Titel

Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der Covid-19-Pandemie

Autorin

Lotte Habermann-Horstmeier[1]

Korrespondenz-Adresse

Dr. med. L. Habermann-Horstmeier, MPH
Leiterin des
Villingen Institute of Public Health (VIPH)
an der Steinbeis+Akademie der Steinbeis-Hochschule Holding GmbH
Klosterring 5
D 78050 Villingen-Schwenningen
Fax: +49 7721 2069971
E-Mail: Habermann-Horstmeier@viph-steinbeis-hs.de

Stand: 18.05.2020

[1] Villingen Institute of Public Health (VIPH) der Steinbeis+Akademie der Steinbeis-Hochschule Holding GmbH

Inhalt

1. Die Covid-19-Pandemie ... 3
1.1 Was bedeuten SARS-CoV-2 und Covid-19? ... 4
1.2 Was ist eine Pandemie? ... 4
1.3 Übertragungswege, Inkubationszeit und Infektiosität ... 5
1.3.2 Übertragungswege ... 5
1.3.2 Inkubationszeit ... 6
1.3.3 Infektiosität ... 6
1.4 Risikobewertung: Gefährdung der Bevölkerung ... 7
2. Epidemiologie ... 8
2.1 Demografische Daten, Inzidenz, Manifestationsindex, Hospitalisierung ... 8
2.2 Symptome einer Covid-19-Erkrankung ... 11
2.3 Risikofaktoren ... 12
2.4 Mögliche Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung ... 14
2.5 Letalität ... 14
2.6 Immunität nach überstandener Erkrankung ... 15
3. Problembereiche in der Praxis der Behindertenarbeit ... 15
3.1 Aktuelle Situation ... 15
3.2 Problembereiche bei Menschen mit geistiger Behinderung, ihren Angehörigen und Betreuungskräften ... 18
3.2.1 Bei Menschen mit geistiger Behinderung ... 18
3.2.2 Bei Betreuungspersonen ... 22
3.2.3 Bei Angehörigen/gesetzlichen Betreuern ... 24
4. Gibt es in Behinderteneinrichtungen auch positive Entwicklungen durch die Covid-19-Pandemie? ... 26
4.1 Entschleunigung des Lebens ... 26
4.2 Mehr Zeit für die Bewohner ... 26
4.3 Intensivere Kontakte im Betreuungsteam ... 28
5. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ... 28
5.1 Grundlegende Maßnahmen der Expositionsprophylaxe ... 29
5.1.1 Social distancing, Isolierung und Quarantäne ... 29
5.1.2 Regelmäßiges Händewaschen ... 30
5.1.3 „Respiratorische Etikette" ... 31
5.1.4 Mund-Nasen-Schutz ... 31
5.2 Möglichkeiten der Expositionsprophylaxe in Behinderteneinrichtungen? ... 33
5.2.1 Warum ist eine konsequente Expositionsprophylaxe in Behinderteneinrichtungen besonders wichtig? ... 33
5.2.2 Beispiel für ein Konzept zur Expositionsprophylaxe ... 34
5.2.3 Gesetzliche Regelungen als Basis eines solchen Konzepts ... 37
5.3 Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen während der Covid-19-Pandemie ... 39
5.3.1 Mit Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung ... 40
5.3.2 Mit Bezug auf Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung ... 49
5.3.3 Mit Bezug auf Betreuungskräfte von Menschen mit geistiger Behinderung und Leitungskräfte von Behinderteneinrichtungen ... 54
5.4 Möglichkeiten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Zeiten der Covid-19-Pandemie ... 59
6. Lernen aus den Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie ... 61
6.1 Normalisierungsprinzip auf dem Prüfstand ... 61
6.2 Wann ist „ambulant vor stationär" sinnvoll? ... 63
6.3 Intensivere Kontakte zwischen Bewohnern, Angehörigen und Betreuungskräften ... 64
7. Literatur ... 65
8. Glossar ... 70

Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um ein kostenloses Sonderkapitel zu den beiden Büchern

- *Habermann-Horstmeier, L. (2018a). Grundlagen der Gesundheitsförderung in der stationären Behindertenarbeit. Bern: Hogrefe. ISBN 978-3-456-85836-4*

- *Habermann-Horstmeier, L. (2018b). Gesundheitsförderung in Behinderten-wohneinrichtungen. Zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. Bern: Hogrefe. ISBN 978-3-456-85901-9*

Der Text kann deshalb gerne an Interessenten aus der praktischen Behindertenarbeit, aus Wissenschaft und Forschung, aus Verbänden, Politik etc. weitergegeben werden.

1. Die Covid-19-Pandemie

Bereits seit Ende 2019 breitet sich, von China ausgehend, ein neuartiges Virus aus der Familie der Coronaviren (*Coronaviridae*) über den ganzen Globus aus. Es trifft überall auf Menschen, deren Immunsysteme dem Virus unvorbereitet gegenüberstehen. Für Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen wird das Risiko einer Infektion mit schwerem Krankheitsverlauf auch in Deutschland als sehr hoch eingeschätzt (RKI, 2020a). Zu diesen Risikogruppen gehören auch viele Menschen mit geistiger Behinderung.

1.1 Was bedeuten SARS-CoV-2 und Covid-19?

Das neuartige Virus mit dem Namen SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*, Schweres akutes Atemwegssyndrom Coronavirus 2) wurde erstmals im Januar 2020 in der chinesischen Stadt Wuhan (Provinz Hubei) nachgewiesen. Es ist Auslöser der Viruserkrankung COVID-19 (*Corona virus disease 2019*; WHO, 2020a). Das Virus ist eng mit dem Sars-Virus (Sars-CoV) verwandt, das 2002 ebenfalls erstmals in China auftrat und an dem mehrere hundert Menschen starben. Bis heute gibt es keine Impfung zum Schutz vor dem Sars-Virus und keine ursächliche Therapie.

Umgangssprachlich wird SARS-CoV-2 oft auch vereinfachend als *Coronavirus* oder *Covid-19-Virus* bezeichnet. Es ist Auslöser der COVID-19-Pandemie.

1.2 Was ist eine Pandemie?

Wenn sich die Zahl der Krankheitsfälle aufgrund einer bestimmten (Infektions-) Krankheit innerhalb einer Bevölkerung (*Population*[2]) eines bestimmten Gebietes zu einem bestimmten Zeitpunkt häufen, spricht man von einer *Epidemie*. Die Zahl der neu aufgetretenen Krankheitsfälle nimmt also während dieses Zeitraums in dieser Region über die normalerweise zu erwartende Anzahl an Erkrankten zu. Wenn sich die Epidemie weiter ausbreitet und schließlich mehrere Kontinente umfasst, bezeichnet man das als *Pandemie* (RKI, 2009; Wandeler et al., 2018).

[2] *Population:* Gesamtheit der an einem Ort vorhandenen Individuen einer Art

Zu einer Pandemie kommt es in der Regel dann, wenn es sich um einen neuen Erreger handelt oder der Erreger sehr lange Zeit nicht in der menschlichen Bevölkerung vorgekommen ist. Das Immunsystem ist dann nicht (mehr) auf die Infektion vorbereitet, sodass viele Menschen erkranken und – je nach der Art des Erregers - auch daran sterben können. Im 20. Jahrhundert gab es mehrere, sehr verschieden auftretende Pandemien, wie z. B. die „Spanische Grippe" (Influenza-A-H1N1-Pandemie, 1918 – 1919) und die HIV/AIDS-Pandemie, die sich seit den 1980er-Jahren weltweit ausbreitete. Insbesondere für die Gesundheitssysteme sind nicht nur die Erreger gefährlich, die zu einer hohen Erkrankungs- und Sterberate führen, sondern auch Erreger, die bei gesunden Menschen vorwiegend mit einem asymptomatischen[3] oder milden Krankheitsverlauf einhergehen. Auch hier können jedoch schwere Krankheitsverläufe vorkommen, die bei einer hohen Zahl an Erkrankten die Gesundheitssysteme eines Staates in kürzerer Zeit überlasten können (RKI, 2009). Das durch SARS-CoV-2 ausgelöste Infektionsgeschehen wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 30.01.2020 als „gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite" bezeichnet, am 11.03.2020 stufte sie das Ereignis dann als Pandemie ein.

1.3 Übertragungswege, Inkubationszeit und Infektiosität

1.3.2 Übertragungswege

Derzeit geht man davon aus, dass der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 im normalen gesellschaftlichen Umgang die *Tröpfcheninfektion* ist. Dabei gelangen virushaltige Tröpfchen beim Husten und Niesen des infizierten Menschen auf Personen in der Umgebung. Sie können die Viren dann über die Schleimhäute von Nase und Mund (eventuell auch der Augen) in den Körper aufnehmen, wo sie sich vermehren und eine Infektion auslösen. Sehr wahrscheinlich ist, dass SARS-CoV-2 auch über die Ausatemluft von infektiösen Personen und damit über die Raumluft des Zimmers übertragen werden kann, in dem sich ein Infizierter befindet (RKI, 2020a). Ein weiterer möglicher Weg der Übertragung ist die *Kontaktinfektion* über kontaminierte Oberflächen. Die Oberflächen von Gegenständen, Tür- und Fenstergriffen, Toiletten, Möbeln, Böden oder Wänden können möglicherweise

[3] *Asymptomatische Erkrankung*: Erkrankungen ohne Krankheitszeichen

durch virushaltige Tröpfchen oder über Schmierinfektion verunreinigt werden. Dies gilt insbesondere für die unmittelbare Umgebung einer infizierten Person.

Wie lange die Viren auf der Oberfläche von Gegenständen vermehrungsfähig bleiben (*Tenazität*), hängt von vielen Einflussfaktoren ab, wie z. B. von der Umgebungstemperatur, der Luftfeuchtigkeit und dem Material der Gegenstände ab. Auf Kunststoff ist SARS-CoV-2 auch in geringen Mengen (geringe Virustiter) bis zu 4 Tage vermehrungsfähig, während auf Kupfer schon nach 4 Stunden keine Viren mehr nachgewiesen werden konnten. Bei größeren Mengen (höheren Virustitern) bleiben die Viren sogar bis zu sechs Tage vermehrungsfähig.

Unter einer *Schmierinfektion* versteht man die Übertragung von infektiösem Material (z. B. dem ausgehusteten, virenhaltigen Sekret) über die Hände eines Menschen auf einen anderen Menschen oder auf Gegenstände. Dies kann z. B. dann geschehen, wenn eine infizierte Person in die Hand hustet oder niest, kurze Zeit später einer anderen Person die Hand gibt und diese ihre Hand dann anschließend zu Mund, Nase oder Augen führt, sodass der Erreger über die Schleimhäute aufgenommen werden kann. Wenn der infizierte Mensch mit der kontaminierten Hand stattdessen Gegenstände anfasst (z. B. Türgriffe oder Armaturen) können bei gemeinsamer Nutzung die Erreger über die Hände einer anderen Person in dessen Körper gelangen. Ob SARS-CoV-2 auch über den Stuhl übertragen werden kann, ist noch nicht sicher nachgewiesen. Vereinzelt konnten vermehrungsfähige Viren jedoch bereits im Stuhl identifiziert werden (RKI, 2020a). Näheres zu Infektionskrankheiten und zu den Übertragungswegen von Atemwegsinfektionen finden Sie in Habermann-Horstmeier (2018a, S. 130-131).

1.3.2 Inkubationszeit

Als *Inkubationszeit* bezeichnet man die Zeit von der Ansteckung bis zum Auftreten erster Symptome, d. h. bis zum eigentlichen Beginn der Erkrankung. Sie dauert nach derzeitigem Wissensstand bei einer durch SARS-CoV-2 ausgelösten Infektion im Durchschnitt 5 bis 6 Tage (Minimum: 1 Tag, Maximum: 14 Tage).

1.3.3 Infektiosität

Man geht davon aus, dass Betroffene schon etwa 2,5 Tage vor Symptombeginn infektiös sind und damit andere Menschen anstecken können (Böhmer et al. 2020). Wahrscheinlich sind die infizierten Personen *am Tag vor dem Symptombeginn* (!)

am ansteckendsten (höchste Infektiosität). Wie lange ein infizierter Mensch ansteckend ist, ist zurzeit noch nicht sicher zu sagen. In Rachen konnten vermehrungsfähige Viren noch am 4. Tag, im Auswurf (Sputum) noch am 8. Tag nach Symptombeginn nachgewiesen werden.

1.4 Risikobewertung: Gefährdung der Bevölkerung

Das *Robert Koch-Institut* schätzt derzeit (Mitte Mai 2020) die Gefährdung für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung in Deutschland durch SARS-CoV-2 als **hoch**, für die Gesundheit von *Risikogruppen* als **sehr hoch** ein. In diese Risikobewertung fließen eine Reihe von Faktoren ein. Hierzu gehört, dass es sich um ein völlig neues Virus handelt, gegen das in der Bevölkerung bislang kein natürlicher Immunschutz besteht. Das Virus ist sehr infektiös und breitet sich ohne Schutzmaßnahmen schnell in der Bevölkerung aus. Bislang gibt es noch keine Impfung und kein Medikament, mit dem Erkrankte erfolgreich behandelt werden können[4]. Die Gefährdung ist aktuell je nach Region auch innerhalb Deutschlands unterschiedlich. Besonders betroffen sind aktuell der Süden und der Westen Deutschlands.

Derzeit steigt in Deutschland die Zahl der positiv auf das Virus getesteten Menschen weiter an. Die Zahl der pro Tag positiv getesteten Personen geht jedoch zurück. Allerdings sind diese Zahlen immer auch davon abhängig, in welcher Situation getestet wird, wie viele Tests überhaupt durchgeführt und wie viele der positiven Tests dann auch an die Behörden gemeldet werden. Infizierte Menschen, die trotz Symptomen keine Gesundheitseinrichtung aufsuchen und infizierte Menschen, die keine Symptome zeigen, werden bisher in Deutschland in der Regel nicht getestet und damit auch nicht erfasst. Andererseits werden bei der Nachverfolgung von Kontaktpersonen erkrankter Menschen immer auch einige asymptomatische Personen positiv getestet und damit erfasst. Man geht jedoch insgesamt davon aus, dass die Zahl der tatsächlich Infizierten deutlich (bis zu 20 Mal) höher ist, als die Zahl der gemeldeten, positiv getesteten Menschen.

Da es bei einer Covid-19-Erkrankung auch sehr schwere Krankheitsverläufe gibt, die intensivmedizinisch behandelt werden müssen, und die Erkrankung

[4] In Kürze soll das Medikament *Remdesivir* in der EU eine bedingte Marktzulassung erhalten. Es kann die Krankheitsdauer bei bestimmten COVID-19-Erkrankten um einige Tage verkürzen (Stand: 18.05.2020).

insbesondere für Risikopersonen (s. Kap. 2.2) tödlich enden kann, werden in Deutschland aktuell Gegenmaßnahmen (hierzu gehören v. a. *Isolierung*, *Quarantäne*, *soziale Distanzierung*; s. Kap. 4) ergriffen, um die Zahl der gleichzeitig Erkrankten so niedrig wie möglich zu halten. Auf diese Weise möchte man erreichen, dass die Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht überlastet werden. Gleichzeitig soll dadurch Zeit gewonnen werden, um z. B. spezielle Schutzmaßnahmen für Risikogruppen aufzubauen, die Kapazitäten in den Krankenhäusern zu erhöhen sowie spezielle Medikamente zur Behandlung von Covid-19 und Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 zu entwickeln (RKI, 2020a).

2. Epidemiologie

2.1 Demografische Daten, Inzidenz, Manifestationsindex, Hospitalisierung

In Deutschland wurden bisher (Stand: 17. Mai 2020; RKI 2020b) insgesamt 174.355 Menschen als Covid-19-Fälle registriert, 52 % davon waren weiblich, 48 % männlich. Der Altersmedian[5] der Personen mit Covid-19 liegt bei 50 Jahren, das Durchschnittsalter bei 49 Jahren. Die Altersverteilung (Tab. 1.1) zeigt, dass Kinder und Jugendliche anscheinend nur selten aufgrund von Covid-19-Symptomen positiv getestet werden.

Tab. 1-1 Altersverteilung der registrierten Covid-19-Fälle in Deutschland (Stand: 18.05.2020, 0:00 UHR) Quelle: Eigene Berechnung auf der Basis der Daten von RKI - Robert Koch-Institut. COVID-19 Dashboard. COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Geschlecht. https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4

< 5 Jahre:	5–14 Jahre:	15–34 Jahre:	35–59 Jahre:	60–79 Jahre:	≥ 80 Jahre:
1,0 %	2,2 %	24,9 %	41,7 %	18,9 %	11,3 %

In der Schweiz und Liechtenstein wurden bis zum 18.05.2020 insgesamt 30.597 Fälle registriert, 46 % davon waren männlich, 54 % weiblich. Die Betroffenen waren zwischen 0 und 108 Jahre alt. Der Median liegt bei 52 Jahren. Auch hier sind Kinder und Jugendliche deutlich seltener betroffen (BAG, 2020).

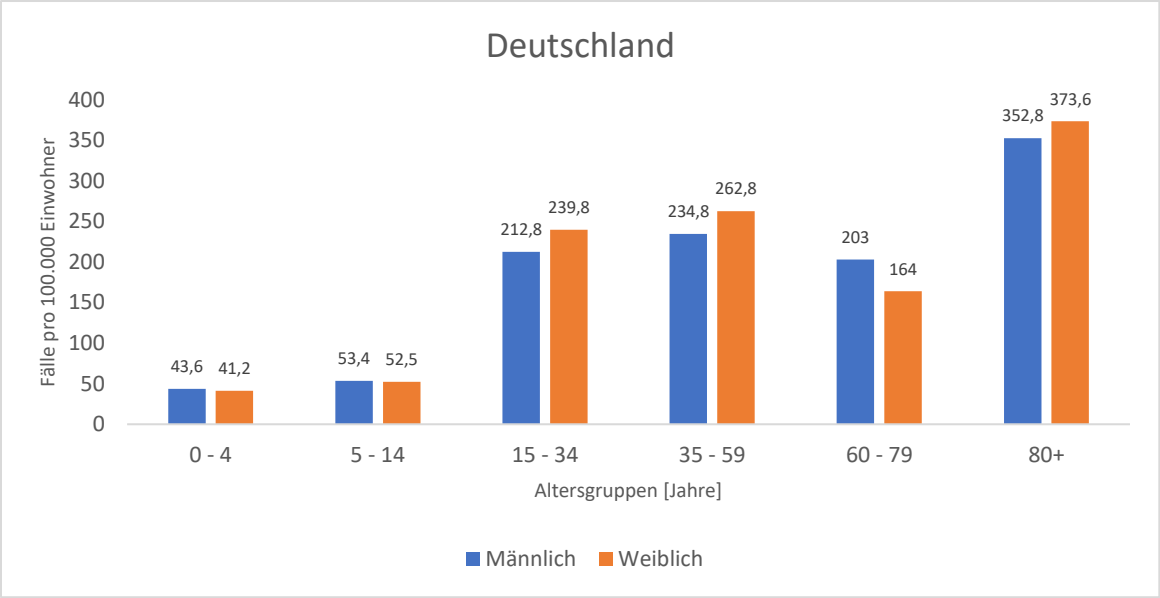
[5] Der *Median* liegt in der Mitte einer Reihe von Werten (z. B. Altersangaben), die zur einen Hälfte größer und zur andere Hälfte kleiner als der Median sind.

Aussagekräftiger als die reinen Fallzahlen ist die Berechnung der **Inzidenz**. Hierbei wird die Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Gebiet (z. B. in Deutschland) während eines bestimmten Zeitraums (z. B. vom Auftreten des ersten Covid-19-Falls bis heute) üblicherweise auf 100.000 Einwohner dieses Gebietes bezogen. Abb. 1 zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, an Covid-19 zu erkranken, sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz/Lichtenstein bisher bei den über 80-Jährigen am größten war. Die Abbildung macht jedoch auch deutlich, dass das Krankheitsrisiko für Erwachsene in der Schweiz in diesem Zeitraum erheblich höher war als in Deutschland.

Der **Manifestations-Index** gibt an, wie viele Menschen, die sich infiziert haben, dann auch tatsächlich erkranken. Verschiedene Studien gehen derzeit von einem Wert zwischen 69 % und 86 % aus (RKI, 2020a). In Deutschland wurden bislang 18 % der registrierten Infizierten, bei denen klinische Informationen vorlagen, in ein Krankenhaus aufgenommen. In Frankreich haben Hochrechnungen ergeben, dass dort bei 2,6 % aller infizierten Menschen eine **Hospitalisierung** nötig wurde (Salje et al., 2020). Der Zeitraum vom Beginn der ersten Symptome bis zur Hospitalisierung betrug bei Patienten mit schwerem Verlauf in einer ersten Studie aus Deutschland im Mittel (Median) 4 Tage (Dreher et al., 2020). Veröffentlichungen aus China berichten bei einem milden Verlauf von einer Krankheitsdauer von zwei Wochen im Mittel (Median), bei schweren Verlaufsformen von einer durchschnittlichen Dauer des Klinikaufenthaltes von 3 bis 6 Wochen (WHO, 2020b).

In wie vielen Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland bislang Covid-19-Fälle aufgetreten sind, bei wie vielen Menschen mit geistiger Behinderung (stationär/ambulant betreut) bisher Infektionen bekannt sind, wie viele daran erkrankt sind, wie viele schwere Krankheitsverläufe es bei ihnen bisher gab und wie viele an Covid-19 verstorben sind, ist nach Auskunft des Robert Koch-Instituts unbekannt (Stand: 16.05.2020). Ebenso unbekannt ist, wie viele Betreuungskräfte aus Behinderteneinrichtungen sich bisher infiziert haben, wie viele Betreuungskräfte daran erkrankt und wie viele daran verstorben sind. Auch die zuständigen Fachverbände haben hierzu bislang keine Daten veröffentlicht.

Um die Infektionssituation in den Einrichtungen besser einschätzen zu können, wird derzeit in Deutschland ein ein- oder mehrmaliges Testen von Bewohnern und Betreuungspersonal in Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen diskutiert, auch ohne dass Symptome vorliegen.



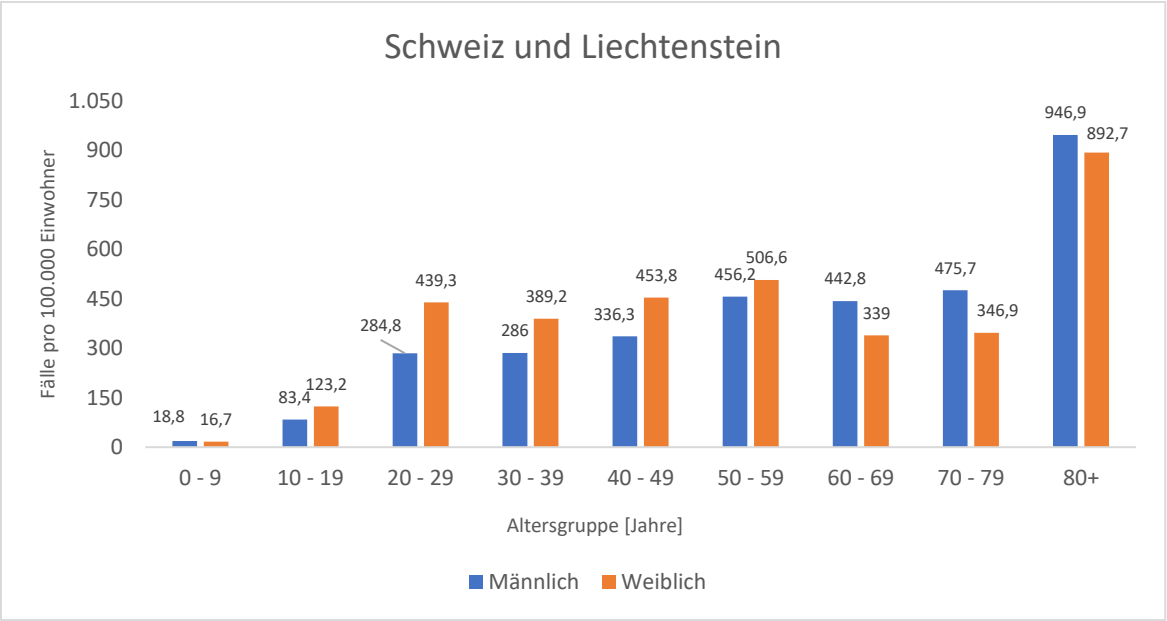


Abb. 1

Oben: Anzahl der Covid-19-Fälle pro 100.000 Einwohner (*Inzidenz*) in Deutschland, unterschieden nach Altersgruppen und Geschlecht (Stand: 18.05.2020, 0:00 Uhr)

Quelle der Daten: RKI- Robert Koch-Institut. COVID-19 Dashboard. COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Geschlecht/ 100.000 Einwohner.

https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4

Unten: Anzahl der Covid-19-Fälle pro 100.000 Einwohner (*Inzidenz*) in der Schweiz und Liechtenstein, unterschieden nach Altersgruppen und Geschlecht (Stand: 27.04.2020, 8:00 Uhr)

Quelle der Daten: BAG – Bundesamt für Gesundheit. Coronavirus Krankheit 2019 (COVID-19). Situationsbericht zur epidemiologischen Lage in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein. Stand 18.05.2020, 5:50 Uhr. file:///S:/Downloads/COVID-19_Epidemiologische_Lage_Schweiz%20(1).pdf

Bitte beachten Sie beim Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz/Liechtenstein den unterschiedlichen Maßstab. In der Schweiz ist die auf der Basis der bisher registrierten Fälle berechnete Inzidenz deutlich höher als in Deutschland, während sich die Altersverteilung ähnelt.

