe zur ungleichen Zuteilung von Überlebenschancen und Sterbensrisiken in akuten Krisensituationen ist unzulässig. Jedes menschliche Leben genießt den gleichen Schutz. Damit sind nicht nur Differenzierungen etwa aufgrund des Geschlechts oder der ethnischen Herkunft untersagt. Auch eine Klassifizierung anhand des Alters, der sozialen Rolle und ihrer angenommenen „Wertigkeit“ oder einer prognostizierten Lebensdauer muss seitens des Staates unterbleiben.“ (Deutscher Ethikrat 2020b, 3)

In der genannten Empfehlung wird dazu weiter ausgeführt, dass ein rein utilitaristisches Abwägen im Sinne einer bloßen „Maximierung von Menschenleben oder Lebensjahren“

nicht infrage kommt, wenn das Instrumentalisierungsverbot des Menschen in gesellschaftliches Handeln umgesetzt wird. (Deutscher Ethikrat 2020b, 3)

Dem Instrumentalisierungs- und Diskriminierungsverbot widersprechen auch Maßnahmen der gezielten Segregation und Isolierung älterer Menschen, wenn der Zweck nicht in deren Schutz besteht, sondern darin, die übrige Gesellschaft vor weiteren Einschränkungen ihrer Handlungsfreiheit zu bewahren und die ökonomischen Kosten der Pandemie zu minimieren. Mit Nullmeier kann darauf hingewiesen werden, dass solcherart Strategien der Segregation darüber hinaus zu einem „sozialen Dambruch“ führen könnten, wenn sie auch in anderen Feldern des sozialen Lebens Eingang finden und zum regelhaften Umgang mit sogenannten „Risikogruppen“ werden, statt für diese auf gesellschaftspolitischer Ebene wirksame Möglichkeiten der Integration und sozialen Teilhabe zu schaffen (Nullmeier 2020, S. 21).

Dass es auch im schwierigen Fall einer Triage nicht zu einer Diskriminierung älterer Menschen kommen darf, wird in der Stellungnahme der österreichischen Bioethikkommission *Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie* ausdrücklich eingemahnt: Im Falle einer Triage-Situation sind aus ethischer und grundrechtlicher Sicht das kalendarische Alter allein sowie eine „von außen attestierte Lebensqualität“ keine legitimen Entscheidungskriterien für das Vorenthalten bestimmter Gesundheitsleistungen zugunsten anderer (Bioethikkommission 2020).

Ein weiterer Aspekt, der in Zusammenhang mit dem Diskriminierungsverbot mitgedacht werden muss, ist der öffentlich geführte Diskurs um den Schutz von älteren Menschen und die undifferenzierte Darstellung dieser Gruppe als schwach, hilflos und gebrechlich. Es ist zwar wichtig, auf die Gesamtverantwortung für den Schutz anderer und insbesondere älterer Menschen hinzuweisen, aber diese als homogene Gruppe darzustellen, wie es häufig geschehen ist, verstärkt die Stereotypisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung älterer Menschen, so der Tenor in der einschlägigen Literatur (Bozzaro et al. 2018; Graefe et al. 2020; Swift/Chasteen 2021; Wurm 2020). Kricheldorf (2020) merkt darüber hinaus kritisch an, dass durch die mediale Debatte, in der ältere Menschen in diskriminierender Weise konstant als „Risikogruppe“ dargestellt wurden, auch implizit suggeriert wurde, dass der Umgang mit älteren Menschen besonders risikoreich sei und deshalb vermieden werden sollte, womit die Gefährdungslage eindeutig umgekehrt wurde.

Stärker noch als andere Diskriminierungsformen wie Sexismus oder Rassismus birgt Altersdiskriminierung (Ageism) die Gefahr von Selbstdiskriminierung bzw. Selbststereotypisierung (Rüegger 2018). Das hat schädigende Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen und wirkt sich nachteilig auf ihre Möglichkeiten der Selbstbestimmung und damit auf ihre aktive gesellschaftliche Teilhabe aus (WHO 2020).

Ageism verursacht aber nicht nur Schaden auf individueller Ebene, wie in einer in den USA durchgeführten Studie aufgezeigt wird: Die Gesundheitskosten, die jährlich in Zusammenhang mit Altersdiskriminierung in den USA entstehen, werden auf 63 Milliarden US-Dollar geschätzt (Levy et al. 2020 in Swift/Chasteen 2021). Weil (negative) Altersbilder Entscheidungen und das Verhalten gegenüber älteren Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen beeinflussen, ist es von enormer Bedeutung, diese auch in Zusammenhang mit der öffentlichen Kommunikation in Pandemiezeiten kritisch zu reflektieren und sich ihrer Wirkung bewusst zu sein (Waldherr/Adamcik 2018).

Hervorzuheben ist, dass, anders als in anderen Ländern, hierzulande utilitaristische Erwägungen oder ein ökonomisches Kalkül in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Rahmen der Pandemie zu keiner Zeit im Raum standen. Vor dem Hintergrund von Ageism und einer solidarischen Gemeinschaft ist das wichtig, auch wenn es nicht sehr fruchtbringend ist, alte und junge Menschen in der Bewältigung der Pandemie gegenüberzustellen.

2.2.3 Integrität zwischenmenschlicher Beziehungen sichern

Wie bereits angesprochen, standen insbesondere ältere Menschen im besonderen Fokus von Schutz- und Isolierungsmaßnahmen im Rahmen der Pandemiebewältigung. Ältere Menschen wurden insbesondere zu Beginn der ersten Welle aufgefordert, ihr Zuhause nicht zu verlassen, den Kontakt zu den Enkelkindern zu vermeiden und auch auf andere soziale Begegnungen weitgehend zu verzichten. Besonders betroffen waren Menschen, die in Pflege- und Betreuungseinrichtungen leben. So wurden Bewohner:innen von Pflegeheimen mit wesentlich strengeren Schutzmaßnahmen konfrontiert als Menschen in Privathaushalten oder auch der Rest der Gesellschaft (DGP 2020). In den Betreuungseinrichtungen wurden Besuchs- und Betretungsverbote verhängt und konsequent umgesetzt. Diese galten nicht nur für An- und Zugehörige, sondern auch für „externe Dienstleister:innen“, wie z. B. therapeutische und soziale Dienste (auch Ehrenamtliche), den: die Friseur:in oder Fußpfleger:innen. Anders als Menschen in

Privathaushalten waren Bewohner:innen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen mitunter mit einer „De-facto-Ausgangssperre“ konfrontiert. In vielen Einrichtungen durften sie ihre Zimmer nicht verlassen. Besuchsverbote galten für alle gleichermaßen, also auch für gesunde Menschen (Nebois-Zeman/Jaquemar 2020). Aber auch für zu Hause lebende ältere Menschen wurden durch die rigiden Kontakt- und Bewegungsbeschränkungen Unterstützung und Beistand durch Angehörige und befreundete Personen stark beschränkt bzw. verunmöglicht.

Diese rigorosen Schutzmaßnahmen sind insofern nachvollziehbar, als zu Beginn der Pandemie noch nicht klar war, wie sich die Versorgungssituation in den Krankenhäusern entwickeln würde. In dieser Zeit dominierte die Sorge vor einer Rationierung von Leistungen etwa im Intensivbereich aufgrund von Kapazitätsengpässen, die durch die hohe Anzahl an COVID-19-Patientinnen und -Patienten mit einem hohen Risiko für komplexe Verläufe – und das betrifft ältere Menschen – im Raum stand.

Aus der Perspektive des Achtungsanspruchs der Würde dürfen die legitimen Schutzinteressen aller jedoch nicht durch Maßnahmen sichergestellt werden, die die menschenwürdige Lebensweise einer bestimmten Gruppe beschädigen (Lob-Hüdepohl 2021, S. 27). Bei einer fast vollständigen Isolierung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen oder gegenüber Außenkontakten ist das aber ganz offensichtlich der Fall: Hier wird die zwischenmenschliche Dimension des Würdeanspruchs unterlaufen (ebd.). Für diese Dimension der Menschenwürde sind Erleben von Anerkennung und Zugehörigkeit zentral. Gerade für Menschen mit länger anhaltender Pflegebedürftigkeit ist Zugehörigkeit oftmals untrennbar an die physische Präsenz eines anderen Menschen und an Nähe durch Berührung gebunden. Das hohe Risiko der Übertragung des COVID-Erregers auf andere ist deshalb besonders grausam, „weil [es] Nähe bestraft, die Menschen als soziale Wesen erstreben“ – gerade bei Verängstigung, wenn wir den physischen zwischenmenschlichen Kontakt besonders brauchen (Nullmeier 2020, S. 7).

Körperlicher zwischenmenschlicher Kontakt bildet nämlich einen wesentlichen Kern der Erfahrung von Bezogenheit, Geborgenheit und Teilhabe. Insbesondere Menschen mit demenziellen Veränderungen können oftmals nur über Berührungen in Kontakt mit anderen treten. Solche leiblichen Berührungen geschehen auch da, wo die Anwesenheit einer anderen Person im Raum nur erspürt wird und damit zumindest Augenblicke von Beistand und Zugehörigkeit erfahren werden können (Lob-Hüdepohl 2021, S. 26). Aufgrund biografischer Kontinuität haben Besuche von An- und Zugehörigen zumeist eine besondere Bedeutung für Bewohner:innen von Betreuungseinrichtungen. Aber auch

Kontakte innerhalb einer Einrichtung zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, ehrenamtlich Helfenden und Mitarbeitenden können das Gefühl stärken, dazuzugehören (Deutscher Ethikrat 2020a). Hannah Arendt weist darauf hin, dass Leben im Lateinischen „inter homines esse“ – „unter den Menschen weilen“ – heißt und Sterben „desinere inter homines esse“ – „aufhören, unter den Menschen zu weilen“ (Arendt 2020, S. 17). Ohne physische Kontakte, ohne das Erleben von Nähe, Zärtlichkeit und Zugehörigkeit besteht die Gefahr, den Lebenswillen und die Lebenskraft zu verlieren oder noch vor dem physiologischen Tod einen sozialen Tod zu erleiden.

Schulz Niesewandt bringt diese Problematik überdeutlich auf den Punkt: Damit sich Verantwortungsträger:innen nicht am biologischen Tod der Bewohner:innen „schuldig“ machen, wurde die „Für-Sorge“ für kalendarisch alte und vulnerable Menschen mit Praktiken der „isolierenden Ausgrenzung“ und des sozialen Todes „erkauft“ (Schulz-Niesewandt 2020, S. 25).

Dass sich körperliche und soziale Distanzierung gerade auf ältere Menschen, insbesondere jene, die in Pflege- und Betreuungseinrichtungen leben, negativ auswirkt – bis hin zu erhöhter Sterblichkeit –, ist empirisch belegt (Seidler et al. 2020; World Health Organization 2020). Auch dies ist ein dringender Beleg dafür, dass auch in Zeiten einer Pandemie körperliche zwischenmenschliche Kontakte mit den wichtigsten An- und Zugehörigen essenziell sind, denn sie vermitteln die Erfahrung von Zugehörigkeit zur menschlichen Gesellschaft. Für Menschen an ihrem Lebensende und jene, die eine gebotene Krankenhausbehandlung bzw. intensivmedizinische Behandlung ablehnen, können Regelungen zur palliativen Versorgung im Pandemieplan eine an der Menschenwürde und den Bedürfnissen orientierte Begleitung sicherstellen (DGP 2020). Dass im Falle einer Pandemie angemessene Ressourcen für eine unterstützende und palliative Versorgung bereitgestellt werden sollten, findet auch im WHO-Leitfaden *Guidance For Managing Ethical Issues In Infectious Disease Outbreaks* explizit Erwähnung (WHO 2016).

Aus dem Gesagten wird deutlich, dass über ein rein biomedizinisches Verständnis von Verletzlichkeit hinausgegangen werden muss, um die zwischenmenschliche Dimension der Menschenwürde nicht zu verfehlen. Lob-Hüdepohl gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass der Grundsatz der Menschenwürde zu einem rein theoretischen Anspruch ohne Bezug zur Lebenswirklichkeit der Menschen verkümmert, wenn nicht berücksichtigt wird, dass Menschen in sozialen Interaktionen konkret und leibhaftig erfahren müssen, dass sie um ihrer selbst willen geachtet werden (Lob-Hüdepohl 2021).

2.2.4 Selbstbestimmung und Teilhabe ermöglichen

Ein zentraler Aspekt des Grundsatzes der Menschenwürde ist Autonomie bzw. Selbstbestimmung – also die Möglichkeit, entsprechend den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Vorstellungen entscheiden und handeln zu können.

Selbstverständlich können Menschen niemals völlig autonom und unabhängig leben, vielmehr sind sie ihr Leben lang mehr oder weniger und in unterschiedlich komplexen Formen voneinander abhängig. Insbesondere mit Blick auf das Alter ist es deshalb essenziell, Autonomie als relational zu verstehen, wie es beispielsweise Vertreter:innen der Anerkennungstheorie oder der Care-Ethik einfordern (Conradi 2001; Honneth 1999). Aus dieser Perspektive wird nicht von bedingungsloser individueller Autonomiefähigkeit ausgegangen. Autonomie gilt deshalb als relational, weil die Bedingungen dafür, sinnstiftende Wünsche und Ziele auszubilden, und die Möglichkeiten der Realisierung immer in einen sozialen Kontext eingebunden sind. Dieser kann die Handlungsfähigkeit und die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe von Menschen in unterschiedlicher Weise fördern oder behindern (Pfabigan 2011; Schüz et al. 2011). In diesem Zusammenhang spielen auch gesellschaftliche Altersbilder eine wichtige Rolle: Sie wirken sich nicht nur darauf aus, was sich ältere Menschen zutrauen, sondern auch darauf, welche strukturellen Bedingungen, Unterstützungsangebote und Möglichkeiten der sozialen Teilhabe geschaffen werden, um älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Darüber hinaus spielen auch unterstützende Beziehungen zu An- und Zugehörigen sowie Freundschaften eine wesentliche, oftmals unterschätzte Rolle für die Selbstbestimmung in allen Lebenslagen und insbesondere im Alter (Ferber 2006).

Freiheitsrechte und ethische Ansprüche auf Selbstbestimmung gehen nicht einfach verloren, wenn Menschen alt und gebrechlich werden oder in einem Pflegeheim wohnen, – auch nicht in Pandemiezeiten. Doch gerade in Einrichtungen, in denen Menschen auf engem Raum/nah zusammenleben und das Übertragungsrisiko daher sehr hoch ist, stellt der ethische und im Heimaufenthaltsgesetz rechtlich verbrieft Anspruch, die Autonomie der Bewohner:innen „unter allen Umständen zu wahren“, insbesondere zu Beginn der Pandemie ein zentrales Dilemma dar. Anders als bei Menschen in Privathaushalten, ist die Entscheidung, sich für den Erhalt sozialer Kontakte dem Risiko einer Ansteckung auszusetzen, im Pflegeheim durch die legitimen Schutzinteressen in Bezug auf das Ansteckungsrisiko/Erkrankungsrisiko der anderen Bewohner:innen wie auch der Mitarbeitenden limitiert. In Pflegeheimen steht darüber hinaus noch die Funktionsfähigkeit der ganzen Einrichtung auf dem Spiel, die für das physische Leben aller Bewohner:innen unabdingbar ist.

Eine weitere schwierige Situation ergab sich durch die mediale Darstellung, die Pflege- und Betreuungseinrichtungen zur „Todesfalle“ hochstilisiert hatten, was auch Auswirkungen auf zu Hause lebende pflegebedürftige Menschen und deren An- und Zugehörige hatte: Weil die medial vermittelten Bilder die Angst vor einem „Eingesperrt-Werden“ und dem Verlust der Autonomie noch befeuerten, wurde ein Umzug ins Pflegeheim oftmals vermieden, auch wenn die pflegerische Versorgung zu Hause an Grenzen gestoßen ist. Eine weitere Auswirkung war, dass An- und Zugehörige, deren Angst vor Ansteckung groß war, von Besuchen Abstand nahmen, um das Leben ihnen nahestehender Menschen nicht zu gefährden.

Dass stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen gerade in Pandemiezeiten vor großen Herausforderungen stehen, muss in der Maßnahmenplanung und Ressourcenzuteilung Berücksichtigung finden: Insbesondere mit Blick auf pflegebedürftige Menschen muss der Bedeutung von unterstützenden Beziehungen für das Empfinden des Um-seiner-selbst-willen-Angenommenseins, für Selbstbestimmung, für gesellschaftliche Teilhabe und letztlich für das physische Überleben Rechnung getragen werden. Restriktive Maßnahmen sollen erst dann gesetzt werden, wenn alle alternativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Es gibt mittlerweile einige Ansatzpunkte: So wurden beispielsweise vom BMSGPK Rahmenbedingungen für Pflege in Krisenzeiten formuliert (BMSGPK 2020b). Ebenso hat die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft die Leitlinie *Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie* erstellt (DGP 2020). In dieser wird unter anderem nahegelegt, einen Pandemieplan zu erstellen, in dem die Wahrung der Würde der Bewohner:innen in den Mittelpunkt gestellt wird und insbesondere auf die Lebensqualität sowie auf Möglichkeiten der sozialen Teilhabe von Bewohnerinnen und Bewohnern fokussiert werden sollte (DGP 2020, 9). Nicht zuletzt sei mit Lob-Hüdepohl angemerkt, dass für die Bewohner:innen (oder deren legitimierte Vertreter:innen) die Möglichkeit geschaffen werden sollte, sich in die Entscheidungen zu einrichtungsbezogenen Schutzkonzepten einzubringen (Lob-Hüdepohl 2021). „*Kein Heimvertrag und keine Allgemeinverordnung kann und darf die Legitimation von derart einschneidenden, grund- und menschenrechtsrelevanten Restriktionen durch die unmittelbar Betroffenen ersetzen [...]*“, merkt dazu Lob-Hüdepohl in aller Deutlichkeit an (Lob-Hüdepohl 2021, S. 25).

2.3 Würde als gesellschaftlicher Gestaltungsauftrag diesseits und jenseits von Zeiten der Pandemie

Die Coronakrise tangiert sämtliche Aspekte des Lebens und stellt Entscheidungsträger:innen und die Gesellschaft als Ganzes vor vielschichtige Herausforderungen mit ethischer Relevanz. Ethik als ein zentrales „Kernstück“ (Schröder-Bäck et al. 2008) des Pandemiemanagements kann diese Entscheidungen nicht abnehmen. Ethische Reflexionen können aber dazu beitragen, wichtige Prinzipien und Güter zu identifizieren, zu spezifizieren, eine Kontext- und Differenzsensibilität zu fördern, und sie können ethische Orientierung in schwierigen Handlungs- und Entscheidungssituationen geben.

In diesem Beitrag wurde der Fokus auf die Lebenswirklichkeit älterer Menschen gelegt und aufgezeigt, dass Vulnerabilität auch in ihren sozialen Dimensionen berücksichtigt werden muss. Die skizzierten Bedeutungsdimensionen der Menschenwürde und konkretisierten Diskussionslinien mögen deutlich gemacht haben, wie eine dem Konzept der Menschenwürde verpflichtete Reflexion der Prioritätensetzung sowie der Schutzmaßnahmen und deren Verhältnismäßigkeit im Rahmen einer Pandemie und in Bezug auf die Lebenswirklichkeit älterer Menschen erfolgen könnte. Im WHO-Leitfaden zum Umgang mit ethischen Fragen im Rahmen einer Pandemie wird mit Nachdruck darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, dass Entscheidungsträger:innen einen „echten zweiseitigen Dialog“ mit unmittelbar von bestimmten Maßnahmen Betroffenen führen, für unterschiedliche Perspektiven offen und bereit sind, diese zu diskutieren, und dass sie diese auch in ihren Entscheidungen berücksichtigen (WHO 2016, S. 15). Auf der Grundlage der Bedeutungsdimensionen des Würdekonzepts könnten solche Kommunikationsbemühungen gestaltet werden und es könnte versucht werden, gemeinsam mit älteren Menschen und deren An- und Zugehörigen Antworten auf ethische Herausforderungen zu finden, Gefahrenhorizonte zu erkennen und vereinfachende oder tendenziell paternalistische „Lösungen“ zu vermeiden.

Aber auch jenseits der Pandemie ist eine der Menschenwürde verpflichtete Politik für das Alter – wie sie auch im Regierungsprogramm 2020-2024 festgeschrieben ist – eine, die nicht nur „*am*, sondern *mit* und *durch* den älteren und kalendarisch alten Menschen [...]“ gestaltet wird (Bundeskanzleramt 2020; Schulz-Nieswandt 2020, S. 11). Ein Anfang wäre gemacht, wenn wir Menschenwürde als gesellschaftlichen Gestaltungsauftrag so verstehen, dass wir diesseits und jenseits von Pandemien den älteren Menschen zuhören und wahrnehmen, was sie brauchen, um sich in unserer Gesellschaft bis ans Ende ihres

Lebens aufgehoben zu wissen. Diesen Gestaltungsauftrag zu institutionalisieren hieße dann, die Anliegen und Bedürfnisse im Sinne des Prinzips „Mainstreaming Ageing“ (UNECE 2021) systematisch in die Entscheidungsprozesse aller relevanten Politikbereiche und auf allen politischen Ebenen zu integrieren (BMASK 2015). Aber sollten wir nicht angesichts unserer allgemeinen menschlichen Verletzbarkeit und der umfassenden Bedeutung von Sorgearbeit, die jetzt in der Coronakrise so offensichtlich geworden sind, noch visionärer in die Zukunft sehen und über eine konkrete Gestaltung von „caring democracy“ (Tronto 2013) nachdenken? Im Sinne von Tronto würde das bedeuten, die Verwundbarkeit und Abhängigkeiten aller Menschen anzuerkennen, zu achten und Sorgearbeit für Mensch und Umwelt in den zentralen Fokus einer demokratischen, einschließlich geschlechtergerechten, Politik zu stellen (Brückner 2009; Tronto 2013).

3 Herausforderungen für hochaltrige Menschen im Zuge der COVID-19-Pandemie

Andreas Stückler, Georg Ruppe

3.1 Einleitung

Hochaltrige Menschen sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe mit spezifischen Lebenslagen und Bedürfnissen. Dies betrifft zunächst vor allem gesundheitliche Aspekte: Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche und funktionale Einschränkungen kontinuierlich an. Hinzu kommen Einschränkungen und Verluste sozialer (z. B. Verwitwung, soziale Isolation, Einsamkeit) sowie psychischer Natur (z. B. Demenz, Depression) (Kruse 2017; ÖPIA 2015). Diese speziell für das hohe Alter charakteristische Situation erhöhter physischer, sozialer und psychischer Vulnerabilität macht hochaltrige Menschen nicht nur anfälliger für Erkrankungen wie COVID-19, sondern bedingt auch eine spezifische Betroffenheit durch Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie.

Beispielsweise waren hochaltrige Menschen in besonderem Maße von Einschränkungen im Gesundheitsbereich betroffen, die im Zuge der Maßnahmen gesetzt wurden, z. B. durch die Verschiebung von Behandlungen oder Operationen (Eglau et al. 2021; Schmidt et al. 2021b). Nicht nur angebotsseitig, sondern auch aufseiten der hochaltrigen Menschen hat das relativ hohe Gesundheitsrisiko, das mit einer möglichen Ansteckung einhergeht, dazu geführt, dass notwendige Untersuchungen und Therapien aus Angst vor einer Ansteckung unterblieben, was wiederum eine höhere Sterblichkeit oder Folgeschäden durch andere Krankheitsereignisse bedingt, z. B. infolge von Schlaganfällen oder Herzinfarkten (Bugger et al. 2020; Kortüm et al. 2020; Wu et al. 2021).

Besonders beim Vorliegen einer Demenzerkrankung oder anderer kognitiver Einschränkungen können Maßnahmen, wie sie zur Eindämmung der Pandemie ergriffen wurden, eine Reihe von nicht intendierten, sich negativ auf hochaltrige Menschen auswirkende Effekte entfalten. Kognitive Einschränkungen – zumindest in leichter Form im

Sinne eines „mild cognitive impairment“ – sind auch unter physisch ansonsten noch relativ „rüstigen“ Menschen im hohen Alter recht weit verbreitet (ÖPIA 2015, 66ff.). Alte Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen reagieren jedoch sehr sensibel auf Veränderungen in ihrem gewohnten Alltag und unmittelbaren Lebensumfeld. Mitunter führten die Einschränkungen, speziell solche in Pflegeheimen, nachweislich auch zu einer höheren Mortalität von Menschen mit Demenz, was in einschlägigen Studien u. a. auf die rigiden Kontaktbeschränkungen und eine daraus resultierende soziale Isolation und Einsamkeit insbesondere in Pflegeheimen zurückgeführt wird (Chen et al. 2021). Generell ist zu befürchten, dass Social Distancing und damit einhergehende Kontakteinschränkungen zu einer Verminderung von Lebensqualität und in weiterer Folge zu einer weiteren Verschlechterung kognitiver Funktionen bei besonders gefährdeten alten und hochaltrigen Menschen geführt haben.

Besonders Kontaktbeschränkungen und Social Distancing hatten wohl weitreichende Auswirkungen auf Leben und Alltag hochaltriger Menschen. Erste Arbeiten zu den Auswirkungen von Eindämmungsmaßnahmen speziell auf ältere Menschen haben einen deutlichen Anstieg von Einsamkeit, vor allem unter alleinlebenden Personen, beobachtet (Stolz et al. 2021). Aus der Forschung ist bekannt, dass soziale Isolation und Einsamkeit nicht nur weitreichende Auswirkungen auf die Lebensqualität älterer Menschen haben, sondern sich auch in einer erhöhten Mortalität niederschlagen können (Holt-Lunstad et al. 2015).

Hier kommt erschwerend hinzu, dass die digitalen Lösungen zur Pflege von Sozialkontakten (z. B. soziale Medien, Skype etc.), die während des Lockdowns enorm an Bedeutung gewonnen haben, gerade dieser besonders von den Kontakteinschränkungen betroffenen Gruppe häufig nicht zur Verfügung stehen, da ein großer Teil dieser Altersgruppe nicht über Internet verfügt (ÖPIA 2015, 103). Es darf auch nicht vergessen werden, dass Kontakte über soziale Medien direkte physische Kontakte nur bedingt ersetzen können – dies gilt vielleicht umso mehr für besonders gefährdete Gruppen wie hochaltrige Menschen.

Angesichts dieser sehr spezifischen Situation für hochaltrige Menschen stellt sich die Frage, wie diese die COVID-19-Pandemie und insbesondere die damit zusammenhängenden Maßnahmen und Einschränkungen wahrgenommen und erlebt haben. Vor allem über hochaltrige Menschen liegen diesbezüglich noch sehr wenige Daten vor (für Deutschland z.B. Horn/Schwepe 2020).

Im Mittelpunkt dieses Kapitels stehen daher die subjektive Einschätzung der Pandemie und der Maßnahmen unter hochaltrigen Menschen sowie deren Hygiene- und Schutzverhalten während der Pandemie. Darüber hinaus werden Auswirkungen der Eindämmungsmaßnahmen auf verschiedene Lebensbereiche in den Blick genommen, vor allem auf das Sozialleben hochaltriger Menschen, auf ihre Gesundheits- und Pflegesituation sowie auf ihr psychisches Wohlbefinden.

3.2 Methodisches Vorgehen

Den eingangs skizzierten Fragestellungen sollte mit einer spezifischen Befragung von hochaltrigen Menschen in einem Alter ab 80 Jahren nachgegangen werden. Hierfür wurde als Stichprobe auf Teilnehmer:innen der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) zurückgegriffen. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beruhen somit auf Daten aus einer telefonischen Befragung von insgesamt 108 Personen im Alter ab 80 Jahren, die im Zeitraum von Anfang bis Ende Juni 2021 erfolgte.

Zur Entwicklung eines Fragebogens wurden vorab explorative telefonische Interviews mit sieben Personen geführt. Darüber sollten die für die Zielgruppe relevanten Themen erkundet werden. Der für die Befragung entwickelte standardisierte Fragebogen enthielt 32 Themenblöcke mit teils binären Antwortmöglichkeiten, teils mehrstufigen Antwortskalen. Ergänzend dazu orientierte sich die Fragebogenentwicklung auch an den Erhebungsinstrumenten anderer Befragungen zum Thema, die jedoch nicht spezifisch dem Segment der Hochaltrigen gewidmet waren, z. B. an der AKCOVID-Studie (Rodrigues et al. 2021b; Steiber et al. 2021b) oder einer Studie des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz über die Auswirkungen der Corona-Maßnahmen auf das Einsamkeitsempfinden älterer Menschen (Stolz et al. 2021). Dies sollte bei einzelnen Fragestellungen den Vergleich zwischen hochaltrigen Menschen und anderen Altersgruppen ermöglichen.

Da die Befragung zu einem Zeitpunkt stattfand, an dem sowohl das Infektionsgeschehen als auch die Maßnahmen wieder deutlich reduziert waren (Juni 2021), wurde die Befragung tendenziell retrospektiv angelegt mit einem Fokus auf das Erleben während der Phase der Lockdowns vor allem im Winter 2020/21. Die Ergebnisse geben daher keine oder nur wenig Auskunft über die unmittelbare Belastung durch die Pandemie und entsprechende Maßnahmen zum Zeitpunkt der Befragung. Die Befragung von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern der ÖIHS erlaubt es, die erhobenen Daten mit

den ÖIHS-Datensätzen zu verknüpfen und so Entwicklungen oder Veränderungen seit Beginn der Pandemie im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs abzubilden.

3.2.1 Stichprobenbeschreibung

An der telefonischen Befragung haben insgesamt 108 Personen teilgenommen. Bei einer Bruttostichprobe von n=316 – gezogen aus dem Teilnehmerfeld der ÖIHS – entspricht dies einer Ausschöpfungsrate von rund 34 Prozent. Dies verdeutlicht die relativ schwere Erreichbarkeit von hochbetagten Menschen für wissenschaftliche Studien.

Wie Tabelle 1 zeigt, waren die Teilnehmer:innen zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 81 und 93 Jahre alt (Durchschnittsalter 86,7 Jahre). 56,5 Prozent der Teilnehmer:innen sind weiblichen, 43,5 Prozent männlichen Geschlechts. 47,2 Prozent sind verheiratet, 44,4 Prozent sind verwitwet. Letzteres betrifft vor allem Frauen. Frauen sind daher auch deutlich häufiger alleinlebend als Männer (70,5 % vs. 17,4 %).

Der größte Teil der Teilnehmer:innen hat Kinder und Enkelkinder. Viele von ihnen verfügen auch über ein dichtes soziales Netz und vielfältige Ressourcen sozialer Unterstützung und Versorgung. Etwa drei Viertel der Befragten (75,9 %) nennen mindestens drei Personen aus ihrem sozialen Umfeld, die sie bei Bedarf um Hilfe bitten können. 85,2 Prozent geben an, bei Bedarf „eher“ oder „sehr leicht“ Unterstützung durch Familie, Freundinnen bzw. Freunde oder Nachbarinnen und Nachbarn erhalten zu können.

Der Gesundheitszustand der Teilnehmer:innen variiert sehr stark und reicht von noch sehr „rüstigen“ Personen (25 %) bis hin zu Menschen mit bereits erheblichen funktionalen Einschränkungen (pre-frail oder frail: 24,1 %). Auf Pflege und/oder Betreuung angewiesene Menschen stellen in der Stichprobe eher eine Minderheit dar (26 %). Dies kommt durch eine schwerere Erreichbarkeit sowie geringere Teilnahmefähigkeit pflegebedürftiger Personen zustande und ergibt sich teilweise bereits aus einer Unterrepräsentation pflegebedürftiger Menschen in der zugrunde liegenden Stichprobe der ÖIHS. 27,8 Prozent der Teilnehmer:innen beziehen Pflegegeld – davon mehr als die Hälfte (60 %) in den Pflegestufen 1 und 2, der Rest in den Pflegestufen 3 und 4.

Hinsichtlich Bildung und Einkommen erweist sich die Stichprobe als sehr heterogen, wenn auch mit einem Übergewicht höher gebildeter und gut situerter Personen. 45,3 Prozent haben einen Matura- und/oder Hochschulabschluss. 19,4 Prozent haben höchstens einen

Pflichtschulabschluss. Die Einkommensverteilung reicht von weniger als 1.000 Euro pro Monat (6,5 %) bis über 3.000 Euro pro Monat (27,2 %).

Ein großer Teil der Befragten lebt im eigenen Haus oder der eigenen Wohnung (38 %), 25 Prozent wohnen zur Miete. Relativ häufig sind auch mietfreie Wohnverhältnisse, etwa wenn das Haus oder die Wohnung bereits an die Kinder überschrieben wurde (37 %). Ein:e Teilnehmer:in lebt in einer Seniorenresidenz oder im Betreuten Wohnen. Nicht im Sample berücksichtigt sind Personen, die in einem Pflegeheim wohnen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass Personen mit vergleichsweise guter Gesundheit und hoher Bildung in der Stichprobe überrepräsentiert sind. Dieser Bias muss daher bei der Interpretation der Ergebnisse angemessen berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe

Anzahl der Interviews		n=108
Alter		81-93 Jahre
		Ø 86,7
Geschlecht		
	weiblich	56,5 %
	männlich	43,5 %
Familienstand		
	verheiratet	47,2 %
	verwitwet	44,4 %
	andere	8,4 %
Gesundheitszustand		
	rüstig	25 %
	fit	50,9 %
	pre-frail	22,2 %
	frail	1,9 %
Pflegegeldbezug		27,8 %

Bildung	
höchstens Pflichtschule	19,4 %
Lehre	35,2 %
Matura	25,9 %
Universität	19,4 %

Quelle: Eigene Erhebung ÖPIA

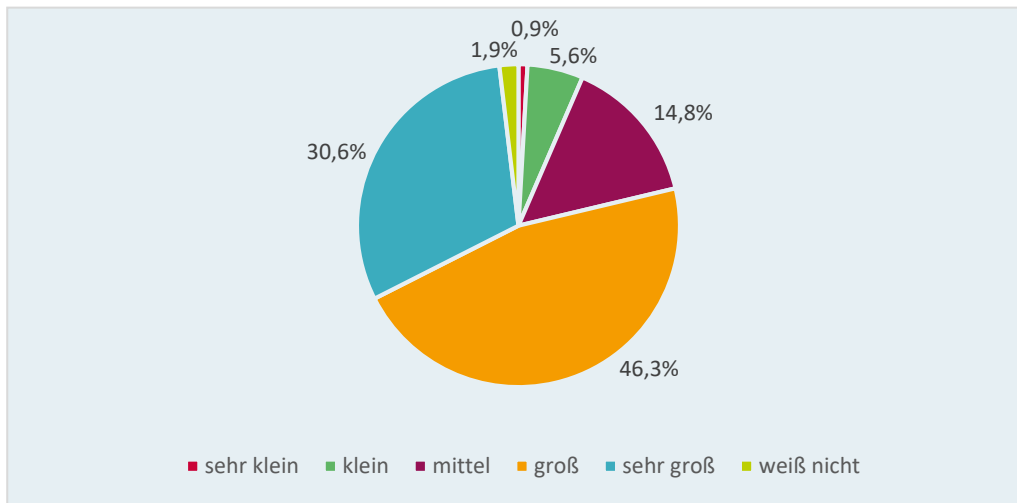
3.3 Ergebnisse

3.3.1 Subjektive Einschätzung der Pandemie und der Maßnahmen

Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Pandemie und der dagegen ergriffenen Maßnahmen ergibt die Befragung zunächst eine weitgehende Einigkeit mit Blick auf die Gefährlichkeit von COVID-19. Der Großteil der Befragten (76,9 %) beurteilt die vom neuen Coronavirus (SARS-CoV-2) ausgehende Gefahr als groß oder sehr groß (siehe Abbildung 1). Hier gibt es auch keine nennenswerten Unterschiede, etwa nach Geschlecht oder Bildung.

Auf die Frage, ob und welche Sorgen die Teilnehmer:innen aufgrund der Pandemiesituation hatten, gab etwa jede fünfte Person (20,4 %) an, eher große oder sogar sehr große Sorge gehabt zu haben, selbst zu erkranken. Größer war jedoch die Sorge vor dem Verlust eines nahestehenden Menschen – hier bezeichneten 22,3 Prozent ihr Sorge als eher groß oder sehr groß. Noch häufiger wurden eher oder sehr große Sorgen im Hinblick auf die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen der Pandemie und der Lockdown-Maßnahmen geäußert, etwa hinsichtlich einer Vergrößerung der Kluft zwischen Arm und Reich (51,8 %), des drohenden Konkurses kleiner Unternehmen (40,7 %) oder einer wirtschaftlichen Rezession (39,8 %). Sorge bereiteten teilweise auch eine mögliche pandemiebedingte Überlastung des Gesundheitssystems (37,1 %) sowie Tendenzen einer zunehmenden gesellschaftlichen Spaltung (13,9 %).

Abbildung 1: Subjektive Einschätzung der Gefährlichkeit des Coronavirus (n=108)
 „Wie groß schätzen Sie die gesundheitliche Gefahr ein, die vom Coronavirus ausgeht?“



Quelle: Eigene Darstellung ÖPIA

Dies deckt sich weitgehend mit der allgemeinen Einschätzung der Coronakrise und ihrer Folgen durch die Teilnehmer:innen. Danach gefragt, welche Risiken oder Folgen der Coronakrise aus ihrer Sicht überwiegen – die gesundheitlichen, die wirtschaftlichen oder die Gefahr einer gesellschaftlichen Spaltung, etwa aufgrund unterschiedlicher Meinungen über die Corona-Maßnahmen oder zwischen Geimpften und Ungeimpften –, rangieren die Sorgen um die wirtschaftlichen Folgen (Arbeitslosigkeit, Einkommens- und Wohlfahrtsverluste, Wirtschaftskrise, Zunahme von Armut etc.) mit einem Anteil von 32,4 Prozent der Nennungen vor den gesundheitlichen Risiken (25,9 %) und der Sorge um eine mögliche Spaltung der Gesellschaft (20,4 %). Etwa ein Fünftel (20,4 %) gibt an, sich weder um die gesundheitlichen noch um die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen der Coronakrise Sorgen zu machen.

Fragt man hochbetagte Menschen danach, ob und wie stark sich ihre Lebenssituation durch die Coronakrise und die damit verbundenen Einschränkungen verändert hat, ergibt sich eine klare Mehrheit, die diese Frage eher verneint (gar nicht: 30,6 %, etwas: 52,8 %). Auch persönliche Einschränkungen durch die Corona-Maßnahmen empfanden die Teilnehmer:innen überwiegend wenig bis gar nicht einschränkend (gar nicht: 26,9 %, etwas 46,3 %). Eine wesentliche Rolle spielt dabei allerdings der gesundheitliche und funktionale Zustand der Teilnehmer:innen: Weniger durch die Maßnahmen eingeschränkt fühlten sich vor allem Personen, die aufgrund von funktionalen Einschränkungen schon vorher weniger mobil waren. Hier stehen 29,6 Prozent aus der Gruppe der eher

„Rüstigen“ und „Fitten“ 19,2 Prozent aus der Gruppe von Personen mit funktionalen Einschränkungen (pre-frail bzw. frail) gegenüber, die angeben, sich durch die Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen ziemlich oder sehr eingeschränkt gefühlt zu haben. Auch Männer berichten häufiger als Frauen von empfundenen Einschränkungen in ihrem persönlichen Alltag (32,6 % Männer vs. 23 % Frauen).

Trotz der überwiegenden Beurteilung der persönlichen Einschränkungen durch die Maßnahmen als niedrig, ergeben sich aus der Befragung durchaus wahrgenommene Veränderungen bzw. Einschränkungen im Alltag der Befragten. Im Rahmen der Interviews wurden die Teilnehmer:innen gefragt, ob und in welchem Ausmaß sie Einschränkungen in bestimmten Lebensbereichen erlebt haben. Die am häufigsten genannten Einschränkungen im Alltagsleben betrafen dabei vor allem soziale Kontakte: 87,1 Prozent geben an, während der Pandemie auf Treffen mit Freundinnen bzw. Freunden und Bekannten verzichtet zu haben (davon 55,6 % völlig). Weniger stark fielen Einschränkungen beim Kontakt mit der Familie aus (65,7 %). 21,3 Prozent geben an, völlig auf persönliche familiäre Kontakte verzichtet zu haben.

Auch die Mobilität im öffentlichen Raum haben viele hochaltrige Teilnehmer:innen stark reduziert. So geben rund drei Viertel (75,9 %) an, öffentliche Orte eher gemieden und die Wohnung möglichst nur für die nötigsten Dinge wie Einkaufen oder Arztbesuche verlassen zu haben (76,8 %).

