

## **ESCORP – Zusammenfassung zentraler Ergebnisse und Schlussfolgerungen**

ESCORP ist ein Gemeinschaftsprojekt des Arbeiterwohlfahrt Landesverband Sachsen e.V. und der KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Chemnitz nach § 5 SGB XI. Untersucht wurden die Auswirkungen von mit den SächsCoronaSchVO verordneten Besuchsverboten und Kontaktbeschränkungen auf die psychosoziale Gesundheit von Bewohner\*Innen stationärer Pflegeeinrichtungen. Dazu wurden in Einzelgesprächen und Gruppendiskussionen Bewohner\*Innen und Angehörige zu ihren Erfahrungen und Bewertungen befragt. Mitarbeitende wurden im Rahmen einer offenen Online-Befragung nach von ihnen beobachteten Veränderungen der psychosozialen Gesundheit der Bewohner\*Innen im Zusammenhang mit den Besuchsverboten und Kontaktbeschränkungen gefragt. Im Rahmen von Expert\*Innengesprächen waren auch Leitungspersonen der Pflegeeinrichtungen in die Untersuchung einbezogen.

Im Zentrum der Analyse stand der Umgang mit der Pandemie im Bereich stationärer Pflege aus Perspektive der Bewohner\*Innen sowie der in ihren Kontakten und Fürsorge stark eingeschränkten Angehörigen. Aus Perspektive des Betroffenseins stellen sich die Pandemie und deren Folgen als außerordentlich kritische Lebensereignisse dar, welche die in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen, auf den zeitweilig streng isolierten Wohnbereichen, in eine andauernde existenzielle Belastungssituation führten. Die Reaktionen der Bewohner\*Innen und Angehörigen auf die erlebte Bedrohung wurden – aus Sicht der Betroffenen – in den akuten Phasen der Pandemie nicht ausreichend beachtet bzw. übergangen. Die empfundene Ohnmacht wirkte sich ihrerseits dramatisch auf den Gesamtzustand und das Wohlbefinden der Bewohner\*Innen aus.

Mit den Ergebnissen lassen sich die nachfolgenden Aussagen treffen und belegen:

### **1. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse aus den Interviews und Gruppendiskussionen mit Bewohner\*Innen und Angehörigen**

- (1) Auf die als hochgradig fremdverfügt wahrgenommene Bedrohungssituation reagiert die Mehrheit der Befragten tendenziell beschwichtigend. Den Kern der Erzählungen bilden weder die Maßnahmen der Pandemiebekämpfung noch die Infektionsgefahr selbst, sondern die empfundene Ohnmacht und Überwältigung in der Bedrohungssituation. Die Bewohner\*Innen schildern sich als „weggesperrt“; in ihren Ängsten und Sorgen nicht gehört<sup>1</sup>. – Die Betroffenen erwehren sich über den Abruf biografischer Erfahrungen und Potenziale; viele identifizieren sich mit den Umständen, den vermittelten Risiken und Gegenmaßnahmen. Die stark eingeschränkte Situation „auf Station“ fördert Strategien der Leugnung, Distinktion und auch Projektion. In den Interviews wurden auffallend häufig tragische Episoden mit desorientierten Mitbewohner\*Innen berichtet, während das eigene Schicksal sprachlich wie biografisch relativiert wurde. – Die zum Zeitpunkt der Interviewbefragung noch weitgehend offene Pandemielage verstärkte die narrative Tendenz der Beschwichtigung.
- (2) Dem vorherrschenden Eindruck der Nicht-Thematisierung, der Beschwichtigung bzw. Leugnung aufseiten der Bewohner\*Innen, steht die Dokumentation einer auffälligen Belastungslage im Bereich stationärer Altenpflege entgegen. Neben temporärem Aufschub oder/und Beschränkung medizinischer und therapeutischer Behandlungen war der Bereich der Pflege massiv von Einschnitten betroffen; zudem wurden in akuten Infektionsphasen nahezu sämtliche soziale Betreuungsangebote eingestellt. Dies bedeutet, institutionell und rechtlich zugesicherte Leistungen und Behandlungen wurden stark eingegrenzt bis vollständig ausgesetzt. – Die Auswirkungen auf das Wohlbefinden, den körperlichen und mentalen Gesamtzustand der Bewohner\*Innen waren immens. Darüber hinaus arbeitet die Erhebung die fehlende Beteiligung der Betroffenen an der Bearbeitung der Krisensituation als Ohnmachtserleben und Verlust von Selbstwirksamkeitserfahrungen im Kontext stationärer Pflege heraus.
- (3) Die mit den Schutzmaßnahmen geradezu unterbundene Beteiligung der Betroffenen wie auch der Angehörigen dokumentiert die allgemeine Überforderung der institutionalisierten Abläufe und Strukturen der stationären Altenpflege. Dem strukturellen Versagen quasi voraus führt die Nicht-

