

# **Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen – kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit**

---

Expertise zu bestehenden Ansätzen und  
wissenschaftlichen Erkenntnissen

EXPERTISE



# **Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen – kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit**

---

Expertise zu bestehenden Ansätzen und  
wissenschaftlichen Erkenntnissen

Julian Rellecke  
Sandra Rieckhoff  
Friederike A. Haaß  
Hans-Dieter Nolting

## **Expertise**

im Auftrag des PKV-Verbands

Berlin, Februar 2021

---

## **Autoren**

**Dr. Friederike A. Haaß**  
**Hans-Dieter Nolting**  
**Dr. Julian Rellecke**  
**Sandra Rieckhoff**  
IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

## Inhalt

<b>Inhalt</b>	<b>3</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>8</b>
<b>1. Kontext</b>	<b>9</b>
<b>2. Grundlagen und Definitionen</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Gesundheit</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Gesundheitsförderung</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Kognitive Ressourcen</b>	<b>16</b>
<b>2.4 Psychosoziale Gesundheit</b>	<b>20</b>
<b>3. Bestehende Angebote bzw. Ansätze</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Angebote gemäß § 5 SGB XI</b>	<b>25</b>
3.1.1 Übersicht der Angebote	25
3.1.2 Vignetten ausgewählter Angebote	27
<b>3.2 Ansätze der Pflege</b>	<b>58</b>
3.2.1 Übersicht der Ansätze	60
3.2.2 Vignetten ausgewählter Ansätze	64
<b>3.3 Ansätze aus medizinischen Leitlinien</b>	<b>83</b>
3.3.1 Übersicht der Ansätze	85
3.3.2 Vignetten ausgewählter Ansätze	90
<b>3.4 Ansätze aus der Rehabilitation</b>	<b>105</b>
3.4.1 Übersicht der Ansätze	107
3.4.2 Vignetten ausgewählter Ansätze	107
<b>3.5 Ansätze der Eingliederungshilfe</b>	<b>113</b>
3.5.1 Übersicht der Ansätze	113
3.5.2 Vignetten ausgewählter Ansätze	116
<b>3.6 Organisationsentwicklung in Pflegeeinrichtungen</b>	<b>122</b>
3.6.1 Übersicht der Ansätze	122
3.6.2 Vignetten ausgewählter Ansätze	124
<b>4. Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur</b>	<b>133</b>
<b>4.1 Umsetzung besonderer Pflegekonzepte</b>	<b>135</b>
4.1.1 „Nursing Home Culture Change“	135
4.1.2 Personenzentrierte Pflege	139
4.1.3 Validation	143
4.1.4 Einbeziehung der Bewohnerschaft in Entscheidungen	143
4.1.5 Schulungen für Beschäftigte zu Demenz	144
4.1.6 Schutz der Privatsphäre	148
<b>4.2 Kognitive Verfahren</b>	<b>149</b>
4.2.1 Kognitives Training	149
4.2.2 Kognitive Rehabilitation	151
4.2.3 Kognitive Stimulation	152
4.2.4 Reminiszenz-Verfahren	153
<b>4.3 Sensorische Verfahren</b>	<b>157</b>

---

---

4.3.1	Aromatherapie	157
4.3.2	Sensorische Verfahren im Rahmen von Ergotherapie	158
4.3.3	Sensorische Stimulation und Schlaf	159
4.3.4	Namaste Care	160
<b>4.4</b>	<b>Angebot sinngebender Aktivitäten</b>	<b>161</b>
4.4.1	Aktivitäten mit Pflanzen, in Gärten bzw. in der Natur	163
4.4.2	Künstlerische und Musik basierte Aktivitäten	165
4.4.3	Gaming-orientierte Aktivitäten	167
4.4.4	Ausflüge	167
4.4.5	Aktivitäten des täglichen Lebens	168
4.4.6	Tiergestützte Interventionen	168
<b>4.5</b>	<b>Verfahren zur Förderung sozialer Interaktionen</b>	<b>172</b>
4.5.1	Einbeziehung von Angehörigen	172
4.5.2	Digitale Medien zur Förderung von Interaktionen	174
4.5.3	„Soziale Interventionen“	177
<b>4.6</b>	<b>Gestaltung des Wohnumfelds</b>	<b>178</b>
4.6.1	Gestaltungsansätze zur Unterstützung von Gemeinschaft	181
4.6.2	Gestaltungsansätze für Wohnlichkeit und Wertschätzung	181
4.6.3	Gestaltungsansätze zur Hilfestellung, Sorge und Sicherheit	185
4.6.4	Gestaltungsansätze zur Schaffung von Wahlmöglichkeiten	188
4.6.5	Gestaltungsansätze zur Förderung sinnvoller Beschäftigung	188
<b>4.7</b>	<b>Verfahren mit mehreren Komponenten</b>	<b>189</b>
<b>4.8</b>	<b>Interventionen zu bestimmten Problemlagen</b>	<b>191</b>
<b>5.</b>	<b>Diskussion zur pflegepolitischen Einordnung</b>	<b>193</b>
<b>6.</b>	<b>Anhang</b>	<b>197</b>
A1	Danksagung	198
A2	Methodik der Literaturrecherche	199
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>211</b>
	<b>Abbildungen</b>	<b>5</b>
	<b>Tabellen</b>	<b>5</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>6</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Begriff der Gesundheit im Bio-psycho-sozialen Modell	13
Abbildung 2:	Lokalisation wichtiger kognitiver Funktionen auf zerebraler Ebene	17
Abbildung 3:	Modell zur Wirkung sinngebender Aktivitäten	163
Abbildung 4:	Recherche- und Auswahlprozess gemäß PRISMA-Fließdiagramm	209

**Tabellen**

Tabelle 1:	Englische Keywords und MeSH für die Suche in den Literaturdatenbanken je Suchkomponente	201
Tabelle 2:	Suchstring und Anzahl der Treffer aus der Recherche in PubMed	204
Tabelle 3:	Suchstring und Anzahl der Treffer aus der Recherche in Embase	205
Tabelle 4:	Suchstring und Anzahl der Treffer aus der Recherche in Emcare	206
Tabelle 5:	Suchstring und Anzahl der Treffer aus der Recherche in der Cochrane Library	207

---

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
ADL	Activities of Daily Living
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEGAM	Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.
DGG	Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
DGGG	Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.
DGN	Deutschen Gesellschaft für Neurologie e. V.
DGNR	Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V.
ETM	Evidenzbasierte Therapiemodule
GDPPN	Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
MMST	Mini Mental State Test
NIC	Nursing Interventions Classification
OE	Organisationsentwicklung

---



---

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
PE	Personalentwicklung
PfleBeO	Pflegeeinrichtungen - Bewegungsfreundliche Organisationen
PNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
QM	Qualitätsmanagement
RCT	Randomized controlled trial
RKI	Robert Koch-Institut
RTS	Reha-Therapiestandards
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organization

Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind als geschlechtsunabhängig zu verstehen und sollen gleichermaßen Angehörige aller Geschlechtsidentitäten ansprechen.

---

## Zusammenfassung

Im Rahmen des Engagements der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen in der Gesundheitsförderung und Prävention hat der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) das IGES Institut beauftragt, eine Expertise über Angebote zur Förderung kognitiver Ressourcen und der psychosozialen Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen zu erstellen. Das vorliegende Dokument stellt die identifizierten Angebote vor. Ausgehend von den Ergebnissen wird diskutiert, wie Leistungen gemäß § 5 SGB XI in die derzeitige „Pflegerlandschaft“ eingeordnet werden können.

Die Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit sind Ziele, mit denen sich verschiedene Fachdisziplinen beschäftigen und zu deren Erreichung bereits eine Vielzahl von Angeboten bzw. Ansätzen existiert. Die vorliegende Expertise stellt bestehende Angebote zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 5 SGB XI, Ansätze der Pflege, der medizinischen und der rehabilitativen Versorgung sowie der Eingliederungshilfe vor. Weiterhin werden Beispiele berichtet für die Nutzung von Organisationsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen. Basierend auf der wissenschaftlichen Literatur lassen sich mögliche Interventionen zur Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit mehreren Gruppen zuordnen: besondere Pflegekonzepte, kognitive und sensorische Verfahren, Angebote sinngebender Aktivitäten, Verfahren zur Förderung sozialer Interaktionen, Interventionen zur Gestaltung des Wohnumfelds sowie Verfahren mit mehreren Komponenten.

Die Ergebnisse der Expertise zeigen, dass sich Leistungen gemäß § 5 SGB XI gut in die derzeitige „Pflegerlandschaft“ einfügen: Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung betonen seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 vermehrt Erhalt und Förderung von Selbständigkeit und Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen. Die sich für die Pflegepraxis ergebenden Konsequenzen werden derzeit von den Pflegeeinrichtungen nachvollzogen und in Veränderungen ihrer Strukturen und Prozesse überführt. Weitere Veränderungen ergeben sich aus der Konzentrierten Aktion Pflege, welche zum Ziel hat, Pflege als Beruf attraktiver zu gestalten. Diese Entwicklungen im Pflegesektor bieten einen guten Anknüpfungspunkt für Gesundheitsförderung. Denn die Ziele für die Bewohnerinnen und Bewohner (Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit und Fähigkeiten) und die Beschäftigten (attraktive Arbeitsverhältnisse) lassen sich letztlich nicht trennen von dem Ziel der Gesundheitsförderung, nämlich „personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken“ (RKI, 2015).

---

## 1. Kontext

Angesichts der zunehmenden Anzahl älterer Menschen mit Pflegebedarf, steigender Ausgaben für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung sowie der Erkenntnis, dass es bis ins hohe Alter Potenziale zur Gesundheitsförderung und Prävention gibt, haben die Pflegekassen mit dem Präventionsgesetz 2015 den Auftrag erhalten, Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen (§ 5 SGB XI).

Die Kriterien zur Umsetzung dieses Auftrags enthält der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (GKV-Spitzenverband, 2020a). Darin heißt es u. a.: „Pflegekassen sollen ihre Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Beratung und zeitlich begrenzte (finanzielle) Unterstützung von Pflegeeinrichtungen erfüllen, die geeignete Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Pflegebedürftigen entwickeln, implementieren und evaluieren. [...] Die Maßnahmen zielen auf die Verhältnisprävention und damit den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen in Pflegeeinrichtungen ab und können auch Maßnahmen der Verhaltensprävention in bestimmten Handlungsfeldern [...] beinhalten.“ (ebd., S. 10).

Gemäß Leitfaden sollen die von den Pflegekassen geförderten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen folgende Handlungsfelder adressieren (ebd., S. 14):

- ◆ Ernährung,
- ◆ körperliche Aktivität,
- ◆ kognitive Ressourcen,
- ◆ psychosoziale Gesundheit und
- ◆ Prävention von Gewalt.

Die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen beteiligen sich auf freiwilliger Basis an der Erbringung von Leistungen im Sinne des Präventionsgesetzes (NPK-Präventionsbericht, 2019, S. 18). Sie haben den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) mit der Umsetzung dieses Engagements zur Gesundheitsförderung und Prävention – welches bereits vor Verabschiedung des Präventionsgesetzes begonnen hatte – beauftragt. Mit dem Präventionsgesetz erhielt der PKV-Verband die Möglichkeit – bei Erfüllung gesetzlich vorgegebener Mindestausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention – eine Stimme in der Nationalen Präventionskonferenz zu erhalten (§ 20e Abs. 1 SGB V). Dies ist seit 2017 der Fall.

In diesem Kontext beteiligt sich der PKV-Verband u. a. an der Entwicklung von Leistungen gemäß § 5 SGB XI. Er verfolgt damit das Ziel, einen neuen Versorgungsbereich der „Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ zu etablieren. In dem neuen Versorgungsbereich sollen

---

eigens qualifizierte Leistungserbringer tätig sein, die Leistungen gemäß § 5 SGB XI und entlang der Kriterien des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (GKV-Spitzenverband, 2020a) erbringen. Sie sollen in den Handlungsfeldern körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit tätig sein.

Als Grundlage für die Entwicklung einer Leistung zur Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen in den Handlungsfeldern kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit beauftragte der PKV-Verband das IGES Institut die vorliegende Expertise zu erstellen. Sie enthält einen Überblick über bereits bestehende Angebote bzw. Ansätze und über bestehende wissenschaftliche Grundlagen. Weiterhin beschreibt sie, wie Leistungen gemäß § 5 SGB XI in derzeitige Entwicklungen im Pflegesektor eingebettet werden könnten.

---

## 2. Grundlagen und Definitionen

Als Grundlage für die weiteren Ausführungen in der Expertise werden nachfolgend Definitionen und das sich daraus ergebende Verständnis für die Handlungsfelder „kognitive Ressourcen“ und „psychosoziale Gesundheit“ dargestellt.

### 2.1 Gesundheit

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 2014, S. 1). Dieser Zustand lässt sich in einem bio-psycho-sozialen Modell aus der Perspektive verschiedener Fachdisziplinen darstellen.

Der vorliegenden Expertise liegt die Definition von „Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*, WHO) zugrunde, wonach „Gesundheit“ nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden wird. Während der Begriff der „Krankheit“ eng mit der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (*International Classification of Diseases*, ICD) verbunden ist, ist der Begriff der Gesundheit weiter zu fassen. Zwar besteht eine enge wechselseitige Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit, dennoch sind sie nicht nur dichotomer Ausdruck desselben Phänomens, sondern distinkte Phänomene. Ein Zustand, der *nicht* der Definition von Gesundheit entspricht, ist nicht immer zwangsläufig einer Diagnose in der ICD, d. h. einer Krankheit zugeordnet.

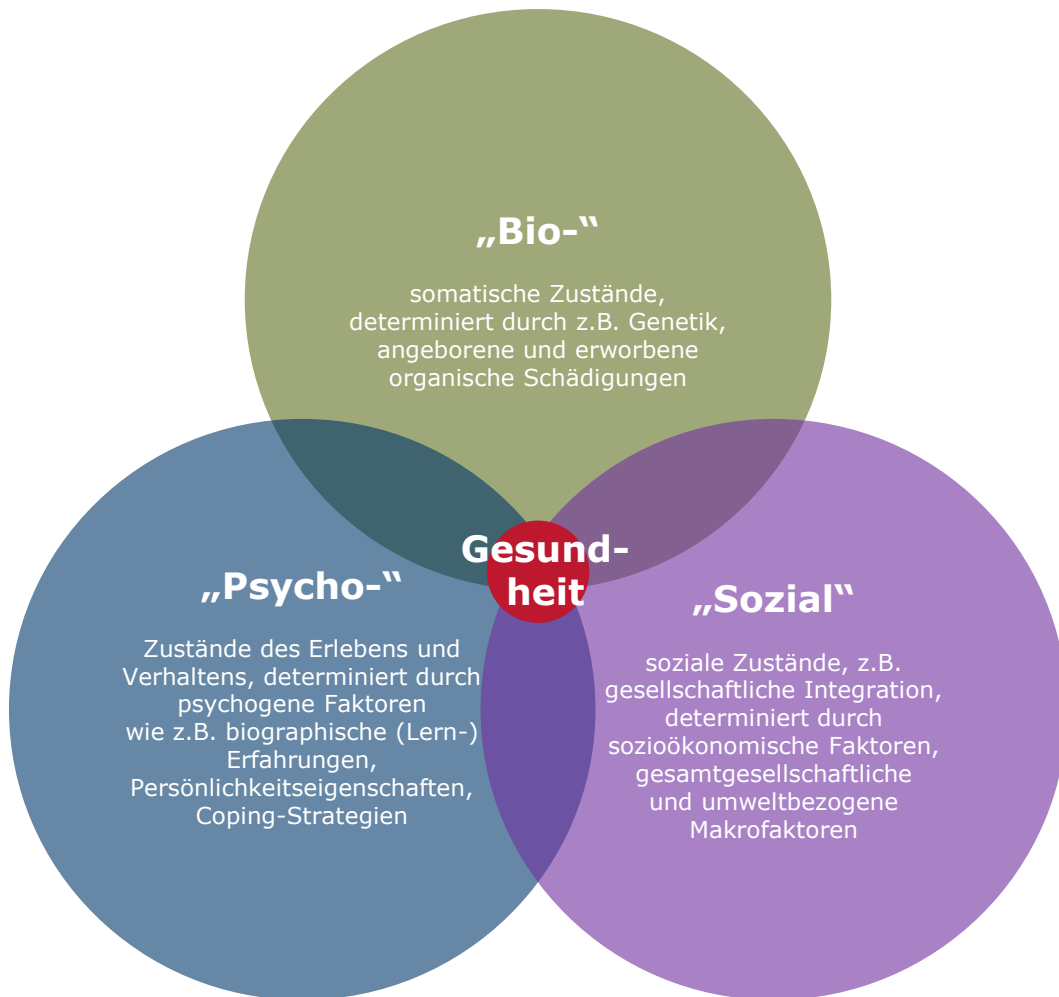
Der Gedanke, Gesundheit als etwas Umfassenderes als die Abwesenheit von Krankheit zu verstehen, ist auch grundlegend für die Konzepte der „Salutogenese“ und der „positiven Gesundheit“. Die Salutogenese umfasst, als Gegenentwurf zur traditionell bio-medizinischen „Pathogenese“ (Entstehung von Krankheit), solche Prozesse, die zum Erhalt und zur Förderung von Gesundheit führen (Entstehung von Gesundheit [BZgA, 2020b]). Dabei liegt der Salutogenese die Annahme eines Kontinuums zugrunde, dessen einer Pol negativer Gesundheit („Krankheit“) und dessen anderer Pol positiver Gesundheit entspricht. Während in der pathogenetischen Perspektive Krankheit die Abweichung vom Normalfall der Gesundheit ist – Gesundheit also die Abwesenheit von Krankheit – sind in der salutogenetischen Perspektive Gesundheit und „Krankheit“ die beiden Enden eines Kontinuums (RKI, 2015). „Gesund“ (positive Gesundheit) und „nicht gesund“ (negative Gesundheit) sind also nicht sich gegenseitig ausschließende dichotome Zustände, sondern jeder Mensch trägt i. d. R. beide Anteile in sich. Diese Grundannahme ist für die vorliegende Expertise zentral, da sie auch bei Menschen mit manifesten Erkrankungen und bei pflegebedürftigen Menschen einen Ansatzpunkt liefert, (dennoch) ihre Gesundheit zu stärken.

Der Begriff der Krankheit im Sinne der ICD orientiert sich stark an der somatischen Perspektive, d. h. es wird unterstellt, dass auch bei Erkrankungen ohne eindeutige bio-medizinische Ätiologie – das betrifft insbesondere Erkrankungen aus dem

Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen – von einer bio-medizinischen Ursache oder zumindest einem Korrelat ausgegangen werden kann (WHO, 2001), das mit den derzeit zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden lediglich noch nicht entdeckt oder unzureichend nachvollzogen werden kann. In der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF [WHO, 2001]) wird dieses bio-medizinische Verständnis von Krankheit durch eine funktionale Perspektive erweitert, die erlaubt Krankheit – in Ergänzung der bio-medizinischen Perspektive – von einer psychologischen und sozialen Perspektive aus zu betrachten.

Dies entspricht dem Ansatz des bio-psycho-sozialen Modells, an dem sich auch die weiteren Begriffsbestimmungen dieser Expertise orientieren. Gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell wird Gesundheit bzw. Krankheit als ein Zustand verstanden, der sich einerseits durch Zustände in den drei Dimensionen „biologisch/somatisch“, „psychisch/psychologisch“ und „sozial-[wissenschaftlich]“ definieren lässt und andererseits an der Schnittstelle dieser Dimensionen durch sich wechselseitig beeinflussende Faktoren (Determinanten) entsteht. Abbildung 1 zeigt eine vereinfachte, schematische Darstellung des Modells mit Beispielen zu Zuständen und Determinanten von Gesundheit in den drei Dimensionen „Bio“, „Psycho“ und „Sozial“.

Abbildung 1: Begriff der Gesundheit im Bio-psycho-sozialen Modell



Quelle: IGES; modifizierte Darstellung nach Engel, 1976

Das bio-psycho-soziale Modell sei am Beispiel einer hochbetagten Person illustriert: In der somatischen Dimension („Bio“), spielen zunächst körperliche Funktionen und ihre etwaige Beeinträchtigung eine Rolle. So kann es im Zuge einer Alzheimer-Erkrankung zu einem beschleunigten Abbau kortikaler Strukturen kommen. Dieser Abbau macht sich auch in der psychischen Dimension bemerkbar, indem sich Erleben und Verhalten der betroffenen Person verändern. Es kommt wiederholt zu Gedächtnisproblemen, Orientierungslosigkeit und dadurch bedingt Angstzuständen der betroffenen Person. Diese Veränderungen ziehen Reaktionen im sozialen Umfeld nach sich, die unterschiedlich ausfallen können. Angehörige könnten beispielsweise mit der Situation überfordert sein und die Fehlleistungen der erkrankten Person persönlich nehmen. Sie könnten auf die Veränderungen der erkrankten Person ablehnend reagieren, worauf die erkrankte Person wiederum mit herausforderndem Verhalten reagiert (Kolanowski *et al.*, 2017).

Spätestens die zuletzt genannte Rückkopplung des Verhaltens der erkrankten Person über die Reaktion des sozialen Umfelds zurück auf ihr eigenes Verhalten verdeutlicht die Komplexität der Wechselwirkungen, über die die bio-psycho-sozialen Zustände und Determinanten miteinander verbunden sind. Die genaue Wechselwirkung erfolgt nicht in jedem Fall identisch, sondern in Abhängigkeit der individuellen Voraussetzungen in den bio-psycho-sozialen Dimensionen. Eine Person mit einer Alzheimer-Erkrankung, die vor der Erkrankung gelernt hat mit Verunsicherungen gut umzugehen und deren Leben von sicheren zwischenmenschlichen Bindungen geprägt war, wird beispielsweise mit einer aus Gedächtnisproblemen erwachsenen Orientierungslosigkeit wahrscheinlich anders umgehen als eine Person, die sich bereits vor der Erkrankung durch eine höhere Ängstlichkeit und unsichere Bindungen auszeichnete (vgl. Kolanowski *et al.*, 2017). Zudem wird sich bei einer Person, die ihr Leben lang körperlich aktiv war, der Krankheitsverlauf anders darstellen als bei einer Person, die bereits vor der Alzheimer-Erkrankung wenig körperliche Aktivität zeigte (vgl. De la Rosa *et al.*, 2020). Die Reaktion des sozialen Umfelds, das veränderte Erleben und Verhalten und die somatischen Funktionen der erkrankten Person sind niemals monokausaler Ausdruck eines kortikalen Abbaus, der in einer genetischen Prädisposition seinen Anfang nahm, sondern sind in einem komplexen, multikausalen Wirkungsgefüge miteinander verflochten. Genau hierin liegt auch die Möglichkeit der positiven Beeinflussung durch gesundheitsstärkende Faktoren (Ressourcen).

## 2.2 Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt darauf ab, personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken (salutogenetische Perspektive)“ (RKI, 2015, S. 241).

Gesundheitsförderung zielt auf die Förderung von Gesundheitsressourcen, gründet somit auf der Identifikation von und das positive Einwirken auf gesundheitsförderliche Faktoren in Person und Umwelt: „Gesundheitsförderung zielt darauf ab, personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken (salutogenetische Perspektive)“ (RKI, 2015, S. 241). In der Formulierung der WHO: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ (WHO, 1986).

Zentral ist hierbei das Konzept des *empowerment*, wonach Menschen zu selbstbestimmtem Handeln und Verbesserung ihrer Gesundheitschancen befähigt werden sollen (personale Ressourcen). Darüber hinaus sollen die



gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (soziale und wirtschaftliche Lebensbedingungen) und Lebenswelten (wie z. B. stationäre Pflegeeinrichtung) gesundheitsförderlich gestaltet werden (soziale und materielle Ressourcen). Im Sinne des *empowerment* soll jeder Einzelne dazu ermutigt werden, sich an dieser Gestaltung zu beteiligen. Durch die direkte Ansprache aller Personen in der Zielgruppe und deren aktive Einbindung (Partizipation), insbesondere bei der Maßnahmenentwicklung, soll auch die Wirksamkeit der Maßnahmen verbessert werden.

Gesundheitsförderung liefert durch ihre hohe Anschlussfähigkeit an den positiven Gesundheitsbegriff bzw. die salutogenetische Perspektive (vgl. Kapitel 2.1) und die Orientierung an der Lebenswelt einen Ansatz, der sich gut für die Zielpopulation hochbetagter Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen adaptieren lässt.

#### **Anmerkung zum Begriff „Prävention“**

Der Begriff der Prävention bezieht sich auf Interventionen, die auf die Vorbeugung von Krankheit oder die Verminderung ihrer Auswirkungen zielen: „Prävention umfasst alle Aktivitäten mit dem Ziel, Erkrankungen zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen“ (RKI, 2015, S. 241). Dabei liegt dem Konzept der Prävention – wie dem Krankheitsbegriff im Sinne der ICD – eine pathogenetische Perspektive zugrunde, da es letztlich immer um die Identifikation und das Einwirken auf ursächliche Faktoren von Krankheit geht, um ihrer Entstehung oder Verschlimmerung vorzubeugen (Blüher & Kuhlmeier, 2019). Zwar werden unter dem Begriff der *Primärprävention* Maßnahmen gefasst, die bei *gesunden* Menschen Anwendung finden; dennoch bleibt Ausgangspunkt die Krankheit, die auf ursächliche Bedingungen zurückverfolgt wird, damit diese in Zukunft so gestaltet werden können, dass Menschen gar nicht erst erkranken.

Neben der Primärprävention (Maßnahmen *vor* Krankheitsbeginn) stehen – bezogen auf den Krankheitsverlauf – die *Sekundärprävention* (Maßnahmen *im* Frühstadium einer Erkrankung, Früherkennung) und die *Tertiärprävention* (Maßnahmen *bei* einer bereits bestehenden Krankheit [RKI, 2015; BZgA, 2020a]). „Durch Primärprävention soll Gesundheit erhalten und Krankheit möglichst verhindert werden (zum Beispiel durch Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung, von mehr Bewegung oder dem Einüben von Stressbewältigungstechniken, wie auch durch medizinische Maßnahmen wie Impfen). Die Sekundärprävention umfasst gezielte medizinische Untersuchungen, mit denen Entwicklungsstörungen und Krankheiten im Frühstadium erkannt werden sollen. Die möglichst frühzeitige Diagnose soll die Prognose einer Erkrankung verbessern. Ist eine Erkrankung bereits eingetreten, sollen tertiärpräventive Maßnahmen Komplikationen verhindern oder hinauszögern beziehungsweise das Wiederauftreten der Erkrankung verhindern (zum Beispiel durch Patientenschulungen)“ (RKI, 2015, S. 241).

Die der Prävention zugrundeliegende pathogenetische Perspektive deckt sich nur teilweise mit dem in Kapitel 2.1 beschriebenen Gesundheitsbegriff, der sich dadurch auszeichnet, dass Gesundheit nicht nur durch die Abwesenheit von

---

Krankheit definiert wird. Zwar dient die Identifikation krankheitsauslösender Faktoren letztlich auch der Stärkung der Gesundheit. Durch eine rein präventiv orientierte Perspektive würde aber zu sehr auf krankheitsauslösende Momente fokussiert und der erweiterte Blick auf Gesundheit stärkende Faktoren verstellt. Insbesondere im Kontext der stationären Langzeitpflege und der dort vorzufindenden häufig multimorbid erkrankten Zielgruppe erscheint der Begriff der Prävention daher zu eng gefasst und wird in der vorliegenden Expertise nicht verwendet.

Stattdessen wird auf den Begriff der „Gesundheitsförderung“ fokussiert. Dieser ist mit der salutogenetischen Perspektive und dem positiven Verständnis von Gesundheit besser vereinbar (Blüher & Kuhlmeier, 2019). Für die Gesundheitsförderung nach dem salutogenetischen Ansatz ist letztlich unerheblich, ob Krankheit vorgebeugt, frühzeitig erkannt oder ihre Verschlimmerung vermieden werden soll. Da jeder Mensch verschiedene „gesunde und kranke Anteile“ in sich vereint, ist die Abgrenzung der verschiedenen Präventionsansätze hinfällig; vielmehr geht es darum, wie die Gesundheit des einzelnen positiv beeinflusst werden kann – dadurch wird in letzter Konsequenz immer auch mitgedacht, wie Krankheiten oder ihre Verschlimmerung vermieden werden können.

### 2.3 Kognitive Ressourcen

Kognitive Ressourcen entsprechen der Kapazität des menschlichen Gehirns zur höheren Informationsverarbeitung. Sie werden insbesondere zur Bewältigung komplexer Aufgaben im Alltag benötigt. Kognitive Ressourcen können verschiedenen Domänen (z. B. Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Lernen, Gedächtnis, Exekutivfunktionen) zugeordnet werden. Exekutivfunktionen spielen dabei eine zentrale Rolle, indem sie das Zusammenspiel weiterer kognitiver Sub-Domänen unter Berücksichtigung aktueller Aufgaben- und Umweltaforderungen gezielt koordinieren und steuern.

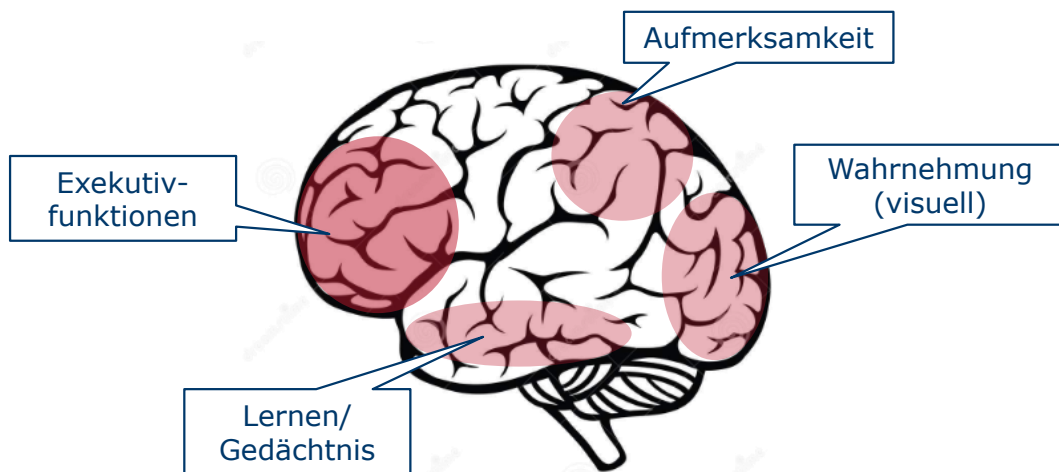
Aufbauend auf dem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit, erfolgt in diesem Kapitel die Definition der für das Handlungsfeld „kognitive Ressourcen“ zentralen Begriffe.

Basierend auf aktuellen Modellen der Psychologie sowie Kognitions- und Neurowissenschaften, kann das menschliche Gehirn als informationsverarbeitendes System verstanden werden, in dem sensorische Informationen durch niedere Input-Systeme aufgenommen (Enkodierung) und von höheren Systemen interpretiert bzw. bewertet und gespeichert werden (Dekodierung), um daraus relevante Handlungsschritte abzuleiten und erforderliche motorische Reaktionen zu initiieren (Handlungsplanung und -steuerung). „Kognitive Ressourcen“ entsprechen der Verarbeitungskapazität in höheren Systemen des menschlichen Gehirns zur Aufnahme, Verarbeitung und

Speicherung von Informationen, die zur Reaktion auf komplexe Umweltaforderungen, bei Herausforderungen und Entscheidungen erforderlich sind (VandenBos, 2015).

Die kognitiven Systeme lassen sich in unterschiedliche Domänen untergliedern, wovon Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Lernen, Gedächtnis und Exekutivfunktionen die wichtigsten sind (Roth, 2001). Diese Domänen lassen sich sowohl psychologisch (Erleben, Verhalten) als auch neuronal (Gehirnaktivität) voneinander differenzieren. Abbildung 2 zeigt eine vereinfachte Zuordnung der Domänen zu spezifischen Hirnarealen.

Abbildung 2: Lokalisation wichtiger kognitiver Funktionen auf zerebraler Ebene



Quelle: IGES; eigene vereinfachte Darstellung

Anmerkung: Die dunklere Färbung von Exekutivfunktionen betont deren zentrale Rolle bei der gezielten, planhaften Steuerung anderer Domänen.

Während die Begriffe „Aufmerksamkeit“, „Wahrnehmung“, „Lernen“ und „Gedächtnis“ laienverständlich sind, bedarf „Exekutivfunktionen“ einer gesonderten Erläuterung. Unter Exekutivfunktionen werden sämtliche höheren kognitiven Prozesse subsumiert, auch Meta-Kognition genannt, die eine zentrale, planhafte und zielbasierte Informationsverarbeitung ermöglichen. Während Informationsverarbeitungsprozesse in den untergeordneten kognitiven Domänen (Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Lernen, Gedächtnis) auch relativ automatisiert stattfinden können, ohne dass eine zielbasierte Steuerung dieser Prozesse erforderlich ist, umfassen Exekutivfunktionen solche Kontroll- und Steuerungsprozesse, die eine flexible, nicht-automatisierte Ausrichtung der Informationsverarbeitung und Handlungssteuerung an wechselnden Umweltaforderungen erlauben. Sie spielen insbesondere beim Problemlösen, vorausschauenden Planen, Lernen und der Ausführung wenig routinierter Handlungsabläufe eine tragende Rolle und bilden somit eine Kernfunktion kognitiver Fähigkeiten (Carlson *et al.*, 2013).

Die Bedeutung von Exekutivfunktionen lässt sich anhand des Autofahrens illustrieren: Während beim Erlernen des Autofahrens die notwendigen Handlungsabläufe ein hohes Maß an Konzentration erfordern, werden sie mit zunehmender Übung relativ mühelos vonstattengehen. Das liegt daran, dass anfangs Exekutivfunktionen für die Kontrolle der neuen Handlungsabläufe benötigt werden (z. B. Kupplung treten – Gang einlegen – Kupplung zurücknehmen – langsam Gaspedal treten), diese mit zunehmender Übung aber soweit automatisiert werden, dass Exekutivfunktionen sukzessive weniger benötigt werden (Automatisierung von Handlungsrouinen).

Zur Erfüllung von Aufgabenanforderungen ist der kontinuierliche Abgleich von Umweltreizen mit Handlungszielen erforderlich. Dazu bedienen die Exekutivfunktionen bei komplexen (neuen) Aufgaben gezielt die untergeordneten kognitiven Domänen und steuern deren notwendigen wechselseitigen Informationsaustausch (z. B. Handlungssequenz zum Anfahren des Autos an der Ampel wird bei Wahrnehmung eines Farbwechsels auf Grün gestartet, beim Einfahren auf die Kreuzung wird die Aufmerksamkeit auf den einfahrenden Gegenverkehr gelenkt, da man beabsichtigt links abzubiegen etc.). Mit zunehmender Übung wird das Zusammenspiel der notwendigen Prozesse in den untergeordneten kognitiven Domänen jedoch soweit automatisiert, dass die Exekutivfunktionen für die Verarbeitung anderer Informationen zur Verfügung stehen. Beispielsweise wird es anfangs noch relativ schwerfallen, weitere Aufgaben neben dem Autofahren gleichzeitig auszuführen, da dies ein zu hohes Maß an Konzentration erfordert – wie z. B. das Einstellen eines Radiosenders während des Fahrens oder das Gespräch mit einer Beifahrerin. Mit zunehmender Übung wird dies aber leichter fallen, da ein Großteil der für das Autofahren erforderlichen Prozesse bereits automatisiert wurde, so dass die Exekutivfunktionen prinzipiell für andere Aufgaben genutzt werden können (Nijboer *et al.*, 2016).

Aus dieser Beschreibung wird auch der Grundgedanke der *Limitation* kognitiver Ressourcen deutlich. Kognitive Ressourcen entsprechen der Verarbeitungskapazität höherer neuronaler Systeme, die grundsätzlich begrenzt ist. Dies trifft nicht nur auf Exekutivfunktionen, sondern auch auf die untergeordneten kognitiven Domänen zu (Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Lernen, Gedächtnis) (vgl. Murphy *et al.*, 2016). Traditionell ist der Ressourcenbegriff in der salutogenetischen Perspektive jedoch *positiv* besetzt, d. h. es geht mehr um die Erschließung von (ungenutzten) Potenzialen als deren Limitation (BZgA, 2020b). Diese Unterschiede reflektieren einen z. T. historisch bedingt stärkeren Fokus auf Defizite einerseits und Potenziale andererseits (vgl. Maddux *et al.*, 2004) – dabei ähnelt das in den Kognitions- und Neurowissenschaften vorherrschende Defizitmodell stark dem bio-medizinischen Gesundheitsbegriff. Der unterschiedliche Fokus bedeutet jedoch nicht, dass in beiden Zusammenhängen von grundsätzlich verschiedenen Dingen die Rede ist – lediglich die Perspektive unterscheidet sich.

---

Während die Leitfrage der Gesundheitsförderung lauten würde, wie verfügbare kognitive Ressourcen optimal im Sinne eines die Gesundheit stärkenden Ansatzes genutzt werden können, lassen sich anhand der komplementären Defizithypothese Erkenntnisse über die genaue Beschaffenheit von Einschränkungen bzw. Erkrankungen generieren, die kognitive Funktionen betreffen. So liefert z. B. in Bezug auf demenzielle Erkrankungen – zu deren Kernsymptomatik kognitive Einschränkungen zählen – das defizit-orientierte Erklärungsmodell v. a. eine genauere Beschreibung des Krankheitsbilds und der zugrundeliegenden abweichenden biologischen Prozesse. Demgegenüber konzentriert sich der salutogenetische Ansatz der Gesundheitsförderung auf die Nutzung vorhandener kognitiver Potenziale.

Dabei ist zu betonen, dass es vorrangig nicht nur um die Förderung (noch) vorhandener kognitiver Ressourcen bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen geht, sondern um die gesundheitsförderliche Wirkung bei hochbetagten Menschen generell, d. h. gerade auch bei Menschen *ohne* demenzielle Erkrankung. Durch den progredienten Verlauf demenzieller Erkrankungen werden erwartungsgemäß die Möglichkeiten zur Förderung kognitiver Ressourcen bei Menschen mit weiter fortgeschrittenen Stadien sogar deutlich begrenzter ausfallen als bei Menschen ohne solche Erkrankungen. Gesundheitsförderliche Maßnahmen für kognitive Ressourcen richten sich so zwar auch an Menschen mit demenziellen Erkrankungen; aufgrund der erweiterten Einflussmöglichkeiten jedoch insbesondere auch an Menschen ohne demenzielle Erkrankungen.

Dem ressourcen-orientierten Ansatz entspricht auf neuronaler Ebene das Konzept der neuronalen Plastizität (Raz & Buhle, 2006; Shaw *et al.*, 1994). Dies meint die bis ins hohe Alter vorhandene Anpassungsfähigkeit des Gehirns – dabei geht es weniger um den Aufbau neuer Zellen (Neurone) als vielmehr die neue Verknüpfung vorhandener Zellen. Auf biologisch-neuronaler Ebene entspräche kognitive Ressourcenförderung so einem Ansatz, der Potenziale v. a. durch den Aufbau neuer neuronaler Verbindungen erschließt. Im Falle demenzieller Erkrankungen würde versucht den neurodegenerativen Prozessen durch die Nutzung der neuronalen Plastizität entgegen zu steuern – was allerdings nur möglich ist, solange es (noch) zu keinem weitreichenden Absterben der Neurone gekommen ist.