Die zur Eindämmung der Pandemie ergriffenen Maßnahmen wurden von den Befragten mit großer Mehrheit als sinnvoll und richtig beurteilt. Der hohe Grad an Zustimmung zeigt sich mit 93,5 Prozent bei der Maskenpflicht in Geschäften und öffentlichen Verkehrsmitteln, 89,8 Prozent bei Coronatests, 89,8 Prozent bei Kontaktbeschränkungen und 81,4 Prozent bei Ausgangsbeschränkungen während der Lockdowns. Diese hohen Zustimmungswerte stehen im Einklang mit der Einschätzung der Gefährlichkeit des Virus in dieser Altersgruppe. Sie verweisen auch darauf, dass für hochaltrige Menschen als Risikogruppe in Bezug auf Ansteckung und Erkrankung die Notwendigkeit der getroffenen Maßnahmen erkennbar war.

Zum Teil könnte der hohe Grad an Zustimmung auch darin begründet liegen, dass diese Altersgruppe in ihrer langen Lebenszeit bereits vieles erlebt hat und durchaus auch „krisenerprobt“ ist. 80,5 Prozent der Befragten stimmten der Aussage zu, wonach sie die Pandemie und die damit zusammenhängenden Einschränkungen nicht als so

einschneidend empfunden hätten, weil sie in ihrem Leben schon viel Schlimmeres erlebt hätten als die COVID-19-Pandemie.

Schwierig war für die Altersgruppe eher, an bestimmte Informationen zu gelangen, etwa über die Impfung (Wirkung und Nebenwirkungen der Impfstoffe, Anmeldung zur Impfung etc.) (23,2 %), oder die Vertrauenswürdigkeit der Informationen über das Coronavirus in den Medien zu beurteilen (39,8 %). Auf die Frage, wie einfach oder schwierig es für sie war, ausreichend Informationen über die Impfung zu bekommen (z. B. über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Impfstoffe, über die Anmeldung zur Impfung etc.), gaben 23,2 Prozent der Teilnehmer:innen an, dies sei für sie eher oder sehr schwierig gewesen. Die Beurteilung, ob Informationen über das Coronavirus in den Medien vertrauenswürdig sind, wurde von mehr als einem Drittel (39,8 %) als eher oder sehr schwierig eingeschätzt.

3.3.2 Schutzverhalten einschließlich Hygienemaßnahmen

Da das Coronavirus von den Befragten überwiegend als gefährlich eingeschätzt und die Maßnahmen als entsprechend sinnvoll beurteilt wurden, erscheint es wenig überraschend, dass sich der Großteil der Befragten an die Maßnahmen gehalten und im Alltag Hygiene- und Schutzmaßnahmen ergriffen bzw. umgesetzt hat. Nur eine kleine Minderheit (5,5 %) gibt auf die Frage, wie leicht oder schwer es gefallen sei, sich an Verhaltensregeln wie Abstandhalten, Maskentragen oder Kontaktbeschränkungen zu halten, an, es sei „eher“ oder „sehr schwer“ gefallen.

Die mit Abstand meistgenannten Hygiene- und Schutzmaßnahmen, von denen die Befragten angaben, betroffen zu sein, waren auf den Abstand zu anderen Menschen und den Verzicht auf enge Körperkontakte wie Händeschütteln oder Umarmungen bezogen (siehe Tabelle 2). Fast alle Befragten gaben an, zumindest teilweise auf solche Maßnahmen zurückgegriffen zu haben. Eine große Rolle spielte auch der Verzicht auf soziale Kontakte sowie das Tragen von Masken im Kontakt mit anderen Menschen. Die Reduktion von sozialen Kontakten betraf stärker Kontakte außerhalb der eigenen Familie: So haben auf Treffen mit der Familie zwar fast zwei Drittel der Befragten (65,7 %) zumindest teilweise verzichtet, das sind jedoch deutlich weniger als andere Sozialkontakte, etwa mit Freundinnen bzw. Freunden und Bekannten (87,1 %).

Tabelle 2: Schutzverhalten und -maßnahmen (n=108)

„Welche der folgenden Hygiene- und Schutzmaßnahmen treffen auf Sie zu und wie stark (völlig – teilweise – eher nicht – gar nicht)?“

Maßnahme	trifft teilweise/völlig zu	trifft eher nicht/gar nicht zu
Abstand von mind. 1,5 Metern zu anderen Personen in der Öffentlichkeit	95,4 %	4,6 %
Verzicht auf Körperkontakte (z. B. Umarmungen, Händeschütteln)	94,4 %	5,6 %
Verzicht auf Treffen mit Freundinnen bzw. Freunden und Bekannten	87,1 %	12,9 %
Maskentragen im Kontakt mit anderen Menschen	81,4 %	17,6 %
Verlassen der Wohnung nur für notwendigste Dinge	76,8 %	23,2 %
Meiden öffentlicher Orte	75,9 %	24,1 %
häufigeres Händewaschen	70,4 %	29,6 %
Verzicht auf Treffen mit Familie	65,7 %	34,3 %
Meiden öffentlicher Verkehrsmittel	58,3 %	41,7 %
Verzicht, Einkäufe selbst zu erledigen	45,3 %	54,7 %
häufigeres Lüften	36,1 %	63,9 %
Vermeiden von Arztbesuchen	21,3 %	78,7 %

Quelle: Eigene Erhebung ÖPIA

Etwa drei Viertel der Befragten geben an, während der Pandemie öffentliche Räume eher gemieden zu haben und die Wohnung möglichst nur für die nötigsten Dinge, wie z. B. Einkäufen oder Arztbesuche, verlassen zu haben. Vergleichsweise weniger haben die Befragten öffentliche Verkehrsmittel gemieden (58,3 %). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass viele von ihnen – vor allem Stadtbewohner:innen – für Alltagswege auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind.

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer:innen gibt auch an, Einkäufe während der Pandemie überwiegend selbst erledigt zu haben. Dies trifft etwas stärker auf Teilnehmer:innen mit eingeschränkter Verfügbarkeit von Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld (Familie, Freundinnen und Freunde usw.) zu (63,6 %) im Vergleich zu Personen, die ihren Angaben

zufolge leicht auf Unterstützung zurückgreifen können (50 %). Dieses Ergebnis ist allerdings mit Vorsicht zu bewerten, da der Anteil der Personen mit geringer sozialer Unterstützung in der Stichprobe generell sehr klein und der Zusammenhang statistisch nicht signifikant ist.

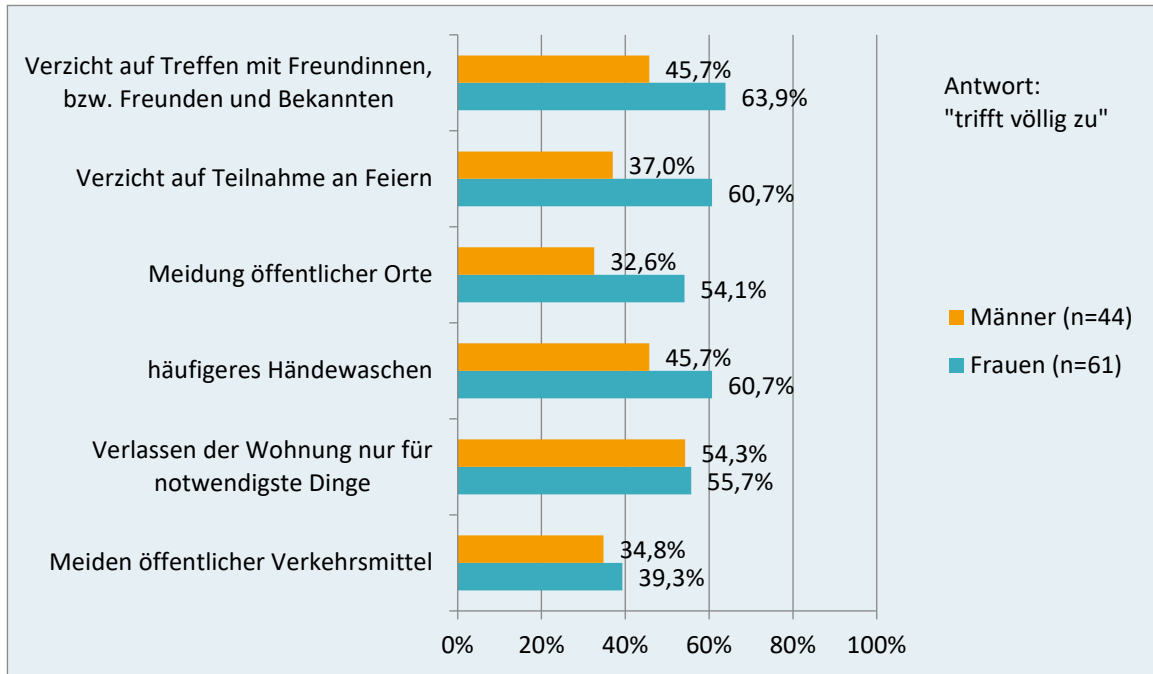
Worauf die Befragten trotz der Pandemie größtenteils nicht verzichtet haben, sind Arztbesuche. Die Angst vor einer Ansteckung scheint demnach in dieser Altersgruppe überwiegend nicht dazu geführt zu haben, dass notwendige Arztbesuche vermieden wurden, wenngleich der Anteil der Personen, die angeben, aus Angst vor einer Ansteckung nicht zur Ärztin bzw. zum Arzt gegangen zu sein, mit 21,3 Prozent sicherlich nicht zu vernachlässigen ist. Bei diesen könnte es zumindest zeitweilig zu einer medizinischen Unterversorgung gekommen sein.

Sehr unterschiedlich sind die Ergebnisse bezüglich Hygienemaßnahmen wie Händewaschen und Lüften. Während 70,4 Prozent angeben, sich seit Pandemiebeginn häufiger die Hände zu waschen als sonst, wurden Änderungen im Verhalten bezüglich des Lüftens von Räumen nur von 36,1 Prozent bejaht.

Beim Hygiene- und Schutzverhalten gibt es deutliche geschlechtsspezifische Differenzen (siehe Abbildung 2). Hier kann allgemein gesagt werden, dass Frauen häufiger und konsequenter Maßnahmen im Alltag ergriffen haben als Männer. Dies zeigt sich vor allem, wenn ausschließlich die Angaben über eine vollständige Umsetzung bestimmter Schutzmaßnahmen („trifft völlig zu“) betrachtet werden. Beispielsweise antworteten Frauen deutlich häufiger als Männer mit „trifft völlig zu“ auf die Aussage, auf Treffen mit Freundinnen bzw. Freunden und Bekannten verzichtet zu haben. Sie geben auch häufiger an, auf die Teilnahme an privaten Feiern verzichtet und öffentliche Orte gemieden zu haben. Auch beim Hygieneverhalten, etwa beim Händewaschen, rangieren Frauen relativ deutlich vor den Männern. Gering sind hingegen die Unterschiede, wenn es um eine Beschränkung des Verlassens der Wohnung nur auf notwendige Erledigungen oder das Meiden öffentlicher Verkehrsmittel geht.

Abbildung 2: Hygiene- und Schutzverhalten nach Geschlecht

„Wie sehr treffen die folgenden Veränderungen im Alltagsleben infolge der Pandemie auf Sie zu – völlig, teilweise, wenig oder gar nicht?“



Quelle: Eigene Darstellung ÖPIA

3.3.3 Auswirkungen der Maßnahmen auf das Sozialleben

Trotz der weitgehenden Zustimmung zu den Maßnahmen und der subjektiv eher in geringem Ausmaß empfundenen Einschränkungen durch diese können konkrete Auswirkungen der Pandemie und der dagegen ergriffenen Maßnahmen auf verschiedene Lebensbereiche der hochaltrigen Bevölkerung konstatiert werden. Wie für die meisten anderen Menschen betrafen diese Auswirkungen seit März 2020 insbesondere das Sozialleben. Diese Auswirkungen sind vielfältig und betreffen in unterschiedlichen Ausprägungen nahezu alle hochaltrigen Personen, wenn auch nicht alle gleichermaßen.

Die am häufigsten von den Befragten genannten Effekte auf das Sozialleben sind „Einschränkungen von sozialen Aktivitäten (z. B. Sport oder Kulturveranstaltungen)“ (66,7 %), Einschränkungen von Gastronomiebesuchen (58,3 %), Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (53,7 %), „Familienfeiern und Begräbnissen nicht beiwohnen zu können“ (51,9 %) sowie „Kinder und Enkelkinder nicht persönlich sehen zu können“ (49,1 %) (siehe Tabelle 3).

Mehr als ein Drittel der Befragten (35,2 %) gibt an, dass während der Pandemie häufig wichtige soziale Kontakte nicht gepflegt werden konnten. 23,1 Prozent sagen weiters, dass sie häufig in der Ausübung von Hobbys gehindert waren (siehe Tabelle 4). Vor allem Personen mit höherem gesundheitlichem und funktionalem Status waren besonders von diesen Einschränkungen betroffen bzw. gaben diese entsprechend häufiger an – im Hinblick auf Einschränkungen bei Sozialkontakten um fast 50 Prozent häufiger als Personen mit funktionalen Defiziten (37 % vs. 26,9 %), bezüglich der Einschränkungen bei Hobbys mehr als doppelt so häufig (27,2 % vs. 11,5 %).

Tabelle 3: Einschränkungen im Sozialleben (1)

„Waren Sie seit Beginn der Pandemie von den folgenden Auswirkungen der Coronakrise negativ betroffen?“

Auswirkungen	Häufigkeit (in Prozent)
Einschränkung sozialer Aktivitäten (z. B. Sport oder Kulturveranstaltungen)	66,7 %
Einschränkung von Gastronomiebesuchen	58,3 %
Einschränkung der Bewegungsfreiheit	53,7 %
keine Teilnahme an Familienfeiern und Begräbnissen	51,9 %
kein persönlicher Kontakt zu Kindern und Enkelkindern	49,1 %

Quelle: Eigene Erhebung ÖPIA

Tabelle 4: Einschränkungen im Sozialleben (2)

„Wie häufig waren Sie seit Beginn der Pandemie von den folgenden Einschränkungen betroffen?“

Einschränkungen	Häufigkeit (in Prozent)
„Ich konnte wichtige soziale Kontakte nicht pflegen.“	häufig: 35,2 % manchmal: 48,1 % nie: 14,8 %
„Ich konnte bestimmten Hobbys nicht nachgehen.“	häufig: 23,1 % manchmal: 36,1 % nie: 34,3 %

Quelle: Eigene Erhebung ÖPIA

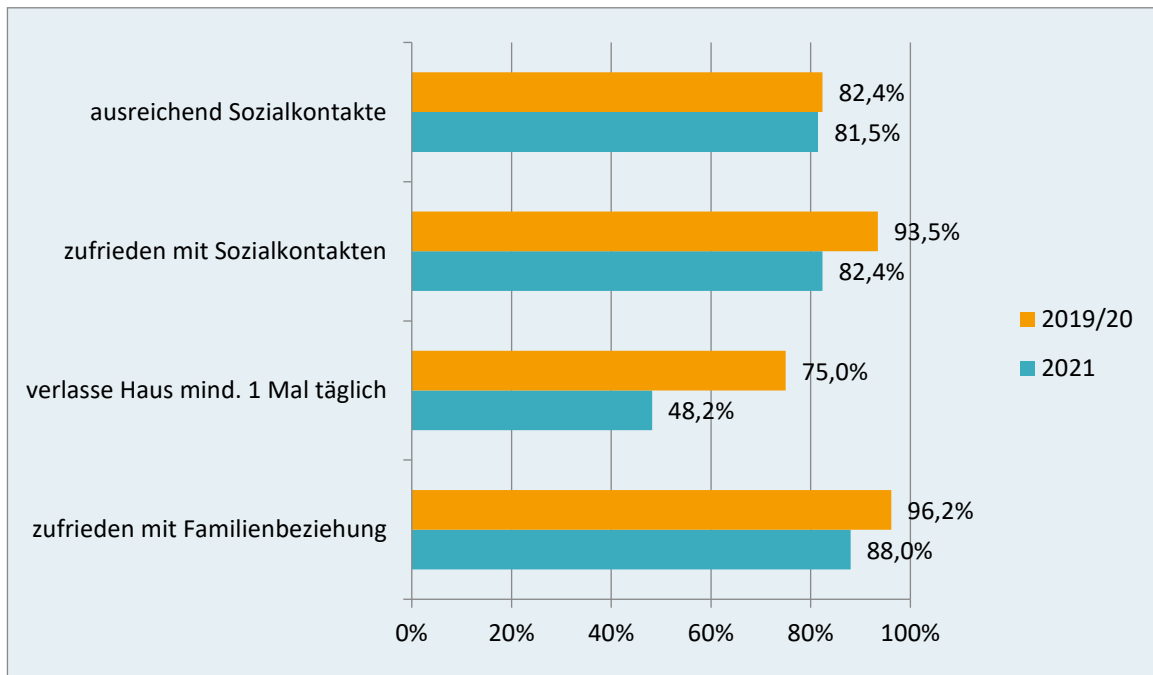
Generell wurden persönliche Kontakte mit anderen Personen stark reduziert. Ein großer Teil der Sozialkontakte fand daher überwiegend telefonisch statt. 77,8 Prozent der Befragten geben an, während der Pandemie mehrmals pro Woche mit nahestehenden Personen telefoniert zu haben, davon 31,5 Prozent täglich. Rund ein Viertel der Teilnehmer:innen (25,9 %) hatte, den eigenen Aussagen zufolge, in der Zeit der Pandemie keinerlei persönliche Sozialkontakte.

Einschränkungen im Sozialleben infolge der Pandemie und damit verbundener Schutzmaßnahmen hatten allerdings – zumindest auf den ersten Blick – nur wenig Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit Sozialkontakten und sozialen Beziehungen. So gaben 81,5 Prozent der Teilnehmer:innen an, dass sie Häufigkeit und Frequenz ihrer Sozialkontakte als ausreichend empfinden. Ungefähr gleich viele (82,4 %) äußerten sich als sehr oder eher zufrieden mit ihren Sozialkontakten.

Dem stehen jedoch immerhin 16,7 Prozent gegenüber, die das Gefühl haben, dass ihnen Gesellschaft fehlt. 6,5 Prozent fühlen sich häufig isoliert. Auch ein Vergleich mit den Daten der ÖIHS aus den Monaten vor Ausbruch der Pandemie deutet zumindest auf teilweise negative Effekte der Pandemie hin (siehe *Abbildung 3*). So hat sich zwar an der Einschätzung dessen, dass die Anzahl bzw. das Ausmaß von Sozialkontakten ausreichend sei, im Untersuchungszeitraum wenig geändert (vor der Pandemie: 82,4 %; Juni 2021: 81,5 %). Die Zufriedenheit der Teilnehmer:innen mit den Sozialkontakten hat jedoch während der Zeit der Pandemie etwas abgenommen (vor der Pandemie: 93,5 %; Juni 2021: 82,4 %).

Auch mit Blick auf Mobilität und Aktivitäten außer Haus zeigt sich in der längsschnittlichen Perspektive, dass diese seit dem Befragungszeitraum Herbst/Winter 2019/20 in der Stichprobe abgenommen haben. Während damals noch 75 Prozent angaben, zumindest einmal täglich das Haus zu verlassen, waren es aktuell nur noch 48,2 Prozent.

Abbildung 3: Sozialleben und Sozialbeziehungen – Vergleich 2019/20 und 2021 (n=108)



Quelle: Eigene Darstellung ÖPIA

Wie die Daten zeigen, hatte die Coronakrise auch Auswirkungen auf Familienbeziehungen. So gaben 20,4 Prozent der befragten Hochaltrigen an, dass es während der Pandemie zu Meinungsverschiedenheiten und Konflikten mit Familienangehörigen gekommen sei. Abgefragt wurde dabei auch, was der Grund für die Meinungsverschiedenheiten war. Die von den Betroffenen mit Abstand am häufigsten genannte Antwort (90,9 %) bezog sich auf Meinungsverschiedenheiten bezüglich der COVID-19-Pandemie, z. B. im Hinblick auf die Einschätzung der Pandemie, die Beurteilung der Maßnahmen usw. Auf die gesamte Stichprobe bezogen ergibt sich damit ein Anteil von 18,5 Prozent, bei denen das Thema Coronakrise Gegenstand konflikthafter Situationen mit Angehörigen war.

Die Zufriedenheit mit der familiären Beziehung hat im Vergleich zur vorangegangenen Erhebung (Herbst/Winter 2019/20) etwas abgenommen (siehe Abbildung 3). Zwar äußern sich 88 Prozent nach wie vor als sehr oder eher zufrieden mit ihrer Beziehung zur Familie, eineinhalb Jahre früher sagten dies jedoch noch 96,2 Prozent der Befragten. Vor allem der Anteil derjenigen, die sich damals als sehr zufrieden äußerten, hat deutlich abgenommen – waren es vor der Pandemie noch 79,2 Prozent, traf dies im Juni 2021 nur noch auf 60,2 Prozent zu. Die Familienbeziehungen einiger Teilnehmer:innen scheinen somit während der Pandemie gelitten zu haben, wenn auch, in Anbetracht der insgesamt sehr hohen Zufriedenheit, auf eher moderatem Niveau.

3.3.4 Auswirkungen auf Gesundheit, Pflege und Betreuung

Vor dem Hintergrund geschlossener ärztlicher Praxiseinrichtungen etc. war es auch von Interesse, mögliche Auswirkungen der Pandemie auf die medizinische und pflegerische Versorgung konkret zu erfragen. Einschränkungen in diesen Bereichen sind gerade mit Blick auf hochaltrige Menschen relevant, da diese aufgrund einer höheren Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche und funktionale Einschränkungen häufig auf entsprechende Leistungen angewiesen sind. Eine unzureichende Gesundheitsversorgung könnte darüber hinaus zu einer nachhaltigen Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit in weiterer Folge zu einer Reduktion von Lebensqualität führen.

Retrospektiv – und ausgehend von der vorliegenden Stichprobe – kann gesagt werden, dass sich die Pandemie und die Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit und Pflege für hochaltrige Menschen offenbar vergleichsweise gering ausgewirkt haben. 11,1 Prozent der Befragten, also nur etwas mehr als jede(r) Zehnte, geben an, dass sie eine oder mehrere medizinische Behandlungen, die sie benötigt hätten, nicht in Anspruch nehmen konnten. Als häufigster Grund dafür (in ca. 50 % der Fälle) wird dabei angeführt, dass die Behandlung aufgrund der Pandemie verschoben werden musste. Eine eher geringe Rolle spielte dabei offenbar die Vermeidung von Besuchen in ärztlichen Praxiseinrichtungen aus Angst, sich mit dem Coronavirus zu infizieren – dies wurde nur von einer einzigen Person als Grund für einen unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarf genannt.

Auch Einschränkungen bei Pflege- und Betreuungsleistungen scheinen eher selten gewesen zu sein. Bezogen auf alle Personen mit Unterstützungs- oder Betreuungsbedarf in der Stichprobe (n=25) ergibt sich ein Anteil von 16 Prozent, die von Einschränkungen betroffen waren. Das heißt, dass bei diesen Personen zumindest zeitweilig die Betreuung nicht so stattfinden konnte wie gewohnt oder dass es pandemiebedingt zu Veränderungen im Pflegeablauf oder in der konkreten Erbringung der Pflegeleistung kam.

3.3.5 Psychische Auswirkungen

Untersucht wurden schließlich auch mögliche Auswirkungen der Pandemie und der Maßnahmen auf das psychische Wohlbefinden hochaltriger Menschen. Zu diesem Zweck wurden explizit verschiedene Gefühle wie z. B. Einsamkeit, Niedergeschlagenheit, Angst usw. erhoben.

Die Auswertungen ergeben zunächst eine relativ geringe Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens in der Stichprobe (siehe Tabelle 5 und Tabelle 6). Die Werte

bei den einzelnen Items bewegen sich überwiegend im einstelligen Prozentbereich – von 2,8 Prozent für Panikanfälle über 4,7 Prozent für Hoffnungslosigkeit mit Blick auf die Zukunft, 5,6 Prozent für Angstzustände bis hin zu 9,3 Prozent für Einsamkeit. Negative Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden betreffen also eine relativ kleine Gruppe aller Befragten. Auch schwerwiegende Symptome wie depressive Verstimmungen (4,8 %) oder Suizidgedanken (2,8 %) sind eher die Ausnahme. Höher sind die Werte bei verminderten Glückgefühlen sowie Lebensfreude. Hier geben jeweils 17,6 Prozent der Befragten an, sich selten oder nie glücklich zu fühlen oder Lebensfreude zu empfinden.

Das Bild verändert sich allerdings etwas, wenn die Ergebnisse differenziert nach bestimmten soziodemografischen Faktoren betrachtet werden. Dann zeigt sich, dass manche Personengruppen wesentlich stärker von psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Besonders stark betroffen sind Alleinlebende. Bei diesen liegen die Werte in einzelnen Bereichen um den Faktor 3 bis 4 über jenen von nicht Alleinlebenden (z. B. für Einsamkeit, depressive Symptome, Interesselosigkeit). Die Befunde legen daher nahe, dass Alleinlebende durch die Pandemie und die Corona-Maßnahmen teilweise unter erheblichen psychischen Belastungen gelitten haben.

Auch Frauen sind deutlich häufiger von Einsamkeit betroffen als Männer. Hingegen erweist sich ihr psychisches Wohlbefinden insgesamt höher als das von männlichen Teilnehmern, z. B. mit Blick auf Lebensfreude oder Glücksempfinden.

Tabelle 5: Psychisches Befinden (1) – gesamt und differenziert nach Haushaltsgröße (alleinlebend/nicht alleinlebend) und Geschlecht „Wie stark litten Sie in den vergangenen zwei Wochen unter folgenden Gefühlen?“ (angeführt sind die Häufigkeiten in Prozent für „eher stark“ und „sehr stark“)

	gesamt (n=107)	alleinlebend (n=51)	nicht alleinlebend (n=56)	Männer (n=46)	Frauen (n=61)
Interesselosigkeit	7,5 %	11,7 %	3,6 %	8,7 %	6,6 %
Gefühl der Wertlosigkeit	2,8 %	5,9 %	-	4,4 %	1,6 %
Hoffnungslosigkeit	4,7 %	5,9 %	3,6 %	4,3 %	4,9 %
Nervosität	3,7 %	5,9 %	1,8 %	2,2 %	4,9 %
Panikanfälle	2,8 %	4,0 %	1,8 %	2,2 %	3,2 %

	gesamt (n=107)	alleinlebend (n=51)	nicht alleinlebend (n=56)	Männer (n=46)	Frauen (n=61)
Suizidgedanken	2,8 %	2,0 %	-	2,2 %	-
Ruhelosigkeit	3,7 %	3,9 %	3,6 %	4,3 %	3,3 %
Angst	5,6 %	7,8 %	3,6 %	4,4 %	6,6 %

Quelle: Eigene Erhebung ÖPIA

Tabelle 6: Psychisches Befinden (2) – gesamt und differenziert nach Haushaltsgröße (alleinlebend/nicht alleinlebend) und Geschlecht: „Wie oft haben Sie folgende Gefühle?“ (angeführt sind die Häufigkeiten in Prozent für „oft“ und „immer“ mit Ausnahme der Items „Glücksgefühle“ und „Lebensfreude“, wo die Antworten „selten“ und „nie“ zusammengefasst dargestellt werden)

	gesamt (n=107)	alleinlebend (n=51)	nicht alleinlebend (n=56)	Männer (n=46)	Frauen (n=61)
Einsamkeit	9,3 %	15,7 %	3,6 %	6,5 %	11,5 %
depressive Symptome	4,8 %	7,9 %	1,8 %	4,4 %	4,9 %
Gefühl der Exklusion	4,8 %	5,9 %	5,4 %	6,5 %	4,9 %
Isolationsgefühle	6,5 %	5,9 %	7,1 %	6,5 %	6,5 %
Glücksgefühle (selten/nie)	17,6 %	21,6 %	14,3 %	23,9 %	13,1 %
Lebensfreude (selten/nie)	17,6 %	17,7 %	17,9 %	21,7 %	14,8 %

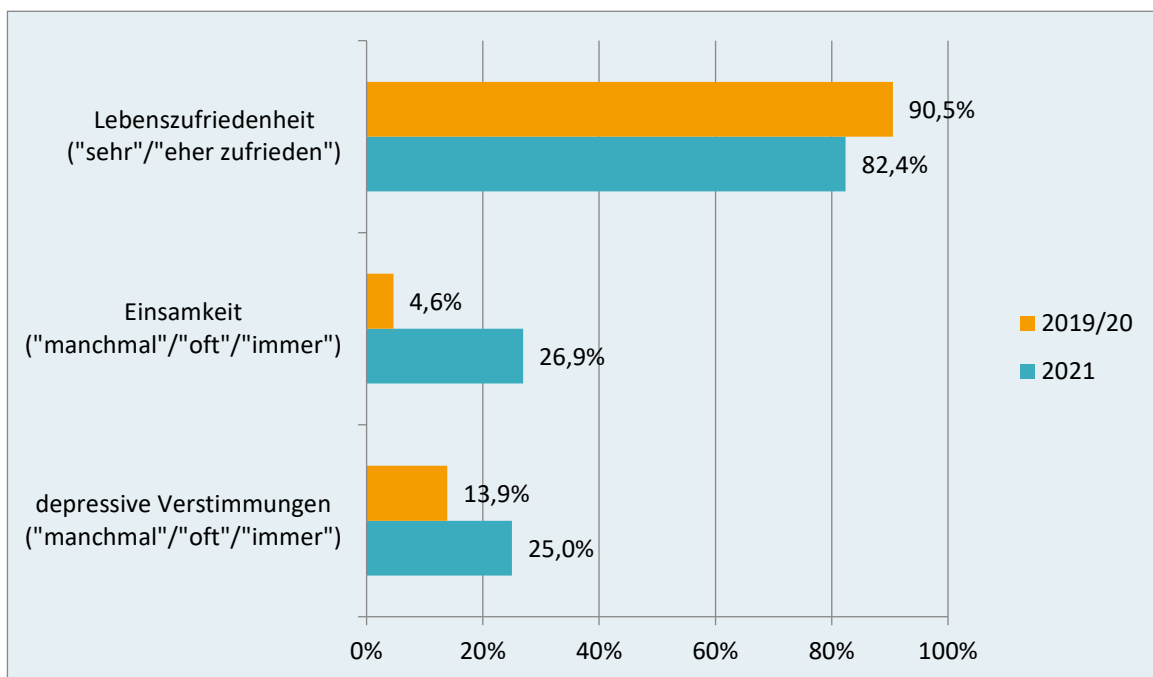
Quelle: Eigene Berechnungen ÖPIA

Noch deutlichere Hinweise auf Auswirkungen hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens und der Lebensqualität ergibt ein Vergleich mit ÖIHS-Befragungsdaten aus dem Herbst und Winter 2019/20, also noch vor dem ersten Lockdown (siehe Abbildung 4). Hier zeigt sich beispielsweise, dass die Lebenszufriedenheit seit Pandemiebeginn etwas gesunken ist. Vor der Pandemie war bei 90,5 Prozent der Stichprobe ein hohes Niveau an Lebenszufriedenheit („sehr“ oder „eher zufrieden“) zu verzeichnen. Im Juni 2021 lag die

Lebenszufriedenheit mit 82,4 Prozent zwar nach wie vor auf sehr hohem Niveau, aber relativ deutlich unter den Werten von 2019/20.

Besonders deutlich sind die Befunde mit Blick auf Einsamkeit: Vor der Pandemie berichteten lediglich 4,6 Prozent der Teilnehmer:innen über zumindest gelegentliche Einsamkeitsgefühle. Zum Zeitpunkt der vorliegenden Erhebung (Juni 2021) waren es hingegen 26,9 Prozent – also mehr als jede(r) Vierte. Davon entfallen 9,3 Prozent auf häufige oder sogar ständige Einsamkeitsgefühle.

Abbildung 4: Psychisches Befinden – Vergleich der Antworten von 2019/20 und 2021 (n=108) auf die folgenden Fragen: (1) „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?“, (2) „Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen einsam gefühlt?“, (3) „Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen deprimiert gefühlt?“



Quelle: Eigene Darstellung ÖPIA

Ähnliche Befunde ergeben sich im Hinblick auf depressive Verstimmungen: Hier hat sich die relative Häufigkeit für zumindest gelegentliche depressive Symptome in der Stichprobe seit Pandemiebeginn von 13,9 Prozent auf 25 Prozent fast verdoppelt. Ein wenig relativiert wird dieser Befund dadurch, dass davon lediglich 4,6 Prozent auf häufige oder ständige depressive Verstimmungen entfallen, d. h., die depressive Symptomatik befindet sich beim Großteil der Betroffenen auf einem moderaten Niveau. Allerdings

entspricht auch dies mehr als einer Verdopplung des Anteils gegenüber dem Befragungszeitpunkt vor der Pandemie (1,9 %).

Erwähnenswert im Hinblick auf psychisches Wohlbefinden und Lebensqualität sind auch Sorgen hochaltriger Menschen im Hinblick auf die Zukunft bzw. den weiteren Verlauf der Pandemie. Auf Sorgen hinsichtlich der wirtschaftlichen Folgen der Pandemie und der Maßnahmen sowie vor einer Spaltung der Gesellschaft wurde bereits weiter oben hingewiesen. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer:innen gefragt, ob sie auch in der näheren Zukunft Auswirkungen und Einschränkungen durch die COVID-19-Pandemie befürchten. Dabei ergibt sich – je nach abgefragtem Lebensbereich – ein Anteil von bis zu einem Drittel der Befragten, die auch in Zukunft Auswirkungen auf ihr Leben sowie künftige Einschränkungen durch die Pandemie und damit assoziierte Maßnahmen erwarten. Die am häufigsten genannten Sorgen betreffen Einschränkungen von sozialen Aktivitäten (29,6 %), Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (27,8 %), Einschränkungen bei Pflege- und Betreuungsleistungen (27,8 %), Einschränkung von Gastronomiebesuchen (25,9 %), Einschränkungen im Kontakt mit Kindern und Enkelkindern (19,5 %) sowie Verschlechterung der finanziellen Situation (13,7 %).

3.4 Diskussion

Die Ergebnisse der Befragung unter hochaltrigen Menschen zeichnen ein ambivalentes Bild im Hinblick auf das subjektive Erleben und die Auswirkungen der Pandemie bzw. der Corona-Maßnahmen: Einerseits drücken die Befragten eine große Übereinstimmung mit Eindämmungsmaßnahmen wie Maskenpflicht, Kontaktbeschränkungen und Lockdowns sowie eine hohe „Compliance“ in der Einhaltung und Umsetzung von Hygiene- und Schutzmaßnahmen aus. Ebenso gibt die absolute Mehrheit der Befragten an, sich nicht allzu sehr von den Maßnahmen eingeschränkt gefühlt oder gar darunter gelitten zu haben. Für die meisten war die Notwendigkeit und die Angemessenheit der Eindämmungsmaßnahmen unmittelbar einsichtig – nicht zuletzt, da sich die Teilnehmer:innen überwiegend als „Risikogruppe“ in Bezug auf Ansteckung und Erkrankung wahrnahmen und das Coronavirus als entsprechend gefährlich einschätzten.

Andererseits zeigt sich bei etwas genauerer Betrachtung, dass trotz der breiten Zustimmung zu den Maßnahmen und einer weitgehenden Zurückhaltung mit Klagen über pandemie- und maßnahmenbedingte Einschränkungen im persönlichen Alltagsleben zum Teil erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität hochaltriger Menschen zu

konstatieren sind. Die Pandemie bedeutete gravierende Einschränkungen für das soziale Leben, für soziale Kontakte zu Familie und Freundinnen bzw. Freunden, für soziale Aktivitäten, was nachweislich in einer Zunahme von Einsamkeit und depressiven Symptomen zum Ausdruck kommt. Auch weisen einige Teilnehmer:innen ein reduziertes Glücksempfinden und eine geringe Lebensfreude auf. Besonders im Vergleich zu Befragungsdaten der Stichprobe aus der Zeit vor dem ersten Lockdown im März 2020 können Zuwachsraten im Hinblick auf Einsamkeit und depressive Symptome beobachtet werden. Dies deckt sich im Wesentlichen mit den Befunden anderer Studien, die während der Pandemie im Hinblick auf die Auswirkungen der Maßnahmen auf die Lebensqualität und das psychische Befinden älterer Menschen durchgeführt wurden. Stolz et al. (2021) haben etwa, u. a. auf der Grundlage von SHARE-Daten, dargelegt, dass die pandemiebedingten Einschränkungen zu einer deutlichen Zunahme von Einsamkeit und Gefühlen der sozialen Isolation unter älteren Menschen geführt haben. Besonders stark davon betroffen waren Alleinlebende. Auch das stimmt mit den Ergebnissen der hier vorgelegten Erhebung unter hochaltrigen Menschen überein.

Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation der Ergebnisse, dass die Befragung zu einem Zeitpunkt mit niedrigem Infektionsgeschehen und vergleichsweise wenigen Einschränkungen durchgeführt wurde. Es ist daher davon auszugehen, dass die Auswirkungen auf die Lebensqualität und das psychische Befinden während früherer Phasen der Pandemie, z. B. während der ersten Welle oder während der Lockdowns im Winter 2020/21, noch bedeutend einschneidender gewesen sein könnten als sich dies aus den vorliegenden Daten ablesen lässt. Die im Vergleich zu Erhebungen vor der Pandemie deutlich erhöhten Werte bezüglich Einsamkeit und depressiven Symptomen lassen ebenfalls darauf schließen, dass einige hochaltrige Menschen in Österreich während der Pandemie eine erhebliche Einbuße an Lebensqualität erfahren haben, die sich möglicherweise auch noch längerfristig auswirken wird.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass das Sample der vorliegenden Befragung durch eine gewisse Selektivität gekennzeichnet ist. Relativ gesunde und von Funktionseinschränkungen unbeeinträchtigte Personen sind im Sample ebenso überrepräsentiert wie Angehörige höherer Bildungsschichten. Es befinden sich nur wenige im engeren Sinne pflegebedürftige Menschen in der Stichprobe, das hat vor allem methodische Gründe. Die vorliegenden Ergebnisse sind daher primär für hochaltrige Menschen mit nach wie vor vergleichsweise gutem Gesundheitszustand, in relativ guter sozioökonomischer Lage und mit starker sozialer Einbindung gültig. Und diese scheinen, den Ergebnissen zufolge überwiegend recht gut durch die Pandemie gekommen zu sein.

Es ist im Gegensatz jedoch auch davon auszugehen, dass die Situation für Menschen in schlechter sozioökonomischer Lage eine deutliche Zuspitzung erfahren hat, worauf erste Studienergebnisse hindeuten (vgl. BMSGPK 2020a; Haas et al. 2021).

Gleichwohl ist auch hier wieder einschränkend auf die bemerkenswerte Ambivalenz der Befunde hinzuweisen. Ausgehend von den Angaben der Teilnehmer:innen, bedeuteten die Pandemie und die Maßnahmen für sie mehrheitlich keine große Einschränkung, die als besonders belastend erlebt worden wäre. Dem stehen jedoch Ergebnisse gegenüber, die für einige Teilnehmer:innen – vor allem in der längsschnittlichen Perspektive – auf beträchtliche Einbußen in der Lebensqualität und im psychischen Befinden hindeuten. Zumindest teilweise scheinen die Einschränkungen und die Auswirkungen der Maßnahmen auf das soziale Leben der Befragten größer gewesen zu sein, als dies angegeben wird.

Es ist aus der gerontologischen Forschung bekannt, dass eine große Sorge alter und insbesondere hochbetagter Menschen häufig darin besteht, anderen Personen oder der Gesellschaft zur Last zu fallen (Pleschberger 2005). Gerade COVID-19 hatte, vor allem zu Beginn der Pandemie, als gesellschaftliches Thema eine sehr starke „generationenpolitische“ Komponente, zumal die Lockdowns mitsamt all den damit verbundenen Einschränkungen und wirtschaftlichen Folgen explizit mit dem Schutz alter Menschen begründet wurden, was wiederum den Altersdiskurs stark prägte (Stückler 2020). Vor diesem Hintergrund wäre es durchaus möglich, dass die Teilnehmer:innen angesichts der schwerwiegenden gesellschaftlichen Folgen von Lockdown-Maßnahmen dazu tendierten, ihre eigene Betroffenheit durch die Maßnahmen zu relativieren: Wenn die Maßnahmen schon zum Schutz alter Menschen vor Ansteckung und Erkrankung, und unter Inkaufnahme erheblicher ökonomischer und gesellschaftlicher Schäden zur Anwendung kommen, dann erschien es vielleicht gerade als alter Mensch nicht opportun, sich über die individuellen „Gestehungskosten“ und Auswirkungen auf den eigenen Alltag zu beklagen – auch wenn diese mitunter gravierend ausfallen können.