---

<sup>1</sup> Insbesondere bei Quarantäneanordnungen mit der Folge einer ausschließlichen Versorgung in den Bewohnerzimmern.

Anerkennung einer prinzipiellen Vulnerabilität der alten und pflegebedürftigen Menschen. An ihre Stelle tritt eine normative Auslegung der Verwundbarkeit im medizinisch-pandemischen Sinne (stark erhöhtes Infektions- und Mortalitätsrisiko der Hochaltrigen und Mehrfach-Erkrankten). Dadurch wurde die institutionelle Reaktion, (laufende) Prozesse der Diskriminierung und Ausgrenzung von Alter im stationären Umfeld, verstärkt.

Die Analyse deckt die teils verheerende Dynamik zwischen der Art der Instrumentalisierung und zugleich der Marginalisierung der alten und vulnerablen Menschen im Zuge der Pandemie auf. Die Nicht-Anerkennung der umfassenden Angewiesenheit beschleunigt Prozesse sozialer Desintegration; geschildert werden (beschleunigte) pathogene Alterungsprozesse, sozialer Rückzug und Vereinsamung, einschließlich dem Versterben von Pflegebedürftigen aufgrund andauernder und/oder wiederkehrender Isolation. Besonders dramatisch verliefen Reaktionen bei Menschen mit ausgeprägten kognitiven Einschränkungen (Demenzkrankungen).

- (4) Das Aufeinandertreffen von Corona-Maßnahmen und den Beschränkungen und Reglementierungen der Kontakte und Fürsorge der Angehörigen auf institutionalisierte Strukturen der stationären Altenpflege verstärkte seinerseits Desintegrationserfahrungen und Alterungsprozesse der Bewohner\*Innen. In ihren Wirkungen zielten die aus den Verordnungen resultierenden einrichtungsbezogenen Schutzkonzepte insbesondere auf die Distanzierung familiärer und vertrauter Pflegekontakte. Der weitreichende Ausschluss der Angehörigen aus dem Pflegealltag forcierte den Verlust von Gewohnheiten, Selbstverständlichkeiten, Eigenheiten der Bewohner\*Innen – und verschärfte die empfundene Isolation und Krisensituation. Als eine Folge der strikten Kontaktbeschränkungen blieben den Bewohner\*Innen der Zugang zu den Bewältigungs- und Resilienzfaktoren annähernd vollständig verwehrt.

Die Analyse der Belastungen und Verluste legt den Wert von Familie und deren Leistungen im Bereich stationärer Pflege bloß: Die Angehörigen selbst stellten ein außerordentliches Potenzial an Mit-Betroffenheit wie auch Mit-Verantwortung im Bereich alltäglicher Hilfen und Versorgung heraus. Dieses Potenzial wurde mittels geltender Verordnungen und Anweisungen quasi unmöglich (gemacht). Stattdessen wurden Angehörige als (Infektions-) Risiko markiert, durch Verantwortliche und Pflegepersonal als Belastungs-

faktor thematisiert und ausgegrenzt. Der andauernde Vorgang ließ Bewohner\*Innen wie Angehörige in ihrer Hilflosigkeit und Angewiesenheit zurück.

- (5) Der andauernde Ausschluss erwies sich nicht zuletzt aus Perspektive der Beteiligung und Mitbestimmung als folgenscher, denn Angehörige konnten ihrer fürsorglichen und vermittelnden Funktion nicht nachgehen (z.B. Vermittlung der besonderen Krisensituation, der Maßnahmen und Vorkehrungen etc.; Vermittlung der Bedürfnisse, Sorgen, Ängste der isolierten Bewohner\*Innen; Angehörige übernahmen bis dato konkrete wie sehr individuelle Pflegeleistungen, Besorgungen etc.). Damit wurden Chancen einer beteiligungsorientierten Korrektur und Anpassung der Maßnahmen an den konkreten Einrichtungskontext vergeben.