2.2 Symptome einer Covid-19-Erkrankung

SARS-CoV-2 kann jede Zelle des menschlichen Körpers befallen. Die Patienten geben daher nicht nur – wie anfangs angenommen - Symptome einer Lungenentzündung an, sondern z. B. auch Symptome, die durch eine Entzündung der Nieren, des Herzmuskels oder des Gehirns entstehen. Die häufigsten Symptome einer Covid-19-Erkrankung sind Husten, Fieber und Kurzatmigkeit/Atemnot bzw. andere Atembeschwerden. In Deutschland litten 49 % der bis Mitte Mai 2020 an das RKI übermittelten Fälle an Husten, 41 % hatten Fieber, 21 % gaben Schnupfensymptome an. Bei 2,9 % der Personen ist bekannt, dass sie eine schwere Lungenentzündung (*Pneumonie*) entwickelten[6]. Weitere Symptome sind Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen, Müdigkeit, Schüttelfrost, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, heftiger Durchfall, Gewichtsabnahme, Bindehautentzündung (*Konjunktivitis*), Hautausschlag, Lymphknotenschwellung, Apathie und Benommenheit (*Somnolenz*). Verschiedene Studien berichten von einem deutlich ausgeprägten Geruchs- und/oder Geschmacksverlust bei vielen Erkrankten (D: 15 % der seit der 17. KW registrieren Fälle; RKI, 2020b). Betroffen hiervon waren häufiger Frauen als Männer. Bei einem Teil der Covid-19-Fälle trat dies als erstes Symptom auf (Menni et al., 2020).

Es sind v. a. Covid-19-Erkrankte mit einem schweren Verlauf, die zusätzlich zu ihrer Infektion mit SARS-CoV-2 noch mit anderen Erregern infiziert sind (*Co-Infektionen*). Verschiedene Studien gehen davon aus, dass dies bei 5 bis 40 % der Covid-19-Patienten der Fall ist. Meist sind es Infektionen durch Bakterien (z. B. *Mycoplasma pneumoniae*) oder Pilze (z. B. *Candida albicans* und verschiedene *Aspergillus*-Arten). Auch zusätzliche Infektionen mit multiresistenten[7] Bakterien wie *Klebsiella pneumoniae* wurden bereits nachgewiesen.

Bei Covid-19-Patienten mit einer stärkeren geistigen Behinderung kann es aufgrund der oft eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten dazu kommen, dass die Krankheit erst spät erkannt wird. Um in dieser Situation Hilfe zu erlangen, können sich die Betroffenen nur der ihnen zur Verfügung stehenden Mittel bedienen. Für Menschen, die sich aufgrund ihrer geistigen Behinderung nur eingeschränkt äußern können, bedeutet dies, dass sie ihr Verhalten unbewusst so

[6] In der Schweiz hatten bisher 45 % der *hospitalisierten Covid-19-Patienten* eine Lungenentzündung (BAG 2020).

[7] *Multiresistente Erreger* sind gegen mehrere Antibiotika bzw. Virostatika unempfindlich. Die therapeutischen Möglichkeiten bei Personen, die mit einem solchen Erreger infiziert sind, sind stark eingeschränkt.

ändern, dass es die Aufmerksamkeit der Menschen in ihrer unmittelbaren Umgebung erregt. Solche Verhaltensweisen können z. B. vermehrtes Schlafen, sozialer Rückzug oder Nahrungsverweigerung sein, aber auch Unruhe, Weinen, Schreien, Rufen und Herumlaufen, Auto- oder Fremdaggressionen sowie stereotyprepetitiven Bewegungen (Habermann-Horstmeier, 2019a; NHS, 2020a). Es ist wichtig, dass Betreuungskräfte und medizinisches Personal darüber informiert sind, dass diese „Verhaltensauffälligkeiten" kein störendes, unkooperatives Verhalten sind, sondern ein Zeichen dafür, dass etwas nicht stimmt. Insbesondere während der aktuellen Pandemie dürfen diese Symptome nicht falsch interpretiert werden, sondern müssen zum Anlass genommen werden, auch an eine Covid-19-Erkrankung zu denken.

2.3 Risikofaktoren

Schwere Verlaufsformen der Covid-19-Erkrankung, bei denen es in der Regel zu einem Multiorganversagen (Puelles et al., 2020), oft einschließlich eines akuten Lungenversagens (akutes Atemnotsyndrom, *Acute Respiratory Distress Syndrome* [ARDS]) kommt, sieht man vor allem bei

- älteren Menschen (etwa ab dem 50. bis 60. Lebensjahr)
- stark übergewichtigen Menschen (*Adipositas*)
- Menschen mit Diabetes mellitus
- Menschen mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. koronare Herzerkrankung und/oder Bluthochdruck)
- Menschen mit einer chronischen Lungenerkrankung (z. B. COPD)
- Rauchern
- Menschen mit einer chronischen Lebererkrankung
- Menschen mit einer Krebserkrankung
- Menschen mit einem geschwächten Immunsystem

Ein geschwächtes Immunsystem findet man einerseits bei Erkrankungen, die mit einer Immunschwäche einhergehen (z. B. Immundefektsyndrome, sekundäre Immunschwächestörungen bei Diabetes mellitus, Unterernährung, chronischen Nierenerkrankungen), andererseits aber auch bei Patienten, die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, die die Immunabwehr herabsetzen können (z. B. Cortison-Präparate).

Auch *Menschen mit neuromuskulären Erkrankungen* haben ein erhöhtes Risiko für einen schweren Covid-19-Krankheitsverlauf (DGP, 2020), ebenso *Menschen mit geistiger Behinderung*, die zusätzlich zu den intellektuellen und sozio-emotionalen Einschränkungen deutlich häufiger als andere Menschen an chronischen Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Übergewicht, Untergewicht etc. sowie an Epilepsien und psychischen Störungen leiden. Bereits in „normalen Zeiten" sind akute Atemwegserkrankungen die mit großem Abstand häufigste Todesursache bei Menschen mit geistiger Behinderung. Darüber hinaus ist bei Menschen mit Down-Syndrom das Immunsystem oft unzureichend ausgebildet. Sie leiden deshalb oft an Infektionskrankheiten und sind daher auch stark gefährdet, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren[8] (Habermann-Horstmeier 2018b, S. 25 – 45; NHS, 2020a). Viele Menschen mit geistiger Behinderung weisen zusätzliche Bewegungsstörungen auf, die nicht unbedingt auf den ersten Blick erkennbar sein müssen. Pathologische Bewegungsmuster im Bereich der Mund- und Rachenmuskulatur führen z. B. dazu, dass die Betroffenen bei akuten Infektionen kaum in der Lage sind, sich zu schnäuzen oder abzuhusten (Habermann-Horstmeier, 2019a). Zudem sind v. a. Menschen mit geistiger Behinderung, die gleichzeitig an mehreren chronischen Erkrankungen leiden (*Multimorbidität*), besonders gefährdet. Einen hohen Gefährdungsgrad haben auch Menschen mit geistiger Behinderung plus Demenz. Sie neigen deutlich häufiger als andere dazu, während eines Infekts ein Delirium zu entwickeln (NHS, 2020a). Da sie zudem oftmals mangelernährt sind, sind sie auch aus diesem Grund anfälliger für Infekte (Jessen, 2020). Menschen mit geistiger Behinderung (plus Demenz) haben außerdem häufig Probleme damit, die notwendigen Abstands- und Hygienemaßnahmen einzuhalten. Auch dies verstärkt ihr Covid-19-Krankheitsrisiko.

Für alle Erwachsenen steigt das Risiko, schwer an Covid-19 zu erkranken, etwa ab dem 50. bis 60. Lebensjahr deutlich an. Besonders hoch ist das Risiko für *multimorbide* Menschen, d. h. für Menschen, die gleichzeitig an mehreren chronischen Erkrankungen leiden (DPG, 2020).

Schwere Verlaufsformen, auch mit tödlichem Ausgang, treten jedoch auch immer wieder bei jüngeren Menschen und bei Menschen ohne bekannte Vorerkrankungen auf. In Deutschland starben bis zum 17.05.2020 drei junge Menschen unter 20 Jahren an Covid-19 sowie 28 Personen im Alter zwischen 20 und 39 Jahren. Unter

[8] Menschen mit Down-Syndrom altern auch früher als andere Menschen mit und ohne Behinderung. Auch dies könnte mit zu ihrem erhöhten Risiko beitragen, schwer an Covid-19 zu erkranken.

den erkrankten Kindern weisen die meisten eine genetische Erkrankung oder eine andere Behinderung auf, waren bereits zuvor wegen einer schweren Erkrankung tracheotomiert oder mussten in ihren Vitalfunktionen apparativ unterstützt werden (aerzteblatt.de, 2020).

2.4 Mögliche Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung

Zum jetzigen Zeitpunkt sind noch keine klaren Aussagen zu den möglichen Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung möglich, da die bisher vorliegenden Studien nur einen relativ kurzen Zeitraum seit Beginn der Erkrankung umfassen können. Für diesen Zeitraum geben verschiedene Studien neben einer weiterhin geminderten körperlichen Leistungsfähigkeit und einer reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität auch eine anhaltende, z.T. sehr schwere Einschränkung der Lungenfunktion an. Zudem berichten die Genesenen vermehrt über Angststörungen, Panikattacken, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen (RKI, 2020a). Insbesondere bei älteren Patienten und Patienten mit vorbestehenden neurologischen Schädigungen können die mit der Erkrankung und der intensivmedizinischen Therapie verbundenen akuten Stresssymptome zu einer stärkeren Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen führen (Davydow et al., 2013). Aus der Praxis und aufgrund von Obduktionen (Puelles et al., 2020) gibt es bereits deutliche Hinweise darauf, dass SARS-CoV-2 auch in das Nervensystem eindringen und das Gehirn schädigen kann. Die in Kap. 2.2 erwähnte Störung des Geruchssinns könnte ein zusätzlicher Beleg hierfür sein.

2.5 Letalität

Als Letalität bezeichnet man die „Tödlichkeit" einer Erkrankung. Bei der Berechnung der *Letalitätsrate* setzt man die Zahl der in einem bestimmten Zeitraum in einem bestimmten Gebiet an einer Krankheit verstorbenen Personen zur Anzahl der dort im selben Zeitraum neu erkrankten Personen ins Verhältnis. Da bei der Covid-19-Pandemie die tatsächliche Anzahl der erkrankten Menschen unbekannt ist – sie ist wahrscheinlich deutlich höher als die Zahl der gemeldeten Erkrankungsfälle, weil bisher insbesondere leichte Fälle kaum erfasst wurden – kann die Letalitätsrate bislang nur geschätzt werden. Am 17.05.2020 gab das Robert Koch-Institut an, dass 4,5 % der in Deutschland registrierten Covid-19-Patienten verstorben sind. 56 % der Verstorbenen waren Männer, 44 % Frauen.

Das Durchschnittsalter der Verstorbenen lag bei 81 Jahren (Median: 82 Jahre), 86 % der an Covid-19-Verstorbenen waren 70 Jahre und älter (RKI, 2020b). Bei Patienten mit schwerem Lungenversagen lag der Anteil der Verstorbenen pro Fall in chinesischen Studien bei 22 % (RKI, 2020a).

Ein besonders hohes Sterberisiko haben *Patienten in Altenpflegeeinrichtungen*, v. a. aufgrund des hohen Alters der Bewohner und der meist vorliegenden Multimorbidität. Zudem kann sich der Erreger in den Einrichtungen in der Regel sehr schnell über infizierte Pflegekräfte, die keine Schutzkleidung tragen, unter den Bewohnern ausbreiten. Eine große Rolle spielt dabei, dass die Pflegekräfte oft für viele Bewohner zuständig sind und im Rahmen von Pflegemaßnahmen in engen körperlichen Kontakt mit diesen kommen. Ähnliches gilt für die *Bewohner von Behinderteneinrichtungen*. Auch sie leiden oftmals zusätzlich zu ihrer Behinderung an weiteren Erkrankungen und Einschränkungen (s. Kap. 2.3). Insbesondere bei Menschen mit einer schwereren geistigen Behinderung und bei Bewohnern mit einem hohen Pflegebedarf ist zudem ein enger körperlicher Kontakt zu den Betreuungskräften meist nicht zu verhindern.

2.6 Immunität nach überstandener Erkrankung

Nach einer überstandenen SARS-CoV-2-Infektion konnten im Blut der Betroffenen *spezifische Antikörper* nachgewiesen werden. Diese können bei einer erneuten Infektion mit dem Virus dazu beitragen, dass der Erreger vom Körper rasch erkannt und unschädlich gemacht wird. Allerdings ist noch nicht klar, ob bei allen Infizierten auf diese Weise ein ausreichender Immunstatus aufgebaut wird und wie lange dieser ggf. anhält (RKI, 2020a).

3. Problembereiche in der Praxis der Behindertenarbeit

3.1 Aktuelle Situation

Die UN-Sonderberichterstatterin für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Catalina Devandas, weist aktuell darauf hin, dass die Situation von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen angesichts des hohen Kontaminationsrisikos und der aufgrund der Notfallbefugnisse noch weiter eingeschränkten externen Aufsicht

besonders ernst ist (Devandas, 2020). Für Menschen mit geistiger Behinderung, ihre Angehörigen und Betreuungskräfte bringen die von den Regierungen zur Eindämmung der Corona-Pandemie erlassenen Maßnahmen deutlich spürbare, einschneidende Veränderungen in ihrem Leben mit sich. Im März 2020 wurden zusätzlich zu den *allgemeinen Kontaktbeschränkungen* für die Bevölkerung durch die einzelnen Bundesländer auch nach und nach *Besuchsverbote für Wohneinrichtungen* (Gemeinschaftliche Wohnformen der Behindertenarbeit) erlassen. Die *Werkstätten für behinderte Menschen* (WfbM) und Tagesstrukturen bzw. Förder- und Betreuungsbereiche (FuB) wurden *geschlossen*. Die Wohneinrichtungen waren gezwungen, neue Tagesstrukturen in den Wohngruppen aufzubauen. In den Werkstätten fand bis Anfang Mai 2020 nur eine Notbetreuung statt. Aktuell erarbeiten die Werkstätten Konzepte, um zumindest für einen Teil ihrer Beschäftigten (Baden-Württemberg: derzeit maximal ¼ der Beschäftigten [Sozialministerium BW, 2020]) wieder öffnen zu können. Für die meisten Bewohner von Behinderteneinrichtungen bedeutet dies noch immer, dass es derzeit keinen persönlichen Kontakt zu Angehörigen und Freunden außerhalb der Einrichtungen bzw. Wohngemeinschaft (WG) gibt. Viele Bewohner haben das Osterfest in diesem Jahr erstmals in ihrem Leben ohne ihre Angehörigen verbracht. Wenn Covid-19-Fälle in der Umgebung der Einrichtungen bzw. der Umgebung der Betreuungskräfte auftreten, führt dies dazu, dass die Gesundheitsämter für jeweils 14 Tage strenge *Quarantänemaßnahmen* verhängen und die Bewohner ihre Wohngruppe nicht verlassen dürfen. Wenn die Quarantäne wieder aufgehoben ist, können die Bewohner (anfangs nur alleine oder zu zweit, inzwischen auch in Kleingruppen) gemeinsam mit einer Betreuungskraft ins Freie. Die dabei einzuhaltenden Regeln unterscheiden sich jedoch je nach Bundesland und Einrichtung. Das in vielen Bundesländern verhängte *Betretungsverbot für Behinderteneinrichtungen* hatte zur Folge, dass Ergotherapie-, Physiotherapie- und Logopädie-Angebote in den Einrichtungen nicht oder nur in besonderen Notfällen stattfanden. Dies galt bzw. gilt z. T. immer noch auch für andere Therapieformen (z. B. Reittherapie, Kontakt zu externen Therapiehunden etc.), ebenso wie für die medizinische Fußpflege und den Frisörbesuch. Routinebesuche und Vorsorgeuntersuchungen bei Ärzten und Zahnärzten wurden in der Regel abgesagt, ärztliche und zahnärztliche Behandlungen erfolgten nur noch im Notfall. Soziale, sportliche und kulturelle Angebote können immer noch nicht wahrgenommen werden. Dies gilt natürlich insbesondere für inklusive Angebote.

Das heißt, alle Angebote, die üblicherweise außerhalb der Einrichtung stattfinden (z. B. Teilnahme an Bewegungs- oder Sportangeboten wie Wandern, Fußballspielen, Reiten, Schwimmen etc., Chorsingen und Musizieren, kreative Angebote, Freizeit- und Discotreffs, Ausflüge, Urlaubsfreizeiten) können von den Bewohnern derzeit nicht in Anspruch genommen werden. Auch das Einkaufen alleine oder mit den Betreuern fällt weg. Derzeit erfolgt eine schrittweise Lockerung der Maßnahmen. So können z. B. in Baden-Württemberg in stark eingeschränktem Maße wieder Besuche von Angehörigen stattfinden, wenn die Einrichtungen ein entsprechendes Hygienekonzept vorweisen können.

Besonders eingeschränkt waren Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung im betreuten Einzelwohnen und Menschen mit geistiger Behinderung, die bei Angehörigen wohnen. Ihnen allen fehlte vor allem die Tagesstruktur der Werkstatt bzw. des Förder- und Betreuungsbereichs. Zudem fielen wichtige soziale Kontakte zu Kollegen, Werkstattmitarbeitern/ Betreuungskräften, Sozialdiensten etc. weg. Ärzte, Psychiater/Psychotherapeuten und Beratungsstellen behandelten in der Regel nur Notfälle oder boten Telefontermine an. Damit fehlten weitere Ansprechpartner. Gleichzeitig entfielen Termine, die den betroffenen Menschen mit geistiger Behinderung Sicherheit und Struktur geben. Viele vermissten zudem die Selbstständigkeit außer Haus (z. B. die Möglichkeit, selbst einkaufen zu gehen oder Angebote wahrnehmen zu können). Den Menschen mit geistiger Behinderung, die bei ihren Angehörigen leben, mangelte es oft an Rückzugsmöglichkeiten, sodass häusliche Probleme dadurch verstärkt zum Tragen kamen. Daher versuchen die Werkstätten (WfbM) derzeit, ihr Angebot v. a. für die ambulant betreuten Menschen mit geistiger Behinderung wieder deutlich auszuweiten.

Noch ist jedoch nicht klar, inwieweit sich die Lockerungen vom Mai 2020 auf die Situation der Menschen mit geistiger Behinderung in den Einrichtungen und in der ambulanten Betreuung auswirken werden. Zudem ist nicht absehbar, ob diese dann ggf. bei einer erneuten Verschärfung der Situation wieder zurückgenommen werden müssen.

Bei der folgenden Auflistung von Problembereichen im Alltag vom Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der Covid-19-Pandemie muss immer mit berücksichtigt werden, dass viele Menschen mit geistiger Behinderung zu den **Risikopersonen** gehören, insbesondere dann, wenn sie schon älter sind und/oder zusätzliche körperliche Fehlbildungen und Erkrankungen, Störungen des Immunsystems und/oder Bewegungsstörungen (z. B. Lähmungen oder

pathologische Bewegungsmuster im Bereich der Mund- und Rachenmuskulatur) aufweisen. Besonders hoch ist das Risiko v. a. dann, wenn sie in Einrichtungen (Gemeinschaftlichen Wohnformen der Behindertenarbeit) leben und später ggf. wieder in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) arbeiten bzw. an tagesstrukturierenden Maßnahmen in den Förder- und Betreuungsbereichen (FuB) der Werkstätten teilnehmen werden. Ein hohes Risiko für einen schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung haben aber auch ältere Betreuungskräfte und Betreuungskräfte mit bestimmten Vorerkrankungen.

3.2 Problembereiche bei Menschen mit geistiger Behinderung, ihren Angehörigen und Betreuungskräften

Die aktuelle Situation führt zu einer ganzen Reihe von Problemen, sowohl für die betroffenen Menschen mit geistiger Behinderung, als auch für ihre Angehörigen und die Betreuungskräfte[9].

3.2.1 Bei Menschen mit geistiger Behinderung

Je nach der Art und dem Grad der Behinderung, dem Assistenzbedarf, der Wohnsituation, der Qualität der Betreuung und der Intensität der Beziehung zu den nahen Angehörigen können die Probleme im Zusammenhang mit den aufgrund der Covid-19-Pandemie verhängten Maßnahmen sehr unterschiedlich sein (Courtenay, 2020). Ebenso unterschiedlich kann auch die Reaktion der Menschen mit geistiger Behinderung auf diese Probleme sein. Die folgende Auflistung der Probleme bezieht sich v. a. auf die Situation in den ersten acht Wochen nach der Verhängung der einschränkenden Maßnahmen.

Fehlen enger sozialer Kontakte:

- Einige Menschen mit geistiger Behinderung leiden stark unter der Trennung von Eltern und anderen nahen Angehörigen. Heimweh, Trauer und

[9] Die folgende Auflistung basiert u.a. auf den Ergebnissen einer bislang unveröffentlichten, kleinen qualitativen Studie des Villingen Institute of Public Health (VIPH), an der sich im April 2020 insgesamt 12 Personen (3 Betreuungskräfte und 4 Leitungskräften [Einrichtungsleitung/Bereichsleitung], 1 Sozialpädagogin, 1 Psychologin aus verschiedenen Behinderteneinrichtungen sowie 3 Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung) beteiligten. Sie wurden schriftlich bzw. mündlich in Form eines teilstrukturieren Interviews zum Thema „Probleme und Ängste - Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der Corona-Pandemie“ befragt. Hierbei wurden folgende offene Fragen gestellt: Wie kommen die Bewohner in stationären Einrichtungen/in der ambulanten Betreuung sowie die Betreuungskräfte mit dieser Situation zurecht? Für welche Bewohner ist die derzeitige Situation besonders schwierig? Wo gibt es Probleme? Was läuft dagegen recht gut?

Verzweiflung führen zu einer emotionalen Verstörung.

- Oft fehlt bei den Bewohnern von Behinderteneinrichtungen das Verständnis dafür, warum die Angehörigen jetzt keinen direkten Kontakt mehr zu ihnen haben dürfen.
- Es fehlen körperliche Kontakte wie die durch eine Umarmung ausgedrückte Zuneigung etc.
- Für einige Personen im ambulant betreuten Bereich ist es schwer zu akzeptieren, dass sie den Freund/die Freundin oder den Lebenspartner/die Lebenspartnerin nicht treffen dürfen.
- Auch in dieser Ausnahmesituation gibt es Bewohner, die kaum oder gar keinen Kontakt (z. B. über Telefon, Video-Telefonie, Post) zu anderen Menschen außerhalb der Einrichtung haben. Dies kommt v. a. dann vor, wenn die Eltern bereits verstorben sind oder sich nicht um sie gekümmert haben und bei anderen Angehörigen kein Kontaktinteresse besteht. Es ist nachvollziehbar, dass diese Personen besonders häufig einsam sind.

Bedrohlichkeit der Situation:

- Es sind v. a. Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung, die in dieser Zeit unter Angst und Unsicherheit leiden. Dies wird u. a. durch die ständige Berichterstattung in den Medien verstärkt.
- Auch die Bewohner mit einer schwereren geistigen Behinderung spüren die Aufregung und Unsicherheit. Sie nehmen dies unterschwellig als etwas Bedrohliches wahr, was bei ihnen neben Angst und Unruhe auch „Verhaltensauffälligkeiten" hervorrufen kann.
- Als besonders belastend wird die Unklarheit über das Ende der Beschränkungen erlebt: Wie geht es weiter? Wie lange hält die Situation noch an? Hier spielt auch das bei Menschen mit einer stärkeren geistigen Behinderung oft fehlende Zeitgefühl eine Rolle. Menschen mit einer ausgeprägteren geistigen Behinderung verfügen oft nur über eingeschränkte Möglichkeiten, sich die Zukunft (z. B. eine Zukunft ohne „Corona") vorzustellen (s. Habermann-Horstmeier 2018a, S. 111 - 112).
- Erhebliche Unruhe und Angst gibt es v. a. dann, wenn bereits Verdachtsfälle oder sogar bestätigte Infektionen in einer Einrichtung aufgetreten sind: Was passiert, wenn ich oder die Betreuer erkranken? Wie kann ich mich

schützen? Wenn bisher keine (Verdachts-)Fälle in der Nähe aufgetreten sind, ist die Angst, selbst zu erkranken, bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung jedoch eher gering.

- Bei Menschen mit geistiger Behinderung plus einer psychischen Störung können Angst und Stress zu einer Verschärfung der Situation oder zu einem Rückfall (*Rezidiv*) führen. So kann es z. B. bei einer depressiven Symptomatik zu vermehrtem Grübeln oder Schlafstörungen kommen, bei einer psychotischen Störung zu einem Wiederauftreten von krankheitstypischen Symptomen.
- Die Verstärkung psychiatrischer Symptome bei einem Bewohner kann dazu führen, dass es auch bei den anderen Bewohnern einer Wohngruppe zu einer größeren Unruhe und höheren Angespanntheit kommt, was wiederum häufigere Konflikte innerhalb der Gruppe und zwischen Bewohnern und Betreuungskräften zur Folge haben kann.