4 Lebensqualität pflegender Angehöriger - Augenmerk auf eine wenig sichtbare Gruppe älterer Menschen in der Pandemie

Andrea E. Schmidt, Ricardo Rodrigues und Cassandra Simmons

4.1 Einleitung

Pflegende Angehörige sind Tag für Tag die wichtigste Stütze für ältere Menschen mit Pflege- oder Betreuungsbedarf. Dies gilt insbesondere für Länder, die von familialistischen Werten geprägt sind (Barczyk/Kredler 2019). In Österreich leistet rund eine Million Menschen unbezahlte Pflege für Familienmitglieder, Freundinnen und Freunde oder Nachbarinnen und Nachbarn. Mehr als 40 Prozent der pflegebedürftigen Menschen werden sogar ausschließlich von Angehörigen betreut oder gepflegt (Nagl-Cupal et al. 2018; Schmidt et al. 2021a). In europäischen Ländern sind es vor allem Frauen bzw. Personen mit geringerem Einkommen oder geringerem formalen Bildungsstand, die diese Form der Betreuung für ihre Angehörigen, auch „informelle Pflege“ genannt, erbringen (Rodrigues et al. 2018; Zigante 2018).

Während der Pandemie zählten pflegende Angehörige – und damit auch die älteren Menschen, die sie betreuen – zu einer Gruppe, die von erhöhten Belastungen betroffen war (Lorenz-Dant 2020): Formelle mobile Angebote und Tageszentren wurden in vielen Fällen zurückgefahren, Freiwilligenorganisationen boten ihre Angebote in vielen Fällen primär online an. Die Vermutung liegt nahe, dass sich die Netzwerke pflegender Angehöriger in der Pandemie veränderten und die Last der Verantwortung für pflegebedürftige Menschen innerhalb des Familienkreises stieg. Die Lebensqualität pflegender Angehöriger steht im Zentrum dieses Beitrags. Für das Erleben der Pandemie durch ältere Menschen selbst spielen hier zwei Wirkungsmechanismen eine Rolle: Einerseits wirkt sich das Wohlbefinden von Pflegekräften bzw. pflegenden Angehörigen indirekt auch auf die Ergebnisqualität von Langzeitpflege für ältere Menschen aus

(Leichsenring et al. 2015). Andererseits handelt es sich bei der Gruppe pflegender Angehöriger vielfach um Frauen, die selbst kurz vor der Pensionierung stehen oder diese bereits angetreten haben. Die größte Gruppe pflegender Angehöriger (29 %) ist in Österreich im Alter von 51 bis 60 Jahren zu finden (Nagl-Cupal et al. 2018).

Die folgenden Fragen stehen im Zentrum dieses Beitrags:

- Wie haben sich die Unterstützungsnetzwerke von pflegebedürftigen Menschen während der Pandemie verändert?
- Wie hat sich die Lebensqualität bzw. der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand pflegender Angehöriger während der Pandemie (d. h. zwischen Juni 2020 und Jänner 2021) entwickelt?

4.2 Daten und Methoden

Das Kapitel basiert auf Daten einer repräsentativen Umfrage (AKCOVID-Studie) in der österreichischen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (N=2.000), d. h. im Alter zwischen 20 und 64 Jahren. Pflegende Angehörige wurden zu zwei verschiedenen Zeitpunkten befragt: im Juni 2020 (d. h. kurz nach der ersten Infektionswelle) und im Jänner 2021 (d. h. während des dritten Lockdowns, siehe Abbildung 5). Dadurch kann die Entwicklung der Situation pflegender Angehöriger im Zeitverlauf beurteilt werden. Die Befragung erfolgte telefonisch und online. Auch handelt es sich anders als bei vielen anderen Befragungen um eine repräsentative Stichprobe, was es darüber hinaus erlaubt, pflegende Angehörige mit der allgemeinen Bevölkerung zu vergleichen. Als Analysemethoden dienten deskriptive statistische Analysen, ergänzt durch multivariate Methoden (für Details siehe auch Rodrigues et al. 2021b).

Abbildung 5: Datenerhebungszeitpunkte (in Gelb) der AKCOVID-Längsschnittstudie

COVID-19 infections recorded in Austria

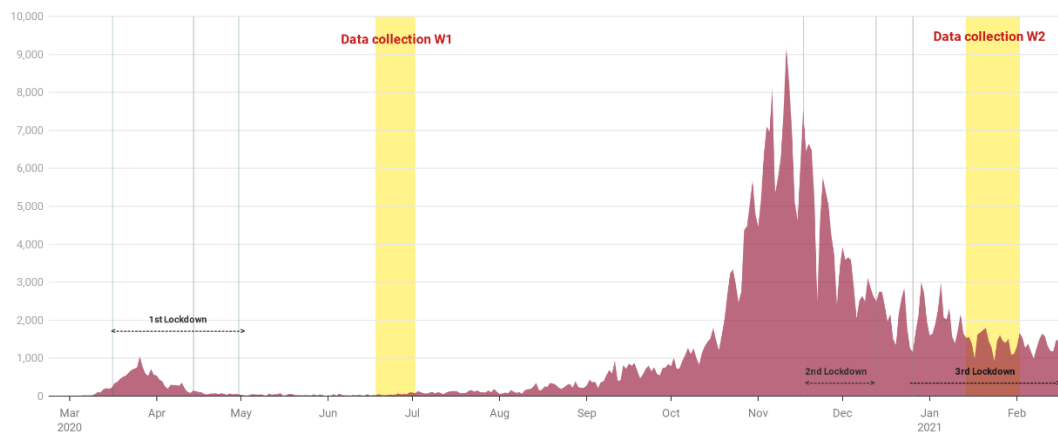


Chart: Nadia Steiber • Source: URL: https://covid19-dashboard.ages.at/data/CovidFaelle_Timeline.csv • Created with Datawrapper

Quelle: Steiber (2021; ATHEA-Präsentation, 23. 9. 2021)

Die Frage zur Pflege und Betreuung von Angehörigen lautete: „Verbringen Sie Zeit damit, chronisch kranke, behinderte oder alte und pflegebedürftige Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarn zu betreuen oder ihnen zu helfen? Wie war das vor Beginn der Corona-Krise und wie ist das jetzt? Zählen Sie bitte nicht mit, was Sie als Teil einer bezahlten Tätigkeit tun.“ Es wurde die Anzahl der Wochenstunden zum Befragungszeitpunkt sowie vor der Pandemie (d. h. im Februar 2020) abgefragt.

Zur Messung von Lebensqualität wird psychologisches Wohlbefinden laut der CES-D-Skala herangezogen, welche die Erfassung selbsteingeschätzter depressiver Symptome in sieben Dimensionen erlaubt. Die Befragten wurden gebeten, die Häufigkeit und Schwere der Symptome in der Woche vor der Befragung anzugeben (4-Punkte-Skala). Die Gesamtsumme liegt zwischen null und 60 Punkten, wobei eine höhere Punktezahl schlechteres Wohlbefinden anzeigt.

4.3 Ergebnisse

Widmen wir uns nun der Frage, wie sich Unterstützungsnetzwerke pflegebedürftiger Menschen im Zuge der Pandemie in Österreich verändert haben. Vergleicht man die Angaben zur Zeit vor der Pandemie (Februar 2020) mit den Angaben zur Zeit nach der ersten Infektionswelle (Juni 2020), so wird deutlich, dass einige pflegende Angehörige

(inkl. pflegenden Freundinnen und Freunden bzw. Nachbarinnen und Nachbarn) Betreuungsaufgaben während der Pandemie beendeten, während andere während der Pandemie erst begannen, Angehörige zu betreuen. Sowohl jene, die Betreuungsaufgaben beendeten, als auch jene, die zu pflegen begannen, waren sporadisch pflegende Angehörige, die somit im Schnitt rund zehn Stunden oder weniger pro Woche an Betreuungs- und Pflegeleistungen erbrachten (Rodrigues et al. 2021b). Im Verlauf der Pandemie verstärkt sich dieser Trend: Die mittlere Stundenanzahl an erbrachter Pflege- und Betreuungsleistung durch Angehörige nimmt ab, intensive Pflege und Betreuung wird weniger. Waren es im Jahr 2020 noch zwischen zwei und drei Prozent der Befragten, die intensive Pflege im Ausmaß von 20 Wochenstunden oder mehr für Angehörige leisteten, so war es im Jänner 2021 nur noch rund ein Prozent (siehe Tabelle 7). Zu beachten ist hier allerdings eine mögliche Verzerrung aufgrund des Befragungsdesigns, da pflegende Angehörige mit intensiven Betreuungsaufgaben auch eine größere Wahrscheinlichkeit haben, aus Zeitgründen nicht mehr an der zweiten Befragungsrunde teilzunehmen. Der Anteil pflegender Angehöriger steigt zwar im Lauf der Pandemie leicht (von rund 13 Prozent im Februar 2020 auf rund 16 Prozent im Jänner 2021), es ist aber kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen abgefragten Zeitpunkten zu beobachten (siehe Tabelle 8 und Tabelle 9).

Tabelle 7: Anteil pflegender Angehöriger während der Pandemie in Österreich (erwerbstätige Bevölkerung)

	Februar 2020	Juni 2020	Jänner 2021	statistisches Signifikanzniveau (a)
Pflegende Angehörige (Anteil an der gesamten Bevölkerung)	12,8 %	14,0 %	16,4 %	
intensive Pflege durch Angehörige (b) (Anteil an der gesamten Bevölkerung)	2,5 %	2,6 %	1,3 %	**
Stundenanzahl für Pflege und Betreuung pro Woche (c)	15,3 h	14,1 h	10,7 h	*

Anmerkungen: (a) Unterschied zwischen Juni 2020 and Jänner 2021; (b) >20 h pro Woche; (c) bezieht sich nur auf jene, die Pflege für Angehörige leisten. *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

Quelle: Eigene Berechnungen, basierend auf der AKCOVID-Längsschnittstudie; gewichtete Ergebnisse;

Pflegende Angehörige sind eine heterogene Gruppe, weshalb deren soziodemografische bzw. sozioökonomische Merkmale in der Zeit während der Pandemie (Juni 2020) im Vergleich zu vor der Pandemie untersucht wurden (Februar 2020). Es zeigte sich, dass auch während der Pandemie vorwiegend Frauen und ältere Altersgruppen (40 bis 64 Jahre) Pflege und Betreuung für Angehörige leisteten. Personen mit kleinen Kindern waren seltener pflegende Angehörige, und diese Tendenz verstärkte sich im Pandemieverlauf zwischen Juni 2020 und Jänner 2021. Zu Beginn der Pandemie übernahmen Personen nicht-österreichischer Herkunft seltener Betreuungsaufgaben für Angehörige. Zudem sind pflegende Angehörige während der Pandemie dadurch charakterisiert, dass sie signifikant häufiger von finanziellen Schwierigkeiten betroffen sowie nicht mehr in Beschäftigung sind (für Details siehe Rodrigues et al. 2021b). Der Anteil an nicht mehr am Arbeitsmarkt aktiven Personen unter den pflegenden Angehörigen ist im Pandemieverlauf zudem gestiegen.

Tabelle 8: Vergleich pflegende Angehörige und allgemeine Bevölkerung, vor Corona (Februar 2020)

	allgemeine Bevölkerung	pflegende Angehörige
<i>Geschlecht:</i>		
Frauen	46,30 %	56,26 %
Männer	53,70 %	43,74 %
<i>Alter (Durchschnitt):</i>		
	41,81 Jahre	45,97 Jahre
20-59 Jahre	92,01 %	85,35 %
60-64 Jahre	7,99 %	14,65 %
<i>Alter jüngstes Kind:</i>		
0-6 Jahre	17,60 %	12,73 %
7-18 Jahre	24,61 %	22,67 %
18+ / keine Kinder	57,79 %	64,60 %
<i>höchster formeller Bildungsgrad:</i>		
Primärstufe	13,69 %	12,61 %
Sekundarstufe	56,69 %	57,24 %
Tertiärstufe	29,62 %	30,15 %

	allgemeine Bevölkerung	pfl egende Angehörige
<i>Geburtsland:</i>		
Österreich	88,69 %	93,20 %
anderes Land	11,31 %	6,80 %
<i>Haushaltsgröße (Durchschnitt):</i>		
	2,76 Personen	2,72 Personen
<i>Beschäftigungsstatus:</i>		
beschäftigt	76,12 %	70,33 %
arbeitslos	7,43 %	7,15 %
inaktiv	16,45 %	22,52 %
<i>Einkommenssituation:</i>		
komfortabel	43,17 %	49,89 %
kommt über die Runden	47,90 %	39,41 %
(sehr) schwierig	8,94 %	9,98 %
<i>Anzahl der Befragten (N):</i>		
	1.737	263

Anmerkungen: Fett gedruckte p-Werte zeigen statistisch signifikante Unterschiede zwischen pflegenden Angehörigen und der allgemeinen Bevölkerung an: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

Quelle: Eigene Berechnungen, basierend auf der AKCOVID-Längsschnittstudie

Tabelle 9: Vergleich pflegende Angehörige und allgemeine Bevölkerung, während der Pandemie (Juni 2020 und Jänner 2021)

	allgemeine Bevölkerung Juni 2020	pflegende Angehörige Juni 2020	allgemeine Bevölkerung Jänner 2021	pflegende Angehörige Jänner 2021
<i>Geschlecht:</i>				
Frauen	46,20 %	56,07 %	49,18 %	58,61 %
Männer	53,80 %	43,93 %	50,82 %	41,39 %
<i>Alter (Durchschnitt):</i>				
20-59 Jahre	92,07 %	85,58 %	91,91 %	86,38 %
60-64 Jahre	7,93 %	14,42 %	8,09 %	13,62 %
<i>Alter jüngstes Kind:</i>				
0-6 Jahre	17,85 %	11,61 %	18,58 %	8,75 %
7-18 Jahre	24,64 %	22,66 %	23,99 %	24,89 %
18+ / keine Kinder	57,52 %	65,74 %	57,43 %	66,36 %
<i>höchster formeller Bildungsgrad:</i>				
Primärstufe	13,60 %	13,21 %	15,52 %	11,67 %
Sekundarstufe	56,77 %	56,71 %	56,39 %	58,62 %
Tertiärstufe	29,62 %	30,09 %	28,09 %	29,71 %
<i>Geburtsland:</i>				
Österreich	88,44 %	94,35 %	90,44 %	91,95 %
anderes Land	11,56 %	5,65 %	9,56 %	8,05 %
<i>Haushaltsgröße (Durchschnitt):</i>				
	2,78 Personen	2,65 Personen	2,74 Personen	2,63 Personen
<i>Beschäftigungsstatus:</i>				
beschäftigt	73,88 %	64,48 %	76,9 %	67,45 %
arbeitslos	10,03 %	13,27 %	5,61 %	9,33 %
inaktiv	16,09 %	22,25 %	17,49 %	23,22 %
<i>Einkommenssituation:</i>				
komfortabel	32,74 %	37,14 %	31,35 %	29,5 %

	allgemeine Bevölkerung Juni 2020	pflegende Angehörige Juni 2020	allgemeine Bevölkerung Jänner 2021	pflegende Angehörige Jänner 2021
kommt über die Runden	46,96 %	33,50 %	49,27 %	47,47 %
(sehr) schwierig	20,29 %	29,35 %	19,37 %	23,03 %
<i>Anzahl der Befragten (N):</i>	1.722	278	1.167	250

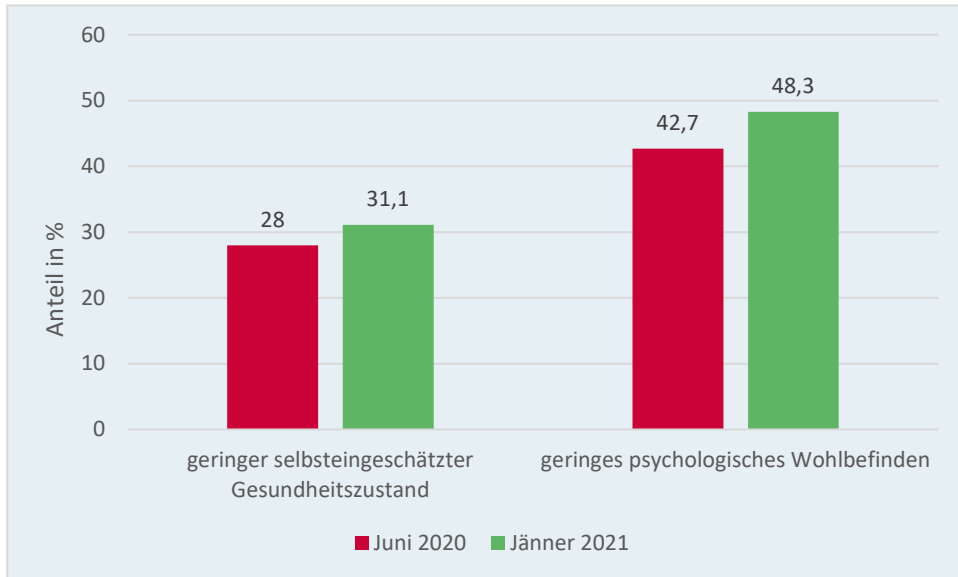
Anmerkungen: Fett gedruckte p-Werte zeigen statistisch signifikante Unterschiede zwischen pflegenden Angehörigen und der allgemeinen Bevölkerung an: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

Quelle: Eigene Berechnungen, basierend auf der AKCOVID-Längsschnittstudie

Die zweite Frage betrifft die Veränderung der Lebensqualität bzw. des selbsteingeschätzten Gesundheitszustands von pflegenden Angehörigen während der Pandemie. In der gesamten Bevölkerung ist eine Verschlechterung des psychischen Befindens während der Pandemie zu beobachten (siehe *Abbildung 6*): Der Anteil der Personen mit geringem Wohlbefinden steigt in Österreich bis zum dritten Lockdown von rund 43 auf rund 48 Prozent an. Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand verschlechtert sich hingegen nicht signifikant. Der Vergleich zwischen pflegenden Angehörigen und der allgemeinen Bevölkerung zeigt, dass erstere durchgehend von schlechterem Gesundheitszustand sowie geringerem psychischem Wohlbefinden betroffen sind (siehe *Abbildung 7* und *Abbildung 8*)². Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen pflegenden Angehörigen und der allgemeinen Bevölkerung ist zum zweiten Befragungszeitpunkt im Jänner 2021 jedoch nicht mehr zu beobachten. In einer multivariaten Analyse konnte zudem gezeigt werden, dass sich die Lücke zwischen pflegenden Angehörigen und der allgemeinen Bevölkerung zwischen 2015 (d. h. vor der Pandemie) und der Situation im Juni 2020 signifikant um 2,5 Einheiten des CES-D Scores vergrößert, wobei der psychische Zustand pflegender Angehöriger deutlich schlechter ausfällt als in der allgemeinen Bevölkerung (auch nach Kontrolle für soziodemographische bzw. sozioökonomische Faktoren; für Details siehe Rodrigues et al. 2021b).

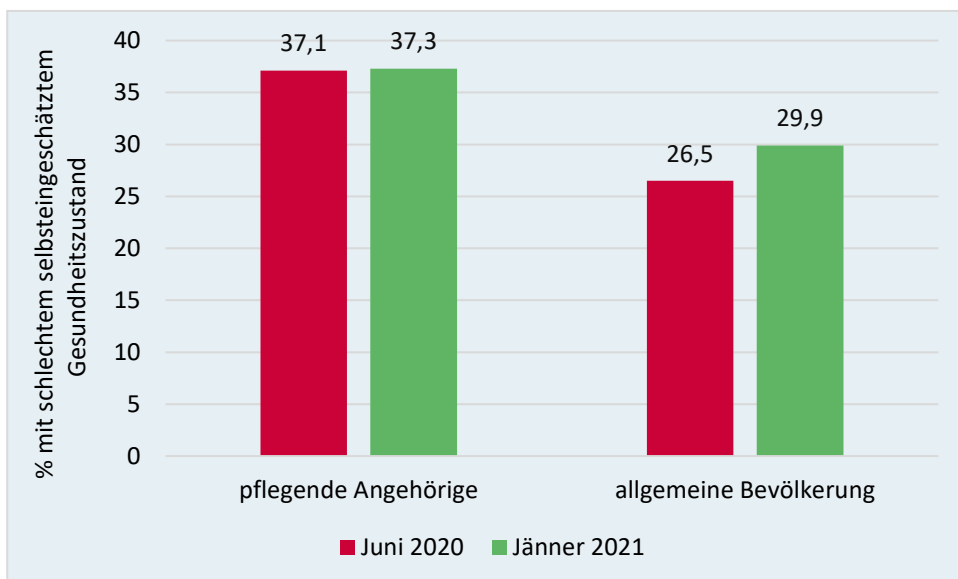
² Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass pflegende Angehörige auch vor der Pandemie von einem schlechteren Gesundheitszustand betroffen waren (Colombo 2011).

Abbildung 6: Anteil der Personen mit geringem selbsteingeschätztem Gesundheitszustand bzw. geringem Wohlbefinden während der Pandemie, nach Befragungszeitpunkten – gesamte Bevölkerung



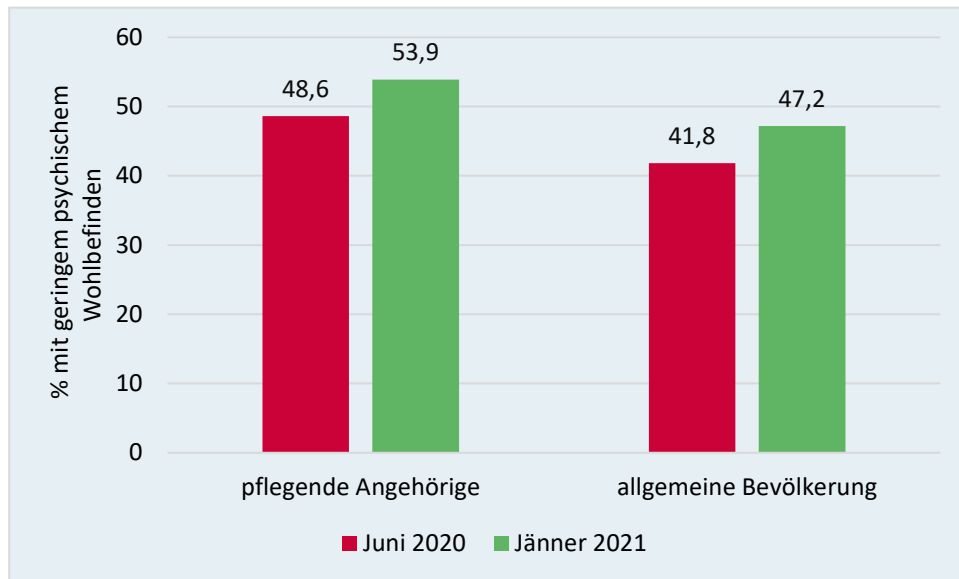
Quelle: Eigene Berechnungen, basierend auf der AKCOVID-Längsschnittstudie; gewichtete Ergebnisse

Abbildung 7: Vergleich pflegende Angehörige und allgemeine Bevölkerung: schlechter selbsteingeschätzter Gesundheitszustand



Quelle: Eigene Berechnungen, basierend auf der AKCOVID-Längsschnittstudie; gewichtete Ergebnisse

Abbildung 8: Vergleich pflegende Angehörige und allgemeine Bevölkerung: psychisches Wohlbefinden



Quelle: Eigene Berechnungen, basierend auf der AKCOVID-Längsschnittstudie; gewichtete Ergebnisse; psychisches Wohlbefinden: CES-D Score ≥ 20

4.4 Diskussion

Pflegenetzwerke von pflegebedürftigen (größtenteils älteren) Menschen haben sich in der Pandemie verändert: Unsere Ergebnisse vom Juni 2020 und vom Jänner 2021 geben Hinweise auf zeitlich etwas weniger intensive Betreuung durch pflegende Angehörige sowie eine Veränderung im Profil pflegender Angehöriger. Auch in der Pandemie waren es weiterhin eher Frauen und Personen in älteren Altersgruppen (in unserer Stichprobe sind dies 40- bis 64-Jährige), die Angehörige pflegten. Bereits zu Beginn der Pandemie engagierten sich Eltern von kleinen Kindern weniger in der Pflege von Angehörigen und dieser Trend verstärkte sich im Pandemieverlauf; hingegen begannen eher Personen mit finanziellen Schwierigkeiten, Pflegeaufgaben zu übernehmen, sowie Personen, die nicht (mehr) erwerbstätig waren.

Insgesamt haben pflegende Angehörige in der Pandemie einen schlechteren (selbsteingeschätzten) Gesundheitszustand sowie einen weniger guten psychischen Zustand als die allgemeine Bevölkerung. Ein signifikanter Unterschied bzw. eine signifikante Verschlechterung war insbesondere zu Beginn der Pandemie zu beobachten.

Zu beachten ist hier, dass intensive Pflege für Angehörige auch außerhalb von Krisenzeiten in vielen Fällen zu psychischer Beeinträchtigung führt (Colombo 2011).

5 Die Perspektive alleinlebender Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf

Paulina Wosko, Johanna Pfabigan, Sabine Pleschberger

5.1 Einleitung/Hintergrund

Der Ausbruch der COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen zur Eindämmung ab Frühjahr 2020 hatten Einfluss auf die Lebenssituation der meisten älteren Menschen, jedoch waren Alleinlebende unverhältnismäßig stark davon betroffen: Allein zu leben bedeutet, dass jeder einzelne persönliche Kontakt mit einer Person außerhalb des Haushalts stattfindet. Folglich war diese Gruppe in der COVID-19-Pandemie besonders von den Schutzmaßnahmen betroffen, die nicht nur darauf abzielten, soziale Kontakte im Allgemeinen zu reduzieren, sondern auch festlegten, mit wie vielen anderen Haushalten die bzw. der Einzelne Kontakt haben durfte (BMSGPK 2020c).

In Österreich lebt etwa jede dritte Person (35,8 %) über 70 Jahre in einem Einpersonenhaushalt (Statistik Austria 2020), in der Altersgruppe der über 85-Jährigen steigt dieser Anteil sogar auf etwa zwei Drittel an. In allen Altersgruppen leben Frauen wesentlich häufiger allein als Männer, bei den Personen über 70 Jahre sind es etwas mehr als doppelt so viele Frauen (46,5 % Frauen vs. 21,6 % Männer).

Das hohe Alter geht mit einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Einschränkungen einher, die oft auch einen umfassenden Pflege- und Betreuungsbedarf nach sich ziehen. Zwar ist es in vielen Fällen immer noch die Familie, die die Sorgearbeit übernimmt, jedoch können nicht alle älteren Menschen auf Unterstützung von Angehörigen zurückgreifen (Duner/Nordström 2006). Für alleinlebende ältere Menschen ohne Familie im Nahbereich stellen informelle außerfamiliäre Helfer:innen, wie Freundinnen und Freunde, Bekannte oder Nachbarinnen und Nachbarn, eine zentrale Ressource für Unterstützung dar (Pleschberger/Wosko 2015).

Durch die Coronakrise wurden alle Formen von Unterstützungsarrangements vor besondere Herausforderungen gestellt. Einerseits wurden Besuche in Privathaushalten und gemeinsame Aktivitäten draußen zeitweise stark eingeschränkt. Andererseits kam es zu Engpässen hinsichtlich personeller und materieller Ressourcen in der mobilen Pflege (Hartinger/Wild 2020).

Vor diesem Hintergrund ist es von Interesse, wie alleinlebende ältere Menschen mit Hilfebedarf die COVID-19-Pandemie erlebt haben und in welcher Weise sich ihre informellen und formellen Unterstützungsstrukturen verändert haben.

5.2 Methodisches Vorgehen

Die Untersuchung der Situation und des Erlebens alleinlebender älterer Menschen mit Hilfebedarf hinsichtlich der COVID-19-Pandemie legte eine qualitative Herangehensweise nahe. Die Gruppe der alleinlebenden älteren Menschen ist aus unterschiedlichen Gründen schwer für die Forschung zugänglich. Beispielsweise können ein geschwächter Gesundheitszustand, starke Müdigkeit, aber auch Gefühle von Misstrauen den Zugang zu hochaltrigen Menschen erschweren (Kammerer et al. 2019; Liljas et al. 2015). Daher wurde bei der Suche nach Interviewpersonen unter anderem auf Kontakte aus relevanten Studien, wie *Alleinlebende ältere Menschen – Unterstützung aus dem informellen außerfamiliären Bereich* (Pleschberger et al. 2019) und der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖPIA 2015), zurückgegriffen. In einem mehrstufigen Prozess wurden 28 Kontakte als geeignet identifiziert und kontaktiert. Von diesen konnten 20 erreicht werden und 13 haben einem Interview zugestimmt. Die Stichprobe bildeten zwölf Frauen und ein Mann mit einem Altersdurchschnitt von 85,5 Jahren. Es war das Anliegen, für Österreich ein breites Spektrum der Gruppe der alleinlebenden älteren Menschen mit unterschiedlich hohem Hilfe- und Pflegebedarf abzubilden. Um sowohl die ländlichen als auch die städtischen Gebiete abzudecken, wurden Personen in vier österreichischen Bundesländern befragt (siehe Tabelle 10). Alle Interviewpersonen waren aus dem deutschsprachigen Kulturraum. Aus den Informationen im Interview wurde deutlich, dass das Spektrum von Hilfebedarf im Sample von weitgehend mobil bis zu erheblichen funktionalen Einschränkungen reicht (etwa entsprechend der Pflegestufen 1-4). Ausmaße an Pflegebedürftigkeit, die einer Pflegestufe 5 und mehr entsprechen, sind nicht in der Stichprobe vertreten.

In der Erhebung standen alleinlebende ältere Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf, die keine Familie im Nahbereich hatten, im Vordergrund. In einigen Fällen wurde erst im Interview ersichtlich, dass Angehörige in die Alltagsgestaltung eingebunden sind. Da das Vorhandensein von Familie per se oft wenig darüber aussagt, inwieweit sie auch in die Unterstützungsstrukturen involviert ist, wurden diese Interviewpersonen nicht per se ausgeschlossen. In der Analyse wurde dieser Aspekt berücksichtigt und zur kontrastierenden Darstellung herangezogen.

Die Datenerhebung erfolgte mittels qualitativer telefonischer Interviews. Es wurde ein Interviewleitfaden mit erzählgenerierenden Fragen zu folgenden Themen erstellt: (1) das Erleben der Coronakrise sowie der Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie, (2) formelle und informelle Unterstützung und (3) Informieren, Impfen und Testen. Mit Rücksicht auf die Zielgruppe und das Setting (Interview am Telefon) wurde der Leitfaden sehr fokussiert und kurz gehalten, um die Bereitschaft der Teilnahme nicht zu gefährden. Zu Beginn des Gesprächs wurde von jeder Interviewperson eine mündliche Zustimmung eingeholt. Die Telefoninterviews dauerten im Durchschnitt etwa 27 Minuten. Im Anschluss an die Interviews wurden anonymisierte Protokolle erstellt. Der Prozess der Analyse erfolgte so, dass zunächst offen kodiert, organisiert und somit reduziert wurde (Flick 1995). In einem nächsten Schritt wurden die Codes gruppiert und Kategorien zugeordnet.

Tabelle 10: Charakteristika der Stichprobe

Merkmal	n=13
Alter	76-95 Jahre (Ø 85,5 Jahre)
Geschlecht	
männlich	1
weiblich	12
Region	
städtisch	7
ländlich	6

Quelle: Eigene Erhebung

5.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden nach den folgenden Hauptthemenbereichen gegliedert: (1) Erleben der Pandemie, (2) Umgang mit den Maßnahmen, (3) Informieren, Testen und Impfen, (4) formelle und informelle Unterstützung, (5) Erwartungen und Hoffnungen.

5.3.1 Erleben der Pandemie

Aussagen der Interviewpersonen zum Erleben der Pandemie bezogen sich auf den Zeitraum vom ersten Lockdown im März 2020 bis zum Sommer 2021. Der Ausbruch und das Fortdauern der COVID-19-Pandemie wurde von den meisten Interviewpersonen nicht als besonders belastend empfunden. Aussagen wie folgende geben die Grundhaltung wieder:

„Für mich war es keine Belastung, in keiner Weise.“ (Int. 13, w, 80 Jahre)

„Ich habe keine Angst vor dem Virus.“ (Int. 4, w, 91 Jahre)

Dies wurde vornehmlich dadurch begründet, dass sie im Laufe ihres Lebens bereits mehrere Krisensituationen bewältigen mussten, wie folgendes Zitat unterstreicht:

„Wir haben so viel mitgemacht, wir Alten, da ist das, was jetzt da war, äh, kann man nicht vergleichen. Wir sind abgehärtet. Unsere Seele ist abgehärtet durch diese schwere Zeit.“ (Int. 4, w, 91 Jahre)

In diesem Zusammenhang wurden vor allem das Aufwachsen in Kriegszeiten sowie der Wiederaufbau nach dem Zweiten Weltkrieg genannt. Die Daten deuten darauf hin, dass die Interviewpersonen auf einen reichen Erfahrungsschatz zurückgreifen konnten, um Krisen erfolgreich zu bewältigen.

Eine weitere Begründung für diese Einstellung gegenüber der Pandemie liegt darin, dass alleinlebende ältere Menschen gewohnt sind, viel Zeit allein zu Hause zu verbringen. Ein Interviewpartner sprach dies explizit an:

„Also ich sitze ja sowieso den ganzen Tag alleine daheim.“ (Int. 11, m, 93 Jahre)

Ein Faktor, der damit im Zusammenhang steht, ist das Ausmaß der Mobilität. So wurde deutlich, dass Maßnahmen wie Ausgangsbeschränkungen bei Menschen, die außerhalb

der Pandemie aufgrund eingeschränkter Mobilität sehr viel Zeit zu Hause verbringen, keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung haben. Von jenen Personen, die vor der Pandemie gewohnt waren, regelmäßige Aktivitäten außer Haus zu machen, wurden die Maßnahmen zwar als einschränkend erlebt, jedoch auch hier nicht als Belastung empfunden.

Für jene Personen, bei denen die Angehörigen eine wesentliche Rolle in der Alltagsgestaltung eingenommen haben, stellte sich die Situation etwas anders dar. Insbesondere wurde die Maßnahme des Distanzhaltens als sehr schwierig beschrieben, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

„Wie diese Pandemie angefangen hat, (...) ist die Siebenjährige vorbei gegangen: ‚Urlioma, was sein muss, muss sein.‘ (lacht) Und dann zwei Meter Abstand genommen beim Vorbeigehen. Wir konnten keine Hand schütteln, nicht mehr in den Arm nehmen und nix. Also, ich muss ehrlich sagen, ich habe das sehr befremdend gefunden. Sonst nimmt man die Kinder in den Arm und küsst sie ab und seit dieser Zeit ist das leider, dass sie noch immer ausweichen.“ (Int. 9, w, 88 Jahre)

Die Sorge, dass die durch die Maßnahmen entstandenen Verhaltensmuster, wie Abstandhalten und Rückzug, bestehen bleiben, wurde von mehreren Interviewpersonen geäußert.

Es fällt auf, dass sich keine der Interviewpersonen als einsam bezeichnet hatte. Kontakt halten über das Telefon wurde als Umgangsstrategie gegen Einsamkeit hervorgehoben, wie in den beiden Zitaten veranschaulicht:

„Ich habe eigentlich dann angerufen, wenn mir das Alleinsein einmal zu viel war. Dann habe ich halt, das fällt mir jetzt auf, einfach das Telefon genommen, dass ich mit jemandem einen Kontakt habe.“ (Int. 10, w, 87 Jahre)

„Wenn man nicht fortgehen kann oder will, oder ... irgendwie ... Dann wäre man schon einsam, wenn es kein Telefon oder so was gäbe.“ (Int. 1, w, 85 Jahre)

Die Interviewpersonen betonten, im gesamten Zeitraum seit Pandemiebeginn deutlich mehr telefoniert zu haben. Dies hatte allerdings auch höhere finanzielle Belastungen durch steigende Telefonkosten zur Folge. Kontakthalten ist „Geldsache“, wie eine Interviewperson hervorgehoben hat.

5.3.2 Umgang mit den Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie

Die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie wurden von den Interviewpersonen im Allgemeinen akzeptiert und als sehr wichtig erachtet, weil es ein sehr hohes Bewusstsein für das Risiko der Ansteckung gab:

„Ich bin nicht leichtsinnig, dass ich mich in Gefahr begeben, wenn ich sie erkennen kann. Das würde ich nicht machen. Ich steige nicht auf einen Berg, wenn ich weiß, ich bin nicht trittsicher.“ (Int. 8, w, 83 Jahre)

Zu den Umgangsstrategien gehörte es auch, Orte zu meiden, an denen größere Menschenansammlungen zu erwarten waren. Dies bedeutete jedoch keine generelle Selbstisolation, sondern eine bewusste Entscheidung zu treffen, wann und wo man hinget, beispielsweise zu welchen Zeiten welche Geschäfte aufgesucht werden etc.

Im Zusammenhang mit den Hygienemaßnahmen nahm die Maskenpflicht einen breiten Raum ein. Am Beispiel dieser lässt sich gut erkennen, dass die Vorgaben immer wieder an die eigene Lebenssituation angepasst wurden. Einige Interviewpersonen handhabten diese auf individueller Ebene besonders strikt:

„Ich bestehe darauf [Mund-Nasen-Schutz], und wer das nicht tut, kann wieder gehen. Ich bin zwar schon geimpft, aber trotzdem.“ (Int. 6, w, 80 Jahre)

Andere wiederum gingen mit der Umsetzung der Maskenpflicht weniger konsequent um:

„Na, die [Heimhilfe] ist schon mit Maske gekommen, weil die ja im Krankenhaus arbeitet. Die ist mit Maske gekommen. Also da hat man schon ein anderes Verhalten ... Ich habe keine Maske, äh, gehabt, aber sie schon.“ (Int. 13, w, 80 Jahre)

Im Allgemeinen war die Haltung gegenüber dem Tragen der Masken eher positiv, auch wenn einige der Befragten vor Herausforderungen gestellt wurden. Diese traten insbesondere bei Personen mit Hörbeeinträchtigung auf. Einerseits erschwerten die Masken das Lippenlesen, andererseits wuchs die Sorge davor, beim Abnehmen des Mund-Nasen-Schutzes das Hörgerät zu verlieren. Auch als störend wurde empfunden, dass das Atmen durch die Maske erschwert war.

Einige Interviewpersonen berichteten davon, sich in Hinblick auf die Umsetzung anderer Maßnahmen zumindest geringfügig über die Vorgaben hinweggesetzt zu haben:

„Es war dann auch etwas verboten, [in der Kirche] zusammensitzen, aber das haben wir halt auch nicht so streng genommen, (...) haben wir uns halt ein bisserle hinweggesetzt. (...) Wir waren halt nicht so ganz folgsam.“ (Int. 8, w, 83 Jahre)

In besonderem Maß emotional betroffen zeigten sich die alleinlebenden älteren Interviewpersonen von der Thematik des Umgangs mit älteren Menschen in Heimen:

„Und ich habe es auch nicht in Ordnung gefunden, wie man die alten Leute wirklich weggesperrt hat in manchen Heimen. Nicht? Das war hart. Das sind vielleicht viele gestorben an Kränkung (...) hätte es vielleicht gar nichts gemacht, wenn sie an Corona gestorben wären, aber so ...“ (Int. 13, w, 80 Jahre)

Dies könnte vorsichtig als Ausdruck einer verstärkten Angst vor Institutionalisierung interpretiert werden.

5.3.3 Informieren, Testen und Impfen

Auf die Frage, wie sich die befragten Personen in der Zeit der Pandemie informiert hatten, gaben diese an, Informationen insbesondere aus Fernsehen, Radio oder Zeitung erhalten zu haben. Sie fühlten sich dadurch gut informiert. In einigen Fällen wurde eher ein Übermaß an solchen Informationen wahrgenommen, die wenig Relevanz für ihre Lebenssituation hatten, wie folgendes Zitat einer mobilitätseingeschränkten Person verdeutlicht:

„Ich bin nur in der Wohnung gesessen und mich haben diese ganzen Informationen gar nicht interessiert. (...) Für mich stand fest, mein Besuch braucht eine Maske und ich bin nur zu Hause, gehe nirgendwo hin.“ (Int. 6, w, 80 Jahre)

Mit Fortschreiten der Pandemie hat sich nach Angaben der Interviewpersonen der Umgang mit der Informationsbeschaffung verändert. So wurden relevante Informationen weniger aus den Medien bezogen, sondern eher von Hausärztinnen und Hausärzten oder anderen Bezugspersonen eingeholt. Klare Informationen vonseiten der Politik wären laut Interviewpersonen zwar wünschenswert gewesen, jedoch räumten sie ein, dass die Pandemie für alle eine neue und herausfordernde Situation darstellte.