## **2. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse aus der Befragung der Mitarbeitenden**

Für die Mitarbeitenden stationärer Pflegeeinrichtungen – und damit eine Personengruppe, die direkt an und mit den betroffenen, gegebenenfalls auch mit den infizierten und erkrankten Bewohner\*innen arbeitet, stellte die Pandemie eine besondere Herausforderung auf mehreren Ebenen dar, in die die Mitarbeitenden direkt und indirekt einbezogen.

- I. Der aus Sicht der Mitarbeitenden als bereits existierend, aber nicht ausreichend beachtet beschriebene Personalmangel in der Pflege, rückte im Zuge der Pandemie medial zunehmend in den Fokus. Zeitweise war er das bestimmende Thema im Umfeld der Bearbeitung und Bewältigung der Pandemie. Strategien zur (mittel- wie langfristigen) Lösung des Personalmangels waren Thema einer vielfach und intensiv geführten Diskussion, auch in den Alltagsmedien. Entsprechend zentral ist auch seine Stellung in der Wahrnehmung der Mitarbeitenden selbst, die sowohl den Personalmangel, als auch die sich daraus ergebenden Folgen (z.B. Überarbeitung von Personal, mangelnde Zeit für Bewohner\*innen), als eine alles andere überschattende Thematik bzw. Problematik empfinden. Sie beschreiben in den offenen Antworten eine sich tägliche ändernde, ungewisse Situation, in der nicht klar war, wie viele (nicht erkrankte) Mitarbeitende zur Verfügung stehen würden, um den Dienstplan abzusichern. Die anfänglich nicht vorhandene Schutzausrüstung stellte dabei einen weiteren hohen Belastungsfaktor dar. Beschrie-

ben wurde auch, dass ein nicht unerheblicher Teil der infizierten Mitarbeitenden (65%) weiterhin in ihrer Einrichtung tätig war. In dieser höchst komplexen, sich ständig verändernden und teilweise unübersichtlichen Situation mussten die Mitarbeitenden und ihre Vorgesetzten ihre eigenen Ansprüche an die Ausführung ihrer Tätigkeiten und die Bedarfe der Bewohner\*innen erfüllen und dabei in Balance mit den äußeren Rahmenbedingungen, dem steigenden Arbeitsaufwand und dementsprechend der Arbeitsbelastung bleiben. Dies gelang nicht immer und führte dabei auch bei mehr als einem Drittel der Mitarbeitenden zu längerfristigen (negativen) Folgeerscheinungen (z.B. langfristige Erschöpfungszustände, Energiemangel). Auch die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden litt unter den Bedingungen der Pandemie; einige schilderten, dass Kolleg\*innen nicht bereit waren, in Wohnbereichen mit erkrankten Bewohner\*innen zu arbeiten und/oder dass keine Zeit blieb, sterbende Bewohner\*innen zu begleiten und die Todesfälle zu verarbeiten.

II. Auch die Folgen der Auswirkungen der Besuchsverbote und Kontaktbeschränkungen auf die Bewohner\*innen, waren aus Sicht der Mitarbeitenden, vielschichtig. Veränderungen wurden sowohl im Bereich der Psyche, des sozialen Gefüges untereinander und zwischen Familien, Angehörigen und Freunden, als auch bzgl. der physischen Konstitution der Bewohner\*innen wahrgenommen. Sehr viele Bewohner\*innen zeigten mehr Verhaltensauffälligkeiten, unter anderem gesteigerte Ängste, Sorgen und/oder depressive Symptome. Bei nahezu zwei Drittel der Bewohner\*innen traten Stimmungsschwankungen auf. Die Bewohner\*innen vereinsamten in mehrfacher Hinsicht, nicht nur durch die fehlenden Kontaktmöglichkeiten zur „Außenwelt“, sondern auch durch das Erschweren der Kontakte innerhalb der Einrichtung, aufgrund von verordneter Quarantäne/Isolierung, der Trennung der Wohnbereiche oder auch, weil Bewohner\*innen schlicht aus Angst vor Ansteckung selbst die Kontakte vermieden. Die angebotenen alternativen Kontaktmöglichkeiten waren nicht für alle Bewohner\*innen im vollen Umfang nutzbar, oder verständlich, sodass ein wirklicher Ausgleich der Kontakteinschränkungen nicht stattfand.