Um den Begriff der „kognitiven Ressourcen“ in seiner Gesamtheit zu fassen, muss berücksichtigt werden, dass die bisherige Darstellung in enger Anlehnung des Begriffs an seine neuronalen (biologischen) Grundlagen erfolgt. Diese Art der Erläuterung wurde gewählt, um ein Verständnis für den Kern „kognitiver Ressourcen“ zu entwickeln. Allerdings sollte darüber nicht aus dem Blick geraten, dass erst eine interdisziplinäre und komplementäre natur-, sozial- und geisteswissenschaftliche Betrachtung, die alle drei Dimensionen („bio“, „psycho“ und „sozial“) berücksichtigt, ein umfassendes Verständnis „kognitiver Ressourcen“ ermöglicht. Kognitive Prozesse und ihre Interaktion mit Einflussfaktoren sind zu komplex, als dass sie sich in einem rein biologischen Modell nachvollziehen ließen. Eine umfassende Darstellung kognitiver Ressourcen berücksichtigt daher sowohl

---

die neuronalen Grundlagen als auch übergeordnete, molare Konzepte – wie sie beispielsweise auch „Wahrnehmung“ oder „Gedächtnis“ bereits sind. Die Entwicklung und Erforschung von solchen Konzepten im Bereich der Kognition erfolgte zunächst in anderen als den typischen biomedizinischen Disziplinen, wie etwa der Philosophie oder klassischen Psychologie. Zudem findet Kognition immer in einem sozialen und kulturellen Kontext statt, wobei kontextuelle Einflüsse insbesondere die Inhalte von Kognition prägen und sich nicht immer bis auf die neuronale Ebene nachvollziehen lassen; sie sind deshalb in keinem rein biomedizinischen Modell darstellbar und werden traditionell in sozialwissenschaftlichen Disziplinen erforscht. Die Förderung kognitiver Ressourcen lässt sich somit nicht allein durch die Beobachtung von Reiz-Reaktionsmustern auf neuronaler Ebene (weiter-)entwickeln, sondern bedarf der interdisziplinären Betrachtung auf unterschiedlichen Ebenen.

## 2.4 Psychosoziale Gesundheit

Psychosoziale Gesundheit ist ein Zustand, der nach introspektiven (Erleben) und objektiven Gesichtspunkten (Verhalten, Umwelt) als gesund wahrgenommen wird bzw. gilt. Auf der introspektiven Ebene äußert sich dies insbesondere in einem subjektiv wahrnehmbaren Wohlbefinden; auf der Verhaltensebene meint dies insbesondere die Durchführung selbst gewählter, sozial angemessener Aktivitäten, mit einem besonderen Fokus auf zwischenmenschliche Interaktion. Auf Ebene der Umwelt entspricht dies einer Gestaltung von Kontextfaktoren dahingehend, dass die Entfaltung und Teilhabe von Personen in allen Lebensbereichen, die ihnen wichtig sind, ermöglicht wird.

Aus dem Begriff der „psychosozialen Gesundheit“ im Titel des Handlungsfelds geht bereits unmittelbar hervor, auf welche Aspekte des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit fokussiert wird (vgl. Kapitel 2.1). Dabei entsprechen die psychosozialen Dimensionen zugleich denjenigen, durch die das Konzept der positiven Gesundheit erst definierbar wird: Während die Definition von Gesundheit in der bio-medizinischen Dimension hauptsächlich einem somatischen Normalzustand *ohne* Krankheit entspricht (Pathogenese), erweitern die psychosozialen Dimensionen den Begriff um Kontextfaktoren der Umwelt und Person. Dadurch erhält Gesundheit eine Bedeutung, die über die Abwesenheit von Krankheit (körperlicher Schädigung) hinausgeht. So sind auch für Gesundheitsförderung und die salutogenetische Perspektive – mit ihrem besonderen Fokus auf *empowerment*, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Lebenswelten – die psychosozialen Dimensionen von besonders hoher Relevanz (vgl. Kapitel 2.2).

Die WHO definiert psychosoziale *Funktionen* in der ICF als „sich über das gesamte Leben entwickelnde allgemeine mentale Funktionen, die für das Verständnis und die konstruktive Integration jener mentalen Funktionen erforderlich sind, die zur Bildung interpersoneller Fähigkeiten führen, welche für den Aufbau reziproker

sozialer Interaktionen, die sinnvoll und zweckmäßig sind, benötigt werden“ (WHO, 2001, S. 53). Psychosoziale Gesundheit kann vor diesem Hintergrund definiert werden als Zustand, in dem relevante geistige Funktionen für den Aufbau sozialer Interaktionen sinnvoll eingesetzt werden. Damit fokussiert die ICF v. a. auf die *soziale* Dimension des psychosozialen Gesundheitsbegriffs (soziale Gesundheit), d. h. wie eine Person mit anderen Menschen zurechtkommt, wie andere Menschen auf diese Person reagieren und wie sie mit sozialen Normen und Institutionen umgeht (Russel, 1973). Der Fokus der ICF auf die soziale Dimension erklärt sich durch deren vorrangig funktionale Perspektive, d. h. welchem Verhalten bzw. welchem Ziel psychosoziale Funktionen letztlich dienen. Die Funktion relevanter psychischer Systeme liegt hier vorrangig darin, bestimmte Zustände in der Umwelt herbeizuführen, d. h. konkret, soziale Beziehungen zu etablieren.

Ein weiteres wichtiges Konstrukt im Zusammenhang der (psycho-)sozialen Gesundheit, auf das auch der Leitfaden nach § 5 SGB XI explizit Bezug nimmt, ist das der *sozialen Teilhabe*<sup>1</sup>: „Pflegebedürftige sind aufgrund körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf Hilfe [...] bei sozialer Teilhabe angewiesen“ (GKV-Spitzenverband, 2020a, S. 4). Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe pflegebedürftiger Personen an sozial anerkannten Aktivitäten zielen direkt auf die psychosoziale Gesundheit (ebenda, S. 18). Teilhabe ist auch in der ICF ein zentraler Begriff: „Beeinträchtigungen der Teilhabe [somit der sozialen Gesundheit] sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation erlebt“ (WHO, 2001, S. 16). Psychosoziale Gesundheit ist somit ein Zustand, in dem eine Person „ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen [...] erwartet wird“ (ebenda, S. 4). Eine wichtige Rolle spielt dabei eine förderliche Gestaltung von Umweltbedingungen dahingehend, dass die Entfaltung und Teilhabe (trotz etwaiger funktionaler Beeinträchtigungen) ermöglicht wird. Die Gesundheitsförderung zielt so letztlich auch auf eine gesundheitsförderliche Ausrichtung von Umweltbedingungen für Menschen.

Soziale Teilhabe, als ein Teilaspekt psychosozialer Gesundheit, beschränkt sich nicht auf das Einbezogenensein in soziale Interaktionen. Zwar ist dies eine wichtige Komponente des Teilhabebegriffs. Soziale Teilhabe bezieht sich aber auf sämtliche Bereiche der sozialen Lebenssituation eines Menschen. Dabei wird die soziale Lebenssituation sowohl durch biographische als auch kulturelle Normen definiert: Z. B. befindet sich eine Person bei Erreichen des schulfähigen Alters oder bei Abschluss der Berufsausbildung in einer anderen sozialen Lebenssituation mit

---

<sup>1</sup> Der hier benutzte allgemeinere Begriff der Teilhabe ist von dem leistungsrechtlichen Begriff der Teilhabe des SGB IX zu unterscheiden – diese sind nicht gleichbedeutend. Zur Abgrenzung vom leistungsrechtlichen Begriff der Teilhabe wird in der deutschen Übersetzung der ICF der Begriff „Partizipation [Teilhabe]“ verwendet. Da Partizipation im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention jedoch wiederum anders besetzt ist, wird im Folgenden von Teilhabe gesprochen.

---

bestimmten gesellschaftlichen Erwartungen als eine hochbetagte Person nach Beendigung ihres Erwerbslebens. Soziale Teilhabe beschreibt so einen Zustand, in dem Menschen mit Beeinträchtigungen in für sie relevanten Lebensbereichen wie Gemeinschaft, Kultur, Mitbestimmung oder Politik in demselben Maße einbezogen sind, wie bei Personen (in einem vergleichbaren Lebensabschnitt) ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung zu erwarten wäre. Durch das Moment der „Erwartung“ wird eine Kalibrierung auf spezifische Lebenssituationen bzw. verschiedene Zielgruppen, auch z. B. von hochbetagten Menschen, möglich. Der Leitfaden Prävention spricht in diesem Zusammenhang von der Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen an „sozial anerkannten Aktivitäten“ (GKV-Spitzenverband, 2020a, S. 18). Teilhabe meint so die Einbindung in relevante Lebensbereiche, wie sie entsprechend der altersgemäßen sozialen Lebenssituation der Zielgruppe zu erwarten wäre. Dabei kann diese Teilhabe/Einbindung durch bestehende Umweltbedingungen gefördert oder behindert werden.

Die in den vorangehenden Abschnitten behandelte soziale Dimension entspricht allerdings nur einem Teilaspekt der psychosozialen Gesundheit. Hinzu kommt die *psychische* Dimension. Während „soziale Gesundheit“ in der Nomenklatur der WHO nicht als fester Begriff auftaucht, wird der Terminus „psychische Gesundheit“ (*mental health*) auch als eigenständiger Begriff geführt. Dieser wird analog zum allgemeinen Gesundheitsbegriff von der WHO wie folgt definiert (WHO, 2019b): „Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“. Dabei wird die psychische Gesundheit genauso wie der allgemeine Gesundheitsbegriff in das bio-psycho-soziale Modell eingeordnet: „Psychische Gesundheit und Wohlbefinden werden nicht nur durch individuelle Merkmale [genetische und biologische Eigenschaften] beeinflusst, sondern auch durch die sozialen Umstände, in denen sich Menschen befinden, und die Umgebung, in der sie leben. Diese Determinanten interagieren dynamisch und können den psychischen Zustand einer Person bedrohen oder schützen“ (WHO, 2019b).

Vor diesem Hintergrund lässt sich das „psychische“ Moment im Begriff der psychischen Gesundheit der WHO jedoch nicht länger ‚nur‘ als eine der drei Dimensionen von Gesundheit deuten, sondern wird selbst zum Substrat der Wechselwirkung der drei Dimensionen (bio-psycho-sozial). Dies erklärt sich durch die enge wechselseitige Beziehung der Dimensionen, wodurch sich ein Zustand, der primär einer Dimension zuzuordnen ist (hier „psychisch“), grundsätzlich auch als Zustand an der Schnittstelle der Wechselwirkungen der drei Dimensionen darstellen lässt. Für eine trennschärfere Begriffsbestimmung soll an dieser Stelle psychische Gesundheit aber möglichst isoliert, d. h. vorrangig im Kontext der psychischen Dimension betrachtet werden, ohne allzu sehr auf Aspekte der anderen beiden Dimensionen („bio“, „sozial“) abzuheben.

Dazu kann die psychische Dimension in enger Anlehnung an die Psychologie als die Dimension des Erlebens und Verhaltens definiert werden. Erleben ist nur durch

---



Introspektion zugänglich. Aussagen zum subjektiven Wohlbefinden erhält man nur, wenn Betroffene zum Erleben ihres gesundheitlichen Zustandes befragt werden. Dabei beschränkt sich der Gesundheitsbegriff auch hier nicht auf die subjektive Wahrnehmung somatischer Beschwerden (z. B. Schmerz), sondern umfasst auch die subjektive Wahrnehmung bzw. das Belastungsempfinden in Bezug auf eigene Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und soziale Beziehungen (WHO, 2019b). Verwandte Konstrukte sind z. B. die selbstberichtete Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Stresserleben oder das Kohärenzgefühl, die mal mehr mal weniger direkter Ausdruck von Gesundheitserleben sind, zumindest aber mit ihm in enger Beziehung stehen (Mittelmark & Bauer, 2017).

Zum Begriff der psychischen Gesundheit gehört, neben dem gesundheitsbezogenen subjektiven *Erleben*, auch das gesundheitsbezogene objektive *Verhalten* des Individuums, da zur vollständigen psychologischen Beschreibung – neben dem introspektiv erlebten Zustand – immer auch nach außen sichtbare Verhaltensäußerungen gehören. Konstrukte, die stärker auf gesundheitsbezogenes Verhalten abheben, sind z. B. die fremdeingeschätzte Lebensqualität, soziale Kompetenz oder Resilienz (Eriksson & Lindström, 2011; Rutter, 2012; ferner auch das hier so zentrale Konzept der sozialen Teilhabe – wobei hier auch das subjektive Erleben eine wichtige Rolle spielt (vgl. Kapitel 3.5.2.1). Auch die Gesundheitsförderung zielt letztlich auf eine gesundheitsförderliche Ausrichtung des *Verhaltens* von Menschen. Es ist jedoch zu betonen, dass sich alle der beispielhaft genannten gesundheitsbezogenen Konstrukte, die stärker auf das Verhalten zielen, auch auf Ebene des Erlebens operationalisieren ließen (das gilt im Umkehrschluss *nicht* immer für die auf Erleben abhebenden Konstrukte, wenn sie nur durch Introspektion erfahrbar sind).

Für die Beschreibung der psychischen Dimension des Gesundheitsbegriffs sind Erlebens- und Verhaltensebene sowohl gemeinsam als auch unabhängig voneinander zu betrachten. Zwar wird das menschliche Verhalten immer von einem mehr oder minder bewussten Erleben begleitet bzw. wird, anders herum, Erleben immer von Verhalten begleitet (auch einfaches „Herumsitzen und Nichtstun“ entspricht einem Verhalten); dennoch stehen Erleben und Verhalten nicht immer in einer unmittelbaren und kongruenten Beziehung zueinander; d. h., dass ein als belastend empfundenen Erleben sich nicht immer in als belastend empfundenen Verhaltensweisen äußern muss bzw., andersherum, ein als (v. a. von anderen) als belastend empfundenen Verhalten sich nicht immer in einem als belastend empfundenen (eigenen) Erleben äußern muss. Für den Zustand psychosozialer Gesundheit gilt jedoch, dass er sich – aufgrund der gleichwertigen Relevanz von Erleben *und* Verhalten – sowohl durch gesundes Erleben als auch gesundes Verhalten auszeichnet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Begriff der psychosozialen Gesundheit – anders als der bio-medizinische Gesundheitsbegriff (Abwesenheit von Schädigung körperlicher Funktionen) – in Abhängigkeit gesellschaftlicher Normen und Konventionen variiert und somit kultur- und zeitabhängig stärker wandelbar ist.

Die Leitfrage der Gesundheitsförderung, wie verfügbare psychosoziale Ressourcen optimal im Sinne eines die Gesundheit stärkenden Ansatzes genutzt werden können, ist mit der hier dargelegten Definition psychosozialer Gesundheit direkt anschlussfähig. Die komplementäre Perspektive der Pathogenese liefert darüber hinaus Erkenntnisse insbesondere über affektive Erkrankungen. So liefert z. B. in Bezug auf depressive Erkrankungen oder Angststörungen – zu deren Kernsymptomatik Einschränkungen psychosozialer Funktionen zählen, insbesondere in Form subjektiv empfundener Belastungen – das defizit-orientierte Erklärungsmodell v. a. eine genauere Beschreibung der Krankheitsbilder und der zugrundeliegenden abweichenden biologischen Prozesse. Dabei ist zu betonen, dass die Gesundheitsförderung nicht allein auf die (Re-)Aktivierung psychosozialer Funktionen bei Menschen mit affektiven Erkrankungen zielt, sondern gerade auch auf die protektive Wirkung bei Menschen ohne solche Erkrankungen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die auf die psychosoziale Gesundheit zielen, richten sich so sowohl an Menschen mit affektiven Erkrankungen als auch an Menschen ohne diese Erkrankungen.

---

### **3. Bestehende Angebote bzw. Ansätze**

Die Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit sind Ziele, mit denen sich verschiedene Fachdisziplinen beschäftigen und zu deren Erreichung bereits eine Vielzahl von Angeboten bzw. Ansätzen existiert. Um die bestehende Landschaft zu verstehen, wurde eine Desktop Recherche durchgeführt und Interviews mit Expertinnen und Experten (vgl. Anhang A1) geführt.

Es wurden bestehende Angebote gemäß § 5 SGB XI in den Handlungsfeldern „kognitive Ressourcen“ und „psychosoziale Gesundheit“ recherchiert (Kapitel 3.1). Weiterhin bilden Ansätze der Pflege zur Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit einen wichtigen Kontext (Kapitel 3.2). Neben der pflegerischen Versorgung stehen der Bewohnerschaft stationärer Pflegeeinrichtungen medizinische und rehabilitative Leistungen zur Verfügung, die ebenfalls auf die Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit abzielen können (Kapitel 3.3 und 3.4). Zusätzlich wurden Ansätze der Eingliederungshilfe recherchiert (Kapitel 3.5), auch wenn es nur z. T. Überschneidungen in der Zielgruppe gibt (von Behinderung betroffene bzw. bedrohte Menschen versus von Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen). Die Eingliederungshilfe geht von einem bio-psycho-sozialen, kontextuellen Behinderungsbegriff aus und verfolgt eine starke Personenzentrierung mit Fokus auf die Schaffung verbesserter Voraussetzungen für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Hieraus ergeben sich hilfreiche Hinweise, insbesondere für das Handlungsfeld „psychosoziale Gesundheit“.

Leistungen gemäß § 5 SGB XI sollen den Ansatz der Organisationsentwicklung nutzen, um Strukturen und Prozesse in Pflegeeinrichtungen so zu verändern, dass z. B. kognitive Ressourcen und die psychosoziale Gesundheit der Bewohnerschaft gefördert werden. Vor diesem Hintergrund wurde recherchiert, in welchen Kontexten bisher Organisationsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen genutzt wurde (Kapitel 3.6).

#### **3.1 Angebote gemäß § 5 SGB XI**

Pflegekassen sollen seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen (§ 5 SGB XI). Der gesetzliche Auftrag an die Pflegekassen lautet „unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten [zu] entwickeln sowie deren Umsetzung [zu] unterstützen“. Vor diesem Hintergrund laufen derzeit mehrere Projekte bzw. wurden bereits abgeschlossen.

##### **3.1.1 Übersicht der Angebote**

Der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ (GKV-Spitzenverband 2020a) legt die Kriterien fest, nach denen Pflegekassen

---

Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen. Er wird durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen erstellt und weiterentwickelt.

Der Leitfaden beschreibt die Aufgaben der Pflegekassen bei der Umsetzung von Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen wie folgt: „Pflegekassen sollen ihre Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Beratung von Pflegeeinrichtungen und durch Unterstützung mittels Einbringen von Ressourcen erfüllen. Mögliche Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI im Setting Pflegeeinrichtung können darüber hinaus z. B. Moderation und Projektmanagement sein; ebenso können Pflegekassen qualitätsgesicherte Konzepte und Programme unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der jeweiligen Pflegeeinrichtung entwickeln und umsetzen. Darüber hinaus können Pflegekassen von Dritten entwickelte bzw. vorgeschlagene Konzepte berücksichtigen“ (GKV-Spitzenverband 2020a, S. 11). Die Pflegekassen können zur Umsetzung dieser Aufgaben eigene Fachkräfte oder beauftragte Dritte einsetzen. Kritisch ist die nachhaltige Implementierung von Veränderungen.

Als grundsätzliches Vorgehen für Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen sieht der Leitfaden einen Gesundheitsförderungsprozess vor, der aus sechs Phasen besteht:

- ◆ Vorbereitungsphase
- ◆ Nutzung von Strukturen
- ◆ Analyse
- ◆ Maßnahmenplanung
- ◆ Umsetzung
- ◆ Evaluation.

In allen sechs Phasen sollen die Prinzipien der Partizipation und des Empowerments berücksichtigt werden. Ferner soll eine kontinuierliche Information aller Beteiligten in den Pflegeeinrichtungen erfolgen. Im Anschluss an die Evaluation kann erneut der Einstieg in die Analysephase erfolgen und somit ein Zyklus kontinuierlicher Verbesserung fortgeschrieben werden. Durch den Gesundheitsförderungsprozess sollen im Sinne einer „gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung“ (Faller 2017, S. 29) die Strukturen und Prozesse der Pflegeeinrichtungen so verändert werden, dass sie der Förderung der Gesundheit möglichst dienlich sind.

Die gesetzlichen Vorgaben und deren Konkretisierung im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sehen explizit vor, dass die Pflegekassen „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ bzw. „Interventionskonzepte für

die Lebenswelt der stationären Pflegeeinrichtungen“ *entwickeln* bzw. *weiterentwickeln*. Die Pflegekassen werden so dazu ermuntert den Entwicklungsauftrag innovativ und kreativ umzusetzen. Die nachfolgenden Vignetten ausgewählter Angebote der Pflegekassen gemäß § 5 SGB XI zeigen, dass die Pflegekassen diese Möglichkeit zur Innovation nutzen und eine Reihe unterschiedlicher Angebote entwickeln.

### 3.1.2 Vignetten ausgewählter Angebote

Die Recherche identifizierte 25 Angebote gemäß § 5 SGB XI, welche sich auf die Handlungsfelder „kognitive Ressourcen“ oder „psychosoziale Gesundheit“ (und ggf. weitere) beziehen. Die Vignetten wurden auf Basis öffentlich zugänglicher Informationen erstellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die öffentlich zugänglichen Informationen häufig im Sinne von Marketingmaterial aufbereitet sind. Dies erschwert z. T. die neutrale Darstellung dessen, was in den einzelnen Angeboten tatsächlich umgesetzt und erreicht wurde.

#### 3.1.2.1 Aktiviert, gestärkt und zufrieden

<b>Name</b>	Aktiviert, gestärkt und zufrieden (Arbeitstitel)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)</li> <li>◆ Team Gesundheit – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Stationäre Pflegeeinrichtungen; bundesweit
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft, Mitarbeitende und Angehörige
<b>Ziel</b>	Stärkung der Resilienz als Teilaspekt der psychosozialen Gesundheit, insbesondere vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie.
<b>Beschreibung</b>	<p>Die Zielgruppen werden mittels verschiedener zielgruppengerecht aufbereiteter Medien angesprochen:</p> <p>In den Einrichtungen werden Plakate mit gesundheitsförderlichen Botschaften aufgehängt, die sich an Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeitende richten. Den Bewohnerinnen und Bewohnern wird zudem Information zu COVID-19 in Form eines Bilderbuchs vermittelt; sie werden darin über das Virus und dessen Folgen aufgeklärt, um Verständnis für getroffene Schutzvorkehrungen in den Einrichtungen zu entwickeln. Zur Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden werden Impulse im Arbeitsalltag gesetzt, z. B. durch Plakate. Zudem werden die Mitarbeitenden mittels Audiodateien dazu ermuntert, Maßnahmen der „Kurzaktivierung“ mit Bewohnerinnen und Bewohner im Alltag einzubauen. Angehörige können vorgefertigte Postkarten oder Fotos schicken.</p>

	Die entwickelten Materialien stehen sowohl als Druckexemplare als auch online zur Verfügung. Das Projekt läuft aktuell.
<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen (noch) keine Informationen zur Wirksamkeit vor bzw. sind diese nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<a href="https://www.gesunde-lebenswelten.com/">https://www.gesunde-lebenswelten.com/</a> (letzter Abruf: 26.11.2020; Aktualisierung der Website steht noch aus) <a href="https://teamgesundheit.de/">https://teamgesundheit.de/</a> (letzter Abruf: 26.11.2020)

### 3.1.2.2 Beteiligt sein & mitbestimmen

<b>Name</b>	Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen „Beteiligt sein & mitbestimmen“
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ BARMER (Landesvertretung Niedersachsen/Bremen)</li> <li>◆ pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.</li> <li>◆ Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen. e. V.</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Fünf stationäre Pflegeeinrichtungen; Niedersachsen
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft, Mitarbeitende
<b>Ziel</b>	Anstoßen eines Analyse- und Entwicklungsprozesses zur systematischen Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung für die Bewohnerschaft.
<b>Beschreibung</b>	<p>Das Projekt folgte dem Gesundheitsförderungsprozess laut Leitfaden Prävention. Die Entwicklung konkreter Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner erfolgte partizipativ; in den Prozess wurden Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Leitungs-, Pflege- und Betreuungskräfte einbezogen. Ausgangspunkt war eine Bedarfs- und Ressourcenanalyse in Fokusgruppen. Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden den Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen sowie Mitarbeitenden in Projektwerkstätten präsentiert und es wurden Handlungsfelder ausgewählt. Davon ausgehend entwickelten kleinere Gruppen, die mindestens zur Hälfte aus Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Angehörigen bestanden, ein bis drei Projekte je Einrichtung.</p> <p>Die Projekte hießen: „Beauty-Tag“, „Bewegte Einrichtung“, „Darf ich bitten? Tanztee in der AWO Residenz“, „Förderung von Selbstbestimmung und Partizipationsmöglichkeiten der Bewohner*innen durch Qualifizierung der Mitarbeiter und Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen“, „Unser Garten“, „Mobil im</p>

	<p>Stadtbezirk“, „Die Patenschaft“ (für neu einziehende Bewohnerinnen und Bewohner), „Psychosoziale Gesundheit durch aktive und selbstständige Alltagsgestaltung“.</p> <p>Das Projekt wurde vom 01.02.2017 bis 31.01.2019 durchgeführt.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Zur Evaluation des Projekts wurden Reflexionsworkshops durchgeführt. Die Mitarbeitenden und die Bewohnerschaft diskutierten darin ihre Erfahrungen mit dem Projekt. Die berichteten Erfahrungen fielen überwiegend positiv aus. Auch die LVG &amp; AFS und pro familia, die die Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen begleiteten, bewerteten die Zusammenarbeit mit den beteiligten Pflegeheimen positiv.</p> <p>Es wird keine Wirksamkeitsüberprüfung anhand quantitativer Ergebnisindikatoren berichtet.</p>
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/as/Barmer_Broschuere_web.pdf">https://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/as/Barmer_Broschuere_web.pdf</a> (letzter Abruf: 26.11.2020)</p>

### 3.1.2.3 Clownsvisite

<b>Name</b>	Clownsvisite; „Clowns geben Kraft“
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ BKK VBU</li> <li>◆ Rote Nasen Deutschland e. V.</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Zwei stationäre Pflegeeinrichtungen; Berlin, Brandenburg
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft
<b>Ziel</b>	Stärkung der psychosozialen Gesundheit durch Wertschätzung und Freude.
<b>Beschreibung</b>	<p>Die Bewohnerschaft bekommt regelmäßig Besuch von den Clowns der gemeinnützigen Organisation Rote Nasen Deutschland e. V. Die Besuche richten sich insbesondere an Bewohnerinnen und Bewohner mit starken Einschränkungen bei der selbstständigen Alltagsgestaltung.</p> <p>Das Projekt läuft aktuell.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Informationen zur Wirksamkeit werden in Form positiver Rückmeldungen bzw. Reaktionen der Bewohnerinnen und Bewohner berichtet.
<b>Finanzierung</b>	unbekannt
<b>Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit

<b>Quellen</b>	<a href="https://www.meine-krankenkasse.de/ueber-die-bkk-vbu/unsere-verantwortung/praevention-in-der-pflege/">https://www.meine-krankenkasse.de/ueber-die-bkk-vbu/unsere-verantwortung/praevention-in-der-pflege/</a> (letzter Abruf: 26.11.2020)
----------------	---

#### 3.1.2.4 CaResource

<b>Name</b>	CaResource: Langzeitpflege gestalten, Gesundheit fördern, Menschen befähigen
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Techniker Krankenkasse (Bayern)</li> <li>◆ Technische Universität (TU) München</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Sechs stationäre Pflegeeinrichtungen; Großraum München, Bayern
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz, Mitarbeitende
<b>Ziel</b>	Entwicklung eines Konzepts unter Beteiligung aller Menschen in der Einrichtung, das an den Verhältnissen ansetzt und die körperlichen und psychischen Belastungen für die Mitarbeitenden reduziert sowie die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner verbessert.
<b>Beschreibung</b>	<p>Das Präventionskonzept wird partizipativ und ergebnisoffen unter Anwendung des Gesundheitsförderungsprozesses laut Leitfaden Prävention entwickelt. Dazu arbeiten Mitarbeitende, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige in Workshops und einem Steuerungsgremium zusammen.</p> <p>Übergeordnet wird es in allen Einrichtungen darum gehen, wie die Verhältnisse so verändert werden können, dass sich die soziale Interaktion innerhalb der Bewohnerschaft verbessert, sie zu körperlicher und kognitiver Aktivität angeregt werden und das Leben in der Einrichtung als lebenswert erachten. Zudem sollen die Ressourcen der Mitarbeitenden gestärkt werden.</p> <p>Darüber hinaus wird im Rahmen des Projekts in den Einrichtungen das Programm „Gesundheit in Bewegung 2.0“ (<a href="https://www.facultas.at/item/32102557">https://www.facultas.at/item/32102557</a>) umgesetzt. Darin führen Bewohnerinnen und Bewohner in Anknüpfung an ihre individuellen Biographien Bewegungsübungen durch.</p> <p>Das Projekt läuft aktuell.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Informationen zur Wirksamkeit liegen (noch) nicht vor bzw. sind nicht bekannt. Die wissenschaftliche Begleitung wird Ende 2021 beendet.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<a href="https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesunder-arbeitsplatz/gesundheitsfoerderung-in-bayerns-pflegeheimen-2072872">https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesunder-arbeitsplatz/gesundheitsfoerderung-in-bayerns-pflegeheimen-2072872</a> (letzter Abruf: 26.11.2020)



## 3.1.2.5 Gemeinschaft Leben

<b>Name</b>	Gemeinschaft Leben Es handelt sich um ein Projekt unter der Dachmarke „Gesund im Pflegeheim“ der BKK Mobil Oil.
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ BKK Mobil Oil</li> <li>◆ Schattenspringer GmbH</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Drei stationäre Pflegeeinrichtungen; Hamburg
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft Mitarbeitende und Angehörige im Rahmen von Multiplikatorenschulungen
<b>Ziel</b>	Förderung des persönlichen Wohlbefindens, des Selbstbewusstseins und der sozialen Integration. Weiterentwicklung der Qualifikation von Mitarbeitenden.
<b>Beschreibung</b>	Durch den Kontakt der Bewohnerinnen und Bewohner zur Natur soll die psychosoziale Gesundheit positiv beeinflusst werden.  Das Projekt umfasst mehrere Maßnahmen: Jahreszeitabhängige Projekte mit Naturmaterialien (z. B. Bepflanzung von Hochbeeten); Erlebnispädagogik/Aktivitäten in der Natur; Gruppenaktivitäten mit Basteln und Handwerk (z. B. Vogelhäuser, Weihnachtskränze); Schulung der Mitarbeitenden und Angehörigen zur nachhaltigen Integration des Projekts in der Einrichtung.  Das Projekt läuft aktuell.
<b>Wirksamkeit</b>	Informationen zur Wirksamkeit liegen (noch) nicht vor bzw. sind nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<a href="https://www.bkk-mobil-oil.de/gesund-und-fit/gesund-im-pflegeheim/gemeinschaft-leben.html">https://www.bkk-mobil-oil.de/gesund-und-fit/gesund-im-pflegeheim/gemeinschaft-leben.html</a> (letzter Abruf: 03.12.2020)

## 3.1.2.6 gesaPflege

<b>Name</b>	gesPflege – gesund alt werden in der stationären Pflege
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ kassenübergreifend: Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen in NRW; federführend: AOK Rheinland/Hamburg, BARMER</li> <li>◆ BGF – Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung</li> <li>◆ Technische Universität Chemnitz</li> <li>◆ Team Gesundheit – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH</li> </ul>

<b>Einrichtungen</b>	Acht stationäre Pflegeeinrichtungen; Nordrhein-Westfalen
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft, Mitarbeitende
<b>Ziel</b>	<p>Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen für die beiden Zielgruppen.</p> <p>Längerfristig: Entwicklung eines Handlungsleitfadens, der in konkrete Handlungsempfehlungen entsprechend der Bedarfe von Einrichtungen übersetzt wird.</p>
<b>Beschreibung</b>	<p>Das Projekt folgt dem Gesundheitsförderungsprozess laut Leitfaden Prävention. Die bestehenden Strukturen und Prozesse werden analysiert, um sie dem Bedarf entsprechend für die Einrichtungen weiterzuentwickeln. Dazu kommen zunächst Vertreter der Zielgruppen (Einrichtungsleitung, Wohnbereichsleitung, Personalvertretung, Bewohnervertretung) in regelmäßigen Steuerungsgremien und Workshops zusammen, um zu eruieren wie die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und die Lebensbedingungen der Bewohnerinnen und Bewohner gesundheitsförderlich gestaltet werden können.</p> <p>Zur Planung von Maßnahmen werden qualitäts- und wissenschaftlich gesicherte Konzepte recherchiert und zu Interventionsmodulen für die relevanten Handlungsfelder adaptiert. Zur Maßnahmenumsetzung werden Multiplikatoren in den Einrichtungen qualifiziert. Je Einrichtung sollen zwei Maßnahmen umgesetzt werden.</p> <p>Am Ende des Projekts werden die Ergebnisse und Erkenntnisse in einem praxisorientierten Handlungsleitfaden festgehalten, der von allen stationären Pflegeeinrichtungen genutzt werden kann.</p> <p>Das Projekt ist Ende 2017 gestartet mit einer Projektlaufzeit von drei Jahren.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Informationen zur Wirksamkeit liegen (noch) nicht vor bzw. sind nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Noch offen
<b>Quellen</b>	<a href="https://www.gesapflege.de/">https://www.gesapflege.de/</a> (letzter Abruf: 03.12.2020)

### 3.1.2.7 Gesunde Pflegeeinrichtung

<b>Name</b>	Gesunde Pflegeeinrichtung
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ AOK Rheinland/Hamburg</li> <li>◆ Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF-Institut)</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Stationäre Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft, Mitarbeitende

<b>Ziel</b>	<p>Entwicklung von Maßnahmenbündeln (Modulen) in den Handlungsfeldern des Leitfadens gem. § 5 SGB XI sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung.</p> <p>Verbesserung der gesundheitlichen Situation („mobilere, aktivere und geistig fittere Bewohner“), Stärkung physischer und psychischer Ressourcen und Fähigkeiten, Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens („Zufriedenheit“) von Bewohnerinnen und Bewohnern; Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten („Zufriedenheit“, „attraktiver Arbeitgeber“).</p>
<b>Beschreibung</b>	<p>Die AOK Rheinland/Hamburg hat für vier Handlungsfelder des Leitfadens Module entwickelt, die von Einrichtungen kostenfrei genutzt werden können:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Sicher und mobil bleiben</i> zielt auf das Handlungsfeld „körperliche Aktivität“</li> <li>◆ <i>Gesunde Ernährung</i> zielt auf das Handlungsfeld „Ernährung“</li> <li>◆ <i>Spielerisch den Geist trainieren</i> zielt auf das Handlungsfeld „kognitive Ressourcen“</li> <li>◆ <i>Würdevolles Miteinander</i> zielt auf das Handlungsfeld „Prävention von Gewalt“</li> </ul> <p>Darüber wird auch die betriebliche Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen durch eigene Module weiterentwickelt (Module umfassen z. B. „Selbstreflexionsübungen“, „Kollegiale Beratung“, „Empathie in der Pflege“, „Kurzentspannung – eine Anleitung“).</p> <p>Relevante Materialien stehen in der „Pflegetheke“ zum Download bereit.</p> <p>Zudem bietet die AOK Rheinland/Hamburg an, die Umsetzung in den Einrichtungen zu begleiten (angelehnt an den Gesundheitsförderungsprozess laut Leitfaden Prävention: Bedarfsanalyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung). Interessierte Einrichtungen schließen dazu mit der AOK Rheinland/Hamburg eine sog. „Gesundheitspartnerschaft“, womit sich die Einrichtung dazu bereit erklärt, gesundheitsförderliche Strukturen und Prozesse zu implementieren.</p> <p>Das Projekt läuft aktuell.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Informationen zur Wirksamkeit liegen (noch) nicht vor bzw. sind nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.aok.de/pk/rh/inhalt/gesunde-pflegeeinrichtung/">https://www.aok.de/pk/rh/inhalt/gesunde-pflegeeinrichtung/</a> (letzter Abruf: 03.12.2020)</p>

## 3.1.2.8 Heimvorteil

<b>Name</b>	Heimvorteil – Ideenwettbewerb für mehr Gesundheit Es handelt sich um ein Teilprojekt innerhalb des Projekts SaluPra (vgl. 3.1.2.20) unter der Dachmarke „Gesunde Lebenswelten“.
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verband der Ersatzkasse e. V. (vdek)</li> <li>◆ Stationäre Pflegeeinrichtungen verschiedener Träger</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Stationäre Pflegeeinrichtungen; bundesweit
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft
<b>Ziel</b>	<p>Entwicklung von Maßnahmen, die bundesweit in weiteren Einrichtungen langfristig Anwendung finden können.</p> <p>Entwicklung von Praxisleitfäden für Präventionsmaßnahmen in den Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.</p>
<b>Beschreibung</b>	<p>Bundesweit waren Pflegeeinrichtungen dazu aufgerufen, Ideen für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderungen in stationären Pflegeeinrichtungen einzureichen (Juni bis September 2017). Geeignete Ansätze wurden von Gesundheitsexpertinnen und -experten ausgewählt und gemeinsam mit den Einrichtungen weiterentwickelt (Oktober 2017 bis Januar 2018). Auf diese Weise entstanden 14 Maßnahmen in 20 Einrichtungen. Im September 2018 wurden die besten drei Projekte vom vdek ausgezeichnet: Dabei handelt es sich um ein Projekt zur Gewaltprävention in Pflegeeinrichtungen („Professioneller Umgang mit Gewaltsituationen in der Pflege“), ein Konzept für Pflegebedürftige aus ländlichen Regionen („Landleben“) sowie eine „Mobile Koch- und Backstation“.</p> <p>Kriterien zur Auswahl der besten Projekte orientierten sich am Bezug zu mindestens einem der fünf Handlungsfelder des Leitfadens gem. § 5 SGB XI, einer möglichst breiten Zielgruppe, der Ausrichtung an den Fähigkeiten von Bewohnerinnen und Bewohnern, Ansätzen zur langfristigen Implementierung sowie dem Einbezug verschiedener Akteure aus Pflegeeinrichtungen.</p> <p>Auf Grundlage der ausgewählten Projekte werden in einem nächsten Schritt Praxisleitfäden für Präventionsmaßnahmen in den definierten Handlungsfeldern entwickelt. Die Praxisleitfäden führen Schritt für Schritt durch den Gesundheitsförderungsprozess und können zukünftig zur standardisierten Umsetzung von Präventionsvorhaben dienen.</p> <p>Das Projekt lief von Juni 2017 bis Juni 2018. Eine Veröffentlichung der Praxisleitfäden war für 2020 geplant, ist nach aktueller Information aber noch nicht erfolgt.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen (noch) keine Informationen zur Wirksamkeit vor bzw. sind diese nicht bekannt.