Wegfall der Tagesstruktur und anderer sozialer Kontakte:

- Den meisten Menschen mit geistiger Behinderung fehlt die gewohnte Tagesstruktur. Manchen fällt es schwer, sich auf eine neue Tagesstruktur einzustellen.
- Vielfach arbeiten in den Wohngruppen nun auch andere Betreuungskräfte als gewohnt (z. B. bei Personalausfall aufgrund von Quarantänemaßnahmen oder Erkrankungen sowie beim Einsatz von Mitarbeiter/-innen aus den WfbM), auf die sich die Bewohner nun neu einstellen müssen.
- Beides, die geänderte Tagesstruktur und das Gewöhnen an neue Betreuungskräfte belasten insbesondere (aber nicht nur) Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung.
- Vor allem Menschen mit einer leichteren Form der geistigen Behinderung vermissen die Fahrt zur Werkstatt und das Treffen mit anderen Werkstattmitarbeitern sehr.
- Durch die Restriktionen fallen wichtige soziale Kontakte weg, z. B. Kontakte zu Arbeitskollegen bzw. Gruppenmitgliedern im Förder- und Betreuungsbereich (FuB), zu Betreuungskräften, zum Sozialdienst etc.
- Es fehlen auch Struktur und Sicherheit gebende Termine zu Therapeuten, Ärzten, Psychiatern/Psychotherapeuten etc.

- Ganz besonders fehlen die verschiedensten Freizeitaktivitäten, die oftmals auch mit sozialen Kontakten außerhalb der Einrichtung bzw. der Wohngemeinschaft verbunden sind, ebenso wie das gemeinsame Feiern des Geburtstags und der Feste im Jahresablauf.
- Bewohner in der ambulanten Einzelbetreuung und in Außenwohngruppen vermissen die gewohnte Selbstständigkeit außer Haus.
- Einige Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung fühlten sich zu Beginn der Einschränkungen bevormundet, sie bezogen diese Einschränkungen auf sich persönlich und empörten sich z. B. darüber, dass es nun bestimmte Dinge (z. B. bevorzugte Lebensmittel) nicht gibt.

Ausfall der Therapieangebote:

- Viele Menschen mit geistiger Behinderung sind – insbesondere dann, wenn bei ihnen noch körperliche Einschränkungen hinzukommen – auf regelmäßige Therapiemaßnahmen (v. a. Physio-, Logo- und Ergotherapie) angewiesen. Das Schließen der Werkstätten und die Einschränkungen beim Betreten von Behinderteneinrichtungen haben dazu geführt, dass diese Therapien in der Regel ausgesetzt wurden. Es besteht nun die Gefahr, dass mühsam erarbeitete kleine Fortschritte in kürzester Zeit wieder verloren gehen können.
- Auch der v. a. in psychischer Hinsicht für viele Menschen mit geistiger Behinderung sehr wichtige Kontakt zu Therapiehunden und -Pferden fehlt derzeit in vielen Einrichtungen.

Überforderung, Vereinsamung, Verlust von Rückzugsmöglichkeiten:

- Ein erhebliches Problem der jetzt oft eingeschränkten ambulanten Betreuung ist die daraus resultierende Überforderung der betreuten Menschen mit geistiger Behinderung durch die alltäglichen Dinge des Lebens. Hinzu kommt die oft beobachtete Zunahme einer ohnehin schon bestehenden Vereinsamungs- und Verwahrlosungstendenz.
- Bei Menschen mit geistiger Behinderung, die zuhause bei den Angehörigen leben, können sich bereits bestehende familiäre Probleme verstärken. In Konfliktsituationen können sie ihre Bedürfnisse und Gefühle nur eingeschränkt äußern. Zudem fehlen nun die gewohnten

Rückzugsmöglichkeiten außer Haus.

3.2.2 Bei Betreuungspersonen

Bedrohlichkeit der Situation:

- Auch die Betreuungspersonen erleben die Unklarheit über das Ende der Beschränkungen, die „schwebende Ungewissheit", das „Wechselbad aus Hoffnung und Resignation" als besonders stark belastend.
- Sie haben insbesondere auch Angst, das Virus in die Einrichtung einzuschleppen.
- Die meisten Betreuungskräfte und Einrichtungsleiter/-innen fürchten sich vor dem ersten Infektionsfall in der Einrichtung. Sie machen sich Gedanken darüber, was passiert, wenn sich das Virus in der Einrichtung ausbreitet.
- Damit verbunden ist die Angst, dass das Kontaktverbot zu früh aufgehoben wird und der Erreger über Angehörige oder Personen, die bislang die Einrichtung nicht betreten durften, dort eingeschleppt wird.
- Gleichzeitig haben einige Betreuungskräfte auch Angst, dass die Pandemie noch lange anhält und ihre eigenen Kräfte nicht ausreichen, um langfristig eine gute Betreuung sicherzustellen.
- Nicht zuletzt besteht auch bei vielen die Angst, sich selbst zu infizieren. Dies gilt insbesondere für Risikopersonen aufgrund von Alter oder vorbestehender Erkrankung.
- Risikopersonen, die wegen ihres Alters oder wegen Vorerkrankungen beurlaubt sind, haben oft das Gefühl „ihre Leute" im Stich gelassen zu haben.

Geänderte Arbeitssituation:

- Für Betreuungskräfte und Einrichtungsleiter/-innen waren besonders die ersten beiden Wochen nach der Verhängung der Maßnahmen sehr anstrengend. Es bestand ein hohes Maß an Unsicherheit und Unklarheit. Vieles musste umorganisiert und neu geregelt werden.
- Die Arbeitszeiten mussten geändert werden. In vielen Einrichtungen

arbeiten die Betreuungskräfte normalerweise im geteilten Dienst[10], da die Bewohner sich tagsüber in der Werkstatt oder im Förder- und Betreuungsbereich (FuB) aufhalten. Die Arbeitszeitänderungen bedeuten daher für viele Betreuer ungewohnt lange Arbeitszeiten ohne Unterbrechung. Zudem haben die neuen Arbeitszeiten auch erhebliche Änderungen im Privatleben der Beschäftigten zur Folge. Insbesondere Betreuungskräfte mit Kindern haben das Problem, dass Schulen und Kindertageseinrichtungen derzeit noch überwiegend geschlossen sind. Damit ihre Kinder die Notbetreuung in Anspruch nehmen können, mussten sie zu Beginn der Maßnahmen nachweisen, dass sie einen „Beruf ausüben, dessen zugrundeliegende Tätigkeit zur Aufrechterhaltung der kritischen Infrastruktur beiträgt".

- In vielen Einrichtungen war die Personalsituation bereits vor der Covid-19-Pandemie angespannt. Hinzu kommen nun Mitarbeiterausfälle aufgrund von Quarantäne-Maßnahmen in den Einrichtungen oder im Umfeld der Mitarbeiter sowie aufgrund von Erkrankungsfällen. Dies führt bei den verbleibenden Kolleg/-innen zu mehr Arbeit und oft auch zu einer Zunahme des Stressgefühls.
- Besonders anstrengen ist die Arbeit für die Betreuungskräfte dann, wenn Quarantänemaßnahmen für einzelne Wohngruppen oder die gesamte Einrichtung verhängt werden. Diese werden von den Bewohnern oft nicht verstanden. In den Wohngruppen kann dann eine gereizte Stimmung entstehen, die von den Betreuungskräften aufgefangen werden muss.
- Einige Beschäftigte vermissen auch den Austausch/Smalltalk mit den Kolleg/-innen aus anderen Wohngruppen.

Einhalten der Hygienemaßnahmen:

- Bei der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung ist das Einhalten der Abstands- und Hygieneregeln oft nur schwer umzusetzen.
- Insbesondere zu Beginn der Maßnahmen hatten Einrichtungen oft große Mühe, sich über – meist unkonventionelle - Wege mit Seife und anderen Hygieneartikeln, Desinfektionsmitteln, Masken und Schutzkleidung zu

[10] Im geteilten Dienst arbeiten die Betreuungskräfte morgens (z. B. 6.00 Uhr bis 9.00 Uhr) und nachmittags/abends (z. B. 16.00 Uhr bis 21.00 Uhr).

versorgen. Bis heute ist eine ausreichende Versorgung mit diesen Dingen noch nicht überall gewährleistet. Zudem fehlt es an (virtuellen) Schulungen zum korrekten Umgang mit Masken und Schutzkleidung.

- Nicht überall besteht die Möglichkeit, einen einzelnen Bewohner (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt und wenn dieser noch nicht negativ getestet wurde) von den Mitbewohnern vollständig zu isolieren, v. a. wenn Bad und Toilette gemeinsam genutzt werden.

Fehlende Anerkennung der Öffentlichkeit:

- Viele Betreuungskräfte sind sehr enttäuscht darüber, dass sie und ihre Leistungen im Rahmen der öffentlichen Diskussion um die Würdigung der Arbeit von Pflegekräften während der Covid-19-Pandemie kaum erwähnt werden.
- Dies gilt insbesondere seit der heftigen Diskussion um den sogenannten Pflegebonus (eine einmalige Sonderzahlung zur Honorierung der Arbeit von Pflegekräften während der Covid-19-Pandemie), der nach Medienaussagen - außer in Bayern, wo ihn auch Beschäftigte in der Behindertenarbeit beantragen können - bislang nur für Altenpflegekräfte vorgesehen ist.[11]

3.2.3 Bei Angehörigen/gesetzlichen Betreuern

Fehlen des sozialen Kontaktes:

- Vor allem die Eltern der erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung vermissen den direkten Kontakt zu ihren Kindern. In einigen Fällen erscheint es so, dass die Sehnsucht und die Trauer über den eingeschränkten Kontakt bei den nahen Angehörigen noch etwas ausgeprägter ist als bei den Menschen mit geistiger Behinderung.

Angst vor Infektion und möglichem tödlichem Ausgang:

- Viele Angehörige befürchten, dass sich das Virus in der Einrichtung ausbreiten und die Bewohner/Betreuungskräfte infizieren kann. Es macht

[11] Nach Angaben der Gewerkschaft ver.di soll die Prämie nicht nur an Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte und Pflegeleitungen gezahlt werden, sondern auch an Alltagsbegleiterinnen und -begleiter, Betreuungskräfte und Assistenzkräfte (s. https://www.verdi.de/themen/corona/++co++e21b0650-780b-11ea-b703-525400b665de).

ihnen Angst, dass ihre Angehörigen mit geistiger Behinderung dann vielleicht alleine auf einer Intensivstation behandelt werden müssten, wo sie überhaupt nicht verstehen, was da mit ihnen passiert und warum ihre nahen Verwandten und Betreuer nicht da sind. Sie befürchten zurecht, dass die Ärzte und Pflegekräfte dort keine Erfahrung im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung haben (Habermann-Horstmeier, 2019a). Bei den betroffenen Menschen mit geistiger Behinderung kann eine solche Situation Angst und Panik auslösen.

- Zudem äußern v. a. Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung, die zusätzliche Risikofaktoren aufweisen, auch ihre große Angst vor einer zu frühen Lockerung des Betretungsverbots von stationären Behinderteneinrichtungen. Sie befürchten, nicht in eine solche Entscheidung - die derzeit den Heimleitungen obliegt - mit einbezogen zu werden (Zitat einer Angehörigen: *[Damit] entscheide[n] sie […] über Leben und Tod*. [s. FN 8]).
- Andere Angehörige befürchten sogar, dass Menschen mit geistiger Behinderung in Extremsituationen im Rahmen einer dann vielleicht nötigen *Triage*[12] gleich „aussortiert" und keiner intensivmedizinischen Behandlung zugeführt würden, da die Behandelnden ihnen möglicherweise von vornherein eine geringere Überlebenschance zugestehen würden.
- Auch Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung, die selbst aufgrund ihres Alters und/oder bestehender chronischer Erkrankungen zur Risikogruppe gehören, haben Angst davor, dass die Bedingungen in den Einrichtungen gelockert werden und sie es ihren Kindern mit geistiger Behinderung nicht vermitteln können, dass andere Bewohner vielleicht schon wieder Besuch bekommen oder nach Hause gehen dürfen, sie ihre Eltern aber weiterhin nicht sehen können, weil diese sich dann selbst in Gefahr brächten.

Unklarheit über Ende der Beschränkungen:

- Auch die Angehörigen erleben die Unklarheit über das Ende der Beschränkungen als sehr belastend.

[12] Bei der *Triage* handelt es sich um ein Verfahren, bei dem festgelegt wird, auf welche Weise bei einem Massenanfall an Erkrankten die dann nur noch knappen personellen und materiellen Ressourcen im Bereich der Gesundheitsversorgung aufgeteilt werde sollen.

Fehlende Achtung der Öffentlichkeit:

- Zudem äußern sich auch Angehörige dazu, dass gerade die „Corona-Pandemie" deutlich macht, dass Menschen mit geistiger Behinderung, deren Angehörige und Betreuer meist nur als Randerscheinungen unserer Gesellschaft oder gar nicht wahrgenommen werden. Sie beklagen dabei auch die fehlende Achtung seitens der Gesellschaft.

4. Gibt es in Behinderteneinrichtungen auch positive Entwicklungen durch die Covid-19-Pandemie?

4.1 Entschleunigung des Lebens

Viele Betreuungskräfte und Angehörige bestätigen, dass sich das Leben in den Wohngruppen nach einer kurzen Umstellungsphase „entschleunigt" hat. Durch die angeordneten Maßnahmen wurde die Hektik aus dem Tagesablauf herausgenommen. So fällt nun z. B. das oft sehr frühe Aufstehen morgens und das dann meist hektische Fertigmachen für den Bus zu Arbeit oder zur Tagesstruktur weg. Betreuungskräfte beschreiben eine deutliche Entlastung durch das längere morgendliche Ausschlafen. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass sich dies auf einen Teil der Bewohner mit geistiger Behinderung sehr positiv auswirkt[13]. Zum Teil wird sogar von einer Reduktion psychiatrischer Auffälligkeiten berichtet. Von einigen Angehörigen und Betreuungskräften wird die These geäußert, dass die bisher übliche Tagesstruktur mit einer Kombination aus Aktivitäten in der Wohneinrichtung/der WG und der WfbM/dem FuB eine Überlastung für einige Menschen mit geistiger Behinderung darstellt und sich diese Überlastung dann in „Verhaltensauffälligkeiten" oder einer Verschärfung psychiatrischer Symptome äußert.

4.2 Mehr Zeit für die Bewohner

Gleichzeitig berichten viele Betreuungskräfte in Behinderteneinrichtungen (s. FN

[13] So begrüßt eine Bewohnerin mit einer deutlichen geistigen Behinderung die Betreuungskräfte jeden Morgen freudestrahlend mit dem Satz: „Ich hab' immer noch Urlaub." (s. FN 8).

8), dass es nun mehr Zeit für die alltäglichen Dinge gibt: „Wir haben jetzt endlich die Möglichkeit, Liegengebliebenes aufzuarbeiten, Kreativität mehr auszuleben und [uns] für die einzelnen Bewohner mehr Zeit zu nehmen." und „So viel Zeit für Kontakt haben die Betreuer sonst selten. Zeit zum Spielen, Reden, auch mal raus zu gehen mit einzelnen [Bewohnern]. Das sind sonst sehr kostbare Zeiten. Jetzt gibt es etwas mehr davon als in normalen Zeiten." Einige Betreuungskräfte bemerken, dass verschiedene Bewohner verstärkt das Gruppengeschehen suchen und sich vermehrt kreativ einbringen. Vor allem die Bewohner, für die der intensive Kontakt zu den Betreuungskräften besonders wichtig ist, scheinen diese Zeit zu genießen. In solchen Wohngruppen sind die Bewohner „recht gelassen", die Stimmung ist nach Angaben der Betreuungskräfte „erstaunlich gut", „geradezu fröhlich, … weil die Betreuer endlich einmal Zeit für sie haben und weil viel unternommen wird." Besonders gut scheint dies in Gruppen zu funktionieren, deren „Mitarbeiter sich schon immer viel und kreativ mit den Bewohnern beschäftigt haben".

Betreuungskräfte im ambulanten Bereich berichten, dass es auch hier Menschen mit Behinderung gibt, die sehr gut mit der Situation zurechtkommen (Beispiel: Eine ambulant betreute junge Frau ist sehr stolz darauf, dass sie jetzt für ihre älteren Nachbarn mit einkaufen kann). Zitat einer Betreuungskraft: „Unterstützung zu benötigen und gleichzeitig Unterstützung geben zu können schließen sich also nicht aus und auch Menschen mit Behinderung können sich in einer wertvollen Weise einbringen. Das wird – wie ich finde - leider zu oft vernachlässigt."

Doch das Wegfallen von Werkstatt-Zeit und Außenterminen sowie der meisten Routinearzt-Termine und der Besuche tut offensichtlich nicht allen Bewohnern gut. Einen Teil der Menschen mit geistiger Behinderung macht es nach Angaben der Betreuungskräfte etwas rastlos. Ihnen fehlen die gewohnten Freiheiten und damit ein Stück ihrer Selbstständigkeit. Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung reagierten zu Beginn der Beschränkungen z. T. positiv auf die geänderte Situation, „da die Welt ein bisschen „autistischer" wurde (Kein Körperkontakt, Abstand wurde eingehalten usw.)". Die anhaltende Unklarheit über die weitere Entwicklung kann bei dieser Personengruppe jedoch nach Angaben von Betreuungskräften inzwischen auch zu großer Unsicherheit und zu psychischen Problemen führen.

4.3 Intensivere Kontakte im Betreuungsteam

Betreuungs- und Leitungskräfte bemerken, dass sich Mitarbeiter/-innen jetzt besonders stark engagieren und ihr Gemeinschaftsgefühl dabei gewachsen ist („Wir schaffen es."). Leitungskräfte berichten zudem, dass im Gruppendienst sehr gut gearbeitet wird und die Kolleg/-innen in den immer wieder einmal auftretenden Krisensituationen deeskalierend tätig sind. Sie begrüßen die Unterstützung durch Kolleg/-innen aus den Werkstätten und Förder- und Betreuungsbereichen, die viele Ideen und Materialien mitbringen. Das intensivere und längere gemeinsame Arbeiten in den Wohngruppen führt dazu, dass sich die Mitarbeiter/-innen in den neu zusammengesetzten Teams besser kennenlernen. Leitungskräfte berichten, dass dadurch auch bei den Betreuungskräften die Anerkennung des Wertes der Arbeit der Kolleg/-innen (insbesondere der Kolleg/-innen aus Werkstatt und FuB) steigt. Zudem bemerken sie einen großen Redebedarf bei ihren Mitarbeiter/-innen. Im Rahmen der nun deutlich häufiger stattfindenden Kontakte (persönlich unter Einhaltung der Abstandsregeln, per Telefon, E-Mail oder Videobotschaft) zwischen der Leitungsebene und den Betreuungsteams in den Wohngruppen werden immer wieder auch die Ängste der Betreuungskräfte angesprochen. Wichtig sei es auch, den Mitarbeiter/-innen regelmäßig positive Verstärker (z. B. in Form eines kleinen „Dankeschön") zu senden. Bei alldem sei immer auch besonderes Fingerspitzengefühl von Seiten der Leitungskräfte gefragt. Insbesondere die Leitungskräfte sehen diese Zeit aber auch als Zeit der großen Anspannung und Verantwortung. Sie fühlen sich z.T. durch die Flut an zu berücksichtigenden Informationen (z. B. E-Mails zur aktuellen Corona-Lage, zu den gesetzlichen Regelungen und Verordnungen, insbesondere zum Infektionsschutz und den Hygieneverordnungen, zum Kontaktverbot etc.) überfordert und vermissen klare Regelungen von Seiten der Politik.

5. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

Die in den vorangegangenen Kapiteln geschilderten epidemiologischen Grundlagen sowie die Probleme im Umgang mit der Covid-19-Pandemie (einschließlich der Probleme mit den getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie) bilden nun die Grundlage für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung im ambulanten Bereich und in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

5.1 Grundlegende Maßnahmen der Expositionsprophylaxe

Unter dem Begriff der *Expositionsprophylaxe* fasst man alle nicht-medikamentösen Vorbeugemaßnahmen zusammen, die dazu dienen, die Wahrscheinlichkeit zu senken, sich mit einem Krankheitserreger zu infizieren.
Die wichtigsten bevölkerungsbezogenen Maßnahmen der Expositionsprophylaxe im Rahmen der Covid-19-Pandemie sind

- Social distancing und Isolierung
- Regelmäßiges Händewaschen
- „Respiratorische Etikette"
- Quarantäne bei Verdachtsfällen

Hinzu kommt das Tragen eines einfachen Mund-Nasen-Schutzes, um die Umgebung im Falle einer unbemerkten Infektion vor einer Übertragung der SARS-CoV-2-Erreger zu schützen.

5.1.1 Social distancing, Isolierung und Quarantäne

Der Begriff *„Social distancing*" (räumliche Distanzierung) beschreibt das physische Abstandhalten zu anderen Menschen (mindestens 1,5 bis 2 m) sowie das Vermeiden körperlicher Kontakte (kein Händeschütteln, Küssen, Umarmen etc.) bei einer epidemischen Ausbreitung von Erregern, die wie der SARS-CoV-2-Erreger durch Tröpfcheninfektion, Schmierinfektion und wahrscheinlich auch über die Luft (durch Aerosole) übertragen werden. Hierzu gehören auch staatlich angeordnete, zeitlich begrenzte Maßnahmen wie Schulschließungen, das Verbieten öffentlicher Großveranstaltungen (z. B. im Sport- und Kulturbereich), ein Berufsverbot für Personen, die bei ihrer Arbeit direkten körperlichen Kontakt zu ihren Kunden bzw. Patienten haben (z. B. Frisöre, Podologen, Physiotherapeuten) oder das Einhalten einer räumlichen Distanz beim Einkaufen etc.
Um die Gefahr einer Ansteckung noch weiter zu reduzieren, können direkte und indirekte Kontakte mit möglicherweise infizierten Personen am besten durch eine räumliche *Isolierung* (zuhause bleiben, Home-Office, keine Besuche empfangen) vermieden werden. Insbesondere Menschen, die sich krank fühlen, sollen zu Hause bleiben. Aber auch für Risikopersonen ist die räumliche Isolierung eine wichtige potentielle Maßnahme, um den Kontakt mit möglicherweise infizierten Personen zu minimieren.
Der stärkste Grad der räumlichen Distanzierung ist die *Quarantäne*. Es handelt sich

dabei um eine befristete, vollständige Isolierung von möglicherweise an Covid-19 erkrankten Personen bzw. von potentiellen Überträgern des Krankheitserregers. Die Quarantänedauer hängt von der Inkubationszeit der Krankheit ab (Wandeler et al., 2018).

5.1.2 Regelmäßiges Händewaschen

Von großer Bedeutung ist darüber hinaus auch die Händehygiene. Im täglichen Leben gehört hierzu v. a. das regelmäßige Händewaschen. Das Coronavirus SARS-CoV-2 wird hierbei nicht nur durch Wasser abgespült, sondern bereits zuvor durch die Seife inaktiviert. Seife greift die schützende, aus Lipiden (Fetten) bestehende Ummantelung der Viren an und löst sie auf. Dieser Prozess dauert mindestens 20 Sekunden. Daher sollten die Hände nach dem Befeuchten mit Wasser etwa 20 bis 30 Sekunden lang sorgfältig und vollständig eingeseift werden. Dabei dürfen Handrücken und Fingerzwischenräume sowie der Raum unter den Nägeln nicht vergessen werden. Anschließend wird der Seifenschaum gründlich unter fließendem Wasser abgespült. Danach werden die Hände mit einem sauberen Tuch abgetrocknet. Personen eines Haushaltes sollten hierbei grundsätzlich jeweils ihr persönliches Handtuch benutzen. Handtücher müssen in regelmäßigen, kurzen Abständen ausgetauscht werden.

Grundsätzlich sollten die Hände mehrmals täglich auf diese Weise gewaschen werden, um einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 zu vermeiden. Besonders wichtig ist das Händewaschen nach dem Nase-Schnäuzen, Husten oder Niesen, nach dem Besuch von öffentlichen Orten, insbesondere z. B. nach der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder dem Einkaufen in Läden bzw. auf Märkten. Weitere Gründe für ein zusätzliches Händewaschen sind das Berühren von Geld oder Oberflächen außerhalb des Hauses (z. B. den Knopf an der Ampel, den Griff an der Garten- oder Haustür) und das Berühren verschmutzter oder möglicherweise kontaminierter Gegenstände. Wie auch sonst üblich, sollten die Hände vor und nach dem Essen, nach dem Toilettengang bzw. der Hilfe bei der Toilettenbenutzung, nach dem Berühren von Tieren und nach der Müllentsorgung gewaschen werden, sowie immer dann, wenn sie sichtbar verschmutzt sind. Wenn die Hände nicht sauber sind, sollte man grundsätzlich nicht an Mund, Nase oder Augen fassen, da die Erreger von dort aus über die Schleimhäute in den Körper gelangen können.

Selbstverständlich müssen die Hände auch nach jedem Kontakt mit einer

erkrankten Person oder deren unmittelbarer Umgebung gewaschen werden (RKI, 2020c).

5.1.3 „Respiratorische Etikette"

Mit dem Begriff „respiratorische Etikette" bezeichnet man folgendes Verhalten: Bei jedem Husten oder Niesen sollten Mund und Nase mit einem Taschentuch bedeckt werden. Das Taschentuch soll direkt danach entsorgt werden. Anschließend werden die Hände gewaschen. Falls kein Taschentuch zur Hand ist, sollte in die Armbeuge gehustet oder geniest werden (Wandeler et al., 2018).