III. Als prägendstes Erlebnis in der Zeit der Pandemie empfanden die Bewohner\*innen aus Sicht der Mitarbeitenden dementsprechend auch die Kontakt-

beschränkungen. Das Verhältnis der Bewohner\*innen zu ihren Familien und Freunden litt, teilweise wurde von den Bewohner\*innen auch nach mehrfachen Erklärungen nicht verstanden, warum sie keinen Besuch mehr empfangen konnten bzw. der Besuch nicht in dem gewünschten Umfang (bezogen auf Besuchsdauer und Anzahl der Besucher\*innen) stattfinden konnte. Die Bewohner\*innen bezogen diese Veränderungen nicht immer auf die Pandemie und die geltenden Regelungen der SächsCoronaSchVO, sondern sie sahen sich selbst als verantwortlich und äußerten gegenüber den Mitarbeitenden die Sorge, schuld am Wegbleiben ihrer Verwandten zu sein. Andere Bewohner\*innen vermuteten, dass ihre Angehörigen selbstständig den Kontakt abbrachen – eine Vermutung, die Mitarbeitende dahingehend bestätigen, dass es aus ihrer Sicht Angehörige gab, die auch nach Lockerung der Kontaktbeschränkungen den stationären Einrichtungen weiterhin fernblieben. Soziale Beziehung schiefen somit ein, oder wurden gekappt. Verbunden mit der von ihnen empfundenen Einsamkeit suchten viele Bewohner\*innen nach einer „Ersatz-Familie“, welche sie glaubten, in den Mitarbeitenden finden zu können. Diese wiederum schilderten den dadurch auf sie entstehenden zusätzlichen Druck, da sie den Anforderungen der gesteigerten sozialen Bedürfnisse der Bewohner\*innen nicht gerecht werden konnten.

### **3. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse aus den Interviews mit Leitungspersonen**

- (a) Das mit Beginn der Pandemie verbreitete, sich während ihres Verlaufs und in der retrospektiven Betrachtung haltende Narrativ, dass die Pandemie die Gesellschaft (und damit auch die Pflegeeinrichtungen) vollkommen unvorbereitet und unwissend getroffen habe, lässt sich sachlich kaum begründen und erweist sich als Konstruktion. Mit den Rechercheergebnissen zur ESCORP-Studie<sup>2</sup> ergeben sich empirisch begründbare Anhaltspunkte dafür, dass Möglichkeiten einer kurz- und mittelfristigen Vorbereitung auf ein solches Ereignis gegeben gewesen sind.
- (b) Die hohen Infektionszahlen in den Pflegeeinrichtungen während der zweiten Infektionswelle begründen eine nicht in jeder Einrichtung durchgängig

---

<sup>2</sup> Zu nennen sind vorhandene Risikoanalysen (2012), historische Betrachtung pandemischer Entwicklungen, wie auch ergriffene Maßnahmen asiatischer und europäischer Länder auf den Ausbruch der Corona-Virus-Erkrankung.

gesicherte pflegerische (Grund-) Versorgung der Bewohner\*Innen. Dies ist sowohl zurückzuführen auf den gleichfalls hohen Morbiditätsanteil bei Mitarbeitenden. Zugleich zeigten sich Zusammenhänge zu den mit der SächsCoronaSchVO vom 11./15. Dezember 2020 umgesetzten temporären Lockerungen der Kontaktbeschränkungen. Die hohen Mortalitätsraten im Dezember 2020 und Januar 2021 sind ebenso auf eine ausgebliebene bzw. sehr stark reduzierte medizinische Versorgung sowie fehlende Akutbehandlungen in Kliniken zurückzuführen, die zu Triage-Entscheidungen auch in pflegerischen Kontexten führten.