<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Zunächst ergebnisoffen; Gewinner des Ideenwettbewerbs: psychosoziale Gesundheit („Landleben“)
<b>Quellen</b>	<a href="https://www.vdek.com/vertragspartner/Praevention/wettbewerb-heimvorteil.html">https://www.vdek.com/vertragspartner/Praevention/wettbewerb-heimvorteil.html</a> (letzter Abruf: 03.12.2020) <a href="https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-im-pflegeheim/heimvorteil/">https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-im-pflegeheim/heimvorteil/</a> (letzter Abruf: 03.12.2020)

### 3.1.2.9 ICE-PfleGesund

<b>Name</b>	ICE-PfleGesund; das Akronym „ICE“ steht für „Implementation, Coaching und Entwicklung“. Es handelt sich um ein Teilprojekt innerhalb des Projekts SaluPra (siehe 3.1.2.21) unter der Dachmarke „Gesunde Lebenswelten“.
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)</li> <li>◆ Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH (BBI)</li> <li>◆ Medizinische Hochschule Hannover (MHH)</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	22 stationäre Pflegeeinrichtungen; bundesweit
<b>Zielgruppe</b>	Mitarbeitende im Rahmen von Multiplikatorenschulungen; Qualitätsmanagement-Beauftragte; externe Beraterinnen und Berater
<b>Ziel</b>	Implementierung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in die Führungs- und Steuerungssysteme von Pflegeeinrichtungen, insbesondere das Qualitätsmanagementsystem, im Sinne einer nachhaltig gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung. Qualifizierung der Mitarbeitenden sowie von (externen) Fachberaterinnen und -beratern.
<b>Beschreibung</b>	Das Projekt erarbeitete Ansätze zur systematischen Einführung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung über das Qualitätsmanagementsystem (QM-System) als zentrales Führungs- und Steuerungssystem in stationären Pflegeeinrichtungen. Zur Vorbereitung wurde ein sog. „Schnittstellenkatalog“ entwickelt. Dieser fasst zusammen, welche Prozesse bei der Implementation von Maßnahmen zu berücksichtigen sind (Führungsprozesse: z. B. Qualitätspolitik, Besprechungswesen, Qualitätszirkel, Marketing, Einarbeitung, Fort- / Weiterbildungswesen; Dienstleistungsprozesse: Aufnahmemanagement, pflegerische Versorgung, soziale Betreuung, Hauswirtschaft; Unterstützungsprozesse: Erstellung von QM-Dokumenten, Beschaffungs- und Bestellwesen). Dabei wurden auch genutzte Pflegedokumentationssysteme und das (neue) Begutachtungsinstrument zur Feststellung von

	<p>Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Das Projekt fokussierte insbesondere auf die Pflegevisite als zentralen Anknüpfungspunkt für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.</p> <p>Der Projektverlauf innerhalb der einzelnen Einrichtungen folgte dem Gesundheitsförderungsprozess laut Leitfaden Prävention. Der Prozess wurde von einem externen Beratungsinstitut (BBI) begleitet und erfolgte unter Einbeziehung und Befähigung aller Beteiligten; dazu wurde in jeder Einrichtung ein Einrichtungsgremium installiert. Für die Analysephase wurden spezifische Instrumente entwickelt. Für die Umsetzung von Maßnahmen wurden „Fahrpläne zur Implementierung“ erstellt. Die Umsetzung umfasst sowohl den Aufbau einzelner Angebote (z. B. Gartentherapie) als auch deren Verankerung im QM-System. Zur Unterstützung wurde ein Qualitätsmanagement-Handbuch „QMS +“ zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung entwickelt und zur Verfügung gestellt.</p> <p>Das Projekt enthielt weiterhin Netzwerkveranstaltungen. Diese dienten dem Austausch der an dem Projekt beteiligten Pflegeeinrichtungen zu Fragen der Umsetzung der Projektinhalte und der Beratung zu Chancen und Herausforderungen.</p> <p>Das Projekt wurde zwischen Oktober 2017 und September 2019 durchgeführt.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen (noch) keine Informationen zur Wirksamkeit vor bzw. sind diese nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-im-pflegeheim/forschungsprojekte/ice-pflegesund-22/">https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-im-pflegeheim/forschungsprojekte/ice-pflegesund-22/</a> (letzter Abruf: 15.01.2021)</p> <p><a href="https://www.mhh.de/institut-fuer-epidemiologie/forschung/forschungsschwerpunkt-praevention-und-versorgung-spezifischer-zielgruppen">https://www.mhh.de/institut-fuer-epidemiologie/forschung/forschungsschwerpunkt-praevention-und-versorgung-spezifischer-zielgruppen</a> (letzter Abruf: 15.01.2021)</p>

### 3.1.2.10 Interaktiver Ball (Ichó)

<b>Name</b>	<p>Ichó</p> <p>Es handelt sich um ein Projekt unter der Dachmarke „Gesund im Pflegeheim“ der BKK Mobil Oil.</p>
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ BKK Mobil Oil</li> <li>◆ Team Gesundheit – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH</li> <li>◆ icho systems GmbH</li> </ul>

<b>Einrichtungen</b>	Eine Pflegeeinrichtung in Hamburg (Modellversuch)
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen und Gäste teilstationärer Pflegeeinrichtungen, insb. mit Demenz
<b>Ziel</b>	Förderung kognitiver Fähigkeiten, Steigerung von Lebensqualität
<b>Beschreibung</b>	<p>Ichó ist ein interaktiver Ball, der 10 Anwendungen aus den Bereichen Gedächtnistraining, Musik, Biographie-Arbeit, Bewegung, basale Stimulation, nonverbale Kommunikation und Entspannung enthält. Der Ball kann um zusätzliche Anwendungen erweitert werden.</p> <p>Die BKK Mobil Oil unterstützt Pflegeeinrichtungen bei der Einführung und Implementation eines Gruppenangebots mit Ichó. Dabei werden ausgewählte Mitarbeitende im Einsatz mit dem Ball geschult. Die Einrichtungen erhalten zudem einen Ichó-Ball für acht Wochen zum Ausprobieren.</p> <p>Das Projekt läuft seit September 2020.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen (noch) keine Informationen zur Wirksamkeit vor bzw. sind diese nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	<p>§ 5 SGB XI</p> <p>Ichó kann grundsätzlich von jedem auf der Website des Projektpartners (icho systems GmbH) käuflich erworben (1.392 EUR) oder gemietet werden.</p>
<b>Handlungsfeld</b>	Kognitiver Ressourcen; psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.bkk-mobil-oil.de/gesund-und-fit/gesund-im-pflegeheim/vergangenheit-trifft-gegenwart-biographiearbeit-trifft-icho.html">https://www.bkk-mobil-oil.de/gesund-und-fit/gesund-im-pflegeheim/vergangenheit-trifft-gegenwart-biographiearbeit-trifft-icho.html</a> (letzter Abruf: 03.12.2020)</p> <p><a href="https://icho-systems.de/">https://icho-systems.de/</a> (letzter Abruf: 03.12.2020)</p>

### 3.1.2.11 Märchen und Demenz

<b>Name</b>	„Märchen und Demenz“
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Angebot durch: AOK, Bahn BKK, IKK classic, Knappschaft, SBK, SVLFG, Schwenninger Krankenkasse</li> <li>◆ Durchführung des Angebots: Märchenland, Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung GmbH</li> <li>◆ Evaluation: Alice Salomon Hochschule Berlin</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	150 stationäre Pflegeeinrichtungen in Bayern; Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen in anderen Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Thüringen) nicht bekannt

<b>Zielgruppe</b>	<p>Bewohnerschaft, ferner Angehörige; Mitarbeitende im Rahmen von Schulungen.</p> <p>Der Anbieter bewirbt das Produkt für Seniorinnen und Senioren mit und ohne Demenz bzw. herausfordernden Verhaltensweisen.</p>
<b>Ziel</b>	<p>Erhaltung und Steigerung der Lebensqualität und Verbesserung der Alltagsfunktionen; Förderung der psychosozialen Gesundheit; Qualifikation von Mitarbeitenden im Märchenvorlesen .</p>
<b>Beschreibung</b>	<p>Märchenland (Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung GmbH) begleitet die Implementierung der Maßnahme in den Pflegealltag und die Schulung von Multiplikatoren, eingebettet in den Gesundheitsförderungsprozess laut Leitfaden Prävention und unterstützt durch zusätzliche Materialien. Auf Einrichtungsseite wird ein Steuerungsgremium aus zuständigen Personen installiert (idealerweise bestehend aus Einrichtungsleitung, Pflege- und Betreuungskräften, Heimbeiräten, Verantwortlichen für das Qualitätsmanagement, Angehörigenvertretung und Vertretung der pflegebedürftigen Menschen).</p> <p>In einem ersten Schritt wird die Ausgangssituation ermittelt, um die Umsetzung der Maßnahme an die Erfordernisse der Einrichtung anzupassen. In diesem Zuge werden auch Demenzgrade und Biographien der Bewohnerinnen und Bewohner analysiert und die Erwartungen des Pflegepersonals an die Schulung und an den Einsatz der Materialien zusammengetragen. Sodann werden regelmäßige Termine und feste Räume für die Intervention festgelegt. Pflege- und Betreuungskräfte werden in Gruppen von sechs bis neun Personen aus bis zu drei Einrichtungen im Märchenerzählen geschult.</p> <p>Darüber hinaus erhalten teilnehmende Einrichtungen einen „Märchenland-Koffer“ mit Märchenbuch, „Märchenmantel“, Glocke und Leitfaden, die die Märchenerzählerinnen und -erzähler begleitend einsetzen. Zudem wird eine „Märchenland-Box“ mit Memory, Märchenbuch/Hörbuch, Spielfilm und Ausmalbildern zur Verfügung gestellt, deren Materialien zur Einzel- oder Gruppenbeschäftigung verwendet und/oder zu Besuchszeiten mit Angehörigen eingesetzt werden können.</p> <p>Die Maßnahme wird fortlaufend evaluiert; teilnehmende Einrichtungen nehmen dazu an Fragebogenerhebungen teil und erhalten nach Beendigung der Maßnahme eine schriftliche Dokumentation der Ergebnisse (Evaluation).</p> <p>Das Projekt läuft aktuell.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Es liegen Ergebnisse zur Wirksamkeit der Maßnahme aus einer qualitativen Studie vor (2012-2015). Es werden positive Wirkungen auf die „Stärkung kognitiver Fähigkeiten, Verbesserung psychischer Gesundheit, Förderung des Wohlbefindens, soziale Interaktionen, Optimierung motorischer Kompetenzen, Unterstützung der</p>



	Gemeinschaftsbildung, Reduzierung von herausforderndem Verhalten, Vorbeugung von Depressionen“ berichtet.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit; ferner kognitive Ressourcen
<b>Quellen</b>	<a href="https://maerchenunddemenz.de/">https://maerchenunddemenz.de/</a> (letzter Abruf: 03.12.2020)

### 3.1.2.12 MAKS®

<b>Name</b>	MAKS®; Akronym für: „motorische Aktivierung“, „alltagspraktische Tätigkeiten“, „kognitive Aktivierung“, „soziale Aktivierung“
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Entwicklung von MAKS® (2008-2010): <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen</li> <li>◆ Diakonie Neuendettelsau</li> </ul> Umsetzung als Weiterbildungsangebot für Mitarbeitende: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ClarCert GmbH (Internationales Zertifizierungsinstitut für Management und Personal), Neu-Ulm</li> <li>◆ AOK Rheinland-Pfalz/Saarland mit der LZG-Akademie für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz gGmbH im Rahmen des Programms „Prävention in der Pflege – in stationären und teilstationären Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland“ (bis 2020)</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Stationäre und teilstationäre Einrichtungen
<b>Zielgruppe</b>	◆ Weiterbildungsangebot für Pflegekräfte, Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI, Hauswirtschafts- und Küchenfachkräfte, Übungsleiter, Ehrenamtliche etc. zur Umsetzung eines Multikomponentenprogramms bei Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung oder leichter bis mittelschwerer Demenz
<b>Ziel</b>	Förderung von kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten bei Personen mit Gedächtnisschwierigkeiten im Alter, sodass deren Selbstständigkeit und Lebensqualität so lange wie möglich erhalten bleibt.  Weiterentwicklung der Qualifikation von Mitarbeitenden; Weiterentwicklung von Betreuungsangeboten für Menschen mit Demenz in teil-/stationären Pflegeeinrichtungen.
<b>Beschreibung</b>	MAKS® ist eine standardisierte, multimodale Gruppenintervention für Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung oder leichter bis mittelschwerer Demenz. In etwa zweistündigen, möglichst täglich durchzuführenden Anwendungseinheiten werden die vier Module –motorisch (M), alltagspraktisch (A), kognitiv (K), sozial (S) – in fester Reihenfolge nacheinander durchgeführt.

	<p>Die Einheiten beginnen mit einem sozial-kommunikativen Einstieg. Schwerpunkt des sozialen Teils ist der Austausch von persönlichen Erfahrungen, Gedanken oder Gefühlen, um eine vertraute Gruppe entstehen zu lassen. Es folgt der sensomotorische Teil, in dem es darum geht, sich gemeinsam zu bewegen und gleichzeitig die Sinne einzubeziehen. Im anschließenden kognitiven Modul werden kognitive Fähigkeiten, wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Sprache gefördert. Dies kann sowohl digital als auch mit Papier und Bleistift durchgeführt werden. Als letztes Modul folgt der alltagspraktische Teil, der auf Alltagsfähigkeiten wie Handwerken, Kochen, Basteln, etc. abzielt.</p> <p>Die MAKS-Therapie® darf nur von zertifizierten MAKS-Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt und als solche deklariert und beworben werden. Die Zertifizierung erfolgt durch ClarCert und besteht aus 24 Unterrichtseinheiten (je 45 Minuten). Das Zertifikat hat eine Gültigkeit von 3 Jahren und kann vor Ablauf durch eine eintägige Rezertifizierung verlängert werden.</p> <p>Das Schulungs-Konzept der MAKS-Therapie® wurde am 14. März 2019 für drei Jahre von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. zertifiziert.</p> <p>Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland förderte bis 2020 die Teilnahme von Einrichtungspersonal an der Zertifizierung zu MAKS-Therapeutinnen und Therapeuten.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>In einer randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie (Evidenzgrad Ib) mit fünf stationären Pflegeeinrichtungen wurde ein signifikanter Therapieeffekt von MAKS® i. S. einer Stabilisierung der alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten und eine Verbesserung des Sozialverhaltens für den Therapiezeitraum von 12 Monaten bei Menschen mit leichter oder mittelschwerer Demenz gezeigt. Dagegen ließen in der Vergleichsgruppe ohne die MAKS-Therapie® die Fähigkeiten nach. Der Therapie-Effekt war auch in einem Nachbeobachtungszeitraum von 10 Monaten noch zu beobachten.</p>
<b>Finanzierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Entwicklung: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)</li> <li>◆ Teilnahme an zertifizierter Schulung teilweise im Rahmen von § 5 SGB XI möglich; ansonsten private Finanzierung</li> </ul>
<b>Handlungsfeld</b>	<p>Handlungsfeldübergreifend; insbesondere kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit</p>
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.maks-therapie.de/">https://www.maks-therapie.de/</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p> <p><a href="https://www.clarcert.com/wissenswerk-1/maks-therapeuten/Schulungen.html">https://www.clarcert.com/wissenswerk-1/maks-therapeuten/Schulungen.html</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p> <p>Graessel E, Stemmer R, Eichenseer B, Pickel S, Donath C, Kornhuber J, Luttenberger K (2011). Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: A 12-month randomized, controlled trial. BMC</p>

	<p>Medicine 9:129. <a href="http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/129">http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/129</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p> <p>Luttenberger K, Hofner B, Graessel E (2012). Are the effects of a non-drug multimodal activation therapy of dementia sustainable? Follow-up study 10 months after completion of a randomised controlled trial. BMC Neurology 2012, 12:151. <a href="http://www.biomedcentral.com/1471-2377/12/151">http://www.biomedcentral.com/1471-2377/12/151</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p> <p><a href="https://lzg-akademie-rlp.de/media/praevention_pflege_max-flyer2020_ansicht.pdf">https://lzg-akademie-rlp.de/media/praevention_pflege_max-flyer2020_ansicht.pdf</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p>
--	---

### 3.1.2.13 Media4Care

<b>Name</b>	Media4Care – Betreuer Tablet/Senioren Tablet
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ IKK Classic, IKK Südwest</li> <li>◆ Media4Care GmbH</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Derzeit wird das Tablet in 1.380 Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Betreuung eingesetzt; dem war ein bundesweites Pilotprojekt der IKK Classic vorausgegangen.
<b>Zielgruppe</b>	Pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren (mit und ohne Demenz)
<b>Ziel</b>	Mediale Unterhaltungsmöglichkeiten, Förderung mentaler Fitness von Menschen mit Demenz durch spielerische Denksportaufgaben. Schließung von Betreuungslücken. Weiterentwicklung von Beschäftigungs- und Betreuungsangeboten für hochbetagte Menschen.
<b>Beschreibung</b>	<p>Kernstück des Programms ist ein Tablet mit zielgruppenspezifischen Apps und Inhalten.</p> <p>Zunächst wurde in einem gemeinsamen Pilotprojekt der IKK Classic und der Media4Care GmbH erprobt, wie das Tablet in das tägliche Leben des Pflegepersonals und der pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren integriert werden kann (stationär und ambulant). Media4Care übernahm den Versand des Tablets sowie die Schulung und Betreuung der Mitarbeitenden in den Einrichtungen.</p> <p>Das Tablet enthält vorinstallierte Apps zur Beschäftigung und Aktivierung (Filme, Bücher, Fotoalben, Rätsel, Gedächtnistrainings, Alltags- und Aufmerksamkeitsspiele, Medienpakete für Themenwochen, Bastel- und Bewegungsanleitungen, Webbrowser; Senioren Tablet auch inkl. „Familienportal“ für Textnachrichten und Videoanrufe), die sich an den Bedürfnissen der Seniorinnen und Senioren orientieren; dazu sind drei verschiedene Schwierigkeitsstufen einstellbar. Die Apps werden fortlaufend weiterentwickelt. Das Tablet bietet eine vereinfachte Bedienung für den Einsatz im Pflegealltag (große Buttons, stabile Hülle). Die</p>

	<p>Bedienung ist gegenüber einem handelsüblichen Tablet stark vereinfacht. Das Tablet kann sowohl in der Einzel- als auch der Gruppenbetreuung (mittels TV-Anschluss an einen größeren Bildschirm übertragen) eingesetzt werden.</p> <p>Das Pilotprojekt lief bis Ende 2019.</p> <p>Aktuell können sich interessierte Einrichtungen zum Erwerb eines Tablets direkt an den Projektpartner wenden. Die IKK Südwest fördert die Anschaffung der Tablets in den Bundesländern Saarland, Rheinland-Pfalz und Hessen.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Zwischenergebnisse aus einer Evaluation der IKK classic mit ca. 500 Teilnehmenden aus dem ambulanten und stationären Bereich (Betreuerinnen und Betreuer, Mitarbeitende, Pflegedienst-/Einrichtungsleitungen): 84% der Befragten sind zufrieden mit den Betreuungsangeboten von Media4Care; 80% des Pflegepersonals gaben an, eine deutliche Anregung der kognitiven Fähigkeiten der Senioren zu beobachten.</p> <p>Weitere Angaben zur Wirksamkeit liegen nicht vor bzw. sind nicht bekannt.</p>
<b>Finanzierung</b>	Es wurden keine Informationen gefunden.
<b>Handlungsfeld</b>	Kognitiver Ressourcen; ferner psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.media4care.de/">https://www.media4care.de/</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p> <p><a href="https://www.ikkev.de/presse/meldungen-aus-den-ikken/news/ikk-classic-foerdert-innovatives-betreuungsprogramm-media4care-in-pflegeheimen/">https://www.ikkev.de/presse/meldungen-aus-den-ikken/news/ikk-classic-foerdert-innovatives-betreuungsprogramm-media4care-in-pflegeheimen/</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p> <p><a href="https://www.ikk-suedwest.de/2020/04/ikk-suedwest-foerdert-digitale-seniorenbetreuung/">https://www.ikk-suedwest.de/2020/04/ikk-suedwest-foerdert-digitale-seniorenbetreuung/</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p>

### 3.1.2.14 MemoreBox

<b>Name</b>	MemoreBox
<b>Anbieter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ BARMER</li> <li>◆ RetroBrain R&amp;D GmbH</li> <li>◆ Charité Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Humboldt-Universität zu Berlin</li> <li>◆ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Pilotprojekt in zwei stationären Pflegeeinrichtungen in Hamburg und Berlin. Bei positiver Bewertung in der wissenschaftlichen Evaluation, ist der bundesweite Einsatz geplant.
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft stationärer Pflegeeinrichtungen
<b>Ziel</b>	Stärkung körperlicher Aktivität und kognitiver Leistungsfähigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie ihrer aktiven

	Teilnahme am Gesellschaftsleben (Teilhabe); Unterstützung der Lebensqualität. Verlangsamung des progredienten Verlaufs demenzieller Erkrankungen, dadurch auch Entlastung im laufenden pflegerischen Betrieb.
<b>Beschreibung</b>	Die MemoreBox ist eine Spielkonsole, die speziell für ältere Menschen entwickelt wurde. Die Spiele werden durch Gesten gesteuert. Spielerinnen und Spieler tragen einen QR-Code, anhand dessen ihre Bewegungen über eine Kamera erkannt und an den Bildschirm übertragen werden. Die Konsole umfasst Spiele zum Tanzen, Singen, Tischtennis, Kegeln, Motorrad-/Fahrradfahren.
<b>Wirksamkeit</b>	Im Rahmen einer begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung des Instituts für Rehabilitationswissenschaften wird die Wirksamkeit der MemoreBox auf die kognitive Leistungsfähigkeit (insb. Orientierung und Kurzzeitgedächtnis), soziale Interaktionen und auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität in einem Kontrollgruppendesign untersucht.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Kognitive Ressourcen
<b>Quellen</b>	<a href="https://www.barmer.de/gesundheits-verstehen/praevention-und-vorsorge/memorebox-pflegebeduerftig-und-aktiv-sein-25746">https://www.barmer.de/gesundheits-verstehen/praevention-und-vorsorge/memorebox-pflegebeduerftig-und-aktiv-sein-25746</a> (letzter Abruf: 04.12.20202) <a href="http://www.retrobrain.de">www.retrobrain.de</a> (letzter Abruf: 04.12.20202)

### 3.1.2.15 moment! – motorisches + mentales Training

<b>Name</b>	„moment! – motorisches + mentales Training“
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Modellprojekt und Entwicklung: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Diakonie Hessen</li> <li>◆ Bildungsakademie des Landessportbundes</li> <li>◆ Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP)</li> </ul> Umsetzung als Weiterbildungsangebot: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ AOK Rheinland-Pfalz/Saarland mit der LZG-Akademie für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz gGmbH im Rahmen des Programms „Prävention in der Pflege – in stationären und teilstationären Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland“ (bis 2020)</li> <li>◆ Salus BKK</li> <li>◆ u. a.</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen; bundesweit
<b>Zielgruppe</b>	Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI, Pflegefachkräfte, Mitarbeitende aus dem Sozialdienst, freiwillig Engagierte

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung von Betreuungsangeboten für Menschen mit Demenz in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen durch Entwicklung einer demenzspezifischen Zusatzqualifikation; Aufbau neuer Kooperationsformen zwischen Sportvereinen und Pflegeeinrichtungen; Entwicklung gemeinschaftlicher Bewegungsangebote für Menschen mit Demenz.
<b>Beschreibung</b>	<p>Es handelt sich um eine Zusatzqualifikation für in der Pflege und Betreuung tätige Personen.</p> <p>Im Rahmen eines Modellprojekts der Diakonie Hessen und der Bildungsakademie des Landessportbundes Hessen unter der Dachinitiative „Initiierung und Etablierung gemeinwesenorientierter Bewegungsangebote für Menschen mit Demenz und für ihre Angehörige in Hessen“ (IDEA) wurde eine Zusatzqualifikation für Pflegende und Betreuende im Bereich Demenz entwickelt (2010-2013). Diese bildet die Grundlage einer Vielzahl darauffolgender lokaler Initiativen und Bildungsangebote verschiedener Träger.</p> <p>Die Zusatzqualifikation wird in einem fünftägigen Workshop (40 Lehreinheiten) vermittelt. Schulungsinhalte sind: Demenz, Alterssimulation, Biographiearbeit, Gedächtnistraining (in Bewegung), Sitzgymnastik, Koordination und Bewegung im Alter, Tänze im Sitzen und in der Bewegung, Sturzprophylaxe, Yoga, Atmung, Entspannungsübung, Beispiele für den Stundenaufbau/-ablauf.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Informationen zur Wirksamkeit der Maßnahme in der (teil-)stationären Pflege liegen in nur begrenztem Umfang vor.</p> <p>Eine begleitende Evaluation im Rahmen von IDEA untersuchte durch teilnehmende Beobachtungen an Schulungen und Befragungen der Teilnehmenden, inwiefern Optimierungsbedarf bei der Ausgestaltung der Zusatzqualifikation bestand. Hier zeigte sich eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden; die Autorinnen und Autoren liefern zudem Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Schulung.</p> <p>Eine Wirkung wurde nur dahingehend untersucht, inwiefern es im Nachgang zu einer Gruppengründung durch Teilnehmende kam; die Ergebnisse hierzu sind u. a. aufgrund der geringen Stichprobe schwer interpretierbar.</p>
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI; private Finanzierung
<b>Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend (insb. kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit; körperliche Aktivität)
<b>Quellen</b>	<p><a href="http://www.moment-hessen.de/index.php?id=2">http://www.moment-hessen.de/index.php?id=2</a> (letzter Abruf: 14.02.2021)</p> <p><a href="https://www.hessip.de/projekte/abgeschlossene-projekte/34-idea/">https://www.hessip.de/projekte/abgeschlossene-projekte/34-idea/</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p>

	<p><a href="http://www.diakonie-hessen.de/themen-der-diakonie/alzheimer-und-demenz/moment-motorisches-und-mentales-training-fuer-menschen-mit-demenz.html">http://www.diakonie-hessen.de/themen-der-diakonie/alzheimer-und-demenz/moment-motorisches-und-mentales-training-fuer-menschen-mit-demenz.html</a> (letzter Abruf: 14.02.2021)</p> <p><a href="https://www.salus-bkk.de/gesund-bleiben/projekte/gesunde-kitas-und-kindergaerten/bewegung-altenheime/">https://www.salus-bkk.de/gesund-bleiben/projekte/gesunde-kitas-und-kindergaerten/bewegung-altenheime/</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p> <p><a href="https://lzg-akademie-rlp.de/praevention-in-der-pflege/moment-handlungsfeld-koerperliche-aktivitaet-und-kognitive-ressourcen/">https://lzg-akademie-rlp.de/praevention-in-der-pflege/moment-handlungsfeld-koerperliche-aktivitaet-und-kognitive-ressourcen/</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p> <p><a href="https://www.lzg-rlp.de/files/Themen/Gesundheit%20im%20Alter/Praevension%20in%20der%20Pflege/2019_Fly_AOK-moment.pdf">https://www.lzg-rlp.de/files/Themen/Gesundheit%20im%20Alter/Praevension%20in%20der%20Pflege/2019_Fly_AOK-moment.pdf</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p>
--	---

### 3.1.2.16 PiP (Prävention in der Pflege)

<b>Name</b>	PiP (Prävention in der Pflege)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	AOK Baden-Württemberg
<b>Einrichtungen</b>	70 Piloteinrichtungen der stationären Pflege; Baden-Württemberg
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft und Mitarbeitende
<b>Ziel</b>	Aufbau einer Gesundheitskultur, die langfristig die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner verbessert und Gesundheitsförderung für Mitarbeitende beinhaltet. Befähigung von Einrichtungen, selbst Angebote und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln.
<b>Beschreibung</b>	<p>Voraussetzung für die Teilnahme an PiP ist, dass die Pflegeheime eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter mit einem Stellenanteil von 20 Prozent freistellen und einen Arbeitskreis Gesundheit einrichten. Die AOK Baden-Württemberg bildet die Mitarbeitenden der Pflegeheime zunächst zu Gesundheitsmanagerinnen und -manager aus, die hiernach in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld passende Organisationsstrukturen und Angebote schaffen. Die AOK Baden-Württemberg möchte damit einen Organisationsentwicklungsprozess unterstützen, der es den Pflegeeinrichtungen dauerhaft ermöglichen soll, Gesundheitsförderung sowohl für Mitarbeitende als auch Bewohnerinnen und Bewohner zu etablieren.</p> <p>Die Gesundheitsmanagerinnen und -manager werden über zwei Jahre von Expertinnen und Experten der AOK Baden-Württemberg begleitet. Die Bewohnerschaft und Pflegekräfte werden in die Entwicklung von Maßnahmen einbezogen. Der Prozess folgt dem Gesundheitsförderungsprozess laut Leitfaden Prävention: Zunächst</p>

	<p>wird analysiert, welche Bedarfe und Bedürfnisse in den einzelnen Einrichtungen vorliegen. Dabei werden die Kompetenzen in den Einrichtungen festgestellt und Präventionsfelder unter Berücksichtigung der Handlungsfelder in den Leitfäden gem. § 20 Abs. 2 SGB V sowie § 5 SGB XI formuliert. Darauf aufbauend werden Maßnahmen entwickelt, die von Beginn an in den beruflichen Alltag integriert werden.</p> <p>Das Projekt läuft aktuell.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen (noch) keine Informationen zur Wirksamkeit vor bzw. sind diese nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.aok.de/kp/bw/unternehmensbericht/pip-praevention-in-der-pflege/">https://www.aok.de/kp/bw/unternehmensbericht/pip- praevention-in-der-pflege/</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p> <p><a href="https://aok-bw-presse.de/landesweite-presseinfos/lesen/arbeitsbedingungen-in-der-pflege-radikales-umdenken-gefordert.html">https://aok-bw-presse.de/landesweite- presseinfos/lesen/arbeitsbedingungen-in-der-pflege-radikales- umdenken-gefordert.html</a> (letzter Abruf: 18.01.2021)</p> <p><a href="https://aok-bw-presse.de/regionale-presseinfos/heilbronn-franken/lesen/modellprojekt-der-aok-foerdert-praevention-in-der-pflege.html">https://aok-bw-presse.de/regionale-presseinfos/heilbronn- franken/lesen/modellprojekt-der-aok-foerdert-praevention-in- der-pflege.html</a> (letzter Abruf: 18.01.2021)</p>

### 3.1.2.17 PROCARE

<b>Name</b>	PROCARE – prevention and occupation in long-term care
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Techniker Krankenkasse</li> <li>◆ Universität Hamburg, Fakultät für Psychologie und Bewegungswissenschaft, Arbeitsbereich Gesundheitswissenschaften (federführend)</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	48 stationäre Pflegeeinrichtungen an acht Standorten; bundesweit
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft und Mitarbeitende
<b>Ziel</b>	Steigerung der körperlichen Aktivität, Steigerung der kognitiven Ressourcen sowie Verbesserung der psychosozialen Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner.
<b>Beschreibung</b>	<p>Das Projekt folgt dem „BASE“-Prozess, in den Pflegeleitung, Mitarbeitende sowie Bewohnerschaft eingebunden sind:</p> <p><b>Bedarfsbestimmung und Arbeitsplatzorganisation:</b> In den ersten beiden Schritten erfolgt die Bedarfsermittlung in den Pflegeeinrichtungen und die Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Reduzierung der ermittelten Belastungen. Im Projekt wird der Ist-Zustand mittels Checklisten sowie einer Organisations- und Arbeitsplatzanalyse erhoben. Ebenfalls werden Mitarbeitende und Bewohnerschaft durch</p>



	<p>Befragungen eingebunden. Als Maßnahmen werden Multikomponenteninterventionen für Bewohnerschaft und Mitarbeitende empfohlen.</p> <p><b>Schulung des belastungsverträglichen Alltagshandelns:</b> In diesem Schritt werden die Zielgruppen zu gesundheitsförderlichem Handeln angeleitet. Im Projekt erhalten die Bewohnerinnen und Bewohner eine 16-wöchige Multikomponentenintervention (Mobilisation, Koordinationsübungen, Balanceübungen, kognitive Übungen, Multitasking). Die Mitarbeitenden nehmen an zehnwöchigen Ergonomie- und Haltungsschulungen oder an individuellen Bewegungsangeboten (Yoga, Zumba oder Rückenfitness) teil. Daneben gibt es Workshops zu den Themen mentale Selbstregulation und Kommunikation.</p> <p><b>Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit:</b> In diesem Schritt wird die Verantwortung für das gesundheitsförderliche Handeln den Zielgruppen übertragen. Es wird nicht ausgeführt, mit welchen Mitteln eine Verstetigung erreicht wird, z. B. ob das Training in Eigenregie fortgeführt werden soll. Im Projekt soll nach 34 Wochen eine Follow-Up Erhebung zu Überprüfung der längerfristigen Wirksamkeit erfolgen.</p> <p>Das Projekt ist im Januar 2017 gestartet und hat eine Laufzeit von drei Jahren.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Das Vorhaben wird mittels einer RCT-Studie evaluiert. Als primäre Outcomes werden körperliches Funktionsniveau, kognitives Funktionsniveau (dual-task cognitive performance), gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner erhoben.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.in-form.de/netzwerk/projekte/procare/">https://www.in-form.de/netzwerk/projekte/procare/</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p> <p><a href="https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesund-leben/procare-wollesen-2047796">https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesund-leben/procare-wollesen-2047796</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p> <p><a href="https://www.tk.de/presse/themen/pflege/praevention-pflegeeinrichtungen-2065458">https://www.tk.de/presse/themen/pflege/praevention-pflegeeinrichtungen-2065458</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p> <p><a href="https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1386-6">https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1386-6</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p> <p><a href="https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/10/e038202.full.pdf">https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/10/e038202.full.pdf</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p>

## 3.1.2.18 PROfit

<b>Name</b>	PROfit: Prävention Orientierung Training in Pflegeeinrichtungen
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Techniker Krankenkasse</li> <li>◆ Technische Universität Berlin</li> <li>◆ Universität Duisburg-Essen</li> <li>◆ Universität Heidelberg</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	18 stationäre Pflegeeinrichtungen aus drei Regionen (Berlin, Rhein-Ruhr und Rhein-Neckar-Metropole). Die beteiligten Pflegeeinrichtungen wurden u. a. basierend auf der Mindestanzahl von 100 Bewohnerinnen und Bewohner pro Einrichtung ausgewählt.
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft und Mitarbeitende im Rahmen von Multiplikatorenschulungen
<b>Ziel</b>	Verbesserung von räumlicher Orientierung und Mobilität; Erhöhung des Aktivitätsradius und längerfristig der Lebensqualität
<b>Beschreibung</b>	<p>Im Modellprojekt PROfit wurden Interventionsprogramme entwickelt, die kognitives und motorisches Training kombinieren, um die körperliche Leistungsfähigkeit und die räumliche Orientierung der Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern und langfristig ihre Lebensqualität zu steigern. Der Implementierungsprozess folgt dem BASE-Konzept (vgl. 3.1.2.17) und wird in die folgenden drei übergeordneten Stufen unterteilt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.) Analyse der Bedarfe, Ziele und Hindernisse zur Umsetzung spezifischer Interventionsprogramme</li> <li>2.) Implementierung und Evaluation von drei neu entwickelten, sukzessive aufeinander aufbauenden Interventionskomponenten: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ „PROfit basic“: Durchführung von Kraft-, Gleichgewichts-, Gang- und Beweglichkeitsübungen am Ort</li> <li>◆ „PROfit plus“: die gleichen Übungen wie in basic, jedoch mit Ortswechsel im Pflegeheim</li> <li>◆ „PROfit orientation“: die gleichen Übungen wie in basic, jedoch mit zusätzlichen Übungen zur Navigation und räumlichen Orientierung</li> </ul> </li> </ol> <p>Die allmähliche Verlagerung der Aktivität vom eigenen Zimmer hin zur gesamten Pflegeeinrichtung und darüber hinaus zielt auf die Förderung der räumlichen Orientierung. Dies geschieht unter gleichzeitiger Nutzung weiterer Mittel zur Unterstützung der räumlichen Orientierung bei Alltagstätigkeiten in Form von Informationen zur Navigation (z. B. Wegweiser und Hinweisschilder) in den Pflegeeinrichtungen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.) Entwicklung von individuellen Nachhaltigkeitskonzepten: Dieser Schritt erfolgt unter aktiver Teilnahme der Leitungskräfte, der</li> </ol>

	<p>Beschäftigten, sowie der Bewohnerschaft. Gemeinsam wird eine Strategie erarbeitet und etabliert, wie sich eine Förderung der Orientierung dauerhaft integrieren lässt (z. B. Ausbildung von Multiplikatoren zur dauerhaften Durchführung der Trainingsangebote; Entwicklung von Schulungskonzepten für Pflegekräfte zur besseren Förderung von kognitiven und motorischen Ressourcen im Pflegealltag; neue Orientierungshilfen in der Einrichtung).</p> <p>Das Projekt läuft aktuell.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Das Projekt wird als multizentrische, randomisierte und kontrollierte Studie zur Wirksamkeitsprüfung realisiert.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Kognitive Ressourcen
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.tk.de/presse/themen/pflege/praevention-pflegeeinrichtungen-2065458">https://www.tk.de/presse/themen/pflege/praevention-pflegeeinrichtungen-2065458</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p> <p><a href="https://www.uni-due.de/sport-und-bewegungswissenschaften/profit.php">https://www.uni-due.de/sport-und-bewegungswissenschaften/profit.php</a> (letzter Abruf: 04.12.2020)</p>

### 3.1.2.19 QualiPEP

<b>Name</b>	„Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ (QualiPEP)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ AOK-Bundesverband</li> <li>◆ Bundesministerium für Gesundheit</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Jeweils fünf bis sechs Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung und stationäre Pflegeeinrichtungen
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft, Mitarbeitende
<b>Ziel</b>	<p>(1) Entwicklung, Pilotierung und Umsetzung eines Qualitätsrahmens für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe; Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Qualitätssicherung in beiden Lebenswelten.</p> <p>(2) Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bewohnerschaft, der Angehörigen und der Beschäftigten in den Einrichtungen.</p> <p>(3) Qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Einrichtungen.</p>
<b>Beschreibung</b>	<p>In den oben genannten Zielbereichen (1) bis (3) sollen Konzepte partizipativ entwickelt, erprobt und umgesetzt werden. Das Projekt gliedert sich in vier Arbeitsphasen:</p> <p>In der ersten Arbeitsphase erfolgte eine Status-Quo-Erhebung zu bestehenden Qualitätssicherungskriterien, -indikatoren,</p>

	<p>-instrumenten und -maßnahmen in den beiden Lebenswelten. Zudem erfolgte eine Literaturrecherche zur Genderproblematik im Themenfeld Gesundheitskompetenz. Auf dieser Grundlage wurde ein Qualitätssicherungskonzept für die jeweilige Lebenswelt entwickelt. Die Entwicklung wurde durch den fachlichen Austausch im Rahmen von zwei Workshops mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Fachverbänden, Kostenträgern und Praxis unterstützt.</p> <p>In der zweiten Arbeitsphase erfolgte die Entwicklung von Qualitätskriterien in den drei Zielbereichen (1) bis (3). Die Basis bildete neben den Ergebnissen aus Arbeitsphase 1 eine umfassende Bedarfsanalyse. Diese setzte sich aus drei Bausteinen zusammen: quantitative Sekundärdatenanalyse mit Routine-Daten der AOK-Versicherten; qualitative Interviews mit Schlüsselpersonen, in der Regel Einrichtungs- oder Pflegedienstleitungen; qualitative Befragungen von Bewohnerschaft und Beschäftigten der Einrichtungen. Die auf dieser Grundlage entwickelten Kriterien wurden mit Expertinnen und Experten erörtert und angepasst (wissenschaftlicher Projektbeirat; Expertinnen-/Expertengespräche; Workshops mit Vertretungen der Kostenträger sowie Expertinnen und Experten aus Fachverbänden, Wissenschaft und Praxis; Austausch auf Fachkongressen).</p> <p>In der dritten Arbeitsphase wurden, auf Basis der formulierten Qualitätskriterien, Qualitätssicherungsinstrumente (Checklisten zur Prävention und Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Selbstbewertungsinstrumente zur Förderung der Gesundheitskompetenz) entwickelt und deren Pilotierung vorbereitet. Dafür wurde auch eine Aktualisierungsrecherche der Status-Quo-Erhebung aus Arbeitsphase 1 unternommen. Dies umfasste die Berücksichtigung von Entwicklungen im Zuge der dritten Reformstufe des BTHG (siehe auch Kapitel 3.5) und der Einführung des neuen Qualitätsprüfsystems in der stationären Pflege. Die entworfenen Qualitätssicherungsinstrumente wurden hinsichtlich ihrer Verständlichkeit, Praktikabilität und Integrationsfähigkeit in Fokusgruppen und zwei bis drei Einrichtungen geprüft und angepasst. Zudem erfolgte in dieser Phase die Rekrutierung von Einrichtungen für die anstehende Testphase.</p> <p>In der vierten Arbeitsphase erfolgt die praktische Testung der Instrumente in jeweils fünf bis sechs Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. Pflege.</p> <p>Es handelt sich um ein Forschungsförderprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, das im Mai 2017 vergeben wurde und im April 2021 abgeschlossen werden soll.</p>
--	--

<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen noch keine Daten zur Wirksamkeit vor. Nach Abschluss der Pilotphase werden die Ergebnisse im Abschlussbericht zum Projekt QualiPEP zusammengefasst. Dieser wird nach Projektabschluss veröffentlicht.
<b>Finanzierung</b>	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
<b>Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<a href="https://aok-bv.de/engagement/qualipep/">https://aok-bv.de/engagement/qualipep/</a> (letzter Abruf: 14.01.2020)  Tempelmann A, Kolpatzik K, Ehrenreich H, Ströing M, Hans C (2019). Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege: Das Projekt QualiPEP. Bundesgesundheitsblatt 62:296–303. <a href="https://doi.org/10.1007/s00103-019-02910-">https://doi.org/10.1007/s00103-019-02910-</a>

### 3.1.2.20 Rollator-Tanz

<b>Name</b>	Rollator-Tanz
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Im Rahmen des Programms „Prävention in der Pflege – in stationären und teilstationären Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland“:  <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ AOK Rheinland-Pfalz/Saarland</li> <li>◆ LZG-Akademie für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz gGmbH (bis 2020)</li> <li>◆ Allgemeiner Deutscher Tanzlehrerverband e. V. (ADTV)</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Rheinland-Pfalz/Saarland
<b>Zielgruppe</b>	Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI, Pflegefachkräfte, Mitarbeitende aus dem Sozialdienst, freiwillig Engagierte
<b>Ziel</b>	Vermittlung einer Zusatzqualifikation für Pflegenden und Betreuenden, die darüber Betreuungsangebote in Pflegeeinrichtungen weiterentwickeln sollen.
<b>Beschreibung</b>	Es handelt sich um eine Zusatzqualifikation, die beim Allgemeinen Deutschen Tanzlehrerverband e. V. (ADTV) erworben werden kann. Durch die zwei Tage dauernde Qualifikation werden die Teilnehmenden so geschult, dass sie Kurse in Pflegeeinrichtungen durchführen können.  Das Angebot basiert auf einem im Zuge des Nationalen Aktionsplans „IN FORM“ (Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung – Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten) entwickelten Konzept. Darin wurden tänzerische Elemente auf die besondere