5.1.4 Mund-Nasen-Schutz

Seit Ende April/Anfang Mai 2020 gibt es in den deutschen Bundesländern die Pflicht, an bestimmten Orten im öffentlichen Raum (im öffentlichen Personennahverkehr, in Geschäften, beim Kundenkontakt mit Handwerkern etc.) eine textile Mund-Nasen-Bedeckung („Community-Maske") zu tragen. An welchen Orten der Mund-Nasen-Schutz getragen werden muss, ist je nach Bundesland unterschiedlich. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI, 2020d) kann das Tragen einer solchen Mund-Nasen-Bedeckung im öffentlichen Raum - neben den bereits geschilderten Maßnahmen - mit dazu beitragen, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zu verlangsamen und Risikogruppen zu schützen. Das Tragen einer solchen Maske ist vor allem dann sinnvoll, wenn sich Menschen längere Zeit in geschlossenen Räumen aufhalten (wie etwa am Arbeitsplatz; *Hinweis:* Hier ist zudem das regelmäßige Lüften von großer Bedeutung!) oder der Mindestabstand von 1,5 bis 2 m nicht eingehalten werden kann (z. B. in Verkehrsmitteln). Ein solcher zusätzlicher Schutz ist jedoch nur dann gegeben, wenn möglichst viele Menschen eine Maske verwenden und die Maske auch richtig getragen wird. Sie muss an den Rändern eng anliegen und gewechselt werden, wenn sie durchfeuchtet ist. Während des Tragens und beim Abnehmen darf sie an der Vorderseite nicht mit den Händen berührt werden. Nach dem Verlassen eines Verkehrsmittels oder eines Geschäfts soll sie nicht abgestreift und um den Hals getragen werden (RKI 2020d). Auch nach dem *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* stellen „Community-Masken", die beispielsweise auf der Basis von Anleitungen aus dem Internet aus handelsüblichen Stoffen selbst genäht und im Alltag getragen werden, eine physische Barriere mit einer gewissen Schutzfunktion vor größeren, virushaltigen Tröpfchen und vor Mund-/Nasen-

Schleimhautkontakten mit kontaminierten Händen dar (BfAr, 2020). Beim Anziehen der Maske darf die Innenseite nicht kontaminiert werden. Vor und nach



Abb. 2 Sichere Handhabung von Mund-Nasen-Masken im Rahmen der Covid-19-Pandemie.
Quelle: Mit freundlicher Genehmigung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (PraxisNachrichten); https://www.kbv.de/media/sp/Handhabung_Masken_KBV.pdf



Abb. 3 Schutzwirkung der verschiedenen Bedeckungsarten von Mund und Nase im Rahmen der Covid-19-Pandemie im Hinblick auf den Träger (*Eigenschutz*) und/oder das Umfeld (*Fremdschutz*).
Quelle: Mit freundlicher Genehmigung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (PraxisNachrichten); https://www.kbv.de/media/sp/Schutzwirkung_Masken_KBV.pdf

dem Tragen der Maske sollen die Hände gründlich mit Seife gewaschen werden. Die Masken sollen nach dem Abnehmen in einem Beutel luftdicht verschlossen und möglichst bald bei 95 Grad (mindestens jedoch bei 60 bis 70 Grad) gewaschen und vollständig getrocknet werden (Abb. 2). Welche Schutzwirkung die selbstgenähten Mund-Nasen-Bedeckungen im Vergleich zu anderen Bedeckungsarten (z. B. einem medizinischen Mund-Nasen-Schutz (MNS) oder speziellen *Partikel filtrierenden Halbmasken* [FFP2/FFP3-Masken], die von Personen im Gesundheitsbereich verwendet werden) haben, zeigt Abb. 3.

5.2 Möglichkeiten der Expositionsprophylaxe in Behinderteneinrichtungen?

5.2.1 Warum ist eine konsequente Expositionsprophylaxe in Behinderteneinrichtungen besonders wichtig?

In den vorangegangenen Kapiteln wurde deutlich, dass bei sehr vielen Menschen mit geistiger Behinderung ein hohes bzw. sehr hohes Risiko besteht, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren und dann schwer an Covid-19 zu erkranken. Dies gilt insbesondere für Personen, die in Behinderteneinrichtungen leben. Inzwischen gibt es erste Veröffentlichungen, die besagen, dass sich die Prognose bei älteren Covid-19-Patienten durch eine Beatmung nicht wesentlich verbessert. Die Sterblichkeit der über 65-jährigen mechanisch beatmeten Patienten lag z. B. in einer New Yorker Studie bei 97,2 %, bei den 18- bis 65-Jährigen dagegen „nur" bei 76,4 %. Von den Covid-19-Patienten, die nicht beatmet werden mussten, starben dagegen 19,8 % (18- bis 65-Jährige) bzw. 26,6 % (über 65-Jährige) (Richardson et al., 2020). Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die deutlich höhere Sterblichkeit bei älteren Menschen insbesondere mit den bei ihnen oft bestehenden Vorerkrankungen zusammenhängt (Zhang et al., 2020). Daher ist es auch sehr wahrscheinlich, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung und weiteren Einschränkungen/Vorerkrankungen nur sehr geringe Chancen haben, eine schwere Covid-19-Erkrankung zu überleben und davon auch langfristig zu genesen. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die Morbidität und Mortalität bei Menschen mit geistiger Behinderung auch in „Nicht-Corona-Zeiten" deutlich höher ist als im Durchschnitt der Bevölkerung und die meisten Menschen mit einer geistigen Behinderung an einer Lungenentzündung versterben (Stevens & Landes, 2020).

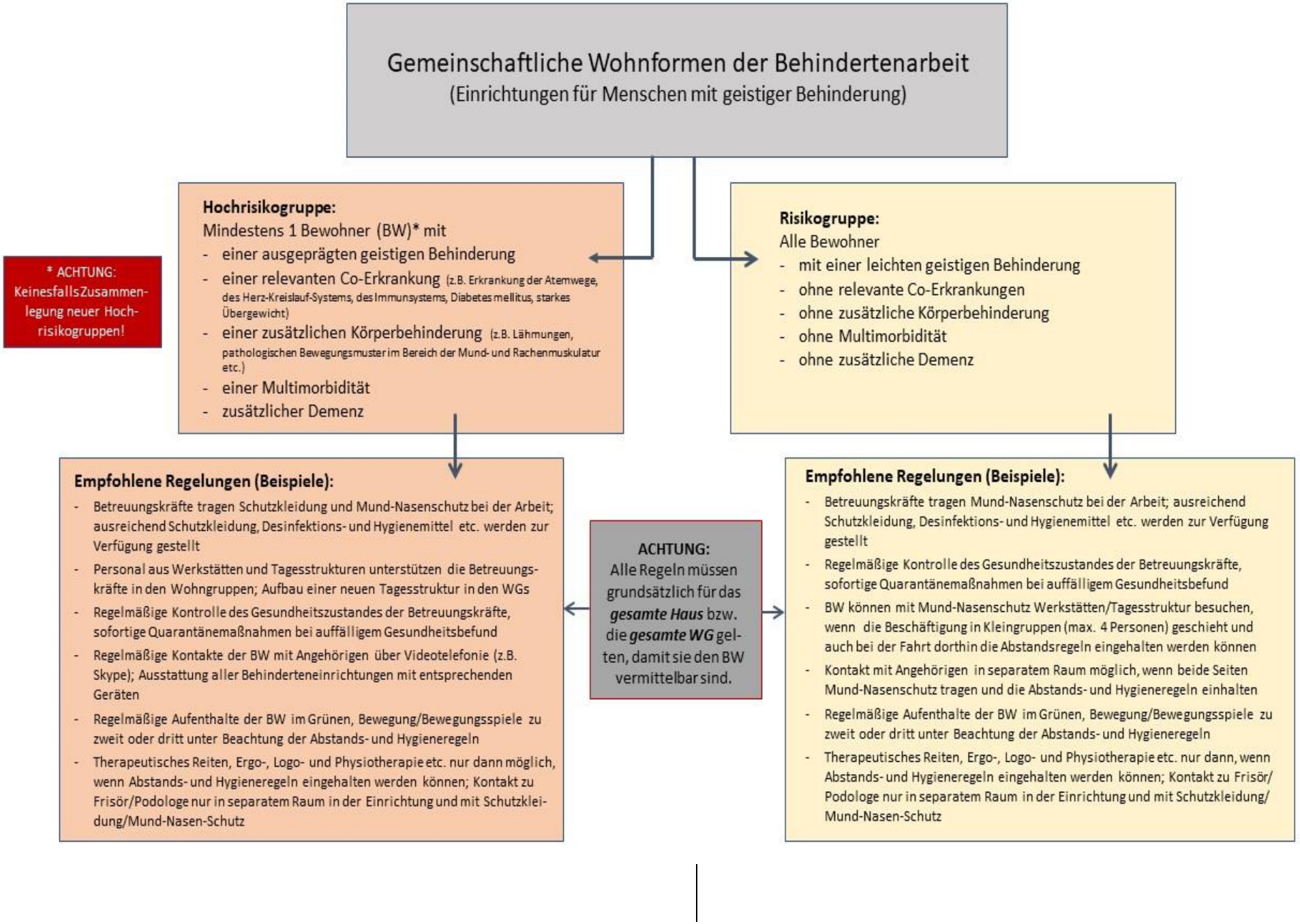
Bei der Planung von Maßnahmen zu Expositionsprophylaxe in Behinderteneinrichtungen und im ambulanten Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung müssen drei grundlegende Faktoren beachtet werden:

- Insbesondere Menschen mit einer schwereren geistigen Behinderung sind aufgrund ihrer intellektuellen und sozio-emotionalen Einschränkungen meist nicht oder kaum in der Lage, die in Kap. 5.1 genannten Maßnahmen der Expositionsprophylaxe konsequent einzuhalten. Aber auch Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung benötigen Zeit, um diese Maßnahmen zu verstehen und einzuüben. Selbst dann, wenn sie grundsätzlich damit umgehen können, kann dieses Wissen z. B. in emotionalen Situationen sehr schnell vergessen sein und alte Verhaltensmuster können wieder zum Vorschein kommen.
- Hinzu kommt, dass die Bedingungen in einer Behinderteneinrichtung die Ausbreitung eines Virus beschleunigen können. Der Erreger kann sehr schnell z. B. von infizierten Betreuungskräften auf die Bewohner übergehen, da Betreuer ja in der Regel für eine ganze Wohngruppe (meist bis zu 12 Bewohner) zuständig sind und v. a. bei Pflegemaßnahmen in engen körperlichen Kontakt mit den Bewohnern kommen (Kap. 2.5). Solche intensiven Kontakte sind besonders zwischen den Betreuungskräften und Bewohnern mit einer schwereren geistigen Behinderung bzw. Bewohnern mit einem hohen Pflegebedarf kaum zu vermeiden.
- Wie bereits angeführt, leiden viele Menschen mit geistiger Behinderung – vor allem, wenn sie in Einrichtungen leben - oftmals zusätzlich zu ihrer Behinderung an weiteren Erkrankungen und Einschränkungen (Kap. 2.3). Sie gehören damit zur Gruppe der Risiko- bzw. Hochrisiko-Personen.

5.2.2 Beispiel für ein Konzept zur Expositionsprophylaxe

Aus epidemiologischer Sicht ist es daher von großer Bedeutung, speziell Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen eines gut durchdachten Konzeptes der Expositionsprophylaxe vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu schützen. Ein Beispiel für ein solches Konzept zeigt das folgende Diagramm (Abb. 4).
Grundsätzlich muss bei der Erarbeitung eines solchen Konzeptes beachtet werden, dass in gemeinschaftlichen Wohnformen der Behindertenarbeit (früher: Stationäre

Abb. 4 Flussdiagramm zur Expositionsprophylaxe in Einrichtungen der Behindertenhilfe



Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung) Menschen leben, die verschiedene Grade einer geistigen Behinderung aufweisen können. Überdies können noch körperliche Einschränkungen und verschiedenste Co-Erkrankungen hinzukommen.

Hochrisikogruppe: Schon allein aufgrund des fehlenden Verständnisses für die umzusetzenden Maßnahmen sind Menschen mit einer ausgeprägteren geistigen Behinderung und Menschen mit geistiger Behinderung plus Demenz besonders gefährdet. Hinzu kommt die Wohnsituation in einer betreuten Einrichtung, in der sich das Virus besonders schnell ausbreiten kann. Zur *Hochrisikogruppe* zählen aus epidemiologischer Sicht auch alle Menschen mit geistiger Behinderung, die an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen (s. Kap. 2.3) leiden bzw. Medikamente einnehmen, die die Immunabwehr beeinträchtigen können. Ein besonders hohes Risiko haben auch ältere Menschen mit geistiger Behinderung, wobei hier das biologische und nicht das kalendarische Alter der Menschen betrachtet werden sollte. Menschen mit Down Syndrom altern beispielsweise in der Regel früher als andere Menschen mit geistiger Behinderung. Zu Hochrisikogruppe gehören auch Menschen mit geistiger Behinderung, die zusätzlich Lähmungen und/oder pathologische Bewegungsmuster im Mund- und Rachenbereich aufweisen.

Risikogruppe: Risikopersonen sind die in einer Einrichtung lebenden Menschen dann, wenn sie eine weniger ausgeprägte geistige Behinderung ohne zusätzliche körperliche Einschränkungen aufweisen und wenn bei ihnen keine relevanten Co-Erkrankungen oder eine Demenz bekannt sind. Der Hauptgrund für eine Einordnung in die Risikogruppe ist die Betreuungssituation in der Behinderteneinrichtung. Hinzu kommt noch das oft (nicht immer!) eingeschränkte Verständnis für die umzusetzenden Maßnahmen.

Hieraus lassen sich zwei grundlegende Aussagen für die Erstellung eines solchen Konzeptes ableiten:

- Alle Regeln, die der Expositionsprophylaxe in einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung dienen sollen, müssen grundsätzlich *für alle Bewohner* abgegrenzter Wohnbereiche (das ganze Haus oder die ganze Außenwohngruppe) gelten. Sonderregeln für einzelne Bewohner sind den Mit-Bewohnern in der Regel nicht vermittelbar.
- Sobald in einem abgegrenzten Wohnbereich ein Bewohner zur Hochrisikogruppe zählt, gelten die Regelungen für Hochrisikopersonen für

alle Bewohner.

Auf dieser Grundlage zeigt das Flussdiagramm (Abb. 4) nun eine Reihe von Vorschlägen für Einrichtungen, in denen Menschen mit geistiger Behinderung leben, die der *Hochrisikogruppe* (links) bzw. der *Risikogruppe* (rechts) zuzuordnen sind. Die dort zu findenden Empfehlungen sollten dann gelten, wenn beispielsweise das Robert Koch-Institut im Rahmen der allgemeinen Risikobewertung der Covid-19-Lage das Risiko für die Gesundheit von Risikogruppen als *sehr hoch* einschätzt. Die vorgeschlagenen Regelungen für den Hochrisikobereich sind dabei deutlich restriktiver als für den Risiko-Bereich. Kontakte zu Angehörigen sollten im Hochrisikobereich nur virtuell oder auf anderen Wegen ohne direkten physischen Kontakt (z. B. über „Container, s. Kap. 5.3.1) stattfinden. Personen aus dem Risikobereich können dagegen einzelne Angehörige (pro Woche z. B. ein oder zwei Angehörige) in einem separaten Raum treffen, wenn alle Anwesenden einen Mund-Nasen-Schutz tragen und die Abstands- und Hygieneregeln eingehalten werden. Die Räumlichkeiten müssen nach jedem Besuch gründlich gereinigt werden. Im Gegensatz zu den Bewohnern mit sehr hohem Risiko können Bewohner aus dem Risikobereich die Werkstätten bzw. die externe Tagesstruktur besuchen, wenn sie und die Betreuungskräfte einen Mund-Nasen-Schutz tragen, die Beschäftigung in Kleingruppen (max. 4 Personen, möglichst aus derselben Wohneinrichtung) geschieht und auch bei der Fahrt hin und zurück die Abstandsregeln eingehalten werden können. Für Personen im Hochrisikobereich muss dagegen weiterhin eine Tagesstruktur im Wohnbereich angeboten werden.

5.2.3 Gesetzliche Regelungen als Basis eines solchen Konzepts

Bei der Erarbeitung eines solchen Konzeptes müssen selbstverständlich alle geltenden gesetzlichen Regelungen und Verordnungen berücksichtigt werden. So hat beispielsweise das Land Baden-Württemberg am 17. März 2020 die *Verordnung der Landesregierung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus SARS-Cov-2 (Corona-Verordnung - CoronaVO)* (Landesregierung Baden-Württemberg, 2020) erlassen, in der es in § 6 heißt, dass folgende Maßnahmen zum Schutz besonders gefährdeter Personen getroffen werden:

> (1) Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 5 IfSG sowie teilstationäre Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf oder mit Behinderungen

einschließlich Kurzzeitpflege dürfen grundsätzlich nicht mehr zu Besuchszwecken betreten werden.
(2) Stationäre Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf oder mit Behinderungen sowie von einem Anbieter verantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaften […] dürfen grundsätzlich nicht mehr zu Besuchszwecken betreten werden. Die Einrichtungen können den Zutritt zu Besuchszwecken erlauben, wenn geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen getroffen werden können.
(3) Der Zutritt von externen Personen zu den in Absatz 1 und 2 genannten Einrichtungen aus sonstigen, insbesondere beruflichen Gründen ist nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Leitung der Einrichtung gestattet. Im Falle der Gewährung des Zutritts sind geeignete Vorkehrungen zum Infektionsschutz zu treffen.

Bis Anfang zum 09. Mai 2020 wurde diese Verordnung insgesamt neunmal geändert. Die Fassung vom 09. Mai 2020 enthält nun zahlreiche Änderungen und Konkretisierungen:

§ 6
Maßnahmen zum Schutz besonders gefährdeter Personen
(1) Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 5 IfSG, teilstationäre Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf oder mit Behinderungen einschließlich Kurzzeitpflege […] dürfen nicht mehr zu Besuchszwecken betreten werden….
(2) Stationäre Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf oder mit Behinderungen, […] sowie von einem Anbieter verantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaften nach dem Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz dürfen nicht
mehr zu Besuchszwecken betreten werden. Die Einrichtungen können den Zutritt zu Besuchszwecken erlauben, wenn geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen getroffen werden können. Ausgenommen von dem Betretungsverbot nach Satz 1 sind Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, wenn mit Blick auf die körperliche Konstitution der Bewohner nicht von einem erhöhten Infektionsrisiko ausgegangen werden muss. Die Einrichtungen entscheiden, ob eine Ausnahme nach Satz 3 vorliegt […].
(3) Der Zutritt von externen Personen […] aus sonstigen, insbesondere beruflichen oder familiären Gründen ist nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Leitung der Einrichtung gestattet. Im Falle der Gewährung des Zutritts sind geeignete Vorkehrungen zum Infektionsschutz zu treffen. […]
(4a) Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und ambulant betreuten Wohngemeinschaften […] haben das Verlassen sowie unverzüglich die Rückkehr in die Einrichtung bei der Einrichtung anzuzeigen. Während des Aufenthalts außerhalb der Einrichtung sind Sozialkontakte außerhalb des öffentlichen Raums zu mehr als weiteren vier Personen verboten. Bei der Rückkehr in die Einrichtung ist beim Einlass unverzüglich eine Händedesinfektion vorzunehmen. Bewohnerinnen und Bewohner, die die Einrichtung verlassen, sind verpflichtet, nach der Rückkehr in den Gemeinschaftsbereichen der Einrichtung für die Dauer von 14 Tagen eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen, wenn dies nicht aus medizinischen Gründen oder aus

sonstigen Gründen unzumutbar ist. Das gilt entsprechend, wenn die Bewohnerin oder der Bewohner in einem Doppelzimmer lebt, in Situationen, in denen dort ein Mindestabstand von 1,5 Metern zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern nicht eingehalten werden kann.
(5) Zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung und des Pflegebetriebs können in der Einrichtung tätige Personen, denen nach Absatz 4 der Zutritt untersagt wäre, nach Abwägung die berufliche Tätigkeit in der Einrichtung unter Beachtung von Schutzmaßnahmen fortsetzen. Die Entscheidung über die Fortsetzung der Tätigkeit und die erforderlichen Schutzmaßnahmen trifft die Einrichtung.

Das Beispiel zeigt, dass in Baden-Württemberg die einzelnen Einrichtungen - unter Berücksichtigung der Risikosituation vor Ort - auch weiterhin selbst entscheiden können, welchen Personen sie Zutritt zur Einrichtung gewähren, wenn dies die Hygiene- und Abstandsregeln einhalten. Dort lebende Personen dürfen die Einrichtung zwar für kürzere Zeit verlassen, allerdings dürfen sie während dieser Zeit außerhalb des öffentlichen Raumes nur zu maximal vier Personen Kontakt haben. Nach der Rückkehr müssen sie 14 Tage lang im Gemeinschaftsbereich der Einrichtung eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen.
Bei der Betrachtung der gesetzlichen Regelungen und Verordnungen ist zu berücksichtigen, dass diese nicht allein auf der Basis epidemiologischer Überlegungen zustande kommen, sondern dass hier immer auch politische oder wirtschaftliche Interessen ebenso wie ethische Aspekte oder die Lobbyarbeit von Verbänden etc. eine Rolle spielen können. So ist bei der oben zitierten Verordnung (Fassung vom 09. Mai 2020) aufgrund der erst kurzen Gültigkeitsdauer noch nicht klar, ob die Regelung, nach der Bewohner die Einrichtung verlassen und nach ihrer Rückkehr für 14 Tage einen Mund-Nasen-Schutz tragen müssen, praktisch umsetzbar ist. Ebenso kann aus epidemiologischer Sicht angezweifelt werden, ob eine solche Maßnahme effektiv genug ist, eine Verbreitung in der Einrichtung zu verhindern, falls der zurückgekehrte Bewohner sich außerhalb der Einrichtung infiziert hat.

5.3 Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen während der Covid-19-Pandemie

Die in Kap. 3 aufgeführten Problembereiche in der Behindertenarbeit, die im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie aufgetreten sind, betreffen auch die Umsetzung von Maßnahmen der Expositionsprophylaxe, gehen jedoch weit über die grundlegenden Maßnahmen zum Infektionsschutz hinaus. Menschen mit

geistiger Behinderung werden durch die im Verlauf der Pandemie ergriffenen Verordnungen und Regelungen in ihrem täglichen Leben deutlich stärker eingeschränkt als der Durchschnitt der Bevölkerung. Diese Maßnahmen können sich negativ auf das körperliche und psychische Wohlbefinden der betroffenen Menschen auswirken. Daher ist es von großer Wichtigkeit, ihre Bedürfnisse und Wünsche rechtzeitig zu erkennen und bei der Planung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen zu berücksichtigen. Dies gilt selbstverständlich auch für die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen mit einer stärkeren geistigen Behinderung, die dies nicht artikulieren können (Habermann-Horstmeier, 2018a).

5.3.1 Mit Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung

Umsetzung von Maßnahmen der Expositionsprophylaxe ermöglichen

Ob ein Mensch mit geistiger Behinderung die nötigen Maßnahmen der Expositionsprophylaxe überhaupt umsetzen kann, ist sehr stark von der Art und dem Grad der Behinderung abhängig. Viele Menschen mit einer stärkeren geistigen Behinderung sind nicht in der Lage, Sinn und Zweck dieser Maßnahmen zu verstehen und diese dann auch konsequent und adäquat umzusetzen. Zu dieser Gruppe gehören viele Menschen mit geistiger Behinderung, die in Einrichtungen leben. Andererseits können Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung durchaus Abstandsregeln, das richtige Händewaschen und den korrekten Umgang mit einem Mund-Nasen-Schutz (Abb. 5) erlernen. Sie benötigen allerdings oft deutlich mehr Zeit, um diese Maßnahmen zu verstehen und in der Praxis gemeinsam z. B. mit einer Betreuungskraft immer wieder einzuüben. Zur Unterstützung dieses Prozesses können z. B. Informationsmaterialien in *Leichter Sprache* mit entsprechenden Piktogrammen eingesetzt werden (RKI, 2020e).

Seit Anfang Mai 2020 dürfen beispielsweise in Baden-Württemberg Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM) über die bisherige Notbetreuung hinaus insgesamt maximal ein Viertel ihrer Beschäftigten mit Behinderung betreuen und beschäftigen, wenn die Beschäftigten hieran freiwillig teilnehmen, wenn dies einzeln oder in Kleingruppen (max. 6 Personen) erfolgt, wenn in den Kleingruppen nach Wohnheimen, Wohngruppen und zu Hause lebenden Menschen unterschieden wird und im Betrieb sowie während der Fahrten von und zur Werkstatt ein Infektionsschutzkonzept eingehalten werden kann (Sozialministerium BW, 2020).



Abb. 5 Bewohnerin einer Behinderteneinrichtung, die einen einfachen Mund-Nasen-Schutz trägt.
Quelle: L. Habermann-Horstmeier

Ein solches Infektionsschutzkonzept beinhaltet in der Regel auch die Pflicht, dass die beschäftigten Menschen mit Behinderung ebenso wie die Betreuungskräfte und Busfahrer eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen müssen, wenn in der Werkstatt bzw. im Bus der Mindestabstand von 1,5 m nicht sicher eingehalten werden kann (BAG WfbM, 2020). Ausnahmen hiervon sollen nur aus gesundheitlichen Gründen möglich sein. Auch hier gilt, dass Abstandsregeln, das richtige Händewaschen und der korrekte Umgang mit einem Mund-Nasen-Schutz zuerst intensiv eingeübt werden müssen.