In Bezug auf das Testen gaben die meisten befragten Personen an, wenig Erfahrungen gemacht zu haben. Getestet wurde in der Regel im Rahmen von Krankenhausaufenthalten (ambulant und stationär) und für Termine bei körpernahen Dienstleistungen, insbesondere beim:bei der Friseur:in. Auffallend ist, dass Personen mit Familie im Nahbereich öfter die Möglichkeit nutzten, sich testen zu lassen, wobei hier auch Wohnzimmertests verwendet wurden. Im Allgemeinen wurde der Ablauf der Tests nicht als herausfordernd empfunden.

Die Anmeldung zur Impfung, Reihung und Durchführung stellten für die befragten Personen keine Schwierigkeit dar. In den meisten Fällen waren es Hausärztinnen und Hausärzte, die sich um diese drei Anliegen proaktiv gekümmert haben:

„Man kann sich doch impfen lassen, da ist doch nichts dabei? (...) Mein Hausarzt hat sich darum gekümmert und gesagt, sobald er den Impfstoff hat, dann kommt er und impft mich. Ich habe gar nicht gefragt, was er impft. Mir war das egal. Hauptsache, ich bin geimpft, weil ich hinterfrage ja nichts. Habe ich noch nie getan.“ (Int. 6, w, 80 Jahre)

In manchen Fällen wurde die Widersprüchlichkeit der Informationen zu den Impfstoffen als verunsichernd erlebt. Diese Unsicherheit führte in einem Fall so weit, dass die Impfung abgelehnt wurde:

„Schlamassel mit der Impfung, zuerst war das Serum gut und dann war es schlecht und so ist es weitergegangen (...) Nein, nein. Ich lasse mich auch nicht [impfen], denn ich lasse mich zu nichts zwingen und das, was sie jetzt machen, ist ein Zwang. Das passt mir nicht. Und das immer wieder Umschwenken, einmal so und einmal so. (...) die [Bekannt]en schwören drauf, aber vielleicht haben sie ja recht und ich unrecht. (...) Vielleicht bin ich ja falsch in meiner Annahme, kann ja sein, aber ich denke es mir halt so. Aber solange die nicht wirklich wissen, ich höre mir das ja alles an. Ein Virologe sagt so und der nächste sagt anders. Da kannst du dir ja nur die eigene Meinung bilden.“ (Int. 5, w, 87 Jahre)

Neben der Unsicherheit fällt in diesem Zitat auf, dass das Impfen als „Zwang“ und somit Einschränkung der Autonomie erlebt wird. Dies ist für die Stichprobe insgesamt jedoch eher untypisch gewesen. Unterschiedliche Zugänge zum Thema Impfen führten auch in dieser Personengruppe zu Meinungsverschiedenheiten im Freundes- und Bekanntenkreis.

5.3.4 Formelle und informelle Unterstützung

Aus den Gesprächen mit alleinlebenden älteren Menschen wird ersichtlich, dass im formellen Unterstützungsbereich, bis auf eine Ausnahme, keine wesentlichen Veränderungen oder Einschränkungen wahrgenommen wurden. Dies gilt auch für medizinische Leistungen, wie die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung im niedergelassenen Bereich oder Krankenhausaufenthalte. In wenigen Fällen wurden rehabilitative Maßnahmen nicht durchgeführt bzw. Operationen verschoben. Einige der Befragten gaben an, in der Pandemiezeit keine Notwendigkeit gesehen zu haben, Ärztinnen und Ärzte aufzusuchen. So wurden nicht dringende Termine von den Betroffenen selbst verschoben und Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich gehalten, wie das folgende Zitat einer Schlaganfallpatientin skizziert:

„Dann ist das Wort Corona ... COVID gefallen (...) Da [im Krankenhaus] habe ich mir gedacht, da bleibe ich nicht, da bekomme ich noch was dazu. Ich gehe gleich nach Hause.“ (Int. 5, w, 87 Jahre)

Dies weist wiederum auf eine subjektive Risikoabschätzung durch die Interviewperson hin. Die Sorge, an Corona zu erkranken, war in diesem Fall größer, als nach einem Schlaganfall allein zu Hause zu sein. Die Betroffenen hoben die Möglichkeit, rezeptpflichtige Medikamente mit der e-card direkt bei der Apotheke abzuholen, besonders positiv hervor. Dadurch war der Gang zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt nicht notwendig.

Bei den Erhebungen zeigte sich ein Fall, der die negativen Auswirkungen der Pandemie deutlich machte: Eine 80-jährige alleinlebende Frau, die täglich durch mobile Dienste betreut wurde, war von einer erheblichen Veränderung in ihrer Unterstützungsstruktur betroffen:

„Ich bin alleine hier. Ich habe keine Verwandten. Ich brauche jemanden. Es geht nicht, ihr könnt mich doch nicht so sitzen lassen.“ (Int. 6, w, 80 Jahre)

Aufgrund coronabedingter Arbeitsausfälle im ersten Lockdown verteilte der zuständige Pflegedienst seine Ressourcen um. Um trotzdem die Versorgung der älteren Dame sicherzustellen, bat der Pflegedienst die (ihm bekannte) Nachbarin der Dame, die Pflege vorübergehend zu übernehmen, dies allerdings ohne vorherige Abstimmung mit der Betroffenen. Auch wenn die Zusammenarbeit dieser beiden Nachbarinnen gut gelang, beklagte die Interviewperson die Verletzung ihrer Autonomie.

„Dann ist meine Nachbarin rauf gekommen und hat gesagt: ‚Ab sofort übernehme ICH die Pflege.‘ Und dann habe ich gefragt, wieso. Und dabei hat die [Organisation] sich bei ihr gemeldet. Ich habe das nicht gewusst. Über meinen Kopf hinweg.“ (Int. 6, w, 80 Jahre)

Generell waren die Erfahrungen der alleinlebenden älteren Personen mit nachbarschaftlicher Hilfe seit Beginn der COVID-19-Pandemie durchwegs positiv. Die Unterstützungsarrangements blieben aufrecht, auch wenn Anpassungen an die Umstände nötig waren. Beispielsweise wurden Einkäufe und Essen kontaktlos übergeben, indem diese vor die Tür gestellt und geklingelt wurde. Während der Ausübung anderer Hilfeleistungen, die körperliche Nähe verlangten, wurden die Hygienemaßnahmen zumeist eingehalten.

„Die [Nachbarin] hat mir oft was vor die Tür gestellt.“ (Int. 12, w, 95 Jahre)

„Im Haus hab ich liebe Freunde und mir hilft jeder, wenn ich was brauch.“ (Int. 4, w, 91 Jahre)

„(...) eine [Nachbarin], eine ist sogar, wenn ich was gebraucht habe, sagen wir, die Strümpfe ausziehen, wo man doch näheren Kontakt hat, die ist gekommen.“ (Int. 13, w, 80 Jahre)

Das Engagement der informell Helfenden war mitunter enorm hoch. So isolierte sich zum Beispiel im o. g. Fall die Nachbarin sogar selbst (trotz regelmäßigen Kontakts mit Kindern und Enkelkindern), um die alleinlebende Person, die sie unterstützen sollte, dabei nicht zu gefährden. Aus allen Gesprächen mit alleinlebenden älteren Menschen wird ersichtlich, dass bestehende informelle Hilfenetzwerke sich auch in Zeiten der Pandemie durchaus robust gestalten.

Bezugnehmend auf weitere unterstützende Maßnahmen hoben die Interviewpersonen auch öffentliche Unterstützungsleistungen hervor, wie beispielsweise Gutscheine für Taxi oder Essen.

„Aber lieb, erstens einmal habe ich Taxigutscheine gekriegt. Die ich WIRKLICH gut hab brauchen können. (...) Ja und dann hat mir der Herr Bürgermeister, da habe ich angerufen (...) habe ich gesagt: "Ja, ich habe gehört, nicht, also dass, wie so, so Lebensmittel gibt und so." Haben mir die zwei Säcke geschickt, wirklich. (...) Also ich

war so gerührt... (...) Weil ich war natürlich froh, weil, weil ich habe es eh so schwer gehabt mit dem Einkaufen.“ (Int. 5, w, 87 Jahre)

Die Deckung des Unterstützungsbedarfs in dieser Form wurde von mehreren befragten Personen als sehr sinnvoll und erfreulich beschrieben.

5.3.5 Erwartungen und Hoffnungen

Bezugnehmend auf die Zukunft hatten die Befragten im Sommer 2021 keine hoffnungsvolle Aussicht auf ein baldiges Ende der Pandemie. Dies wird damit begründet, dass das Verhalten anderer Gruppen in der Gesellschaft nicht ausreichend diszipliniert wäre. Dahinter verbarg sich der Eindruck, dass der eigene Beitrag nicht ausreichend gewesen ist, um eine weitere Welle zu verhindern, wie im folgenden Beispiel illustriert:

„Die sollten doch vorsichtig sein und nicht einfach so gedankenlos Partys feiern. Die sitzen alle aufeinander, da kommt sicher was nach. Das geht gar nicht. Da kommt die 4. Welle garantiert und dann wissen sie wieder nicht, was sie machen sollen. Es ist einfach so, dass wir schuld sind, wie das ist. Es gibt so viele unvernünftige Leute. Wenn die sich alle daran halten, dann wäre das alles halb so schlimm. (...) Man schneidet sich ins eigene Fleisch.“ (Int. 6, w, 80 Jahre)

Darüber hinaus wird in diesem Zitat ein Gefühl der Machtlosigkeit und der Abhängigkeit von regelkonformem Verhalten insbesondere jüngerer Generationen sichtbar. In Bezug auf die Politik wurde die Notwendigkeit eines besseren Gleichgewichts hinsichtlich der Durchsetzung der Maßnahmen hervorgehoben:

„Man kann nicht die Alten einsperren und die Jungen machen ihre Partys, Körper an Körper, und keiner hat eine Maske auf.“ (Int. 5, w, 87 Jahre)

Auch wenn die Perspektive auf eine Besserung der Pandemiesituation eher schlecht ausfällt, gehen einige der befragten Personen mit einem gelassenen Blick in die Zukunft und unterstreichen auch hier nochmals, dass die Pandemie, verglichen mit früheren Erfahrungen, auch weiterhin keine Notlage darstellt:

„Ich nehme das, wie die Lage ist, ist sie. Ist es besser, ist es sehr zu begrüßen, ist es nicht besser, muss man sich wieder an Regeln halten. Mit Regeln kann man ja leben

um Gottes Willen, das ist ja nicht so tragisch in dem Sinn. Wir sind ja nicht gehandicapt. Wir kriegen was zu essen, zu trinken, wir leben unter einem Dach, wir haben medizinische Betreuung. Was will die Menschheit noch mehr? Es gibt genügend Gegenstände, (...) wo das nicht möglich ist. (...) Es wird schon besser werden, (...) aber das wird langsam sein (...) Der Virus geht nicht auf Urlaub.“ (Int. 2, w, 76 Jahre)

Die befragten Personen betonten das Privileg, in einem Land zu wohnen, in dem viel getan wird, um die weitreichenden negativen Folgen der Coronakrise abzufedern. In Hinblick auf die Zukunft müsse die Gesellschaft lernen, mit gewissen Regeln zu leben.

5.4 Diskussion

Ziel dieses Beitrags war es, die Perspektive alleinlebender älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in Hinblick auf das Erleben der Coronakrise wiederzugeben. Deutlich wird, dass weder das Coronavirus noch die Pandemiesituation von den Interviewpersonen als besondere Bedrohung wahrgenommen wurde. Obwohl ältere Menschen in Bezug auf das Risiko schwer zu erkranken besonders vulnerabel erschienen, zeichnete sich ab, dass sie aufgrund früherer Erfahrungen in Folge historischer Ereignisse ihre Resilienz gestärkt hatten. Es entstand das Bild, dass ältere Menschen das Potenzial haben, trotz der Widrigkeiten der Pandemie erhebliche psychosoziale Stärke zu zeigen. Dies deckt sich mit den theoretischen Überlegungen von Lind et al. (2020), wonach im Laufe des Lebens erlangte Kompetenzen und Umgangsstrategien bei der Bewältigung der Herausforderungen der Pandemie angewendet werden können.

Ein wesentliches Merkmal alleinlebender Menschen ist, dass jede soziale Interaktion mit haushaltsfremden Personen stattfinden muss. Das macht sie in Zeiten der Pandemie besonders vulnerabel. Wie sich allerdings gezeigt hat, erschienen die Unterstützungsnetze der alleinlebenden älteren Menschen im Zeitraum vom ersten Lockdown bis Sommer 2021 trotz notwendiger Anpassungen robust. Dies deckt sich mit Ergebnissen einer internationalen Studie zu informellen Unterstützungsarrangements (Bergmann/Wagner 2021). Auch wenn neue Situationen innerhalb der informellen Versorgungsarrangements gut ausverhandelt werden konnten, ist es überaus wichtig, dass formelle Unterstützung aufrecht bleibt. Dies ist notwendig, da mit der anhaltenden Krisensituation das Risiko wächst, dass informelle Hilfestrukturen überlastet werden (Bergmann/Wagner 2021). Hohes Engagement kann negative Konsequenzen haben, wenn Helfende an ihre Belastungsgrenzen stoßen (Kieninger et al. 2019; van Dijk et al. 2013). Demnach steigt die Wahrscheinlichkeit,

dass Unterstützungsnetzwerke auf längerfristige Sicht geschwächt werden und dieser Umstand eine Institutionalisierung zur Folge hat (Pimouguet et al. 2016). Möglicherweise hat die COVID-19-Pandemie und der damit verbundene Umgang mit älteren Menschen in Pflegeheimen die Sorge vor Institutionalisierung verstärkt.

Zwei Aspekte wurden von den Interviewpersonen positiv aufgenommen: Dies waren zum einen unterstützende finanzielle Maßnahmen. Bei dieser Altersgruppe handelte es sich in erster Linie um Gutscheine für Taxifahrten und Konsumationen in der Gastronomie. Auch wenn ältere Menschen anders als Erwerbstätige durch die COVID-19-Pandemie weniger finanzielle Einbußen zu verzeichnen hatten, könnte dies dennoch auch ein Hinweis auf die oft prekäre finanzielle Lage sein, in der sich alleinlebende Frauen im Alter und hohen Alter in Österreich befinden (Statistik Austria 2021). Das Aufrechterhalten von sozialen Kontakten über Telefon, wie es insbesondere in Zeiten der Pandemie verstärkt der Fall war, ist eben auch mit (zusätzlichen) Kosten verbunden.

Der andere Aspekt, bei dem sich die befragten Personen sehr positiv über die getroffenen Maßnahmen geäußert hatten, bezog sich auf das Thema „Impfen“. Der Impfprozess – von der Information bis zur Durchführung – lief aus Sicht der Befragten bis auf wenige Ausnahmen reibungslos. Dies wurde u. a. dem proaktiven Handeln der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der zuständigen Gemeinden zugeschrieben. Für alleinlebende ältere Menschen ermöglichte die Impfung die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Inanspruchnahme körpernaher Dienstleistungen.

5.4.1 Limitationen

Auch wenn die Ergebnisse der Erhebung eine Bandbreite an Erfahrungen alleinlebender älterer Menschen während der Corona-Pandemie aufzeigen, weist sie auch Limitationen auf. Wie schon einleitend erwähnt wurde, ist die Zielgruppe schwer erreichbar. Das heißt, dass nur jene Teilnehmer:innen der Studie wurden, die dazu bereit waren, Fremden über das Telefon Auskunft über das Erleben dieser Zeit zu geben. Gerade weil telefonische Interviews für alleinlebende Menschen im höheren Alter auch aufgrund von vorhandenen Sinneseinbußen etc. herausfordernd sein können bzw. es oft negative Erfahrungen mit (betrügerischen) telefonischen Anfragen gab, lehnten viele Personen die Teilnahme an der Studie auch ab. Ein Bias in Richtung gebildeter, kommunikativ gewandter und sozial offener Personen liegt hier wohl nahe. Eine intersektionale Analyse war in Bezug auf Merkmale wie z. B. Gesellschaftsschicht, Ethnizität im Rahmen dieser Studie nicht möglich. Laut einer Übersichtsarbeit über die direkten und indirekten Risiken für ältere Menschen muss

davon ausgegangen werden, dass die negativen Auswirkungen von COVID-19 mit jedem zusätzlichen Ungleichheitsfaktor überproportional zunehmen (D'Cruz/Banerjee 2020).

6 Aktives Altern in der Pandemie

Andrea E. Schmidt, Sophie Stumpf

6.1 Einleitung

„Aktives Altern“ wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben als „Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ (UNECE 2021; WHO 2002). Jüngere WHO-Publikationen erweitern das ursprüngliche Konzept um den Begriff „gesundes Altern“, der als „Prozess der Entwicklung und Erhaltung der Funktionsfähigkeit, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht“, definiert ist. In diesem Kontext wird der Begriff „Gesundheit“ als Fähigkeit einer Person verstanden, jene Dinge zu tun, die ihr wichtig sind (WHO 2017). Mit der Pandemie hat das „aktive Altern“ in vielen Bereichen starke Einbrüche erfahren, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass ältere Menschen zur gesundheitlich am meisten gefährdeten Gruppe zählen.

Dieses Kapitel zielt darauf ab, Einblick in die Lebensrealität von Menschen in der Altersgruppe 55 bis 79 Jahre während der Zeit der ersten Phase der COVID-19-Pandemie in Österreich (Herbst 2020) zu geben. Es wird versucht, anhand der vorhandenen Daten die Analysen, soweit möglich, in einen internationalen Bezug zu setzen sowie unterschiedliche Bereiche aktiven Alterns zu berücksichtigen. Zudem wird darauf geachtet, der sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Heterogenität älterer Menschen Rechnung zu tragen, indem Aspekte wie Einkommen, Bildung und Gesundheitszustand in der Analyse, sofern anhand der vorhandenen Daten möglich, berücksichtigt wurden.

Dieses Kapitel orientiert sich in der Analyse an vier Bereichen, welchen die Definition von aktivem Altern im Active Ageing Index der Europäischen Kommission (Zaidi et al. 2017) zugrunde liegt: **(1) Beschäftigung, (2) gesellschaftliche Teilhabe, (3) Unabhängigkeit, Gesundheitsversorgung und Sicherheit** sowie **(4) Wohlbefinden und soziale Kontakte** („Capacity for active ageing“).

6.2 Daten und methodische Hinweise

Die Datengrundlage für die Ergebnisse in diesem Kapitel bietet die 8. Befragungswelle des *Survey on Health, Ageing and Retirement (SHARE)*, welcher für Österreich zwischen Juli und September 2020 (für alle weiteren Länder zwischen Juni und August 2020) durchgeführt wurde (Börsch-Supan 2021). Die Befragung erfolgte unter Personen im Alter von 50 Jahren und älter mithilfe von computer-assistierte Telefoninterviews (CATI). Für das Kapitel wurden nur Personen im Alter von 55 bis 79 Jahren berücksichtigt, die Situation hochaltriger Menschen wurde in einer gesonderten Erhebung erfasst (siehe Kapitel 3 in diesem Bericht). Für die Auswertung wurden deskriptive Methoden verwendet, die Daten wurden gewichtet. Die Stichprobengröße für Österreich betrug $N=2.046$, von denen in der untersuchten Altersgruppe 60 Prozent weiblich waren. Das Medianalter innerhalb der untersuchten Altersgruppe war 70 Jahre. Insgesamt sind im Datensatz $N=45.329$ Personen aus 27 europäischen Ländern und Israel enthalten. Zudem wurden für jede Dimension die verfügbare Literatur gesichtet und Befunde hierzu den empirischen Ergebnissen jeweils vorangestellt (siehe Abschnitte 6.3.1 bis 6.3.4).

6.3 Ergebnisse

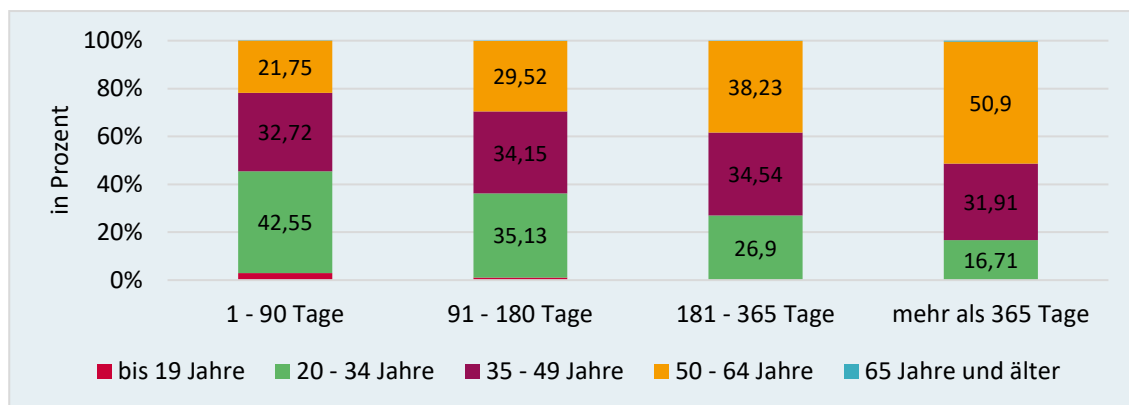
6.3.1 Dimension „Beschäftigung“

Erwerbstätigkeit ist eine wichtige Form der Beschäftigung und im Zusammenhang mit dem Erleben der Pandemie auch ein zentraler Einflussfaktor darauf. Der Anteil der Menschen, die erwerbsfähig sind, ist in der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre im letzten Jahrzehnt in Österreich kontinuierlich angestiegen, vor der Coronakrise waren vier von zehn Frauen und sechs von zehn Männern in dieser Altersgruppe erwerbstätig, wobei der Anteil erwerbstätiger Männer mit Hochschulabschluss doppelt so hoch ist wie jener erwerbstätiger Männer mit Pflichtschulabschluss, bei den Frauen ist dieses Verhältnis sogar noch größer (OECD 2017). Die Erwerbstätigenquote in Österreich liegt in dieser Altersgruppe für beide Geschlechter unter dem EU-Durchschnitt (Eurostat-Daten).

In der Corona-Pandemie waren jüngere Menschen (20-39 Jahre) zwar häufiger von Kurzarbeit betroffen als ältere Menschen, allerdings ist die Langzeitarbeitslosigkeit (d. h. mehr als 365 Tage) insbesondere bei Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren deutlich höher als in allen anderen Altersgruppen (siehe Abbildung 9). Für ältere Arbeitslose sinkt zudem auch die Chance, nach einer Arbeitslosigkeit wieder in eine dauerhafte

Beschäftigung zu kommen, dasselbe gilt für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen bzw. einer geringen Ausbildung oder einer Kombination dieser Risikofaktoren (z. B. Ältere mit gesundheitlichen Einschränkungen). Auch die krisenbedingte Erhöhung des Zeit- oder Erfolgsdrucks in der Arbeit wirkte sich auf das Wohlbefinden von älteren Erwerbstätigen besonders negativ aus (Steiber 2021).

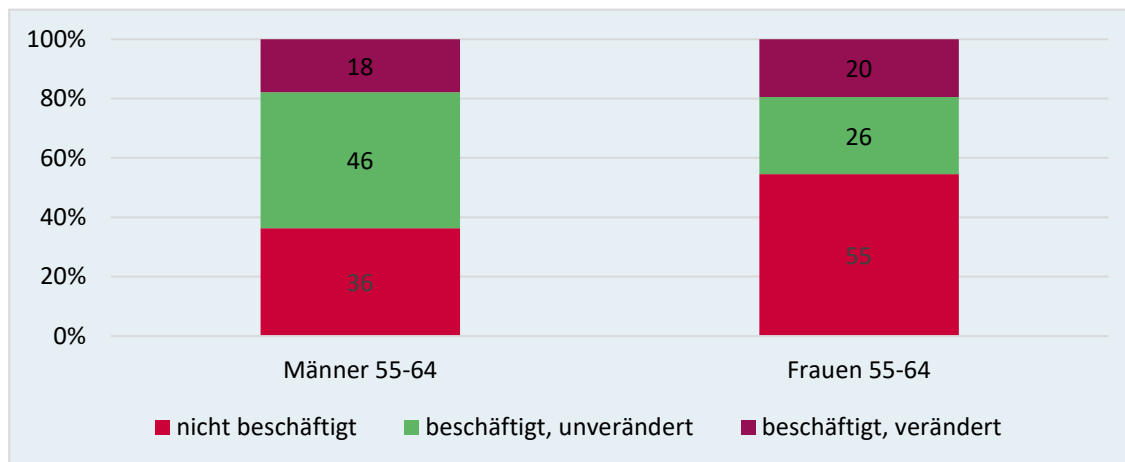
Abbildung 9: Anteil Arbeitslosigkeit nach Alter (Juli 2021)



Quelle: AMS/ORF.at (2021)

In der SHARE-Befragung wurden Angestellte oder selbstständig Beschäftigte nach etwaigen Veränderungen der beruflichen Situation aufgrund der Coronakrise gefragt. Dazu zählt, wenn die Befragten arbeitslos, freigestellt oder in Kurzarbeit beschäftigt waren, oder wenn deren Betrieb schließen musste. Insbesondere Frauen in der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre waren betroffen: Beinahe die Hälfte der Beschäftigten in letzterer Gruppe erfuhr Veränderungen der eigenen beruflichen Situation aufgrund der Coronakrise, bei den Männern war es etwas weniger als ein Drittel (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Veränderung der beruflichen Situation aufgrund der Coronakrise nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf SHARE-Daten

6.3.2 Dimension „Freiwilliges Engagement“

Vor dem Eintreten der Pandemie war die Gruppe der 60- bis 79-Jährigen besonders aktiv an unterschiedlichen Formen des Freiwilligenengagements beteiligt. Aktive und integrative Teilhabe an der Gesellschaft trägt zu Wohlbefinden und Gesundheit im Alter bei, indem sie dem bzw. der Einzelnen beispielsweise das Gefühl der persönlichen Erfüllung, der Nützlichkeit für andere oder der Selbstachtung vermittelt (Bukov et al. 2002; Hank/Stuck 2008; Principi et al. 2014). Überlastung kann hingegen entstehen, wenn zu viele Rollen zur gleichen Zeit übernommen werden (Musick/Wilson 1999). Beim Freiwilligenengagement kann zwischen formellem Engagement, also unbezahlten Aktivitäten in Organisationen und Vereinen, und informellem Engagement, insbesondere Nachbarschaftshilfe, unterschieden werden. Freiwilliges Engagement ist bei älteren Menschen mit höherer Bildungsstufe, guter Gesundheit sowie größeren sozialen Netzwerken am meisten ausgeprägt (Principi et al. 2014). Zudem beeinflusst freiwilliges Engagement in jungen Jahren das Engagement im Alter positiv (ebd.).

Die Umbrüche der Pandemie führten bei vielen sozialen und karitativen Einrichtungen und Dienstleistungen dazu, dass sie ihre Aktivitäten auf ein Minimum reduzieren mussten (z. B. Tageszentren, mobile Betreuungsdienste, kirchliche Einrichtungen), um das Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 zu minimieren (Carlsen et al. 2020; Comas-Herrera 2020). Zugleich waren Gruppen mit geringeren finanziellen oder sozialen Ressourcen und Frauen von den ökonomischen und sozialen Folgen der Pandemie besonders stark betroffen,

wodurch die Bedeutung freiwilliger Helfer:innen während der Pandemie stieg. Die Rolle von freiwilligen Aktivitäten mithilfe von digitalen Hilfsmitteln (e-volunteering) gewann in der Pandemie an Bedeutung. Einerseits können sich dadurch auch Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die in abgelegenen Gebieten wohnen, freiwillig engagieren. Andererseits setzt diese Form des Engagements ein Mindestmaß an technischem Know-how voraus und schafft weniger emotionale Nähe als bei direktem Kontakt (Ganner et al. 2021). Eine Studie in den USA und Kanada zeigte, dass sich ältere Menschen in der Pandemie – möglicherweise aufgrund stärkerer Einbindung in Freiwilligenorganisationen vor der Pandemie – stärker als jüngere Menschen freiwillig betätigten. In Österreich nahmen sich Menschen in der Altersgruppe 60 Jahre und älter zwar als Risikogruppe wahr, dennoch behielten 7 von 10 Befragten in dieser Altersgruppe ihr freiwilliges Engagement auch während der Pandemie bei (Starmayr 2021). Des Weiteren wurde festgestellt, dass sich freiwilliges Engagement während der Pandemie – unabhängig vom Alter – größtenteils positiv auf das Wohlbefinden Freiwilliger auswirkte (Sin et al. 2021). Eine Studie in Österreich zeigte einen positiven Zusammenhang zwischen Engagement in der Telefonseelsorge und Wohlbefinden während der Pandemie bei Menschen im Alter von 60 Jahren und älter (Humer et al. 2021).

Basierend auf den empirischen Analysen der SHARE-Daten können Einblicke in die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen während der Pandemie gegeben werden. Limitierend ist anzumerken, dass im Datensatz keine genauen Informationen zur Art der ehrenamtlichen Tätigkeit zur Verfügung stehen, explizit ausgeschlossen ist nur die Pflege von Angehörigen. Insgesamt geben 210 Personen bzw. zehn Prozent der Befragten in der Altersgruppe 55 bis 79 Jahre in Österreich an, während der Coronakrise ehrenamtliche Tätigkeiten übernommen zu haben.

Wurden im vorherigen Abschnitt Reduktionen in der erwerbstätigen Beschäftigung von Frauen in der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre beobachtet, ist bei ehrenamtlichen Tätigkeiten das Gegenteil der Fall: Vier von zehn Frauen in dieser Altersgruppe, die ehrenamtlichen Aktivitäten während der Pandemie nachgingen, waren sogar aktiver als vor der Coronakrise, ein ähnlicher Anteil reduzierte aber auch ehrenamtliches Engagement (siehe Abbildung 11). Bei Männern in der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre gaben nur neun Prozent an, das Engagement verstärkt zu haben, hingegen reduzierten sechs von zehn Männern ehrenamtliche Tätigkeiten. Auch in der Altersgruppe 65 bis 79 Jahre wurden Frauen während der Pandemie aktiver als Männer, etwa die Hälfte reduzierte bei beiden Geschlechtern das Engagement in der Coronakrise.

Abbildung 11: Veränderung ehrenamtlicher Tätigkeiten (außer Pflege für Angehörige) während der Coronakrise in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Eigene Auswertungen, basierend auf SHARE-Daten, Welle 8

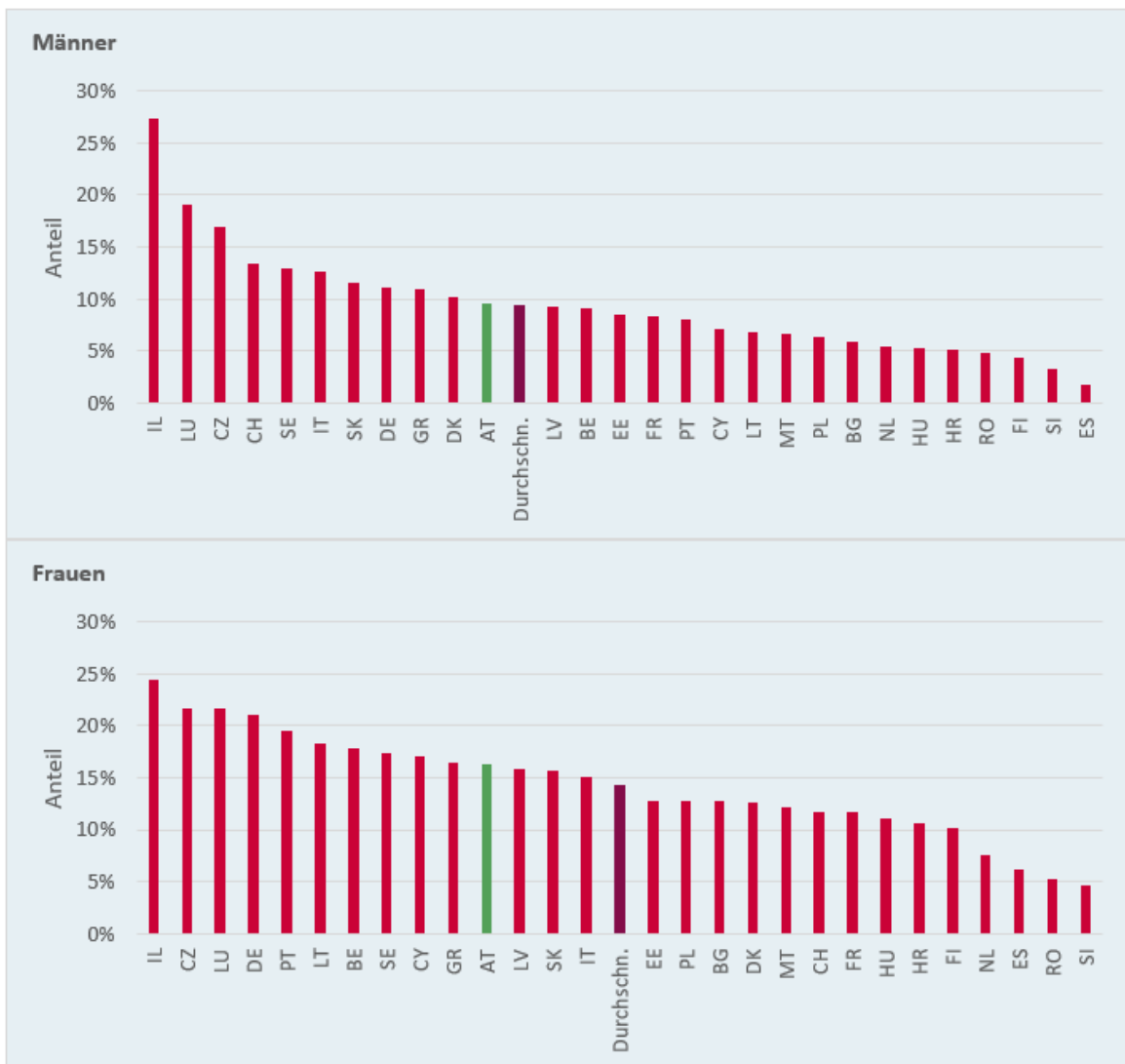
6.3.3 Dimension „Unabhängigkeit, Gesundheit und Sicherheit“

Ein Hauptkriterium für die Einführung von nicht-pharmazeutischen Interventionen, wie z. B. Kontaktbeschränkungen während der Pandemie, war das Aufrechterhalten der regulären Gesundheitsversorgung. Für ältere Menschen, die häufiger als andere von chronischen Krankheiten oder anderen gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind, ist dieses Kriterium von besonderer Bedeutung. Die bisherigen Ergebnisse aus der AKCOVID-Studie in Österreich zeigen, dass bereits zu Beginn der Pandemie (Juni 2020) mehr als ein Viertel der Personen in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre in Österreich angab, von unerfülltem medizinischem Behandlungsbedarf betroffen zu sein (Schmidt et al. 2021b). Die Zahlen zu Krankenhauskontakten bestätigen dies: So wurde beispielsweise bei endoprothetischen Hüftoperationen ein Rückgang von fast 80 Prozent im April 2020 im Vergleich zum April 2019 verzeichnet (Eglau et al. 2021).

Der Zugang zu medizinischer Behandlung stellte während der Pandemie vor allem für ältere Menschen ein wichtiges Kriterium dar. In diesem Abschnitt werden drei Arten von unerfülltem medizinischem Behandlungsbedarf während der Coronakrise berücksichtigt: Erstens der Verzicht einer Behandlung aus Angst vor Ansteckung, zweitens der Aufschub

einer Untersuchung oder Behandlung seitens einer medizinischen Einrichtung sowie drittens Schwierigkeiten, einen Termin zu bekommen.

Abbildung 12: Verzicht auf medizinische Behandlung aus Angst vor Ansteckung



Quelle: Eigene Auswertungen, basierend auf SHARE-Daten, Welle 8

Wie aus Abbildung 12 ersichtlich, hatten ältere Frauen in Österreich – sowie in allen anderen untersuchten Ländern – deutlich häufiger Angst vor Ansteckung mit dem Coronavirus und verzichteten in Folge auf eine medizinische Behandlung. Insgesamt liegt Österreich bei den Männern im europäischen Durchschnitt (10 %), während der Wert bei Frauen in Österreich etwas höher als der Durchschnitt liegt (16 %). Terminanfragen

wurden in Österreich hingegen mit vier Prozent etwas seltener als im europäischen Durchschnitt abgelehnt (M: 5 %, F: 6 %). Bei Aufschüben durch medizinische Einrichtungen liegt Österreich sowohl bei Männern (25 %) als auch bei Frauen (28 %) etwa im europäischen Durchschnitt (M: 23 %; F: 28 %). Nach Haushaltseinkommen ist zudem in Österreich kein signifikanter Unterschied im Anteil der Frauen bzw. Männer zu erkennen, die Aufschübe durch medizinische Einrichtungen erlebten.

In Bezug auf **finanzielle Sicherheit** zeigen die Analysen, dass Personen der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre häufiger von Schwierigkeiten beim Haushaltseinkommen betroffen waren als Personen der Altersgruppe 65 bis 79 Jahre (19 % vs. 11 %). In der ersten Altersgruppe wird zudem deutlich, dass nicht beschäftigte Personen während der Coronakrise im eigenen Haushalt öfter finanzielle Schwierigkeiten erlebten (22 %) als Beschäftigte (16 %).

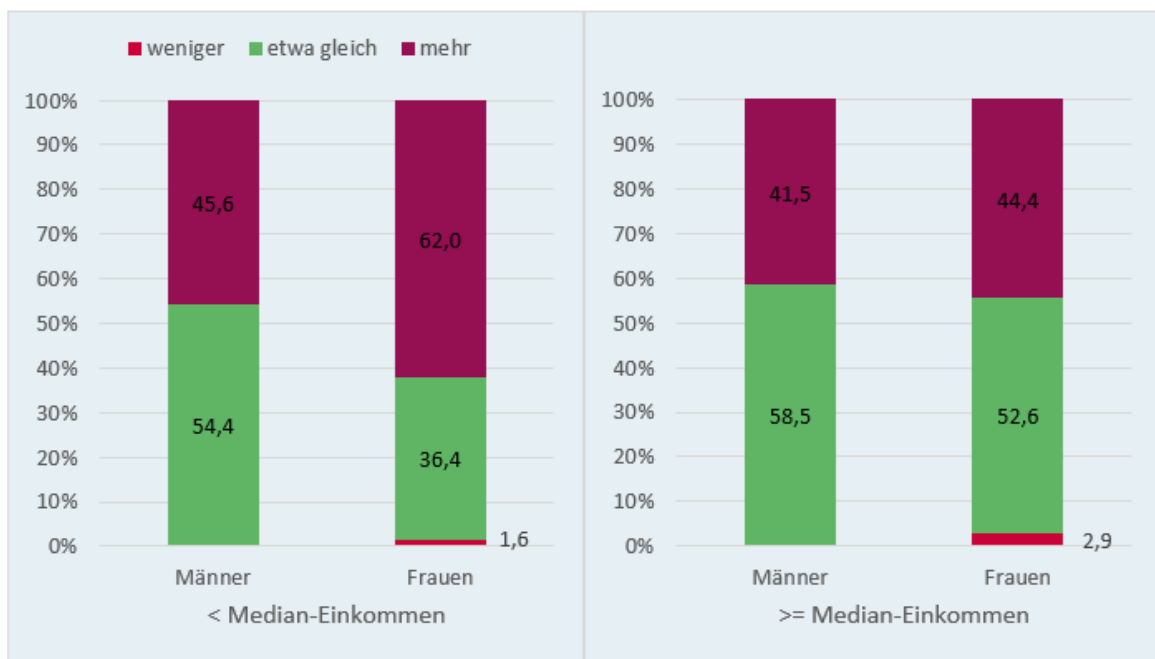
6.3.4 Dimension „Wohlbefinden und soziale Kontakte“

Insbesondere alleinlebende ältere Menschen erlebten während der Pandemie psychische Belastungen und verstärkte Einsamkeit, ebenso wie ältere Menschen, die bereits vor der Pandemie von psychischen Problemen betroffen waren. Die Ergebnisse aus 25 europäischen Ländern und Israel unter pensionierten Personen im Alter von 60 Jahren und älter zeigen außerdem, dass digitale Kontakte (u. a. als Ersatz für persönliche Kontakte) nur sehr eingeschränkt dazu beitragen konnten, psychische Belastungen während der Pandemie bei älteren Menschen zu reduzieren (Atzendorf/Gruber 2021). Zudem konnte in einer Studie bei älteren Menschen in südeuropäischen Ländern gezeigt werden, dass jüngeres Alter, höhere Bildung bzw. höheres Einkommen positiv mit Kontakten via digitale Hilfsmittel assoziiert war, insbesondere um persönliche Kontakte mit den eigenen Kindern sowie mit Enkelkindern zu kompensieren, welche aufgrund der Pandemie nur eingeschränkt möglich waren (Arpino et al. 2021). Anzumerken ist jedenfalls, dass Digitalisierung soziale Kontakte nicht ersetzen kann, aber eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, in Zeiten der Pandemie Zugang zu anderen zu erhalten, und Kommunikation und Austausch zu pflegen.