	<p>Situation von Menschen mit Gehhilfen angepasst. Es gibt Anleitungen für Standard- und Lateintänze, Linientänze, Kreistänze und Kreative Tänze. Die Inhalte der Zusatzqualifikation wurden in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten entwickelt.</p> <p>Die Teilnahme an der Zusatzqualifikation wurde bis 2020 von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland im Rahmen des Programms „Prävention in der Pflege – in stationären und teilstationären Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland“ gefördert.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen (noch) keine Informationen zur Wirksamkeit vor bzw. sind diese nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://lzg-akademie-rlp.de/praevention-in-der-pflege/rollator-tanz-handlungsfeld-psychosoziale-gesundheit/">https://lzg-akademie-rlp.de/praevention-in-der-pflege/rollator-tanz-handlungsfeld-psychosoziale-gesundheit/</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p> <p><a href="https://www.lzg-rlp.de/files/Themen/Gesundheit%20im%20Alter/Praevention%20in%20der%20Pflege/2019_Fly_AOK-Rollatortanz.pdf">https://www.lzg-rlp.de/files/Themen/Gesundheit%20im%20Alter/Praevention%20in%20der%20Pflege/2019_Fly_AOK-Rollatortanz.pdf</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)</p> <p><a href="https://www.in-form.de/netzwerk/projekte/rollator-tanz-agil-im-alter/">https://www.in-form.de/netzwerk/projekte/rollator-tanz-agil-im-alter/</a></p>

### 3.1.2.21 SaluPra

<b>Name</b>	„SaluPra“ von „salus“ = Gesundheit/Wohlbefinden, „praevenire“ = vorbeugen
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)</li> <li>◆ Verschiedene untergeordnete Teilprojekte mit jeweils eigenen Projektpartnern</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Stationäre Pflegeeinrichtungen
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft und Mitarbeitende
<b>Ziel</b>	Einrichtungen der stationären Pflege befähigen, gesundheitsförderliche Maßnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeitende durchzuführen und in den Einrichtungsstrukturen und -prozessen (z. B. Besprechungswesen, Qualitätsmanagementsystem) zu verankern, somit Schaffung einer gesundheitsförderlichen Organisation.
<b>Beschreibung</b>	Der vdek führt im Rahmen von SaluPra Forschungs- und Entwicklungsprojekte durch, um Erkenntnisse zu generieren, wie eine qualitätsgesicherte Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nach

	<p>§ 5 SGB XI erfolgen kann. Ein zentraler Bestandteil von SaluPra ist die Entwicklung qualitätsgesicherter Methoden und Instrumente, die eine fachliche Beratung in den Einrichtungen unterstützen und die Einleitung bedarfsgerechter Interventionen ermöglichen. Das Pflegepersonalstärkungsgesetz ermöglicht seit 2019 in der Präventionsarbeit in der stationären Pflege die zusätzliche Adressierung der Mitarbeitenden. Die beiden Zielgruppen „Bewohnerschaft“ und „Mitarbeitende“ werden deshalb gleichermaßen berücksichtigt.</p> <p>Im Rahmen des Projekts werden verschiedene Vorarbeiten geleistet. Anschließend findet in einem Modellprojekt eine Erprobung des Erarbeiteten statt. Zu den Vorarbeiten gehören Expertisen (z. B. Reviews zur Wirksamkeit bestimmter Präventionsmaßnahmen im Setting stationärer Pflege), Forschungs- und Praxisprojekte (z. B. zur Entwicklung von Analyseinstrumenten und Modellen eines partizipativen Gesundheitsförderungsprozesses sowie eines entsprechenden Beratungskonzepts) sowie Praxisleitfäden.</p> <p>Während dem Modellprojekt sollen Pflegeeinrichtungen auf Basis eines einheitlichen Qualitätsstandards bei der Implementierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen begleitet werden. Dazu wird ein standardisiertes Schulungskonzept zur Qualifikation von Fachberatenden der Pflegekassen entwickelt. Um die Nachhaltigkeit des Ansatzes zu gewährleisten, sollen Mitarbeitende der Pflegeeinrichtungen als sog. „Organisationslotsen“ durch die externen Fachberatenden befähigt werden, selbständig Gesundheitsförderungsprozesse zu steuern. Das Modellprojekt wird durch eine formative und summative Evaluation begleitet.</p> <p>Das Projekt läuft aktuell.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen (noch) keine Informationen zur Wirksamkeit vor bzw. sind diese nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<a href="https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-im-pflegeheim/forschungsprojekte/">https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-im-pflegeheim/forschungsprojekte/</a> (letzter Abruf: 18.01.2021)

### 3.1.2.22 Schwungvoll – bewegen und erleben

<b>Name</b>	<p>Schwungvoll – bewegen und erleben</p> <p>Es handelt sich um ein Projekt unter der Dachmarke „Gesund im Pflegeheim“ der BKK Mobil Oil.</p>
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	BKK Mobil Oil

<b>Einrichtungen</b>	Stationäre Pflegeeinrichtungen
<b>Zielgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Bewohnerschaft</li> <li>◆ Pflegekräfte, Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI, Hauswirtschafts- und Küchenfachkräfte, Übungsleiterinnen und -leiter, Ehrenamtliche etc.</li> </ul>
<b>Ziel</b>	<p>Förderung und Erhalt der körperlichen und geistigen Fitness der Bewohnerinnen und Bewohner.</p> <p>Vermittlung einer Zusatzqualifikation für Pflegende und Betreuende, die darüber Betreuungsangebote in Pflegeeinrichtungen weiterentwickeln sollen.</p>
<b>Beschreibung</b>	<p>Die Maßnahme umfasst ein achtwöchiges Programm, das von externen Trainerinnen und Trainern durchgeführt wird. Mit den Bewohnerinnen und Bewohnern werden auf ihre körperliche und geistige Verfassung angepasste körperliche Aktivitäten sowie Gedächtnis- und Bewegungsspiele durchgeführt (beispielsweise: „Schrittechallenge/Europareise“, „Senioren yoga“, „Fasziengymnastik“, Sturzprophylaxe, „Rollatortanz“, „Bewegungsmemory“, „Theaterprobe“, „Shopping Tour“, „Genuss-Parcours“).</p> <p>Das Programm beinhaltet auch die Qualifizierung des (Betreuungs-)Personals der Einrichtung, so dass Elemente, die von Bewohnerinnen und Bewohnern gut angenommen werden, fester Bestandteil des Betreuungsprogramms der Pflegeeinrichtung werden können.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen (noch) keine Informationen zur Wirksamkeit vor bzw. sind diese nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend; insbesondere psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<a href="https://www.bkk-mobil-oil.de/gesund-und-fit/gesund-im-pflegeheim/schwungvoll-bewegen-und-erleben.html">https://www.bkk-mobil-oil.de/gesund-und-fit/gesund-im-pflegeheim/schwungvoll-bewegen-und-erleben.html</a> (letzter Abruf: 14.01.2021)

### 3.1.2.23 Seniorengoach Life Kinetik®

<b>Name</b>	Seniorengoach Life Kinetik®
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<p>Entwicklung von Life Kinetik®:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ LiKE GmbH (Horst Lutz)</li> </ul> <p>Umsetzung i. S. v. Weiterbildungsangeboten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ BKKen, u. a. Schwenninger Krankenkasse (vivid a bkk)</li> <li>◆ Cinderella GmbH – Life Kinetik</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ weitere private Anbieter in der Fitness- und Weiterbildungsbranche</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Zehn stationäre Pflegeeinrichtungen im Raum Villingen-Schwenningen
<b>Zielgruppe</b>	Pflegefachkräfte und Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI
<b>Ziel</b>	<p>Vermittlung einer Zusatzqualifikation zur Durchführung des Programms Life Kinetik®.</p> <p>Ziel von Life Kinetik® ist die Steigerung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, Förderung der Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie des visuellen Systems von Bewohnerinnen und Bewohnern. Dadurch soll ein Beitrag zu einem selbstbestimmten Leben im Alter geleistet werden.</p>
<b>Beschreibung</b>	<p>Es handelt sich um eine Qualifizierungsmaßnahme für Mitarbeitende aus Pflegeeinrichtungen. Diese umfasst eine dreitägige Weiterbildung zum „Seniorencoach“ zur Anwendung des multimodalen Trainingsprogramms Life Kinetik®. Nach Abschluss der Qualifikation sollen die ausgebildeten Seniorencoachs das Training regelmäßig mit Bewohnerinnen und Bewohnern durchführen.</p> <p>Das Trainingsprogramm kombiniert verschiedene Komponenten wie Bewegungsaufgaben, sensorische Stimulation und kognitive Aufgaben (beispielsweise werden mit den Händen Bälle hochgeworfen und gleichzeitig mit den Füßen Kreise in die Luft gemalt). Die Übungen werden nicht wiederholt, d. h. nie so lange trainiert, bis sie sich automatisieren.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Nach Angaben des Entwicklers ist die Wirksamkeit des Trainingsprogramms in über 30 wissenschaftlichen Studien mit unterschiedlichen Zielgruppen belegt (keine RCTs). Diese zeigten eine verbesserte Konnektivität zwischen Hirnarealen, eine verbesserte visuelle Wahrnehmung und mentale Rotationsleistung, erhöhte Reaktionsgeschwindigkeit, verbesserte Auge-Hand/Bein-Koordination, reduzierte Stressbelastung und erhöhte Aufmerksamkeitsleistung. Keine dieser Studien untersuchte jedoch die Wirkung speziell bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen. Die Entwickler berichten lediglich von einer Pilotstudie mit 10 Senioren mit leichter Demenz, bei denen sich die Merkfähigkeit (Kurzzeitgedächtnis) unter Anwendung von Life Kinetik® verbesserte, während die Leistung in der Kontrollgruppe abnahm.</p>
<b>Finanzierung</b>	Teilweise durch § 5 SGB XI; ansonsten private Finanzierung
<b>Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.vividabkk.de/de/presseportal/pressemitteilungen/presse-details/mit-gehirntraining-stuerzen-und-demenz-vorbeugen">https://www.vividabkk.de/de/presseportal/pressemitteilungen/presse-details/mit-gehirntraining-stuerzen-und-demenz-vorbeugen</a> (letzter Abruf: 15.01.2021)</p>

	<a href="https://lifekinetik.com/">https://lifekinetik.com/</a> (letzter Abruf: 15.01.2021)
--	---

### 3.1.2.24 Tanz & Koordination

<b>Name</b>	Tanz & Koordination Es handelt sich um ein Projekt unter der Dachmarke „Gesund im Pflegeheim“ der BKK Mobil Oil.
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ BKK Mobil Oil</li> <li>◆ movement24 GmbH</li> </ul>
<b>Einrichtungen</b>	Pilotierung in einer stationären Pflegeeinrichtung, München
<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft; Mitarbeitende aus Pflege und Betreuung
<b>Ziel</b>	Wohlbefinden der Bewohnerschaft steigern, depressive Verstimmungen reduzieren und das Selbstwirksamkeitserleben stärken.
<b>Beschreibung</b>	<p>Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten in der Einrichtung acht Wochen lang einmal die Woche ein Tanztraining durch professionelle Tanzlehrerinnen und -lehrer. Zudem erhalten interessierte Mitarbeitende der Einrichtung eine Schulung um die Tanzstunden eigenständig umzusetzen.</p> <p>Das Training wird ergänzt durch die Zurverfügungstellung von Broschüren („Gesundheits-Guides“) mit dem Motto „Gesund durch den Tag“ mit einfach aufbereiteten Informationen zu den Themen Bewegung, Ernährung und Entspannung im Alltag.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen (noch) keine Informationen zur Wirksamkeit vor bzw. sind diese nicht bekannt.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.bkk-mobil-oil.de/gesund-und-fit/gesund-im-pflegeheim/tanz-koordination.html">https://www.bkk-mobil-oil.de/gesund-und-fit/gesund-im-pflegeheim/tanz-koordination.html</a> (letzter Abruf: 15.01.2021)</p> <p><a href="https://www.movement24.de/praevention-in-der-pflege-tanz-koordination/">https://www.movement24.de/praevention-in-der-pflege-tanz-koordination/</a> (letzter Abruf: 15.01.2021)</p>

### 3.1.2.25 Unvergessen – Aktivierung durch Märchen

<b>Name</b>	„Unvergessen – Aktivierung durch Märchen“ Es handelt sich um ein Projekt unter der Dachmarke „Gesund im Pflegeheim“ der BKK Mobil Oil.
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	BKK Mobil Oil (bundesweit)
<b>Einrichtungen</b>	Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen nicht bekannt

<b>Zielgruppe</b>	Bewohnerschaft von Pflegeeinrichtungen, insbesondere solche mit demenzieller Erkrankung
<b>Ziel</b>	Erhaltung und Steigerung der Lebensqualität und Verbesserung der Alltagsfunktionen; Förderung der psychosozialen Gesundheit; Weiterentwicklung der Qualifikation von Mitarbeitenden
<b>Beschreibung</b>	Zunächst werden exemplarische Märchenstunden durch professionelle Märchenerzählerinnen und -erzähler in der Einrichtung durchgeführt. Im zweiten Schritt werden ausgewählte Mitarbeitende geschult um selbst Märchenstunden in den Einrichtungen durchzuführen. Nach der selbstständigen Erprobung reflektieren die Mitarbeitenden ihre Erfahrungen in einem „Begleittag“ mit professionellen Märchenerzählerinnen und -erzählern. Nach Projektende soll eine Märchenstunde fester Bestandteil im Betreuungsprogramm des Pflegeheimes werden.  Das Projekt läuft aktuell.
<b>Wirksamkeit</b>	Für dieses Projekt werden keine Studienergebnisse berichtet bzw. sind diese nicht bekannt. Es wird lediglich auf eine einjährige qualitative Studie zur Wirksamkeit von wöchentlichen Märchenstunden mit einer festen Gruppe von Menschen mit Demenz, allerdings im ambulanten Kontext Bezug genommen.
<b>Finanzierung</b>	§ 5 SGB XI
<b>Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit; ferner kognitive Ressourcen
<b>Quellen</b>	<a href="https://www.bkk-mobil-oil.de/gesund-und-fit/gesund-im-pflegeheim/unvergessen-aktivierung-durch-maerchen.html">https://www.bkk-mobil-oil.de/gesund-und-fit/gesund-im-pflegeheim/unvergessen-aktivierung-durch-maerchen.html</a> ; <a href="https://www.bkk-mobil-oil.de/magazin/02-2018/maerchen-fuer-menschen-mit-demenz.html">https://www.bkk-mobil-oil.de/magazin/02-2018/maerchen-fuer-menschen-mit-demenz.html</a> (letzter Abruf: 03.12.2020)

### 3.2 Ansätze der Pflege

Leistungen gemäß § 5 SGB XI werden in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht. Insofern stellen Ansätze der Pflege zur Förderung kognitiver Ressourcen und der psychosozialen Gesundheit einen unmittelbar relevanten Kontext dar. Für das Verständnis der nachfolgend beschriebenen Ansätze der Pflege ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zentral, der deshalb zunächst vorgestellt wird.

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgte eine Erweiterung des Verständnisses von Pflegebedürftigkeit. Der alte Pflegebedürftigkeitsbegriff orientierte sich vorrangig an somatischen Erkrankungen und dadurch bedingten Beeinträchtigungen und fokussierte auf Unterstützung alltäglicher Verrichtungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurden psychische und kognitive Beeinträchtigungen als mögliche Ursachen von Pflegebedürftigkeit gleichberechtigt neben somatische Beeinträchtigungen gestellt. Mit der Erweiterung des Verständnisses zu den Ursachen von Pflegebedürftigkeit ging auch eine Erweiterung der pflegerischen Aufgaben und des pflegerischen Leistungsspektrums einher (insbesondere in der ambulanten pflegerischen Versorgung).

Während das Leistungsspektrum der sozialen Pflegeversicherung bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sukzessive erweitert worden war, um auf den Hilfe- und Unterstützungsbedarf von Menschen mit Demenz, geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen adäquat zu reagieren<sup>2</sup>, wurde die Berücksichtigung kognitiver Einschränkungen erst mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Teil des Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Um dem erweiterten Verständnis zu den Ursachen von Pflegebedürftigkeit Rechnung zu tragen, wurden die drei Bereiche Mobilität, Ernährung und Körperpflege z. T. zusammengefasst und um weitere Bereiche ergänzt. Pflegebedürftigkeit bemisst sich fortan an dem Hilfe- und

---

<sup>2</sup> In der stationären Versorgung bestand ein Anspruch auf die Vereinbarung von Leistungen zusätzlicher Betreuung und Aktivierung für pflegebedürftige Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf bereits seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (2008). Dieser Anspruch wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II, 2017) auf sämtliche Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Pflegegrad 1 bis 5 ausgeweitet.

In den Sachleistungsanspruch der ambulanten Versorgung gem. SGB XI wurden Betreuungsleistungen erstmals mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG, 2013), in Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, eingeführt (ehem. § 124 i. V. m. § 36 SGB XI). Zunächst bestand eine Nachrangigkeit der Betreuungsleistungen, die nur in Anspruch genommen werden konnten, wenn „Grundpflege“ und „hauswirtschaftliche Versorgung“ sichergestellt waren. Mit dem PSG I (2015) wurden Betreuungsleistungen als sog. „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ schließlich zum regulären Bestandteil des Sachleistungsanspruchs (§ 36 SGB XI) und stehen seitdem gleichberechtigt neben „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ (ehem. Grundpflege) und „Hilfen zur Haushaltsführung“ (ehem. Hauswirtschaftliche Versorgung).

Unterstützungsbedarf in sechs Bereichen und wird im Rahmen gleichnamiger Module des aktuellen Begutachtungsinstruments beurteilt (vgl. § 14 SGB XI):

1. Mobilität;
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen;
4. Selbstversorgung;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff beschränkt sich aber nicht allein auf die Erweiterung des Verständnisses zu den Ursachen von Pflegebedürftigkeit, sondern geht von einem fundamental veränderten Ansatz pflegerischen Handelns aus: Während dem alten Pflegebedürftigkeitsbegriff ein Defizit-Modell zugrunde lag, wonach Einschränkungen im Bereich notwendiger Alltagsverrichtungen durch pflegerisches Handeln zu kompensieren waren, gründet der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf einem Ressourcen-Modell. Demnach folgt pflegerisches Handeln dem Grundsatz einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung der *Selbstständigkeit* pflegebedürftiger Menschen, d. h. (noch) erhaltene Selbstständigkeitsressourcen bzw. Fähigkeiten werden im Pflegeprozess soweit aktiviert und gefördert, dass notwendige Alltagshandlungen möglichst selbstständig durchgeführt werden. Auch wenn dieser Gedanke in der pflegerischen Praxis nicht neu ist, da die Pflege nach ihrem eigenen Selbstverständnis schon immer ressourcen-orientiert ausgerichtet war und auch die gesetzlichen Grundlagen im SGB XI dies bereits länger reflektieren (Stichwort: „aktivierende Pflege“), so ist das veränderte Grundverständnis von Pflegebedürftigkeit als gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung von Selbstständigkeit und Fähigkeiten doch erst mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gesetzlich verankert worden.

In Einklang mit 1) dem erweiterten Blick auf die Ursachen von Pflegebedürftigkeit und 2) dem Perspektivwechsel von einem Defizit- hin zu einem Ressourcen-Modell sind die pflegerischen Aufgaben zu gestalten. Auch das Leistungsspektrum von Einrichtungen der Langzeitpflege hat sich an dem veränderten Pflegeverständnis auszurichten. Dazu wurde vom Bundesministerium für Gesundheit eine entsprechende Fachexpertise (Wingenfeld & Büscher, 2017) beauftragt, die die pflegerischen Aufgaben auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisiert.

Schließlich öffnet das umfassendere Pflegeverständnis – wie es sich im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zeigt – den Begriff der Pflege für eine mehr systemische Perspektive. Demnach umfasst „Pflege“ nicht länger allein die Aufgaben der Profession von Pflegefach- und Pflegehilfskräften, sondern sämtliche Aufgaben im Rahmen von Hilfs- und Unterstützungsleistungen für pflegebedürftige Menschen

---

in den Bereichen (körperbezogene) Pflege, Betreuung und Haushalt. Dies erfordert den Einbezug der Expertise weiterer an der „pflegerischen“ Versorgung beteiligter Berufsgruppen.

Die Leistungen in den drei Bereichen Pflege, Betreuung und Haushalt sind zentral zu koordinieren und aufeinander abzustimmen. Die Verantwortung hierfür liegt bei den Pflegefachkräften (vgl. § 4 Pflegeberufegesetz)<sup>3</sup>. Ihnen obliegt es dabei die fachliche Expertise aus den Bereichen Betreuung und Hauswirtschaft einzubeziehen. Dies gilt im Falle stationärer Pflegeeinrichtungen umso mehr, da sämtliche Hilfs- und Unterstützungsleistungen innerhalb derselben Organisation erbracht werden. Dieser Vollversorgungsauftrag stellt an sich zwar nichts Neues dar – der verstärkte Fokus auf Autonomie und Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen erfordert jedoch eine stärkere Abstimmung zwischen den drei Bereichen, um eine passgenaue, der individuellen Bedarfs- und Bedürfnislage angemessene Versorgung zu ermöglichen.

### 3.2.1 Übersicht der Ansätze

Die vorangehenden Ausführungen zeigen, dass mit der Abkehr vom Defizit-Modell und der Ausrichtung auf den Erhalt und die Förderung von Ressourcen und Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen, pflegerisches Handeln fortan Ziele verfolgt, die denen gesundheitsfördernder Interventionen konzeptionell ähnlich sind. Insofern stellen Ansätze der Pflege für die Entwicklung von Leistungen nach § 5 SGB XI in den Handlungsfeldern „kognitive Ressourcen“ und „psychosoziale Gesundheit“ einen besonders relevanten Kontext dar.

Bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2017) wurden im Rahmen einer bundesweiten Aktion zur Entbürokratisierung der Pflege Anstrengungen unternommen, die Entwicklung hin zu einem veränderten Grundverständnis in Einrichtungen der Langzeitpflege anzustoßen. Dazu wurde in den Jahren 2015 bis 2017 das Projektbüro EinSTEP (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung in der Pflege) ins Leben gerufen. Ziel des Projekts war es, mit Einführung einer schlanken (entbürokratisierten) Pflegedokumentation eine Effizienzsteigerung zu initiieren, die sich einerseits durch eine vermehrte Zeitersparnis und andererseits durch eine (Rück-)Besinnung auf die Fachlichkeit der Pflegenden und einen personenzentrierten Ansatz auszeichnet. Der personenzentrierte Ansatz stellt die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt und bezieht sie kontinuierlich in die Gestaltung der Pflege und Betreuung ein. Damit werden pflegebedürftige Menschen, unabhängig von ihren Einschränkungen, als selbstbestimmte, gleichberechtigte Personen wertgeschätzt. Gleichsam soll im Zuge dieser Entwicklung die Pflegedokumentation wieder die Funktion erhalten, die ihr ursprünglich zugeordnet war: ein Medium der Kommunikation zwischen an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen (Beikirch *et al.*, 2017, S. 14).

---

<sup>3</sup> Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49

Das Vorhaben zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, das letztlich über eine Verschlanung der Pflegedokumentation hinausgeht, wird unter dem Begriff „Strukturmodell“ gefasst (vgl. Kapitel 3.2.2.7). Dabei umfasst das Strukturmodell Konzepte, die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gut anschlussfähig sind und seine Einführung damit ein Stück weit vorbereitet.

Selbstbestimmung und Selbstständigkeit, die auch für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zentrale Konzepte sind, gehen mit einem Umdenken bei der Definition pflegerischer Aufgaben einher. In einer Fachexpertise hierzu von Wingenfeld & Büscher (2017) werden – neben den bereichsübergreifenden Aufgaben der Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, der Beobachtung und Abwehr von gesundheitlichen Risiken sowie der Kommunikation – drei Arten von pflegerischen Aufgaben unterschieden:

- ◆ *Hilfen*: Diese dienen der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen im Alltag unter Berücksichtigung der (erhaltenen) Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Personen.
- ◆ *Aufklärung, Beratung, Anleitung*: Maßnahmen, die auf die Erweiterung der Selbstpflegekompetenz von pflegebedürftigen Menschen und der Pflegekompetenz von Angehörigen zielen. Pflegebedürftige Menschen und ggf. ihre Angehörigen sollen damit in die Lage versetzt werden, beispielsweise gesundheitsförderliche Aktivitäten in ihren Alltag zu integrieren, Risiken zu vermeiden, täglich Abläufe an die bestehenden Beeinträchtigungen anzupassen oder auch eine veränderte Tagesstruktur zu etablieren.
- ◆ *Zielgerichtete Ressourcenförderung*: Förderung von Selbstständigkeit durch ein zielgerichtetes, in der Pflegeplanung fixiertes Vorgehen, bei dem Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definiert und aus dem engen Rahmen der Alltagsverrichtungen herausgelöst sind. Nicht gemeint ist eine in den Alltag integrierte aktivierende Pflege, die dadurch gekennzeichnet ist, dass die pflegebedürftige Person bei der Durchführung der gerade anstehenden Verrichtungen (z. B. Körperpflege) möglichst viele Teilhandlungen selbst übernimmt – dies entspräche eher den oben genannten *Hilfen*.

Die Aufgaben werden für jeden der sechs Bereiche des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beschrieben, z. B. als „Verbalisierung zur Unterstützung der örtlichen, zeitlichen und situativen Orientierung“ im Bereich „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“.

Eine wichtige Orientierung bei der inhaltlichen Konzeption der pflegerischen Aufgaben lieferte die Taxonomie der *Nursing Interventions Classification* (NIC), zu Deutsch „Pflegeinterventionsklassifikation“ (Bulechek *et al.* 2013). In Hinblick auf die Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit sind insbesondere die von Wingenfeld und Büscher (2017) formulierten Aufgaben in

---

den Bereichen „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ (vorrangig im Handlungsfeld „kognitive Ressourcen“), „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ sowie „Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen“ (beides vorrangig im Handlungsfeld „psychosoziale Gesundheit“) von Interesse (vgl. Kapitel 3.2.2.1, 3.2.2.2 und 3.2.2.3).

Darüber hinaus wird pflegefachlich angemessenes Handeln in Deutschland anhand der Expertenstandards konkretisiert. Expertenstandards in der Pflege sind Instrumente der Qualitätssicherung, die von Pflegeexpertinnen und -experten erarbeitet werden und den Konsens in der Berufsgruppe über Ziele und Maßnahmen der pflegerischen Versorgung beschreiben. Der Qualitätsausschuss Pflege kann gemäß § 113a SGB XI die Erarbeitung von Expertenstandards beauftragen. Bisher hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zehn solcher Expertenstandards erarbeitet. Davon ist der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP, 2019) in Hinblick auf die Förderung psychosozialer Gesundheit von besonderem Interesse. Er verfolgt das Ziel, die zwischenmenschlichen Beziehungen von Menschen mit Demenz zu erhalten und zu fördern, indem professionell und informell Pflegenden durch einen personenzentrierten, wertschätzenden Ansatz zur Beziehungsgestaltung befähigt werden (vgl. Kapitel 3.2.2.4).

Eine weitere Entwicklung mit Relevanz insbesondere für das Handlungsfeld „psychosoziale Gesundheit“ sind neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen (vgl. Kapitel 3.2.2.7). Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) wurde 2012 die Weiterentwicklung neuer Wohnformen gezielt gefördert (§ 45f SGB XI). Diese neuen Wohnformen wurden im Zeitraum von Januar 2015 bis März 2018 erprobt und wissenschaftlich evaluiert (insg. 53 Projekte). Im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f SGB XI (Hackmann *et al.*, 2019) wurden drei bewohnerbezogene Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen herausgearbeitet:

- ◆ *Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit (versorgungsbezogene Qualität)*: Wahrung der Autonomie trotz Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit, unter Gewährleistung der „Versorgungssicherheit“ (hier: Gewährleistung der lückenlosen pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Versorgung). Möglichkeiten der selbstständigen Lebensführung können aufgrund von Krankheit eingeschränkt sein. Hier bedarf es Wohnformen, die dennoch ein von Hilfen anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben ermöglichen. Neue Wohnformen haben den Anspruch, eine weitestgehend selbstständige Lebensführung zu ermöglichen und gleichzeitig die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.
  - ◆ *Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung (lebensweltbezogene Qualität)*: Wahl-, Mitbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in den
-



Bereichen Wohnen und Versorgung. Die Gestaltung der Wohn- und Versorgungsangebote richtet sich an den individuellen Bedürfnissen, den Werten, Gewohnheiten, Fähigkeiten und Kompetenzen der Bewohner aus, d. h. berücksichtigt die individuelle Lebenswelt und erhält diese.

- ◆ *Teilhabe durch soziale Einbindung*: Begegnungsmöglichkeiten, umfassende Freizeit- und Kommunikationsangebote. Für die neuen Wohnformen stellt sich als weitere Anforderung, die soziale Teilhabe von pflegebedürftigen Personen zu ermöglichen, d. h. im Sinne der Nutzerbedürfnisse sicherzustellen, dass ihre Bewohner am sozialen Leben teilhaben können, indem sie die Möglichkeit haben, sich in einem sozialen Netzwerk einzubringen („soziale Einbindung“).

Dabei unterstützt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eine Weiterentwicklung neuer Wohnformen hin zu mehr Selbstbestimmung und sozialer Einbindung pflegebedürftiger Menschen. Die Fokussierung der Qualitätskriterien auf Autonomie, Selbstbestimmung und soziale Einbindung zielt im Endeffekt auf die Vermeidung der Institutionalisierung pflegebedürftiger Menschen in vom Rest der Gesellschaft weitgehend isolierten Einrichtungen und somit auf ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (vgl. auch die Ausführungen zu „nursing home culture change“ in Kapitel 4.1.1). Zudem besteht ein Zusammenhang der Integration in die Gemeinschaft zum subjektiven Wohlbefinden (Boyle, 2008; Doyal & Gough, 1984; Law *et al.*, 1998). Neue Wohnformen sind deshalb in Bezug auf das Handlungsfeld „psychosoziale Gesundheit“ von besonderer Bedeutung.

Die Entwicklung hin zu mehr Selbstbestimmung und sozialer Einbindung lässt sich bei stationären Einrichtungen anhand der vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) entwickelten Generationenabfolge des stationären Altenwohnbaus nachvollziehen (Michell-Auli & Sowinski, 2013). Demnach können historisch vier Typen unterschieden werden, wie stationäre Pflegeeinrichtungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten typischerweise konzipiert, gebaut und umgesetzt wurden bzw. werden:

- ◆ Generation – „Anstaltskonzept“ (ca. 1940 bis 1960): Die primäre Funktion bestand darin, alte Menschen zu „verwahren“ und ihnen einen Schlaf- und Essplatz zu bieten. Die Unterbringung erfolgte meistens in Mehrbettzimmern; Gemeinschaftsräume fehlten zumeist.
  - ◆ Generation – „Stationskonzept“ (ca. 1960 bis 1980): Das Wohn- und Pflegekonzept orientierte sich eng am Krankenhaus mit einem starken Fokus auf die medizinisch-technische Versorgung. Die Unterbringung erfolgte typischerweise in Zweibettzimmern.
  - ◆ Generation – „Wohnbereichskonzept“ (seit ca. 1980): Außer, dass Pflegeeinrichtungen Pflegeanforderungen bedienten, wurden sie erstmals auch als Wohnort begriffen. Statt den Fokus auf medizinisch-technische Versorgung zu legen, gerieten Selbstständigkeit, zwischenmenschliche
-

Interaktion und Kommunikation sowie Privatheit stärker in den Blick. Vermehrt erfolgte eine Unterbringung in Einzelzimmern.

- ♦ Generation – „Hausgemeinschaftskonzept“ (seit ca. 1995): Bei diesem Typ ist der Übergang zu ambulanten Wohnformen fließend. Die Einrichtungen sind als Hausgemeinschaften mit typischerweise sechs bis zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern in einer möglichst normalen, gemeinsamen Wohnung organisiert. Das Gemeinschaftsleben spielt sich im wohnungsinternen Wohn-/Ess-/Kochbereich ab. Es ist mindestens eine Präsenzkraft immer vor Ort und als Bezugsperson für die Bewohnerschaft ansprechbar. Die Präsenzkraft organisieren den Haushalt, kaufen ein und kochen. Die Bewohnerinnen und Bewohner beteiligen sich – ihren Fähigkeiten und Vorlieben entsprechend – an den alltäglichen Aktivitäten.

Vor dem Hintergrund der sich sowohl ambulant als auch stationär weiter ausdifferenzierenden Wohn- und Versorgungskonzepte – bei denen soziale Bedürfnisse des Zusammenlebens und Wohnens zunehmend im Vordergrund stehen – gewinnt auch die Diskussion die „pflegerische“ Versorgung auf eine breitere und damit multidisziplinäre personelle Basis zu stellen, zunehmend an Bedeutung. Der Überblick zu den relevanten Ansätzen der Pflege wird daher – auch gemäß dem systemischen Verständnis des Begriffs – durch Konzepte aus den Bereichen „Betreuung“ und „Haushalt“ vervollständigt.

### 3.2.2 Vignetten ausgewählter Ansätze

Die vorangehend skizzierten Ansätze der Pflege werden nachfolgend im Detail vorgestellt.

#### 3.2.2.1 Pflegerische Aufgaben zu kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

<b>Name</b>	Pflegerische Aufgaben zu kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Pflege- und Betreuungspersonal (Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte); die Entscheidung darüber, ob und in welchem Ausmaß die Einbeziehung von Hilfskräften erfolgt, liegt in der Verantwortung der Pflegefachkraft.
<b>Einrichtungen</b>	Ambulante, teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege
<b>Zielgruppe</b>	Pflegebedürftige Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf bzw. Bedürfnis nach Unterstützung bei kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten
<b>Ziel</b>	Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten so weit wie möglich zu beseitigen, zu mindern bzw. eine Verschlimmerung zu verhindern.