Maßnahmen, um soziale Kontakte zu ermöglichen:

Für alle Menschen mit geistiger Behinderung ist es von sehr großer Bedeutung, dass sie weiterhin ihre meist sehr intensiven, - oftmals jedoch auch in „normalen Zeiten" bereits auf einen kleinen Personenkreis eingeschränkten - sozialen Kontakte aufrechterhalten können. Hinzu kommt, dass Körperkontakt und Berührung sowie das hierdurch vermittelte Gefühl der Nähe für viele Menschen mit geistiger Behinderung - insbesondere aber für Menschen mit einer schweren Mehrfachbehinderung - wichtige Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu ihrer Umwelt sind. Dieser direkte körperliche Kontakt (umarmen, streicheln etc.) ist von großer Bedeutung für das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden der Betroffenen (Habermann-Horstmeier, 2018a). Das infolge der Covid-19-Pandemie verhängte Abstandsgebot sorgt nun dafür, dass solche Kontakte nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich sind. Es müssen daher Maßnahmen gefunden werden,

über die auch weiterhin zumindest ein begrenzter sozialer Kontakt beibehalten werden kann. Darüber hinaus ist es wichtig, allen Bewohnern – soweit möglich – zu vermitteln, dass der fehlende Besuch der Angehörigen nicht daran liegt, dass diese den Bewohner nicht mehr sehen möchten (Lüken, 2020).

Insbesondere Menschen mit einer stärkeren geistigen Behinderung sind nicht in der Lage, selbstständig den Kontakt z. B. über Telefon oder digitale Medien herzustellen. Sie benötigen dabei in unterschiedlichem Umfang Unterstützung durch Betreuungskräfte. Nach der Verhängung des Besuchsverbots für Einrichtungen der Behindertenhilfe wurde in der Praxis sehr schnell deutlich, dass hier für viele Bewohner das Telefonieren oft nicht ausreicht. Besser geeignet ist die **Videotelefonie** (z. B. über Skype; Abb. 6), da hier der Kontakt nicht nur über akustische, sondern auch über optische Signale erfolgt. Insbesondere Menschen mit einer ausgeprägteren geistigen Behinderung können ihre Aufmerksamkeit dann deutlich besser auf das Gespräch fokussieren. Dabei ist es wichtig, dass während des Videotelefonie-Kontaktes keine Ablenkung durch Reize aus der Umgebung (z. B. durch Gespräche von Bewohnern oder Betreuern in der Nähe) erfolgt. Um dies umzusetzen, müssen die Einrichtungen mit entsprechenden Geräten in ausreichender Zahl (möglichst Internetzugang für jede Wohngruppe, pro Wohngruppe mindestens ein Smartphone oder Laptop mit entsprechender Software) ausgerüstet sein. Zudem müssen die Betreuer im Umgang mit den Geräten und der Software ausreichend geschult werden. Vielfach wurden jedoch erst durch die Corona-Pandemie Maßnahmen ergriffen, um die Einrichtungen in



Abb. 6 Bewohnerin einer Behinderteneinrichtung beim Skypen (Videotelefonie) mit ihren Angehörigen.
Quelle: L. Habermann-Horstmeier

Zukunft entsprechend auszustatten. Bereits jetzt könnten viele Einrichtungen problemlos die von ihnen benötigte Anzahl an Smartphones z. B. über Angehörige oder die Öffentlichkeit erhalten, wenn diese für diesen Zweck ihre ausgedienten, noch funktionsfähigen Smartphones spenden würden – eine Maßnahme, die auch aus ökologischen Gründen empfehlenswert wäre.

Eine weitere Möglichkeit, in Kontakt zu bleiben sind E-Mails, Postkarten, Briefe oder Päckchen, die für viele Menschen mit geistiger Behinderung das „Highlight" des Tages sein können. Bewohner schreiben oder malen (z. T. mit der Unterstützung einer Betreuungskraft) auch selbst gerne eine E-Mail, Karte oder einen Brief und sind sehr stolz darauf, wenn sie dann später eine Antwort erhalten. Auf diese Weise kann z. B. auch der Kontakt zu Kollegen aus der WfbM, aus einem Singkreis oder einer Fußballmannschaft aufrechterhalten werden. Im Fall einer Quarantäne innerhalb einer Einrichtung können sich Mitbewohner untereinander z. B. auch über kleine, selbstgemachte Fotobücher austauschen, die die übrigen Bewohner für die Person in Quarantäne mit eigenen Fotos und kleinen Texten erstellt haben.

Der Kontakt zur Außenwelt kann auch über verschiedenste Medien (z. B. Zeitschriften in Leichter Sprache, Fernsehen, Radio und Internet) aufrechterhalten werden. Vor allem bei Fernsehen und Internet ist es jedoch wichtig, Menschen mit geistiger Behinderung dabei zu begleiten, da z. B. der übermäßige, ungefilterte Konsum von Nachrichten zum Thema „Corona" Unruhe und Angst verstärken können.

Weil die Pandemie-Situation – solange noch kein Impfstoff gefunden wurde – weitere Monate oder sogar Jahre anhalten kann, werden derzeit auch verschiedene Möglichkeiten diskutiert und ausprobiert, durch die direktere Kontakte zwischen Angehörigen und Bewohnern von Behinderteneinrichtungen ermöglicht werden sollen, ohne dass auf diese Weise das Virus in die Einrichtung eingeschleppt wird. Beispiele hierfür sind Besuchscontainer[14] oder Gesprächsräume, in denen Bewohner und Besucher durch Plexiglas und mittels einer Sprechanlage miteinander Kontakt aufnehmen können. Seit kurzem ist es in Nordrhein-Westfalen z. B. möglich, Bewohner von Behinderteneinrichtungen zu besuchen

[14] Beispiel siehe ZDF. Besuchscontainer gegen die Einsamkeit. https://www.zdf.de/nachrichten/heute-plus/videos/besuchscontainer-gegen-die-einsamkeit-100.html?fbclid=IwAR0tfsIFDDAZwekmTMs6KYnx0Q4nKhL1cBXINIG50NF-p6VW5LBJ71sLSFg#xtor=CS5-22

(maximal ein Besuch pro Tag und Bewohner; insgesamt nur zwei Besucher pro Bewohner), wenn die Besucher keine erkennbaren Symptome aufweisen, zuvor keinen Kontakt zu Erkrankten hatten, die geltenden Hygienevorschriften (vor Besuch Hände waschen und desinfizieren, Mund-Nasen-Schutz, Nieshygiene, Abstandsgebot) einhalten, Kontakt mit übrigen Bewohnern vermeiden und sich in ein Besuchsregister eintragen. Ob die genannten Maßnahmen ausreichen, um eine Einschleppung des Virus‘ in die Einrichtungen zu vermeiden, wird sich erst in Zukunft zeigen. Die Maßnahmen des (annähernd) direkten Kontaktes bringen zusätzlich noch das Problem mit sich, dass es v. a. Bewohnern mit einer ausgeprägteren geistigen Behinderung oftmals nicht vermittelbar ist, weshalb ein Angehöriger nur zu Besuch kommt und ihn nicht mitnehmen kann, obwohl er vor der Corona-Pandemie die Wochenenden vielleicht regelmäßig bei den Eltern verbracht hat. Zudem muss auch bei einem Besuch der Angehörigen weiterhin auf einen direkten körperlichen Kontakt verzichtet werden, was bei vielen Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung kaum praktikabel ist.
Bei der Planung und Umsetzung von Angehörigenbesuchen sollte nicht vergessen werden, dass es auch Bewohner gibt, die gar keine Angehörigenkontakte mehr haben. Hier ist es wichtig, auch diesen Bewohnern Möglichkeiten zu bieten, um z. B. Personen zu treffen, die sie aus ihrem Arbeits- oder Freizeitbereich kennen.

Maßnahmen, die die Bedrohlichkeit der Situation mindern:
Vor allem Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung brauchen Gesprächspartner, die mit ihnen immer wieder über die aktuelle Situation sprechen, ihre Fragen so gut es geht beantworten und ihnen dabei auch erklären, warum die Situation noch weiterhin anhält. Ein solches Gespräch sollte Sicherheit vermitteln und signalisieren, dass der Bewohner bei Angst und Unsicherheit jederzeit Unterstützung bekommen kann.
Für Menschen mit einer schwereren geistigen Behinderung und eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten ist eine freundliche, ausgeglichene Atmosphäre in der Wohngruppe von fundamentaler Bedeutung. Aufgabe der Betreuungskräfte ist es daher, die Entstehung von Spannungen in der Gruppe oder zwischen Betreuungskräften zu verhindern bzw. kritische Situationen frühzeitig aufzufangen. Dies gilt insbesondere dann, wenn bereits Verdachtsfälle auf eine Infektion oder sogar Erkrankungsfälle in der Einrichtung oder der Wohngruppe aufgetreten sind und die übrigen Bewohner mit Ängsten und Unsicherheiten

hierauf reagieren. In solchen Fällen ist es besonders wichtig, rechtzeitig den psychologischen bzw. psychiatrischen Dienst einzuschalten, der in vielen Einrichtungen auch regelmäßig Sprechstunden über Telefon oder Videotelefon anbietet. Mitbewohner und Betreuungskräfte erleben es als besonders problematisch, wenn es durch die Maßnahmen zur Einschränkung der Covid-19-Pandemie zu einer Verschlechterung der psychischen Situation bei Bewohnern mit einer zusätzlichen psychischen Störung kommt. Dies hat in der Regel erhebliche negative Auswirkungen auf die Gruppensituation sowie auf die Arbeitssituation der Betreuungskräfte. Insbesondere Gruppen, in denen Menschen mit psychischen Störungen leben, sollten daher rechtzeitig präventive Maßnahmen ergreifen, die verhindern helfen, dass es zu einer Verschärfung der Situation kommt. Im Zentrum stehen dabei die Pflege regelmäßiger Kontakte, die Vermeidung von Hektik und Spannungen in der Gruppe sowie der Aufbau einer an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste Tagesstruktur (z. B. mit regelmäßigen Aufenthalten im Freien, Bewegung, Musik etc.).

Nach Aussagen von Betreuungskräften (s. FN 8) haben sich das sehr sonnige Wetter in Deutschland in den ersten Wochen nach der Verhängung des Besuchsverbotes und die Möglichkeit, regelmäßig zumindest alleine oder zu zweit mit einem Betreuer nach draußen zu gehen (→ Veränderung der räumlichen Umgebung, andere Sinneseindrücke, Möglichkeit zur Bewegung etc.), überwiegend positiv auf das Gruppengeschehen ausgewirkt und dabei geholfen, dass die Veränderungen von vielen Bewohnern akzeptiert wurden.

Maßnahmen zum Aufbau einer neuen Tagesstruktur:

Solange Werkstätten und Förder- und Betreuungsbereiche geschlossen sind oder nur eingeschränkt geöffnet haben, ist der Aufbau einer neuen Tagesstruktur in den Wohnbereichen eine der vorrangigen Aufgaben. Hierzu braucht es v. a. genügend Betreuungspersonal und viele kreative Ideen. Da die Personalsituation in vielen Einrichtungen bereits vor der Pandemie angespannt war (Habermann-Horstmeier & Limbeck, 2016a, Habermann-Horstmeier & Limbeck ,2018) und die Arbeitszeiten für die Betreuungskräfte nun ausgedehnt werden müssen, ist es unumgänglich, hierfür zusätzliches Personal einzusetzen. In Frage kommen v. a. Kolleg/-innen aus den Werkstätten bzw. den Förder- und Betreuungsbereichen, die aufgrund der Schließungen derzeit nicht oder noch nicht wieder an ihrem gewohnten Arbeitsplatz eingesetzt werden können. Hier kann sich allerdings eine kritische

Situation entwickeln, wenn die Werkstätten wieder langsam ihre Beschäftigungskapazitäten erhöhen und die Kolleg/-innen deshalb wieder an ihrem alten Arbeitsplatz gebraucht werden. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, Hilfskräfte aus den Freiwilligendiensten anzufordern, die derzeit an ihrem Arbeitsplatz nicht eingesetzt werden können. Auch dies ist jedoch nur möglich, solange sie an ihrem ursprünglichen Einsatzort nicht tätig sein können. Es können jedoch auch ehemalige Mitarbeiter angefragt werden, die aus familiären Gründen zeitweise aus dem Beruf ausgeschieden sind. Diese kennen die Einrichtung bereits, sodass eine Einarbeitung rasch vonstattengehen kann. In Notsituation (z. B. wenn ein erheblicher Teil der Betreuungskräfte aufgrund von Quarantänemaßnahmen oder Erkrankung ausfällt) können auch Soldaten der Bundeswehr im Rahmen eines Amtshilfeverfahrens als Aushilfen angefordert werden (Kap. 5.4). Für die Bewohner ist es oft leichter, sich an die neue Situation zu gewöhnen, wenn Betreuungskräfte eingesetzt werden, die sie z. B. bereits aus früheren Zeiten oder aus der Werkstatt kennen. Insbesondere bei Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung ist die personelle Kontinuität von großer Bedeutung.

Ein großer Vorteil des Neuaufbaus einer Tagesstruktur in den Wohneinrichtungen in Zeiten der Corona-Pandemie besteht darin, dass viele der Regeln und Erfordernisse des normalen täglichen Lebens wegfallen, die oftmals auch als Anforderungen von außen, als Pflichten oder Zwänge erlebt werden. Dadurch wird viel Hektik aus dem Tagesablauf herausgenommen. Es bleibt nun deutlich mehr Zeit für gemeinsame Tätigkeiten. Insbesondere tägliche Spaziergänge im Grünen und die Möglichkeit, sich außerhalb der Räumlichkeiten zu bewegen sind für die körperliche, v. a. aber auch für die psychische Gesundheit der Bewohner von großer Bedeutung. Je nach Behinderungsgrad können Bewohner hierbei auch Bewegungsspiele spielen, Fitnessgeräte, Schaukeln, Drehscheiben etc. nutzen oder sich z. B. beim Gärtnern bewegen und gleichzeitig vielfältige Sinneseindrücke in sich aufnehmen (Habermann-Horstmeier, 2018a). Dies alles wirkt dem Gefühl des Eingeengt-Seins entgegen.

In einigen Einrichtungen haben Betreuungskräfte die Idee des Morgenkreises auf den Behindertenbereich übertragen. Der gemeinsame Morgenkreis einer Wohngruppe ist eine gute Gelegenheit, den beginnenden Tag in den Wochen-, Monats- und Jahresablauf einzuordnen, das Befinden der einzelnen Bewohner anzusprechen und den geplanten Tagesablauf sowie relevante Nachrichten zum Corona-Geschehen zu erläutern. In diesen Morgenkreis können auch Aktivitäten

wie etwa das gemeinsame Singen und Musizieren mit eingebunden werden.
Darüber hinaus sind die Mahlzeiten für viele Bewohner ein zentrales Element der Tagesstrukturierung. Die Gerichte können gemeinsam geplant und vorbereitet werden. Bewohner können beim Kochen helfen und auch die Aufgaben des Tischdeckens und -schmückens übernehmen. Das anschließende gemeinsame Essen eignet sich auch dazu, nach dem Befinden und den Bedürfnissen der Bewohner zu fragen und die nächsten Schritte im Tagesablauf zu besprechen.
Da die Bewohner nun einen Großteil der Zeit in denselben Räumlichkeiten verbringen, ist eine angenehme Umgebung noch wichtiger als sonst. Es bietet sich an, nun auch vermehrt ein Augenmerk auf die Ausstattung und Gestaltung der Bewohnerzimmer und der Gemeinschaftsräume (mit Blumen, Wandschmuck etc.) zu richten. Dabei sollen selbstverständlich die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner berücksichtigt und diese dann auch in die Umsetzung der Maßnahmen mit eingebunden werden.
Darüber hinaus gilt es, möglichst viele kreative Ideen z. B. aus dem Bereich des Förder- und Betreuungsbereichs zu übernehmen. Hierzu gehören auch das gemeinsame Musikmachen und Musikhören oder das Planen eines „Kinonachmittags" für die ganze Wohngruppe mit Leinwand, Laptop und DVD. Mitarbeiter der WfbM, die aktuell in den Wohnbereichen tätig sind, können z. B. auch abgegrenzte Arbeitsbereiche für diejenigen Bewohner installieren, die ihre Arbeit in der Werkstatt sehr vermissen. Auf diese Weise können Bewohner ihre Werkstatt-Tätigkeiten auch in den Wohngruppen durchführen.
In die neue Tagesstruktur müssen selbstverständlich auch Zeiten für den Kontakt „nach draußen" (über Telefon, Video-Telefonie, Briefe/Karten schreiben etc.) eingeplant werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass allen Bewohnern hierfür genügend Zeit zur Verfügung steht (z. B. sollte jedem Bewohner pro Woche mindestens ein Kontakt zu einem Angehörigen oder Freund möglich sein). Nach einem solchen Kontakt müssen Betreuungskräfte zur Verfügung stehen, die bei Bedarf noch einmal mit dem Bewohner darüber sprechen und die ggf. entstandenen Emotionen auffangen können.
Die Tagesstruktur sollte den Bewohnern jedoch immer auch die benötigten Freiräume geben und – im Rahmen der Pandemie-Möglichkeiten - ein gewisses Maß an Selbstständigkeit innerhalb der Einrichtung ermöglichen. Dies gilt insbesondere für Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung.

Maßnahmen, die Therapieangebote ermöglichen:

Solange ein Betretungsverbot für Behindertenwohneinrichtungen besteht, sind Therapieangebote (Physio- und Ergotherapie, Logopädie etc.) dort nur in Ausnahmefällen möglich. Ein Ausnahmefall liegt dann vor, wenn es medizinisch unbedingt notwendig ist, dass eine Therapie fortgesetzt wird. Aber auch nach einer Lockerung des Verbots ist die Durchführung solcher körpernahen Therapien aus epidemiologischer Sicht problematisch. Gegenwärtig ist es so, dass die Einrichtungsleitungen auch weiterhin den Zutritt verweigern können, wenn in der Einrichtung stark gefährdete Personen leben und zu befürchten ist, dass das Virus über die Therapeuten eingeschleppt werden kann. Alternative virtuelle Logopädie- oder Ergotherapie-Angebote sind mit Menschen mit geistiger Behinderung nur sehr schwer und mit Hilfe einer angeleiteten Betreuungskraft umzusetzen. Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden können jedoch einfach umzusetzende, auf die Bewohner abgestimmte Übungen zusammenstellen, die die Betreuungskräfte mit in den normalen Tagesablauf einplanen können (z. B. Seifenblasen pusten, Treppe laufen, Teig kneten, Gemüse kleinschneiden). Selbstverständlich müssen den Bewohnern auch entsprechende Hilfsmittel zur Verfügung stehen.

Derzeit ist die Fortführung tiergestützter Therapien (z. B. therapeutisches Reiten, Therapiehund etc.) nur möglich, wenn sich das Tier dauerhaft auf dem Gelände der Einrichtung befindet und der Therapeut in die Betreuungsarbeit eingebunden ist. Aus epidemiologischer Sicht ist es denkbar, nach einer Lockerung des Kontaktverbots beispielsweise das therapeutische Reiten wieder aufzunehmen, wenn dieses durch einen im therapeutischen Reiten geschulten Betreuer durchgeführt wird, sich während dieser Zeit im Bereich des Reiterhofs keine externen Personen befinden und entsprechende Hygienemaßnahmen durchgeführt werden. Nach Angaben der WHO sind bereits mehrere Hunde und Katzen, die Kontakt zu infizierten Menschen hatten, positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden. Bislang gibt es zwar keine Hinweise darauf, dass diese Tiere die Krankheit auf den Menschen übertragen können (WHO, 2020c), Einrichtungen sollten jedoch im Interesse ihrer Bewohner derzeit noch vorsichtig bei Kontakten zu externen Therapiehunden sein.

Maßnahmen im ambulanten Betreuungsbereich:

Sehr große Probleme gibt es derzeit im Bereich der ambulanten Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung überall dort, wo nicht genügend

Betreuungskräfte zur Verfügung stehen, um auch die Zeiten ausreichend abzudecken, die die Betroffenen normalerweise in der Werkstatt, an Arbeitsplätzen außerhalb der Werkstätten oder mit Therapien bzw. sozialen Kontakten verbringen. Hier ist es unbedingt nötig, mehr Personal einzusetzen, um den ambulant betreuten Menschen Kontinuität und Sicherheit zu vermitteln. Aus Infektionsschutzgründen sollten bei einer ambulant betreuten Person möglichst immer die gleichen Betreuer tätig sein. Eine virtuelle Betreuung (z. B. über regelmäßige Skype- oder Telefonanrufe) kann kein vollständiger Ersatz sein, sondern sollte lediglich unterstützend eingesetzt werden. Nur durch eine ausreichende, regelmäßige Betreuung vor Ort kann eine Vereinsamung verhindert werden. Zudem kann so einer Überforderung der Betroffenen im Alltag und der oft hieraus entstehenden Verwahrlosung der ambulant betreuten Menschen mit geistiger Behinderung entgegengewirkt werden. Für den genannten Personenkreis ist es daher sehr wichtig, dass Werkstätten eine erweiterte Notbetreuung anbieten, sodass damit auch den ambulant betreuten Menschen mit geistiger Behinderung eine Tagesstruktur zur Verfügung steht. Auf diese Weise wird außerdem die Irritation einiger Werkstattbeschäftigter darüber aufgehoben, dass man derzeit weiter Geld verdient, ohne dafür arbeiten zu müssen.

5.3.2 Mit Bezug auf Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung

Maßnahmen, um soziale Kontakte zu ermöglichen:

Verschiedene Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des sozialen Kontaktes zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Angehörigen wurden bereits in Kap. 5.3.1 geschildert. Familienmitglieder von Menschen mit geistiger Behinderung weisen darauf hin, dass Vertreter der Politik und der Einrichtungen angesichts der unbestimmten Dauer der Pandemie-Situation möglichst bald Lösungen finden müssen, um solche Kontakte zu ermöglichen, ohne das Infektionsrisiko für beide Seiten zu erhöhen. Für die Angehörigen ist es wichtig, regelmäßig über die getroffenen Maßnahmen und die Gründe, die hierzu geführt haben, informiert zu werden.

Für viele Angehörige wäre zudem ein Austausch mit anderen Verwandten oder Freunden von Menschen mit geistiger Behinderung sehr hilfreich. Eine solche Vernetzung gibt es bislang leider kaum. Gründe hierfür sind z. B., dass Einrichtungen die Kontaktdaten aus Datenschutzgründen nicht weitergeben und

sich die Angehörigen auch schon vor der Pandemie in den Einrichtungen nur selten getroffen haben. Zudem sind insbesondere ältere Angehörige bislang oftmals nicht über E-Mail oder soziale Medien erreichbar. Um einen Austausch zwischen den Angehörigen zu ermöglichen, könnten beispielsweise die Einrichtungen die Initiative ergreifen und bei den Angehörigen nachfragen, wer damit einverstanden ist, dass seine Kontaktdaten zum Zweck des Angehörigenaustauschs an andere Interessenten weitergegeben werden.

Besonders wichtig für die nahen Verwandten sind auch regelmäßige Rückmeldungen durch die Betreuungskräfte darüber, wie es ihrem Angehörigen mit Behinderung geht, welche Vorkommnisse es seit dem letzten Austausch gab und was für Aktivitäten in dieser Zeit unternommen wurden. Nicht zuletzt ist es für Angehörige auch von großem Interesse zu erfahren, ob ihre Post (Karten, Briefe, Geschenke) angekommen ist und ob der Beschenkte sich darüber gefreut hat. Dies alles gilt natürlich insbesondere dann, wenn Bewohner in ihren Kommunikationsfähigkeiten stark eingeschränkt sind. Aber auch Menschen mit einer weniger starken Behinderung können z. B. aufgrund eines eingeschränkten und oftmals selektiven Gedächtnisses (Habermann-Horstmeier, 2018a) Probleme damit haben, ihren Angehörigen hierüber zu berichten. Für Angehörige und Bewohner einer Einrichtung kann auch ein (digitales) Foto-Tagebuch, das mit Hilfe der Betreuungskräfte erstellt wurde, ein wertvolles Instrument sein, um sich auszutauschen. Zudem kann es später eine Erinnerung an die Zeit sein, als man sich nicht besuchen und umarmen konnte.

Maßnahmen, die die Bedrohlichkeit der Situation mindern:

Angesichts des hohen Risikos von Menschen mit geistiger Behinderung, schwer an Covid-19 zu erkranken oder gar hieran zu versterben, haben die meisten Angehörigen sehr große Angst, dass sich das Virus in den Einrichtungen ausbreitet. Der wichtigste Schritt, um diese Bedrohlichkeit aus Sicht der Angehörigen zu mindern, besteht darin, dass Politik und Einrichtungen gemeinsam Maßnahmen entwickeln, durch die es möglich ist, die Bewohner in den Einrichtungen wirksam vor einer Infektion zu schützen, ohne sie komplett „einzusperren", d. h. gleichzeitig zumindest einen eingeschränkten Kontakt zu Angehörigen und wichtigen Therapieangeboten zu ermöglichen (s. Kap. 5.3.1).