- (c) Quarantäne- und Isolationsanordnungen<sup>3</sup> der Gesundheitsämter sind nach epidemiologischen bzw. infektiologischen Gesichtspunkten umgesetzt worden. Die Ergebnisse der ESCORP-Studie legen Zusammenhänge zwischen Quarantäne- und Isolationszeiten sowie dem Abbau der somatischen Gesundheit der Bewohner\*Innen nahe. Anordnungen zur Quarantäne und Isolation sind, soweit sie nicht einsichtsfähige Personen adressieren, praktisch nicht umsetzbar, wenn dabei auf freiheitsentziehende Maßnahmen verzichtet werden soll. Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen gehen bei allen Adressaten mit negativen Folgen für die psychosoziale Gesundheit einher, da sie die subjektive Lebensqualität durch soziale Distanzierungen einschränken. Dies gilt in gleicher Weise bei Vereinzelungen durch administrierte Kontaktbeschränkungen.

### Schlussfolgerungen

Schlussfolgerungen für ein künftiges Pandemie-Management im Bereich der stationären Altenpflege müssen den gewachsenen und institutionellen Charakter stationärer Altenpflege berücksichtigen (Stichwort: Totale Institution). – Entsprechende Überlegungen führen demnach über die akute Pandemiesituation quasi zurück in die Gestaltung einer bedarfsgerechten Pflege. Der stationäre Rahmen verlangt einmal mehr die Gewährung eines würdevollen Umgangs mit Alter und Gebrechlichkeit. – Im Zusammenhang erscheinen die Anerkennung einer komplexen Bedürftigkeit sowie die Einlösung von Mitbestimmung im Sinne von Selbstwirksamkeit und Wohlbefinden (den Möglichkeiten und Grenzen alter

---

<sup>3</sup> Quarantäne beschreibt die Einschränkung von Bewegungsräumen von Personen, die Infektionsrisiken ausgesetzt waren (bspw. durch Kontakt zu erkrankten Personen) und selbst infiziert sein könnten. Isolation beschreibt die Begrenzung von Bewegungsräumen bei Personen mit einer Infektionserkrankung.

und bedürftiger Menschen angemessen) als Ansatzpunkte. Dabei nehmen Angehörige eine zentrale und vermittelnde Rolle ein.

Die Aufarbeitung einer durchlebten Krise sollte primär auf eine Förderung der Resilienz auf allen Ebenen gerichtet sein. Das Management während der Krise bedarf einer ebenso klaren wie verständlichen Kommunikation bestehender Risiken und Gefahren auf der Basis des jeweils aktuellen Wissens. Dies gilt auch für Korrekturen des Managements. Soweit eine kollektive Bewältigung von Krisen im Zentrum des Bemühens steht, sind wechselnde Verantwortungen kontraproduktiv, wenn damit primär eine Justiziabilität getroffener Entscheidungen delegiert wird. Nicht die Verrechtlichung eines erforderlichen Krisenmanagements, sondern die Stärkung und Legitimierung sachgerechter Entscheidungen führen zu gestaltbaren Lösungsansätzen.

Für die Bewältigung von kausal infektionsausgelösten Krisen ist epidemiologischer Sachverstand ebenso unerlässlich wie politisch verantwortungsvolles Handeln. Entscheidungen, die aus den verschiedenen Perspektiven getroffen werden, sind besonders aber dann verunsichernd, wenn sie im Widerspruch zu einander stehen. Die Gestaltung von Schutzmaßnahmen für als besonders vulnerabel erkannte Populationen muss die besonderen Lebensumstände und –situationen im Fokus behalten, um Präventionsparadoxien zu vermeiden. Die Anerkennung besonderer Vulnerabilität darf nicht Mittel zum Zweck sein, sondern ist vielmehr als Herausforderung zu verstehen, die Verhältnismäßigkeit getroffener Maßnahmen und damit ggf. verbundener Einschränkungen wiederkehrend in Frage zu stellen.

Fehlende Kontakt und Beschäftigungsangebote wirken sich unmittelbar und direkt auf die Gesundheit der Bewohner\*Innen aus und führen gleichermaßen zu beschleunigten somatischen wie kognitiven Abbauprozessen und Zufriedenheitsparadoxien. Mit Vereinzelungen durch Quarantäne/Isolation entstehende Langweile ist zugleich ein Risikofaktor für die Entstehung von Frustration, Aggression und Gewalt (EIGGELP). Destruktive Emotionen dieser Art werden auch durch die Enthebung der Selbstbestimmung verstärkt. Daher sind auch in pandemischen Situationen Möglichkeiten zu erhalten, die die Selbstbestimmung höchstpersönlicher Angelegenheiten, wie bspw. die Aufrechterhaltung persönlicher familiärer Kontakte, garantieren.