	Aufrechterhaltung von vorhandenen kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten.
<b>Beschreibung</b>	<p><b>Hilfen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ zur besseren Orientierung, Deutung- und Erinnerungshilfen (in Form von Verbalisierungen zur Unterstützung der örtlichen, zeitlichen und situativen Orientierung, der Personenerkennung und des Erinnerns sowie in Form von Erläuterung von Wahrnehmungen und Sachverhalten/Informationen, einschließlich Begleitung bei Aktivitäten wie zum Beispiel Nachrichtenschauen/-hören);</li> <li>◆ beim Gebrauch von Hilfsmitteln zur Unterstützung von Wahrnehmung und Orientierung (körpernahe Hilfsmittel wie Brille oder Hörgerät, orientierungsfördernde Hilfsmittel wie Kalender, Uhr oder farbliche Kennzeichnung von Gegenständen in den Räumen);</li> <li>◆ bei der Kommunikation mit anderen Personen (einschließlich bei der Nutzung von Kommunikationsmitteln wie Tafel, Papier, Stift, Computer und Anregung/Ermutigung zur Kommunikation und zur Beteiligung an Gruppenaktivitäten, zum Erzählen von Ereignissen/Beobachtungen, zum Verbalisieren von Wünschen/Ängsten);</li> <li>◆ durch Ansprache (in Form von aktivem Interagieren mit der pflegebedürftigen Person durch aktives Zuhören, Eingehen auf Aussagen, Wünsche und Ängste);</li> <li>◆ durch Präsenz (Anwesenheit als „aktive Präsenz“ und Erreichbarkeit für die pflegebedürftige Person, um bei Bedarf Hilfe zu leisten, aber ohne konkrete Unterstützung zu leisten. Besonders bei kognitiv beeinträchtigten Menschen kann Präsenz in großem Umfang erforderlich sein, weil immer wieder unvorhersehbarer Bedarf auftritt)</li> </ul> <p><b>Aufklärung, Beratung, Anleitung</b> der pflegenden Angehörigen bei den oben genannten Maßnahmen sowie der pflegebedürftigen Personen bei der Nutzung von technischen Mitteln und Hilfsmitteln</p> <p><b>Zielgerichtete Ressourcenförderung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Biographie-orientierte kognitive Förderung,</li> <li>◆ Gedächtnistraining,</li> <li>◆ Konzentrationsübungen/-spiele</li> </ul>
<b>Wirksamkeit</b>	Hinweise auf die Wirksamkeit der Interventionen finden sich in der Pflegeinterventionsklassifikation. Beispiele relevanter Interventionen gem. NIC-Taxonomie:

	<p>[4860] Erinnerungstherapie, [4760] Gedächtnistraining, [4720] Kognitive Stimulation, [4820] Realitätsorientierung, [4740] Tagebuchführen, 6460] Demenzpflege.</p> <p>Die in der NIC genannten Wirksamkeitsnachweise beziehen sich allerdings nicht immer auf den spezifischen Kontext der stationären Langzeitpflege.</p>
<b>Finanzierung</b>	§§ 36, 41, 42, 43, 43b SGB XI
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Kognitive Ressourcen
<b>Quellen</b>	<p>Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.  <a href="https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf">https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf</a>          (letzter Abruf 06.11.2020)</p> <p>Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM (Hrsg.) (2013): Nursing Interventions Classification (NIC); 6. Auflage. Elsevier: St. Louis, Missouri, USA.</p>

### 3.2.2.2 Pflegerische Aufgaben bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

<b>Name</b>	Pflegerische Aufgaben bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Pflege- und Betreuungspersonal (Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte); die Entscheidung darüber, ob und in welchem Ausmaß die Einbeziehung von Hilfskräften erfolgt, liegt in der Verantwortung der Pflegefachkraft.
<b>Einrichtungen</b>	Ambulante, teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege
<b>Zielgruppe</b>	Pflegebedürftige Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf bzw. Bedürfnis nach Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen
<b>Ziel</b>	Beeinträchtigungen aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen so weit wie möglich zu beseitigen, zu mindern bzw. eine Verschlimmerung zu verhindern.
<b>Beschreibung</b>	<p><b>Hilfen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Umgebungsbezogene Maßnahmen:</i> Identifizierung und Veränderung von verhaltenswirksamen Umgebungsfaktoren; Schaffung einer sicheren, bedürfnisgerechten Umgebung durch Entfernung von Verletzungsquellen, Verfügbarkeit vertrauter Gegenstände usw.</li> <li>◆ <i>Verhaltensbezogenen Maßnahmen:</i> Verbalisierungen wie aufmerksam machen auf Verhaltensweisen, motivieren,</li> </ul>

	<p>Alternativen anbieten, reflektieren etc.; Einwirken auf aktuelle Verhaltensweisen durch Maßnahmen zur Vermeidung von selbstverletzendem Verhalten, Schlichtung von Konflikten, Förderung der Akzeptanz von Hilfsmitteln, Umgang mit Impulsivität; entlastende Maßnahmen z. B. Minderung von Ängsten, Motivation zur Verbalisierung negativer Empfindungen, Einzelbetreuung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Alltagsgestaltung</i>: Einbindung in Beschäftigungsangebote und andere Aktivitäten im Alltag, z. B. Musik hören, Bastelangebote, Spazierengehen, sonstige körperliche Betätigung; Hinwirken auf einen regelmäßigen Schlaf-/Wachrhythmus durch z. B. ruhige Schlafumgebung, Minimierung nächtlicher Störungen, Möglichkeiten der Entspannung bieten, Aufforderung zum Einhalten der Schlaf-/Wachphasen, Wecken zu bestimmter Uhrzeit; Nutzung von Maßnahmen zur Spannungsreduzierung, Entspannungsübungen; Förderung positiver Emotionen z. B. durch Unterstützung im Umgang mit Tieren.</li> </ul> <p><b>Aufklärung, Beratung, Anleitung</b> der pflegenden Angehörigen zur Vermeidung von überfordernden Situationen, Entlastung und Kompetenzerweiterung</p> <p><b>Zielgerichtete Ressourcenförderung</b>: entsprechende Maßnahmen werden in der Expertise nicht genannt.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Hinweise auf die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen finden sich in der Pflegeinterventionsklassifikation. Beispiele relevanter Interventionen gem. NIC-Taxonomie:</p> <p>[4350] ff. Verhaltensmanagement, [4320] Tiergestützte Therapie, [4370] Impulskontrolltraining, [4640] Aggressionskontrolle, [5000] Komplexer Beziehungsaufbau, [5340] Anwesend sein, [5230] Copingverbesserung, [5270] Emotionale Unterstützung, [6160] Krisenintervention, [5330] Stimmungsmanagement, [5820] Angstminderung, [5880] Beruhigung, [6466] Demenzpflege: ruheloses Umhergehen, [6470] Entweichungsprävention, [6482] Umgebungsmanagement: Wohlbehagen, [6670] Validationstherapie.</p> <p>Die in der NIC genannten Wirksamkeitsnachweise beziehen sich allerdings nicht immer auf den spezifischen Kontext der stationären Langzeitpflege.</p>
<b>Finanzierung</b>	§§ 36, 41, 42, 43, 43b SGB XI
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	wie 3.2.2.1

### 3.2.2.3 Pflegerische Aufgaben zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

<b>Name</b>	Pflegerische Aufgaben im Bereich Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Pflege- und Betreuungspersonal (Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte); die Entscheidung darüber, ob und in welchem Ausmaß die Einbeziehung von Hilfskräften erfolgt, liegt in der Verantwortung der Pflegefachkraft.
<b>Einrichtungen</b>	Ambulante, teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege
<b>Zielgruppe</b>	Pflegebedürftige Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf bzw. Bedürfnis nach Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.
<b>Ziel</b>	Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte so weit wie möglich zu beseitigen, zu mindern bzw. eine Verschlimmerung zu verhindern.
<b>Beschreibung</b>	<p><b>Hilfen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ zur Förderung eines regelmäßigen Schlaf-/Wachrhythmus (durch Verbalisierung der Uhrzeit, Aufforderung zum Aufstehen/Schlafen, Anbieten von schlaffördernden Maßnahmen wie Tee oder warme Milch, beruhigende Rituale),</li> <li>◆ bei der Gestaltung des Tagesablaufs durch interne/externe Angebote (Gruppenaktivitäten),</li> <li>◆ bei der zwischenmenschlichen Interaktion (einschließlich Unterstützung bei der Pflege von Kontakten außerhalb des direkten Umfelds und Motivierung pflegebedürftiger Personen zur Nutzung von Gruppenaktivitäten, zur Intensivierung zwischenmenschlichen Kontakte und von Kontakten außerhalb des direkten Umfelds),</li> <li>◆ zur Integration von bedürfnisgerechter Beschäftigung in den Lebensalltag (einschließlich Motivierung zur Teilnahme an Beschäftigungsangeboten wie Musik, Bastelangebote in Pflegeeinrichtungen, Kirchengemeinde, Selbsthilfegruppe etc.),</li> <li>◆ zur Durchführung zukunftsgerichteter Aktivitäten.</li> </ul> <p><b>Aufklärung, Beratung, Anleitung</b> der pflegenden Angehörigen hinsichtlich der Unterstützung des Pflegebedürftigen im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte</p> <p><b>Zielgerichtete Ressourcenförderung:</b> entsprechende Maßnahmen werden in der Expertise nicht genannt.</p>

<b>Wirksamkeit</b>	<p>Hinweise auf die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen finden sich in der Pflegeinterventionsklassifikation. Beispiele relevanter Interventionen gem. NIC-Taxonomie:</p> <p>[4310] Beschäftigungstherapie, [4330] Kunsttherapie, [4400] Musiktherapie, [4680] Bibliothherapie, [5100] Sozialisationsverbesserung, [5360] Freizeittherapie, [5320] Humor, [5420] Spirituelle Unterstützung.</p> <p>Die in der NIC genannten Wirksamkeitsnachweise beziehen sich allerdings nicht immer auf den spezifischen Kontext der stationären Langzeitpflege.</p>
<b>Finanzierung</b>	§§ 36, 41, 42, 43, 43b SGB XI
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	wie 3.2.2.1

#### 3.2.2.4 Betreuungsleistungen

<b>Name</b>	<p>Betreuungsleistungen (allgemeiner Begriff);</p> <p>Soziale Betreuung (häufig benutzter Begriff für Betreuungsleistungen gem. § 43b SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen);</p> <p>Zusätzliche Betreuung und Aktivierung (leistungsrechtlicher Begriff gem. § 43b SGB XI, stationär),</p> <p>Pflegerische Betreuungsmaßnahmen (leistungsrechtlicher Begriff gem. § 36 SGB XI, ambulant)</p>
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Fachbereichsleitung „Betreuung“ bzw. verantwortliche Fachkräfte; Mitarbeitende mit Qualifikation entsprechend der Betreuungskräfte-Richtlinien gem. § 53b SGB XI
<b>Einrichtungen</b>	Stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste; Betreuungsdienste gem. § 71 Abs. 1a SGB XI
<b>Zielgruppe</b>	Pflegebedürftige Menschen mit Betreuungsbedarf
<b>Ziel</b>	<p>Verbesserung der Betreuung pflegebedürftiger Menschen im Sinne von „Präsenzstrukturen“, Unterstützung bei alltäglichen Aktivitäten und Erhöhung der Lebensqualität (gem. Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 53b SGB XI).</p> <p>Flexibilisierung und Ausrichtung des Leistungsangebots an den Bedürfnissen von Personen mit Betreuungsbedarf.</p> <p>Die Versorgung pflegebedürftiger Personen auf eine breitere fachliche und damit breitere personelle Basis stellen.</p>
<b>Beschreibung</b>	Betreuungsleistungen umfassen insbesondere Maßnahmen in den Bereichen „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ (siehe

	<p>3.2.2.1), „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ (siehe 3.2.2.2) sowie „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (siehe 3.2.2.3) (vgl. Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI, S. 127).</p> <p>Einen Anspruch auf Betreuungsleistungen haben – ambulant wie stationär – sämtliche Personen mit Pflegebedarf i. S. d. § 14 SGB XI, unabhängig davon, in welchen Bereichen Beeinträchtigungen bestehen. Der Verweis auf die genannten drei spezifischen Bereiche der Pflegebedürftigkeit dient so mehr einer inhaltlichen Charakterisierung von Betreuungsleistungen und keiner leistungsrechtlichen Abgrenzung anspruchsberechtigter Personengruppen.</p> <p>Beispiele konkreter Inhalte von Betreuungsleistungen – neben den in den Vignetten 3.2.2.1, 3.2.2.2 und 3.2.2.3 genannten – enthält das Gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 21.04.2020. Demnach umfassen Betreuungsleistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur,</li><li>◆ Unterstützungsleistungen zur Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus,</li><li>◆ die Unterstützung bei der räumlichen und zeitlichen Orientierung,</li><li>◆ die Unterstützung bei Hobby und Spiel, z. B. beim Musik hören, Zeitung lesen, Betrachten von Fotoalben, Gesellschaftsspiele spielen,</li><li>◆ Spaziergänge in der näheren Umgebung, Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten, Begleitung zum Friedhof oder zum Gottesdienst.</li></ul> <p>Es sei darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen im Gemeinsamen Rundschreiben beispielhaft genannten Betreuungsinhalten um Erläuterungen zur Ausgestaltung im ambulanten Sektor handelt, da Betreuungsleistungen (i. S. d. Sachleistungsanspruchs gem. § 36 SGB XI) dort einem vergleichsweise neuen Leistungstyp entsprechen (seit 2013). Grundsätzlich lassen sich die genannten Inhalte jedoch auf den stationären Sektor übertragen, wo Betreuungsleistungen bereits länger einen festen Bestandteil der Versorgung bilden (spätestens seit 2008).</p> <p>Eine Übersicht zu konkreten Betreuungsinhalten im stationären Bereich liefert der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Evaluation der Betreuungskräfte-Richtlinien (z. B. Gespräche führen, Malen und Basteln, Kochen und Backen, Fotoalben anschauen, Bewegungsübungen in der Gruppe, Spaziergänge und Ausflüge). Zudem unterscheiden die aktuellen Maßstäbe und Grundsätze für vollstationäre Pflege zwischen betreuerischen</p>
--	---



	<p>Einzel- und Gruppenangeboten, wobei sich erstere insbesondere an Personen richten, die z. B. aufgrund kognitiver Defizite oder Einschränkungen der Mobilität nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können, während letztere besonders geeignet sind, den pflegebedürftigen Menschen Anreize für abwechslungsreiche Aktivitäten zu geben, Vereinsamung zu begegnen und die Gemeinschaft zu fördern.</p> <p>Im ambulanten Bereich dürfen Betreuungsleistungen im Rahmen des Sachleistungsanspruchs (§ 36 SGB XI) durch ambulante Pflegedienste sowie Betreuungsdienste (gem. § 71 Abs. 1a SGB XI) erbracht werden. Diese beiden Anbietertypen unterscheiden sich v. a. durch die Qualifikationsprofile ihrer verantwortlichen Fachkräfte und Mitarbeitenden. Während Pflegedienste unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft Leistungen erbringen, kommen für Betreuungsdienste auch andere verantwortliche Fachkräfte in Betracht (z. B. Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Ergotherapeutinnen/-therapeuten). Betreuungsdienste wurden erst kürzlich (Mai 2019) in die Regelversorgung eingeführt, nachdem sie in Modellvorhaben im Rahmen des damaligen § 125 SGB XI über zwei Jahre erprobt worden waren (2015-2017). Mit der Einführung des neuen Anbietertyps wird das Ziel verfolgt, einerseits eine größere Flexibilisierung bei der Auswahl des Leistungsmix zu ermöglichen und ambulante Leistungsangebote stärker an den Bedürfnissen von Personen mit Betreuungsbedarf zu orientieren; andererseits wird damit die Versorgung pflegebedürftiger Personen auf eine breitere fachliche und damit auch breitere personelle Basis gestellt (vgl. Begründung zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), BT-Drucksache 17/9369). Darüber hinaus gehen von dem neuen Betätigungsfeld Impulse für eine stärkere Professionalisierung und Fachexpertise im Bereich der Betreuung aus.</p> <p>Im stationären Sektor ist die Organisation, Gestaltung und Steuerung der Betreuung (§ 43b SGB XI) weiterhin allein Pflegefachkräften vorbehalten. In vielen Einrichtungen existiert dennoch ein eigener Fachbereich Betreuung („Sozialer Dienst“). Die Steuerung der Betreuung erfolgt in enger Abstimmung der zuständigen Pflegefachkräfte mit diesem Fachbereich. Vergleichbar mit der erweiterten personellen und fachlichen Basis im ambulanten Bereich, wird auch die Leitung des Fachbereichs Betreuung im stationären Kontext vorzugsweise mit Fachkräften mit betreuerischer Expertise besetzt (vgl. QPR vollstationäre Pflege<sup>4</sup>, S. 65: Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Ergotherapeutinnen/-therapeuten).</p> <p>Sowohl ambulant als auch stationär wird die Durchführung von Betreuungsmaßnahmen an Personen delegiert, die eine Qualifikation mindestens auf Höhe der Betreuungskräfte-Richtlinien (§ 53b SGB XI) zeigen.</p>
--	---

<b>Wirksamkeit</b>	<p>Die Modellvorhaben nach § 125 konnten zeigen, dass die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen in der Häuslichkeit mit einer signifikanten Steigerung der selbstberichteten Lebensqualität und einer Verringerung des subjektiven Belastungsempfindens bei pflegebedürftigen Menschen und ihren (pflegenden) Angehörigen einhergeht. Diese Veränderung war bei Nutzerinnen und Nutzern der Betreuungsleistungen bei Betreuungsdiensten signifikant stärker ausgeprägt als bei den Vergleichseinrichtungen (Pflegedienste und sog. Niedrigschwellige Betreuungsangebote<sup>5</sup>).</p> <p>Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Evaluation der Betreuungskräfte-Richtlinien berichtet, dass alle Befragten (qualitative Interviews mit 16 Wohnbereichsleitungen und einer nicht weiter spezifizierte Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohner aus denselben Einrichtungen) den Einsatz von Betreuungskräften als qualitative Verbesserung der Betreuung und des Lebensalltags der Bewohnerschaft ansehen.</p>
<b>Finanzierung</b>	§§ 36, 41, 42, 43b SGB XI
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p>Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 21.04.2020. <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2020_05_18_Gemeinsamen_Rundschreiben_Pflege_Stand_21-04-2020.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2020_05_18_Gemeinsamen_Rundschreiben_Pflege_Stand_21-04-2020.pdf</a> (letzter Abruf 21.01.2021)</p> <p>Geerdes S, Schwinger A (2012). Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. In: Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 9. GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Berlin. <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte/GKV_Schriftenreihe_Band_9_Pflege_Betreuungskraefte.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte/GKV_Schriftenreihe_Band_9_Pflege_Betreuungskraefte.pdf</a> (letzter Abruf: 08.02.2021).</p> <p>Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 23.11.2018 <a href="https://www.gkv-">https://www.gkv-</a></p>

<sup>4</sup> Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI

<sup>5</sup> Niedrigschwellige Betreuungsangebote (veralteter Begriff gem. des ehem. § 45c SGB XI) bzw. Angebote zur Unterstützung im Alltag (aktueller Begriff gem. § 45a SGB XI) erbringen ebenfalls Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich, für die jedoch geringere Qualitätsanforderungen gelten als für pflegerische Betreuungsmaßnahmen gem. § 36 SGB XI.

	<p><a href="https://www.spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsatz_eur_qualitaetsicherung/Massstabe-und-Grundsatzstationar-Vereinbarungstext-vom-23.11.2018.pdf">spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsatz_eur_qualitaetsicherung/Massstabe-und-Grundsatzstationar-Vereinbarungstext-vom-23.11.2018.pdf</a> (letzter Abruf: 08.02.2021).</p> <p>Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI. <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/03-2018_Pflege_125-SGBXI_Abschlussbericht_final_format_angepasst.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/03-2018_Pflege_125-SGBXI_Abschlussbericht_final_format_angepasst.pdf</a> (letzter Abruf 09.11.2020).</p>
--	--

### 3.2.2.5 Hilfen bei der Haushaltsführung

<b>Name</b>	Hilfen bei der Haushaltsführung (leistungsrechtlicher Begriff gem. § 18 Abs. 5a); der Deutsche Hauswirtschaftsrat unterscheidet zwischen „hauswirtschaftlicher Versorgung“ und „hauswirtschaftliche Betreuung“ bzw. „hauswirtschaftlicher Alltagsbegleitung“, die einen unterschiedlich starken Einbezug der versorgten Person implizieren.
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Hauswirtschaftlerinnen, Hauswirtschaftler und Hauswirtschaftskräfte
<b>Einrichtungen</b>	Stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste; Betreuungsdienste gem. § 71 Abs. 1a SGB XI
<b>Zielgruppe</b>	Pflegebedürftige Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf
<b>Ziel</b>	Sicherung der hauswirtschaftlichen Versorgung, Ermöglichung einer möglichst selbstständigen Haushaltsführung
<b>Beschreibung</b>	<p>Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff fokussiert auf die Selbstständigkeit in allen relevanten Lebensbereichen – dazu zählt auch die Haushaltsführung. Es gilt vorhandene und wieder erlernbare Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen zur Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung zu sichern und zu fördern – dies betrifft auch Fähigkeiten zur selbstständigen Haushaltsführung (Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten; siehe § 18 Abs. 5a SGB XI). Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen die Unterstützung bei solchen Aktivitäten; dabei sollen die Pflegebedürftigen allerdings nicht nur passiv versorgt werden, sondern – ihren Fähigkeiten entsprechend – aktiv in die Haushaltsführung eingebunden werden.</p> <p>Wendet man das übergeordnete Prinzip der Förderung von Selbstständigkeit auf den stationären Kontext an, so erfordert dies in letzter Konsequenz auch dort, die hauswirtschaftlichen</p>

	<p>Leistungen an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohnerschaft auszurichten und die Versorgung nicht allein auf pauschalisierte Leistungen im Bereich von Unterkunft und Verpflegung abzustellen. Im Sinne einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und unter Würdigung der Autonomie und Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen, müsste den Bewohnerinnen und Bewohnern zumindest die Möglichkeit zur aktiven Teilnahme an haushaltsbezogenen Aktivitäten bzw. Entscheidungen gegeben werden.</p> <p>Das Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen“ lieferte bereits 2007 eine Bestandsaufnahme sowie Best-Practice-Beispiele zu Einbindungsmöglichkeiten von Bewohnerinnen und Bewohnern in instrumentelle, u. a. hauswirtschaftsbezogene Alltagsaktivitäten. Darin wird betont, wie wichtig Möglichkeiten sich selber in einem gewissen Rahmen hauswirtschaftlich versorgen können (z. B. eine eigene Kochgelegenheit im Zimmer oder Zugang zu einer gemeinsamen Küche im Rahmen von Wohngruppen), das gemeinsame Essen an einem Tisch (z. B. in Wohnküchen), die Einbindung und Mithilfe in der Vor- und Nachbereitung sowie die Übernahme von festen Aufgaben und Verantwortlichkeiten bei Mahlzeiten für den Erhalt und die Verbesserung der Alltagskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner ist; gleichzeitig wird konstatiert, dass derlei Konzepte in der Realität noch zu selten umgesetzt werden und ausbaufähig sind.</p> <p>Die Förderung der selbstständigen Haushaltsführung erfordert, dass auch Hauswirtschaftskräfte entsprechend qualifiziert sind, um diesen Grundsatz adäquat umsetzen zu können – darauf weist bereits der Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen“ hin (2007).</p> <p>Aktuell werden im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) Möglichkeiten erörtert, wie hauswirtschaftliche Fachkräfte noch besser in die hauswirtschaftliche Versorgung einbezogen werden können, mit dem Ziel, die Fachkräftebasis für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu erweitern. Zur Vorbereitung hat der Deutsche Hauswirtschaftsrat e. V. gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat e. V. ein Konzeptpapier erarbeitet, wonach die „Hauswirtschaftliche Betreuung/Alltagsbegleitung“ in Form einer „alltagsintegrierten Förderung und Aktivierung“ (Einbeziehen der Bewohnerschaft in hauswirtschaftliche Tätigkeiten; dem Alltag Struktur geben mit gewohnten Tätigkeiten; Biographiearbeit; Bewohnerinnen und Bewohner unterstützen, damit sie möglichst selbstständig ihre Alltagsverrichtungen durchführen können; wohnliches Ambiente schaffen und jahreszeitliche Akzente setzen unter Einbeziehung der Bewohnerschaft) v. a. bereits in stationären Einrichtungen mit sog. Hausgemeinschaftskonzept</p>
--	--

	<p>erfolgt. Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung der Hauswirtschaft für die angemessene pflegerische Versorgung, fordert das Konzeptpapier eine Ausdehnung des hauswirtschaftlichen Verantwortungsbereichs und eine einheitliche Regelung zur Sicherstellung der notwendigen Fachlichkeit in der Hauswirtschaft.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen“ wird ein häufigeres Auftreten positiver Emotionsäußerungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern berichtet, je mehr diese „in Aktivitäten eingebunden waren“; dabei wird nicht deutlich, um welche Aktivitäten es sich genau handelt; die Empfehlungen zur Einbindung in haushaltsbezogene Aktivitäten beruht so möglicherweise auf Expertenmeinung.</p> <p>Darüber hinaus finden sich Hinweise in der Pflegeinterventionsklassifikation (Beispiele relevanter Interventionen gem. NIC-Taxonomie:</p> <p>[1805] Selbstversorgungsunterstützung: IADL, [7180] Haushaltsführungsunterstützung).</p> <p>Die in der NIC genannten Wirksamkeitsnachweise beziehen sich allerdings nicht immer auf den spezifischen Kontext der stationären Langzeitpflege.</p>
<b>Finanzierung</b>	<p>Ambulant: § 36 SGB XI.</p> <p>Stationär: Leistung wird dem Bereich Unterkunft und Verpflegung hinzugerechnet, Kosten sind von den Bewohnerinnen und Bewohnern privat zu finanzieren.</p>
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	<p>Psychosoziale Gesundheit</p>
<b>Quellen</b>	<p>Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.) (2007). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.  <a href="https://www.bmfsfj.de/blob/78928/9465bec83edaf4027f25bb5433ea702e/abschlussbericht-mug4-data.pdf">https://www.bmfsfj.de/blob/78928/9465bec83edaf4027f25bb5433ea702e/abschlussbericht-mug4-data.pdf</a> (letzter Abruf 21.01.2021).</p> <p>Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 21.04.2020. <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2020_05_18_Gemeinsamen_Rundschreiben_Pflege_Stand_21-04-2020.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2020_05_18_Gemeinsamen_Rundschreiben_Pflege_Stand_21-04-2020.pdf</a> (letzter Abruf 21.01.2021).</p> <p>Die Bundesregierung (2019). Konzertierte Aktion Pflege – Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5.</p>

	<p><a href="https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf">https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf</a> (letzter Abruf: 22.01.2021)</p> <p>Deutscher Pflegerat e. V. &amp; Deutscher Hauswirtschaftsrat e. V. (Hrsg.) (2020). Anforderungen, Leistungen und Qualifikationen von Hauswirtschaft und Pflege in unterschiedlichen Settings. <a href="https://www.hauswirtschaftsrat.de/download/2020-11-26-Broschuere_Anforderungen-Leistungen-und-Qualifikationen-von-Hauswirtschaft-und-Pflege.pdf">https://www.hauswirtschaftsrat.de/download/2020-11-26-Broschuere_Anforderungen-Leistungen-und-Qualifikationen-von-Hauswirtschaft-und-Pflege.pdf</a> (letzter Abruf: 22.01.2021).</p> <p>Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM (Hrsg.) (2013): Nursing Interventions Classification (NIC); 6. Auflage. Elsevier: St. Louis, Missouri, USA.</p>
--	---

### 3.2.2.6 Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

<b>Name</b>	Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Pflegefachkräfte (Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege, Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang) ohne spezielle Weiterbildung im gerontopsychiatrischen Bereich. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz ohne besondere Kompetenzen nicht bewältigt werden kann. Entsprechende Kompetenzen erlangen Pflegefachkräfte beispielsweise durch Schulungen, Weiterbildung in gerontopsychiatrischer Fachpflege oder ein pflegewissenschaftliches Studium; ferner pflegende Angehörige
<b>Einrichtungen</b>	Ambulante, teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege
<b>Zielgruppe</b>	Pflegebedürftige Menschen mit demenziellen Erkrankungen sowie Menschen mit Anzeichen von Demenz, ohne dass jedoch eine Demenzdiagnose vorliegt. Angehörige, insbesondere pflegende Angehörige sind gemäß ihrer Wünsche und Möglichkeiten bei der Pflege einzubeziehen.
<b>Ziel</b>	Umsetzung einer personenzentrierten Pflege bei Menschen mit Demenz; Förderung und Erhalt von Beziehungen von Menschen mit Demenz; Vermittlung entsprechender Kompetenzen an Pflegepersonal und Befähigung des sozialen Umfelds (Angehörige, Assistenzpersonen) zur Beziehungsgestaltung; Aufrechterhaltung und Förderung des Gefühls von Menschen mit Demenz, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein (Teilhabe), dadurch Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz.

<b>Beschreibung</b>	<p>Der Expertenstandard liefert Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien, die für eine angemessene Beziehungsgestaltung grundlegend sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Strukturkriterien: Aufbau entsprechender Rahmenbedingungen der Einrichtung und von Kompetenzen der Pflegenden, d. h. die Einrichtung unterstützt eine personenzentrierte Haltung sowie vorhandenes Wissen und Kompetenzen der Pflegefachkräfte zu Demenz und damit einhergehenden Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung; zur angemessenen Planung und Koordination beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen; zur Information, Anleitung und Beratung über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote; sowie zur Evaluation beziehungsfördernder und -gestaltender Pflege;</li> <li>◆ Prozesskriterien: Planung und (Gewährleistung der) Durchführung beziehungsfördernder Maßnahmen durch die Pflegefachkraft, d. h. die Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung und deren Auswirkungen auf die Lebens- und Alltagswelt sowie Vorlieben und Kompetenzen des Menschen mit Demenz werden kriteriengestützt erfasst; unter Einbeziehung der Menschen mit Demenz und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen werden individuell angepasste beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen geplant sowie zu diesen informiert, beraten oder an diese weitergeleitet; das Angebot sowie die Durchführung von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen wird gewährleistet; die Wirksamkeit der beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen wird laufend überprüft. In Absprache mit allen an der Pflege Beteiligten wird der Maßnahmenplan ggf. angepasst;</li> <li>◆ Ergebnisqualität: Wertschätzung gegenüber den Pflegebedürftigen i. S. einer personenzentrierten Haltung und Anzeichen, dass der Mensch mit Demenz dies wahrnimmt; eine den Unterstützungsbedarfen entsprechende und mögliche fluktuierende Zustände (Verlaufsbeobachtungen) berücksichtigende Pflegedokumentation und Maßnahmenplanung; Angehörige kennen die Notwendigkeit und Bedeutung beziehungsfördernder und -gestaltender Maßnahmen.</li> </ul> <p>Dabei geht es weniger um den Inhalt der Maßnahmen („was“) als um die zugewandte, verstehende Haltung der Pflegenden, die die Maßnahmen erbringen („wie“).</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Die Empfehlungen erfolgen überwiegend aufgrund von Fachexpertise bei mangelnder Evidenz und unzureichender methodischer Qualität der vorliegenden Studien und fehlenden Erkenntnissen zur Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen auf</p>

	die Versorgung im deutschen Gesundheitswesen sowie Limitationen der durchgeführten Literaturanalyse.
<b>Finanzierung</b>	§§ 36, 41, 42, 43 SGB XI
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, <a href="https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c4624162">https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c4624162</a> (letzter Abruf 22.02.2021)

### 3.2.2.7 Strukturmodell

<b>Name</b>	Strukturmodell; Entbürokratisierung der Pflegedokumentation
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Projektbüro EinSTEP (bis Oktober 2017)  Private und freigemeinnützige Leistungserbringerverbände (ABVP, APH, bad, BAGFW, B.A.H., BKSB, bpa, DBfK) unter Schirmherrschaft des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege übertragen (seit November 2017)
<b>Einrichtungen</b>	Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Langzeitpflege; bundesweit
<b>Zielgruppe</b>	Pflegefachkräfte, Pflegedienst-/Einrichtungsleitungen, Einrichtungsträger, Mitarbeitende des Qualitätsmanagements
<b>Ziel</b>	Implementierung eines Dokumentationssystems und einer Pflegeprozessplanung in Einklang mit dem Ansatz der personenzentrierten Pflege.
<b>Beschreibung</b>	Das Strukturmodell beschreibt einen an einem Regelkreislauf angelehnten Pflegeprozess aus strukturierter Informationserfassung, individueller Maßnahmenplanung, Dokumentation der Umsetzung der Maßnahmenplanung (im sog. Berichtblatt) und Evaluation des Zielerreichungsgrads, mit der der Zyklus wieder von vorn beginnt.  Der Prozess erfolgt auf Grundlage einer Verständigung zwischen der Pflegefachkraft und der pflegebedürftigen Person (und ggf. Angehörigen). Die Planung und Umsetzung von Pflege- und Betreuungsleistungen beruht auf einem Verständigungs- und Aushandlungsprozess zwischen der fachlichen Expertise der Pflegefachkraft und den Wünschen der pflegebedürftigen Person. Auf diese Weise wird die Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen in Einklang mit dem personenzentrierten Ansatz gewürdigt. Von Anfang an steht der Beziehungsaufbau genauso im Mittelpunkt wie die Übernahme pflegerischer Aufgaben.
<b>Wirksamkeit</b>	Es liegen kaum systematische Studien zur Wirksamkeit des Strukturmodells vor. Die Implementierung des Strukturmodells



	und die Zielerreichung der neuen Pflegedokumentation wurden in einer einjährigen formativen Prozessevaluation untersucht. Sowohl die Leitungen als auch Pflegefachkräfte bestätigen nach Einführung des Strukturmodells eine vermehrt ganzheitliche Betrachtung pflegebedürftiger Personen sowie eine gesteigerte Konzentration auf individuelle Bedürfnisse. Da es sich bei der Umstellung auf das Strukturmodell allerdings um einen länger andauernden Prozess handelt, konnten die angestrebten Änderungen noch nicht in allen Einrichtungen beobachtet werden.
<b>Finanzierung</b>	Durch Einrichtungsträger verantwortet
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.ein-step.de/">https://www.ein-step.de/</a> (letzter Abruf: 12.01.2021)</p> <p>Beikirch E, Schulz A, Fähmann E, Hindrichs S, Rösen EE, Triftshäuser K, Umlandt-Korsch S, Braeseke G, Deckenbach B, Nolting HD (2017). Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege (Version 2.0). (<a href="https://www.ein-step.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informations- und Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf">https://www.ein-step.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informations- und Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf</a> (letzter Abruf: 11.01.2021))</p> <p>Wolf-Ostermann K, Langer G, Bratan T, Seibert K, Hanf M, Richter C, Aichinger H, Peschke D (2017). Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation (EvaSIS) – Abschlussbericht. (<a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/evasis/2017-09_EvaSIS_Abschlussbericht.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/evasis/2017-09_EvaSIS_Abschlussbericht.pdf</a> (letzter Abruf: 13.01.2021))</p>

### 3.2.2.8 Neue Wohnformen

<b>Name</b>	(Modell-)Projekte im Bereich Betreuten Wohnens, gemeinschaftlichen Wohnens, ambulant betreuter Wohngemeinschaften und „ambulantisierter“ stationärer Einrichtungen; KDA-Quartiershaus („5. Generation“)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Verschiedene Leistungserbringer in der Langzeitpflege
<b>Einrichtungen</b>	Zumeist an Modellprojekten teilnehmende Einrichtungen
<b>Zielgruppe</b>	Pflegebedürftige Menschen
<b>Ziel</b>	Aufrechterhaltung der Autonomie und Mitbestimmungsmöglichkeiten pflegebedürftiger Menschen unter gleichzeitiger Sicherstellung der pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Versorgung.

<b>Beschreibung</b>	<p>Es handelt sich um ein breites Spektrum neuer, v. a. ambulanter Wohn- und Versorgungsmöglichkeiten für pflegebedürftige Menschen. Parallel ist eine zunehmende „Ambulantisierung“ bzw. „De-Institutionalisierung“ stationärer Pflegeeinrichtungen zu beobachten, sodass die Grenzen zwischen ambulanten und stationären Wohnformen zunehmend verwischen.</p> <p>Gemäß der konzeptionellen Ausrichtung und dem Leistungsangebot der Einrichtungen können folgende neue Wohnformen unterschieden werden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ <i>Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen:</i> Die Projekte werden von der Bewohnerschaft selbstständig geplant und umgesetzt. Pflege- und Betreuungsleistungen sowie Leistungen zur Haushaltsführung werden selbstverantwortet organisiert. Der Gemeinschaftsaspekt, nicht der Versorgungsaspekt steht im Vordergrund: Durch das Zusammenleben in einem gemeinsamen Haushalt, kommt es zu intensiveren und verbindlicheren Kontakten zu anderen Menschen. Geringe Versorgungssicherheit bei hoher Eigenverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner.</li><li>◆ <i>Ambulante Wohnformen mit Service (Servicewohnen):</i> Die Versorgung mit Service-/Beratungsleistungen steht im Vordergrund und wird durch den Anbieter verantwortet (z. B. Notrufservice, hausmeisterliche Tätigkeiten, allgemeine Beratung zu weiteren Unterstützungsleistungen). Die Sicherstellung der Pflege- und Betreuungsleistungen sowie Leistungen zur Haushaltsführung liegt nicht in der Verantwortung des Anbieters, sondern erfolgt selbstverantwortet durch die Bewohnerinnen und Bewohner. Streng genommen handelt es sich hierbei um keine neue Wohnform, da das Konzept bereits seit den 90ern weit verbreitet ist.</li><li>◆ <i>Ambulante Pflegewohnformen:</i> Die Sicherung der pflegerischen, betruerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung steht im Vordergrund. Es gibt eine anbieterverantwortete Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch Betreuungskräfte, die zudem die Haushaltsführung und das gemeinschaftliche Zusammenleben in einem Haushalt organisieren. Zur Erbringung individuell erforderlicher Hilfe- und Unterstützungsleistungen können die Bewohnerinnen und Bewohner die Dienstleister frei wählen. Diese Wohnform bietet so eine Alternative zur traditionellen Heimversorgung mit hoher Versorgungssicherheit und gleichzeitiger Sicherung eines hohen Maßes an Selbstbestimmung. Zu diesem Wohnformtyp zählen auch „ambulantierte Einrichtungen“; das sind stationäre Einrichtungen, die in ambulante Pflegewohnformen umgewandelt wurden. Hohe Versorgungssicherheit bei geteilter Verantwortung zwischen Bewohnerschaft und Anbieter. Diese Wohnform kommt den stationären</li></ul>
---------------------	--

	<p>Hausgemeinschaftskonzepten (4. Generation des Altenwohnbaus) recht nah bzw. sind die Grenzen dazu fließend.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Ambulante integrierte Wohnformen</i>: Sozialraumorientierte Konzepte oder Quartierskonzepte, in denen die Wohn- und Versorgungsstrukturen an die Bedarfe pflegebedürftiger Menschen angepasst werden. Der Fokus liegt darauf, in bestehenden Wohnangeboten die Versorgungsstruktur durch die Integration verschiedener Leistungen zu verbessern. So wurden in den Niederlanden im Rahmen der sog. „Betreuten Wohnzonen“ stationäre Pflegeangebote aufgelöst und deren Kapazitäten kleinteilig auf einzelne Stadtteile verteilt und daran betreute Wohnangebote, Begegnungsstätten und Beratungsangebote angedockt. Es geht so um die Integration von Versorgungssicherheit in den Wohnungsbestand.</li> <li>◆ <i>Quartiershäuser des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (KDA)</i>: Die KDA-Quartiershäuser entsprechen einer Weiterentwicklung des Hausgemeinschaftskonzepts der 4. Generation. Die Hausgemeinschaftskonzepte fokussierten auf das „Leben in der Gemeinschaft“. Auf dieser Grundlage wird das Wohnkonzept weiterentwickelt, hin zu mehr Privatheit und die Integration in ein Quartier (Stadtteil, Gemeinde). Die Menschen leben in Einzelzimmern ähnlich kleinen Apartments, die nach ihren Wünschen und Vorlieben eingerichtet sind und haben eigene kleine Küchen –also einen privaten Rückzugsraum. Auch eine eigene Haustür mit Klingel und Briefkasten führt zu mehr Privatheit. Gleichzeitig gibt es Angebote zur gemeinsamen Alltagsgestaltung, in das die Bewohnerschaft systematisch einbezogen werden. Die Einrichtung ist unmittelbar in das den Bewohnerinnen und Bewohnern vertraute Quartier integriert, so dass sie den Wohnraum verlassen können, um sich beispielsweise in der Einkaufszone, Kirche, im Café oder in Parks aufzuhalten oder an Events teilzunehmen. Die Umsetzung erfolgt über einen sozialraumorientierten Versorgungsansatz, wonach die Quartiere im Sinne einer integrativen Unterbringung und Inklusion pflegebedürftiger Menschen weiterentwickelt werden. Die Grenzen zu den ambulant integrierten Wohnformen sind fließend.</li> </ul> <p>Wie bereits aus diesen Definitionen hervorgeht, unterscheiden sich die verschiedenen Wohnformen in den Dimensionen <i>Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung</i> und <i>soziale Einbindung</i>. Während einige Wohnformen alle drei Dimensionen in den Vordergrund stellen, legen andere den Fokus auf nur eine oder zwei der Dimensionen. Dabei fokussieren neue Wohnformen insbesondere auf Selbstbestimmung und soziale Einbindung.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Die Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI zeigen eine hohe Zufriedenheit der Bewohnerschaft bzgl. ihrer

	Versorgungssicherheit, Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei der Leistungserbringung, Wahrung ihrer Lebensgewohnheiten, Erhalt ihrer Privatsphäre und den sozialen Angeboten (Begegnungsmöglichkeiten, Freizeit- und Kommunikationsangebote).
<b>Finanzierung</b>	§§ 36, 38a, 45e, 45f, 41, 42, 43, 92b SGB XI
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p>Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f. <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Pflege_Zus.Bewertung_Abschlussbericht-Modellprogramm_45_barrierefrei.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Pflege_Zus.Bewertung_Abschlussbericht-Modellprogramm_45_barrierefrei.pdf</a> (letzter Abruf 09.11.2020).</p> <p>Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI. <a href="https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/04/20190117-Abschlussbericht-neue-Wohnformen.pdf">https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/04/20190117-Abschlussbericht-neue-Wohnformen.pdf</a> (letzter Abruf 10.11.2020)</p> <p>Michell-Auli DP, Sowinski C (2013). Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Band 6. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.) Köln.</p>

### 3.3 Ansätze aus medizinischen Leitlinien

Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften „sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte<sup>6</sup> zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin“<sup>7</sup>. Oftmals verfolgen Leitlinien einen interdisziplinären, multiprofessionellen Ansatz und tragen Interventionen verschiedener Disziplinen systematisiert zusammen. Daher stellen sie eine relativ umfassende Quelle dar, um mögliche Interventionen zur Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit zu identifizieren.

Die Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) bietet eine Online-Datenbank der publizierten Leitlinien deutscher wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften. Für die vorliegende Expertise wurde in der Datenbank nach Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG), der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN), der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR) sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) recherchiert. Eine Beschränkung auf diese Fachgesellschaften erfolgte, da sie sich schwerpunktmäßig oder zumindest häufig mit für die Expertise relevanten Indikationsgebieten befassen, d. h. Erkrankungen, die sich im Wesentlichen durch Beeinträchtigungen kognitiver oder psychosozialer Funktionen auszeichnen.

Leitlinien können mittels unterschiedlicher Verfahren erstellt werden, woraus sich ein unterschiedlicher Stellenwert ihrer Ergebnisse ergibt. Es werden S1-, S2k-, S2e- und S3-Leitlinien unterschieden:

- ◆ S1-Leitlinien, die durch eine Expertengruppe der Fachgesellschaft(en) im informellen Konsens erarbeitet werden, ohne systematische Aufbereitung der Evidenz.
- ◆ S2k-Leitlinien, die auf einem formalen konsensbasierten Verfahren der beteiligten Experten/Fachgesellschaften, ohne systematische Aufbereitung der Evidenz beruhen.
- ◆ S2e-Leitlinien, die auf einem informellen Konsensverfahren mit systematischer Aufbereitung der Evidenz beruhen.

---

<sup>6</sup> In den hier betrachteten Leitlinien wird die Zielgruppe weiter gefasst, indem sie z. B. um die Berufsgruppen der Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Musik-, Kunst- und Tanztherapeuten, Logopäden, Pflegekräfte und Sozialarbeiter erweitert wird (S3-Leitlinie „Demenzen“, S. 1; S3-Leitlinie „Unipolare Depression“, S. 12, S2e-Leitlinie „Gedächtnisstörungen bei neurologischen Erkrankungen“, S. 7; S3-Leitlinie „Schwere psychische Erkrankungen“, S. 5).

<sup>7</sup> <https://www.awmf.org/leitlinien.html> (letzter Abruf 19.02.2021)

---

- ◆ S3-Leitlinien mit formalem konsensbasierten Verfahren und systematischer Aufbereitung der Evidenz.

Die Leitlinien tragen die Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen zusammen. Dazu beschreiben sie zum einen die untersuchten Effekte der Interventionen (z. B. Veränderung der kognitiven Leistungsfähigkeit, Veränderung in der Durchführbarkeit von Aktivitäten des täglichen Lebens) und die Stärke der Effekte. Zum anderen bewerten sie die Güte der Evidenz. Letzteres erfolgt in S2e- und S3-Leitlinien anhand folgender „Evidenzebenen“:

- ◆ Ia (höchste Evidenzebene): Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisiert-kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs)
- ◆ Ib: Evidenz aus mindestens einer randomisiert-kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs
- ◆ IIa: Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
- ◆ IIb: Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie
- ◆ III: Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
- ◆ IV (niedrigste Evidenzebene): Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Die Evidenzebene beschreibt die Belastbarkeit der Studienergebnisse zur Wirksamkeit einer Intervention. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass die Evidenzebene noch nichts darüber aussagt, inwiefern durch eine Intervention eine Wirkung erreicht werden konnte. So kann es Interventionen geben, für die auf einer hohen Evidenzebene festgestellt wurde, dass sie wirkungslos sind.