In der SHARE-Befragung wurde unter anderem Aspekten der psychischen Belastung nachgegangen. So wurde gefragt, ob sich die Personen während der Pandemie traurig oder niedergeschlagen fühlten und ob dies mehr, weniger oder etwa gleich intensiv als vor dem Ausbruch von Corona war. Insgesamt gaben 407 Personen bzw. rund 20 Prozent der Befragten an, dass sie sich traurig oder niedergeschlagen fühlten. Abbildung 13 zeigt, dass sich innerhalb dieser Gruppe der (bereits zuvor) psychisch Belasteten die Situation für

Frauen mit geringerem Haushaltseinkommen, d. h. unter dem Median (monatliches Median-Nettohaushaltseinkommen: € 2350.-), während der Pandemie am stärksten verschlechterte, nämlich bei mehr als 60 Prozent. Bei Frauen mit einem höheren Haushaltseinkommen, d. h. über dem Median, ist dieser Anteil mit rund 44 Prozent geringer. Bei den Männern ist der Anteil an Personen, die sich seit dem Ausbruch von Corona trauriger oder niedergeschlagener fühlen, in allen Gruppen geringer. Auch der Unterschied der jeweiligen Anteile zwischen den Einkommensgruppen ist bei Männern kleiner, wobei 46 Prozent jener mit einem geringeren Haushaltseinkommen angeben, sich trauriger oder niedergeschlagener zu fühlen, und 41 Prozent jener mit höherem Haushaltseinkommen.

Abbildung 13: Personen, die sich während der Pandemie mehr, weniger oder etwa gleich traurig oder niedergeschlagen fühlten als vor dem Ausbruch, nach Geschlecht und Einkommensgruppen

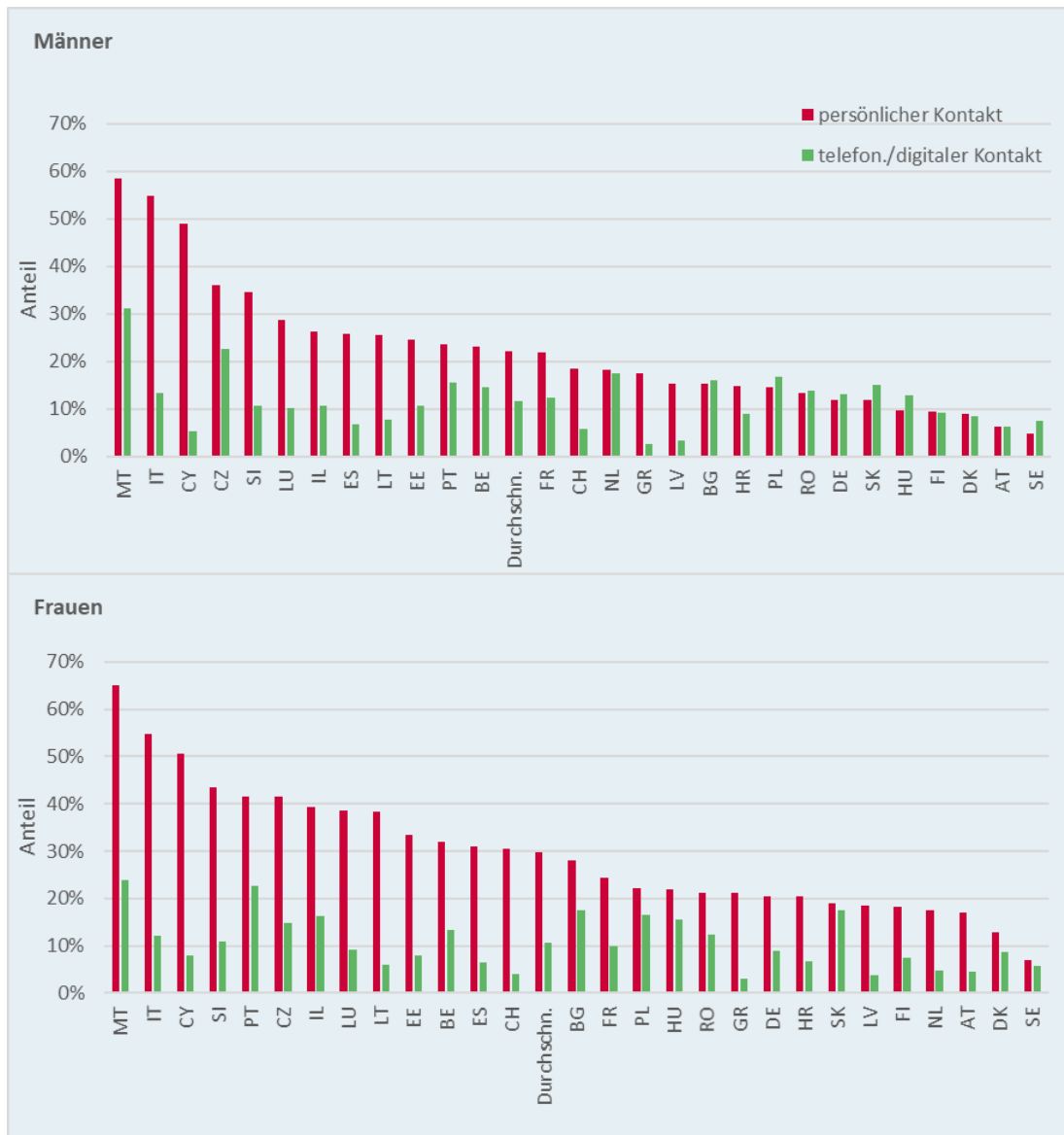


Quelle: Eigene Auswertungen, basierend auf SHARE-Daten, Welle 8

Als Indikator für verstärkte Einsamkeit während der Pandemie wird in Abbildung 14 der Anteil an Personen herangezogen, der seit dem Ausbruch von Corona *nie* persönlichen, d. h. Face-to-Face- (rot) bzw. telefonischen/digitalen (grün), Kontakt zu Nicht-Verwandten wie Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunden oder Kolleginnen und Kollegen hatte. Wünschenswert ist hier ein niedriger Anteil, der darauf hinweist, dass

sozialer Kontakt stattgefunden hat. Der Anteil an Personen *ohne* persönlichen Kontakt ist sowohl bei österreichischen Männern mit 6,4 Prozent als auch bei österreichischen Frauen mit 17,1 Prozent im internationalen Vergleich sehr gering (EU-Durchschnitt M: 22,2 %; F: 29,7 %). Der Anteil an Personen, die *nie* persönlichen Kontakt hatten, ist bei den österreichischen Frauen höher als bei den österreichischen Männern (so auch tendenziell im internationalen Vergleich). Der deutlich niedrigere Anteil an Frauen, die *nie* telefonischen/digitalen Kontakt hatten (4,5 %) im Vergleich zum Anteil an Frauen, die *nie* persönlichen Kontakt hatten (17,1 %) könnte darauf hinweisen, dass Frauen den persönlichen Kontakt eher mit telefonischem/digitalem Kontakt kompensieren. Bei den Männern sind diese beiden Anteile hingegen nahezu ident.

Abbildung 14: Anteil der Männer bzw. Frauen, die keinen persönlichen bzw. telefonischen/digitalen Kontakt hatten



Quelle: Eigene Auswertungen, basierend auf SHARE-Daten, Welle 8

6.4 Diskussion

Das vorliegende Kapitel erlaubte es, anhand einer Analyse von internationalen Befragungsdaten (SHARE) sowie der verfügbaren Literatur ein Stimmungsbild zur Situation der Altersgruppe der 55- bis 79-Jährigen während der Pandemie in Österreich zu zeichnen. Anzumerken ist, dass es sich bei den Daten um eine punktuelle Befragung der Personen im Zeitraum Juli bis September 2020 handelt, weshalb zwar erste Hinweise möglich sind,

aber noch keine abschließende Beurteilung zur Situation älterer Menschen in der Pandemie.

Es konnte einmal mehr gezeigt werden, dass ältere Menschen eine heterogene Gruppe sind und auch in der Pandemie unterschiedlich betroffen waren bzw. sind. Insbesondere spielen Geschlecht, sozioökonomischer Status und soziale Netzwerke eine wichtige Rolle dabei, wie die Pandemie erlebt wurde bzw. wird. Überraschend zeigte sich, dass Frauen unter 65 Jahren ihr ehrenamtliches Engagement deutlich verstärkten. Ältere Männer könnten in künftigen Krisen hingegen noch stärker in ehrenamtliche Tätigkeiten eingebunden werden, etwa unter Einbezug von neuen Technologien. Aktives Altern kann zu besserem Wohlbefinden auch in Krisenzeiten beitragen. Dennoch sind vulnerable Gruppen älterer Menschen besonders zu berücksichtigen, die aufgrund von finanziellen, körperlichen oder psychischen Einschränkungen nicht in der Lage sind, in Krisenzeiten durch aktives Engagement Resilienz zu zeigen. Beispiele dafür wurden in diesem Kapitel an mehreren Stellen genannt, u. a. ältere Personen in erwerbsfähigem Alter mit gesundheitlichen Einschränkungen, die ein erhöhtes Risiko haben, von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen zu sein, Frauen mit niedrigem Einkommen, die gefährdet sind, soziale Isolation und starke psychische Belastungen zu erleben, sowie nicht erwerbstätige ältere Menschen, die von finanziellen Problemen betroffen sind.

7 Herausforderungen für Menschen mit Demenz

Alice Edtmayer

7.1 Einleitung

Unter den ohnehin als Risikogruppe für schwere Erkrankung geltenden älteren und hochaltrigen Menschen wurden Personen mit Demenz als besonders gefährdete Gruppe für eine Ansteckung mit SARS-CoV-2 und einen schweren Verlauf identifiziert (RKI 2021). Zudem gibt es Hinweise, dass Menschen mit fortgeschrittener Demenz häufiger an COVID-19 versterben als Erkrankte ohne Demenz (Treskova-Schwarzbach et al. 2021). Vor diesem Hintergrund erhielten Menschen, die mit kognitiven Einschränkungen leben, schon zu Beginn der COVID-19-Pandemie besondere Aufmerksamkeit.

Das erhöhte Infektionsrisiko besteht einerseits dadurch, dass Menschen mit Demenz aufgrund der kognitiven Einschränkungen Schutzmaßnahmen wie Händehygiene, Abstandhalten oder das Tragen von Masken nicht immer konsequent umsetzen können. Andererseits sind sie oftmals auf Pflege und Betreuung angewiesen, wodurch das Gebot des Physical Distancing schwer realisierbar ist. Ein gesteigertes Risiko für einen schweren Verlauf ergibt sich daraus, dass Menschen mit Demenz in der Regel weitere Grunderkrankungen mitbringen. Zusätzlich ist bei bestimmten Formen der Demenz (vaskuläre Demenz und Alzheimer-Krankheit) die Funktion der Blut-Hirn-Schranke beeinträchtigt, was die Betroffenen anfälliger für bakterielle und virale Infekte macht (Wang et al. 2020).

Für den vorliegenden Beitrag sollte der Frage nachgegangen werden, wie sich die COVID-19-Pandemie und insbesondere die damit verbundenen Maßnahmen zu deren Eindämmung auf Menschen mit Demenz ausgewirkt haben. Um dem nachzugehen, erfolgte eine Annäherung über eine qualitative Analyse von zwei Datenquellen, die hierfür zur Verfügung standen: (1) Bereits im Frühjahr/Anfang Sommer 2020 wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit einer Studie zu COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen beauftragt (BMSGPK 2020b). Darin finden sich auch Hinweise auf die Situation von Menschen mit Demenz im Setting der stationären Langzeitpflege. (2) Zudem wurde die jährliche Fachtagung

der Demenzstrategie, deren Umsetzung ebenfalls der GÖG obliegt, dem Thema „Demenz und COVID-19“ gewidmet. Hier wurden insbesondere die Herausforderungen für Menschen mit Demenz, die nicht in einer Pflegeeinrichtung wohnen, beleuchtet. Denn viele leben in den eigenen vier Wänden und werden dort betreut.

7.2 Methode

Im Folgenden wird kurz auf die Datenquellen für die Analyse, auf der dieser Beitrag beruht, eingegangen.

Die jährliche **Fachtagung der Demenzstrategie** wurde 2020 virtuell, aufgeteilt auf vier Termine zu je zwei Stunden, zwischen September und November 2020 abgehalten. Jeder Termin behandelte ein anderes Thema:

1. Termin: Erfahrungen von Menschen mit Demenz und ihren Familien
2. Termin: Erfahrungen von Einrichtungen/Dienstleisterinnen und Dienstleistern in der Demenzbetreuung
3. Termin: Chancen der Digitalisierung für Menschen mit Demenz
4. Termin: Zusammenfassung und Erarbeitung von Empfehlungen

Im Rahmen des ersten Termins berichteten neben Menschen mit Demenz auch Angehörige sowie Vertreter:innen von Selbsthilfe- und Selbstvertretungsgruppen. Die zweite Veranstaltung beinhaltete Beiträge aus der Pflege- und Betreuungspraxis. Zu den Chancen der Digitalisierung referierte neben einer Forscherin auch eine mit Demenz lebende Person. Alle Berichte beziehen sich überwiegend auf die Zeit des ersten Lockdowns (März bis Mai 2020) sowie die darauffolgenden Öffnungsschritte.

In der **Studie COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen** (BMSGPK 2020b) wurden sowohl ein quantitativer als auch ein qualitativer Zugang gewählt, um die Situation der Menschen in diesen Einrichtungen während des ersten Lockdowns und der darauffolgenden Öffnungsschritte (März 2020 bis Mai 2020) zu erheben. Ende Juni 2020 wurde jeweils eine Fokusgruppe mit Personal aus Alten- und Pflegeheimen (N=11) sowie mit Behörden und Aufsichtsorganen im Pflegebereich (N=13) online abgehalten. Folgende Leitfragen standen im Mittelpunkt:

- Was ist in der Zeit des Lockdowns gut gelungen?
- Wo/in welchen Bereichen gab es während des Lockdowns Probleme?
- Was sollte in einer ähnlichen Situation anders laufen?

Im Juni/Juli 2020 wurden zudem alle 930 Alten- und Pflegeheime in Österreich befragt, Antworten konnten von 304 Alten- und Pflegeheimen ausgewertet werden (n=304). Der Online-Fragebogen orientierte sich an den Empfehlungen zu COVID-19-Schutzmaßnahmen für Pflege und Betreuung (BMSGPK 2020c). Die Fragen behandelten primär die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen zum Schutz der Bewohner:innen im Zeitraum März-Mai 2020. Ein Item bezog sich direkt auf Personen mit Demenz. Zusätzlich wurde die Situation von Menschen mit kognitiven Einschränkungen mehrfach in den Freitextfeldern der Befragung beschrieben. Die Fragebögen wurden von Führungskräften der Organisationen ausgefüllt, es handelt sich also um die Sichtweise des Personals und nicht um jene der Menschen mit Demenz.

Für diesen Beitrag wurden die relevanten Inhalte der Studie *COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen* sowie der Tagung der Demenzstrategie im August 2021 aus den Primärdaten extrahiert, kategorisiert und eine **Synthese** daraus erarbeitet.

7.3 Ergebnisse

Im Zuge der Analyse konnten fünf Kategorien gefunden werden, denen sich die zentralen Inhalte und Aussagen zuordnen ließen. Neben den persönlichen Faktoren wie Stimmung und Wohlbefinden sowie kognitive und körperliche Situation wurden auch Aussagen zur Versorgungssituation der Menschen mit Demenz getroffen. Das Thema Digitalisierung nahm eine zentrale Rolle in allen Erhebungen ein und wurde daher als eigene Kategorie aufgenommen.

7.3.1 Stimmung und Wohlbefinden

Einen durchaus differenzierten Einblick in das Erleben geben die Schilderungen **einer demenziell veränderten Person** im Rahmen der Tagung: Sie erlebte die erste Zeit des Lockdowns als sehr ruhige und entspannte Zeit. Sie konnte die Entschleunigung genießen und äußerte sich positiv darüber, keinem Leistungs- oder Termindruck ausgesetzt zu sein: „[...] *ich war entspannt, es ging alles so schön gemütlich.*“ Im weiteren Verlauf lag der Fokus im Alltag mangels Alternative auf der Auseinandersetzung mit den eigenen Defiziten, was dazu führte, dass einfache Aufgaben als Stress empfunden wurden. Gewohnheiten wie das Schreiben von Notizen wurden vernachlässigt, was wiederum Frustration und Ärger über sich selbst auslöste. Als die ersten Öffnungsschritte gesetzt wurden, herrschte einerseits Freude über die Wiederaufnahme des sozialen Lebens und der Arbeit in der Peer-to-

Peer-Beratung. Auch die wieder vorhandene Struktur im Tagesablauf wurde positiv gesehen. Eine Herausforderung war jedoch das eigene wie auch das Verhalten anderer in der Öffentlichkeit: Neben der Angst vor einer Ansteckung war diese Zeit auch von der Unsicherheit geprägt, ob sie selbst die Maßnahmen korrekt umsetzte. Zusätzlich ärgerte sich die betroffene Person über Mitmenschen, die keine Masken trugen oder ihr körperlich nahkamen.

Über eine andere mit Demenz lebende Person wurde von einer Selbsthilfegruppe berichtet, dass die erste Zeit der Pandemie für sie sehr angstbehaftet war; die mediale Berichterstattung löste große Furcht aus. Die eigene Unsicherheit, Maßnahmen falsch umzusetzen, führte in diesem Fall dazu, dass dieser (alleinlebende) Mensch sich völlig isolierte und stark unter der Gesamtsituation litt. Andere mit Demenz lebende Personen berichteten, „[...] die Krise als nicht besonders erschütternd“ erlebt zu haben. Es wurden Parallelen zu den Fliegeralarmen im Krieg gesehen; die Gefahr sei demnach unsichtbar und würde nicht als solche wahrgenommen. Auch Einsamkeit war kein präsent Thema. Es wurde mitgeteilt, dass telefonische Kontakte mit der Familie eher zunahmen, was als schön empfunden wurde.

Die **Angehörige** der von Demenz betroffenen Person berichtete darüber, dass der Vater soziale Kontakte im Lockdown sehr vermisste. Lange Waldspaziergänge waren in dieser Zeit die wichtigste Copingstrategie für die gesamte Familie, um Wohlbefinden zu fördern. Für unangenehme Situationen sorgte das Bedürfnis des Vaters, andere Menschen zu umarmen. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei dem betroffenen Mann um eine bekannte Persönlichkeit handelt, deren Familie die Demenzdiagnose öffentlich gemacht hatte, wurde das Verhalten von den Menschen aber sehr wohlwollend akzeptiert. Ähnliches wurde auch von anderen Personen in den Erhebungen berichtet, hier war das Verständnis der Bevölkerung nicht immer vorhanden.

Erste Ergebnisse einer quantitativen Befragung von Klientinnen bzw. Klienten und Betreuenden in der **ambulanten gerontopsychiatrischen Betreuung** in Tirol wurden im Rahmen der Tagungsreihe vorgestellt (N=46): Diese zeigten, dass in mehreren das Wohlbefinden betreffenden Aspekten während des Lockdowns Verschlechterungen aufgetreten waren. So litten 28 Prozent der betreuten Menschen mit Demenz an depressiven Verstimmungen, Antriebstörungen war bei 26 Prozent zu beobachten. Bei 23 Prozent nahmen Schlafstörungen zu und je 21 Prozent waren von Angst und Einsamkeit betroffen (Defrancesco 2020).

Kontrovers beschreiben wurde die Situation in der **stationären Langzeitpflege**, in der ein hoher Prozentsatz von Menschen mit Demenz betreut wird (Auer et al. 2018). Vonseiten der (behördlichen) Aufsichtsorgane wurde von verzweifelten Angehörigen und Bewohnerinnen und Bewohnern berichtet und darüber, dass es zu unverhältnismäßigen Freiheitsbeschränkungen gekommen sei. Die Mitarbeitenden in diesen Einrichtungen hingegen beschrieben die Zeit des ersten Lockdowns als ruhig, da die Abläufe nicht durch Angehörige beeinflusst wurden. Dadurch blieb den Pflegenden mehr Zeit, sich auf die Bedürfnisse der Bewohner:innen zu konzentrieren. Es wurden neue und spontane Aktivitäten umgesetzt, Einsamkeit durch Besuchsverbote sei nicht gegenwärtig gewesen. Nach Aussage der Mitarbeitenden kam es zu keinem vermehrten Gebrauch von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

7.3.2 Kognitive Situation

Auch auf ihre kognitive Situation ging die bereits zitierte **Person mit Demenz**, die sich auf der Tagung eingebracht hatte, ein: Sie berichtete darüber, dass sie am Beginn des ersten Lockdowns das Gefühl hatte, mit ihren kognitiven Einschränkungen besser umgehen zu können. Dies wurde insbesondere durch die einfachere Strukturierung des Alltags unterstützt. Im weiteren Verlauf merkte sie allerdings, dass sich durch die mangelnde Stimulation eine „*Trägheit im Kopf*“ einstellte und dass das Zuhausebleiben „*dem Gehirn nicht gut [tut]*“. Spürbar war das etwa beim Lesen eines Buches, was plötzlich mehr Konzentration erforderte. In der Zeit der Öffnungsschritte zeigte sich die Verschlechterung der Kognition dadurch, dass das Hinausgehen mit mehr Stress als zuvor verbunden war. So erforderte das Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln viel Aufmerksamkeit und die Orientierung im öffentlichen Raum war schwieriger.

Im Zusammenhang mit **ambulanter Betreuung** wurde berichtet, dass Symptome wie Aggression und Weglauftendenzen verstärkt wahrnehmbar gewesen seien. Aus der o. g. Erhebung in Tirol ist bekannt, dass vermehrte Aggression bei 13 Prozent der Befragten (N=46) angegeben wurde. Auch eine Verschlechterung des kognitiven Zustands der Klientel war verstärkt wahrnehmbar. Dies wurde von einem Träger in der **Tagesbetreuung** bestätigt: Hier wurde beobachtet, dass ein Drittel der Gäste nach dem Lockdown nicht mehr kommen konnte. Ein weiteres Drittel wies einen deutlich verschlechterten Zustand auf. Für die **stationäre Langzeitpflege** kann auf Basis der vorhandenen Daten keine Aussage in Bezug auf Kognition getroffen werden. In beiden Teilen der Erhebung in den Pflegeheimen wurde jedoch angeregt, bei Menschen mit Demenz Angehörige weiter in die Betreuung miteinzubeziehen, um einer Verschlechterung der kognitiven Situation vorzubeugen. Als

positives Umsetzungsbeispiel wurde hier von den Mitarbeitenden „Rooming-in“ bei Menschen mit Demenz genannt. Aus einer Selbsthilfegruppe für Angehörige wurde berichtet, dass Menschen mit Demenz, die stationär gepflegt werden, ihre Familien nach dem Lockdown nicht mehr erkannt hätten.

7.3.3 Körperliche Situation

In Bezug auf die körperliche Situation wurde von einem **Menschen mit Demenz** berichtet, dass während des Lockdowns eine deutliche Veränderung im Hinblick auf Kraft und Ausdauer wahrgenommen wurde. Dies machte sich insbesondere in der Zeit der Öffnungen bemerkbar, da gewohnte Strecken nicht mehr bewältigbar waren. Auch die Schlafqualität verschlechterte sich, „[...] weil ich einfach zu wenig Bewegung gemacht habe“. Eine zusätzliche Herausforderung in diesem Zusammenhang war, dass nach dem Lockdown das gewohnte Fitnessstudio nicht mehr aufgesperrt hat. Die Erhebung in der **ambulanten Demenzbetreuung** (N=43) zeigte, dass sich bei 43 Prozent der Befragten ab dem Lockdown eine Zunahme an Bewegungseinschränkungen einstellte. 34 Prozent bemerkten eine vermehrte Müdigkeit/Energielosigkeit.

7.3.4 Versorgungssituation

Die **mit Demenz lebende Person** tätigte keine Aussage zur pflegerischen oder medizinischen Versorgung. Angesprochen wurde aber, dass ihre Kinder Besorgungen für sie übernahmen und das als angenehm empfunden wurde. Auch Nachbarinnen und Nachbarn unterstützen sie. Ähnliches wurde von den Selbsthilfegruppen berichtet; Unterstützung und Zusammenhalt im persönlichen Umfeld wurden von den Menschen mit Demenz als positive Seite der Pandemie beschrieben. Gleichzeitig wurde betont, dass es auch erstrebenswert wäre, Erledigungen wieder selbst durchzuführen. Eine Herausforderung in der medizinischen Versorgung resultierte daraus, dass durch die Reduktion von elektiven Eingriffen OP-Termine verschoben wurden. Das hatte zur Folge, dass eigentlich behandelbare Schmerzzustände die Selbstständigkeit im Alltag erschwerten.

Wesentliche Auswirkungen auf **pflegende Angehörige** hatten die Schließung von Tageszentren und die erschwerte Einreise der 24h-Betreuer:innen; die Folge davon, nämlich dass die Betreuung nun allein bei den Angehörigen lag, wurde in den Beiträgen der Selbsthilfegruppen für Angehörige als stark belastend beschrieben. Aus der **mobilen Pflege und Betreuung** wurde berichtet, dass manche Träger Leistungen einschränken mussten. Das betraf z. B. das Gedächtnistraining, es wurden aber Alternativen angeboten und so etwa

Gedächtnistrainings per Post zugeschickt. Andere Träger gaben an, keine Leistungen reduziert zu haben. Die Erhebung in Tirol (N=46) zeigte, dass Leistungen in der mobilen Demenzbetreuung hier zwar reduziert wurden, aber nicht ausschließlich auf Initiative der Trägerorganisationen: 37 Prozent der Befragten gaben eine Reduktion der Betreuung an, von diesen war das wiederum bei knapp zwei Dritteln der Wunsch der Klientinnen und Klienten oder ihrer Angehörigen. Ein Drittel musste aufgrund fehlender Schutzausrüstung Leistungen in verringertem Ausmaß anbieten. Gleichzeitig wurde die Unterstützung durch Angehörige oder Freundeskreise bei mehreren Befragten weniger. Im Bereich der medikamentösen Versorgung wurde beobachtet, dass es zu keinem klaren Anstieg an sedierender Medikation kam (Defrancesco 2020).

Im Bereich der **stationären Langzeitpflege** bestehen konträre Sichtweisen zur Versorgungssituation. Von Angehörigengruppen wurde berichtet, dass die Menschen in den Pflegeheimen keine Zuwendung bekommen hätten und das Personal die fehlenden Besuche nicht ersetzen könnte. Aus den Organisationen selbst gaben knapp zwei Drittel an, dass in ihren Häusern in der Zeit der Besuchsbeschränkung verstärkt auf die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingegangen werden konnte (64 Prozent). 28 Prozent konnten dies teilweise tun und 2,6 Prozent konnten nicht verstärkt auf die Bedürfnisse dieser Menschen eingehen. Begründet wurde das mit dem Fehlen von vertrauten Menschen, die sonst täglich zu Besuch kamen.

Von allen in die Erhebungen involvierten Gruppen wurde berichtet, dass **(fach-)ärztliche Versorgung** reduziert wurde oder ausblieb. In der quantitativen Befragung in Tirol wurde dies von 22 Prozent angegeben. Weitere Einschränkungen bestanden im Bereich der therapeutischen Versorgung sowie bei den Freizeitangeboten.

7.3.5 Technikeinsatz und Digitalisierung

Menschen, die mit Demenz leben, erzählten von ihren Erfahrungen zum Thema Digitalisierung in Zeiten von COVID-19. Insbesondere ging es dabei um die Herausforderungen und Chancen von virtuellen Treffen. Der Umgang mit Videokonferenz-Tools konnte mit Unterstützung gut bewältigt werden. Sie bewerten positiv, dass sie dadurch die Möglichkeit hatten, etwas Neues zu lernen. Als besonders vorteilhaft wurde der Entfall von Wegzeiten bei Treffen von Selbsthilfegruppen erachtet; diese Wege seien oft anstrengend und erfordern besondere Konzentration. Auch bestand aber Einigkeit, dass diese Art von Treffen ebenso mit Anstrengung verbunden sei und auf Dauer direkte Kontakte nicht ersetzen

könne. Um Menschen mit Demenz hier zu unterstützen, wurde auch ein Leitfaden für Moderatorinnen und Moderatoren von virtuellen Gruppen erarbeitet³

Auch aus den **Selbsthilfegruppen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen und für Angehörige** wurde berichtet, dass virtuelle Angebote überwiegend gut angenommen wurden. In manchen Fällen haben sie dazu geführt, dass bereits ausgeschiedene Mitglieder durch die Niederschwelligkeit wieder teilnehmen konnten. Auch konnten Menschen mit Demenz die Selbstvertretung weiterführen, indem sie (virtuell) an einer Studie zu Digitalisierung und Demenz teilnahmen (Reitinger et al. 2020). Allerdings brauchte es in der Regel Angehörige vor Ort, die die Menschen mit Demenz im Umgang mit den Meeting-Tools unterstützten. Im Bereich der **Demenzberatung** wurde nach erfolgreicher Umsetzung von Telebetreuung diese von einem Anbieter in den Leistungskatalog aufgenommen. Im Kontext der **stationären Langzeitpflege** wurde in einer Rückmeldung darauf hingewiesen, dass Videotelefonie mit Angehörigen bei Menschen mit schwerer Demenz teilweise paradoxe Reaktionen, wie z. B. Weinen, ausgelöst habe und daher als nicht zielführend erachtet wurde.

Als temporäre Alternative oder ergänzendes Angebot wurden virtuelle Kontakte für Menschen ohne schwere Demenz durchgängig positiv gesehen. Die Einschätzung, dass sie persönliche Treffen nicht ersetzen können, wurde von Menschen mit Demenz geäußert und auch von Angehörigen, Selbsthilfegruppen und Pflegeanbietern geteilt.

7.4 Diskussion

Die Analyse der Erhebungen zeigt, dass die COVID-19-Pandemie für Menschen mit Demenz einige Herausforderungen barg und birgt. Neben möglichen Einflüssen sozialer Isolation auf die kognitive und physische Leistungsfähigkeit sowie auf die psychosozialen Umstände sind auch Probleme in der medizinischen und pflegerischen Versorgung entstanden. Diese Erkenntnis steht auch im Einklang mit den Erläuterungen im Positionspapier der Österreichische Alzheimer Gesellschaft (ÖAG). Hier wurde die Verfügbarkeit von Schutzausrüstung als zentraler Aspekt für die Weiterführung der ambulanten Versorgung identifiziert (Defrancesco 2020). Allerdings werden die versorgungsbezogenen Gegeben-

³ <https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/Handlungsempfehlung-fuer-die-Abhaltung-von-Video.pdf>

heiten von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren konträr wahrgenommen: Insbesondere in der stationären Langzeitpflege zeigt sich in der vorliegenden Zusammenfassung eine Divergenz zwischen den Einschätzungen der Organisationen und deren Mitarbeitenden und jenen der Selbsthilfegruppen für Angehörige und der Aufsichtsorgane. Erstere sahen die Menschen gut versorgt, oftmals sogar besser als vor dem Lockdown, weil mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung standen. Ihrer Ansicht nach seien die Bewohner:innen nicht einsam gewesen bzw. hätten dies nicht anders oder stärker zum Ausdruck gebracht als vor der Pandemie. Letztere nahmen die Bewohner:innen als verzweifelt wahr, Zuwendung habe es keine gegeben. Die ÖAG (Defrancesco 2020) richtet ihren Blick zusätzlich auf die akutstationäre Versorgung. Hier kam es zur Verschiebung von elektiven Eingriffen, was auch Menschen mit Demenz betraf. Wenn Aufenthalte aber nötig waren, bestand aufgrund der Maßnahmen ein erhöhtes Risiko, ein Delir zu entwickeln.

Die ÖAG hält fest, dass eine weitere Herausforderung für Menschen mit Demenz im erschwerten Zugang zu Information liegt. Hierfür würden sich demnach schriftliche, demenzgerecht aufbereitete Informationsquellen eignen. (Defrancesco 2020)

Ein weiterer Aspekt, der in dieser Analyse mehrmals sichtbar wurde, ist die direkte und indirekte Betroffenheit der Angehörigen von Menschen mit Demenz. In der Literatur werden Angehörige selbst als vulnerable Gruppe beschrieben (Schmidhuber 2020). Sie kamen durch die pandemiebedingten Einschränkungen in der professionellen Betreuung teilweise in die Lage, plötzlich allein verantwortlich für die Versorgung ihres Familienmitglieds zu sein. Wurde dieses bereits institutionell betreut, war das Gegenteil der Fall; der Kontakt zur Person mit Demenz war teilweise über Wochen eingeschränkt oder gar nicht möglich, was Frust und Ängste auslöste. Beide Situationen führen dazu, dass nicht nur die kognitiv beeinträchtigten Menschen selbst, sondern auch deren Angehörige (spätestens) in dieser Pandemie zu einer vulnerablen Gruppe wurden.

Neben den Herausforderungen sind aus der Situation heraus auch Chancen erwachsen. So können niederschwellig Angebote durch (unterstützte) Teilnahme an virtuellen Treffen angenommen werden. Menschen mit Demenz können sich neues Wissen und Fertigkeiten im Umgang mit digitalen Medien aneignen und so weiter an Aktivitäten wie Selbsthilfe und Selbstvertretung teilhaben. Für Menschen mit fortgeschrittener Demenz ist Videotelefonie selten geeignet – das wird auch in der Literatur bestätigt; von anderen Maßnahmen, wie z. B. Telemedizin, können aber auch diese Menschen und deren Angehörige profitieren (Defrancesco 2020). Als weiterer positiver Aspekt des Lockdowns wurden in dieser Analyse ein spürbarer sozialer Zusammenhalt und informelle Unterstützung beschrieben.

In den vorliegenden Ergebnissen wurde eine Reihe von Herausforderungen für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen deutlich. Es wäre lohnenswert, diesen weiter nachzugehen, wofür es allerdings aufgrund der komplexen Rahmenbedingungen für Forschung an und mit Menschen mit Demenz entsprechend umfassender zeitlicher und finanzieller Ressourcen bedarf. Die Perspektive von Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Stadien und Betreuungssettings auf verschiedene pandemiebezogene Aspekte systematisch einzuholen, wäre allemal ein lohnenswertes Unterfangen.

8 Herausforderungen für Menschen in Alten- und Pflegeheimen

Franz Kolland, Rebekka Rohner, Viktoria Greber

8.1 Hintergrund

Ältere Bewohner:innen von Pflegeheimen gelten seit Beginn der Corona-Pandemie als besonders gefährdete Gruppe, weil hohes Alter und die Anzahl von chronischen Erkrankungen als Risikofaktoren eines schweren Verlaufs identifiziert wurden (Dong et al. 2020). Zusätzlich besteht in Pflegeheimen eine höhere Ansteckungsgefahr aufgrund der unerlässlichen Kontakte zu anderen Bewohner:innen und Bewohnern, Angehörigen und Pflege- oder Betreuungskräften. Vor dem Hintergrund dieser Bedingungen ist es nicht überraschend, ein höheres Sterblichkeitsrisiko in Pflegeheimen zu sehen. Datenmeldungen der Bundesländer an den Bund mit dem Stichtag 9. September 2021 zeigen, dass 36 Prozent der Personen (=3.866), die am SARS-CoV-2-Erreger gestorben sind, in Alten- und Pflegeheimen gelebt haben. Andererseits ist aber auch festzuhalten, dass sich 70 Prozent der in Heimen lebenden Personen nicht infiziert haben.

In Österreich und vielen anderen Ländern wurden deswegen Maßnahmen getroffen, um Bewohner:innen von Alten- und Pflegeheimen vor einer COVID-19-Infektion zu schützen. Diese Maßnahmen reichten von Besuchsverboten und einer Intensivierung der Schutzausrüstung des Personals über eine Einschränkung von Gruppenaktivitäten (Frahsa et al. 2020) bis hin zu regelmäßigen Tests für Pflegekräfte und einer raschen Impfung aller relevanten Personengruppen. Die getroffenen Maßnahmen haben im Verlauf der Pandemie zu einer massiven Senkung des coronabedingten Mortalitätsrisikos in den Pflegeheimen geführt. So ist der Anteil von COVID-19-Todesfällen in Alten- und Pflegeheimen an allen COVID-19-Todesfällen von 43 Prozent am 18. Jänner 2021 (=3.245 Personen) auf 36 Prozent am 9. September 2021 gesunken. Ungünstiger sind dagegen die Erkenntnisse zu den sogenannten Nebenwirkungen der gesetzten Schutzmaßnahmen, die u. a. zu kognitiven und körperlichen Veränderungen der Bewohner:innen aufgrund von Social Distancing geführt haben (Benzinger et al. 2021).

Der Beitrag hat das Ziel, die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Bewohner:innen von Langzeitpflegeeinrichtungen zu beschreiben und zu analysieren. Dabei soll das Konzept der „pandemischen Ambivalenz“ als Rahmen verwendet werden, um zu einer Verdichtung der Ergebnisse zu kommen (Sandman/Lanard 2020). Dieses Konzept geht davon aus, dass COVID-19 den Prozess des Alterns in Pflegeheimen unter ein besonderes Brennglas gebracht hat. Der Prozess des Alterns ist an sich gleichermaßen verknüpft mit Enttäuschungen und Hoffnungen (Aner/Fooken 2016). Dazu kommen die gesellschaftlichen Diskurse zum Alter, die ebenfalls von Defizit (Alter) und Wachstum (Jugend) bestimmt sind. Hat sich vor Corona die Pendelbewegung zwischen Bedrohung und Gewinn im Älterwerden in letztere Richtung bewegt, so zeigt sich seit Beginn der Corona-Pandemie ein starker Ausschlag in Richtung einer defizitären Sicht des Alter(n)s, was sich in Begriffen wie Vulnerabilität des Alters, Identitätskrise und Kontrollverlust im Alter ausdrückt.

Als belastend erfahrene pandemiebedingte Ereignisse können mit Abwehr und Rückzug beantwortet werden, sie können aber auch zu neuen Wegen des Handelns - wie digitale Kommunikation - führen. Denn, so Marquard (2001, 54f.), „im Alter schrumpft die eigene Zukunft“, was durch die Corona-Pandemie noch einmal zugespitzt wird, und „alte Menschen können unbekümmerter nicht nur merken, sondern auch reden“.

Folgende Fragen sollen auf Basis von verfügbaren Publikationen zu Bewohnerinnen und Bewohnern in österreichischen Pflegeheimen und einer eigenen Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern im Sommer 2020 (Kolland et al. 2021a) beantwortet werden:

1. Wie erlebten Pflegeheimbewohner:innen die Corona-Pandemie und wie bewältigten sie diese?
2. Wie gestaltete sich die Pflegesituation und welche Pflegequalität konnte gewährleistet werden?

8.2 Erleben und Reaktionen auf COVID-19

Der Alltag in Alten- und Pflegeheimen hat sich im März 2020 abrupt geändert und war von Besuchsverboten und Isolationsmaßnahmen geprägt. Die Pflegekräfte gaben in qualitativen Interviews an, dass sie versuchten, so gut wie möglich einen normalen Alltag für die Bewohner:innen aufrechtzuerhalten und Besuchsverbote während der Lockdowns durch persönliche Gespräche und neue (digitale) Sozialbeziehungen auszugleichen.

Ebenso versuchten sie in den Phasen der Lockerungen einen sicheren Kontakt zu den Angehörigen zu gewährleisten (Kolland et al. 2021b). In einer Befragung der österreichischen Pflegeheime im Auftrag des Sozialministeriums gaben 89 Prozent der Einrichtungen an, dass sie verstärkt die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohner:innen beobachtet haben und versuchten, durch vermehrte Zuwendung über Gespräche für Stabilität zu sorgen (BMSGPK 2020b). Die Pandemie wirkte sich jedoch auch auf das Gemeinschaftsleben der Bewohner:innen aus. Sie mussten anfangs Abstand zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern halten, allein im Zimmer essen und durften das Zimmer nur verlassen, wenn niemand am Gang war. Sabine Wimmer beschreibt in ihrer Studie beispielhaft eine Bewohnerin, die sich eingesperrt fühlte und ihrem Mann nicht mehr nahe sein durfte (Wimmer 2021).