Die Bedrohlichkeit der Situation entsteht für die Angehörigen jedoch auch dadurch, dass sie nicht erst seit der in den Medien geführten Diskussion um eine mögliche

Triage im März/April 2020 befürchten, dass schwer an Covid-19 erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung gleich „aussortiert" und keiner intensivmedizinischen Behandlung zugeführt würden, da die Behandelnden ihnen möglicherweise von vornherein eine geringere Überlebenschance zugestehen würden. Sie bezweifeln, dass bei einer solchen Abwägung, welche der erkrankten Personen intensivmedizinisch behandelt werden sollen, wenn nicht ausreichend Therapieplätze oder Personal zur Verfügung stehen, Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen Vorerkrankungen im Vergleich zu nichtbehinderten Menschen gleichbehandelt würden. Zwar hat der *Deutsche Ethikrat* Anfang April 2020 in einer Ad-hoc-Empfehlung festgestellt, dass hierbei „sichergestellt werden muss […], dass unfaire Einflüsse bei der Entscheidung nach aller Möglichkeit ausgeschlossen werden, etwa solche im Hinblick auf sozialen Status, Herkunft, Alter, Behinderung usw." (Deutscher Ethikrat, 2020). Jedoch müssen die behandelnden Ärzte auch weiterhin vor Ort in einer solchen kritischen Situation die Entscheidung danach treffen, welcher Person sie die besten Überlebenschancen bzw. eine bessere Gesamtprognose zuerkennen („Klinische Erfolgsaussicht", Abb. 7) (DIVI 2020). In der Regel werden dies Menschen ohne Behinderung und Vorerkrankungen sein.

Der britische *National Health Service* (NHS 2020b) weist ebenfalls darauf hin, dass Menschen mit geistiger Behinderung, psychischen Störungen und Autismus auch während der Covid-19-Pandemie den gleichen Schutz erhalten müssen wie die übrige Bevölkerung. Dies kann bedeuten, dass für diese Personengruppe zusätzliche Unterstützung nötig ist. Laut NHS sind dann, wenn die zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht ausreichen, möglicherweise sehr schnell schwierige Entscheidungen unter Berücksichtigung der klinischen Erfordernisse, der Patientensicherheit und des bestehenden Risikos zu treffen. In dieser Situation sollen – wenn möglich – Patientenvertreter oder eine Ethikkommission zu Rate gezogen werden.

Die UN-Sonderberichterstatterin für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, *Catalina Devandas*, gibt hierbei zu bedenken, dass derzeit weltweit nur wenig unternommen wird, um Menschen mit Behinderungen die Unterstützung zu geben, die sie während der anhaltenden COVID-19-Pandemie benötigen. Sie betont, dass der Schutz des Lebens bei Menschen mit Behinderungen die gleiche Priorität haben muss wie bei Menschen ohne Behinderung und fordert dazu auf, klare Richtlinien für Notfälle zu erarbeiten, um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen

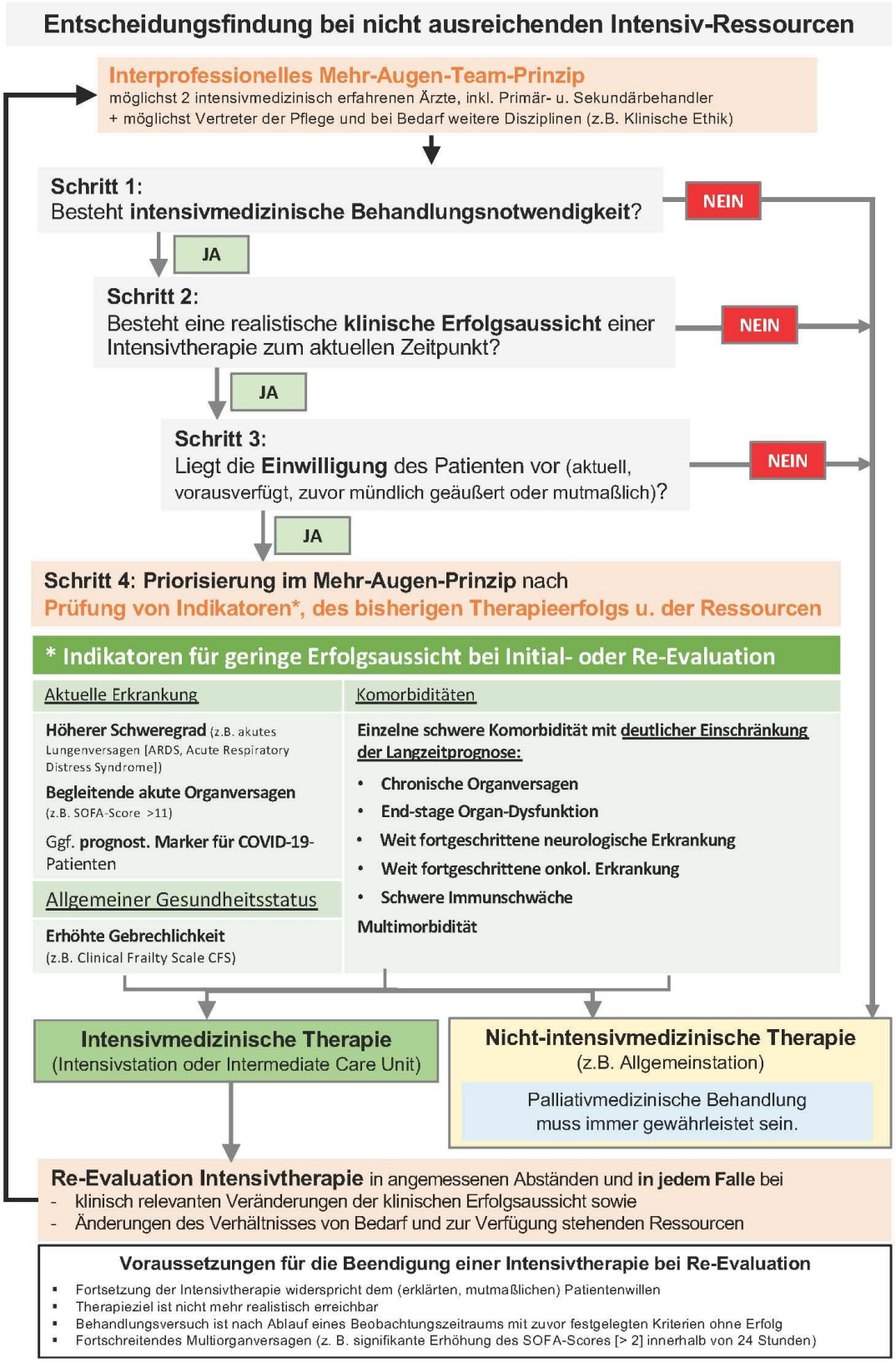


Abb. 7 Entscheidungsfindung bei nicht ausreichenden Intensiv-Ressourcen. Entscheidungsbaum der deutschen Fachgesellschaften (u.a. der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [DIVI] und der Akademie für Ethik in der Medizin [AEM] vom 25.03.2020, 2. überarbeitete Version vom 17.04.2020). Quelle: Deutsche Fachgesellschaften; https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/aktuelles-1/2027-covid-19-ethik-abbildung-endfassung-2020-03-25/file.html

auch bei knappen medizinischen Ressourcen die gleiche Gesundheitsversorgung (einschließlich lebensrettender Maßnahmen) erhalten wie alle anderen Personen (Devandas, 2020; UN 2020).

Maßnahmen, die die Ungewissheit über das Ende der Beschränkungen vermindern:
Allen Angehörigen muss klar sein, dass das deutlich erhöhte Risiko für Risikopersonen, d. h. insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung plus zusätzlicher Erkrankungen/Einschränkungen sowie für Menschen mit geistiger Behinderung, die in Einrichtungen leben, so lange weiterbesteht, wie kein wirksamer und verträglicher Impfstoff gegen SARS-CoV-2 zur Verfügung steht. Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung wird dies im günstigsten Fall voraussichtlich nicht vor Anfang 2021 der Fall sein.
Die Beschränkungen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens, die seitens der Politik erlassen wurden, werden derzeit schrittweise gelockert, können allerdings jederzeit wieder verschärft werden, wenn sich die Pandemie-Situation erneut verschlechtert. Aus epidemiologischer Sicht ist es jedoch nicht sinnvoll, weitere Lockerungsmaßnahmen in Bezug auf Menschen mit einem hohen Erkrankungsrisiko durchzuführen.

Maßnahmen, um Öffentlichkeit und Politik auf die spezielle Situation von Menschen mit geistiger Behinderung aufmerksam zu machen:
Für viele Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung ist es schmerzhaft zu erfahren, dass sogar jetzt, während der Covid-19-Pandemie, Menschen mit geistiger Behinderung von Seiten der Politik, der Öffentlichkeit und der Medien kaum wahrgenommen werden. Selbst in den Verordnungen werden sie meist nur am Rande erwähnt. Behinderteneinrichtungen werden fälschlicherweise unter dem Begriff Alten- und Pflegeeinrichtungen „mitgedacht", obwohl es sich hierbei nicht um Pflegeeinrichtungen handelt. In den Statistiken werden Menschen, die in Behinderteneinrichtungen leben, nicht separat ausgewiesen, sodass in Deutschland keine belastbaren Daten dazu vorliegen, in wie vielen Behinderteneinrichtungen bislang SARS-CoV-2-Infektionen aufgetreten sind, wie viele Bewohner erkrankt bzw. schwer erkrankt und wie viele bereits verstorben sind.
Um die Öffentlichkeit und die Politik immer wieder auf die spezielle Situation von Menschen mit geistiger Behinderung aufmerksam zu machen, ist es nötig, dass

Behindertenvertreter, Angehörige, Behinderteneinrichtungen, Träger der Einrichtungen und Sozialverbände ihre Kontaktmöglichkeiten zur Politik und den Medien deutlich häufiger nutzen, als dies bisher geschehen ist. Insbesondere von den Behindertenvertretungen werden die Belange von Menschen mit einer schwereren geistigen Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderung bislang leider kaum thematisiert.

5.3.3 Mit Bezug auf Betreuungskräfte von Menschen mit geistiger Behinderung und Leitungskräfte von Behinderteneinrichtungen

Maßnahmen, die die Bedrohlichkeit der Situation mindern:

Die Angst, das Virus in die Einrichtung einzuschleppen, stand in den ersten Wochen nach Einführung der Kontaktbeschränkungen bei vielen Betreuungs- und Leitungskräften von Behinderteneinrichtungen im Vordergrund. Diese Vorstellung wurde oft als noch bedrohlicher erlebt als die Angst, sich selbst mit dem Virus zu infizieren (s. FN 8). Einer der Ansatzpunkte, um diese Ängste einzudämmen, ist die Aufklärung darüber, wie man außerhalb der Einrichtung eine Ansteckung vermeidet. Hierzu gehört, die direkten Kontakte außer Haus einzuschränken sowie ggf. auch die Kontakte zu Familienmitgliedern, die ein höheres Übertragungsrisiko haben (z. B. Personen, die in Krankenhäusern arbeiten und Kontakt zu Covid-19-Erkrankten haben). Selbstverständlich ist es wichtig, die Hygienemaßnahmen in der Einrichtung und außerhalb einzuhalten (s. u.). Dem Abbau von Ängsten dienen auch das Abschalten-Können zu Hause und die (virtuelle) Pflege sozialer Kontakte während der Freizeit und zu den Kollegen. Kollegen können die Situation besonders gut verstehen, vielen geht es ähnlich, sodass durch solche Gespräche auch das Gefühl vermittelt wird, nicht allein mit diesem Problem zu sein. Zudem sollten die genannten Ängste auch bei den regelmäßigen Gesprächen im Team und mit der Gruppen- bzw. Einrichtungsleitung thematisiert werden, sodass auch in diesem Rahmen Lösungsmöglichkeiten gesucht werden, wie man besser mit dem Problem umgehen kann. Selbstverständlich kann auch hier der psychologische Dienst angesprochen und um Unterstützung gebeten werden.

Bei Betreuungskräften, die Probleme damit haben, mit den vielen Ungewissheiten angesichts der Covid-19-Pandemie umzugehen, ist es sinnvoll, auch von Seiten der Einrichtungsleitung immer wieder darauf einzugehen, wie der aktuelle Stand der Situation bzgl. des Infektionsgeschehens sowie der deswegen getroffenen

Maßnahmen derzeit ist und darauf hinzuweisen, dass die Pandemie so lange anhalten wird, bis ein Impfstoff da ist.
Der Angst vor einem ersten Infektionsfall in der Einrichtung und den dann zu ergreifenden Maßnahmen kann nur durch eine gute Planung begegnet werden, wie in diesem Fall ganz konkret zu handeln ist (s.u.).
Gegen Ängste, dass die eigenen Kräfte bis zum Ende der Pandemie vielleicht nicht ausreichen werden, hilft es u.a., die vereinbarten Arbeitszeiten nicht zu überschreiten und überfordernde Situationen während der Arbeit zu vermeiden (hierfür braucht es genügend Personal, das gut ausgebildet ist!). Leitungskräfte sollten regelmäßig danach schauen, wie es ihren Mitarbeitern geht und wo es Probleme gibt. Dies gilt insbesondere in Bezug auf ältere Betreuungskräfte, Betreuungskräfte, die zu Hause Angehörige pflegen und Betreuungskräfte mit kleinen Kindern. Wenn es nötig ist, Betreuungskräfte während der Covid-19-Pandemie aufgrund ihres eigenen Risikostatus zu beurlauben, sollte zuvor in einem Gespräch (im Team oder mit der Leitung) erläutert werden, dass man die Bewohner und Kollegen im Fall einer Beurlaubung nicht im Stich lässt, sondern sie und das Gesundheitssystem unterstützt, wenn man als Risikoperson den Empfehlungen der Fachleute folgt.

Für die Betreuungskräfte kann es auch sehr belastend sein, wenn es bei den zu betreuenden Bewohnern aufgrund der neuen Situation vermehrt zu psychischen Auffälligkeiten kommt. Hier ist es sinnvoll, gemeinsam im Team Vorgehensweisen zu besprechen, wie dem am besten zu begegnen ist und allen Bewohnern in der Gruppe (einschließlich der Bewohner mit psychischen Auffälligkeiten) am besten geholfen werden kann. Selbstverständlich sollte in solchen Fällen der psychologischen bzw. psychiatrische Dienst möglichst schon präventiv hinzugezogen werden. Zudem ist es sinnvoll, falls möglich, die regelmäßigen Sprechstunden des psychologischen/psychiatrischen Dienstes der Einrichtungen (via Telefon oder Videotelefonie) zu nutzen.

Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation:

Die wichtigste Maßnahme zur Verbesserung der Arbeitssituation in den Behinderteneinrichtungen während der Corona-Pandemie (und darüber hinaus) ist die Ausstattung der Wohngruppen mit ausreichend Betreuungspersonal. Einige Beispiele dafür, wie dies erreicht werden kann, werden in Kap. 5.3.1 genannt. Gute Arbeitsbedingungen (d. h. vor allem genügend Personal, das gut ausgebildet ist,

und eine gute Arbeitszeitgestaltung) sind wichtige Voraussetzungen für ein gutes Arbeitsklima in den Einrichtungen der Behindertenarbeit (Habermann-Horstmeier & Limbeck, 2016b). Die Neustrukturierung der Arbeitszeiten und die Neuverteilung der Zuständigkeiten kann nur dann gut funktionieren, wenn die Belegschaft hierbei mit einbezogen wird. Dabei müssen die familiäre Situation der Beschäftigten und ihr Status als mögliche Risikoperson mitberücksichtigt werden. Bei alldem ist eine gute Kommunikation innerhalb der Einrichtung, zwischen Betreuungskräften und Leitung sowie zwischen Betreuungskräften/Leitung und den Bewohnern bzw. Angehörigen von großer Bedeutung.

Maßnahmen, die die Einhaltung von Hygienevorgaben ermöglichen:
Es ist die Aufgabe der Einrichtungsleitungen, in ihren Einrichtungen die durch die Politik festgelegten Maßnahmen der Expositionsprophylaxe (s. Kap. 5.2) umzusetzen, um die Wahrscheinlichkeit zu senken, dass sich Bewohner und Beschäftigte mit SARS-CoV-2 infizieren. Leitungskräfte (s. FN6) wünschen sich hier klare Regeln von Seiten der Politik. Die Gesetze und Verordnungen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie können jedoch immer nur grundlegende Entscheidungen enthalten, die dann auf die jeweilige Situation in den Einrichtungen bezogen werden müssen. Allerdings wäre es wünschenswert, dass die bislang getroffenen Regelungen der Bundesländer vereinheitlicht würden.

Im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Hygieneprodukten und Schutzkleidung gab es zu Beginn der Pandemie in vielen Einrichtungen erhebliche Probleme. Politik, Verwaltung und Einrichtungen müssen daher gemeinsam dafür sorgen, dass bei einer erneuten Verschärfung der Pandemie-Situation auch über einen längeren Zeitraum hinweg ausreichend Schutzmaterialien vorhanden sind. Die Leitungskräfte in den Einrichtungen sind dafür verantwortlich, dass alle Mitarbeiter hinsichtlich der Expositionsprophylaxe regelmäßig geschult werden. Hierbei muss immer wieder darauf hingewiesen werden, dass das Social distancing (z. B. Mindestabstand, kein Wechsel zwischen den einzelnen Wohngruppen) auch zwischen den Betreuungskräften eingehalten werden muss. Zum Umgang mit an Covid-19 erkrankten Personen, zur Flächendesinfektion etc. gibt es zahlreiche Empfehlungen, etwa durch das Robert Koch-Institut (RKI 2020c; RKI, 2020f; RKI 2020g; RKI, 2020h) bzw. die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI, 2005).
Zu den wichtigsten Maßnahmen der Einrichtungsleitungen gehört zudem die

Erarbeitung eines Notfallplans „Corona", der detailliert die Handlungsabläufe beschreibt, wie in folgenden Fällen vorzugehen ist:

- Bei der Verhängung von Quarantänemaßnahmen durch die zuständige Gesundheitsbehörde
- Bei einer SARS-CoV-2-Infektion bei einem/mehreren Bewohnern
- Bei einer SARS-CoV-2-Infektion bei einem Mitarbeiter
- Wenn eine Krankenhausbehandlung eines Bewohners mit Covid-19 nötig ist
- Wenn eine Krankenhausbehandlung eines Bewohners aufgrund einer anderen Erkrankung nötig ist und der Bewohner nach dem Klinikaufenthalt wieder in die Einrichtung zurückkehrt

Hierbei müssen immer die Gegebenheiten vor Ort mitberücksichtigt werden. Wenn immer es die örtlichen Gegebenheiten zulassen, ist die Einrichtung eines/mehrerer Quarantänezimmer nötig, die von den übrigen Zimmern möglichst räumlich getrennt sind und potentiell bzw. nachgewiesenermaßen infizierte Bewohner aufnehmen können. Hierzu gehören auch Bewohner, die aufgrund einer anderen Erkrankung im Krankenhaus waren und nun nach ihrer Rückkehr eine 14-tägige Quarantäne einhalten müssen. Im Zusammenhang mit der Erarbeitung eines solchen Notfallplans sollte auch darüber diskutiert werden, wie mit einem schwer erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen gesundheitlichen Einschränkungen umzugehen ist, wenn es absehbar ist, dass eine Intensivtherapie kaum Chancen auf eine Verbesserung der Situation bieten würde (s. Kap. 5.2.1). Die Einrichtungen sollten daher schon möglichst frühzeitig eine Entscheidung darüber treffen, ob sie sich in der Lage sehen, dem betroffenen Bewohner eine palliativmedizinische Betreuung in ihren Räumlichkeiten (d. h. für den Bewohner: in seiner häuslichen Umgebung) zu ermöglichen. Wenn jedoch eine Krankenhausbehandlung eines Bewohners mit Covid-19 sinnvoll und nötig ist, müssen auch hier rechtzeitig entsprechende Handlungsabläufe festgelegt werden, die es Betreuungskräften bzw. Angehörigen ermöglichen, einen solchen Krankenhausaufenthalt zu begleiten. Hierzu sollten frühzeitige Absprachen u. a. mit dem infrage kommenden Krankenhaus getroffen werden.

Zu den Aufgaben der Einrichtungsleitung gehört es auch, Maßnahmen zu planen, ob und ggf. wann und wie eine schrittweise Öffnung der Einrichtung für Angehörige und/oder Therapeuten wieder möglich sein könnte. Auch hierbei sind selbstverständlich die Gesetze und Verordnungen der entsprechenden Bundesländer einzuhalten. Und natürlich müssen dabei die Maßnahmen der

Expositionsprophylaxe korrekt umgesetzt werden. So dürfen keinesfalls Personen mit leichten Krankheitssymptomen die Einrichtung betreten. Es ist nachvollziehbar, dass ein Abstandhalten zwischen den Bewohnern und ihren Angehörigen kaum möglich sein wird, wenn keine direkte Barriere (z. B. Plexiglasscheibe) vorhanden ist. Gibt es keine gesonderte Kabine mit getrenntem Zugang für Bewohner und Angehörige, behelfen sich Einrichtungen inzwischen damit, dass separate Besucherzimmer angeboten werden oder der Kontakt im Freien stattfinden soll. Hierbei darf kein Kontakt zu den übrigen Bewohnern und Betreuungskräften möglich sein, die eigentlichen Räumlichkeiten der Einrichtung sollen also nicht betreten werden. Der Besucher muss in der Regel zuvor seine Hände desinfizieren und während der gesamten Zeit eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen. Ob das Temperaturmessen bei den Besuchern vor dem Betreten des Besucherzimmers eine sinnvolle Maßnahme ist, ist unter Fachleuten umstritten, da nur bei weniger als der Hälfte der Betroffenen Fieber auftritt und das Virus bereits ansteckend ist, bevor die ersten Symptome auftreten (s. Kap. 1.3.3) (an der Heiden et al., 2020).

Maßnahmen, die mehr Anerkennung durch Öffentlichkeit und Politik zum Ziel haben:

Auch Betreuungskräfte in den Einrichtungen der Behindertenhilfe führen immer wieder an, dass sowohl die Öffentlichkeit als auch die Politik ihre Arbeit nicht in ausreichendem Maße würdigt und wertschätzt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Menschen mit einer schwereren geistigen Behinderung bzw. einer schweren Mehrfachbehinderung im Leben der meisten Menschen gar nicht oder nur am Rande vorkommen. Ihre Bedürfnisse und Wünsche werden in der Öffentlichkeit kaum diskutiert. Auch die Politik betrachtet „Menschen mit Behinderung" und deren Bedürfnisse bislang sehr undifferenziert und beachtet dabei nicht, dass es sich hierbei um eine äußerst heterogene Bevölkerungsgruppe mit sehr unterschiedlichen Bedürfnissen handelt. Leider werden die Belange von Menschen mit einer schwereren geistigen Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderung auch von den Behindertenbeauftragten in Bund und Ländern bislang kaum thematisiert. In der Regel sind es selbst Menschen mit einer Körperbehinderung, die die Situation und die Bedürfnisse von Menschen mit einer schwereren geistigen Behinderung bzw. schweren Mehrfachbehinderung kaum kennen und davon ausgehen, dass sie ähnliche Bedürfnisse haben wie sie selbst.

Sowohl für die Betreuungskräfte als auch für die von ihnen betreuten Menschen mit geistiger Behinderung ist es wichtig, dass die zuständigen Stellen in Politik und Verwaltung ihre aktuellen Ängste und Sorgen wahrnehmen und diese bei den noch weiterhin anstehenden Regelungen mit berücksichtigen. Angesichts einer auch schon vor der Pandemie äußerst knappen Personaldecke und der gravierenden Nachwuchsprobleme in diesem Bereich müssen nun Bedingungen geschaffen werden, die es den Betreuungskräften in den Einrichtungen ermöglichen, die dort lebenden Menschen mit geistiger Behinderung so zu unterstützen, dass sie diese für alle Beteiligten äußerst beschwerliche Zeit gut und v. a. gesund durchleben können. Das wird jedoch nur dann der Fall sein, wenn Betreuungskräfte, Angehörige, Behindertenverbände etc. dies immer wieder ansprechen und darauf hinweisen, dass Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Betreuungskräfte nicht vergessen werden dürfen.

5.4 Möglichkeiten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Zeiten der Covid-19-Pandemie

Viele der bereits besprochenen Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie und zum Umgang mit den sich hieraus für die Einrichtungen der Behindertenhilfe ergebenden Konsequenzen können im Rahmen der Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Habermann-Horstmeier, 2019b) geplant und umgesetzt werden. Es sind Maßnahmen, die dazu dienen, Beschäftigte und Bewohner in den Einrichtungen bzw. ambulant betreute Menschen mit geistiger Behinderung vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 zu schützen, bis ein Impfstoff vorhanden ist. Zudem müssen die Beschäftigten angesichts der neuen, vielfältigen Aufgaben und des zusätzlichen Arbeitsvolumens vor körperlicher und psychischer Überlastung geschützt werden. Tab.1 zeigt einige Beispiele für sinnvolle BGM-Maßnahmen in Zeiten der COVID-19-Pandemie (Habermann-Horstmeier 2020).

Tab.1 Beispiele für BGM-Maßnahmen zur Bekämpfung der Infektionsgefahr und von Stress bei den Betreuungskräften während der Covid-19-Pandemie. *Quelle:* Habermann-Horstmeier L. (2020). Betriebliches Gesundheitsmanagement in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Teilhabe, 59(2): 56–63.