Nach Zusammenfassung der derzeit vorliegenden Evidenz nehmen die Leitlinien eine Bewertung vor und sprechen Empfehlungen aus. Dabei finden neben der vorliegenden Evidenz mehrere Gesichtspunkte Berücksichtigung: Konsistenz der Studienergebnisse, klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken, Nutzen-Risiko-Verhältnis, ethische, rechtliche, ökonomische Erwägungen, Patientenpräferenzen, Anwendbarkeit auf die Patientenzielgruppe und das deutsche Gesundheitssystem und die Umsetzbarkeit im Alltag bzw. in verschiedenen Versorgungsbereichen. Für die Empfehlungen wird ein Empfehlungsgrad angegeben:

- ◆ A – Starke Empfehlung („soll/soll nicht“)
  - ◆ B – Empfehlung („sollte/sollte nicht“)
  - ◆ O – Empfehlung offen („kann erwogen werden/kann verzichtet werden“)
-

Die Empfehlungsgrade sind Ausdruck des Ergebnisses der Abwägung erwünschter/unerwünschter Konsequenzen unter Berücksichtigung alternativer Behandlungsoptionen.

### 3.3.1 Übersicht der Ansätze

Folgende Leitlinien wurden als relevant erachtet, da sie sich direkt auf Erkrankungen beziehen, zu deren Leitsymptomen die Beeinträchtigung kognitiver bzw. psychosozialer Funktionen zählen:

- ◆ S3-Leitlinie Demenzen (Stand: 2016)
- ◆ S3-Leitlinie Unipolare Depression (Stand: 2015)
- ◆ S3-Leitlinie Schlaganfall (Stand: 2020)
- ◆ S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen bei neurologischen Erkrankungen (Stand: 2020)
- ◆ S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen (Stand: 2011)
- ◆ S1-Leitlinie Rehabilitation bei Störungen der Raumkognition (Stand: 2017)
- ◆ S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von exekutiven Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen (Stand: 2019)
- ◆ S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Stand: 2018)

Die Leitlinien wurden gesichtet und auf nicht-pharmakologische Interventionen geprüft, die auf kognitive und psychosoziale Funktionen zielen. Pharmakologische Interventionen wurden dabei nicht berücksichtigt, da sie für die zu entwickelnde Leistung weniger relevant sind.

Die Leitlinien sind sektorenübergreifend formuliert – d. h., für die darin empfohlenen Interventionen ist es unerheblich, ob sie durch ambulante, teilstationäre oder stationäre Einrichtungen der Akut-, Langzeit- oder rehabilitativen Versorgung erfolgen. Damit einhergehend wird in den Leitlinien nur selten dargelegt, nach welchem System die empfohlenen Verfahren zu finanzieren sind. Eine Ausnahme bildet hier die S3-Leitlinie „Schwere psychische Erkrankungen“ (siehe 3.3.1.8).

Die für die in den Leitlinien beschriebenen Interventionen zuständigen wichtigsten Leistungsträger stellen die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) sowie die Gesetzliche Unfallversicherung (GUV), ferner auch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) dar. Soweit die Informationen zu Anbieter/Durchführende, Einrichtungen und Finanzierung nicht direkt den Leitlinien entnommen werden konnten, wurden sie basierend auf allgemeinem Wissen der Autorinnen und Autoren ergänzt.

### 3.3.1.1 S3-Leitlinie „Demenzen“

Als Kernsymptomatik von Demenzen kommt es in Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns zu Störungen höherer kognitiver Funktionen (z. B. Gedächtnis, Denken, Orientierung, Sprache). Zwar können depressive Symptome (gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit) ebenfalls eine wichtige Rolle spielen, allerdings sind diese dem Abbau der kognitiven Fähigkeiten nachgelagert.

Wichtigster Ansatzpunkt von Interventionen bei demenziellen Erkrankungen ist der Erhalt bzw. die Verlangsamung des Abbaus kognitiver Funktionen. Bei weit fortgeschrittener Demenz geht es schwerpunktmäßig um die Entwicklung von Kompensationsstrategien, um mit den Einschränkungen im Alltag besser umgehen zu können. Die S3-Leitlinie „Demenzen“ liefert so v. a. mögliche Hinweise zur Förderung kognitiver Ressourcen. Zudem ergeben sich indirekt auch für die Förderung psychosozialer Gesundheit Implikationen, da anzunehmen ist, dass sich Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung kognitiver Ressourcen positiv auf die Lebensqualität und Stimmung auswirken (vgl. S3-Leitlinie Demenzen, S. 86-87).

Die S3-Leitlinie Demenzen enthält zwei Hauptgruppen von Interventionen: „Pharmakologische Therapien“ und „Psychosoziale Interventionen“. Die vorliegende Expertise fokussiert, wie oben erwähnt, auf nicht-pharmakologische Interventionen.

### 3.3.1.2 S3-Leitlinie „Unipolare Depression“

Zur Kernsymptomatik der Depression zählt eine deutlich gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebsminderung, mit gravierenden Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden und Selbstwertgefühl, was einer starken Einschränkung im psychosozialen Funktionsbereich entspricht. Zwar spielen auch Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit bei Depression eine wichtige Rolle (z. B. Konzentrationsstörungen), allerdings sind diese der depressiven Kernsymptomatik nachgelagert.

Wichtigster Ansatzpunkt der Interventionen bei depressiven Erkrankungen ist die Behandlung der gedrückten Stimmung und Antriebs-/Aktivitätsminderung. Die Leitlinie zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Depressionen liefert so v. a. mögliche Hinweise zur Förderung der psychosozialen Gesundheit. Für die Förderung kognitiver Ressourcen ergeben sich indirekt Implikationen, da durch die Behandlung der depressiven Kernsymptomatik auch eine Verbesserung im Bereich kognitiver Funktionen zu erwarten ist (Hammar & Ardal, 2009).

Die S3-Leitlinie Unipolare Depression umfasst vier Hauptgruppen von Interventionen: „Pharmakotherapie“, „Niederschwellige psychosoziale Angebote“, „Psychotherapie“, „Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren“. Davon sind insbesondere die letzten drei Gruppen für die vorliegende Expertise von Bedeutung, da sie direkt auf psychosoziale Funktionen fokussieren.

---



### 3.3.1.3 S3-Leitlinie „Schlaganfall“

In der S3-Leitlinie Schlaganfall werden die Interventionen nach dem Zeitpunkt ihrer Anwendung gegliedert: Akutversorgung, Schlaganfallprävention und therapeutisches Vorgehen nach dem Schlaganfall (Rehabilitation). Unter den Letzteren finden sich mögliche Hinweise für die Förderung kognitiver Ressourcen, da das therapeutische Vorgehen nach Schlaganfall verstärkt auf die Förderung und den (Wieder-)Aufbau kognitiver Funktionen zielt. Die für die Expertise relevanten Ansätze in der S3-Leitlinie Schlaganfall zählen zu rehabilitativen Maßnahmen aus den Bereichen der neurologischen Rehabilitation, neuropsychologischen Therapie und Ergotherapie, ferner auch der künstlerischen Therapien.

### 3.3.1.4 S2e-Leitlinie „Gedächtnisstörungen bei neurologischen Erkrankungen“

Die S2e-Leitlinie bezieht sich auf erworbene Gedächtnisstörungen bei Erwachsenen unterschiedlicher neurologischer Ätiologie. Dies umfasst Menschen mit Gedächtnisstörungen z. B. aufgrund von Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Multipler Sklerose oder Epilepsie. Gedächtnisstörungen aus dem Bereich psychiatrischer Erkrankungen (z. B. Depression) und neurodegenerativer Erkrankungen (Demenzen) sind nicht Gegenstand der Leitlinie.

Ähnlich der S3-Leitlinie Demenzen geht es auch in der S2e-Leitlinie zu Gedächtnisstörungen um die Restitution kognitiver Fähigkeiten – hier mit dem speziellen Fokus auf Gedächtnisfunktionen – bzw. bei tiefgreifenden Schädigungen um die Entwicklung entsprechender Kompensationsstrategien zum verbesserten Umgang mit den Einschränkungen im Alltag.

Zudem wird mit den auf dem sog. impliziten Gedächtnis beruhenden Methoden ein Verfahren zum Vorgehen bei weitgehendem Verlust von Gedächtnisfunktionen (schwerer Amnesie) beschrieben, wodurch die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen verbessert werden kann – dieser Ansatz ist, anders als die übrigen Gedächtnismethoden, nicht den „kognitiven Verfahren“ zuzuordnen (siehe 3.3.2.1), sondern ist konzeptionell eher der Ergotherapie hinzuzurechnen (siehe 3.3.2.3).

### 3.3.1.5 S2e-Leitlinie „Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen“

Die S2e-Leitlinie bezieht sich auf Aufmerksamkeitsstörungen unterschiedlicher neurologischer Ätiologie bei Erwachsenen. Betroffen sind insbesondere Menschen mit Schädelhirntrauma, zerebrovaskulären Schädigungen, Parkinson, Schizophrenien, entzündlichen Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose), Tumoren, Subarachnoidalblutung oder Epilepsie. Ähnlich wie in der S2e-Leitlinie Gedächtnisstörungen bezieht sich die S2e-Leitlinie Aufmerksamkeitsstörungen nicht auf psychiatrische Erkrankungen (außer Schizophrenien) und neurodegenerativer Erkrankungen (Demenzen).

---

In der Leitlinie S2e-Leitlinie Aufmerksamkeitsstörungen geht es um die Restitution spezifischer kognitiver Fähigkeiten – hier der Aufmerksamkeit.

#### 3.3.1.6 S1-Leitlinie „Rehabilitation bei Störungen der Raumkognition“

Die S1-Leitlinie bezieht sich auf Menschen mit Störungen der räumlichen Wahrnehmung aufgrund von Schädigungen spezifischer dafür zuständiger Hirnregionen. Ein entscheidender Unterschied zu den S2e-Leitlinien zu Gedächtnis- bzw. Aufmerksamkeitsstörungen liegt darin, dass es um eine spezifische sensorische Modalität geht (visuelle Wahrnehmung). Dabei macht der Begriff der „Raumkognition“ bereits deutlich, dass Wahrnehmung aus dem Zusammenspiel sensorischer und kognitiver Prozesse entsteht (visueller, sensorischer Input und dessen kognitive Verarbeitung durch selektive Aufmerksamkeit und Abgleich mit bestehenden Gedächtnisinhalten). In der S1-Leitlinie zu Störungen der Raumkognition geht es so um die Restitution von Fähigkeiten der räumlichen Wahrnehmung an der Schnittstelle sensorischer zu kognitiven Prozessen.

Bei Einbettung von Trainings der räumlichen Wahrnehmung in Alltagshandlungen, sind die Verfahren weniger „kognitiven Verfahren“ (siehe 3.3.2.1) als der Ergotherapie hinzuzurechnen (siehe 3.3.2.3). Solche Verfahren verfolgen auch die Zielsetzung der Förderung gesellschaftlicher Teilhabe und somit der psychosozialen Gesundheit.

#### 3.3.1.7 S2e-Leitlinie „Exekutive Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen“

Die S2e-Leitlinie bezieht sich auf neurologisch bedingte Störungen der Exekutivfunktionen (vgl. Kapitel 2.3) bei Erwachsenen. Betroffen sind insbesondere Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma, zerebrovaskulären Schädigungen (z. B. nach Schlaganfall), Parkinson, Multipler Sklerose, hypoxischen Hirnschädigungen (Sauerstoffmangel) oder Hirntumoren. Störungen der Exekutivfunktionen bei psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Depression, Schizophrenien) und neurodegenerativen Erkrankungen (Demenzen) sind nicht Gegenstand der Leitlinie.

Ähnlich der S2e-Leitlinien zu Gedächtnis- und zu Aufmerksamkeitsstörungen geht es auch in der S2e-Leitlinie „Exekutive Dysfunktionen“ um die Restitution bestimmter kognitiver Fähigkeiten – hier der metakognitiven Fähigkeiten zur zielgerichteten Handlungssteuerung und -planung (Exekutivfunktionen).

Die in den Leitlinien beschriebenen Interventionen umfassen kognitive Therapieansätze, Verhaltensmanagement, Modifikation der Umwelt und pharmakologische Interventionen. Erstere adressieren kognitive Fähigkeiten durch eher abstrakte Übungen und Trainings, die i. d. R. computergestützt durchgeführt werden. Interventionen, die unter dem Begriff des Verhaltensmanagements geführt werden, entsprechen einem breiteren Ansatz, der das Training der Exekutivfunktion in die Ausführung von Alltagsaktivitäten integriert (sog. Goal

Management Training). Dieser Ansatz ist weniger den „kognitiven Verfahren“ (siehe 3.3.2.1) als der Ergotherapie zuzurechnen (siehe 3.3.2.3). Wie bereits im Zusammenhang der S2e-Leitlinie Gedächtnisstörungen erwähnt, verfolgen solche Verfahren (auch) das Ziel der Förderung gesellschaftlicher Teilhabe, das im Falle der genannten Verfahren des Verhaltensmanagements gleichberechtigt neben dem Ziel der Restitution von Exekutivfunktionen steht.

### 3.3.1.8 S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Zielgruppe dieser Leitlinie sind Menschen mit schweren, längerfristigen psychischen Erkrankungen. Dabei erfolgt keine Beschränkung auf bestimmte Diagnosen, sondern die Leitlinie zielt auf jede psychiatrische Diagnose, welche über längere Zeit besteht (d. h. über mindestens zwei Jahre) und die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind. Häufig handelt es sich um schwere Erkrankungen aus der Gruppe der nichtorganischen Psychosen (Schizophrenien und andere schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis), affektiven Störungen (Manien, bipolar-affektive Störungen, schwere rezidivierend-depressive Erkrankungen, schwere Angststörungen, schwere Zwangsstörungen) oder Persönlichkeitsstörungen.

Es handelt sich so um eine Gruppe psychisch erkrankter Menschen mit besonderen Bedarfen, die über die psychotherapeutische Behandlung und allgemeine Unterstützungsleistungen hinausgehen. Die in der Leitlinie beschriebenen psychosozialen Interventionen zielen hauptsächlich auf eine Verbesserung der sozialen Umgebung der Betroffenen und ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dies soll durch eine günstige Gestaltung der Umgebungsbedingungen oder eine Stärkung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen in verschiedenen Lebensbereichen erreicht werden.

Die S3-Leitlinie zu schweren psychischen Erkrankungen unterscheidet zwischen „Selbstmanagement und Selbsthilfe“ (z. B. Ratgeber, Selbsthilfemanuale), „Systeminterventionen“ (z. B. Festlegung von Versorgungsregionen; Angebote zur Früherkennung und Frühintervention; aufsuchende Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams; Förderung beruflicher Teilhabe-Programme) und „Einzelinterventionen“ (psychoedukative Interventionen/Information der Betroffenen; Trainings von Alltags- und sozialen Fertigkeiten; Künstlerische Therapien; Ergotherapie; Bewegungs- und Sporttherapie; gesundheitsfördernde Interventionen).

Während die Interventionen aus den Bereichen „Selbstmanagement und Selbsthilfe“ sowie „Einzelinterventionen“ primär am Individuum ansetzen – wie auch die Interventionen der weiteren aufgeführten Leitlinien – verweist die Gruppe der „Systeminterventionen“ hier erstmals auf einen weiter gefassten strukturellen Kontext. Dieser Ansatz kommt dem systemischen Grundgedanken

---

lebensweltlicher Verhältnisprävention von allen in den gesichteten Leitlinien vorzufindenden Ansätzen am nächsten. Während die Maßnahmen in den übrigen Leitlinien sich als individuell erforderlich medizinisch-therapeutische Interventionen ausnehmen, zielen Maßnahmen der Systemintervention auf die Schaffung geeigneter Umgebungsbedingungen (Strukturen).

Während die anderen gesichteten medizinischen Leitlinien sektorenübergreifend formuliert sind, ohne, dass dargelegt wird, durch welche Einrichtung oder Finanzierung die Leistungen erbracht werden, unterscheidet sich die S3-Leitlinie „Schwere psychische Erkrankungen“ davon, indem sie den verschiedenen beteiligten Leistungsträgern und -erbringern ein eigenes Kapitel widmet.

### 3.3.2 Vignetten ausgewählter Ansätze

Für die vorliegende Expertise als relevant erachtet Ansätze werden in der Folge detailliert dargestellt. Dabei erfolgt eine Fokussierung auf Ansätze, die direkt – nicht nur mittelbar – an kognitiven und psychosozialen Funktionen greifen bzw. auf deren Erhaltung und Förderung abzielen.

#### 3.3.2.1 Kognitive Verfahren

<b>Name</b>	Kognitive Verfahren (Sammelbegriff für verschiedene Verfahren, die sich an unterschiedliche kognitive Funktionen richten.)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Ergotherapeutinnen/-therapeuten; Neuropsychologinnen/-psychologen; Pflegepersonal mit Zusatzqualifikation; ggf. geschulte Angehörige
<b>Einrichtungen</b>	Kliniken; Therapiepraxen; ambulante Dienste
<b>Zielgruppe</b>	Menschen mit demenzieller Erkrankung Menschen nach Schlaganfall Menschen mit neurologisch bedingten Gedächtnisstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen der räumlichen Wahrnehmung oder Störungen exekutiver Funktionen
<b>Ziel</b>	Förderung, Erhalt und Restitution kognitiver Funktionen (insb. Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Exekutivfunktionen)
<b>Beschreibung</b>	Es kann zwischen folgenden Verfahren unterschieden werden, wobei keine scharfe Abgrenzung existiert (vgl. S3-Leitlinie Demenzen, S. 85): <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Kognitives Training</i>: Übung bestimmter kognitiver Funktionen; Vielzahl unterschiedlicher Trainings, die i. d. R. domänenspezifisch sind (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung, Exekutivfunktionen) und unterschiedliche sensorische Module umfassen (insbesondere visuell und akustisch)</li> <li>◆ <i>Kognitive Stimulation</i>: Anregung/Aktivierung kognitiver Prozesse (z. B. Gespräche führen)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Kognitive Rehabilitation</i>: Kombination aus „Kognitives Training“ und „Kognitive Stimulation“</li> <li>◆ <i>Realitätsorientierung</i>: Förderung der zeitlichen und räumlichen Orientierung durch Gabe entsprechender Hinweise</li> <li>◆ <i>Reminiszenz/autobiographische Arbeit</i>: Aktivierung emotional positiv besetzter Gedächtnisinhalte</li> </ul> <p>Durch wiederholte Anwendung kognitiver Verfahren sollen sog. neuronale Plastizitätsprozesse angestoßen werden – dies beschreibt die lebenslange Fähigkeit des Gehirns neue neuronale Verbindungen aufzubauen.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>S3-Leitlinie Demenzen: Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IIb für die Anwendung kognitiver Verfahren. Die berichteten Effekte der Verfahren auf die kognitive Leistung, Alltagsfunktionen und Verhaltenssymptome – seltener auch für Lebensqualität, Kommunikation, soziale Interaktion und depressive Symptomatik – sind eher klein. Dabei wird angenommen, dass kognitive Verfahren dauerhaft angewendet werden sollten, um langfristige Effekte zu erzielen. Die Effekte konnten insbesondere durch kognitive Stimulation, Realitätsorientierung und Reminiszenzverfahren erzielt werden, für andere Verfahren fehlt bislang die Evidenz.</p> <p>S3-Leitlinie Schlaganfall: Unterschiedliche Empfehlungsgrade und Evidenzebenen je nach Verfahren (z. B. Training zur Verbesserung der Raumkognition: B, IIb; übendes Funktionstraining bei Aufmerksamkeitsstörung: B, IIb; übendes Funktionstraining bei Gedächtnisstörung: A, Ib; kognitive Aktivierung über multisensorische Stimulation bei schweren Gedächtnisstörungen: B, IIa-b; übendes Training zur Verbesserung der Problemlösefähigkeit und des Arbeitsgedächtnisses: A, Ib-IIa).</p> <p>S2e-Leitlinie Gedächtnisstörungen: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ib für die Anwendung kognitiver Trainings zur Verbesserung von Gedächtnisleistungen bei Patienten mit leichten bis mittelschweren Gedächtnisstörungen, nicht bei Patienten mit schwerer Amnesie.</p> <p>S2e-Leitlinie Aufmerksamkeitsstörungen: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene I für die Anwendung von Aufmerksamkeitstrainings in verschiedenen sensorischen Modalitäten (visuell, akustisch) und verschiedenen Komplexitätsstufen mit Wirkung auf verschiedene kognitive Funktionen.</p> <p>S1-Leitlinie Störungen der Raumkognition: Klinischer Konsens. Es fehlt an randomisierten und kontrollierten Studien zur Behandlung von Störungen der Raumverarbeitung. Die Aussprache von Empfehlungen zur Anwendung von Verfahren zum Training der Raumkognition beruht daher auf schwacher bis mäßiger Evidenzstärke und dem klinischen Konsens.</p>

	S2e-Leitlinie Exekutive Dysfunktionen: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ib für Anwendung von Trainings/übenden Verfahren für Exekutivfunktionen. Am besten werden Trainings der Exekutivfunktionen mit Trainings weiterer kognitiver Domänen (z. B. Aufmerksamkeit) kombiniert.
<b>Finanzierung</b>	Bei klinischer Akutversorgung im Rahmen der GKV, bei rehabilitativer Versorgung im Rahmen des jeweils zuständigen Trägers (insbesondere GKV, GUV, GRV).
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Kognitive Ressourcen
<b>Quellen</b>	<p>S3-Leitlinie Demenzen (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf</a> (letzter Abruf 02.11.2020))</p> <p>S3-Leitlinie Schlaganfall (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011l_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011l_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf</a> (letzter Abruf 03.11.2020))</p> <p>S2e-Leitlinie Gedächtnisstörungen bei neurologischen Erkrankungen (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-124l_S2e_Diagnostik_Therapie_Ged%C3%A4chtnisst%C3%B6rungen_2020-03.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-124l_S2e_Diagnostik_Therapie_Ged%C3%A4chtnisst%C3%B6rungen_2020-03.pdf</a> (letzter Abruf 03.11.2020))</p> <p>S2e-Leitlinie Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-135l_S2e_Aufmerksamkeitsst%C3%B6rungen_Diagnostik_und_Therapie_2011-abgelaufen.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-135l_S2e_Aufmerksamkeitsst%C3%B6rungen_Diagnostik_und_Therapie_2011-abgelaufen.pdf</a> (letzter Abruf 05.11.2020))</p> <p>S1-Leitlinie Störungen der Raumkognition (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-126l_S1_Rehabilitation-bei-Stoerungen-der-Raumkognition_2018-02.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-126l_S1_Rehabilitation-bei-Stoerungen-der-Raumkognition_2018-02.pdf</a> (letzter Abruf: 06.11.2020))</p> <p>S2e-Leitlinie Exekutive Dysfunktionen: Starke Empfehlung von ergotherapeutischem Alltagstraining der Exekutivfunktion durch sog. Goal Management Training vor dem Hintergrund hoher Evidenzstärke (Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ib).</p>

### 3.3.2.2 Sensorische Verfahren

<b>Name</b>	Sensorische Verfahren (Sammelbegriff für unterschiedliche Verfahren; hier Aromatherapie, Snoezelen/multisensorische Verfahren, Massagen/Berührung, Lichttherapie)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Therapeutinnen/Therapeuten, Angehörige, Pflege-/Betreuungskräfte
<b>Einrichtungen</b>	Kliniken; Therapiepraxen; Pflege-/Betreuungspersonal; Angehörige

<b>Zielgruppe</b>	Menschen mit demenzieller Erkrankung Menschen mit unipolarer Depression
<b>Ziel</b>	Positive Beeinflussung von Verhaltenssymptomen; Entspannung, Beruhigung  Verringerung depressiver Symptomatik
<b>Beschreibung</b>	Das sensorische Empfinden der Betroffenen wird durch entsprechende sensorische Stimulation angesprochen. Folgende Ansätze werden in den Leitlinien beschrieben: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Aromatherapie</i> (bei Demenzen): Einsatz von Geruchsstoffen (z. B. Melissenöl) zur positiven Beeinflussung von Verhaltenssymptomen</li> <li>◆ <i>Snoezelen/multisensorische Verfahren</i> (bei Demenzen): Anwendung beruhigender, Entspannung fördernder multisensorischer Stimuli</li> <li>◆ <i>Massagen/Berührung</i> (bei Demenzen): Körperliche Berührung als Mittel zur Kommunikation und zur Beruhigung</li> <li>◆ <i>Lichttherapie</i> (bei Demenzen und unipolarer Depression): Einsatz von hellem Licht zur Erzielung positiver Effekte auf den Schlaf-Wach-Rhythmus sowie auf psychische und Verhaltenssymptome</li> </ul>
<b>Wirksamkeit</b>	<i>Aromatherapie</i> (Demenzen): Empfehlungsgrad 0, Evidenzebene Ia. Geringe Effekte auf agitiertes Verhalten und allgemeine Verhaltenssymptome.  <i>Snoezelen/multisensorische Verfahren</i> (Demenzen): Empfehlungsgrad 0, Evidenzebene Ia. Geringe Effekte auf Freude und Aktivität.  <i>Massagen/Berührung</i> (Demenzen): Ohne Angaben zu Empfehlungsgrad und Evidenzebene; nur sehr wenige, methodisch hochwertige Studien, somit keine ausreichende Evidenz  <i>Lichttherapie</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ In S3-Leitlinie Demenzen: Ohne Angaben zu Empfehlungsgrad, Evidenzebene Ib – Verfahren sind ohne therapeutischen Effekt</li> <li>◆ In S3-Leitlinie Unipolare Depression: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia für die Anwendung bei saisonal-abhängiger Depression („Winter-Depression“)</li> </ul>
<b>Finanzierung</b>	Bei klinischer Akutversorgung im Rahmen der GKV, bei rehabilitativer Versorgung im Rahmen des jeweils zuständigen Trägers (insbesondere GKV, GUV, GRV).
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit

<b>Quellen</b>	<p>S3-Leitlinie Demenzen  (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf</a> (letzter Abruf 02.11.2020))</p> <p>S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression  (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf</a> (letzter Abruf 02.11.2020))</p>
----------------	--

### 3.3.2.3 Ergotherapie

<b>Name</b>	Ergotherapie (Englisch: „Occupational Therapy“)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Ergotherapeutinnen/ -therapeuten
<b>Einrichtungen</b>	Kliniken; Therapiepraxen; ambulante Dienste
<b>Zielgruppe</b>	<p>Menschen mit demenzieller Erkrankung</p> <p>Menschen mit depressiver Erkrankung</p> <p>Menschen nach Schlaganfall</p> <p>Menschen mit Gedächtnisstörungen, Störungen der räumlichen Wahrnehmung oder Exekutivfunktionen neurologischen Ursprungs</p>
<b>Ziel</b>	Sinnerfüllte Betätigung im Alltag. Wiederherstellung, Erhalt und Verbesserung von Alltagsfunktionen und -routinen mit dem Ziel, die aktive Teilnahme am Alltagsleben und damit die Teilhabe und Lebensqualität zu verbessern.
<b>Beschreibung</b>	<p>Die World Federation of Occupational Therapists (WFOT) bezeichnet Ergotherapie als „klientenzentrierten Gesundheitsberuf zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung“. Durch die Ausführung als sinnvoll empfundener Betätigungen soll eine Verbesserung von Alltagsfunktionen erreicht werden. Durch gezielte Behandlungstechniken wird erlernt, wie man Aufgaben (wieder) möglichst selbstständig ausführen kann (z. B. in den Bereichen Selbstversorgung, Haushaltsführung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, Beruf, Ausbildung und Freizeit).</p> <p>Die sinnstiftenden und zielgerichteten Betätigungen werden durch Maßnahmen der Umwelanpassung und Beratung begleitet (z. B. Zuhause- und Telefonberatungen für Angehörige zum Umgang mit Alltagsaufgaben sowie Schulungen zum Erkennen von Auslösern problematischer Verhaltensweisen).</p>
<b>Wirksamkeit</b>	S3-Leitlinie Demenzen: Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib für die Anwendung ergotherapeutischer Verfahren. Die Studien beziehen sich vorrangig auf Anwendung im häuslichen Umfeld. Interventionen, die die Angehörigen miteinbeziehen, sind dort wirksamer. Es werden Effekte auf Alltagsfunktionen, Selbstständigkeit, Selbstversorgungstätigkeiten, Freizeittätigkeiten, die Motivierbarkeit



	<p>sowie die Reduktion problematischer Verhaltensweisen der Betroffenen und eine Reduktion der Belastung sowie Steigerung des Wohlbefindens und des Selbstvertrauens und Verbesserung der psychischen Gesundheit der Angehörigen berichtet.</p> <p>S3-Leitlinie Unipolare Depression: Ohne Angaben zu Empfehlungsgrad und Evidenzebene. Es wird eine positive Wirkung auf Symptombelastung, Angst, durch Verstimmung bedingte Einschränkungen im Leistungs-, Erlebens- und Verhaltensbereich sowie soziale Kontaktstörungen berichtet.</p> <p>S3-Leitlinie Schlaganfall: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia für die Anwendung von ergotherapeutischem Alltagstraining bei Patienten, die im häuslichen Umfeld leben.</p> <p>S2e-Leitlinie Gedächtnisstörungen: Klinischer Konsens, Evidenzebene II-III für die Anwendung von Verfahren zum Erlernen von Alltagsroutinen anhand von Methoden des impliziten Gedächtnisses (prozedurales Einüben ohne Rückmeldung von Fehlern).</p> <p>S1-Leitlinie Störungen der Raumkognition: Klinischer Konsens. Es fehlt an randomisierten und kontrollierten Studien zur Behandlung von Störungen der Raumverarbeitung.</p> <p>S2e-Leitlinie Exekutive Dysfunktionen: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ib für Alltagstraining der Exekutivfunktion durch sog. Goal Management Training (Ausführung von Alltagsaktivitäten).</p> <p>S3-Leitlinie Schwere psychische Erkrankungen: Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib.</p>
<b>Finanzierung</b>	Ambulant verordnungsfähig gem. § 32 SGB V durch behandelnde Ärzte, zzgl. privater Zuzahlung; bei klinischer Akutversorgung im Rahmen der GKV, bei rehabilitativer Versorgung im Rahmen des jeweils zuständigen Trägers (insbesondere GKV, GUV, GRV).
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p>S3-Leitlinie Demenzen (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013I_S3-Demenzen-2016-07.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013I_S3-Demenzen-2016-07.pdf</a> (letzter Abruf 02.11.2020))</p> <p>S3-Leitlinie Unipolare Depression (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005I_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005I_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf</a> (letzter Abruf 02.11.2020))</p> <p>S3-Leitlinie Schlaganfall (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011I_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011I_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf</a> (letzter Abruf 03.11.2020))</p> <p>S2e-Leitlinie Gedächtnisstörungen bei neurologischen Erkrankungen (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-</a></p>

	<p><a href="#">124I S2e Diagnostik Therapie Ged% C3%A4chtnisst% C3%B6runge n 2020-03.pdf</a> (letzter Abruf 03.11.2020))</p> <p>S1-Leitlinie Störungen der Raumkognition (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-126I_S1_Rehabilitation-bei-Stoerungen-der-Raumkognition_2018-02.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-126I_S1_Rehabilitation-bei-Stoerungen-der-Raumkognition_2018-02.pdf</a> (letzter Abruf: 06.11.2020))</p> <p>S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf</a> (letzter Abruf 04.11.2020))</p>
--	---

### 3.3.2.4 Künstlerische Therapien

<b>Name</b>	Künstlerische Therapien (Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Verfahren; u. a. Musiktherapie, Kunsttherapie, Tanztherapie, Theatertherapie)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Therapeutinnen/Therapeuten
<b>Einrichtungen</b>	Kliniken; Therapiepraxen
<b>Zielgruppe</b>	Menschen mit demenzieller Erkrankung Menschen mit depressiver Erkrankung Menschen nach Schlaganfall Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
<b>Ziel</b>	Die Stimulation visueller, auditiver und taktiler Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration und Orientierung soll über nonverbale und verbale Aktivität kommunikative und soziale Kompetenz fördern. Die Therapie zielt auf Wiedererlangung, Erhalt und Unterstützung der physischen, psychischen und psychosozialen Gesundheit sowie auf eine Verbesserung der Lebensqualität.
<b>Beschreibung</b>	<p>Folgende Therapien werden in den Leitlinien beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Musiktherapie</i>: Unterscheidung zwischen aktiver und rezeptiver Musiktherapie. Bei Ersterer erzeugen die erkrankten Personen selbst die Musik (Instrumente, Singen); bei Letzterer wird die Musik vorgespielt.</li> <li>◆ <i>Kunsttherapie</i>: Kombination verhaltens- und tiefenpsychologischer sowie heilpädagogisch-rehabilitativer Ansätze. Findet im stützenden, strukturierten Einzel- oder Gruppensetting statt. Erlaubt nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten, wenn kognitive Leistungen wie Sprach- und Erinnerungsvermögen beeinträchtigt sind.</li> <li>◆ <i>Tanztherapie</i>: In der Tanztherapie werden Bewegung und Tanz zur Interaktion eingesetzt.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Dramatherapie</i>: Theaterspielen als ästhetischer, emotionaler, expressiver und kommunikative Prozess in der Gemeinschaft. Durch das Theaterspielen werdenden neue Handlungsmöglichkeiten entdeckt. Es wird auf biografisches Material und fiktive Geschichten zurückgegriffen.</li> </ul>
<b>Wirksamkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Künstlerische Therapien allgemein (ohne Unterscheidung)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3-Leitlinie Schlaganfall: Empfehlungsgrad 0, Evidenzebene Ia für die Anwendung bei Stimmungsstörungen/Depression bzw. Sprachstörungen/Aphasie</li> <li>▪ S3-Leitlinie Schwere psychische Erkrankungen: Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ia-Ib für die Anwendung von Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik eingebettet in einen Gesamtbehandlungsplan; nicht immer eindeutige Studienlage.</li> </ul> </li> <li>◆ <i>Musiktherapie</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3-Leitlinie Demenz: Empfehlungsgrad 0, Evidenzebene IIa bzw. III. Zunahme von Anteilnahme durch interaktives Musizieren sowie Verbesserung von psychischen und Verhaltenssymptomen, Wahnerleben, agitiertem Verhalten, Angst, Apathie, Reizbarkeit, Unruhezuständen sowie Schlafrythmusstörungen durch aktive Musiktherapie. Für rezeptive Musiktherapie werden geringe Effekte auf agitiertes und aggressives Verhalten berichtet.</li> <li>▪ S3-Leitlinie Unipolare Depression: Ohne Angaben zu Empfehlungsgrad und Evidenzebene; es wird nur erwähnt, dass Angebote in psychiatrisch-psychotherapeutischen Stationen diese Verfahren häufig umfassen</li> </ul> </li> <li>◆ <i>Kunsttherapie</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3-Leitlinie Demenz: Ohne Angaben zu Empfehlungsgrad und Evidenzebene. Es wird nur von einem RCT mit geringer Teilnehmerzahl berichtet, in dem es zu einer Verbesserung der Stimmung, der Gesamtbefindlichkeit im Lebensalltag sowie der kognitiven Leistungen berichtet.</li> <li>▪ S3-Leitlinie Unipolare Depression: Ohne Angaben zu Empfehlungsgrad und Evidenzebene; Bestandteil der Angebote psychiatrisch-psychotherapeutischer Stationen</li> </ul> </li> <li>◆ <i>Tanztherapie</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3-Leitlinie Demenz: Ohne Angaben zu Empfehlungsgrad und Evidenzebene; keine ausreichende Evidenz</li> <li>▪ S3-Leitlinie Unipolare Depression: Ohne Angaben zu Empfehlungsgrad und Evidenzebene; Bestandteil der Angebote psychiatrisch-psychotherapeutischer Stationen</li> </ul> </li> </ul>

<b>Finanzierung</b>	Bei klinischer Akutversorgung im Rahmen der GKV, bei rehabilitativer Versorgung im Rahmen des jeweils zuständigen Trägers (insbesondere GKV, GUV, GRV).
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p>S3-Leitlinie Demenzen  (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf</a> (letzter Abruf 02.11.2020))</p> <p>S3-Leitlinie Unipolare Depression  (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf</a> (letzter Abruf 02.11.2020))</p> <p>S3-Leitlinie Schlaganfall  (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011l_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011l_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf</a> (letzter Abruf 03.11.2020))</p>

### 3.3.2.5 Selbsthilfe

<b>Name</b>	Selbsthilfe (Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Verfahren)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Betroffene (Patientinnen und Patienten, Angehörige); ggf. Therapeutinnen/Therapeuten
<b>Einrichtungen</b>	Eigene Häuslichkeit, Gruppenräume, Internet
<b>Zielgruppe</b>	Menschen mit unipolarer Depression Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung
<b>Ziel</b>	Förderung der Selbstmanagementkompetenz; selbstständige Bewältigung gesundheitlicher oder sozialer Herausforderungen; Erfahrung von Verständnis, Akzeptanz und Toleranz der Betroffenen untereinander
<b>Beschreibung</b>	<p>Es werden verschiedene Formen der Selbsthilfe nach Medium und Setting unterschieden, z. B. Selbsthilfegruppen, mediengestützte Selbsthilfe in Form von Ratgebern bzw. Manualen als Buch oder computergestützt/online, Internetforen etc. Grundsätzlich kann danach unterschieden werden, inwiefern die Maßnahmen mit oder ohne Anleitung umgesetzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Selbsthilfe ohne Expertenanleitung: Interventionen werden von den Betroffenen allein umgesetzt, z. B. in Selbsthilfegruppen.</li> <li>◆ Selbsthilfe mit Expertenanleitung: Interventionen werden von den Betroffenen unter Anleitung durch Experten (Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten) angewendet, die die fachgerechte Umsetzung der Maßnahme durch Monitoring und Ergebnisprüfung sicherstellen. Interventionen</li> </ul>

	<p>sollten spezifisch zur Behandlung der betreffenden psychischen Erkrankung entwickelt worden sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Selbsthilfe als Peer-Support: Die Intervention erfolgt im Austausch mit erfahrenen Peers, die zugleich (ehemals) Betroffene und professionelle Experten sind.</li> </ul>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>S3-Leitlinie Unipolare Depression: Ohne Empfehlungsgrad, Evidenzebene Ia für die Anwendung angeleiteter Selbsthilfe. Eine Empfehlung wird aufgrund der geringen Etablierung im deutschen Gesundheitssystem nicht ausgesprochen, trotz hoher Wirksamkeit der Verfahren. Großer Effekt auf die Reduktion depressiver Symptomatik.</p> <p>S3-Leitlinie schwere psychische Erkrankungen: Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib für Peer-Support.</p>
<b>Finanzierung</b>	Privat; zusätzlich zu oder eingebettet in entsprechende ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote finanziert durch GKV, GRV, Kommunen, Sozialhilfeträger/Eingliederungshilfe
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p>S3-Leitlinie Unipolare Depression  (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf</a> (letzter Abruf 02.11.2020))</p> <p>S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen  (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf</a> (letzter Abruf 04.11.2020))</p>

### 3.3.2.6 Psychoedukation

<b>Name</b>	Psychoedukation (Sammelbegriff für Maßnahmen zur Information von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen über die Erkrankung und den Umgang mit dieser im Rahmen komplexer Interventionen)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Therapeutinnen/Therapeuten
<b>Einrichtungen</b>	Fachklinik, psychotherapeutische Praxen, Betroffenenverbände (Selbsthilfe)
<b>Zielgruppe</b>	Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung
<b>Ziel</b>	Verbesserte Informationen zur Erkrankung und allen relevanten Aspekten, verbesserter Umgang mit der Erkrankung, Autonomie und Empowerment der Betroffenen

<b>Beschreibung</b>	Psychoedukation umfasst die aktive, situationsgerechte Informationsvermittlung zu der Erkrankung, deren Ursachen, ihrem Verlauf, verschiedenen Behandlungsalternativen und Hilfemöglichkeiten sowie den Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen. Die Informiertheit der Patientinnen und Patienten ist die Grundlage gemeinsamer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens im weiteren Behandlungsprozess. Kann im Einzel- oder Gruppensetting über mehrere Sitzungen durchgeführt werden. Durchführung als Beratung, Anleitung, Seminar, Schulung und Vortrag; auch im Rahmen der Selbsthilfe möglich (siehe 3.3.2.5). Der Einbezug von Angehörigen spielt eine zentrale Rolle (sog. „Triolog“ zwischen Betroffenen, ihren Angehörigen sowie Therapeutinnen/Therapeuten).
<b>Wirksamkeit</b>	S3-Leitlinie Schwere psychische Erkrankungen: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia. Vorteilhaft Wirkung auf Symptomschwere, Compliance, Rückfallrisiko und stationäre Wiederaufnahmeraten/Behandlungszeiten, Behandlungsabbrüche, soziale Funktionen und Lebensqualität.
<b>Finanzierung</b>	Eingebettet in entsprechende ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote finanziert durch GKV, GRV, Kommunen, Sozialhilfeträger/Eingliederungshilfe
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen ( <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf</a> (letzter Abruf 04.11.2020))