Wie die Pflegeheimbewohner:innen diese herausfordernde Zeit erleben und bewältigen, wird jedoch aufgrund der Zugangsschwierigkeiten meist aus der Perspektive der Angehörigen oder Pflegekräfte erfasst. So zeigt eine Studie aus Deutschland, in der Angehörige von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern online zum ersten Lockdown (März-Mai 2020) befragt wurden, dass sich der Zustand der Bewohner:innen verschlechtert hat. Dabei gaben zwar 75 Prozent der Angehörigen an, dass die Körperhygiene unverändert gewährleistet werden konnte, aber Einsamkeits- und Depressionsgefühle zugenommen hätten (68 % und 71 %). Darüber hinaus gibt mehr als die Hälfte an, dass sich die körperliche (56 %) und geistige Fitness (61 %) verschlechtert hat (Räker et al. 2021). Eine Zunahme von Angst-, Depressions- und Einsamkeitsgefühlen bei Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Einrichtungen sowie eine kognitive Verschlechterung kann auch im internationalen Vergleich festgestellt werden (Benzinger et al. 2021).

Es ist zusätzlich davon auszugehen, dass die getroffenen Schutzmaßnahmen für Menschen mit Demenz eine besonders große Herausforderung darstellen. Geringere soziale Kontakte bedingen kognitive Verschlechterungen. Diese sind ein wichtiger Faktor der Resilienz bei Menschen mit Demenz, wobei gerade die nonverbale Gestik und Mimik sowie auch die Berührung sehr wichtig sind, da mit zunehmender Erkrankung verbale Informationen schwerer verarbeitet werden können. Der Mund-Nasen-Schutz, die Einhaltung des Abstands und die Besuchsverbote stellen daher eine große Belastung für demenzerkrankte Menschen dar (Defrancesco et al. 2021). Dementsprechend gestaltete sich die Umsetzung der Maßnahmen bei dieser Gruppe meist sehr schwierig. Aufgrund der Maske konnten die Bewohner:innen die Mimik nicht mehr sehen, erkannten die Pflegekräfte nicht mehr und reagierten teilweise aggressiv (Kolland et al. 2021b).

8.3 Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern im Sommer 2020

Um die Perspektive der Bewohner:innen von Langzeitpflegeeinrichtungen in Österreich tiefergehend zu berücksichtigen, soll nun näher auf die Ergebnisse der Studie von Franz Kolland, Rebekka Rohner und Kolleginnen (2021a) eingegangen werden.

Methodik

Im Zeitraum von Anfang August bis Mitte September 2020 wurden im Rahmen der empirischen Studie von Franz Kolland und Kolleginnen (2021a) standardisierte Face-to-Face-Interviews mit 259 Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen der SeneCura Gruppe durchgeführt (=5 % der Grundgesamtheit). Die persönliche Befragung wurde gewählt, um eine größere Zahl von Fragen stellen zu können, um einen guten Rücklauf zu erzielen und einen unmittelbaren Eindruck von der Pflegesituation zu bekommen. Ein Interview dauerte durchschnittlich 38 Minuten und 37 Sekunden (SD: 00:19:45). Der Fragebogen fokussierte auf die Themen Pflegealltag und Pflegequalität, Sicherheit, Gemeinschaft und Einsamkeit und in besonderer Weise auch auf Veränderungen während des ersten Lockdowns (März bis Juni 2020) und der darauffolgenden Lockerungen (Juli bis August 2020). Die Forschung wurde von der SeneCura Gruppe Österreich gefördert.

Die Stichprobenziehung erfolgte anhand der PPS-Methode (Probability Proportional to Size; siehe Diekmann 2011), wodurch zufällig 16 Häuser der insgesamt 62 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in ganz Österreich ausgewählt wurden. In einem zweiten Schritt wurden innerhalb der Häuser Bewohner:innen zufällig aus einer Gesamtliste gezogen. Die Gesamtliste wurde auf Basis folgender Einschlusskriterien erstellt: Bewohner:innen befinden sich seit mindestens drei Monaten in der Langzeitpflege, sie haben keine Erwachsenenschutzvertretung und weisen einen Mini-Mental-State-Wert von mind. 17 auf, wodurch Personen mit einer leichten Demenzerkrankung teilnehmen konnten. Diese Kriterien weisen auch gleichzeitig auf die Limitierungen hin, die bei den Schlussfolgerungen zu bedenken sind. Da der Zugang zu Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern immer über Pflegekräfte stattfinden muss, ermöglichte die zufällige Ziehung der Bewohner:innen eine Minimierung des Einflusses der Pflegekräfte auf die Stichprobe. Es konnte eine Ausschöpfungsquote von 79 Prozent erreicht werden. Dieser Wert bezieht sich auf die Ausschöpfung der Zufallsstichprobe aus den erstellten Gesamtlisten. Gründe

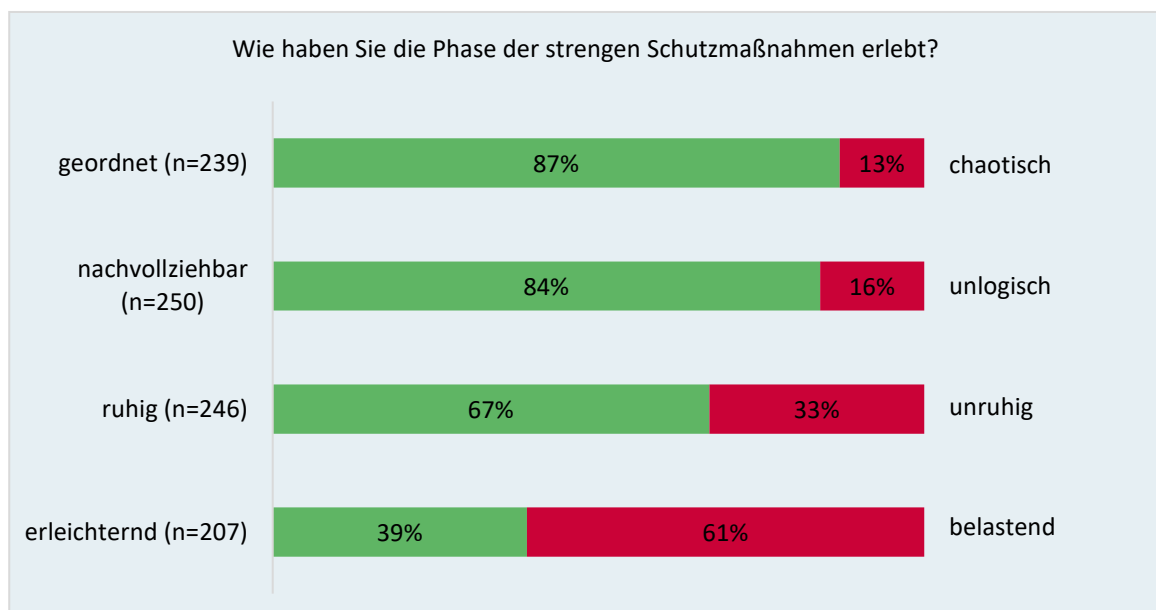
für die Nichtbeteiligung waren Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche, psychische Verfasstheit.

Die Stichprobe setzt sich aus Personen im Alter von 47 bis 101 Jahren mit einem Durchschnitt von 83 Jahren zusammen. 26 Prozent der Stichprobe sind Männer und 74 Prozent Frauen. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gibt als höchsten Schulabschluss die Pflichtschule an (ISCED 0-2), 34 Prozent haben eine mittlere Bildung ohne Matura (ISCED 3) und 13 Prozent weisen eine Matura oder einen höheren Abschluss (ISCED 4-8) als höchster Bildungsabschluss auf.

8.4 Ergebnisse zum Erleben der Pandemie

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die strengen Schutzmaßnahmen im ersten Lockdown von fast zwei Drittel der Bewohner:innen als belastend erlebt wurde (siehe Abbildung 15), 33 Prozent empfanden ein Gefühl der Unruhe. Gleichzeitig gaben die meisten Befragten an, den Lockdown als nachvollziehbare (84 %) und geordnete Phase (87 %) wahrgenommen zu haben. Die Phase der Lockerungen im Sommer 2020 wurde dagegen von der Mehrheit der Befragten als erleichternd (92 %), ruhig (83 %), nachvollziehbar (92 %) und geordnet (94 %) erfahren.

Abbildung 15: Bewertung der Situation während der strengen Schutzmaßnahmen (März-Juni 2020)



Quelle: Kolland et al. (2021a)

Die wahrgenommenen Belastungen hängen mit den Einschränkungen bei den Besuchen zusammen und erhöhten für Teilgruppen das Gefühl der Einsamkeit. Einsamkeit wurde in der Studie mit verschiedenen Variablen abgefragt: So gaben 51 Prozent der befragten Pflegeheimbewohner:innen an, dass sie sich zum Zeitpunkt der Befragung (Sommer 2020) fast nie einsam fühlten und 17 Prozent, dass sie sich oft einsam fühlten⁴. Im Vergleich zu den Ergebnissen der österreichischen Hochaltrigenstudie aus dem Jahr 2013/14 zeigen sich keine Veränderungen der Einsamkeit durch die Pandemie. So gaben dort 55 Prozent der insgesamt 52 befragten Pflegeheimbewohner:innen in Wien und der Steiermark an, nie einsam zu sein. Weitere 25 Prozent gaben an, oft oder immer einsam zu sein (ÖPIA 2015). Die leichten Differenzen zwischen den Werten können eher mit den unterschiedlichen Stichproben erklärt werden.

Betrachtet man die Angaben zur Einsamkeit differenzierter, lässt sich feststellen, dass zwar die soziale Nähe während der Pandemie im Pflegeheim gut gewährleistet werden konnte, aber die emotionale Nähe gelitten hat. 74 Prozent der Bewohner:innen gaben an, dass es immer jemanden in ihrer Umgebung gab, mit dem sie ihre Situation besprechen konnten (soziale Dimension), andererseits vermissten 61 Prozent der Bewohner:innen Menschen, bei denen sie sich wohlfühlten (emotionale Dimension). Dies dürfte ein wichtiger Unterschied zwischen älteren Menschen im Pflegeheim und im Privathaushalt während der Pandemie sein, denn die Kontakteinschränkungen zu Angehörigen galten für beide Personengruppen, jedoch waren Pflegeheimbewohner:innen kaum allein. Sie konnten mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern sowie mit Pflegepersonen sprechen. Lediglich die emotionale Nähe konnte durch die Pflegekräfte nur teilweise kompensiert werden: Für 36 Prozent der Befragten waren die Pflegekräfte Ansprechpersonen für ihre Sorgen und Ängste im ersten Lockdown⁵. Vielfach wurde angenommen, dass digitale Technologien hilfreich sein könnten, um den Kontakt zu Angehörigen herzustellen und emotionaler Einsamkeit entgegenzuwirken, diese wurden jedoch nur von wenigen Bewohnerinnen und Bewohnern tatsächlich genutzt. Insgesamt haben im Sommer 2020 neun Prozent oft oder manchmal mit ihren Angehörigen über das Internet kommuniziert⁶.

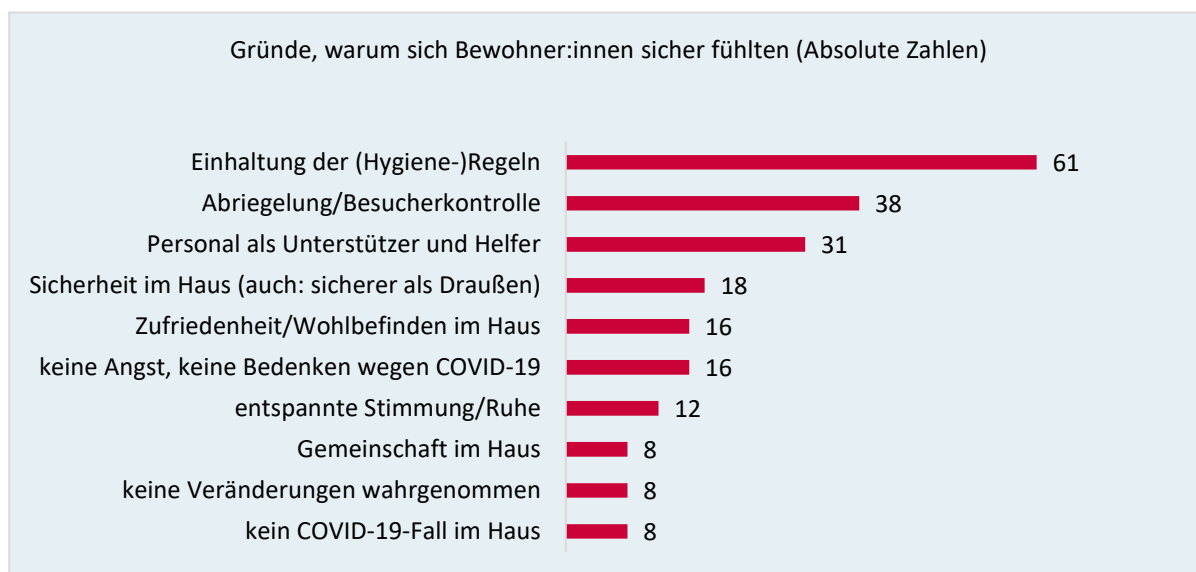
⁴ Frage: Wie oft fühlen Sie sich einsam? Oft, manchmal oder fast nie?

⁵ Haben Sie in der Phase der strengen Schutzmaßnahmen mit dem Personal hier im Haus über Ihre Sorgen und Ängste gesprochen? 1=Ja 2=Nein

⁶ Wie oft haben sie derzeit Kontakt über das Internet (wie WhatsApp, E-Mail, Facebook) mit Ihren Angehörigen? 1=Oft, 2=Manchmal, 3=Nie

Die angegebenen Belastungen sind weniger mit der Angst vor einer eigenen Infektion verknüpft, sondern eher mit allgemeinen Sorgen zur Pandemie. So geben 57 Prozent der Befragten an, dass sie sich viele Sorgen über das Virus machen, allerdings denkt lediglich ein Viertel öfters daran, dass sie selbst das Virus haben könnten (26 %) oder ein hohes Risiko haben, daran zu erkranken (24 %)⁷. Dieser Unterschied erklärt sich durch das hohe Sicherheitsgefühl der Pflegeheimbewohner:innen. 95 Prozent geben an, dass sie sich während des ersten Lockdowns sicher gefühlt haben und 96 Prozent haben das Gefühl, dass ihr Pflegeheim auch die Phase der Lockerungen gut im Griff hat. Abbildung 16 zeigt, dass das Sicherheitsgefühl im ersten Lockdown am häufigsten mit der strikten Einhaltung der Hygieneregeln begründet wird. Zweitens wurde das Besuchsverbot und die Besucherkontrolle genannt und an dritter Stelle wird das Personal genannt, welches in einer beschützenden Rolle wahrgenommen wurde. Erst an sechster Stelle wurde von 16 Personen die Abwesenheit von Ängsten vor einer COVID-19-Infektion genannt.

Abbildung 16: Gründe für das subjektive Sicherheitsgefühl (März-Juni 2020)⁸ (n=223)



Quelle: Kolland/Rohner et al. (2021b)

⁷ Frage: (1) Ich mache mir viele Sorgen über das Coronavirus. (2) Wenn ich vom Coronavirus höre, denke ich oft, dass ich es haben könnte. (3) Ich gehe davon aus, dass ich ein hohes Risiko habe, am Coronavirus zu erkranken. 1=Ja 2=Nein

⁸ Die Bewohner:innen wurden gefragt, ob sie sich in der Phase der strengen Schutzmaßnahmen (März-Juni 2020) im Haus sicher gefühlt haben und, wenn ja, warum. Die Gründe für das subjektive Sicherheitsgefühl wurden als offene Frage erfasst und im Nachhinein kategorisiert.

Die Corona-Pandemie stellt also eine emotionale Belastung für die Pflegeheimbewohner:innen dar, wobei sie sich aufgrund der Schutzmaßnahmen weniger Sorgen um sich selbst als allgemein Sorgen um ihre Angehörigen, Freundinnen bzw. Freunde und Bekannte machen. In dieser Hinsicht findet sich also eine Unterstützung für das Konzept der pandemischen Ambivalenz. Abgemildert werden Angstgefühle durch das Engagement der Pflegepersonen, und zwar sowohl über die Einhaltung der Schutzmaßnahmen als auch über verstärkte sozio-emotionale Zuwendung. Gefühlen von Sorge um die eigenen Angehörigen stehen solche der persönlichen Sicherheit und Geborgenheit im Pflegeheim gegenüber.

8.5 Pflegesituation während der Pandemie

Die Corona-Pandemie stellte und stellt die Pflegeheime vor enorme Herausforderungen, wie etwa fehlende Schutzausrüstung, hohe Anzahl an Überstunden, neue Formen der Angehörigenarbeit, vermehrte persönliche Gespräche und Aufmunterung der Bewohner:innen, Hygieneschulungen und die ständige Angst vor einer Infektion (Staflinger/Schmidt 2020). All diese neuen Aufgaben und Herausforderungen treffen auf ein Arbeitsfeld, das auch schon vor der Pandemie hohen Belastungen ausgesetzt war und von hohen Zahlen an Krankenständen, Burn-outs und Fluktuation geprägt war (Pfabigan/Pleschberger 2021). Neben der Arbeitsverdichtung und den sich daraus ergebenden Belastungen ist die Personalsituation angespannt, wobei Arbeitsverdichtung und Personalsituation sich gegenseitig beeinflussen. Empirische Studien verweisen jedenfalls auf einen bestehenden Personalmangel in der österreichischen Langzeitpflege und prognostizieren einen wachsenden Bedarf an Pflegekräften im kommenden Jahrzehnt (Rappold/Juraszovich 2019). Bis vor der Pandemie wurde der Personalmangel, das zeigt eine Studie für Deutschland, zum Teil durch Angehörige kompensiert, die die Bewohner:innen im Pflegeheim betreuten (Hasseler/Hartleb 2021). Auch in Österreich übernahmen Angehörige Betreuungsaufgaben in der Langzeitpflege (Nagl-Cupal et al. 2018), welche jedoch durch die Zugangsbeschränkungen während der Pandemie weggefallen sind.

Neben Arbeitsverdichtung und Personalmangel kann noch ein dritter Aspekt genannt werden, der vor allem die Lebenssituation von Bewohnerinnen und Bewohnern in der letzten Lebensphase beeinflusst hat. Gemeint ist damit die eingeschränkte Möglichkeit der Sterbebegleitung. Die Sterbebegleitung und Verabschiedung erfolgte während der Pandemie unter strengen Hygienevorschriften und sehr eingeschränktem Zugang, was den

Umgang mit dem Tod für alle Beteiligten erschwerte (Leichsenring et al. 2021; Wimmer 2021). Die Pandemie hat somit den Druck auf die Pflegekräfte erhöht.

Aus der Perspektive der Bewohner:innen wird die besondere Rolle der Pflegekräfte während der Pandemie deutlich. Dies zeigen die Ergebnisse der Studie von Franz Kolland, Rebekka Rohner und Kolleginnen (2021a), auf die im folgenden Abschnitt wieder näher eingegangen werden soll. So fühlen sich nicht nur die meisten Bewohner:innen im Pflegeheim sicher (95 %), es geben auch 94 Prozent der Bewohner:innen an, dass sie die Pflegekräfte im ersten Lockdown als beschützend empfunden haben und nur fünf Prozent als bevormundend⁹. 90 Prozent der Befragten geben an, dass die Heimleitung sehr gut oder gut reagiert hat¹⁰.

Entscheidend für das Wohlbefinden der Pflegeheimbewohner:innen ist die Zeit, die ihnen die Pflegekräfte widmen. Generell gab der größte Teil der Befragten an, dass die Pflegekräfte gleich viel Zeit für die Bewohner:innen hatten als vor der Pandemie (74 %). 16 Prozent gaben an, dass die Pflegekräfte weniger Zeit hatten und weitere zehn Prozent hatten das Gefühl, dass die Pflegekräfte mehr Zeit für sie zur Verfügung hatten als vor der Pandemie¹¹. Obwohl die Pandemie den Druck auf die Pflegekräfte erhöht hat, scheinen sie es geschafft zu haben, eine gute Pflegequalität aufrechtzuerhalten. Zumindest gibt nur jede(r) Sechste der befragten Bewohner:innen an, dass die Pflegekräfte weniger Zeit für sie gehabt hätten. Dies verdeutlicht auch den oben angesprochenen Unterschied zwischen sozialer und emotionaler Einsamkeit. Während die Pflegekräfte es geschafft haben, gleich viel oder mehr Zeit für die Bewohner:innen zu haben und damit einen stabilen Sozialkontakt für die Bewohner:innen bildeten, fehlte der Kontakt zu Personen, die ihnen emotional nahestanden. In der Langzeitpflege ist die schwer zu erreichende Kompensation von fehlender emotionaler Nähe durch Pflegekräfte bereits vor der Pandemie ein Thema gewesen (Plattner et al. 2021), weshalb davon ausgegangen werden kann, dass sich diese Problematik durch die pandemiebedingten Besuchsverbote erhöht hat.

Die Zeit, die Pflegekräfte mit den Bewohnerinnen und Bewohnern verbrachten, hatte Einfluss auf das Erleben der Pandemie. Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der

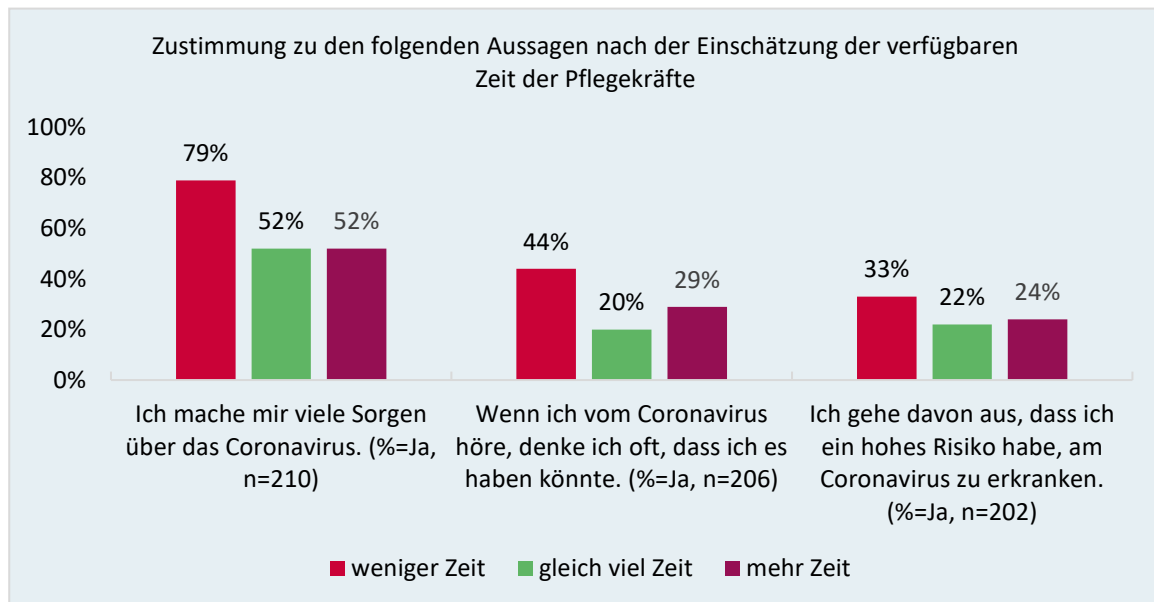
⁹ Frage: In der Phase der strengen Schutzmaßnahmen haben Sie sich durch das Pflegepersonal eher beschützt gefühlt oder eher bevormundet? 1=beschützt 2=bevormundet

¹⁰ Frage: Ganz allgemein: Würden Sie sagen, hat die Heimleitung, Ihrer Meinung nach, sehr gut, gut, mittelmäßig oder eher nicht so gut auf die Corona-Pandemie reagiert?

¹¹ Frage: In der Phase der strengen Schutzmaßnahmen hatte das Personal im Haus für Sie persönlich mehr, gleich viel oder weniger Zeit als in der Zeit davor?

Zeit, die Pflegekräfte mit Bewohnerinnen und Bewohnern verbringen, und den Corona-Ängsten und -Sorgen der Bewohner:innen¹², dann lässt sich feststellen, dass verringerte Zuwendung in Form von Zeit mit höherer Unsicherheit bzw. Angst der Bewohner:innen einhergeht (siehe Abbildung 17). So machten sich 79 Prozent der Personen, die angaben, dass die Pflegekräfte weniger Zeit im ersten Lockdown hatten, allgemein Sorgen wegen der Viruserkrankung und 44 Prozent dachten öfters, dass sie selbst das Virus haben könnten.

Abbildung 17: Sorgen bezüglich COVID-19 nach der verfügbaren Zeit der Pflege- und Betreuungskräfte für Bewohner:innen (März-Juni 2020)



Quelle: Kolland/Rohner et al. 2021b

Gemeinsame Zeit mit den Pflegekräften hat einen protektiven Wert für die Bewohner:innen, wirkt sich also während der Corona-Pandemie positiv auf die Bewohner:innen aus und verringert die Sorgen, die sich Bewohner:innen zur Pandemie machen.

¹² Die Skala der Corona-Sorge wurde in Anlehnung an das deutsche modifizierte Health Anxiety Inventory (Bailer/Witthöft 2014) entwickelt, wobei die ursprüngliche Skala gekürzt und das Wort „Krankheit“ durch „Coronavirus“ ersetzt wurde.

8.6 Diskussion

In diesem Beitrag wurden die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie für die Bewohner:innen von stationären Pflegeeinrichtungen empirisch dargestellt und diskutiert. Zur Verdichtung der Beschreibung wird auf das Konzept der pandemischen Ambivalenz zurückgegriffen. Forschungsarbeiten zu COVID-19 sehen ältere Menschen weniger als aktiv und selbstbestimmt, sondern gehen von einer höheren Vulnerabilität und von Kontrollverlust aus (Benzinger et al. 2021; Räker et al. 2021). Diese Studien geben dabei meist die Wahrnehmung der Angehörigen oder der Pflegekräfte wieder, wodurch es zu einer Art Invisibilisierung und Homogenisierung der Pflegeheimbewohner:innen kommt. Dieses Unsichtbarwerden von älteren Menschen im Allgemeinen und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern im Besonderen während der Pandemie wird in der gerontologischen Fachliteratur stark kritisiert. Kritisch gesehen wird die mangelnde Berücksichtigung der Heterogenität und Vielfalt der Lebenswelten älterer Menschen und die Handlungsmächtigkeit, die trotz Pflegebedürftigkeit gegeben ist (Brooks/Hopgood 2021; Higgs/Gilleard 2021). Und kritisch zu sehen ist die mangelnde Berücksichtigung der Perspektive der älteren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen selbst.

Für diesen Beitrag konnten Ergebnisse aus einer österreichischen Befragung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern herangezogen werden (Kolland et al. 2021a). Dabei zeigt sich, dass aus der Perspektive der Bewohner:innen das Konzept pandemischer Ambivalenz nur teilweise greift. Die COVID-19-Pandemie stellt zwar eine emotionale Belastung für die Bewohner:innen dar, d. h., es mangelt ihnen an emotionaler Nähe durch die Besuchsverbote bzw. -einschränkungen, die aufgrund mangelnder Digitalisierung nicht durch digitale Technologien ersetzt werden können, allerdings haben die meisten keine Angst vor einer Infektion oder denken, dass sie ein erhöhtes Risiko haben. Es kann also nicht von einer durchgängigen Wahrnehmung einer erhöhten Vulnerabilität durch die Pandemie gesprochen werden, was hauptsächlich daran liegt, dass sich die Bewohner:innen im Pflegeheim sicher fühlten. Das heißt, den Pflegeheimen ist es gelungen, den Bewohnerinnen und Bewohnern ein hohes Sicherheitsgefühl zu geben und Ängste abzufangen. Dies hängt auch stark damit zusammen, dass es die Pflegekräfte geschafft haben, gleich viel oder sogar mehr Zeit für die Bewohner:innen aufzubringen als vor der Pandemie und somit stabile soziale Kontakte gewährleisten, auch wenn sie fehlende emotionale Nähe nicht kompensieren konnten. Insgesamt reagierten die Bewohner:innen in der Pandemie einerseits mit erhöhter allgemeiner Sorge über die Pandemie, emotionaler Einsamkeit und dem Gefühl, belastet zu sein, andererseits kommt es zu erfolgreichem Coping über das Gefühl von Sicherheit und sozialer Nähe, das in

besonderer Weise durch die Pflegepersonen hergestellt wird. Dementsprechend lässt sich bei den befragten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern keine durch die Pandemie verstärkte Pendelbewegung in Richtung einer defizitären Sicht auf das Alter(n) erkennen, vielmehr zeigt sich ein ambivalentes Verhältnis zwischen Einsamkeit und Sicherheit.

8.6.1 Limitationen

Quantitative Befragungen im Pflegeheim müssen an die Zielgruppe angepasst werden und unterliegen daher gewissen Limitationen. Erstens muss der Fragebogen speziell entwickelt werden: So wird in der Literatur empfohlen, nicht nur auf einfache Formulierungen der Fragen zu achten, sondern auch Showcards einzusetzen und die Anzahl der Antwortmöglichkeiten möglichst gering zu halten, genauso wie die Befragungsdauer (Ackermann 2005). Dementsprechend ist die quantitative Auswertung eingeschränkt. Zweitens musste eine Vorauswahl der Bewohner:innen getroffen werden, da für die Teilnahme an einer quantitativen Befragung gewisse kognitive und kommunikative Kompetenzen erforderlich sind. Durch die Vorauswahl wurden jedoch viele Bewohner:innen von der Befragung ausgeschlossen, deren Meinung nun nicht in den Ergebnissen repräsentiert ist. Dies betrifft vor allem Menschen mit Demenzerkrankung und starken Hör- oder Sprechproblemen. Drittens kam es trotz Vorauswahl manchmal vor, dass Interviews abgebrochen werden mussten, da eine Person Schwierigkeiten hatte, sich an den ersten Lockdown zu erinnern oder die interviewende Person zu verstehen. Die Corona-Schutzmaßnahmen, wie Abstand halten und Mund-Nasen-Schutz tragen, erschwerten dabei vor allem die Befragung von Personen mit Hörproblemen. Viertens wurde zwar darauf geachtet, dass die Interviews möglichst an einem ungestörten Ort im Pflegeheim stattfanden, allerdings war dies nicht immer möglich, z. B. bei Interviewpersonen, die nicht mobil und in einem Mehrbettzimmer waren. Obwohl die mündliche Befragung im Pflegeheim den angeführten Einschränkungen unterworfen ist, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen, ermöglicht sie valide Aussagen über das Leben von Bewohnerinnen und Bewohnern und bietet somit auch eine gute Grundlage für Interventionen.

9 Auswirkungen von Schutzmaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie auf ältere und hochbetagte Menschen – Synopse von Ergebnissen der COVALT-Studie

Sabine Pleschberger, Andrea E. Schmidt

Seit knapp zwei Jahren hält das SARS-CoV-2-Virus mittlerweile die Welt in Atem und hat grundlegende Veränderungen in den globalen Gesellschaften herbeigeführt. Weltweit wurden bis Anfang Februar 2022 rund 5,7 Millionen Todesfälle verzeichnet, wovon 90 Prozent auf Menschen in der Altersgruppe 65 Jahre und älter entfielen (World Bank Blogs 2021). Auch wenn viele Phänomene wie z.B. das Long-/Post-COVID- Syndrom in ihren Folgen aktuell noch nicht abschätzbar sind (Lopez-Leon et al. 2021; Salamanna et al. 2021), stellt COVID-19 wie viele andere Infektionskrankheiten auch (gemessen am Anteil schwerer Krankheitsverläufe sowie an der Gesamtsterblichkeit) primär für ältere Menschen eine besondere Bedrohung dar - und das weltweit (Williamson et al. 2021).

Vor diesem Hintergrund wurden die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie auch von Beginn an mit dem Argument des Schutzes der vulnerablen Gruppen in Bezug auf ihre Gesundheit in der Bevölkerung begründet. Die Aufmerksamkeit richtete sich zunächst nahezu gänzlich auf ältere Menschen und die Erkenntnis, dass Nähe zu ihnen eine Bedrohung für sie bedeutet. Sie waren dazu angehalten, sich zurückzuziehen und persönliche Kontakte mit anderen zu meiden. Auch die Gesellschaft insgesamt sollte zum Schutz der älteren Menschen jegliche persönliche soziale Kontakte vermeiden, um die weitere bzw. eine unkontrollierte Ausbreitung der Pandemie zu verhindern. Darin offenbart sich das „Grunddilemma“ der COVID-19-Schutzmaßnahmen: Dass ältere Menschen als besonders gefährdete Gruppe zunächst nur über die Maßnahme sozialer Isolation geschützt werden konnten, letztere jedoch ihrerseits schwere Schäden verursacht, womit

die Bemühungen um soziale Teilhabe und Inklusion der Alterspolitik wie der Gerontologie konterkariert wurden (Lob-Hüdepohl 2021).

Seit Auftreten der ersten Pandemiewelle im Spätwinter 2020 sind unterschiedliche Phasen im Pandemiemanagement zu differenzieren: Vor allem hat die Möglichkeit der Impfung, wie sie ab Anfang 2021 auch in Österreich verfügbar wurde, in den Folgemonaten dazu geführt, dass der enge Fokus auf ältere, hochbetagte und chronisch kranke Menschen erweitert wurde. Es kamen allmählich auch andere benachteiligte Gruppen wie etwa Kinder und Jugendliche und deren spezifische Probleme verstärkt in den Blick (Fegert et al. 2020). Dies führte auch zu überraschenden Einsichten, was (stereotype) Bilder von der Not der älteren Menschen auch ein wenig relativierte: So war beispielsweise Anfang 2021 der Anteil an jüngeren Menschen, die angaben, einsam zu sein, höher als jener der älteren Menschen (Schiestl 2021).

Die zentrale Herausforderung im Umgang mit der Pandemie lag und liegt wohl nach wie vor darin, wie Maßnahmen gesetzt werden können, um den Gesundheitsschutz für ältere und hochbetagte Menschen sicherzustellen, gleichzeitig jedoch einer Diskriminierung aufgrund von Alter Einhalt zu gebieten, zumindest einer solchen nicht weiter Vorschub zu leisten. Ein Fokus richtet sich dabei auf die Frage, wie politische Entscheidungen im o. g. Sinne getroffen werden können, und wie die Bedürfnisse der heterogenen Bevölkerungsgruppe der alten und hochbetagten Menschen entsprechend Berücksichtigung finden.

Mit der vorliegenden Studie sollten die Auswirkungen der Pandemie und der damit einhergehenden Maßnahmen im Hinblick auf die alte und hochaltrige Bevölkerung wissenschaftlich untersucht werden. Das Anliegen der Studie war es, ausgehend von der Perspektive der betroffenen Menschen Erkenntnisse für das zukünftige Handeln in ähnlichen Situationen zu gewinnen. Es sind vorweg zwei Aspekte zu beachten:

- Zum einen ist die Pandemie ein komplexes Phänomen und mit längerer Dauer und auch durch die regionale Ausdifferenzierung von Maßnahmen ist die Beurteilung der Wirkung einzelner Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung nicht trivial. So lassen sich für beobachtete Auswirkungen auf die Lebenssituationen älterer Menschen kaum direkt wissenschaftlich gesichert Kausalzusammenhänge aus einzelnen Maßnahmen ableiten.
- Zum anderen sei nochmals daran erinnert, dass es keine (Alters-)Gruppe in der Bevölkerung gegeben hat oder gibt, die von den Corona-Schutzmaßnahmen nicht betroffen

gewesen wäre. Aspekte wie die Lebensform, der Einkommensstatus, der Bildungshintergrund und der Wohnort spielen zudem eine wesentlich größere Rolle in Hinblick auf Möglichkeiten und Strategien des Umgangs mit den Einschränkungen als (lediglich) das biologische Alter (Buffel et al. 2021).

In diesem Kapitel sollen nun die Befunde in Hinblick auf o. g. Anliegen und Fragestellungen zusammengeführt werden. Dies erfolgt mit dem Anspruch, den Herausforderungen speziell mit Blick auf ältere Menschen Rechnung zu tragen, deren Perspektiven stets in ihrer Heterogenität ins Zentrum zu rücken, ohne dabei das Alter selbst als einzige mögliche Kategorie zu betrachten, die im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie eine Würdigung verdient.

9.1 Wirkungen und Folgen der Schutzmaßnahmen auf ältere Menschen

Die Auseinandersetzung im Rahmen der Studie hat gezeigt, dass sich ausgehend von der Perspektive der alten Menschen einige Herausforderungen anführen lassen, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, wenn die Lebensphase des Alters in der Ausgestaltung von politischen Maßnahmen eine Rolle spielt. Von Relevanz sind in diesem Zusammenhang die vom Rat der Europäischen Union verabschiedeten Schlussfolgerungen im Zusammenhang mit *Mainstreaming Ageing in Public Policies* (Rat der Europäischen Union 2021; UNECE 2021). Sie beziehen sich u. a. auf die Entwicklung von Sozialschutzsystemen, die das Gleichgewicht zwischen angemessener Absicherung aller altersbedingten Risiken, finanzieller Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit herstellen. Ebenso wird auf innovative und kreative Mechanismen zur Förderung der Solidarität und der Interaktion zwischen den Generationen, die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse älterer Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen sowie auf die Entwicklung einer nachhaltigen städtischen und ländlichen Raumordnung, die Mobilität und Wohlbefinden fördert und älteren Menschen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und den Zugang zu allen erforderlichen Diensten und Infrastrukturen erleichtert, geachtet (ebd.). All diese Aspekte könnten auch für die Lektionen aus der COVID-19-Pandemie im Umgang mit älteren Menschen als bedeutsame Dimensionen dienen. Hinzu kommt, dass Vulnerabilität und Benachteiligung auch innerhalb der Gruppe älterer und hochaltriger Menschen nicht gleich verteilt sind. Gesamtgesellschaftlich wurden Ungleichheiten ebenso verstärkt beziehungsweise wirkte die Pandemie wie ein Vergrößerungsglas für jene Problematiken, die sich in der gesellschaftspolitischen Entwicklung im Allgemeinen auch in Bezug auf ältere und hochbetagte Menschen in Österreich beobachten lassen.

Direkte und indirekte gesundheitliche Folgen der Pandemie für ältere Menschen

Neben der Tatsache, dass ältere Menschen weltweit das größte Risiko für schwere Krankheitsverläufe und Sterblichkeit durch COVID-19 aufweisen, sind sie auch häufiger von Multimorbidität oder chronischen Erkrankungen betroffen (European Commission 2021). Sie leiden daher besonders unter pandemiebedingten Einschränkungen bei Gesundheitsdienstleistungen und Angeboten bzw. unter Personalengpässen in Pflege und Versorgung. Besonders gilt dies für jene, die bereits vor der Pandemie von Krankheit betroffen waren (Smolić et al. 2021) bzw. einen schlechten selbsteingeschätzten Gesundheitszustand hatten (Schmidt et al. 2021b). Die Studienergebnisse zeigen einerseits, dass hochaltrige Menschen (80 Jahre und älter) während der Pandemie quantitativ betrachtet nur wenige Einschränkungen bei Pflege- und Betreuungsleistungen wahrgenommen haben (siehe Kapitel 3). Dennoch waren diese in den betreffenden Einzelfällen gravierend, wie die Ergebnisse der qualitativen Studie zur Situation alleinlebender älterer Menschen zeigen (siehe Abschnitt 5.3.4). So war die Unsicherheit bei mobilen Diensten insbesondere im ersten Jahr der Pandemie noch sehr hoch, zumal auch die Ausstattung mit Schutzausrüstung in den ersten Wochen in diesem Sektor nicht durchgängig sichergestellt war.

In vielen Ländern kam es während der Hochphasen der Pandemie seit März 2020 zu einer teilweisen Zurückstufung der regulären Gesundheitsversorgung. Etwas mehr als 11% der befragten Hochaltrigen der COVALT-Studie gaben an, dass sie eine oder mehrere medizinische Behandlungen, die sie benötigt hätten, nicht in Anspruch nehmen konnten. Dies geschah zumeist, weil es pandemiebedingt zu Verschiebungen kam, insgesamt handelt es sich aber um einen überraschend niedrigen Wert (siehe Kapitel 3). Auch in jüngeren Altersgruppen (55 bis 79 Jahre) kam es im internationalen Vergleich eher selten zur Ablehnung von medizinischen Terminanfragen (siehe Kapitel 6). Andererseits erfuhr immerhin fast ein Drittel der Personen in dieser Altersgruppe Aufschübe von Behandlungen durch medizinische Einrichtungen (Stand Herbst 2020). In diesem Kontext sind geschlechtsspezifische Unterschiede im Verhalten bemerkenswert: Frauen sagten in Österreich sowie in allen anderen europäischen Ländern deutlich häufiger aus Angst vor Ansteckung medizinische Behandlungen ab, was die Frage nach adäquaten bzw. zielgruppengerechten Kommunikationskanälen in Zeiten der Pandemie einmal mehr aufwirft (siehe Kapitel 6).