Risikofaktoren	**BGM-Maßnahmen**
Infektionsgefahr	➢ Bereitstellen von genügend Schutzkleidung, medizinischen Schutzmasken, Desinfektionsmitteln, Seife über einen längeren Zeitraum ➢ (Online-)Schulungen für die Beschäftigten in den Behinderteneinrichtungen zur Übertragbarkeit des Coronavirus SARS-CoV-2 und der korrekten Anwendung der Schutzmaßnahmen ➢ (Online-)Schulungen zum Händewaschen und Abstandhalten in leichter Sprache für Bewohner der Einrichtungen mit einer leichteren geistigen Behinderung; regelmäßiges gemeinsames Händewaschen als Ritual einführen ➢ Beschränkung der Kontakte der Betreuungskräfte außerhalb der Einrichtung auf den engsten Familienkreis (hierbei besondere Vorsicht bei Betreuungskräften mit kleineren Kindern) ➢ Frühzeitiges Testen bei Verdachtsfällen (leichtes Krankheitsgefühl, leichter Husten, erhöhte Körpertemperatur) und sofortige Anordnung von Quarantänemaßnahmen bis ein negatives Testergebnis vorliegt ➢ Besondere Vorsicht bei den Risikogruppen (ältere Mitarbeiter, Mitarbeiter mit Vorerkrankungen wie chronischen Atemwegsinfekten, Herzerkrankungen, Störungen des Immunsystems/Rheumatischen Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus) ➢ Falls genügend Testmaterial vorliegt: Testung der Mitarbeiter und der Bewohner in regelmäßigen Abständen
Stress	➢ Ausreichend Personal, um die zusätzlichen Aufgaben zu bewältigen! ➢ Ggf. zusätzliches Personal aus Werkstätten/Tagesstrukturen einsetzen, deren Einrichtungen derzeit geschlossen sind ➢ Ggf. zusätzliche Hilfskräfte aus den Freiwilligendiensten anfordern, die derzeit in ihrem Bereich nicht eingesetzt werden ➢ In schweren Notsituationen (z. B. beim Ausfall weiter Teile der Belegschaft) kann auch die Hilfe der Bundeswehr im Rahmen des Amtshilfeverfahrens angefordert werden ➢ Einhalten der maximalen Arbeitszeiten bei den einzelnen Beschäftigten, ausreichend Pausen in separaten Räumlichkeiten ermöglichen ➢ Regelmäßige Gespräche und Austausch im Team und mit den Leitungskräften (unter Einhaltung der Hygieneregeln oder virtuell) ➢ (Virtueller) Austausch mit anderen Einrichtungen in ähnlicher Situation: Wie geht es den Beschäftigten und Bewohnern dort? Wie machen die das? Was können wir von ihnen lernen?) ➢ Für schöne Momente im Tagesablauf sorgen (gemeinsame Rituale für einen schönen Start in den Tag finden, gemeinsam mit den Bewohnern singen und musizieren, die Räumlichkeiten schmücken, Feste im Jahresverlauf in kleinen Gruppen weiterhin begehen, mit den Bewohnern [unter Berücksichtigung der max. Personenzahl, der Abstands- und Hygieneregeln] in Grünanlagen/in die Natur gehen) ➢ Ängste bei den Beschäftigten durch Gesprächsangebote auffangen: die Angst, (1) die Infektion in die Einrichtung einzuschleppen, (2) selbst zu erkranken, (3) vor dem ersten Infektionsfall in der Einrichtung, (4) dass die Pandemie noch lange anhält und die eigenen Kräfte nicht ausreichen

	➢ Kontakt zu psychologischen/sozialpsychologischen Diensten aufnehmen, um kontinuierlich und in besonderen Fällen Unterstützungsangebote einzuholen, ggf. regelmäßige (video-) telefonische Kontakte

6. Lernen aus den Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie

6.1 Normalisierungsprinzip auf dem Prüfstand

Nachdem im Rahmen der Covid-19-Pandemie in Deutschland die ersten Maßnahmen zum Schutz besonders gefährdeter Personen ergriffen worden waren, zeigten sich in der Konsequenz dieser Maßnahmen recht schnell auch positive Entwicklungen für einen Teil der Bewohner von Behinderteneinrichtungen (s. Kap. 4). Die Leiterin einer Einrichtung fasste dies kurz so zusammen: „Die bisherige Situation am Morgen ist für viele unserer Bewohner nicht gesund!" (s. FN 8). Während einen Teil der Bewohner auf die aktuelle Situation (Wegfall ihrer gewohnten Strukturen, insbesondere der Werkstattzeiten, und Einschränkungen ihrer Selbstständigkeit) mit starkem Stress reagieren, nehmen andere Bewohner die Entschleunigung des Tagesablaufs als positiv wahr. Eine große Rolle spielt dabei der ruhigere Start in den Tag, das Wegfallen des oft sehr frühen Aufstehens am Morgen und das dann meist hektische Fertigmachen für den Bus zu Arbeit oder zur Tagesstruktur. Es geht hierbei v. a. um die strikte Trennung der Bereiche Arbeit, Freizeit und Wohnen, die im Rahmen des *Normalisierungsprinzips* nach Bank-Mikkelsen und Nirje[15] fast überall in Deutschland umgesetzt wurde (Habermann-Horstmeier 2018a, Kap. 5.8.3). Auch dabei wurde die große Heterogenität der Menschen mit geistiger Behinderung vielerorts nicht berücksichtigt. Insbesondere wurde in diesem Zusammenhang oft nicht danach geschaut, ob dies überhaupt den Bedürfnissen der Menschen mit geistiger Behinderung (und ggf. zusätzlicher

[15] Die Grundlagen des *Normalisierungsprinzips* wurde in den 1950er von dem Dänen *Niels Bank-Mikkelsen* und dem Schweden *Bengt Nirje* entwickelt. Es besagt, dass das Leben von Menschen mit geistiger Behinderung in allen Bereichen so „normal" wie möglich gestaltet werden sollte.

psychischer Störung) entspricht, die je nach der Art und dem Grad der Behinderung sehr unterschiedlich sein können. Der Begriff der „Normalisierung" besagt, dass das Leben von Menschen mit geistiger Behinderung in allen Bereichen so „normal" wie möglich gestaltet werden sollte. Er berücksichtigt nicht, dass auch das Leben von nichtbehinderten Menschen sehr unterschiedlich sein kann. Darüber hinaus ändern sich die Vorstellungen, was ein „normales Leben" überhaupt ist, im Laufe der Zeit immer wieder. So waren Arbeitsort und Wohnort die meiste Zeit im Laufe der menschlichen Entwicklung identisch. Handwerker hatten z. B. ihre Werkstatt und ihre Wohnung im selben Haus. Auch heute arbeiten wieder mehr Menschen von zu Hause aus. Nicht nur während der Covid-19-Pandemie sind zahlreiche Beschäftigte im „Home-Office" tätig. Hinzu kommt, dass die theoretischen Konstrukte „Arbeit" und „Geld" für viele Menschen mit schwererer geistiger Behinderung aufgrund ihres intellektuellen und sozio-emotionalen Entwicklungsstandes gar keine Bedeutung haben. Erst ab dem sozio-emotionalen Entwicklungsstand[16] SEO 3 werden Erfolgserlebnisse, Lob und Anerkennung für eine bestimmte Leistung wichtig. Menschen mit geistiger Behinderung, die sich auf dieser Entwicklungsstufe befinden, können kein Verständnis dafür haben, dass man sich mit Arbeit Geld verdienen muss, um sich später mit diesem Geld etwas kaufen zu können. Nicht nur die oft hektische, strapaziöse morgendliche Prozedur des sich „Für-den-Bus-Fertigmachens" sowie die tägliche Fahrt mit einer großen Gruppe von Werkstattmitarbeitern von und zur Werkstatt können für sie überfordernd sein, sondern auch die Erwartungen, die man im Arbeitsbereich der WfbM bzw. im FuB an sie stellt.

[16] Nach dem von Došen (2010) und Sappok & Zepperitz (2019) entwickelten SEO-Konzept (SEO = Schema der emotionalen Entwicklung) durchlaufen auch Menschen mit geistiger Behinderung die verschiedenen frühkindlichen Entwicklungsphasen nach Piaget. Ihre Entwicklung kann jedoch in bestimmten Bereichen anders, verzögert oder unvollständig ablaufen, sodass dort jeweils unterschiedliche Entwicklungsstufen erreicht werden. Das SEO-Konzept ordnet nun das sozioemotionale Leistungsniveau von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung dem Lebensalter zu, in dem das entsprechende Leistungsspektrum im Verlauf der kindlichen Entwicklung erreicht wird (Referenzalter). Menschen mit geistiger Behinderung werden dabei keineswegs als Kinder betrachtet, sondern als erwachsene Menschen, die im Bereich der Kognition, der Emotion, der psychosozialen Entwicklung etc. unterschiedliche Entwicklungsgrade erreicht haben. Wenn ein Mensch mit einer schwereren Intelligenzminderung der SEO-Phase 3 (Referenzalter 18 bis 36 Monate) zugeordnet wird, bedeutet dies zum Beispiel, dass für diesen Menschen Erfolgserlebnisse, Lob und Anerkennung für eine bestimmte Leistung zunehmend wichtig werden, ihm jedoch das Verständnis dafür fehlt, dass man zuerst mit Arbeit Geld verdienen muss, um sich mit diesem Geld etwas kaufen zu können.

Als Konsequenz dieser neuen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie sollte daher noch einmal grundsätzlich darüber diskutiert werden, ob das Prinzip der räumlichen Trennung von Wohnen und Arbeit (bzw. FuB) den Bedürfnissen *aller* Menschen mit geistiger Behinderung entspricht oder ob die Situation nicht differenzierter betrachtet werden muss. Es wäre zu überlegen, ob es nicht sinnvoller wäre, dem „Normalitätsprinzip" eine andere, vielfältigere Normalität zugrunde zu legen, als sie gegenwärtig noch in der Praxis für Menschen mit geistiger Behinderung vielfach angestrebt wird. Im Vordergrund sollten dabei immer die Bedürfnisse der Menschen mit geistiger Behinderung stehen. Lernanreize durch einen Wechsel der Umgebung und das Kennenlernen anderer Menschen können z. B. auch auf eine andere Weise entstehen, die den Bedürfnissen einiger Menschen mit geistiger Behinderung eher entspricht. Zumindest sollte für diesen Personenkreis eine generelle Verkürzung der Werkstatt- bzw. FuB-Zeiten möglich sein (z. B. morgens ab 10.00 Uhr bis nachmittags 14.00 Uhr).

6.2 Wann ist „ambulant vor stationär" sinnvoll?

Angesichts der Aussagen von Betreuungskräften (s. FN 8), dass in Zeiten der Covid-19-Pandemie die oft ohnehin schon bestehenden Vereinsamungs- und Verwahrlosungstendenzen bei ambulant betreuten Menschen mit geistiger Behinderung zunehmen, sollte das auch im Behindertenbereich immer öfter das als grundsätzliches Prinzip (und nicht als Möglichkeit) verstandene „ambulant vor stationär" hinterfragt werden. Betreuungskräfte berichten immer häufiger, dass Menschen mit geistiger Behinderung in Wohngruppen oder im Einzelwohnen ambulant betreut werden, die die Voraussetzungen hierfür nicht mitbringen. Auch in diesem Bereich kommt es dann immer wieder zu Überforderungssituationen, die nun angesichts der Covid-19-Pandemie besonders sichtbar werden. In diesen Fällen muss für eine deutlich engmaschigere Betreuung auch nach dem Abklingen der Pandemie gesorgt werden. Zudem müssen bei einem Wechsel in eine ambulante Betreuungsform immer die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse des einzelnen Menschen mit Behinderung im Vordergrund stehen. Sinnvollerweise sollte der sozio-emotionale Entwicklungsstand des

betroffenen Menschen zuvor mit Hilfe der *Skala der Emotionalen Entwicklung* getestet werden (SEO-Test).

6.3 Intensivere Kontakte zwischen Bewohnern, Angehörigen und Betreuungskräften

Für viele Menschen mit geistiger Behinderung haben sich die regelmäßigen Video-Telefonate mit ihren Angehörigen als überaus positiv erwiesen. Die Erfahrung der letzten Wochen zeigt, dass sie sich hierbei deutlich besser auf das Gespräch konzentrieren können als bei einem einfachen Telefonanruf. Das Konzept sollte daher auch nach Beendigung der Pandemie von den Wohngruppen beibehalten werden.

Auch die derzeit vielfach verstärkte Kooperation mit anderen Einrichtungen sowie die intensiveren Kontakte zwischen Wohn- und Werkstattbereich bzw. zwischen den einzelnen Wohngruppen sollten im Interesse der Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer Betreuungskräfte in der „Nach-Pandemiezeit" fortgesetzt werden.

7. Literatur

Aerzteblatt.de. (2020). *COVID-19: Auch Kinder können schwer erkranken*. 12. Mai 2020. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112810/COVID-19-Auch-Kinder-koennen-schwer-erkranken

an der Heiden, M., Litzba, N., Hoch, M., Schumann, A., Dirksen-Fischer, M., Boldt, M., Kalkowski, M., Kleine-Kampmann, S., Ehlers, L., Götsch, U., Trost, M., Göbels, K., Kolenbrander, A., Jeglitza, M., Seidel, J. & Rexroth, U. (2020). Fachliche Einschätzung zur Durchführung von Temperaturmessungen und anderen Methoden im Rahmen von Entry- und Exit-Screening an Flughäfen während der COVID-19-Lage, Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 20:3–7 | DOI 10.25646/6872.

Böhmer, M.M., Buchholz, U., Corman, V.M., Hoch, M., Katz, K., Marosevic, D.V. et al. (2020). Investigation of a COVID-19 outbreak in Germany resulting from a single travel-associated primary case: a case series. May 15, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30314-5

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2020). *Coronavirus Krankheit 2019 (COVID-19). Situationsbericht zur epidemiologischen Lage in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein.* Stand 18.05.2020, 5:50 Uhr. Zugriff am 18.05.2020 unter file:///S:/Downloads/COVID-19_Epidemiologische_Lage_Schweiz%20(1).pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (BAG WfbM). (2020). *Orientierungshilfe für den Gesundheitsschutz bei einer schrittweisen Öffnung von Werkstätten für behinderte Menschen*. 04.05.2020. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.bagwfbm.de/page/coronavirus_gesundheitsschutz

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfAr). (2020). *Hinweise des BfArM zur Verwendung von selbst hergestellten Masken (sog. „Community-Masken"), medizinischem Mund-Nasen-Schutz (MNS) sowie filtrierenden Halbmasken (FFP2 und FFP3) im Zusammenhang mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2 / Covid-19)*. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html

Courtenay, K. (2020). Covid-19: challenges for people with intellectual disability. *BMJ.* 2020 Apr 29;369:m1609. doi: 10.1136/bmj.m1609. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32349992

Davydow, D.S., Zatzick, D., Hough, C.L. & Katon, W.J. (2013). In-Hospital Acute Stress Symptoms Are Associated with Impairment in Cognition 1 Year after Intensive Care Unit Admission. *Annals of the American Thoracic Society*, 10(5), 450–457.

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP). (2020). *Stellungnahme - Risikoabschätzung bei Patienten mit chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen im Rahmen der SARS-CoV-V-Pandemie.* 27. April 2020. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/5eb515c0b49d3823d8b9ba8a/source/risikoabschaetzung_chron-_lk_sars-cov-2-pdf..pdf

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2020). Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der Covid-19-Pandemie. Version 2, 2. überarbeitete Fassung vom 16.04.20202. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen/file

Deutscher Ethikrat. (2020). Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise AD-HOC-EMPFEHLUNG. Berlin: Deutscher Ethikrat. Download möglich unter https://www.ethikrat.org/pressekonferenzen/der-deutsche-ethikrat-zur-corona-krise/?cookieLevel=not-set&cHash=5858f4ba981025cca7ca0ff41aee284a

Devandas, C. (2020) COVID-19: *Who is protecting the people with disabilities?* UN rights expert. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. 17 March 2020. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25725&LangID=E

Došen, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe

Dreher, M., Kersten, A., Bickenbach, J., Balfanz, P., Hartmann, B. Cornelissen, C. Daher, A., Stöhr, R., Kleines, M., Lemmen, S.W., Brokmann, J.C., Müller, T., Müller-Wieland, D., Marx, G. & Marx, N. (2020). Charakteristik von 50 hospitalisierten COVID-19-Patienten mit und ohne ARDS. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117, 271-278.

Habermann-Horstmeier, L. & Limbeck, K. (2016a). Arbeitsbelastung: Welchen Belastungen sind die Beschäftigten in der Behindertenbetreuung ausgesetzt? *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* (ASU), 51(7): 517–525.

Habermann-Horstmeier, L. & Limbeck, K. (2016b). Arbeitsklima in Behinderten-Wohneinrichtungen in Deutschland. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmededizin* (ASU), 51(1): 50–63

Habermann-Horstmeier, L. & Limbeck, K. (2018). Einflussfaktoren auf die Arbeitsbelastung in der stationären Behindertenhilfe. *Gesundheitswesen*, 80(05): 433 – 443

Habermann-Horstmeier, L. (2018a). *Grundlagen der Gesundheitsförderung in der stationären Behindertenarbeit.* Bern: Hogrefe.

Habermann-Horstmeier, L. (2018b). *Gesundheitsförderung in Behindertenwohneinrichtungen. Zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod*. Bern: Hogrefe

Habermann-Horstmeier, L. (2019a). Umgang mit älteren Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus. *Geriatrie up2date*, 1(2), 167–181.

Habermann-Horstmeier, L. (2019b). *Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement.* Bern: Hogrefe.

Habermann-Horstmeier, L. (2020). Betriebliches Gesundheitsmanagement in Einrichtungen der Behindertenhilfe. *Teilhabe* 59(2), 56 – 63.

Jessen, A. (2020). Erhöhtes Risiko bei COVID-19: Alter, Vorerkrankung, Demenz. *Heilberufe*, 72(5), 18-19.

Landesregierung Baden-Württemberg (BW). (2020). Verordnung der Landesregierung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus SARS-Cov-2 (Corona-Verordnung - CoronaVO) Vom 9. Mai 2020. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/Coronainfos/200509_Corona-Verordnung.pdf

Lüken, U. (2020). Psychische Störungen warden zunehmen. Interview mit der Therapieforscherin Ulrike Lüken über die Corona-Angst und ihre Folgen. Gehirn & Geist, 6: 36-39.

Menni, C., Valdes, A., Freydin, M.B., Ganesh, S., El-Sayed Moustafa, J., Visconti, A. et al. (2020). Loss of smell and taste in combination with other symptoms is a strong predictor of COVID-19 infection. *MedRxiv.* Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.05.20048421v1

National Health Service (NHS). (2020a). *Supporting patients of all ages who are unwell with coronavirus (COVID-19) in mental health, learning disability, autism, dementia and specialist inpatient facilities.* 30 April 2020, Version 1. Updated 18 May 2020. Publications approval reference: 001559. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/04/C0290_Supporting-patients-who-are-unwell-with-COVID-19-in-MHLDA-settings.pdf

National Health Service (NHS). (2020b). *Workforce guidance for mental health, learning disabilities and autism, and specialised commissioning services during the coronavirus pandemic.* 08 April 2020. Publications approval reference: 001559. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0074-MHLDA-Covid-19-Guidance-Workforce-final-v1-1.pdf

Puelles, V.P., Lütgehetmann, M., Lindenmeyer, M.T. et al. (2020) Multiorgan and Renal Tropism of SARS-CoV-2. New England Journale of Medicine, May 13, 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2011400

Richardson, S., Hirsch, J.S., Narasimhan, M., Crawford, J.M., McGinn, T., Davidson, K.W. & the Northwell COVID-19 Research Consortium et al. (2020). Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. Journal of the American Medical Association (JAMA). 2020 Apr 22. doi: 10.1001/jama.2020.6775. [Epub ahead of print] Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32320003

Robert Koch-Institut (RKI). (2005). Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48:1061–1080. DOI 10.1007/s00103-005-1126-2

Robert Koch-Institut (RKI). (2009). *Was ist eine Pandemie?* Stand: 10.6.2009. Zugriff am 08.05.2020 unter https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Pandemie/FAQ18.html

Robert Koch-Institut (RKI). (2020a). *SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19).* Stand: 15.5.2020. Berlin: RKI. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?nn=13490888

Robert Koch-Institut (RKI). (2020b). *Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19), 17.05.2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland.* Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-17-de.pdf?__blob=publicationFile

Robert Koch-Institut (RKI). (2020c*). Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2.* Stand: 24.4.2020. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html

Robert Koch-Institut (RKI). (2020d). *Ist das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung in der Öffentlichkeit zum Schutz vor SARS-CoV-2 sinnvoll?* Stand: 13.05.2020. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Mund_Nasen_Schutz.html

Robert Koch-Institut (RKI). (2020e). *Informationen zum Corona-Virus in Leichter Sprache.* Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.rki.de/DE/Service/Leichte-Sprache/LS_Corona-Ratgeber_tab-gesamt.html?nn=13490888

Robert Koch-Institut (RKI). (2020f). *Prävention und Management von Covid-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen.* (30.04.2020). Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf;jsessionid=38973237CE12E56A682B287882ECBE0C.internet102?__blob=publicationFile

Robert Koch-Institut (RKI). (2020g). *Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal bei Personalmangel in Alten- und Pflegeeinrichtungen.* Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Personal_Pflege.html

Robert Koch-Institut (RKI). (2020h). Häusliche Isolierung bei bestätigter COVID-19-Erkrankung. Flyer für Patienten und Angehörige. Stand: 06.5.2020. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Flyer_Patienten.pdf?__blob=publicationFile

Salje, H., Tran Kiem, C., Lefrancq, N. et al. (2020). *Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. Science, 13 May 2020: eabc3517. DOI: 10.1126/science.abc3517.* Zugriff am 18.05.2020 unter https://science.sciencemag.org/content/early/2020/05/12/science.abc3517

Sappok, T. & Zepperitz, S. (2019). *Das Alter der Gefühle.* Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. 2. Aufl. Bern: Hogrefe

Sozialministerium Baden-Württemberg (BW) (2020). *Verordnung des Sozialministeriums zur Einschränkung des Betriebs von Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und anderen Angeboten zur Eindämmung der Infektionen mit Sars-CoV-2 (Corona-Verordnung WfMB – CoronaVO WfMB)* vom 18. März 2020 (in der Fassung vom 4. Mai 2020). Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/aktuelle-infos-zu-corona/verordnung-zur-einschraenkung-des-betriebs-von-werkstaetten-fuer-menschen-mit-behinderungen/

Stevens, D. & Landes, S.D. (2020). Potential Impacts of COVID-19 on Individuals with Intellectual and Developmental Disability: A Call for Accurate Cause of Death Reporting RESEARCH BRIEF Issue Number 20. April 14, 2020. Syracuse University, Maxwell. DOI: 10.13140/RG.2.2.23687.14249

United Nations (UN) Human Rights Office of the High Commissioner. (2020). Covid-19 and the rights of persons with disabilities: Guidance. Topics in focus. 29 April 2020. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities.pdf

Wandeler, G., Marschall, J., Gastmeier, P. & Lagler, H. (2018). Infektionskrankheiten. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health kompakt* (3. Aufl., S. 437-481). Berlin: De Gruyter.

World Health Organization (WHO). (2020a). *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it.* Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it

World Health Organization (WHO). (2020b). *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).* 16-24.02.2020. Zugriff am 08.05.2020 unter https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf

World Health Organization (WHO). (2020c). Q&A on coronaviruses (COVID-19): Can I catch COVID-19 from my pet? Updated online: 4 May 2020. Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses

Zhang, J., Wang, X., Jia, X., Xu, Y., Wang, G., Dong, W. et al. (2020). Risk factors for disease severity, unimprovement, and mortality in COVID-19 patients in Wuhan, China. Clinical Microbiology and Infection, April 15 2020; DOI:https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.04.012; Zugriff am 18.05.2020 unter https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(20)30217-2/fulltext

Empfohlene Links:

Disability Rights Fund. COVID-19 and Persons with Disabilities. Zugriff am 18.05.2020 unter https://disabilityrightsfund.org/covid19/

Lammers, N. Wie Corona Behinderten-Wohngruppen trifft. n-tv. Zugriff am 18.05.2020 https://www.n-tv.de/panorama/Wie-Corona-Behinderten-Wohngruppen-trifft-article21689144.html

Ministry of Health New Zealand. Covid-19 and the Bubble. Zugriff am 18.05.2020 unter https://youtu.be/4UnKPzFel2w

Skorpis, M. Menschen mit Behinderung im Lockdown. ARTE. Zugriff am 18.05.2020 https://www.arte.tv/sites/de/story/reportage/menschen-mit-behinderung-im-lockdown/?fbclid=IwAR3Hiaq2jxqZ9Bjm4LsreTusnUQFwi4PT6-Djz6Uxi1eFh_He6CLoaJhlpQ#menschen-mit-behinderung-im-lockdown

8. Glossar

Acute Respiratory Distress Syndrome
Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) ist der Fachbegriff für ein akutes Lungenversagen bzw. akutes Atemnotsyndrom. Auch bei schweren Verlaufsformen der Covid-19-Erkrankung kommt es in der Regel zu einem solchen akuten Lungenversagen.