Quarantäne und Isolationsanordnungen sind in stationären Pflegeeinrichtungen kontraproduktiv, da die damit verbundenen Distanzierungen einem Großteil der Bewohner\*Innen nicht vermittelbar sind. Sie führen zur Reduktion der körperlichen Gesundheit und bedürfen einer sorgfältigen Nutzen-Schaden-Abwägung i.S. biomedizinischer Prinzipien<sup>4</sup>. Quarantäne- und Isolationsanordnungen sollten in jedem Fall begründet und dargelegt werden, weshalb andere Maßnahmen (z.B. Kohortierung) des Gesundheitsschutzes nicht in Betracht zu ziehen sind.

Die Auswirkungen ergriffener Corona-Schutzmaßnahmen treffen die Bewohner\*Innen stationärer Pflegeeinrichtungen – aufgrund der besonderen Lebenssituation – in sehr komplexer Weise. Dies bedingt auch verborgen bleibende Auswirkungen. Soziale Distanzierungen fördern Prozesse der Desintegration, Exklusion und Vereinsamung. Um den Bewohner\*Innen von Pflegeeinrichtungen in vergleichbar außergewöhnlichen Situationen gerecht werden zu können, bedarf es der Entwicklung von Schutzkonzepten, die nicht auf Abgrenzung ausgerichtet sind, sondern auf Kompensation der pandemiebedingten Einschränkungen – sowohl den Bereich der pflegerischen Versorgung als auch der Beteiligung und Mit-Bestimmung der Bewohner\*Innen betreffend. Wohlergehen und Sicherheit lassen sich insbesondere durch vertraute Personen und Kontakte herstellen resp. vermitteln – auch und gerade in kritischen Lebenskonstellationen.

Die Strukturen der institutionalisierten Pflege waren mit den umzusetzenden Schutzmaßnahmen überfordert. Dies führte nicht nur zu sozialen Distanzierungen der Bewohner\*Innen und An-/Zugehöriger, sondern zwang die Einrichtungen und ihre Träger zur Umsetzung vermeintlicher Schutzmaßnahmen, die die Auswirkungen der Kontaktbeschränkungen auf die psychosoziale Gesundheit der Bewohner\*Innen noch verstärkt haben. Ausdruck dessen ist aus der Perspektive der Bewohner\*Innen und Angehöriger die rigorose Ab- und damit zugleich verbundene Ausgrenzung, wie auch daraus resultierende Folgen. Eine Umsetzung von Besuchsverböten und Kontaktbeschränkungen, die das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner\*Innen einschränken, wirken sich negativ auf die (psychosomatische) Gesundheit der Bewohner\*Innen aus und stehen so-

---

<sup>4</sup> Nach Beauchamp, T./Childress, J. (1977): Respekt vor der Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge sowie Gerechtigkeit.

wohl einer bedarfs-, wie auch einer bedürfnisgerechten Pflege ebenso entgegen, wie den mit den § 2 Absatz 1 (Selbstbestimmung) und § 6 SGB XI (Eigenverantwortung) formulierten Grundanliegen der Pflegeversicherung.

Besuchsverbote und Kontaktbeschränkungen beeinflussen das Verhältnis von Bewohner\*Innen zu Mitarbeitenden. Mitarbeitende – als letztlich verbleibende Kontaktpersonen für die Bewohner\*Innen – gelangen in Situationen eines Familienersatzes, die die an sie gerichteten Ansprüche und Erwartungen verändern. Dies führt längerfristig in Dilemmata, insbesondere zu Enttäuschungen bei Bewohner\*Innen und bei Mitarbeitenden zu moralischer Distress. Dies scheint nur über aufrecht zu erhaltende Kontakte zu Familien und Zugehörigen zu vermeiden zu sein. Angehörige sind die psychosoziale Gesundheit der Bewohner\*Innen stabilisierende Determinanten und daher zugleich unverzichtbare Personen für die Stärkung und Förderung der Resilienz, auf deren Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bewohner\*Innen nicht verzichtet werden sollte.