Insgesamt betrachtet bedeutete das höhere Risiko für Krankheiten oder Gebrechlichkeit, das mit dem Alter einhergeht, zwangsläufig eine höhere Vulnerabilität im Kontext einer Pandemie. Zum einen, weil im Falle einer Erkrankung ein höheres Risiko besteht, zu sterben, und zum anderen, weil für die Bewältigung des alltäglichen Lebens Hilfe benötigt

wird, deren Sicherstellung im Kontext der Schutzmaßnahmen nicht mehr umfänglich gewährleistet war. Dass sich körperliche und soziale Distanzierung gerade auf ältere Menschen, insbesondere jene, die in Pflege- und Betreuungseinrichtungen leben, negativ auswirkt – bis hin zu erhöhter Sterblichkeit –, ist empirisch belegt (Seidler et al. 2020; World Health Organization 2020).

Schließlich trugen noch die Einbußen im Bereich der individuellen Mobilität durch Ausgangsbeschränkungen dazu bei, dass Routinen im Bereich gesundheitsförderlicher und präventiver Verhaltensweisen unterbrochen wurden. Die Ergebnisse der Hochaltrigenstudie zeigen in der längsschnittlichen Perspektive, dass die Mobilität und Aktivitäten außer Haus während der Pandemie abgenommen haben. Während im Winter 2019/2020 noch drei Viertel angaben, zumindest einmal täglich das Haus zu verlassen, war es im Sommer 2021 nur noch rund die Hälfte (siehe Kapitel 3). Die negativen Konsequenzen reduzierter Interaktion und Bewegung für das psychische Wohlbefinden liegen nahe.

Dies zeigte sich etwa für Menschen mit Demenz, die Angebote wie Tagesbetreuung oder auch Spaziergänge in Begleitung nicht mehr wahrnehmen konnten: Kraft und Ausdauer nahmen ab, weil die Möglichkeiten zur Bewegung eingeschränkt waren, und die mangelnde Stimulation führte zu einer Verschlechterung des kognitiven Zustands bzw. der Wahrnehmung desselben (siehe Kapitel 7). Geringere soziale Kontakte bedingen zudem kognitive Verschlechterungen. Diese sind ein wichtiger Faktor der Resilienz bei Menschen mit Demenz, wobei gerade die nonverbale Gestik und Mimik sowie auch die Berührung sehr wichtig sind, da mit zunehmender Erkrankung verbale Informationen schwerer verarbeitet werden können (siehe Kapitel 7).

In der Befragung von hochaltrigen Menschen wurde auf psychische Auswirkungen explizit eingegangen (siehe Abschnitt 3.3.5), wobei die Befunde am deutlichsten in Bezug auf Einsamkeit sind: Vor der Pandemie berichteten lediglich 4,6 Prozent der Teilnehmer:innen über zumindest gelegentliche Einsamkeitsgefühle. Zum Zeitpunkt der vorliegenden Erhebung (Juni 2021) waren es hingegen 26,9 Prozent – also mehr als jede(r) Vierte. Davon entfallen 9,3 Prozent auf häufige oder sogar ständige Einsamkeitsgefühle. Manche Personengruppen sind wesentlich stärker von psychischen Beeinträchtigungen betroffen als andere: Besonders stark betroffen waren Alleinlebende, bei denen die Werte in einzelnen Bereichen um den Faktor 3 bis 4 über jenen von nicht Alleinlebenden lagen (z. B. für Einsamkeit, depressive Symptome, Interesselosigkeit). Auch Frauen sind deutlich häufiger von Einsamkeit betroffen als Männer. Hingegen erweist sich ihr psychisches Wohlbefinden insgesamt höher als das von männlichen Teilnehmern, z. B. mit Blick auf

Lebensfreude oder Glücksempfinden (siehe Kapitel 3). Eine internationale Studie zeigt, dass pflegebedürftige ältere Menschen häufiger als nicht pflegebedürftige Ältere von Depressionen, Angstzuständen und Einsamkeit betroffen waren (Bergmann/Wagner 2021).

Schließlich sei an der Stelle auch auf die Situation pflegender Angehöriger hingewiesen, die mitunter selbst verstärkt von Belastungen betroffen waren (Rodrigues et al. 2021a), insbesondere Frauen (Eurocarers/IRCCS-INRCA 2021). Pflegende Angehörige sind zudem selbst am häufigsten in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen zu finden, wodurch aktuelle psychische Belastungen in dieser Gruppe auch auf künftige Kohorten älterer Menschen wirken (siehe Kapitel 4).

Informationsbedarf und Kommunikation

Der Informationsbedarf ist während der Pandemie auch für ältere Menschen gestiegen. Zugleich erschwert der starke Fokus auf digitale Kommunikationsformen den Zugang zu relevanten Informationen sowie Impf- oder Testterminen für jene älteren Menschen, die mit der Nutzung von Internet und digitalen Technologien weniger gut vertraut sind (Ganner et al. 2021). Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen diese Beobachtung jedenfalls für die Gruppe der Hochaltrigen (siehe Kapitel 3): So gab auf die Frage, wie einfach oder schwierig es für sie gewesen wäre, ausreichend Informationen über die Impfung zu bekommen (z. B. über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Impfstoffe, über die Anmeldung zur Impfung etc.), rund ein Viertel der Teilnehmer:innen an, dies sei für sie „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ gewesen. So könnte indirekt eine Diskriminierung jener älteren und hochbetagten Menschen entstanden sein, die in ihrem sozialen Netzwerk nicht über die entsprechende Unterstützung verfügen.

Über das soziale Netzwerk hinaus spielten wohl auch Hausärztinnen und Hausärzte eine wichtige Rolle für den Zugang zum Impfangebot, dafür fanden sich in qualitativen Interviews mit alleinlebenden Menschen entsprechende Hinweise (siehe Kapitel 5). Relevante Informationen wurden von dieser Gruppe dann auch eher von Hausärztinnen und Hausärzten und anderen Bezugspersonen geholt, zunehmend weniger aus den Medien (ebd.). Diese Erkenntnis stimmt mit den Befunden der quantitativen Befragung von Hochaltrigen überein, von denen mehr als ein Drittel die Beurteilung, ob Informationen über das Coronavirus in den Medien vertrauenswürdig wären, als „eher schwierig“ oder „sehr

schwierig“ einschätzte (siehe Kapitel 3). Es liegt nahe, dass die Problematik der sogenannten „Infodemie“ auch ältere Menschen in hohem Maße betrifft, je nachdem, welche Informationskanäle genutzt werden und wie mit dieser individuell umgegangen wird.

Information und Kommunikation waren auch wichtige Themen im Umgang mit den Restriktionen wie sie im Bereich der verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen bzw. in der Langzeitpflege eingeführt wurden. Den sich daraus ergebenden ethischen Herausforderungen kann ansatzweise nur mit intensiven Kommunikationsbemühungen zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren begegnet werden (s. Kapitel 2): Gemeinsam mit älteren Menschen und deren An- und Zugehörigen Antworten auf ethische Herausforderungen zu finden, Gefahrenhorizonte zu erkennen und vereinfachende oder tendenziell paternalistische „Lösungen“ zu vermeiden, wäre hier wohl ein Gebot der Stunde gewesen.

Veränderungen im Einkommen und im Erwerbsstatus

In Österreich war zwar soziale Absicherung während der Pandemie auch für ältere Menschen weitgehend gewährleistet, und ältere Menschen im erwerbsfähigen Alter (bis 65 Jahre) kamen insgesamt sogar finanziell deutlich besser durch die Krise als jüngere Generationen (Steiber et al. 2021a). Dennoch ist die Langzeitarbeitslosigkeit insbesondere bei Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren weiterhin deutlich höher als in allen anderen Altersgruppen. Für ältere Arbeitslose sinkt zudem auch die Chance, nach einer Arbeitslosigkeit wieder in eine dauerhafte Beschäftigung zu kommen, dasselbe gilt für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen bzw. einer geringen Ausbildung oder einer Kombination dieser Risikofaktoren (siehe Kapitel 6). Auch die krisenbedingte Erhöhung des Zeit- oder Erfolgsdrucks in der Arbeit wirkte sich auf das Wohlbefinden von älteren Erwerbstätigen besonders negativ aus (Steiber et al. 2021a). Unsere Studienergebnisse zeigen, dass insbesondere Frauen in der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre von Veränderungen der beruflichen Situation während der Pandemie betroffen waren. Hinzu kamen bei Frauen oftmals Mehrfachbelastungen durch die Pflege von Angehörigen und/oder freiwilliges Engagement.

Ebenso ist Armutsgefährdung im Alter auch in Österreich ein erhebliches Thema, welches sich in der Pandemie verschärft hat: Eine Studie der Armutskonferenz im Auftrag des Sozialministeriums zeigte erhebliche Zukunftsängste in der Altersgruppe 50 Jahre und älter in der Pandemie auf, vor allem für Personen mit lückenhaftem Berufsverlauf (BMSGPK 2020a). Dass unterstützende finanzielle Maßnahmen wie z. B. Gutscheine für Taxifahrten

und Konsumationen in der Gastronomie bei Befragten der COVALT-Studie so positiv aufgenommen wurden, kann auch als ein Hinweis auf die oft prekäre finanzielle Lage sein, in der sich insbesondere alleinlebende Frauen im Alter und hohen Alter in Österreich befinden (siehe Kapitel 5). Höhere Ausgaben ergaben sich für letztere Gruppe etwa dadurch, dass das Aufrechterhalten von sozialen Kontakten über Telefon auch mit (zusätzlichen) Kosten verbunden war (ebd.). Laut einer Übersichtsarbeit über die direkten und indirekten Risiken für ältere Menschen muss davon ausgegangen werden, dass die negativen Auswirkungen von COVID-19 mit jedem zusätzlichen Ungleichheitsfaktor überproportional zunehmen (D'Cruz/Banerjee 2020).

Soziale Teilhabe und Interaktion mit anderen Menschen

Ältere und hochbetagte Menschen waren ähnlich betroffen von Einsamkeit wie andere, beziehungsweise betrafen die Einschränkungen in der sozialen Interaktion mitunter jüngere Menschen sogar stärkere als ältere (Schiestl 2021). Wie schon im Abschnitt zu den gesundheitlichen Auswirkungen erwähnt wurde, haben die sozialen Aktivitäten und die Mobilität bei hochaltrigen Menschen im Vergleich mit der Erhebung vor der Pandemie deutlich abgenommen, ebenso wie die Zufriedenheit mit den Sozialkontakten, die im Längsschnitt eine Abnahme um mehr als zehn Prozent aufweist (siehe Abschnitt 3.3.3). Vielfach kam auch der höhere Anteil der Einpersonenhaushalte bei älteren Menschen zum Tragen, wobei Frauen sich stärker einschränkten: Der Anteil an Personen, die bis zum Herbst 2020 während der Pandemie nie persönlichen Kontakt hatten, war in Österreich bei älteren Frauen deutlich höher als bei Männern (in der Altersgruppe 55 bis 79 Jahre) (siehe Kapitel 6).

Anhand der qualitativen Studie mit alleinlebenden älteren Menschen ohne Familie im Nahbereich wird deutlich, dass die Auswirkungen der Schutzmaßnahmen unterschiedlich wirkten und der Leidensdruck variierte, je nachdem, welche Routinen und Erwartungen es in Hinblick auf soziale Teilhabe gab: Menschen, die es gewohnt waren, allein zu Hause zu sein, erfuhren durch die Pandemie in dieser Hinsicht keine wesentlichen Veränderungen. Für jene Personen, bei denen die Angehörigen eine wesentliche Rolle in der Alltagsgestaltung eingenommen hatten, stellte sich die Situation jedoch anders dar, etwa wenn Enkelkinder nicht mehr persönlich getroffen werden konnten (siehe Abschnitt 5.3.1). Die Wahrnehmung, dass die Zeit restriktiver Schutzmaßnahmen vorübergehen würde, wirkte sich positiv auf den Umgang damit aus. Hochaltrige Menschen mit geringeren funktionalen Einbußen litten stärker darunter, weil sie in gewisser Weise auch „mehr zu verlieren hatten“ und vorher aktiver waren, als andere (siehe Abschnitt 3.3.3).

Soziale Teilhabe lässt sich unter anderem auch am Beispiel des freiwilligen Engagements aufzeigen, wo die Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen am aktivsten ist. Veränderungen im Kontext der COVID-19-Pandemie lassen sowohl ein verstärktes Engagement als auch einen Rückgang erkennen. Hier zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, für deren Erklärung es weiterer Forschung bedarf. So waren etwa vier von zehn Frauen in der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre bei ehrenamtlichen Tätigkeiten aktiver engagiert als vor der Coronakrise (siehe Abschnitt 6.3.2), von den Männern in der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre gaben nur neun Prozent an, das Engagement verstärkt zu haben, hingegen reduzierten sechs von zehn Männern ehrenamtliche Tätigkeiten. Hier könnte in zukünftigen Krisen noch mehr darauf geachtet werden, wie auch Männer, die Interesse an freiwilligem Engagement haben, nicht „verloren gehen“ (siehe Kapitel 6).

9.2 Herausforderungen, die sich aus den Erfahrungen mit der Pandemie und den Corona-Schutzmaßnahmen für eine alternde Gesellschaft ergeben

Aus den Studienergebnissen sowie aus den bisherigen Beobachtungen zur Pandemie ergeben sich einige grundsätzliche Themen im Hinblick auf die Gestaltung einer alternden Gesellschaft und die damit verbundenen Potenziale und Herausforderungen. Diese werden in den nachstehenden Absätzen reflektiert.

Pflegeheime im Zentrum öffentlicher Aufmerksamkeit

Der Druck, der insbesondere im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie auf Pflegeheime in Österreich und weltweit entstand, hat Pflege- bzw. Betreuungseinrichtungen in den Fokus der öffentlichen und medialen Aufmerksamkeit gerückt (Miller et al. 2020; OECD 2021). In der Tat konzentrierten sich die Probleme rund um die Schutzmaßnahmen in diesem Setting auch in besonders drastischer Weise: Anders als bei Menschen in Privathaushalten, ist die Entscheidung, für den Erhalt sozialer Kontakte sich dem Risiko einer Ansteckung auszusetzen im Pflegeheim durch die legitimen Schutzinteressen in Bezug auf das Ansteckungsrisiko/Erkrankungsrisiko der anderen Bewohner:innen, wie auch der Mitarbeitenden limitiert. In Pflegeheimen steht darüber hinaus noch die Funktionsfähigkeit der ganzen Einrichtung auf dem Spiel, die für das physische Leben aller Bewohner:innen unabdingbar ist.

Die Ergebnisse dieser Studie in Hinblick auf die Perspektiven von Bewohnerinnen und Bewohnern zeigen, dass sich diese relativ sicher fühlten und die Maßnahmen in Verbindung

mit der COVID-19-Pandemie kaum als besonders bedrohlich wahrgenommen haben (siehe Kapitel 8). Diese Einstellung lässt sich erstens mit der erfolgreichen Bearbeitung von Krisen im Lebenslauf erklären. Zweitens beruht sie darauf, dass sich die Bewohner:innen in der Pflegeheimsituation sicher fühlen und zwischen „Innen“ und „Außen“ unterscheiden. Und drittens kann auf Basis der sozio-emotionalen Selektivitätstheorie davon ausgegangen werden, dass die nahen sozialen Beziehungen im hohen Alter von zentraler Bedeutung sind (Carstensen 1992). Dennoch erlauben die vorliegenden Daten dieser Studie keine generalisierbaren Aussagen. Es muss auch von Unterschieden im Erleben, je nach Einrichtung, deren Ausstattung in baulicher, räumlicher sowie personeller Hinsicht, ausgegangen werden. Ebenso erfordert die Betreuung kognitiv beeinträchtigter oder demenziell erkrankter Bewohner:innen in viel höherem Ausmaß vertraute Personen und Kontinuität. Infolge der Schutzmaßnahmen konnte diesen Anforderungen nur eingeschränkt nachgekommen werden. Es überrascht daher nicht, dass im internationalen Vergleich eine Zunahme von Angst-, Depressions- und Einsamkeitsgefühlen bei Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Einrichtungen sowie eine kognitive Verschlechterung festgestellt wurde (Benzinger et al. 2021).

Gänzlich anders haben jedoch Angehörige, Freundinnen und Freunde bzw. Bekannte die Situation von Menschen in Pflegeheimen angesichts der durch COVID-19 bedingten Schutzmaßnahmen erlebt. Sie wandten sich an Heimanwaltschaften und Interessenvertretungen und auch „mobile“ Bewohner:innen, die es gewohnt waren, die Einrichtung selbstständig zu verlassen, und Sozialkontakte außerhalb der Einrichtung pflegten, standen vor großen Herausforderungen (BMSGPK 2020b). Es waren vor allem diese Beispiele, die medial hohes Aufsehen erregten, denn die Frage stand im Raum, ob die Freiheitseinschränkungen ethisch zu rechtfertigen seien. Zweifelsohne widersprechen Maßnahmen der gezielten Segregation und Isolierung älterer Menschen dem Instrumentalisierungs- und Diskriminierungsverbot, wenn der Zweck nicht in deren Schutz besteht, sondern darin, die übrige Gesellschaft vor weiteren Einschränkungen ihrer Handlungsfreiheit zu bewahren und die ökonomischen Kosten der Pandemie zu minimieren (siehe Kapitel 2). Im Gegenzug erregten aber auch Beispiele von Infektionsgeschehnissen in Einrichtungen in besonderem Maße die öffentliche Aufmerksamkeit, denn sie führten vor Augen, wie fragil die Situation in diesem Setting war.

Und schließlich offenbarte sich, dass die Langzeitversorgung älterer Menschen im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens tendenziell nachrangig behandelt wird: Der Schutz von Pflegeheimen wurde – im Vergleich zu den Krankenhäusern – nicht sofort zum Thema gemacht und Schutzausrüstung für Bewohner:innen sowie

Personal wurde vergleichsweise spät zur Verfügung gestellt (BMSGPK 2020b). Teils prekäre Personalbedingungen in Pflegeheimen verstärkten die Problematik zusätzlich (Krisch et al. 2020).

Resilienz als besonderes Potenzial des hohen Alters

Im Unterschied zu jüngeren Altersgruppen zeigen sich ältere Menschen – trotz aller Herausforderungen – auch als besonders widerstandsfähige Gruppe. Sie haben im Prozess des Älterwerdens, der insbesondere im höheren Alter auch funktionelle Einschränkungen mit sich bringt, wertvolle (Lern-)Erfahrungen damit gemacht, mit Einbußen umzugehen und Verluste zu kompensieren, die mit Einschränkungen der individuellen Gestaltungsfreiheit im Alltag einhergehen.

So zeigen die Daten der Österreichischen Hochaltrigenstudie eine relativ geringe Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens bei den hochaltrigen Personen trotz der Veränderungen, die im Längsschnitt erkennbar werden. Eine Ausnahme stellen alleinlebende Menschen dar, welche infolge der Pandemie angaben, unter erheblichen psychischen Belastungen und Einsamkeit gelitten zu haben. Allerdings war auch in der Gruppe der Alleinlebenden ohne Familie im Nahbereich zu beobachten, dass diese durchaus resilient durch die Krise kamen: Sie sind es gewohnt, allein zu sein und sich mit sich selbst in ihrem Zuhause zu beschäftigen. Bei den jüngeren Personen (55 bis 79 Jahre) hingegen gab - wie aus internationalen Befragungsdaten hervorgeht - rund ein Fünftel der Befragten an, sich traurig oder niedergeschlagen zu fühlen. Und erneut sind diese Daten in Relation zu setzen mit Forschungsergebnissen zur Situation von Kindern und Jugendlichen (Schiestl 2021).

Intergenerationale Beziehungen

Zwar ist es begrüßenswert, Risiken adäquat zu kommunizieren und auch auf die Gesundheitskompetenz älterer und hochbetagter Menschen auszurichten, etwa in Hinblick auf Ansteckungswege sowie Schutzmaßnahmen. Im Kontext der COVID-19-Pandemie führte dies jedoch zu einer starken Fokussierung auf alte Menschen als schutzbedürftige Wesen, was eine paternalistische Haltung der jüngeren Generationen forcierte. Zu wenig war der Respekt vor der Autonomie älterer und hochbetagter Menschen im Umgang mit Risiken Gegenstand öffentlicher Auseinandersetzung (siehe Kapitel 2).

Die Pandemie rückte eine (Alters-)Gruppe in den Fokus, die in der öffentlichen Wahrnehmung und medialen Berichterstattung zumeist mit „Problemen“ und steigenden Kosten in

Verbindung gebracht wird, ob es nun um Pensionen geht oder um die Frage nach der Deckung des größer werdenden Pflegebedarfs (European Commission 2021).

Dieser Fokus könnte auch zu Auswirkungen auf die Familienbeziehungen geführt haben, und entsprechende Befunde aus der vorliegenden Studie begründen: Etwa ein Fünftel der befragten Hochaltrigen gab an, dass es während der Pandemie zu Meinungsverschiedenheiten und Konflikten mit Familienangehörigen gekommen sei (siehe Kapitel 3). Neun von zehn davon bezogen sich auf Meinungsverschiedenheiten bezüglich der COVID-19-Pandemie, z. B. im Hinblick auf die Einschätzung der Pandemie, die Beurteilung der Maßnahmen usw. Es bedarf hier dringend weiterer Forschung, wie Familien mit diesen Konflikten umgehen, wie diesen besser vorgebeugt werden kann bzw. wie sie sich in der Folge auf die intergenerationalen Beziehungen – innerfamiliär aber auch auf gesellschaftlicher Ebene einer Solidargemeinschaft auswirken.

Jedenfalls sind altersbezogene Unterschiede in den Auswirkungen der Pandemie zu beobachten. Dies gilt nicht nur mit Blick auf die Betroffenheit durch eine COVID-19-Erkrankung, welche bei älteren Menschen deutlich schwerer ausfällt, sondern auch im Zusammenhang mit den gegen die COVID-19-Pandemie ergriffenen politischen Maßnahmen, die mitunter sehr verschiedene Auswirkungen auf junge und alte Menschen hatten. So betreffen Schulschließungen und Home-Schooling beispielsweise primär Kinder und Jugendliche und deren Eltern, und von Kurzarbeit oder Arbeitslosigkeit infolge von Lockdowns ist wiederum vor allem die im Erwerbsalter befindliche Bevölkerung betroffen, nicht jedoch alte Menschen im Ruhestand. Teilweise gibt es auch Überschneidungen in der (intergenerationalen) Betroffenheit, etwa wenn gegenseitige Besuche zwischen älteren Menschen und ihren Kindern und Enkelkindern aufgrund von Ausgangsbeschränkungen, aber auch zum Schutz der älteren Bevölkerung vor Infektionen nicht oder nur eingeschränkt möglich sind.

Auch wenn der Grad an Vulnerabilität, also der Verletzbarkeit bzw. Verwundbarkeit, in unterschiedlichen Lebensphasen verschieden sein mag, gilt es, hierbei neben dem Alter auch Fragen des Geschlechts, sozialer Ungleichheit und Ethnizität ins Blickfeld zu rücken (Kohlen 2021). Vor diesem Hintergrund wird eine „Verteilung der Vulnerabilität“ auf bestimmte Gruppen innerhalb der Gesellschaft, wie dies im Kontext der COVID-19-Pandemie der Fall war, auch problematisch gesehen (Kohlen 2021). Dies gilt nicht zuletzt auch deshalb, weil diese weder soziologischen noch sozialetischen Erkenntnissen folgte, sondern lediglich von epidemiologischen Kriterien geleitet war (ebd.). Wenig überraschend stieg mit zunehmender Dauer der Maßnahmen auch das Risiko einer Spaltung zwischen den Generationen.

Umgang mit Sterben, Tod und Trauer in der Gesellschaft

Letztlich hat die Pandemie auch alle gesellschaftlichen Bereiche im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer herausgefordert.

Das Bedrohungsszenario einer unkontrollierten Pandemie, das Ansteigen der Zahlen von Sterbefällen rückte ein Überleben möglichst vieler um jeden Preis an erste Stelle der politischen Bemühungen. Dies ist in einer Gesellschaft, in der der medizinische Fortschritt das Sterben in enge Verbindung mit einem Verzicht auf Lebensverlängerung bringt, nachvollziehbar. Grundsätzlich ist ein utilitaristisches Abwägen im Sinne einer bloßen „Maximierung von Menschenleben oder Lebensjahren“ problematisch, wenn das Instrumentalisierungsverbot des Menschen in gesellschaftliches Handeln umgesetzt wird (Deutscher Ethikrat 2020b, 3), wie in Kapitel 2 bereits ausgeführt wurde. Vor diesem Hintergrund waren viele der Maßnahmen im Pandemiemanagement im Kontext von Lebensqualität kritisch zu betrachten. Dies trifft insbesondere für Palliativsituationen zu, wenn die Quantität der verbleibenden Lebenszeit in den Hintergrund rückt, etwa weil Menschen an einer unheilbaren Erkrankung leiden oder aber auch hochbetagt sind.

Hospizidee und Palliative Care haben als Konzepte die Notwendigkeit deutlich gemacht, jede einzelne und individuelle Situation am Lebensende in den Vordergrund zu rücken, und den Bedingungen des Sterbens Aufmerksamkeit zu schenken. Seitens der Fachgesellschaften wurden entsprechende Empfehlungen im Kontext der COVID-19 Pandemie herausgegeben (vgl. FGPG 2020). Die Sterbebegleitung musste während der Pandemie jedoch meist unter strengen Hygienevorschriften und sehr eingeschränktem Zugang erfolgen, was den Umgang mit dem Tod für alle Beteiligten erschwerte (Leichsenring et al. 2021; Wimmer 2021). Die Folgen und Auswirkungen etwa im Bereich komplizierter Trauerprozesse sind noch kaum erfasst und untersucht.

Schließlich seien auch noch die Einschränkungen im Bereich der Verabschiedungen nach dem Sterben von Mitmenschen erwähnt, da auch Bestattungsrituale nicht mehr kollektiv vollzogen werden konnten. D. h., Rituale, die bei der Bewältigung von Sterben, Tod und Trauer als hilfreich erlebt werden – wie etwa die Wahrnehmung kollektiver Anteilnahme – konnten nicht gelebt und erst zögerlich wieder aufgenommen werden.

9.3 Das Potenzial der COVALT-Studie und ihre Limitationen

Die Studie sah eine differenzierte Betrachtung des Alters mit Berücksichtigung von Altersphasen, aber auch Genderrollen bzw. geschlechtsspezifischen Unterschieden im Erleben der Corona-Schutzmaßnahmen bzw. ihrer Auswirkungen aus Sicht der Betroffenen vor. Nachfolgend soll eine kritische Würdigung der vorliegenden Ergebnisse und ihrer Limitationen erfolgen.

Eine zentrale Herausforderung im Zusammenhang mit dem Auftrag und Anliegen für diese Studie stellte die bereits mehrfach konstatierte Heterogenität der Gruppe älterer Menschen dar sowie die Tatsache, dass diese für Forschung teilweise schwer erreichbar sind. Letzteres hatte sich aufgrund der Situation der Pandemie noch zusätzlich verschärft. Damit es dennoch gelingen konnte, die Perspektive möglichst vieler älterer Menschen auf möglichst viele Aspekte einzufangen, wurde statt eines Studiendesigns auf ein „Baukastenprinzip“ zurückgegriffen. Die Perspektive und das Erleben älterer Menschen wurden mittels qualitativer Forschung im Mix zu Daten und Fakten, wie sie im Rahmen von repräsentativen Erhebungen gewonnen werden, erfasst. So konnten methodische Herausforderungen teilweise umschifft und dennoch spannende Erkenntnisse geliefert werden. Ein Fokus wurde auf Gruppen und Themen gelegt, die zuvor in Forschungsaktivitäten in Österreich vernachlässigt wurden.

Mit der Studie wird somit ein breites Spektrum des Alters abgebildet. Es reicht von den jüngeren Alten, die auch noch erwerbstätig sind (basierend auf dem SHARE-Datensatz, Kapitel 6), bis hinauf in das hohe Alter: So wurden etwa im Rahmen der COVALT-Studie Erhebungen durchgeführt, mit denen die Perspektive hochaltriger Menschen erfasst wurde. Diese stellen eine Kohorte dar, die in den meisten gerontologischen Studien unterrepräsentiert ist (siehe Kapitel 3). Im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie ist jedoch gerade diese Kohorte besonders relevant, da das Sterblichkeitsrisiko in dieser Gruppe wohl am höchsten war.

Teilweise erlauben die Ergebnisse der Studie auch Einblicke in Veränderungen, die eine Kausalität zu Auswirkungen der Pandemie nahelegen: Dazu zählen etwa die veränderte Mobilität hochaltriger Menschen oder deren Zufriedenheit mit Sozialkontakten vor der Pandemie und zum Befragungszeitpunkt im Sommer 2020. Diese Vergleiche sind möglich, weil durch Kooperation mit der ÖIHS Längsschnittdaten vorliegen (siehe Kapitel 3). Ähnliches wurde im Bereich der Situation pflegender Angehöriger erreicht, wo zwei Befragungswellen vorliegen und verglichen werden konnten, wengleich weniger umfassend,

da diese Gruppen ja nicht im Mittelpunkt des Interesses dieser Studie lagen (siehe Kapitel 4).

In manchen Bereichen mögen die Ergebnisse als nicht „besonders überraschend“ oder „herausragend“ erscheinen. So erscheint es wenig überraschend, dass die Anzahl der Kontakte deutlich reduziert war, oder sich der Bewegungsradius älterer Menschen drastisch kleiner darstellt als noch vor der Pandemie. Damit untermauert die Studie mit ein paar Fakten, dass viele Auswirkungen der Pandemie für alte Menschen eben gar nicht so anders sind als etwa für andere Altersgruppen. Diese Erkenntnis ist durchaus bedeutsam und vermag so auch zu einer „Entmystifizierung des Alters“ beizutragen.

Die Multiperspektivität in der Herangehensweise und den Themen stellt ein großes Potenzial für die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der Maßnahmen auf alte Menschen dar. Freilich ließ sich das nicht für alle Gruppen gleichermaßen realisieren, weshalb Schwerpunkte gesetzt wurden. Dies geht zwangsläufig auch mit Limitationen einher, auf die abschließend mit Blick auf zukünftige und weitere Forschung hingewiesen werden soll.

Limitationen

- **Pflegebedürftigkeit - Aspekte häuslicher Gewalt und/oder Vernachlässigung**, die sich auch auf ältere Menschen, insbesondere hilfe- und pflegebedürftige Menschen und/oder Menschen mit demenziellen Veränderungen beziehen können, wurden in dieser Studie nicht explizit untersucht. In gleichem Maße müsste aber auch die Situation pflegender Angehöriger in den Blick genommen werden, deren Möglichkeiten der Selbstdistanzierung oder Abgrenzung ebenso dramatisch gesunken waren, was neuerlich ein hohes Risiko für Gewalterfahrungen auf beiden Seiten darstellt.
- **Zusammenhänge zwischen Einkommen, Wohnungssituation** und dem Erleben bzw. den Gefahren von Lockdowns und Kontaktbeschränkungen liegen nahe, konnten in diesem Rahmen aber nicht weiter herausgearbeitet werden. Beengter Wohnraum und eingeschränkte Möglichkeiten, Außenbereiche zu nutzen, stellen Risikofaktoren für psychische Belastungen dar. Welche Gruppen betrifft das? Nicht zuletzt wohl auch verstärkt Menschen mit Migrationshintergrund; es wäre wünschenswert, dass in spezifischen Studien dieses Thema in den Blick genommen wird.
- **Die Dynamik des Pandemiegeschehens** über den gesamten Zeitraum zu erfassen, bleibt weiteren Studien vorbehalten. Insbesondere die Problematik, dass die Phase im Spätwinter und Frühjahr 2020 von jener im Sommer 2020 deutlich unterschiedlich war, der Herbst und Winter 2020/21 schließlich neue Wellen hervorgebracht hatte,

die in der vorliegenden Studie nicht mehr umfasst sind. Das „Sich-Zurückerinnern“ ist aus forschungsmethodischer Sicht problematisch und die Perspektive der Betroffenen auf das Vergangene ist stets davon geprägt, wie die Gegenwart erlebt wird und was in Zukunft erhofft bzw. befürchtet wird. Ein Loslösen von Meinungen und Aussagen aus diesen Zusammenhängen ist kaum möglich, bedarf anderer Verfahren, führt aber zu einer viel stärkeren Fokussierung, als dies in der vorliegenden Studie der Fall sein sollte. In diesem Rahmen sollten erste Eindrücke eingefangen werden und die Sichtweise der Betroffenen in der Breite abgebildet werden.

9.4 Schlussfolgerung und Empfehlungen

Die Auseinandersetzung mit den Folgen der COVID-19-Pandemie zeigt, dass alte Menschen wie alle anderen auch in unterschiedlichem Maße von den Maßnahmen betroffen waren bzw. diese sehr unterschiedlich erlebt haben. Die gesellschaftlichen Diskurse zum Alter sind von Defizit (Alter) und Wachstum (Jugend) bestimmt. Hat sich vor Corona die Pendelbewegung zwischen Bedrohung und Gewinn im Älterwerden in letztere Richtung bewegt, so zeigt sich seit Beginn der Corona-Pandemie ein starker Ausschlag in Richtung einer defizitären Sicht des Alter(n)s, was sich in Begriffen wie Vulnerabilität des Alters, Identitätskrise und Kontrollverlust im Alter ausdrückt (s. Kapitel 8). Hier tut sich die Problematik rund um Altersdiskriminierung („Ageism“) auf der einen Seite und eine besondere Auseinandersetzung mit dem Alter auf der anderen Seite auf: Ist es nicht ethisch problematisch, gerade das Alter und die Alten ganz besonders zu betrachten? Oder bedarf gerade die Gefahr der Altersdiskriminierung einer gesonderten Auseinandersetzung, um ihr entgegenzuwirken bzw. vorzubeugen? In Hinblick auf den Umgang mit vergleichbaren Situationen und Herausforderungen, wie sie sich in der COVID-19-Pandemie darstellen, lassen sich aus dieser Studie für die Zukunft vor allem folgende Schlüsse ziehen bzw. Empfehlungen ableiten:

- Ein wesentlicher Aspekt, der in Zusammenhang mit dem Diskriminierungsverbot mitgedacht werden muss, ist der öffentlich geführte Diskurs um den Schutz von älteren Menschen, und die undifferenzierte Darstellung dieser Gruppe als schwach, hilflos und gebrechlich. Es gilt somit, die bestehenden Vulnerabilitätskonzepte zu hinterfragen und differenziert einzusetzen, um so Altersdiskriminierung entgegenzuwirken. Die Vielfältigkeit der Lebensrealitäten älterer Menschen wahrzunehmen und in Folge zu berücksichtigen, impliziert insbesondere, über ein rein biomedizinisches Verständnis

von Verletzlichkeit hinauszugehen, um die zwischenmenschliche Dimension der Menschenwürde nicht zu verfehlen. Sie beziehen sich ganz besonders auch auf Menschen mit Demenz. Zahlreiche Forderungen von relevanten Interessenvertretungen sowie Fachgesellschaften haben sich dahingehend explizit geäußert (eine Übersicht hierfür liefern Gaertner et al. (2021)). Dies kann auch dadurch unterstützt werden, dass die Repräsentanz von älteren Menschen sowie von Interessenvertretungen, Institutionen und Organisationen in entscheidenden Gremien sichergestellt wird. Dies ist im Management der COVID-19-Pandemie über sehr lange Zeit nicht erfolgt und auch in der jüngeren Vergangenheit kaum gelungen. Es wäre jedoch ein wichtiger Ansatz, um der Gefahr vorzubeugen, vorschnelle Bilder und Stereotype davon, wie alte Menschen leben und was für sie in bestimmten Situationen wichtig wäre, in die Gestaltung von Maßnahmen einfließen zu lassen.

- Neben der individuellen Betroffenheit gilt es die Betroffenheit des unmittelbaren sozialen Umfelds in den Blick zu nehmen, um Auswirkungen auf ältere Menschen zu erfassen und ggf. auch beeinflussen zu können. Nur wenn formelle und informelle Hilfesysteme stabil sind, können ältere und hochbetagte Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf im eigenen Haushalt leben. Diese zu organisieren, wurde angesichts der pandemiebedingten Einschränkungen zu einer individuellen Herausforderung, was die Belastung der Betroffenen enorm erhöht hat. Mit kostenfreien Hotlines etc. könnten für diese Gruppen niederschwellig Ansprechpartner:innen bereitgestellt werden.
- Digitalisierung kann soziale Kontakte zwar nicht ersetzen, aber eine wesentliche Voraussetzung bilden, um Zugang zu anderen zu erhalten, und Kommunikation und Austausch zu pflegen. Die Herausbildung und Förderung digitaler Kompetenzen in älteren Altersgruppen könnte somit ein wesentlicher Schlüssel sein, künftige Pandemien zu bewältigen. Auch wäre ein niederschwelliger Zugang zu digitaler Infrastruktur wichtig, um sozialer Ungleichheit im Zusammenhang mit Digitalisierungsfragen vorzubeugen.
- Es bedarf einer erhöhten Aufmerksamkeit für die Bedeutung und Relevanz alters- und geschlechtsspezifischer Daten ebenso wie der Daten von Menschen mit funktionellen Einschränkungen, um Auswirkungen von Maßnahmen auf diese Gruppen sichtbar zu machen. Dies betrifft sowohl die Ausrichtung von Studien als auch den Fokus der regelmäßigen Erfassung von Daten zum Zwecke des Monitorings des Infektionsgeschehens sowie der Wirkung von Maßnahmen. Die Notwendigkeit einer fortlaufenden und systematischen Gesundheitsberichterstattung für die Bevölkerung ab 65 Jahren, die auch die Heterogenität dieser Altersgruppe berücksichtigt, wird auch von anderen Autorinnen und Autoren betont (Gaertner et al. 2021).

- Mit der COVID-19-Pandemie rückten pflegebedürftige ältere Menschen ins Zentrum des gesellschaftlichen Interesses, dies muss als große Chance für eine zukünftige alterssensible und altersgerechte Politikgestaltung gesehen werden. Das hohe solidarische Verhalten, das von der Gesellschaft aufgebracht wurde, gilt es zu erhalten und zu fördern und hierfür in allen Kernbereichen sowohl auf Ebene der Bevölkerung als auch auf einer individuellen Ebene im Sinne eines „twin-track approach“ (Williamson et al. 2021) Schritte zugunsten einer altersgerechten Gesellschaft zu setzen.
- Gleichzeitig offenbarte sich insbesondere in der medialen Auseinandersetzung rund um die COVID-19-Pandemie ein Imageproblem, gepaart mit geringer Wertschätzung des Sektors der Langzeitpflege. Beispielsweise fehlte es in der ersten Zeit nach Ausbruch der Pandemie in Einrichtungen und Angeboten der mobilen und stationären Langzeitpflege im Vergleich zum akutstationären Bereich viel öfter und auch andauernder an Schutzausrüstung. Der Reflex hin zu einer Abschottung der Heime beförderte zudem zudem ein negatives Image derselben („Kasernierung“) und konterkarierte somit die zarten Bemühungen zahlreicher Akteurinnen und Akteure um eine Öffnung der Heime (Schulz-Nieswandt 2020). Zukünftig muss gelten: Restriktive Maßnahmen sollen erst dann gesetzt werden, wenn alle alternativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Ein solcher Ansatz müsste auch öffentlich kommuniziert werden, zur (Wieder-)Herstellung von Vertrauen in diesen Sektor.
- Viele Mitarbeiter:innen haben sich mit hohem Engagement dafür eingesetzt, dass sich Menschen in Heimen trotz der Pandemie sicher gefühlt haben, und sie weitgehend unbeschadet durch diese Zeit gekommen sind, das legen sowohl die Befunde dieser Studie nahe, als auch jene, die zu den Entwicklungen in der ersten Welle durchgeführt wurde (BMSGPK 2020b). Gerade daraus resultiert nunmehr auch eine ethische Verantwortung, mit Blick auf die Zukunft darauf zu reagieren (Staflinger/Schmidt 2020). So braucht es nicht nur wegen, aber spätestens seit der COVID-19-Pandemie dringender denn je überzeugende Konzepte der Attraktivierung von Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, die unmittelbar mit vertrauensbildenden Maßnahmen in diesen Sektor der Versorgung einhergehen (Rappold/Juraszovich 2019).