Aerosol
Ein **Aerosol** ist ein Gemisch aus festen oder flüssigen Schwebeteilchen in einem Gas. Auch die uns umgebende Luft (= Gas) kann kleinste, virenhaltige Tröpfchen (= flüssige Schwebeteilchen) enthalten.

Antikörper
Antikörper oder Immunglobuline sind Eiweiße, die der Körper als Reaktion auf den Kontakt mit infektiösen Stoffen bildet. Sie sind Teil der Immunreaktion und können spezielle Strukturen (Antigene) auf der Oberfläche eines Eindringlings erkennen, an diese andocken und so dafür sorgen, dass der Erreger unschädlich gemacht wird.

Asymptomatische Erkrankung
Als **asymptomatische Erkrankung** bezeichnet man Erkrankungen ohne sichtbare oder anderweitig erkennbare Krankheitszeichen.

Autismus-Spektrum-Störung

Als *Autismus* bezeichnet man eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die bereits im Kindesalter beginnt. Im Zentrum steht eine Störung der Wahrnehmungsverarbeitung, die schwere Beziehungs- und Kommunikationsstörungen zur Folge hat. Dabei können in unterschiedlichem Maße die geistigen (kognitiven) Fähigkeiten ebenso wie Sprache, Motorik, Emotionen und die Fähigkeit zur Interaktion betroffen sein. Als Folge der Störung können auch Verhaltensauffälligkeiten auftreten, die besonders für die Bezugspersonen z. T. sehr belastend sind. Zum Kreis der **Autismus-Spektrum-Störung** (ASS) gehören u.a. der *Frühkindliche Autismus*, das *Asperger-Syndrom* und das *Rett-Syndrom*.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)
Betriebliches Gesundheitsmanagement schafft gesundheitsfördernde Strukturen in den Unternehmen und setzt Prozesse in Gang, die dort der Umsetzung sinnvoller präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen dienen. Dabei verbindet es jeweils die klassischen Felder der Verhältnis- und der Verhaltensprävention mit dem Blick auf die Ressourcen der Mitarbeiter und nutzt aktiv moderne Managementinstrumente. BGM orientiert sich dabei stets an den im Unternehmen vorhandenen Bedingungen und bezieht neben der Führung des Betriebes auch alle Betriebsangehörigen und andere beteiligte Akteure in die Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen mit ein. Charakteristisch für das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist eine detaillierte Planung im Rahmen eines Gesamtkonzeptes. Die dabei angewandten Maßnahmen sollen wissenschaftlich fundiert sein und nachhaltig umgesetzt werden. Die Überprüfung des Erfolgs der Maßnahmen geschieht jeweils mit Hilfe einer *Evaluation*.

Chronische Krankheiten
Bei **chronischen Krankheiten** sind andauernd oder schubweise Krankheitssymptome vorhanden, die durch in der Regel nicht rückgängig zu machende Krankheitsprozesse verursacht werden. Eine Heilung ist meist nicht möglich. Mit dem Alter nimmt die Zahl chronischer Erkrankungen zu. Die Betroffenen haben dann nicht selten einen lang andauernden, hohen Betreuungsbedarf. Typische chronische Erkrankungen sind Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und Arthrose.

Co-Infektion
Von einer **Co-Infektion** spricht man dann, wenn ein Wirt (z. B. der Mensch) gleichzeitig mit mehr als einem Krankheitserreger infiziert ist.

Community-Maske
Community-Masken sind textile Mund-Nasen-Bedeckungen, die z. B. im Rahmen der Covid-19-Pandemie nach Anleitungen aus dem Internet aus handelsüblichen Stoffen selbst genäht und im Alltag getragen werden.

COPD
COPD ist die gebräuchliche Abkürzung für „Chronic obstructive pulmonary disease" (chronisch obstruktive Lungenerkrankung). Es handelt sich hierbei um eine Gruppe von Lungenerkrankungen, die v. a. durch eine Erhöhung des Atemwegswiderstandes - als Folge einer Verengung der Atemwege - gekennzeichnet sind.

Cortison-Präparate
Als **Cortison-Präparate** werden umgangssprachlich Medikamente bezeichnet, die in der Medizin v. a. als Entzündungshemmer und zur Unterdrückung einer überschießenden Immunreaktion im Körper eingesetzt werden (z. B. bei rheumatischen oder allergischen Erkrankungen). Hierzu gehören v. a. das Cortisol (= Hydrocortison) und das Prednisolon, die man beide zusammen mit anderen Cortison-Präparaten in die Gruppe der Corticosteroide einordnet. Diese Substanzen werden natürlicherweise im menschlichen Körper in der Nebennierenrinde gebildet und wirken als Steroidhormone, indem sie an die Corticoid-Rezeptoren an den Zelloberflächen andocken.

Demenz
Wie bei der geistigen Behinderung ist das Hauptkennzeichen auch bei der **Demenz** eine Intelligenzminderung. Im Gegensatz zur geistigen Behinderung kommt es jedoch bei der Demenz zu einem alters- oder krankheitsbedingten Verlust von zuvor beherrschten geistigen (*kognitiven*), emotionalen und sozialen Fähigkeiten. Betroffen sind neben dem Kurzzeitgedächtnis auch das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik. Bei einigen Formen der Demenz verändert sich die Persönlichkeitsstruktur. Im Verlauf der Erkrankung treten Beeinträchtigungen in vielen Bereichen des sozialen Lebens auf. Die häufigsten Formen der Demenz sind die *Alzheimer-Demenz* (ca. 66 % der Fälle) und die *vaskuläre Demenz* (Demenz als Folge von Durchblutungsstörungen im Gehirn; 15 – 20 %). Die Zahl der von einer Alzheimer-Demenz betroffenen Menschen nimmt mit dem Alter sprunghaft zu.

Depressive Störung
Die **Depression** ist eine psychische Erkrankung, die den *affektiven Störungen* zugeordnet wird. Typische Symptome sind länger andauernde negative Stimmungen, Verlust an Freude, Interesse und Antrieb. Auch das Selbstwertgefühl und die Leistungsfähigkeit sind eingeschränkt. Die Symptome sind in der Regel sehr ausgeprägt und senken die Lebensqualität erheblich.

Down-Syndrom
Beim **Down-Syndrom** handelt es sich um ein Fehlbildungs-Syndrom, dessen Ursache eine Chromosomenstörung ist. In den meisten Fällen ist beim Down-Syndrom das Chromosom 21 anstatt doppelt dreifach vorhanden. Der medizinische Fachbegriff lautet daher *Trisomie 21*. Die Trisomie 21 führt zu einer vor- und nachgeburtlichen Fehlentwicklung fast sämtlicher Gewebe und Organe. Neben typischen körperlichen Auffälligkeiten kommt es v. a. zu einer individuell sehr unterschiedlich ausgeprägten geistigen Behinderung. Zudem gibt es äußerlich erkennbaren Fehlbildungen wie eine unterdurchschnittliche Größe, ein rundlicher Körperbau, eine schräge Augenstellung, eine sichelförmige Hautfalte am inneren Rand des Augenlids, ein vergrößerter Augenabstand mit verbreiterter Nasenwurzel, tiefsitzende Ohren, ein meist offenstehender Mund mit vermehrter Speichelsekretion, verstärkter Haarwuchs, die sog. Vierfingerfurche an der Handfläche, die sog. Sandalenlücke am Fuß und eine raue Stimme. Hinzu kommen in vielen Fällen noch

Herzfehler, ein stark erhöhtes Leukämie-Risiko sowie ein eingeschränkt arbeitendes Immunsystem, das eine starke Infektanfälligkeit zur Folge hat.

Epidemie
Bei einer **Epidemie** kommt es während einer bestimmten Zeit innerhalb der Bevölkerung eines bestimmten Gebietes zum gehäuften Auftreten einer (Infektions-)Krankheit. In diesem Zeitraum nimmt also die → *Inzidenz* der Erkrankung (d. h. die Zahl der Neuerkrankungen) in einem bestimmten Gebiet zu.

Epidemiologie
Die **Epidemiologie** ist eine wissenschaftliche Disziplin, die sich mit der Verteilung von Gesundheitszuständen in einer Bevölkerung beschäftigt sowie mit den Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen.

Expositionsprophylaxe
Unter dem Begriff der **Expositionsprophylaxe** fasst man alle nicht-medikamentösen Vorbeugemaßnahmen zusammen, die dazu dienen, die Wahrscheinlichkeit zu senken, sich mit einem Krankheitserreger zu infizieren.

Förder- und Betreuungsbereich (FuB)
Menschen mit Behinderung, die in Deutschland aufgrund einer Erkrankung und/oder der Art ihrer Behinderung den Anforderungen einer → *Werkstatt für behinderte Menschen* (WfbM) nicht entsprechen können, besuchen in der Regel eine der WfbM angegliederte Tagesförderstätte, die oft auch als **Förder- und Betreuungsbereich (FuB)** bezeichnet wird.

Gesundheitsförderung
Der Begriff der **Gesundheitsförderung** umfasst alle Aktivitäten und Maßnahmen, die der Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen dienen. Gesundheitsförderung soll somit einen Prozess in Gang setzen, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie dadurch zu einer Stärkung ihrer Gesundheit befähigt.

Geteilter Dienst
In vielen Behinderteneinrichtungen arbeiten die Betreuungskräfte im **geteilten Dienst**, z. B. morgens von 6.00 Uhr bis 9.00 Uhr und nachmittags/abends von 16.00 Uhr bis 21.00 Uhr. In der Zwischenzeit befinden sich die Bewohner der Einrichtungen dann in der → *Werkstatt für behinderten Menschen* (WfbM) oder im → *Förder- und Betreuungsbereich* (FuB).

Hochrisikogruppe
Zur **Hochrisikogruppe** zählen Personen, die nach bisherigen Erkenntnissen ein sehr hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf und damit auch ein hohes Sterberisiko haben.

Hospitalisierung
Als **Hospitalisierung** bezeichnet man die Unterbringung und Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Klinik (Hospital). Sie erfolgt in der Regel dann, wenn die nötige Versorgung eines Patienten ambulant nicht (mehr) möglich ist.

Hygiene
Nach der → *Weltgesundheitsorganisation* WHO beschreibt der Begriff **Hygiene** Bedingungen und Handlungen, die dazu dienen, die Gesundheit zu erhalten und die Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern. Im engeren Sinne gehören hierzu alle Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung von Krankheitskeimen durch Reinigung, Sterilisation und Desinfektion.

Immunität
Ein Mensch ist **immun** gegen eine bestimmte Infektionskrankheit, wenn in seinem Körper nach dem Kontakt mit dem Erreger dieser Krankheit oder dessen Giften eine Immunantwort erfolgte und er dadurch bei einem weiteren Kontakt den Erreger unschädlich machen kann, ohne Krankheitszeichen zu entwickeln.

Immunsystem
Das **Immunsystem** ist das Abwehrsystem des menschlichen Körpers. Mit seiner Hilfe unterscheiden wir zwischen innen und außen, zwischen körpereigenen und körperfremden Strukturen. Es macht potenzielle Krankheitserreger unschädlich und entfernt fremde Substanzen, die den Körper schädigen könnten. Darüber hinaus kann es fehlerhaft gewordene körpereigene Zellen erkennen und zerstören. Das Immunsystem besteht aus zwei Teilbereichen. Die *unspezifische Immunabwehr* dient der schnell einsetzenden Bekämpfung von Eindringlingen in den Körper. Sie unterscheidet dabei nicht nach der Art der Eindringlinge (Beispiel: *Phagozytose* = Fresszellen machen die Eindringlinge unschädlich, indem sie sie „auffressen"). Die *spezifische, adaptive Immunabwehr* ist in der Lage, spezielle Strukturen (*Antigene*) auf der Oberfläche eines Eindringlings zu erkennen. Sie kann ihn daher gezielt mit spezifischen Abwehrmechanismen (z. B. der Bildung von Antikörpern) unschädlich machen.

Impfung
Unter einer **Impfung** (*Vakzination*) versteht man die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer (i. d. R. übertragbaren) Krankheit zu schützen. Man unterscheidet dabei zwischen einer aktiven und einer passiven Immunisierung. Mit Hilfe der *aktiven Immunisierung* soll das Immunsystem zu einer erregerspezifischen Immunantwort angeregt werden, sodass das Auftreten der Infektionskrankheit im günstigsten Fall verhindert werden kann. Bei der *passiven Immunisierung* werden stattdessen fertige *Antikörper* verabreicht. Anders als bei der aktiven Immunisierung setzt der Schutz unmittelbar nach der Verabreichung des Impfstoffes ein. Er hält jedoch nur einige Wochen an, da die verabreichten Antikörper vom Empfänger abgebaut werden.

Infektiosität
Als **Infektiosität** bezeichnet man die Fähigkeit eines Krankheitserregers, einen Wirt (z. B. einen Menschen) zu infizieren, d. h. in ihn einzudringen und sich in ihm zu vermehren.

Inklusion
Inklusion bedeutet die uneingeschränkte, gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen an allen Aktivitäten des Lebens. Dies gilt insbesondere auch für chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderung. Inklusion ist der Leitgedanke der UN–Behindertenrechtskonvention.

Inkubationszeit
Als **Inkubationszeit** bezeichnet man die Zeit von der Ansteckung bis zum Auftreten erster Symptome, d. h. bis zum eigentlichen Beginn der Erkrankung.

Inzidenz
Die **Inzidenz** gibt die Anzahl der Neuerkrankungen an einer bestimmten Krankheit in einer definierten Bevölkerungsgruppe während einer bestimmten Zeit an.

Isolierung
Die räumliche **Isolierung** (z. B. zuhause bleiben, im Home-Office arbeiten, keine Besuche empfangen) ist eine wichtige Maßnahme, um den Kontakt mit möglicherweise infizierten Personen zu minimieren.

Kognition
Als **Kognition** bezeichnet man alle Denk- und Wahrnehmungsvorgänge und ihre geistigen Ergebnisse. Hierzu gehören neben Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Erinnern und Lernen auch das Problemlösen, die Kreativität, die Vorstellungskraft, das Planen, das Sich-

Orientieren, Argumentieren, Selbstbeobachten sowie der Wille und der Glaube. Mit Hilfe der Kognition können wir Gegenstände, Situationen und Personen (auch die eigene Person) als solche erkennen und in ein eigenes Weltbild, d. h. in die eigenen Vorstellungen einer erfahrbaren Wirklichkeit als Ganzes einordnen.

Leichte Sprache
Als **Leichte Sprache** bezeichnet man ein spezielles, besonders leicht verständliches Deutsch, dessen Regeln seit 2006 vom *Netzwerk Leichte Sprache* erarbeitet werden. Sie soll es Menschen, die nur über eine geringe Sprachkompetenz verfügen, ermöglichen, die deutsche Sprache zu verstehen. Hierzu gehören u. a. auch Menschen mit einer geistigen Behinderung. Über die leichte Sprache soll eine einfache Zugänglichkeit zu Informationen gewährleistet werden, sie dient damit der Barrierefreiheit.

Letalität
Unter **Letalität** versteht man die Zahl der in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe an einer bestimmten Erkrankung in einem definierten Zeitraum Gestorbenen.

Logopädie
Die **Logopädie** beschäftigt sich mit der → *Prävention*, Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- oder Hörbeeinträchtigungen.

Manifestations-Index
Der **Manifestations-Index** gibt an, wie viele Menschen, die sich mit einem bestimmten Erreger infiziert haben, dann auch tatsächlich erkranken.

Median
Der **Median** liegt in der Mitte einer Reihe von Werten (z. B. Altersangaben), die zur einen Hälfte größer und zur andere Hälfte kleiner als der Median sind.

Multimorbidität
Mit dem Begriff **Multimorbidität** bezeichnet man einen Zustand eines Menschen, der gleichzeitig an mehreren → chronischen Erkrankungen leidet. Multimorbidität tritt verstärkt mit zunehmendem Alter auf. Die medikamentöse Therapie gestaltet sich bei Multimorbidität oft schwierig, da die Zahl der Nebenwirkungen (unerwünschte Arzneimittelwirkungen) und Wechselwirkungen mit der Zahl der verabreichten Medikamente zunimmt. Eine solche Polypharmakotherapie ist häufig bei älteren Menschen und Menschen mit Behinderung anzutreffen.

Multiresistenz
Multiresistente Krankheitserreger sind gegen mehrere oder alle wichtigen Antibiotika oder Virostatika (= Viren bekämpfende Arzneimittel) nicht mehr in ausreichendem Maße wirksam. Sie haben eine Resistenz gegenüber diesen Medikamenten ausgebildet.

Mund-Nasen-Schutz
Ein **Mund-Nasen-Schutz** schützt den Träger vor Flüssigkeitsspritzern aus der Umgebung und Personen in der Umgebung des Trägers vor Tropfen in der Ausatemluft der tragenden Person. Es handelt sich hierbei **nicht** um eine Atemschutzmaske (→ *Partikel filtrierende Halbmasken*), die den Träger vor dem Einatmen kleinster luftgetragener Partikel und Tropfen (‚die Krankheitserreger transportieren können) schützen kann.

Pandemie
Wenn sich die Zahl der Krankheitsfälle aufgrund einer bestimmten (Infektions-)Krankheit innerhalb einer Bevölkerung eines bestimmten Gebietes zu einem bestimmten Zeitpunkt häufen, spricht man von einer *Epidemie*. Breitet sich die Epidemie weiter aus und umfasst sie schließlich mehrere Kontinente, bezeichnet man das als P**andemie.**

Partikel filtrierende Halbmasken (FFP-Masken)
Partikel-filtrierende Halbmasken (filtering face piece, **FFP-Masken**) halten Schadstoffe und Viren ab und werden v. a. im Arbeitsbereich eingesetzt. Es gibt Masken mit und ohne Ausatemventil. Masken ohne Ventil filtern sowohl die Ein- als auch die Ausatemluft (Eigenschutz plus Fremdschutz). Masken mit Ventil filtern nur die eingeatmete Luft (nur Eigenschutz). Je nach Filterleistung werden FFP1-, FFP2- und FFP3-Masken unterschieden. Im Rahmen der Behandlung von COVID-19-Patienten werden FFP2- und FFP3-Masken verwendet.

Physiotherapie
Mit Hilfe der früher auch als Krankengymnastik bezeichneten **Physiotherapie** soll die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers wiederhergestellt, verbessert oder erhalten werden. Oftmals geht es dabei auch um die Reduktion von Schmerzen bzw. das Erzielen von Schmerzfreiheit. Dies alles geschieht durch ein spezifisches Training und/oder die äußerliche Anwendung von Heilmitteln (z. B. physikalische Reize wie Wärme, Kälte, Druck, Strahlung oder Elektrizität).

Population
Als **Population** bezeichnet man die Gesamtheit der an einem Ort/in einem Gebiet vorhandenen Individuen einer Art (z. B. alle Menschen in Deutschland oder alle Menschen in New York).

Posttraumatische Belastungsstörung
Unter einer **Posttraumatischen Belastungsstörung** (PTBS) versteht man eine psychische Erkrankung, die durch ein oder mehrere psychische Traumata ausgelöst wurde. Solche Traumata sind extrem stark belastende Ereignisse, oft von katastrophalem Ausmaß. Die Ereignisse können entweder die eigene Person betreffen oder bei anderen direkt beobachtet und miterlebt worden sein. Die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung treten typischerweise innerhalb eines halben Jahres nach dem traumatischen Ereignis auf. Grundsymptome sind eine vegetative Übererregbarkeit und das Wiedererleben von traumatischen Erinnerungen oder Erinnerungsfragmenten in Form von Flashbacks, aber auch das Gefühl einer „emotionalen Taubheit" und Hilflosigkeit. Neben der PTBS kommt es oft zu weiteren Begleiterkrankungen.

Prävention
Ziel der **Prävention** (Krankheitsverhütung) ist es, durch soziale oder medizinische Maßnahmen bzw. Verhaltensweisen die Entstehung von gesundheitlichen Schädigungen zu verhindern (Primärprävention). Darüber hinaus verhindern präventive Maßnahmen das Fortschreiten einer bereits bestehenden Erkrankung (Sekundärprävention) und/oder vermeiden Folgeschäden (Tertiärprävention).

Psychose
Eine **Psychose** ist eine schwere psychische Störung, die durch einen meist vorübergehenden Verlust des Realitätsbezugs gekennzeichnet ist. Typische Symptome sind Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Ich-Störungen (z. B. Entfremdungserleben, Fremdbeeinflussungserleben). Man unterscheidet organische Psychosen (z. B. aufgrund von Hirnerkrankungen, Hirnverletzungen oder Drogeneinnahme) von nichtorganischen Psychosen (z. B. Psychosen des schizophrenen Formenkreises).

Quarantäne
Als **Quarantäne** bezeichnet man den stärksten Grad der räumlichen Distanzierung. Dabei handelt es sich um eine befristete, vollständige Isolierung von möglicherweise an einer Infektionskrankheit erkrankten Person bzw. von potentiellen Überträgern des Krankheitserregers. Die Quarantänedauer hängt von der Inkubationszeit der Infektionskrankheit ab.

Rezidiv
Als **Rezidiv** bezeichnet man einen „Rückfall", d. h. das Wiederauftreten einer Krankheit oder psychischen Störung nach einer zuerst erfolgreichen Behandlung bzw. nach einem spontanen Rückgang der Symptomatik (Remission).

Risikogruppe
Zu einer **Risikogruppe** zählt man besonders gefährdete Personen. Im Rahmen der Covid-19-Pandemie sind dies Menschen, die v. a. aufgrund ihrer Konstitution, ihres Alters oder von Vorerkrankungen bzw. Behinderungen nach bisherigen Erkenntnissen ein hohes Risiko für eine Erkrankung mit schwerem Verlauf und ein erhöhtes Sterberisiko haben (→ *Hochrisikogruppe*).

Robert Koch-Institut
Das **Robert Koch-Institut** ist die zentrale Einrichtung der Bundesrepublik Deutschland zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten im Rahmen der Krankheitsüberwachung und -prävention, wobei der Schwerpunkt bei den Infektionskrankheiten liegt. Das Institut berät die zuständigen Bundesministerien ebenso wie Fachleute und die Öffentlichkeit.

Schmierinfektion
Als **Schmierinfektion** bezeichnet man die Übertragung von Krankheitserregern durch Berührung eines Gegenstandes oder eines Lebewesens. Dies kann durch direkten Kontakt mit einem erkrankten Menschen oder Tier geschehen oder durch Berührung von Gegenständen, die mit Krankheitserregern kontaminiert sind.

Social distancing
Der Begriff **Social distancing** (räumliche Distanzierung) beschreibt das physische Abstandhalten zu anderen Menschen sowie das Vermeiden körperlicher Kontakte bei einer epidemischen Ausbreitung von Erregern, die durch Tröpfcheninfektion, Schmierinfektion und über die Luft (durch → *Aerosole*) übertragen werden.

Tagesstruktur
Als **Tagesstruktur** bezeichnet man in der Behindertenarbeit die Strukturierung des Tages, der Woche, des Jahres (z. B. durch regelmäßige Aktivitäten, Feste und Feiern im Jahreskreis). Sie dient der Förderung der Kommunikation, der Förderung bzw. dem Erhalt der geistigen Aktivität, der körperlichen Bewegungsfähigkeit, der lebenspraktischen Fähigkeiten und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Tenazität
Der Begriff der **Tenazität** beschreibt, wie lange die Viren auf der Oberfläche von Gegenständen vermehrungsfähig bleiben. Dies hängt z. B. von der Umgebungstemperatur, der Luftfeuchtigkeit und dem Material der Gegenstände ab.

Triage
Bei der **Triage** handelt es sich um ein Verfahren, bei dem festgelegt wird, auf welche Weise bei einem Massenanfall an Erkrankten die dann nur noch knappen personellen und materiellen Ressourcen im Bereich der Gesundheitsversorgung aufgeteilt werde sollen.

Tröpfcheninfektion
Unter einer **Tröpfcheninfektion** versteht man eine Ansteckung, die dadurch entsteht, dass erregerhaltiges Sekret aus den Atemwegen einer Person auf die Schleimhäute einer anderen Person gelangt. Dies geschieht z. B. durch Anniesen oder Anhusten, sodass Sekrettröpfchen direkt übertragen werden oder durch eine Übertragung der Tröpfchen über die Luft (aerogen).

Werkstatt für behinderten Menschen (WfbM)
Als Werkstatt oder Werkstätte für behinderte Menschen (**WfbM**) bezeichnet man in Deutschland Einrichtungen, deren Ziel die Eingliederung von Menschen mit Behinderung in

das Arbeitsleben ist. 2012 gab es in Deutschland 682 solcher Werkstätten. Menschen mit Behinderung, die aufgrund einer Erkrankung und/oder der Art ihrer Behinderung den Anforderungen einer WfbM nicht entsprechen können, besuchen in der Regel eine der WfbM angegliederte Tagesförderstätte, die oft auch als → *Förder- und Betreuungsbereich* (FuB) bezeichnet wird.

World Health Organization (WHO)
Die 1948 gegründete **Weltgesundheitsorganisation** (World Health Organization, WHO) ist eine Sonderorganisation der *Vereinten Nationen* (UN). Als Koordinationsbehörde für das internationale öffentliche Gesundheitswesen unterstützt sie Entwicklungsländer beim Aufbau von Gesundheitssystemen und koordiniert nationale und internationale Aktivitäten, wie z. B. globale Impfprogramme und Programme gegen übertragbare Krankheiten, Rauchen oder Übergewicht. Ein weiterer Schwerpunkt ist die weltweite Erhebung und Analyse von Gesundheits- und Krankheitsdaten.