### 3.3.2.7 Psychotherapeutische Ansätze

<b>Name</b>	Psychotherapeutische Ansätze (Überbegriff für unterschiedliche Therapieschulen, Ansätze und Verfahren. Hier relevant: (Kognitive) Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, ferner auch Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Psychotherapeutinnen/-therapeuten
<b>Einrichtungen</b>	Kliniken; psychotherapeutische Praxen
<b>Zielgruppe</b>	Menschen mit unipolarer Depression Menschen nach Schlaganfall, die eine Depression entwickeln
<b>Ziel</b>	Die hier beschriebenen verschiedenen Ansätze verfolgen das Ziel einer Reduktion der depressiven Symptomatik, der Stabilisierung

	dieser Verbesserung und des Vorbeugens von Rezidiven („Rückfällen“).
<b>Beschreibung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>(Kognitive) Verhaltenstherapie</i>: Dieser Ansatz basiert auf einer individuellen Analyse problematischer Denk- und Verhaltensmuster, die durch die therapeutische Intervention korrigierend verändert werden, dysfunktionale Muster werden aufgebrochen und der selbständige Umgang mit emotional kritischen Situationen im Alltag wird gefördert. Gleichzeitig werden Problemlösestrategien und soziale Fertigkeiten eingeübt.</li> <li>◆ <i>Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie</i>: Durch Verbalisierung und Reflektion werden innere Konflikte (Gedanken, Erinnerungen, Erlebnisse, Emotionen) bewusstgemacht. Durch die Auseinandersetzung mit den für die depressive Entwicklung ursächlichen, unbewusst gewordenen Konflikten werden diese zugänglich und in der Patient-Therapeut-Beziehung bearbeitbar.</li> <li>◆ <i>Systemische Therapie</i>: Bei diesem Ansatz liegt der Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen. Neben den Patienten werden weitere bedeutsame Personen aus dem sozialen Umfeld des Patienten einbezogen. Systemische Therapie betrachtet intrapsychische und somatische sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen. Diese Elemente und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Therapie der Erkrankungen.</li> <li>◆ <i>Gesprächspsychotherapie</i>: Die Ursache depressiver Erkrankungen wird in überhöhten Erwartungen an die eigene Person gesehen. In der Folge werden eigene Gefühle und Bedürfnisse abgelehnt. Die wertschätzende Haltung der Therapeutinnen und Therapeuten ermöglicht es der Patientenschaft im geschützten Raum die Divergenz zwischen ihren Erwartungen und Bedürfnissen zu reflektieren und zu einem realistischeren Selbstbild zu gelangen.</li> </ul>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>S3-Leitlinie Unipolare Depression: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia. Vielzahl an randomisiert-kontrollierten Studien sowie Metaanalysen, die die Wirkung von Psychotherapie auf depressive Symptome belegen (lediglich für die Systemische Therapie liegt keine Metanalyse vor).</p> <p>S3-Leitlinie Schlaganfall: Empfehlungsgrad 0, Evidenzebene III</p>
<b>Finanzierung</b>	Im Rahmen der GKV gem. § 28 SGB V. Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie sind im Rahmen der ambulanten GKV-Versorgung jedoch nicht erstattungsfähig. Im stationären Bereich können alle Psychotherapieverfahren zum Einsatz kommen.
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit

<b>Quellen</b>	<p>S3-Leitlinie Unipolare Depression (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf</a> (letzter Abruf 02.11.2020))</p> <p>S3-Leitlinie Schlaganfall (<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011l_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011l_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf</a> (letzter Abruf 03.11.2020))</p>
----------------	---

### 3.3.2.8 Systeminterventionen

<b>Name</b>	Systeminterventionen: Überbegriff für verschiedene Maßnahmen zur Schaffung geeigneter Umgebungsbedingungen (insb. Versorgungsstrukturen) für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Multiprofessioneller Ansatz: Alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen (Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Pflegende, Betreuende)
<b>Einrichtungen</b>	Früherkennungs- und Therapiezentren, Psychologische Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrischer Dienst/Gesundheitsamt, Soziale Dienste, Dienste der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP)
<b>Zielgruppe</b>	Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen
<b>Ziel</b>	Verbesserung der Möglichkeiten für Betroffene in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.
<b>Beschreibung</b>	<p>Diese Art von Interventionen sind von im Einzelfall indizierten medizinisch-therapeutischen Interventionen abzugrenzen, da sie auf die Gestaltung der Umgebungsbedingungen der Betroffenen abzielen. Die S3-Leitlinie für schwere psychische Erkrankungen unterscheidet folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Früherkennung und -intervention</i>, z. B. in Form von Früherkennungs- und Therapiezentren, Früherkennungsnetzwerken</li> <li>◆ <i>Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze</i>, z. B. durch aufsuchende Behandlungsformen, multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams, Case Management</li> <li>◆ <i>Unterstütztes Wohnen</i>: Wohnformen unter Maximierung der Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe („mobile Unterstützung zu selbstbestimmtem Wohnen“); Assistenzleistungen werden an den Bedarf des Bewohners angepasst; Behandlungen und Unterstützungsleistungen erfolgen unabhängig von der Wohnform</li> <li>◆ <i>Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben</i>: Interventionen, die systematisch auf eine Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation psychisch kranker</li> </ul>



	Menschen abzielen. Hier werden insbesondere zwei Ansätze hervorgehoben: „Prevocational Training“ (die berufliche Eingliederung erfolgt nach berufsvorbereitenden Maßnahmen) und „Supported Employment“ (die berufliche Eingliederung erfolgt während normaler Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt).
<b>Wirksamkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Früherkennung und -intervention:</i> Ohne Angaben zu Empfehlungsgrad und Evidenzebene, da die Durchdringung im deutschen Versorgungskontext noch gering ist. Daher erfolgt die Empfehlung, dass Angebote zur Früherkennung und Frühintervention stärker in den Fokus rücken und flächendeckend zur Verfügung stehen müssen.</li> <li>◆ <i>Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze:</i> Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia-Ib für gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung.</li> <li>◆ <i>Unterstütztes Wohnen:</i> Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ib für Ansätze des selbstbestimmten Wohnens in der Gemeinde und einer ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen entsprechenden mobilen Unterstützung.</li> <li>◆ <i>Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben:</i> Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib-III. In Abhängigkeit der individuellen Bedarfe sollte nach den Prinzipien Prevocational Training (PVT: III) oder Supported Employment (SE: Ib) vorgegangen werden.</li> </ul>
<b>Finanzierung</b>	Integrierte Versorgung, Innovationsfonds; ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote finanziert durch gesetzliche Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Kommunen, Sozialhilfeträger/ Eingliederungshilfe
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen ( <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf</a> (letzter Abruf 04.11.2020))

### 3.3.2.9 Körperliche Aktivität

Verfahren, die direkt auf die Förderung der körperlichen Aktivität abzielen – z. B. körperliche Aktivierung, körperliches Training wie Krafttraining sowie Gleichgewichts- und Koordinationstraining, Bewegungs- und Sporttherapien – zeigen auch Effekte auf kognitive und psychosoziale Funktionen (S3-Leitlinie Demenzen, S. 89; S3-Leitlinie Unipolare Depression, S. 125-126; S3-Leitlinie

Schlaganfall: S. 111 ff.; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychische Erkrankungen: S. 285). Die Verfahren zur Förderung der körperlichen Aktivität werden im Rahmen der vorliegenden Expertise jedoch nicht detailliert dargestellt. Zum einen, da diese Verfahren nicht direkt an kognitiven und psychosozialen Funktionen greifen, sondern ihre Wirkung auf diese als durch körperliche Aktivität vermittelt verstanden wird. Zum anderen beschäftigt sich das parallele Projekt „Pflegeeinrichtungen – Bewegungsfreundliche Organisationen“ (PfleBeO) explizit mit der Förderung der körperlichen Aktivität. Es ist zu erwarten, dass durch die im Rahmen der PfleBeO-Leistung erzielten Veränderungen auch eine indirekte Stärkung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit eintreten kann.

---

### 3.4 Ansätze aus der Rehabilitation

Die Rehabilitation richtet sich auf die Wiederherstellung der physischen und/oder psychischen Fähigkeiten im Anschluss an eine Erkrankung, ein Trauma oder eine Operation. Sie ist damit bereits Bestandteil der in Kapitel 3.3 vorgestellten medizinischen Leitlinien. In Ergänzung werden hier weitere relevante Ansätze der Rehabilitation betrachtet, die sich nicht bereits aus der Sichtung der medizinischen Leitlinien ergeben haben.

Ein wichtiger Leistungsträger im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV). Diese fördert die Erstellung von Reha-Therapiestandards (RTS) um „die rehabilitative Behandlung von Patientinnen und Patienten auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage zu stellen“<sup>8</sup>. Die RTS sind fester Bestandteil der Qualitätssicherung in Reha-Einrichtungen: „Die empirische Überprüfung der Erfüllung der Anforderungen der Reha-Therapiestandards ist gleichzeitig Grundlage für eine Bewertung der Prozessqualität der Reha-Einrichtung“ (ebd.). In Abgrenzung zu den Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften, verfolgt die GRV in den RTS den Ansatz, dass „nicht der einzelne Patient mit einer individuellen Problemkonstellation betrachtet [wird], sondern die Gesamtheit aller Patienten einer Indikation in einer Therapieeinrichtung“ (Brüggemann & Klosterhuis, 2005). Die RTS werden alle fünf Jahre überarbeitet und dem aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand angepasst. Derzeit liegen neun RTS vor<sup>8</sup>: Alkoholabhängigkeit, Brustkrebs, Chronischer Rückenschmerz, Depressive Störungen, Diabetes mellitus Typ 2, Hüft- und Knie-Totalendoprothesen (TEP), Kinder und Jugendliche, Koronare Herzkrankheit und Schlaganfall Phase D.

Für die Entwicklung der RTS werden in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Datenbanken Interventionen recherchiert, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. Zudem erfolgt eine Analyse der in den Reha-Entlassungsberichten dokumentierten Therapien, die der wissenschaftlichen Evidenzlage gegenübergestellt werden. Dadurch lassen sich Unterschiede zwischen der Versorgungsrealität und der wissenschaftlich zu fordernden Behandlung herausarbeiten. Die Entwicklung der finalen RTS erfolgt unter Beteiligung multiprofessioneller Expertinnen und Experten sowie von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bzw. Vertretungen von Verbänden und Organisationen der Selbsthilfe. Aus den zusammengetragenen Interventionen werden evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) gebildet, die die Grundlage der Qualitätssicherung im Versorgungszweig der medizinischen Rehabilitation der GRV bilden.

Anhand der RTS kann nachvollzogen werden, welche Interventionen in der Rehabilitation zum Einsatz kommen, um kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit zu fördern. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Leistungen der

---

<sup>8</sup> <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rts.html> (letzter Abruf 29.10.2020).

GRV auf die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und die dauerhafte Integration in das Erwerbsleben zielen (Brüggemann & Klosterhuis, 2005). Die verschiedenen Lebensphasen, zu denen Maßnahmen der Prävention in Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI) einerseits und der medizinischen Rehabilitation der GRV (§ 109 SGB IX) andererseits an Relevanz gewinnen, konstituieren einen wesentlichen konzeptionellen Unterschied. Dieser Unterschied geht auch mit unterschiedlichen Erfolgskriterien einher. Während der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen der GRV am Ausmaß der Reintegration in das Berufsleben gemessen werden kann (Buschmann-Steinhage & Brüggemann, 2011), ergeben sich für Präventionsmaßnahmen gem. § 5 SGB XI andere Erfolgskriterien, bei denen für Betroffene subjektiv relevante Endpunkte stärker in den Vordergrund treten – insbesondere die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wohlbefinden).

Zwar sind das Ausmaß der Unabhängigkeit und selbstständigen Lebensführung wichtige Einflussfaktoren für das Wohlbefinden (Boyle, 2008; Doyal & Gough, 1984; Law *et al.*, 1998); da sich pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege i. d. R. aber in einem Lebensabschnitt nach der Erwerbstätigkeit befinden, kann der positive Einfluss von Unabhängigkeit/Selbstständigkeit auf das Wohlbefinden nicht über die berufliche Integration vermittelt werden. Die Förderung verbleibender Selbstständigkeitsressourcen und die Einbindung in die Gemeinschaft müssen daher altersentsprechend anders verstanden werden als im Kontext von Rehabilitationsleistungen der GRV.

Ein weiteres für die vorliegende Expertise relevantes Feld der Rehabilitation ist die *geriatrische* Rehabilitation; auch da deren Zielgruppe im Vergleich zu den RTS eine größere Ähnlichkeit mit Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Langzeitpflege zeigt. Geriatrische Rehabilitation entspricht einer fachspezifischen Form der Rehabilitation, die auf die Wiedererlangung von Aktivitäten und der Teilhabe geriatrischer Patienten zielt – damit setzt sie andere Akzentuierungen als die RTS: Während RTS als Teilhabeziel insbesondere die (Re-)Integration in die Arbeitswelt verfolgen, fokussiert die geriatrische Rehabilitation auf für hochbetagte, häufig multimorbid erkrankte Menschen relevantere Rehabilitationsziele, wie etwa die Wiedererlangung von Fähigkeiten für eine möglichst selbstständige Lebensführung im eigenen Zuhause oder die eigenständige Durchführung von Aktivitäten des alltäglichen Lebens. Zudem richten sich Maßnahmen der RTS und medizinischen Rehabilitation an bestimmte Diagnosen. In der geriatrischen Rehabilitation tritt diese Differenzierung in den Hintergrund, da für den Rehabilitationsbedarf nicht die einzelne Erkrankung ausschlaggebend ist, sondern die Multimorbidität und allgemeine Gebrechlichkeit der Patientinnen und Patienten.

Die geriatrische Rehabilitation kann auch als der Bereich der Rehabilitation verstanden werden, der der Langzeitpflege in stationären Einrichtungen unmittelbar vorausgeht, indem durch entsprechende Maßnahmen bei hochbetagten Menschen das Eintreten von Pflegebedürftigkeit oder dessen Verschlimmerung hinausgezögert werden soll. Konzeptionell kann jedoch kaum

---

zwischen Aufgaben der geriatrischen Rehabilitation und Langzeitpflege unterschieden werden; die Unterscheidung erfolgt vielmehr auf institutioneller Ebene durch unterschiedlich zuständige Leistungsträger und Leistungserbringer (vgl. § 31 SGB XI).

### 3.4.1 Übersicht der Ansätze

Vor dem Hintergrund der mit der vorliegenden Expertise fokussierten Handlungsfelder „kognitive Ressourcen“ und „psychosoziale Gesundheit“ sind insbesondere die RTS für „Schlaganfall“ und „Depressive Störungen“ von Bedeutung, da kognitive Einschränkungen in Folge zerebraler Schädigungen durch Schlaganfall (Kalaria *et al.*, 2016) bzw. psychosoziale Beeinträchtigungen aufgrund depressiver Störungen (Judd *et al.*, 2000) kennzeichnend sind für diese Krankheitsbilder.

Die RTS nennen überwiegend therapeutische Interventionen, die sich auch in den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften finden. Genauso wie die empfohlenen Interventionen in den Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften, unterscheiden sich auch die evidenzbasierten Therapiemodule der RTS hinsichtlich ihrer Evidenzstärke. Dabei wird dasselbe Schema zur Differenzierung genutzt, wie in den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften (vgl. Kapitel 3.3).

In der Folge werden nur solche Maßnahmen aus den RTS aufgeführt, die im Rahmen der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften nicht genannt werden. Dabei wird wieder auf solche Interventionen fokussiert, die auf kognitive und psychosoziale Funktionen zielen. Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien sowie Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration werden nicht berücksichtigt, da sie durch ihren Fokus auf die berufliche (Wieder-)Eingliederung wenig Hinweise für mögliche Maßnahmen im Kontext der stationären Langzeitpflege liefern. Allgemeinere Ansätze funktioneller und arbeitsweltbezogener Therapien finden sich allerdings auch im Bereich der Ergotherapie (vgl. Kapitel 3.3.2.3) und können ggf. darüber auf den stationären langzeitpflegerischen Kontext übertragen werden.

Der geriatrischen Rehabilitation wird aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die vorliegende Expertise eine eigene Vignette gewidmet. Dabei wird weniger auf konkrete Maßnahmen dieses speziellen Bereichs der Rehabilitation eingegangen, die sich bereits unter den vorgestellten Ansätzen der medizinischen Leitlinien finden (vgl. Kapitel 3.3), als vielmehr auf Besonderheiten der Konzeption der geriatrischen Rehabilitation.

### 3.4.2 Vignetten ausgewählter Ansätze

Für die vorliegende Expertise als relevant erachtete Ansätze werden in der Folge detailliert dargestellt. Dabei erfolgt eine Fokussierung auf Ansätze, die noch nicht im Kapitel zu Ansätzen aus medizinischen Leitlinien (Kapitel 3.3) dargestellt wurden.

---

## 3.4.2.1 Aktivitätsaufbau

<b>Name</b>	Aktivitätsaufbau (umfasst Sozialtherapie, Training sozialer Fertigkeiten, soziales Kompetenztraining, Kommunikationstraining, Psychoedukation, Anleitung zu Aktivitäten des alltäglichen Lebens)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Psychologinnen/Psychologen, Pflegekräfte mit entsprechender Weiterbildung
<b>Zielgruppe</b>	Versicherte mit Rehabilitationsbedarf, insb. bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit aufgrund einer depressiven Erkrankung
<b>Ziel</b>	Anregungen zu einer angemessenen Tagesstrukturierung, Stärkung der Freizeit- und Sozialkompetenz, Abbau von Antriebsschwächen. Darüber hinaus sollen Selbstwertgefühl und soziale Kontaktfähigkeit gefördert werden.
<b>Beschreibung</b>	<p>Da schwere psychische Erkrankungen häufig mit Beeinträchtigungen von Alltagsfertigkeiten und sozialen Funktionen verbunden sind und dadurch die Teilhabe am sozialen Leben erschwert ist, haben Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung und die Befähigung zur Teilhabe an sozialen Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen (Selbstsorge, Familie, Freizeit, Arbeit, gesellschaftliche Teilhabe) einen hohen Stellenwert in der Behandlung. Betroffene erhalten im Rahmen des Aktivitätsaufbaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Handlungsanleitungen zur Überwindung krankheitsbedingter Defizite und Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld,</li> <li>◆ Trainings sozialer Fertigkeiten,</li> <li>◆ Psychoedukation (vgl. Kapitel 3.3.2.5) und</li> <li>◆ Informationen zur Inanspruchnahme medizinisch-therapeutisch-pflegerischer Leistungen sowie Leistungen der sozialen Sicherung.</li> </ul>
<b>Wirksamkeit</b>	Empfehlung aufgrund klinischen Konsens. Für Training sozialer Fertigkeiten: Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia.
<b>Finanzierung</b>	§ 42 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	Reha-Therapiestandards Depressive Störungen: <a href="https://www.deutscherentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetsicherung/rts.html">https://www.deutscherentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetsicherung/rts.html</a> (letzter Abruf: 16.11.2020)

## 3.4.2.2 Entspannungsverfahren

<b>Name</b>	Entspannungsverfahren
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/ -therapeuten, Ärztinnen/Ärzte mit entsprechender Weiterbildung
<b>Zielgruppe</b>	Versicherte mit Rehabilitationsbedarf, insb. bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit aufgrund von Depression oder Schlaganfall
<b>Ziel</b>	Vermittlung und Einüben einer Entspannungstechnik; Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten und Transfer in den Alltag
<b>Beschreibung</b>	Folgende Verfahren kommen zur Anwendung (einzeln, z. T. in Gruppen): <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Biofeedback,</li> <li>◆ Autogenes Training,</li> <li>◆ Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson</li> <li>◆ Sonstige Entspannungsverfahren</li> </ul> <p>Durch die Verfahren wird ein Zustand verringerter Anspannung (Ängste, Sorgen) erreicht. Rehabilitanden lernen innere Anspannungen selbstständig zu regulieren und zu lösen.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia für Anwendung bei depressiven Störungen.  Klinischer Konsens, Evidenzebene IV für Anwendung bei Schlaganfall
<b>Finanzierung</b>	§ 42 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	Reha-Therapiestandards Depressive Störungen; Reha- Therapiestandards Schlaganfall – Phase D: <a href="https://www.deutschenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetsicherung/rts.html">https://www.deutsche- rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha- Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha- Qualitaetsicherung/rts.html</a> (letzter Abruf: 16.11.2020)

## 3.4.2.3 Alltagstraining

<b>Name</b>	Alltagstraining
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Physiotherapeutinnen/ -therapeuten, Pflegefachkräfte
<b>Einrichtungen</b>	Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
<b>Zielgruppe</b>	Versicherte mit Rehabilitationsbedarf, insb. bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit aufgrund von Schlaganfall

<b>Ziel</b>	Verbesserung der Alltagsaktivitäten, Wiederherstellung/Verbesserung oder Erhalt der körperlichen Selbstversorgung oder der eigenständigen Lebensführung. Lernen, mit Hilfsmitteln und Einschränkungen umzugehen und die Krankheit/Behinderung in das Leben zu integrieren.
<b>Beschreibung</b>	Der Ansatz besteht sowohl aus restaurativen als auch aus kompensatorischen Ansätzen. Alltagstraining umfasst das Training und die Anleitung der Aktivitäten des täglichen Lebens, Hilfsmitteltraining, hilfsmittelbezogene Ergotherapie, Angehörigenanleitung, Supportives Gespräch, Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion.  Konzeptionell zeigt sich eine starke Überlappung mit der Förderung der Selbstversorgung im Bereich Pflege (Körperpflege, An- und Auskleiden, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Ausscheidungen; vgl. Kapitel 3.2).
<b>Wirksamkeit</b>	Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia
<b>Finanzierung</b>	§ 42 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D: <a href="https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaets-sicherung/rts.html">https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaets-sicherung/rts.html</a> (letzter Abruf: 16.11.2020)

#### 3.4.2.4 Nachsorge

<b>Name</b>	Nachsorge (d. h. Vorbereitung nachgehender Leistungen)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Psychologinnen/Psychologen, Ärztinnen/Ärzte
<b>Einrichtungen</b>	Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
<b>Zielgruppe</b>	Versicherte mit Rehabilitationsbedarf, insb. bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit
<b>Ziel</b>	Stabilisierung des Reha-Behandlungserfolgs
<b>Beschreibung</b>	Vorbereitung und Anbahnung von Reha-Nachsorge sowie geeigneten nach- und weitergehenden Maßnahmen zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs (z. B. Abstimmung zu Kontakt- und Informationsgesprächen mit Vor- und Nachbehandlern).  Informationsvermittlung und Beratung über mögliche individuelle oder organisierte Aktivitäten, die Lebensstiländerungen und



	Krankheitsbewältigung unterstützen sowie Förderung von Selbsthilfemöglichkeiten und Selbstbefähigung.
<b>Wirksamkeit</b>	Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia (in Bezug auf die berufliche Integration)
<b>Finanzierung</b>	§ 42 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit, ggf. kognitive Ressourcen
<b>Quellen</b>	Reha-Therapiestandards: <a href="https://www.deutscherentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetsicherung/rts.html">https://www.deutscherentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetsicherung/rts.html</a> (letzter Abruf: 16.11.2020)

### 3.4.2.5 Geriatrische Rehabilitation

<b>Name</b>	Geriatrische Rehabilitation
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Stationäre und teilstationäre Reha-Kliniken; ambulante/mobile geriatrische Rehabilitation
<b>Zielgruppe</b>	(Hoch-)Betagte Menschen (überwiegend 70 Jahre oder älter) mit mehreren Erkrankungen (Multimorbidität)
<b>Ziel</b>	Erhalt von Selbstständigkeit, Mobilität und Lebensqualität (hoch-)betagter Menschen mit Rehabilitationsbedarf und positiver Rehabilitationsprognose
<b>Beschreibung</b>	<p>Die geriatrische Rehabilitation entspricht einer speziellen Form der medizinischen Rehabilitation für (hoch-)betagte, multimorbid erkrankte Menschen. Im Gegensatz zu den ansonsten indikationsspezifisch ausgerichteten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (häufig mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung), kommen in der geriatrischen Rehabilitation komplexe, indikationsübergreifende Maßnahmen zur Anwendung, die auf die Wiederherstellung einer altersentsprechenden (nicht Arbeitswelt bezogenen) Funktionsfähigkeit und sozialen Wiedereingliederung im Alltag zielen. Die Verbesserung oder der Erhalt der Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z. B. Erreichen der Stehfähigkeit, Durchführung des Bett-Rollstuhl-Transfers, selbstständige persönliche Hygiene, selbstständige Nahrungsaufnahme, selbstständiges An- und Auskleiden, Tagesstrukturierung) dienen insbesondere dazu den Wiedereinzug bzw. Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen und eine Abhängigkeit von Pflegepersonen zu vermeiden.</p> <p>Aufgrund der verringerten körperlichen Regenerationsfähigkeit (hoch-)betagter Menschen wird ein besonderes Augenmerk auf Umweltfaktoren gelegt und inwiefern diese die Funktionsfähigkeit behindern oder unterstützen. Dabei orientiert sich die geriatrische Rehabilitation an der <i>International Classification of Functioning</i></p>

	<p>(ICF; siehe Kapitel 2.1), die eine strukturierte Systematik von Barrieren und Förderfaktoren der Funktionsfähigkeit in der Umwelt liefert.</p> <p>Die geriatrische Rehabilitation umfasst ICF-basierte Multikomponenten-Rehabilitationsprogramme zur Wiedererlangung von Aktivitäten und Teilhabe im Alter. Im Zentrum steht die funktionsorientierte Therapie durch ein multidisziplinäres Team (ärztliche und pflegerische Versorgung, Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie/Klinische Neuropsychologie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Diätassistenten, Versorgung mit technischen Hilfsmitteln), um die individuellen und alltagsrelevanten Rehabilitationsziele zu realisieren.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Eine systematische Literaturrecherche des MDS findet 24 systematische Übersichtsarbeiten zu komplexen Rehabilitationsmaßnahmen im höheren Lebensalter, wovon sich 11 auf Studien (zumeist RCT) zur indikationsübergreifenden geriatrischen Rehabilitation beziehen. Es werden signifikant positive Effekte auf die Mortalität, Heimaufnahmerate, Pflegebedürftigkeit, funktionale Outcome-Parameter (physisch) und Aktivitäten des täglichen Lebens berichtet.</p>
<b>Finanzierung</b>	§ 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2019/reha-info-022019/die-geriatrische-rehabilitation.html">https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2019/reha-info-022019/die-geriatrische-rehabilitation.html</a> (letzter Abruf: 08.02.2021)</p> <p>Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008). Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Heft 6. <a href="https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_grundlagen/pdfs/Arbeitshilfe_Geriatrie.pdf">https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_grundlagen/pdfs/Arbeitshilfe_Geriatrie.pdf</a> (letzter Abruf 09.02.2021).</p> <p>Lübke R (2015). Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen in Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. G3-Gutachten im Auftrag des MDS (Hrsg.). <a href="https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf">https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf</a> (letzter Abruf: 08.02.2021).</p>

### 3.5 Ansätze der Eingliederungshilfe

Unter Eingliederungshilfe werden Leistungen zusammengefasst, die darauf abzielen von Behinderung betroffenen oder bedrohten Menschen „eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern“. Leistungen der Eingliederungshilfe sollen von Behinderung betroffene oder bedrohte Menschen „befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können“ (§ 90 Abs. 1 SGB IX i. V. m § 2 Abs. 1 SGB IX).

Im Kontext der vorliegenden Expertise sind insbesondere der Begriff der Behinderung, welcher der Eingliederungshilfe zugrunde liegt, und die starke Personenzentrierung mit Fokus auf die Schaffung verbesserter Voraussetzungen für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft von Interesse. Der bio-psycho-soziale, kontextuelle Behinderungsbegriff in der Eingliederungshilfe ist nicht nur relevant, da Pflegebedürftigkeit einer Form von Behinderung entspricht und der Behinderungsbegriff somit unmittelbare Bedeutung auch für die anvisierte Zielgruppe pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner hat; sondern darüber hinaus auch, da er einen konzeptuellen Rahmen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung liefern kann (vgl. WHO, 2001, S. 12). Die in der Eingliederungshilfe angestrebte Teilhabe äußert sich insbesondere in der Möglichkeit zur gleichberechtigten individuellen Lebensgestaltung, selbstbestimmten Lebensführung und Autonomie von Menschen mit Behinderung – Konzepte, die auch im Kontext stationärer Einrichtungen der Langzeitpflege nicht an Relevanz verlieren. U. a. können die verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung Anregungen liefern.

#### 3.5.1 Übersicht der Ansätze

Mit Inkrafttreten der ersten Reformstufe des BTHG<sup>9</sup> wurde ein neuer Behinderungsbegriff in das Leistungsrecht eingeführt, der sich am bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO orientiert (vgl. Kapitel 2.1)<sup>10</sup>. Demnach entspricht Behinderung einer funktionalen Beeinträchtigung der Gesundheit, die durch das Zusammenspiel von Schädigungen der Körperfunktionen (physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschließlich psychologischer Funktionen) bzw. Körperstrukturen (anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile) mit Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren) entsteht. Behinderung geht mit

---

<sup>9</sup> Die Eingliederungshilfe wird derzeit auf Grundlage des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz, BTHG) reformiert. Das BTHG tritt in drei Reformstufen in Kraft: am 25. Juli 2017 (Stufe 1), am 1. Januar 2018 (Stufe 2), am 1. Januar 2020 (Stufe 3) und 1. Januar 2023 (Stufe 4).

<sup>10</sup> Obwohl der neue Behinderungsbegriff im SGB IX sich an dem der ICF orientiert, sind beide dennoch voneinander zu unterscheiden. (für Details siehe Bundestagsdrucksache 19/4500).

Beeinträchtigungen der Aktivität, d. h. der Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch Betroffene und ihrer Partizipation, d. h. dem „Einbezogensein in eine Lebenssituation“ (Teilhabe) einher. Behinderung ist so der Oberbegriff für Schädigungen (von Körperfunktionen und -strukturen) sowie damit einhergehender Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe). Während die ICF Funktionsfähigkeit und Behinderung *verbunden* mit körperlichen Schädigungen klassifiziert, werden die körperlichen Schädigungen separat in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (*International Classification of Diseases*, ICD [WHO, 2019a]) klassifiziert. „Die ICD-10 stellt eine ‚Diagnose‘ von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder anderen Gesundheitszuständen zur Verfügung, und diese Information wird mit zusätzlichen Informationen zur Funktionsfähigkeit, welche die ICF liefert, erweitert“ (WHO, 2001, S. 10).

Der veraltete Behinderungsbegriff ging von einer „Krankheitsfolge“ aus, d. h. einer kausalen Beziehung zwischen der Schädigung von Körperfunktionen (ICD-Diagnose) und Fähigkeitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation (vgl., *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, ICIDH [WHO, 1980]). Durch die Weiterentwicklung zu einem „bio-psycho-sozialen Modell der Komponenten von Gesundheit“ wird das Verständnis zu den Ursachen von Behinderung erweitert, wonach diese nicht Folge körperlicher Schädigung ist, sondern erst durch das Zusammenspiel mit Kontextfaktoren entsteht. Behinderung wird so nicht als körperliches Defizit verstanden, sondern als ein Umstand, der in Wechselwirkung mit dem Umfeld entsteht. Durch die Beseitigung von umweltbedingten Einschränkungen (Umweltfaktoren) und der Stärkung persönlicher Ressourcen (personenbezogene Faktoren), kann das Ausmaß der Funktionseinschränkung (Behinderung) beseitigt oder gemindert werden. Dabei ist zu betonen, dass dieses bio-psycho-soziale Verständnis der Kontextabhängigkeit von Behinderung mit dem BTHG gesetzlich festgeschrieben wurde, aber bereits vorher fest im Selbstverständnis der Betroffenen und der praktizierenden Eingliederungshilfe verankert war (Bösl, 2010).

Gemäß ICF gilt eine Person dann als funktional gesund (nicht behindert), wenn „vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren 1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen [...], 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen)“ (WHO, 2001, S. 4). Durch die Beseitigung umweltbedingter Einschränkungen und der Stärkung persönlicher Ressourcen können die Komponenten 2 und 3 adressiert werden und das Ausmaß funktionaler Einschränkung beseitigt oder gemindert werden.

---

Die individuelle Bedarfsermittlung und Hilfeplanung durch den Träger der Eingliederungshilfe erfolgt im Rahmen des sog. *Gesamtplanverfahrens*, in dem die individuellen Leistungen unter Berücksichtigung des fachlichen Unterstützungsbedarfs zur Ermöglichung der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und unter Maßgabe der Wünsche des Leistungsberechtigten abgestimmt werden (§ 117 SGB XI). Bei der Bedarfsermittlung muss ein Instrument zum Einsatz kommen, das sich an der ICF orientiert und die Lebensbereiche Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche sowie Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben abdeckt (§ 118 Abs. 1 SGB IX; WHO, 2001, S. 20).

Zentral ist, dass bei der Hilfeplanung die Vorstellungen und Wünsche der Betroffenen berücksichtigt werden. Ein fundiertes Planungsverfahren würdigt so – in Einklang mit dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe – immer auch die Betroffenenperspektive in dem Maße, wie auch Menschen ohne Behinderung selbst über ihre Aktivitäten und ihr Einbezogensein in eine Lebenssituation entscheiden können. Die ICF allein enthält noch keine Vorgaben, wie und in welcher Form die Wünsche der Betroffenen zu berücksichtigen sind, da sie lediglich die Deskription funktionaler Beeinträchtigungen liefert. Zwar schwingt in dem Teilhabebegriff der ICF bereits mit, inwiefern Barrieren, die Menschen mit Behinderung an einer gleichberechtigten Teilhabe hindern, von den Betroffenen *erlebt* werden (WHO, 2001; S. 95: „Eine Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe] ist ein Problem, das ein Mensch in Hinblick auf sein Einbezogensein in eine Lebenssituation erleben kann.“); die Bedarfsermittlung liefert an sich aber noch keinen systematischen Ansatz zur Berücksichtigung der Wünsche und Vorstellungen von Betroffenen. Dies erfolgt erst im Rahmen der Hilfeplanung und damit assoziierter Instrumente.

Die im Rahmen der Gesamtplanverfahren verwendeten Instrumente bestehen i. d. R. aus einer Kombination aus Bedarfsermittlungs- und Hilfeplaninstrument. Exemplarisch für ein solches Instrument wird in Kapitel 3.5.2.1 das „BedarfsErmittlungsInstrument NRW“ (BEI\_NRW) vorgestellt (LWL-Kompetenzzentrum Soziale Teilhabe, 2019). Ähnlich wie das Strukturmodell in der Pflege (vgl. 3.2.2.7), verfolgt das Verfahren einen personenzentrierten Ansatz und bereits der Einstieg in die Hilfeplanung erfolgt mit der Erhebung individueller Wünsche und Vorstellungen („persönliche Ziele“).

Die Hilfepläne enthalten die im Rahmen der Gesamtplanverfahren vereinbarten Leistungen. Diese fallen in die Bereiche der medizinischen Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung und der sozialen Teilhabe. Davon sind besonders Leistungen zur sozialen Teilhabe – neben den bereits an anderer Stelle vorgestellten Leistungen der medizinischen Rehabilitation (vgl. Kapitel 3.4) – für die vorliegende Expertise relevant, da sie in einem direkten Zusammenhang zum Konzept der psychosozialen Gesundheit stehen (vgl. Kapitel 2.4). Leistungen zur sozialen Teilhabe beinhalten auch sog. „Assistenzleistungen“ (§ 113 Abs. 2 Nr. 2

SGB IX), die eine große Bandbreite an Hilfe- und Unterstützungsaufgaben in verschiedenen Lebensbereichen wie Haushaltsführung, Gestaltung sozialer Beziehungen, persönliche Lebensplanung, Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten und Sicherstellung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen umfassen.

Assistenzleistungen in der Eingliederungshilfe werden unter der Maßgabe erbracht, Menschen mit Behinderung zu einer möglichst selbstständigen Alltagsbewältigung zu befähigen. Dieser Gedanke ist mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff unmittelbar anschlussfähig, der ebenfalls auf eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung der Selbstständigkeit abhebt (vgl. Kapitel 3.2). Darüber hinaus werden die im Rahmen von Assistenzleistungen anfallenden unterschiedlichen Aufgaben i. d. R. von einer Person (bzw. einem festen Kreis sich abwechselnder Personen) übernommen. Darin zeigt sich ein umfassenderes Aufgabenverständnis als in der nach Fachbereichen (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft) und Maßnahmen (körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung) untergliederten und entsprechend personell ausdifferenzierten Versorgung im Rahmen des SGB XI. Während in der Eingliederungshilfe (SGB IX) Hilfe- und Unterstützungsleistungen in verschiedenen Lebensbereichen von derselben Person (Assistenzkraft) erbracht werden, werden sie in der pflegerischen Versorgung nach SGB XI arbeitsteilig von unterschiedlichen Personen und Personengruppen (Pflegekräfte, Betreuungskräfte, Hauswirtschaftskräfte) erbracht. Dabei geht die Erbringung von Hilfe- und Unterstützungsleistungen „in Personalunion“ durch Assistenzkräfte mit Vorteilen bei der Koordination und Passgenauigkeit von Leistungen einher.

### 3.5.2 Vignetten ausgewählter Ansätze

Für die vorliegende Expertise als relevant erachtete Ansätze werden in der Folge detailliert dargestellt.