Schlussendlich geht es auch um die Frage, welches strategische Ziel im Mittelpunkt einer bereits seit zwei Jahren andauernden Pandemiebekämpfung stehen soll: Neben der Vermeidung von Sterblichkeit sowie der Aufrechterhaltung der Kapazitäten des Gesundheitssystems stehen eine Vielzahl an anderen Zielen, die mit zunehmender Dauer der Pandemie ebenfalls an Bedeutung gewinnen. Im Zusammenhang mit der Perspektive älterer Menschen sind das beispielsweise viele ethische Aspekte, die Vermeidung sozialer Ungleichheit durch Abschätzen der jeweiligen Folgen, das (weiterhin) Sicherstellen sozialer Inklusion älterer Menschen sowie des psychosozialen Wohlbefindens durch Ermöglichen

von Treffen mit nahestehenden Personen, Sterben in Würde und eine entsprechende Verabschiedung. Das Abwägen dieser Ziele ist nicht nur, aber auch eine politische Frage und gerade bei dieser Abwägung ist eine Mainstreaming-Ageing-Perspektive mit Sicherheit von großer Bedeutung (UNECE 2021; Williamson et al. 2021).

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe	31
Tabelle 2: Schutzverhalten und -maßnahmen (n=108) „ <i>Welche der folgenden Hygiene- und Schutzmaßnahmen treffen auf Sie zu und wie stark (völlig – teilweise – eher nicht – gar nicht)?</i> “	36
Tabelle 3: Einschränkungen im Sozialleben (1) „ <i>Waren Sie seit Beginn der Pandemie von den folgenden Auswirkungen der Coronakrise negativ betroffen?</i> “	39
Tabelle 4: Einschränkungen im Sozialleben (2) „ <i>Wie häufig waren Sie seit Beginn der Pandemie von den folgenden Einschränkungen betroffen?</i> “	39
Tabelle 5: Psychisches Befinden (1) – gesamt und differenziert nach Haushaltsgröße (alleinlebend/nicht alleinlebend) und Geschlecht „ <i>Wie stark litten Sie in den vergangenen zwei Wochen unter folgenden Gefühlen?</i> “ (angeführt sind die Häufigkeiten in Prozent für „eher stark“ und „sehr stark“).....	43
Tabelle 6: Psychisches Befinden (2) – gesamt und differenziert nach Haushaltsgröße (alleinlebend/nicht alleinlebend) und Geschlecht: „ <i>Wie oft haben Sie folgende Gefühle?</i> “ (angeführt sind die Häufigkeiten in Prozent für „oft“ und „immer“ mit Ausnahme der Items „Glücksgefühle“ und „Lebensfreude“, wo die Antworten „selten“ und „nie“ zusammengefasst dargestellt werden)	44
Tabelle 7: Anteil pflegender Angehöriger während der Pandemie in Österreich (erwerbstätige Bevölkerung).....	52
Tabelle 8: Vergleich pflegende Angehörige und allgemeine Bevölkerung, vor Corona (Februar 2020).....	53
Tabelle 9: Vergleich pflegende Angehörige und allgemeine Bevölkerung, während der Pandemie (Juni 2020 und Jänner 2021)	55
Tabelle 10: Charakteristika der Stichprobe	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Subjektive Einschätzung der Gefährlichkeit des Coronavirus (n=108) „Wie groß schätzen Sie die gesundheitliche Gefahr ein, die vom Coronavirus ausgeht?“	33
Abbildung 2: Hygiene- und Schutzverhalten nach Geschlecht „Wie sehr treffen die folgenden Veränderungen im Alltagsleben infolge der Pandemie auf Sie zu – völlig, teilweise, wenig oder gar nicht?“	38
Abbildung 3: Sozialleben und Sozialbeziehungen – Vergleich 2019/20 und 2021 (n=108). 41	
Abbildung 4: Psychisches Befinden – Vergleich der Antworten von 2019/20 und 2021 (n=108) auf die folgenden Fragen: (1) „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?“, (2) „Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen einsam gefühlt?“, (3) „Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen deprimiert gefühlt?“	45
Abbildung 5: Datenerhebungszeitpunkte (in Gelb) der AKCOVID-Längsschnittstudie.....	51
Abbildung 6: Anteil der Personen mit geringem selbsteingeschätztem Gesundheitszustand bzw. geringem Wohlbefinden während der Pandemie, nach Befragungszeitpunkten – gesamte Bevölkerung.....	57
Abbildung 7: Vergleich pflegende Angehörige und allgemeine Bevölkerung: schlechter selbsteingeschätzter Gesundheitszustand.....	57
Abbildung 8: Vergleich pflegende Angehörige und allgemeine Bevölkerung: psychisches Wohlbefinden.....	58
Abbildung 9: Anteil Arbeitslosigkeit nach Alter (Juli 2021).....	76
Abbildung 10: Veränderung der beruflichen Situation aufgrund der Coronakrise nach Altersgruppen und Geschlecht.....	77
Abbildung 11: Veränderung ehrenamtlicher Tätigkeiten (außer Pflege für Angehörige) während der Coronakrise in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht	79
Abbildung 12: Verzicht auf medizinische Behandlung aus Angst vor Ansteckung	80
Abbildung 13: Personen, die sich während der Pandemie mehr, weniger oder etwa gleich traurig oder niedergeschlagen fühlten als vor dem Ausbruch, nach Geschlecht und Einkommensgruppen	82
Abbildung 14: Anteil der Männer bzw. Frauen, die keinen persönlichen bzw. telefonischen/digitalen Kontakt hatten	84
Abbildung 15: Bewertung der Situation während der strengen Schutzmaßnahmen (März-Juni 2020)	100
Abbildung 16: Gründe für das subjektive Sicherheitsgefühl (März-Juni 2020) (n=223)....	102
Abbildung 17: Sorgen bezüglich COVID-19 nach der verfügbaren Zeit der Pflege- und Betreuungskräfte für Bewohner:innen (März-Juni 2020).....	105

Literaturverzeichnis

- Ackermann, Andreas (2005): Empirische Untersuchungen in der stationären Altenhilfe: Relevanz und methodische Besonderheiten der gerontologischen Interventionsforschung mit Pflegeheimbewohnern. Münster: Lit
- AMS/ORF.at (2021): Spuren der Pandemie [Online]. <https://orf.at/stories/3223587/>
- Aner, Kirsten; Fooker, Insa (2016): Alter(n) und Ambivalenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 49/1:1-2
- Arendt, Hannah (2020): Vita activa oder Vom tätigen Leben. Piper, München
- Arpino, Bruno; Pasqualini, Marta; Bordone, Valeria (2021): Physically distant but socially close? Changes in non-physical intergenerational contacts at the onset of the COVID-19 pandemic among older people in France, Italy and Spain. In: European Journal of Ageing:185-194
- Atzendorf, Josefine; Gruber, Stefan (2021): Depression and loneliness of older adults in Europe and Israel after the first wave of covid-19 [Online]. European Journal of Ageing. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-021-00640-8>
- Auer, Stefanie R.; Höfler, Margit; Linsmayer, Elisabeth; Beránková, Anna; Prieschl, Doris; Ratajczak, Paulina; Šteffl, Michal; Holmerová, Iva (2018): Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: results from the DEMDATA project. In: BMC Geriatr 18/1:178
- Bailer, J. ; Witthöft, M. (2014): Deutsches modifiziertes Health Anxiety Inventory (MK-HAI). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). In:
- Barczyk, D.; Kredler, M. (2019): Long-term care across Europe and the United States: the role of informal and formal care. In: Fisc Stud 40/:329-373
- Benzinger, P.; Kuru, S.; Keilhauer, A.; Hoch, J.; Prestel, P.; Bauer, J. M.; Wahl, H. W. (2021): Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige – Ein systematisches Review. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 54/2:141-145
- Bergmann, Michael; Wagner, Melanie (2021): The Impact of COVID-19 on Informal Caregiving and Care Receiving Across Europe During the First Phase of the Pandemic. In: Front Public Health 9/590:
- Bioethikkommission (2020): Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie. Stellungnahme der Bioethikkommission [Online]. Bundeskanzleramt. Wien
- BMASK (2009): Gewalt erkennen. Fragen und Antworten zu Gewalt an älteren Menschen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
- BMASK (2015): Altern und Zukunft. Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. Aufl. 5. , Abt. V/A/6 - Grundsatzangelegenheiten der Seniorinnen- und Senioren-, Bevölkerungs- und Freiwilligenpolitik, Wien
- BMSGPK (2020a): Armutsbetroffene und die Corona-Krise. Eine Erhebung zur sozialen Lage aus der Sicht von Betroffenen. Hg. v. BM für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2020b): COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen, 2020. Endbericht. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

- BMSGPK (2020c): Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes StF: BGBl. II Nr. 98/2020
- Börsch-Supan (2021): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). SHARE Corona Survey - Release 1.0.0.
- Bozzaro, Claudia; Boldt, Joachim; Schweda, Mark (2018): Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability. In: *Bioethics* 32/4:233-239
- Brooks, Jodi; Hopgood, Fincina (2021): "Bubbling" the Fourth Age in the Time of COVID-19: Ambivalence and Agency. In: *M/C Journal* 24/1:
- Brückner, M (2009): Kulturen des Sorgens über die Grenzen hinweg? In: *Pflegende und sorgende Frauen und Männer Aspekte einer künftigen Pflege im Spannungsfeld von Privatheit und Professionalität*. Hg. v. Jansen, M. M. Hessische Landeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden. S. 9-S. 28
- Buffel, Tine; Yarker, Sophie; Phillipson, Chris; Lang, Luciana; Lewis, Camilla; Doran, Patty; Goff, Mhorag (2021): Locked down by inequality: Older people and the COVID-19 pandemic. In: *Urban Studies*:00420980211041018
- Bugger, Heiko; Gollmer, Johannes; Pregartner, Gudrun; Wünsch, Gerit; Berghold, Andrea; Zirlik, Andreas; von Lewinski, Dirk (2020): Complications and mortality of cardiovascular emergency admissions during COVID-19 associated restrictive measures. In: *PLoS One* 15/9:e0239801
- Bukov, A.; Maas, I.; Lampert, T. (2002): Social Participation in very old-age : Cross-sectional and longitudinal findings From BASE. In: *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 57B/6:510-517
- Bundeskanzleramt (2020): Aus Verantwortung für Österreich. Regierungsprogramm 2020-2024 [Online]. Bundeskanzleramt Österreich. Wien
- Carlsen, Hjalmar Bang; Toubol, Jonas; Brincker, Benedikte (2020): On solidarity and volunteering during the COVID-19 crisis in Denmark: the impact of social networks and social media groups on the distribution of support. [Online]. <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1818270>
- Carstensen, Laura L. (1992): Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. In: *Psychology and Aging* 7/3:331-338
- Chen, Shanquan; Jones, Peter B.; Underwood, Benjamin R.; Fernandez-Egea, Emilio; Qin, Pei; Lewis, Jonathan R.; Cardinal, Rudolf N. (2021): Risk factors for excess deaths during lockdown among older users of secondary care mental health services without confirmed COVID-19: A retrospective cohort study. In: *International journal of geriatric psychiatry* 36/12:1899-1907
- Colombo, F., et al. (2011): *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Comas-Herrera, Adelina (2020): Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. London: International Long-Term Care Policy Network. [Online]. Available at: <https://ltccovid.org> (Accessed: 30 October 2020)
- Conradi, Elisabeth (2001): *Take care: Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*. Campus Verlag, Frankfurt, Main
- D'Cruz, Migita; Banerjee, Debanjan (2020): 'An invisible human rights crisis': The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic - An advocacy review. In: *Psychiatry Res* 292/:113369-113369

- Dabrock, Peter (2021): "Not kennt kein Gebot"? Ethische Perspektiven der Pandemie-Bekämpfung - Essay. In: Medizin und Ethik in der Pandemie. Hg. v. APUZ. Aus Politik und Zeitgeschichte
- Defrancesco, Michaela (2020): Ambulante geriatrische Betreuung in COVID-19 Zeiten: Wir haben nachgefragt und hinterfragt. Erste Ergebnisse der Online-Befragung.
- Defrancesco, Michaela; Bancher, Christian; Dal-Bianco, Peter; Hinterhuber, Hartmann; Schmidt, Reinhold; Struhal, Walter; Ransmayr, Gerhard; Stögmann, Elisabeth; Marksteiner, Josef (2021): Positionspapier der Österreichische Alzheimer Gesellschaft (ÖAG). In: neuropsychiatrie 35/1:35-47
- Deutscher Ethikrat (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme. Deutscher Ethikrat, Berlin
- Deutscher Ethikrat (2020a): Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie. Ad-hoc-Empfehlung. Deutscher Ethikrat, Berlin
- Deutscher Ethikrat (2020b): Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise: Ad-hoc-Empfehlung. In: Medizinrecht 38/6:466-471
- DGP (2020): Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. S1 Leitlinie. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., Duisburg
- Diekmann, Andreas (2011): Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt's Enzyklopädie. 5 Aufl., Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg
- Dong, X. C.; Li, J. M.; Bai, J. Y.; Liu, Z. Q.; Zhou, P. H.; Gao, L.; Li, X. Y.; Zhang, Y. (2020): [Epidemiological characteristics of confirmed COVID-19 cases in Tianjin]. In: Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 41/5:638-641
- Duner, A.; Nordström, M. (2006): The roles and functions of the informal support networks of older people who receive formal support: a Swedish qualitative study. In: Ageing and Society 27/:67-85
- Eglau, Karin; Röthlin, Florian; Schmidt, Andrea E. (2021): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung 2020 anhand ausgewählter Bereiche. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien.
- Eurocarers/IRCCS-INRCA (2021): Impact of the Covid-19 outbreak on informal careres across Europe - Final report., Brussels, Ancona
- European Commission (2021): The 2021 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070). Institutional Paper. European Commission for Economic and Financial Affairs., Luxemburg
- Fegert, Jörg M.; Vitiello, Benedetto; Plener, Paul L.; Clemens, Vera (2020): Challenges and burdens of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. In: Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 14/1:20
- Ferber, Christian von (2006): Selbstbestimmung im Alter – eine Herausforderung für die Gesellschaftspolitik. In: Recht und Würde im Alter Richterwoche Saalfelden 9 bis 13 Mai 2005. Hg. v. Bundesministerium für Justiz. NWV, Wien
- FGPG (2020): Covid-19-Pandemie: Aspekte der Palliative Care für alte und gebrechliche Menschen zu Hause und im Alters- und Pflegeheim. Fachgesellschaft Palliative Geriatrie, Zürich, Berlin, Wien

- Flick, Uwe (1995): Qualitative Forschung : Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Rowohlt's Enzyklopädie. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Frahsa, Annika; Altmeier, Dorothee; John, Jannika M.; Gropper, Hannes; Granz, Hanna; Pomiersky, Rebekka; Haigis, Daniel; Eschweiler, Gerhard W.; Nieß, Andreas M.; Sudeck, Gorden; Thiel, Ansgar (2020): "I Trust in Staff's Creativity" —The Impact of COVID-19 Lockdowns on Physical Activity Promotion in Nursing Homes Through the Lenses of Organizational Sociology. In: *Frontiers in Sports and Active Living* 2/131:
- Gaertner, Beate; Fuchs, Judith; Möhler, Ralph; Meyer, Gabriele; Scheidt-Nave, Christa (2021): Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. In: *Journal of Health Monitoring* 4:1-39
- Ganner, J; Kerschbaumer, L.; Tanzer, C. (2021): Enhancing and Restricting Factors of Formal Voluntary Engagement in Tyrol and the Impact of the Pandemic. In: *European Journal of Management Issues* 29(2)/:73-82
- Graefe, Stefanie; Haubner, Tine; Dyk, Silke van (2020): »Was schulden uns die Alten?« Isolierung, Responsibilisierung und (De-)Aktivierung in der Corona-Krise. In: *Leviathan* 48/3:407-432
- Gröning, Katharina; Yardley, Yvette (2020): Gewalt gegen ältere Menschen. In: *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Hg. v. Aner, Kirsten; Karl, Ute. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden. S. 491-S. 499
- Haas, Sabine; Antony, Daniela; Antony, Gabriele; Gaiswinkler, Sylvia; Griebler, Robert; Marbler, Carina; Weigl, Marion; Winkler, Petra (2021): Soziale Faktoren der Pandemie. *Gesundheit Österreich*, Wien
- Hank, Karsten; Stuck, Stephanie (2008): Volunteer work, informal help, and care among the 50+ in Europe: further evidence for "linked" productive activities at older ages. In: *Social Science Research* 37(4)/:1280-1291
- Hartinger, Gerd; Wild, Monika (2020): Pflege. In: *Wir denken Gesundheit neu!* Hg. v. Rümmele, Martin; Spenger, Martin. Ampuls Verlag, Unteraichwald S. 52-66
- Hasseler, Martina; Hartleb, Birgit (2021): Stationäre Langzeitpflege unter COVID-19 Bedingungen – ein reflektiert-kritischer Blick auf die derzeitige Situation und zukünftige Entwicklungen. In: *Pflege in Zeiten der Pandemie: Wie sich Pflege durch Corona verändert hat*. Hg. v. Bonacker, Marco; Geiger, Gunter. Barbara Budrich, Opladen. S. 43-S. 60
- Higgs, Paul; Gilleard, Chris (2021): Fourth Ageism: Real and Imaginary Old Age. In: *Societies* 11/1:
- Holt-Lunstad, Julianne; Smith, Timothy B.; Baker, Mark; Harris, Tyler; Stephenson, David (2015): Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. In: *Perspectives on Psychological Science* 10/2:227-237
- Honneth, A. (1999): Integrität und Missachtung. Grundmotive einer Moral der Anerkennung. In: *Glück und Gerechtigkeit Moral am Ende des 20 Jahrhunderts*. Hg. v. Stäblein, Ruthard. Insel, Frankfurt am Main. S. 271-S. 288
- Horn, Vincent; Schweppe, Cornelia (2020): Die Corona-Pandemie aus der Sicht alter und hochaltriger Menschen. Hg. v. Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
- Humer, Elke; Pieh, Christoph; Probst, Thomas; Kisler, Ida-Maria; Schimböck, Wolfgang; Schadenhofer, Petra (2021): Telephone Emergency Service 142 (TelefonSeelsorge) during the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey among Counselors in

- Austria. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18/:2228
- Kamlah, Wilhelm (1973): *Philosophische Anthropologie. Sprachliche Grundregelung und Ethik*. BI Wissenschaftsverlag, Mannheim
- Kammerer, Kerstin; Falk, Karin; Herzog, Anna; Fuchs, Judith (2019): How to reach 'hard-to-reach' older people for research: The TIBaR model of recruitment. *Survey Methods: Insights from the Field* [Online] [Zugriff am 2.9.2021]
- Kant, Immanuel (2004): *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Hg. v. Valentiner, Theodor. Reclam, Stuttgart
- Kieninger, Judith; Trukeschitz, Birgit; Wosko, Paulina; Pleschberger, Sabine (2019): Mapping the domains and influencing factors of quality of life in informal carers of community-dwelling older adults. Discussion Paper 1/2019 of the WU Research Institute for Economics of Aging, Vienna: WU Vienna
- Kohlen, Helen (2021): Vulnerabilität. In: *Die Hospiz Zeitschrift* 23/92:47-48
- Kolland, Franz; Rohner, Rebekka; Hartmann, Vera; Bohrn, Karoline; Gallistl, Vera (2021a): COVID-19 Care: Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Langzeitpflege. Projektendbericht. Karl Landsteiner Privatuniversität f. Gesundheitswissenschaften, Krens
- Kolland, Franz; Rohner, Rebekka; Hartmann, Vera; Hengl, Lisa; Bohrn, Karoline; Gallistl, Vera (2021b): KL-Pflegekräfte-Studie 2021: Pflegekräfte in der Corona-Pandemie. Projektendbericht. Karl Landsteiner Privatuniversität f. Gesundheitswissenschaften, Krens
- Kortüm, S.; Frey, P.; Becker, D.; Ott, H. J.; Schlaudt, H. P. (2020): Corona-Independent Excess Mortality Due to Reduced Use of Emergency Medical Care in the Corona Pandemic: A Population-Based Observational Study. In: medRxivpreprint:
- Kricheldorf, Cornelia (2020): Gesundheitsversorgung und Pflege für ältere Menschen in der Zukunft. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53/8:742-748
- Krisch, Astrid; Novy, Andreas; Plank, Leonhard; Schmidt, Andrea E.; Blaas, Wolfgang (2020): Die Leistungsträgerinnen des Alltagslebens: Covid-19 als Brennglas für die notwendige Neubewertung von Wirtschaft, Arbeit und Leistung. Hg. v. The Foundational Economy Collective. TU, Wien
- Kröll, Wolfgang; Platzer, Johann; Ruckenbauer, Hans-Walter; Schaupp, Walter (Hg.) (2020): *Die Corona-Pandemie: Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise*. 1. Aufl., Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden
- Kruse, Andreas (2017): *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife*. Springer, Berlin
- Leichsenring, Kai; Schmidt, Andrea E.; Staflinger, Heidemarie (2021): Fractures in the Austrian Model of Long-Term Care: What are the Lessons from the First Wave of the COVID-19 Pandemic? In: *Journal of Long Term Care*:33-42
- Leichsenring, Kai; Schulmann, Katharine; Gasior, Katrin (2015): Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung & AK, Wien
- Levy, Becca R.; Slade, Martin D.; Chang, E. Shien; Kanno, Sneha; Wang, Shi-Yi (2020): Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. In: *The Gerontologist* 60/1:174-181

- Liljas, Ann E. M.; Jovicic, Ana; Kharicha, Kalpa; Iliffe, Steve; Manthorpe, Jill; Goodman, Claire; Walters, Kate (2015): Facilitators and barriers for recruiting and engaging hard-to-reach older people to health promotion interventions and related research: a systematic review. In: *The Lancet* 386/:S51
- Lind, Majse; Bluck, Susan; McAdams, Dan P. (2020): More Vulnerable? The Life Story Approach Highlights Older People's Potential for Strength During the Pandemic. In: *The Journals of Gerontology: Series B*:
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2021): Gerechte Priorisierungen? Pflegeethische Aspekte der COVID-19-Maßnahmen für pflegebedürftige Personen. In: *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*. Hg. v. Jacobs, Klaus et al. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, HeidelbergS. 21-31
- Loewy, Erich H.; Springer-Loewy, Roberta (2005): Ethische Fragen am Ende des Lebens. In: *Palliativpflege Grundlagen für Praxis und Unterricht*. Hg. v. Pleschberger, Sabine ; Heimerl, Katharina; Wild, Monika. Aufl. 2. Facultas, Wien. S. 137-S. 148
- Lopez-Leon, Sandra; Wegman-Ostrosky, Talia; Perelman, Carol; Sepulveda, Rosalinda; Rebolledo, Paulina A.; Cuapio, Angelica; Villapol, Sonia (2021): More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. In: *Sci Rep* 11/1:16144
- Lorenz-Dant, Klara (2020): Germany and the COVID-19 long-term care situation. LTCcovid, International Long Term Care Policy Network, CPEC-LSE
- Marquard, Odo (2001): Am Ende, nicht am Ziel. In: „Einmal und nicht mehr“. Hg. v. Steinfeld, T. Deutscher Taschenbuch Verlag, München. S. 50-S. 55
- Miller, Edward Alan; Simpson, Elizabeth; Nadash, Pamela; Gusmano, Michael (2020): Thrust Into the Spotlight: COVID-19 Focuses Media Attention on Nursing Homes. In: *The Journals of Gerontology: Series B* 76/4:e213-e218
- Muders, Sebastian (2020): Medizinethik und Corona. Public Health und Intensiv-Medizin in Zeiten von Covid-19. Paulus Akademie, Zürich
- Musick, Marc; Wilson, John (1999): The Effects of Volunteering on the Volunteer, 62 *Law and Contemporary Problems* 141-168 (Fall 1999). Available at: <https://scholarship.law.duke.edu/lcp/vol62/iss4/7> [Online]
- Nagl-Cupal, Martin; Kolland, Franz; Zartler, Ulrike; Mayer, Hanna; Bittner, Marc; Koller, Martina Maria; Parisot, Viktoria; Stöhr, Doreen (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Wien: Universität Wien. Endbericht, Wien
- Nebois-Zeman, Grainne; Jaquemar, Susanne (2020): COVID-19 aus Sicht der Bewohnervertretung nach HeimAufG. In: *Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht* 2020/100:
- Novak, Manfred (2020): Unions-, verfassungs- und universitätsrechtliche Aspekte zu „Corona-Maßnahmen“. In: *Die Corona-Pandemie*. Hg. v. Kröll, Wolfgang et al. Nomos, Baden-Baden. S. 153-S. 178
- Nullmeier, Frank (2020): Covid-19-Pandemie und soziale Freiheit. In: *Zeitschrift für politische Theorie* 2020/1:127-154
- OECD (2017): Preventing ageing unequally. OECD Publishing, Paris
- OECD (2021): Rising from the COVID-19 crisis: Policy responses in the long-term care sector. Hg. v. OECD, Paris

- ÖPIA (2015): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. 1. Erhebung 2013/2014 Wien und Steiermark. Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen, Wien
- Pelizäus, Helga; Heinz, Jana (2020): Stereotypisierungen von Jung und Alt in der Corona-Pandemie. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Hg. v. bpb. Bundeszentrale für Politische Bildung., Bonn. S. 417-S. 428
- Pfabigan, Doris (2011): Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege: Eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns. hpsmedia, Wien
- Pfabigan, Doris; Pleschberger, Sabine (2021): Gesundheitsförderung in Pflege und Betreuungseinrichtungen. Ein Wegweiser für die Praxis. Wissen. Hg. v. Zeuschner, Verena; Lang, Gertrud. Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich, Wien
- Pimouguet, C.; Rizzuto, D.; Schon, P.; Shakersain, B.; Angleman, S.; Lagergren, M.; Fratiglioni, L.; Xu, W. (2016): Impact of living alone on institutionalization and mortality: a population-based longitudinal study. In: Eur J Public Health 26/1:182-187
- Plattner, Lukas; Brandstötter, Cornelia; Paal, Piret (2021): Einsamkeit im Pflegeheim – Erleben und Maßnahmen zur Verringerung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie:
- Pleschberger, Sabine (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau
- Pleschberger, Sabine; Reitinger, Elisabeth; Trukeschitz, Birgit; Wosko, Paulina (2019): Older people living alone (OPLA) - non-kin-carers' support towards the end of life: qualitative longitudinal study protocol. In: BMC Geriatr 19/1:219
- Pleschberger, Sabine; Wosko, Paulina (2015): Informelle außerfamiliäre Hilfe für alleinlebende Menschen im Alter und Versorgung am Lebensende. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48/5:457-464
- Pöltner, Günther (2002): Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas, Wien
- Principi, Andrea; Jensen, Per H.; Lamura, Giovanni (2014): Active ageing: Voluntary work by older people in Europe
- Räker, Miriam; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (2021): Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In: Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Hg. v. Jacobs, Klaus et al. Springer, Berlin, Heidelberg. S. 33-S. 58
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Rat der Europäischen Union (2021): Schlussfolgerungen des Rates zur durchgängigen Berücksichtigung des Alterns in der öffentlichen Politik. Europäische Union. 6976/21, Brüssel
- Reitinger, Elisabeth; Pichler, Barbara; Egger, Barbara (2020): AAL Technologien für/mit Menschen mit Demenz. Perspektiven der Betroffenen und ihrer informellen Betreuungs- und Pflegepersonen.
- Remmers, Hartmut (2020): Gutes Leben im Alter. Verletzlichkeit und Reife älterer Menschen. In: Gute Behandlung im Alter? Menschenrechte und Ethik zwischen Ideal und Realität. Hg. v. Frewer, Andreas et al. Transcript, Bielefeld. S. 95-S. 124

- RKI (2021): Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. 15. Risikogruppen für schwere Verläufe. [Online]. Robert Koch-Institut.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?jsessionid=CC0631158D8396505751C0C852234E87.internet062?nn=13490888#doc13776792bodyText15
- Rodrigues, R.; Ilinca, S.; Schmidt, A. (2018): Income-rich and wealth-poor? The impact of measures of socio-economic status in the analysis of the distribution of long-term care use among older people. In: *Health Econ* 27/:637-646
- Rodrigues, Ricardo; Simmons, Cassandra; Schmidt, Andrea E.; Steiber, Nadia (2021a): Care in times of COVID-19: the impact of the pandemic on informal caregiving in Austria. In: *European Journal of Ageing* 18/2:195-205
- Rodrigues, Ricardo; Simmons, Cassandra; Schmidt, Andrea E.; Steiber, Nadia (2021b): Care in times of COVID-19: The impact of the pandemic on informal caregiving in Austria. In: *European Journal of Ageing* 18/:195-205-
- Rüegger, Heinz (2018): Altersdiskriminierung. In: *Jahrbuch Diakonie Schweiz* 2/0:128-140
- Salamanna, Francesca; Veronesi, Francesca; Martini, Lucia; Landini, Maria Paola; Fini, Milena (2021): Post-COVID-19 Syndrome: The Persistent Symptoms at the Post-viral Stage of the Disease. A Systematic Review of the Current Data. In: *Frontiers in medicine* 8/:392
- Sandman, Peter M. ; Lanard, Jody (2020): Strange COVID-19 Bedfellows: Gnawing Anxiety and Under-Reaction [Online] [Zugriff am 1.9.2021]
- Schiestl, David W. (2021): Die vielen Gesichter der Einsamkeit in der Corona-Krise. Blog 98. Universität Wien
- Schmidhuber, Martina (2020): Vulnerabilität in der Krise. In: *Die Corona-Pandemie*. Hg. v. Kröll, Wolfgang et al. Nomos, Baden-Baden. S. 271-S. 282
- Schmidt, Andrea E.; Delcour, Jennifer; Schwarz, Tanja (2021a): Familienleben mit beeinträchtigten, behinderten oder pflegebedürftigen Familienmitgliedern. In: *6 Österreichischer Familienbericht 2009 – 2019 Neue Perspektiven: Familien als Fundament für ein lebenswertes Österreich*. Hg. v. Bundeskanzleramt Frauen, Familie, Jugend und Integration, Wien. S. 531-S. 573
- Schmidt, Andrea E.; Stumpfl, Sophie; Rodrigues, Ricardo; Simmons, Cassandra; Steiber, Nadia (2021b): Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf während der COVID-19-Krise. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien.
- Schröder-Bäck, P.; Sass, H. M.; Brand, H.; Winter, S. F. (2008): Ethische Aspekte eines Influenzapandemiemanagements und Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 51/2:191-199
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der "Altenpolitik". Hg. v. KDA, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin
- Schüz, B.; Dräger, D.; Richter, S.; Kummer, K.; Kuhlmeier, A.; Tesch-Römer, C. (2011): Autonomie trotz Multimorbidität im Alter – Der Berliner Forschungsverbund AMA. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44/2:9-26
- Seidler, Andreas; Schubert, Melanie; Petereit-Haack, Gabriela; Horn, Annett; Kämpf, Daniel; Westerman, Ronny (2020): Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche („Rapid

- Scoping Review“), ergänzt durch eine qualitative Erhebung. Kompetenznetz Public Health COVID-19
- Sin, Nancy L.; Klaiber, P.; Wen, Jin H.; DeLongis, Anita (2021): Helping Amid the Pandemic: Daily Affective and Social Implications of COVID-19-Related Prosocial Activities. In: *The Gerontologist* 61/1:59-70-
- Smolić, Šime; Čipin, Ivan; Međimurec, Petra (2021): Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. In: *European Journal of Ageing*:
- Staflinger, Heidemarie; Schmidt, Andrea E (2020): Frauen in der stationären Langzeitpflege Lehren und Lektionen aus der COVID-19-Krise. In: *Frauengesundheit und Corona: Sammelband des Wiener Programms für Frauengesundheit*. Hg. v. Wien, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele der Stadt, Wien. S. 261-S. 270
- Starmayr, Birgit (2021): Freiwilligkeit in Zeiten der Corona-Krise. Auswirkung der Corona-Krise auf die Tätigkeit als freiwillig Engagierter. Linz
- Statistik Austria (2020): Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2019 [Online]. Statistik Österreich [Zugriff am 20.04.2020]
- Statistik Austria (2021): Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung [Online] [Zugriff am 09.09.2021]
- Steiber, N. (2021): Die COVID-19 Gesundheits- und Arbeitsmarktkrise und ihre Auswirkungen auf die Bevölkerung. Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft : Working Paper-Reihe der AK Wien Nr. 211
- Steiber, Nadia; Siegert, Christina; Vogtenhuber, Stefan (2021a): Die Erwerbssituation und subjektive finanzielle Lage privater Haushalte im Verlauf der Pandemie. AK, Wien
- Steiber, Nadia; Siegert, Christina; Vogtenhuber, Stefan (2021b): The impact of the COVID-19 pandemic on the employment situation and financial well-being of families with children in Austria: Evidence from the first ten months of the crisis. In: *SocArXiv*:
- Stolz, Erwin; Mayerl, Hannes; Freidl, Wolfgang (2021): The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. In: *European Journal of Public Health* 31/1:44-49
- Stückler, Andreas (2020): „Die Alten“ und die Corona-Krise. Ein Kommentar aus alterssoziologischer Sicht [Online]. *Sozblog – Journal des Instituts für Soziologie der Universität Wien*
- Swift, Hannah J.; Chasteen, Alison L. (2021): Ageism in the time of COVID-19. In: *Group Processes & Intergroup Relations* 24/2:246-252
- Treskova-Schwarzbach, Marina; Haas, Laura; Reda, Sarah; Pilic, Antonia; Borodova, Anna; Karimi, Kasra; Koch, Judith; Nygren, Teresa; Scholz, Stefan; Schönfeld, Viktoria; Vygen-Bonnet, Sabine; Wichmann, Ole; Harder, Thomas (2021): Pre-existing health conditions and severe COVID-19 outcomes: an umbrella review approach and meta-analysis of global evidence. In: *BMC Medicine* 19/1:212
- Tronto, Joan C. (2013): *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York University Press, New York
- UNECE (2021): *Guidelines for Mainstreaming Ageing*. Hg. v. United Nations Economic Commission for Europe, Genf
- van Dijk, H. M.; Cramm, J. M.; Nieboer, A. P. (2013): The experiences of neighbour, volunteer and professional support-givers in supporting community dwelling older people. In: *Health & social care in the community* 21/2:150-158
- Waldherr, Karin; Adamcik, Tanja (2018): Ageism und dessen Bedeutung für faire Chancen, gesund zu altern. In: *Faire Chancen gesund zu altern Beiträge zur Förderung*

- gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen in Österreich. Hg. v. FGÖ, Fonds Gesundes Österreich. S. 41-S. 35
- Wang, J.; Yang, W.; Pan, L.; Ji, J. S.; Shen, J.; Zhao, K.; Ying, B.; Wang, X.; Zhang, L.; Wang, L.; Shi, X. (2020): Prevention and control of COVID-19 in nursing homes, orphanages, and prisons. In: Environ Pollut 266/Pt 1:115–161
- Wetz, Franz Josef (2005): Illusion Menschenwürde. Aufstieg und Fall eines Grundwertes. Klett-Cotta, Stuttgart
- WHO (2002): Active Ageing A Policy Framework. Geneva: World Health Organization
- WHO (2016): Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. World Health Organization, Geneva
- WHO (2017): Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization
- WHO (2020): UN Decade of Healthy Ageing. 2021 - 2030 [Online] [Zugriff am 15.10.2021]
- Williamson, Camilla; Albone, Rachel; Veitch, Georgina; Juergens, Florian; Galvani, Flavia; Duffield, Janet; Mihnovits, Aleksandr; Stovell, Jemma; Sleaf, Bridget; Timlin, Aidan (2021): Bearing the brunt. The impact of COVID-19 on older people in low- and middle-income countries – insights from 2020. Hg. v. HelpAge International, London
- Wimmer, Sabine (2021): Lebensqualität – Was am Ende zählt. Ein Praxisbericht aus dem Bezirksalten- und Pflegeheim Sierning während der Covid-Pandemie. In: Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik- Imago Hominis 28/2:162-168
- World Bank Blogs (2021): Too young to die: Age and death from COVID-19 around the globe [Online]. <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/too-young-die-age-and-death-covid-19-around-globe> [Zugriff am 4.2.2022]
- World Health Organization (2020): Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. World Health Organization, Geneva
- Wu, Jianhua; Mamas, Mamas A.; Mohamed, Mohamed O.; Kwok, Chun Shing; Roebuck, Chris; Humberstone, Ben; Denwood, Tom; Luescher, Thomas; de Belder, Mark A.; Deanfield, John E.; Gale, Chris P. (2021): Place and causes of acute cardiovascular mortality during the COVID-19 pandemic. In: Heart 107/2:113
- Wurm, Susanne (2020): Altersbilder und Gesundheit. Grundlagen – Implikationen – Wechselbeziehungen. In: Gute Behandlung im Alter? Menschenrechte und Ethik zwischen Ideal und Realität. Hg. v. Andreas, Frewer et al. Transcript Verlag, BielefeldS. 25-42
- Zaidi, A.; Gasior, K.; Zolyomi, E.; Schmidt, A.E.; Rodrigues, R.; Marin, B. (2017): Measuring active and healthy ageing in Europe. In: Journal of European Social Policy 27/2:138-157
- Zigante, V. (2018): Informal Care in Europe: Exploring Formalisation, Availability and Quality. Brussels (<https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en>)

Abkürzungen

AKCOVID	Studie: Die COVID-19 Gesundheits- und Arbeitsmarktkrise und ihre Auswirkungen auf die Bevölkerung
AMS	Arbeitsmarktservice
AT	Österreich
ATHEA	Austrian Health Economics Association
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BG	Bulgarien
BE	Belgien
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bzw.	beziehungsweise
CATI	Computer-assistierte Telefoninterviews
CES-D	Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale
CH	Schweiz
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CY	Zypern
CZ	Tschechien
DE	Deutschland
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.
d. h.	das heißt
DK	Dänemark
Durchschn.	Durchschnitt
EE	Estland
ES	Spanien
EU	Europäische Union
F	Frauen
FI	Finnland
FR	Frankreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GR	Griechenland

h	Stunden
HR	Kroatien
HU	Ungarn
IHS	Institut für Höhere Studien
Int.	Interview
IL	Irland
IT	Italien
ISCED	International Standard Classification of Education
M/m	Männer/männlich
MT	Malta
LT	Litauen
LV	Lettland
LU	Luxemburg
N/n	Stichprobengröße
NL	Niederlande
ÖAG	Österreichische Alzheimer Gesellschaft
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
o. g.	oben genannt
ÖIHS	Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie
ÖPIA	Österreichische Plattform für interdisziplinäre Altersfragen
ORF	Österreichischer Rundfunk
PL	Polen
PPS	Probability Proportional to Size
PT	Portugal
RO	Rumänien
RKI	Robert Koch-Institut
s.	siehe
SE	Schweden
SHARE	Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe
SI	Slowenien

SK	Slowakei
u. a.	unter anderem
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe
vgl.	vergleiche
w	weiblich
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

Autorinnen und Autoren

Alice EDTMAYER, BScN, MSc

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6
1010 Wien

E-Mail: alice.edtmayer@goeg.at

Viktoria GREBER

Kompetenzzentrum Gerontologie und Gesundheitsforschung
Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems an der Donau

E-Mail: viktoria.greber@gmx.at

Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz KOLLAND

Kompetenzzentrum Gerontologie und Gesundheitsforschung
Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems an der Donau

E-Mail: franz.kolland@kl.ac.at

Dr.ⁱⁿ Doris PFABIGAN

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6
1010 Wien

E-Mail: doris.pfabigan@gmx.at

Johanna PFABIGAN, BSc, MSc

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6
1010 Wien

E-Mail: johanna.pfabigan@goeg.at

Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sabine PLESCHBERGER, MPH

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6
1010 Wien

E-Mail: sabine.pleschberger@goeg.at

Ricardo RODRIGUES, MSc, PhD

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
Berggasse 17
1090 Wien

E-Mail: rodrigues@euro.centre.org

Rebekka ROHNER, BA, MA

Kompetenzzentrum Gerontologie und Gesundheitsforschung
Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems an der Donau

E-Mail: rebekka.rohner@kl.ac.at

Dr. Georg RUPPE, MA

Österreichische Plattform für interdisziplinäre Altersfragen
Laudongasse 21/10
1080 Wien

E-Mail: ruppe@oepia.at

Cassandra SIMMONS, MA

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
Berggasse 17
1090 Wien

E-Mail: simmons@euro.centre.org

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Andrea E. SCHMIDT

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6
1010 Wien

E-Mail: andrea.schmidt@goeg.at

Dr. Andreas STÜCKLER, MA

Österreichische Plattform für interdisziplinäre Altersfragen
Laudongasse 21/10
1080 Wien

E-Mail: stueckler@oepia.at

Sophie STUMPFL, BSc, MSc

Gesundheit Österreich GmbH

Stubenring 6

1010 Wien

E-Mail: sophie.stumpfl@goeg.at

Dr.ⁱⁿ Paulina WOSKO

Gesundheit Österreich GmbH

Stubenring 6

1010 Wien

E-Mail: paulina.wosko@goeg.at

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)