#### 3.5.2.1 Bedarfsermittlungsinstrument NRW

<b>Name</b>	Bedarfsermittlungsinstrument NRW (BEI_NRW)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Träger der Eingliederungshilfe.
<b>Einrichtungen</b>	Länder, Kommunen, Stadt- oder Landkreise, Bezirke, Gemeinden, Landeswohlfahrts-, kommunale Wohlfahrts oder Landschaftsverbände (in NRW: Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe als überörtliche Träger der Sozialhilfe und Träger der Eingliederungshilfe)
<b>Zielgruppe</b>	Von Behinderung betroffene bzw. bedrohte Menschen

<p><b>Ziel</b></p>	<p>Implementierung eines einheitlichen Bedarfsermittlungsinstruments, das im Gesamtplanverfahren genutzt wird.</p> <p>Ziel des Bedarfsermittlungsinstruments ist die Erstellung einer Hilfeplanung, die Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung ermöglicht, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördert. Die in der Hilfeplanung enthaltenen Leistungen sollen von Behinderung betroffene oder bedrohte Menschen dazu befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können“ (vgl. § 90 SGB IX).</p>
<p><b>Beschreibung</b></p>	<p>Es handelt sich um ein ICF-basiertes Instrument zur „partizipativen Ermittlung des individuellen Bedarfs“ vorrangig im Bereich der sozialen Teilhabe. Dem Grundsatz der partizipativen Bedarfsermittlung folgend, wird mit dem Instrument sowohl die persönliche Sicht der Anspruchsberechtigten als auch die fachliche Sicht (sog. „ergänzende Sicht“) erhoben.</p> <p>In enger Anlehnung an die ICF wird im Rahmen der Bedarfsermittlung Folgendes erhoben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>personenbezogene Faktoren</i> (bisherige Erfahrungen, Charaktereigenschaften, Lebensweisen),</li> <li>◆ <i>Aktivität und Partizipation</i> (was in aktueller Lebenssituation gelingt, was in der Vergangenheit gelang und was unter anderen Lebensbedingungen gelingen könnte; was aktuell nicht gelingt) und</li> <li>◆ <i>Umweltfaktoren</i> (Unterstützung durch Menschen, Hilfsmittel oder Gegebenheiten im Lebensumfeld; bestehende Hindernisse).</li> </ul> <p>Aufbauend auf den Beurteilungen der Aktivität und Partizipation wird eine <i>Zielplanung</i> vorgenommen. Dabei bilden Vorstellungen und Wünsche der anspruchsberechtigten Person den Ausgangspunkt (Leitziele können z. B. anhand der folgenden Leitfragen ermittelt werden: „Wie ich mein Leben führen möchte: Wie und wo will ich wohnen? Was will ich den Tag über tun oder arbeiten? Wie will ich Beziehungen mit anderen Menschen gestalten? Was will ich in meiner Freizeit machen? Was ist mir sonst noch wichtig?“).</p> <p>Ausgehend von den geäußerten persönlichen Zielen werden unter Berücksichtigung der fachlich ergänzenden Sicht gemeinsam vereinbarte <i>Leitziele</i> formuliert (Beispiel Leitziel: „Ich möchte in meiner derzeitigen Wohnform bleiben.“). Diese Ziele werden in <i>Veränderungsziele</i> (es wird eine Veränderung der Lebenssituation angestrebt) und <i>Erhaltungsziele</i> (bestehende Situation ist zufriedenstellend und soll erhalten werden) unterteilt. Dem übergeordneten Leitziel werden kleinschrittigere <i>Handlungsziele</i></p>

	<p>untergeordnet, die einer schrittweisen Annäherung an das Leitziel dienen (z. B. ist ein selbstständiges morgendliches Aufstehen erforderlich, um in der aktuellen Wohnform verbleiben zu können; ein beispielhaftes Handlungsziel wäre: Am 01.12.2021 ist Frau X. in der Lage, selbstständig aufzustehen und sich allein ein Frühstück zuzubereiten).</p> <p>An die Zielplanung schließt sich die <i>Maßnahmenplanung</i> und <i>Leistungsplanung</i>, zwischen denen grundsätzlich unterschieden wird. In der Maßnahmenplanung wird überlegt, was getan werden kann, damit Handlungsziele erreicht werden (Wer soll was tun? Wo soll das gemacht werden?). Maßnahmen beschreiben auszuführende Tätigkeiten und Handlungen, die optimal sind, um die vereinbarten Ziele zu erreichen. Sie dienen als Mittel zur Zielerreichung. Die Leistungsplanung hingegen befasst sich mit den dafür erforderlichen sozialrechtlichen Sachverhalten. Maßnahmen werden so in sozialrechtliche Leistungen überführt, indem für jede Maßnahme angegeben wird, wann und wie lange sie erbracht werden soll (zeitlicher Umfang), welche Form sie hat (Sachleistung, Dienstleistung oder Geldleistung) und welcher Leistungsträger zuständig ist.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Im zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (2016) wird resümiert, dass die Teilhabechancen und deren Ergebnisse sich im erfassten Zeitraum von 2005 bis 2013 in vielen Bereichen nicht substantiell verbessert zu haben scheinen (S. 52).</p> <p>Für Aussagen zur Wirksamkeit des im Zuge des BTHG angepassten Hilfeplanverfahrens ist es derzeit noch zu früh.</p>
<b>Finanzierung</b>	Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen des Gesamtplanverfahrens (§ 117 SGB IX)
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	<p>LWL-Kompetenzzentrum Soziale Teilhabe (2019). Bedarfe ermitteln Teilhabe gestalten – BEI_NRW Handbuch. Landschaftsverband Rheinland und Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.). <a href="https://www.lvr.de/de/nav_main/soziales_1/menschenmitbeinderung/antraege_und_verfahren/hilfeplanverfahren_2/hilfeplan_1.jsp">https://www.lvr.de/de/nav_main/soziales_1/menschenmitbeinderung/antraege_und_verfahren/hilfeplanverfahren_2/hilfeplan_1.jsp</a> (letzter Abruf: 16.12.2020).</p> <p>Engels D, Engel H, Schmitz A (2016). Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). <a href="https://www.bundesregierung.de/resource/blob/976072/480512/6b249c2a22eb36f7a1ffb1f2029543b9/2017-01-18-teilhabebericht-2016-data.pdf?download=1">https://www.bundesregierung.de/resource/blob/976072/480512/6b249c2a22eb36f7a1ffb1f2029543b9/2017-01-18-teilhabebericht-2016-data.pdf?download=1</a> (letzter Abruf 09.02.2021).</p>



## 3.5.2.2 Leistungen zur sozialen Teilhabe

<b>Name</b>	Leistungsrecht (SGB IX): Leistungen zur sozialen Teilhabe gem. § 113 SGB IX; bis 1. Januar 2018: Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft  Unterstützungsleistungen im Bereich der sozialen Teilhabe
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Leistungserbringer im Bereich der Eingliederungshilfe
<b>Einrichtungen</b>	Ambulanter Fachdienst, (ambulant) betreutes Wohnen, besondere Wohnformen; ferner Werkstätten für behinderte Menschen
<b>Zielgruppe</b>	Von Behinderung betroffene bzw. bedrohte Menschen mit Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe
<b>Ziel</b>	Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
<b>Beschreibung</b>	<p>Durch die besondere Situation von Menschen, die mit einer Behinderung aufwachsen bzw. aufgewachsen sind, bestehen häufig keine Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Teilhabe gegenüber anderen Rehabilitationsträgern wie der GRV und GUV (GKV ist hier kein Leistungsträger), weshalb die Zuständigkeit hier i. d. R. bei der Eingliederungshilfe liegt (Leistungen der Eingliederungshilfe gem. § 113 SGB IX sind nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Rehabilitationsträger gem. § 76 SGB IX).</p> <p>Gem. § 113 Abs. 2 SGB IX umfassen Leistungen zur Sozialen Teilhabe insbesondere die folgenden Maßnahmen. Die konkreten Leistungsinhalte bestimmen sich nach den §§ 77 bis 84 SGB IX, soweit sich aus dem Eingliederungshilferecht (SGB IX, Teil 2) nicht Abweichendes ergibt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Leistungen für Wohnraum (analog § 77 SGB IX): Unterstützung bei der Suche nach geeignetem Wohnraum, Mehrbedarf an Wohnraum, Umbau und Ausstattung von Wohnungen gibt</li> <li>◆ Assistenzleistungen (analog § 78 SGB IX): Bilden das Kernstück der Leistungen zur Sozialen Teilhabe. Die Leistungen dienen der selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags einschließlich Tagesstrukturierung (z. B. Haushaltsführung, Gestaltung sozialer Beziehungen, persönliche Lebensplanung, Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, Freizeitgestaltung) sowie die Sicherstellung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Dies erfolgt in Form vollständiger und teilweiser Übernahme von Handlungen, Begleitung der Leistungsberechtigten oder Befähigung zu einer möglichst eigenständigen Durchführung. Die Assistenzkräfte werden von den Betroffenen selbst ausgewählt und diese bestimmen auch, in welchen Bereichen Hilfe und Unterstützung geleistet werden soll.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ heilpädagogische Leistungen (analog § 79 SGB IX): Leistungen für noch nicht schulfähige Kinder zur Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung und zur Entfaltung der Persönlichkeit.</li> <li>◆ Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie (analog § 80 SGB IX): Ermöglichung der Betreuung in einer anderen Familie als der Herkunftsfamilie.</li> <li>◆ Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (analog § 81 SGB IX): Befähigung zu lebenspraktischen Handlungen einschließlich hauswirtschaftlicher Tätigkeiten, Vorbereitung auf Teilhabe am Arbeitsleben, Verbesserung von Sprache und Kommunikation und Befähigung sich ohne fremde Hilfe sicher im Verkehr zu bewegen im Rahmen von Fördergruppen und Schulungen oder ähnliche Maßnahmen.</li> <li>◆ Leistungen zur Förderung der Verständigung (analog § 82 SGB IX): Hilfen für Leistungsberechtigte mit Hör- und Sprachbehinderungen, insbesondere Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher sowie andere geeignete Kommunikationshilfen.</li> <li>◆ Leistungen zur Mobilität (analog § 83 SGB IX): Leistungen zur Beförderung, insbesondere durch einen Beförderungsdienst, und Leistungen für ein Kraftfahrzeug.</li> <li>◆ Hilfsmittel (analog § 84 SGB XI): Durch die Behinderung bestehende Einschränkung einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden durch technische Hilfsmittel ausgeglichen. Hierzu gehören insbesondere barrierefreie Computer.</li> <li>◆ Besuchsbeihilfen (§ 115 SGB XI): Beihilfen zum gegenseitigen Besuch für Leistungsberechtigte oder ihre Angehörigen.</li> </ul>
<b>Wirksamkeit</b>	Es fehlt an Studien zur Wirksamkeit der Unterstützungsleistungen: „Studienergebnisse zur Effektivität dieser Unterstützungsleistungen und zur diesbezüglichen Zufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen stehen bislang überwiegend nicht zur Verfügung“ (Teilhabebericht, 2016, S. 283). „Umso wichtiger ist es also, die Wirksamkeit von Interventionen zu evaluieren und politische Maßnahmen über die Zeit weiterhin wissenschaftlich zu begleiten (ebenda, S. 52).“
<b>Finanzierung</b>	§ 113 SGB XI, Eingliederungshilfeträger
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Psychosoziale Gesundheit
<b>Quellen</b>	Engels D, Engel H, Schmitz A (2016). Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.).

	<p><a href="https://www.bundesregierung.de/resource/blob/976072/480512/6b249c2a22eb36f7a1ffb1f2029543b9/2017-01-18-teilhabebericht-2016-data.pdf">https://www.bundesregierung.de/resource/blob/976072/480512/6b249c2a22eb36f7a1ffb1f2029543b9/2017-01-18-teilhabebericht-2016-data.pdf</a> (letzter Abruf 09.02.2021).</p>
--	--

### 3.6 Organisationsentwicklung in Pflegeeinrichtungen

Der Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sieht vor, dass Leistungen gemäß § 5 SGB XI im Sinne eines „partizipativen Organisationsentwicklungsprozesses“ erbracht werden (GKV-Spitzenverband, 2020a, S. 6). Auch wenn es keine einzelne Definition von Organisationsentwicklung (OE) gibt, wird hierunter allgemein „ein sozialwissenschaftlich basiertes Handlungskonzept verstanden, das die Planung, Gestaltung und Steuerung eines längerfristigen Veränderungsprozesses in Organisationen umfasst“ (Gairing, 2017, S. 14). Die Gesellschaft für Organisationsentwicklung e. V. bezieht sich in ihrer Definition von OE auf drei Schwerpunkte (ebd.):

- ◆ „OE ist ein längerfristig angelegter Entwicklungs- und Veränderungsprozess von Organisationen und den in ihr tätigen Menschen.
- ◆ Der Prozess beruht auf Lernen aller Betroffenen durch direkte Mitwirkung und praktische Erfahrung.
- ◆ Das Ziel besteht in der gleichzeitigen Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Organisation (Effektivität) und der Qualität des Arbeitslebens (Humanität).“

Weitere Informationen zur historischen Entwicklung und den theoretischen Grundlagen der OE können einer im Rahmen des benachbarten Projekts „Pflegeeinrichtungen – Bewegungsfreundliche Organisationen“ (PfleBeO) erarbeiteten Expertise entnommen werden (Fuchs-Frohnhofen *et al.* 2020).

Im Rahmen der Desktop-Recherche für die vorliegende Expertise wurden vier Fundstellen identifiziert, die Anregungen für Leistungen nach § 5 SGB XI liefern können: Das Buch „Organisationsentwicklung und Personalentwicklung im Qualitätsmanagement der Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens am Beispiel der Altenhilfe“ von Müller (2004), das Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“, das Projekt „EinSTEP“ und der Leitfaden „Das neue Pflegeverständnis in der Praxis“. Diese werden nachfolgend vorgestellt.

#### 3.6.1 Übersicht der Ansätze

In seinem Buch zeigt Müller auf, dass OE in Pflegeeinrichtungen keine neue Thematik darstellt (Müller, 2004, S. 329-339). Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung erreichten Ende der achtziger Jahre Ansätze der OE auch Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Dabei ging es thematisch vorrangig um die Qualifikation von Führungskräften, die Erarbeitung von Stellenbeschreibungen, den Aufbau neuer Fachabteilungen oder Dienstleistungsangebote und die Veränderung von Dienstzeiten oder Arbeitsabläufen. Mit Einführung der Pflegeversicherung (1995) rückte verstärkt das Qualitätsmanagement (QM) in den Fokus. Durch das QM wurde die im Rahmen von OE in Pflegeeinrichtungen vorherrschende „Binnenperspektive“ um die Kundenperspektive ergänzt; die

Qualität der Leistung und die Kundenbedürfnisse begannen eine größere Rolle zu spielen. Müller (2004, S. 334) beobachtet, dass im Zuge der Auseinandersetzung von Pflegeeinrichtungen mit dem QM eine Verbindung mit OE und Personalentwicklung (PE) stattfand: „Das Ergebnis ist ein QM-System; der Weg dorthin wird bestimmt durch die Instrumente der OE und PE.“ Auf Basis qualitativer Fallstudien in Pflegeeinrichtungen stellt Müller (2004, S. 497) fest: „Das Managementkonzept des TQM [Total Quality Management] wird nicht nur inhaltlich-theoretisch auf die Organisations- und Personalentwicklung reflektiert, sondern auch auf der instrumentellen Ebene nutzt das Qualitätswesen eine Vielzahl von Methoden aus dem Erfahrungsschatz der OE und PE.“

Die Nutzung von Methoden der OE zur Weiterentwicklung der Qualität von Pflegeeinrichtungen wird auch in drei Projekten deutlich, die im Rahmen der Desktoprecherche identifiziert wurden:

Dem mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (2017) verbundenen „neuen“ Verständnis pflegerischer Aufgaben gingen die sog. „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ voraus (Korte-Pötter *et al.*, 2007). Im Rahmen der Referenzmodelle wurden zwischen 2004 und 2006 Konzepte für die stationäre Pflege entwickelt und in zwanzig Modelleinrichtungen erprobt. Die Konzepte wurden durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) entwickelt (Rehling, 2007). Die Erprobung war in einen OE-Prozess eingebettet und wurde durch externe Organisationsberaterinnen und -berater begleitet (vgl. Kapitel 3.6.2.1). Die entwickelten und erprobten Konzepte fanden später Eingang in die Systematisierung der auf dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff basierenden pflegerischen Aufgaben (Wingefeld & Büscher, 2017).

Ein weiteres Beispiel der Anwendung von OE in Pflegeeinrichtungen ist die Einführung des „Strukturmodells zur Entbürokratisierung in der Pflege“ im Rahmen des Projekts EinSTEP (2014-2017)<sup>11</sup>. Ziel des Projekts war es, mit einer Verschlinkung (Entbürokratisierung) der Pflegedokumentation gleichzeitig eine Überprüfung und Anpassung innerbetrieblicher Prozesse und damit verbundener Ressourcen i. S. einer verstärkten Ausrichtung am Ansatz der Personenzentrierung und an der Förderung der Fachlichkeit der Pflegenden zu initiieren (vgl. Kapitel 3.2.2.7). EinSTEP nutzte Methoden der OE, um ein neues Dokumentationssystem (Strukturmodell) zu implementieren (vgl. Kapitel 3.6.2.2). Dabei ist die mit dem Strukturmodell verbundene Ausrichtung auf eine personenzentrierte Pflege gut anschlussfähig mit den Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der kurz darauf gesetzlich eingeführt wurde.

Im Zusammenhang mit der im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums für Gesundheit durchgeführten Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde ein Leitfaden entwickelt, der Pflegeeinrichtungen dabei unterstützen soll, das neue Pflegeverständnis in der

---

<sup>11</sup> <https://www.ein-step.de/> (letzter Abruf: 12.01.2021)

Praxis zu implementieren (Nolting *et al.*, 2019b; Beikirch & Nolting, 2020). Der Leitfaden nimmt dabei primär auf das Strukturmodell Bezug und erläutert schrittweise, wie die wichtigsten, aus dem neuen Pflegeverständnis resultierenden Veränderungen im Sinne einer OE umgesetzt werden können (Spektrum pflegerischer Hilfen, Integration in den Pflegeprozess, Management der Neuausrichtung). Der Leitfaden wurde gemeinsam mit 60 Pflegeeinrichtungen entwickelt und praktisch erprobt (Nolting *et al.*, 2019a).

### 3.6.2 Vignetten ausgewählter Ansätze

Die Details der OE-Prozesse im Rahmen der Referenzmodelle, von EinSTEP und dem „Leitfaden: das neue Pflegeverständnis in der Praxis“ werden in den nachfolgenden Vignetten dargestellt.

#### 3.6.2.1 Referenzmodelle

<b>Name</b>	Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	Diakonisches Werk Westfalen (Projektträger)  FfG: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (Projektsteuerung, wissenschaftliche Begleitung)  IPW: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (wissenschaftliche Begleitung)  ISS: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt a. M. (Organisationsberatung)
<b>Einrichtungen</b>	20 Modelleinrichtungen der vollstationären Langzeitpflege, NRW
<b>Zielgruppe</b>	Führungspersonal, Mitarbeitende; ferner Bewohnerschaft
<b>Ziel</b>	1) Unterstützung vollstationärer Pflegeeinrichtungen bei der Qualitätsentwicklung in der Pflege und der Weiterentwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen;  2) Erarbeitung eines Bezugsrahmens für den Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen;  3) Entwicklung von unbürokratischen Problemlösungen zur Optimierung von Ablauforganisation, Personaleinsatz und Kooperation mit externen Personen bzw. Institutionen.
<b>Beschreibung</b>	Die genannten Ziele wurden anhand der Entwicklung und Implementierung von Angebotsstrukturen, Leistungsdefinitionen, Versorgungskonzepten und Qualitätskriterien verfolgt. Im Mittelpunkt des Vorhabens standen die folgenden Konzeptelemente:  ♦ Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination durch eine zuständige Pflegefachkraft;

	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Anforderungen an das pflegerische Assessment und die Erfassung der Biographie;</li><li>◆ Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen für die pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen;</li><li>◆ Rahmenkonzepte für den Heimeinzug, die Angehörigenarbeit, die nächtliche Versorgung, die Sterbebegleitung, die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie die Überleitung bei Krankenhausaufenthalten;</li><li>◆ Empfehlungen zur verbesserten Pflegeplanung und -dokumentation.</li></ul> <p>Die Implementierung der Konzepte wurde in jeder Einrichtung durch speziell geschulte Mitarbeitende (sog. Modellbeauftragte) und insg. vier externe Organisationsberaterinnen und -berater vorangetrieben. Das Beratungsteam verantwortete auch die mit dem Projekt verbundene Gremienarbeit und Abstimmung mit den beteiligten Instituten sowie den Auftraggebern. Jede Beraterin und jeder Berater begleitete fünf Modelleinrichtungen. Das Beratungsteam wurde zudem von einer Teamleiterin unterstützt, die die Dienst- und Fachaufsicht innehatte und wöchentliche Teamsitzungen moderierte und dokumentierte. Die Teamleiterin entwickelte auch Instrumente zur Erfassung und Bewertung des Projekt- und Beratungsverlaufs in Abstimmung mit dem Team.</p> <p>Die von den wissenschaftlichen Projektpartnern entwickelten Zielvorgaben wurden zunächst mit den Einrichtungen konsentiert, um die Identifikation der Einrichtungen mit den Projektzielen zu fördern. Dies geschah durch die Verständigung auf das Grundprinzip und Leitziel der Bewohnerorientierung.</p> <p>Im Rahmen einer Soll-Ist-Analyse der Strukturen und Prozesse wurde sodann eruiert, welche Anforderungen der Konzepte durch die Einrichtung bereits erfüllt wurden und welche noch nicht. Dazu tauschten sich die Beraterinnen und Berater eng mit den Modellbeauftragten der Einrichtungen und Leitungskräften (Einrichtungsleitungen und Pflegedienstleitungen; Wohnbereichsleitungen) aus. Zudem hospitierten die Beraterinnen und Berater bei relevanten Vorgängen wie z. B. Übergaben und Fallbesprechungen und prüften Pflegedokumentationen, um die Ist-Situation möglichst umfänglich einschätzen zu können. Durch den Abgleich vorhandener Strukturen und Prozesse mit den Konzeptanforderungen wurden die konkreten Entwicklungsbedarfe in den Einrichtungen konkretisiert. Durch die</p>
--	--

	<p>OE wurden die Konzepte dann schrittweise in den Einrichtungen implementiert.</p> <p>Bei der OE bedienten sich die Beraterinnen und Berater der folgenden Methoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Aufforderung zur kritischen Selbsteinschätzung</i>: Akteure wurden durch Nachfragen zu einer Einschätzung und Bewertung der Situation gebeten. Durch die kritische Reflexion vorhandener Umstände sollte auf Stärken, Schwächen und Entwicklungsbedarfe aufmerksam gemacht werden.</li> <li>◆ <i>Konfrontative Irritation</i>: Die Beurteilung anhand der extern entwickelten Qualitätsanforderungen und dem damit verbundenen Aufzeigen von Defiziten führten zunächst zu Irritationen, dann aber zu der Erkenntnis, dass Gewohnheiten nicht immer die beste Lösung bieten.</li> <li>◆ <i>Anregung der Problemlösungskompetenz</i>: Die Modellbeauftragten wurden angeregt, die hausspezifischen Entwicklungsziele so exakt wie möglich zu beschreiben und zu begründen, um die nächsten Umsetzungsschritte zu planen. Eine klare und deutliche Beschreibung von Defiziten und der zu erreichenden Ziele sollte die Problemlösung erleichtern.</li> <li>◆ <i>Einbringen der eigenen fachlichen Expertise</i>: Die Beraterinnen und Berater brachten ihr Wissen zum Organisationsmanagement ein (Organisationsstruktur, Qualitäts- und Projektmanagement, Mitarbeiterführung, Teamentwicklung).</li> <li>◆ <i>Förderung von Synergieeffekten</i>: Gelungene Problemlösungen einzelner Modelleinrichtungen wurden seitens der Beraterinnen und Berater nicht nur dort gewürdigt und verstärkt, sondern möglichst auch an andere Modelleinrichtungen weitergegeben.</li> <li>◆ <i>Coaching und Supervision</i>: Im Einzelfall wurde bei konkreten Problemen, Fragestellungen und Konflikten auf Wunsch der Beteiligten individuelle Beratung für die Ausübung der Leitungsrolle (Coaching) und eine Supervision von Teams realisiert.</li> <li>◆ <i>Fortbildung und Mentoring</i>: Angebote zur Rollenklärung und zu Fortbildungen wie eintägige Seminare zu den Themen „Moderation“, „Präsentation“, „Projektmanagement“ und „Verhandlungsführung“ sowie zusätzliche gemeinsame Sitzungen zu spezifischen Fragestellungen mit Vertretern mehrerer Modelleinrichtungen.</li> </ul>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>Im Bereich der Qualitätsentwicklung/-sicherung berichteten alle Einrichtungen über positive Veränderungen. Aufgrund der auf zwei Jahre beschränkten Projektlaufzeit konnten jedoch nicht alle Konzeptbausteine in sämtlichen Modelleinrichtungen</p>



	<p>implementiert werden. Die Projektanforderungen wurden jedoch mehrheitlich als anschlussfähig bezeichnet. Auf Ebene von Strukturdaten ergaben sich nur geringfügige Veränderungen.</p> <p>Folgende Faktoren wurden als förderlich für die Konzeptumsetzung befunden: eine gute Kooperation verschiedener Arbeitsbereiche (z. B. Pflege und Sozialer Dienst bzw. Hauswirtschaft), eine frühzeitige Beteiligung der Belegschaft an der Konzepterstellung, eine frühzeitige Beteiligung der Angehörigen und externen Kooperationspartner (z. B. Vertreter von Krankenhäusern, niedergelassene Ärzte), die Einbindung von Angehörigen und freiwilligen Helfern/innen, eine etablierte Besprechungsstruktur (z. B. Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen), ein „gelebtes“ Qualitätsmanagement (z. B. Bewusstsein der Mitarbeitenden für die Qualitätsentwicklung) und der Einsatz von Multiplikatoren (ausgewählte Mitarbeitende, die an den Schulungen teilgenommen haben und im Anschluss andere schulen bzw. Ansprechpartner blieben).</p>
<b>Finanzierung</b>	Spitzenverbände der Pflegekassen; Bundesministerium für Gesundheit (BMG); Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS)
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<p>Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), 2007 (Hrsg.): Referenzmodelle. Band 6: Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept. Abschlussberichte der beteiligten Institute 2004–2006. Düsseldorf: MAGS.</p> <p><a href="https://gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/referenzeinrichtungen.jsp">https://gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/referenzeinrichtungen.jsp</a> (letzter Abruf: 17.11.2020)</p>

### 3.6.2.2 EinSTEP

<b>Name</b>	Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (EinSTEP)
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	<p>Projektbüro EinSTEP (bis Oktober 2017)</p> <p>Seit November 2017: Private und freigemeinnützige Leistungserbringerverbände (ABVP, APH, bad, BAGFW, B.A.H., BKSB, bpa, DBfK) unter Schirmherrschaft des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege</p>
<b>Einrichtungen</b>	Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Langzeitpflege; bundesweit

<b>Zielgruppe</b>	Pflegefachkräfte, Pflegedienst-/Einrichtungsleitungen, Einrichtungsträger, Mitarbeitende des Qualitätsmanagements
<b>Ziel</b>	Implementierung einer neuen Pflegedokumentation (Strukturmodell): Inhaltliche und strukturelle Neuausrichtung der Pflegedokumentation auf Grundlage einer pflegewissenschaftlichen Konzeption und fachlicher Standards; Stärkung der fachlichen Kompetenz von Pflegefachkräften; Rückgewinnung des Stellenwerts der Pflegedokumentation für den beruflichen Alltag statt der Dokumentation für Prüfinstanzen; Orientierung auf das umfassende Pflegeverständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Langzeitpflege.
<b>Beschreibung</b>	<p>EinSTEP nutzt Multiplikatoren, die auf Grundlage bundeseinheitlicher Informations- und Schulungsunterlagen, die Umstellung auf das Strukturmodell und die Orientierung an der damit verknüpften personenzentrierten Pflege in den Einrichtungen unterstützen. In den Einrichtungen erfolgt die Integration mit den bestehenden QM-Systemen, um das Vorgehen dauerhaft am Strukturmodell auszurichten.</p> <p>Der idealtypische OE-Prozess zur Umstellung auf das Strukturmodell umfasst die folgenden Schritte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Vorbereitungsphase:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Managemententscheidung zur Einführung des Strukturmodells und der Bereitstellung personeller, sächlicher und finanzieller Ressourcen;</li> <li>2) Bildung einer Steuerungsgruppe und Benennung projektverantwortlicher Personen in der Einrichtung;</li> <li>3) Planung der Schulung und zeitlichen Ressourcen der Mitglieder der Steuerungsgruppe;</li> <li>4) Vorabinformation zur geplanten Umstellung an relevante Akteure (Prüfinstanzen, Betriebsrat / Mitarbeitendenvertretung, Heimbeirat / Angehörigenvertretung);</li> <li>5) Soll-Ist-Analyse und Anpassung vorhandener Dokumentationssysteme (zieht sich auch durch die Umsetzungsphase)</li> <li>6) Anpassung des QM-Handbuchs an Anforderungen des Strukturmodells (Verfahrensleitungen, Funktions- und Stellenbeschreibungen, Pflegevisiten/Fallbesprechungen, Einrichtungskonzept) (zieht sich auch durch die Umsetzungsphase)</li> </ol> </li> <li>◆ <i>Umsetzungsphase:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kick-Off Veranstaltung mit Pflegedienst-/Einrichtungsleitung sowie Mitarbeitenden aus QM</li> <li>2) gestufte, zielgruppenspezifische Einführungsschulungen relevanter Personengruppen (Abteilungs- und Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung, QM, Pflegefachkräfte, weitere an Versorgung beteiligte</li> </ol> </li> </ul>

	<p>Personen) anhand bundeseinheitlicher Schulungsmaterialien; Planung der zeitlichen Ressourcen (Einführungsschulung im Umfang von 16 Stunden)</p> <p>3) Beginn mit der angepassten Pflegedokumentation bei Neuaufnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <i>Begleitung und Reflexion</i>: Die Umsetzungsphase wird begleitet von internen Reflexionstreffen im Team und externen Reflexionstreffen der Verbände (drei mindestens jeweils vierstündige externe Reflexionstermine)</li> <li>◆ <i>Projektbegleitende Kommunikation</i>: interne zielgruppenspezifische Informationen zum Projektverlauf durch Steuerungsgruppe an Pflegefachkräfte und alle weiteren Mitarbeitenden; begleitet die gesamte Umsetzungsphase</li> </ul>
<b>Wirksamkeit</b>	<p>An dem Projekt zur Einführung des Strukturmodells (EinSTEP) hatten sich bis Ende 2017 etwa die Hälfte der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Deutschland beteiligt. Aktuell dürfte der Anteil von Einrichtungen, die ihre Dokumentation auf das Strukturmodell umgestellt haben noch deutlich höher liegen.</p> <p>In einer formativen Prozessevaluation mit 510 Pflegeheimen und 452 Pflegediensten und 184 nicht anwendenden Einrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet wurde die Implementierung des Strukturmodells und die Zielerreichung der neuen Pflegedokumentation untersucht. Anwendende Einrichtungen bestätigten mehrheitlich eine Steigerung der Effizienz i. S. einer möglichen Zeitersparnis, die Förderung der fachlichen Kompetenz, das Potential, eine personenzentrierte Versorgung zu verbessern sowie die Verbesserung der inter- und intradisziplinären Kommunikation im Team. Da es sich bei der Umstellung auf das Strukturmodell allerdings um einen längerfristigen Prozess handelt, konnte die angestrebte Effizienzsteigerung noch nicht in allen Einrichtungen beobachtet werden. Bei der Umstellung auf das Strukturmodell ist von einem erhöhten Schulungs- und Anleitungsaufwand des Personals auszugehen. Der Implementierungsprozess erfordert eine kontinuierliche Begleitung der Mitarbeitenden. Die vom Projektbüro EinSTEP bereitgestellten Schulungsunterlagen unterstützen den Umstellungsprozess, jedoch ist es wichtig, dass sie bei Unsicherheit und aufkommenden Fragen persönlich Rücksprache mit gut geschulten Multiplikatoren gehalten werden kann.</p>
<b>Finanzierung</b>	Durch Trägerverbände der Leistungserbringer verantwortet
<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.ein-step.de/">https://www.ein-step.de/</a> (letzter Abruf: 12.01.2021)</p> <p>Beikirch E, Schulz A, Fähmann E, Hindrichs S, Rösen EE, Triftshäuser K, Umlandt-Korsch S, Braeseke G, Deckenbach B, Nolting HD (2017). Informations- und Schulungsunterlagen zur</p>

	<p>Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege (Version 2.0). (<a href="https://www.ein-step.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informations- und Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf">https://www.ein-step.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informations- und Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf</a> (letzter Abruf: 11.01.2021))</p> <p>Wolf-Ostermann K, Langer G, Bratan T, Seibert K, Hanf M, Richter C, Aichinger H, Peschke D (2017). Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation (EvaSIS) – Abschlussbericht. (<a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/evasis/2017-09_EvaSIS_Abschlussbericht.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/evasis/2017-09_EvaSIS_Abschlussbericht.pdf</a> (letzter Abruf: 13.01.2021))</p>
--	--

### 3.6.2.3 Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis

<b>Name</b>	Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis
<b>Anbieter/ Durchführende</b>	IGES Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Projekt TRANSFORM im Rahmen der Wissenschaftlichen Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gem. § 18c Abs. 2 SGB XI)
<b>Einrichtungen</b>	Ambulante, voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen
<b>Zielgruppe</b>	Pflegefachkräfte, Pflegedienst-/Einrichtungsleitungen, Einrichtungsträger, Mitarbeitende des Qualitätsmanagements
<b>Ziel</b>	Anleitung und Unterstützung von Pflegeeinrichtungen bei der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit.
<b>Beschreibung</b>	<p>Der Leitfaden gliedert sich in sieben Kapitel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einführung in das Thema: Perspektivwechsel in der Pflege durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff Der erste Teil beginnt mit einem kurzen Überblick zu den rechtlichen Hintergründen.</li> <li>2. Konsequenzen: Welche Aufgaben ergeben sich für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte Das zweite Kapitel gibt einen Überblick, welche Konsequenzen und Aufgabenstellungen sich aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowohl für die Pflegeeinrichtungen bzw. das Management, als auch für die Pflegekräfte und die tägliche Praxis ergeben: Von ggf. erforderlichen Anpassungen der pflegerischen Konzeption und des Spektrums der</li> </ol>

	<p>pflegerischen Hilfen bis hin zum Personal- oder Qualitätsmanagement.</p> <p>3. Das neue Pflegeverständnis</p> <p>Das dritte Kapitel befasst sich vertiefend mit zwei zentralen Grundgedanken des neuen Pflegeverständnisses: Im Unterabschnitt „Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit“ wird erläutert, was unter einer zielgerichteten Ressourcenförderung zu verstehen ist und wie sie sich von dem seit langem gebräuchlichen Begriff der „aktivierenden Pflege“ abgrenzt. Der Abschnitt „Umfassende Hilfe ...“ beschreibt die daraus resultierende Ausrichtung pflegerischer Aufgaben und Hilfen.</p> <p>4. Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen</p> <p>Mit dem erweiterten Verständnis der pflegerischen Aufgaben gewinnen bestimmte Arten von pflegerischen Hilfen größere Bedeutung: Beratung, Anleitung und Schulung zur Stärkung der Selbstpflegekompetenz oder der entsprechenden Fähigkeiten von Angehörigen („Eduktion“). Der vierte Teil des Leitfadens erklärt die Hintergründe und stellt Beispiele für entsprechende Maßnahmen und Programme vor.</p> <p>5. Fallbeispiele</p> <p>An drei Beispielfällen wird veranschaulicht, wie sich die in den vorangehenden Leitfadenkapiteln erläuterten Aspekte des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis niederschlagen können. Die Beispiele sind jeweils in einer ambulanten, vollstationären und teilstationären Pflegesituation angesiedelt.</p> <p>6. Integration in den Pflegeprozess</p> <p>Das sechste Kapitel geht Schritt für Schritt durch den Pflegeprozess und zeigt auf, welche Anpassungen sinnvoll sind. Der Darstellung liegt der vierphasige Pflegeprozess zugrunde, auf den z. B. auch das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation Bezug nimmt. Die Ausführungen können unmittelbar auch auf andere Systematiken des Pflegeprozesses übertragen werden.</p> <p>7. Management der Neuausrichtung</p> <p>Der letzte Teil enthält Anregungen, wie die Verankerung des neuen Pflegeverständnisses in einer Pflegeeinrichtung systematisch eingeleitet und unterstützt werden kann.</p>
<b>Wirksamkeit</b>	Daten oder Berichte zur Nutzung des Leitfadens liegen noch nicht vor.
<b>Finanzierung</b>	Der Leitfaden soll Pflegeeinrichtungen bei der eigenverantwortlichen Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses unterstützen.

---

<b>Mögliches Handlungsfeld</b>	Handlungsfeldübergreifend
<b>Quellen</b>	<p><a href="https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Leitfaden_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf">https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Leitfaden_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf</a></p> <p><a href="https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf">https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf</a></p> <p>Beikirch E, Nolting H-D (2020). Nicht neu, aber anders. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist noch nicht wirklich in der Praxis angekommen. Ein Leitfaden engagierter Praktiker soll endlich Abhilfe schaffen. <i>Altenpflege</i>, 11, 2020, S. 18-21.</p>

---

## 4. Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur

Zur Komplettierung der Ergebnisse zu bestehenden Angeboten bzw. Ansätzen, die ihm Rahmen der Desktop-Recherche identifiziert wurden (vgl. Kapitel 3), wurden Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur herangezogen. Hierfür wurde eine Literaturrecherche zu Interventionen zur Förderung kognitiver Ressourcen bzw. der psychosozialen Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Während der Vorbereitung der Recherche wurden zwei Reviews identifiziert, die ebenfalls anstreben, mögliche Interventionen zur Förderung von kognitiven Ressourcen (Langner *et al.* 2019) bzw. psychosozialer Gesundheit (Nordhausen *et al.* 2019) bei Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen zu identifizieren. Hintergrund ist ebenfalls die Entwicklung einer Leistung gemäß § 5 SGB XI. Die beiden Artikel liefern wichtige Anregungen in Bezug auf Definitionen und eine Taxonomie möglicher Interventionen. Weiterhin enthalten sie eine Bewertung der bis zum Jahr 2017 veröffentlichten Evidenz über die Wirksamkeit der betrachteten Interventionen. Dies soll zunächst zusammengefasst werden bevor nachfolgend die Erkenntnisse aus der für die vorliegende Expertise durchgeführten Literaturrecherche vorgestellt werden.

Ausgehend von einer Operationalisierung von „Kognition“ als „komplexe Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen (z. B. Planen und Entscheidungen treffen, Fehlerkorrektur, mentale Flexibilität), Lernen und Gedächtnis, Sprache, perzeptiv-motorische (z. B. Fähigkeiten der Wahrnehmung) und soziale Kognition (z. B. Erkennen von Emotionen)“ arbeiten **Langner *et al.* (2019)** mit folgender Definition für die zu identifizierenden Interventionen: „Maßnahmen zur Stärkung von kognitiven Ressourcen zielen [...] auf eine Steigerung von geistigen Prozessen ab – sowohl durch die Gestaltung des näheren Lebensumfeldes als auch durch die Förderung von kognitiven Kompetenzen und die Verbesserung der Lebensqualität. Es werden Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Gedächtnisleistung, Sprache und Wahrnehmung innerhalb dieser Maßnahmen angesprochen, um diese zu verbessern bzw. bestehende oder fortschreitende Einschränkungen zu verzögern.“

Langner *et al.* 2019 schließen 26 Übersichtsarbeiten sowie 43 darin zitierte Primärstudien in ihren Review ein. Sie teilen die Interventionen in neun Gruppen ein: kognitive Stimulation, kognitives Training, körperliches Training, Kunst- und Musikinterventionen, helles Licht, Multikomponenten-Stimulation, multi-sensorische Stimulation, Personalschulung sowie Reminiszenz. Zielgruppe der Interventionen sind überwiegend an Demenz erkrankte Menschen. Im Ergebnis stellen der Review für die untersuchten Interventionen fest: „Die zugrunde liegende Evidenz ist für das Setting der stationären Langzeitpflege überwiegend gering und klare Aussagen zur Wirksamkeit sind gegenwärtig kaum möglich. Dies ist in erster Linie auf die ausgeprägte Heterogenität sowie die niedrige Anzahl und eingeschränkte methodische Qualität der Primärstudien zurückzuführen.“ Somit ziehen Langner *et al.* 2019 die Schlussfolgerung: „Generell ergibt sich ein breites Spektrum von stimulierenden oder körperlich-aktivierenden Interventionen.“

Aufgrund der limitierten Evidenz sind diese jedoch eher als mögliche Ideen oder Handlungsoptionen in Hinblick auf die Stärkung kognitiver Ressourcen von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern zu betrachten.“

**Nordhausen *et al.* (2019)** widmen sich dem Thema Stärkung der psychosozialen Gesundheit. Sie legen dem Review folgende Definition psychosozialer Gesundheit zugrunde: „Psychosoziale Gesundheit bezeichnet ein komplexes Zusammenspiel zwischen der Vergangenheit bzw. den Erfahrungen einer Person und deren Interpretation bzw. beigemessener Bedeutung in der Gegenwart. Das Konstrukt der psychosozialen Gesundheit umfasst die vier fließend ineinander übergehenden Dimensionen ‘mentale, emotionale, soziale und spirituelle Gesundheit’ sowie deren Wechselwirkungen untereinander.“

Nordhausen *et al.* 2019 schließen 27 Übersichtsarbeiten in den Review ein sowie 80 relevante Primärstudien, die in den Übersichtsarbeiten zitiert werden. Sie teilen die Interventionen in neun Gruppen ein: Angehörigentraining, Dementia Care Mapping, gärtnerische Aktivität, helles Licht, kognitive Stimulation, körperliches Training, Mahlzeitengestaltung, Massage/therapeutische Berührung, Multikomponenten-Stimulation, Musiktherapie, Personalschulung, Reminiszenz, sensorische Stimulation, spezielle Körperpflege, tiergestützte Interventionen, Validation und Videokonferenz. Zielgruppe der Interventionen sind überwiegend an Demenz erkrankte Menschen. Das Ergebnis der Beurteilung der Evidenz fassen Nordhausen *et al.* (2019) wie folgt zusammen: „Die zugrundeliegende Evidenz ist überwiegend als sehr niedrig einzuschätzen und in Hinblick auf die Zielgrößen psychosozialer Gesundheit ist keine klare Aussage zur Wirksamkeit der Interventionen möglich. Die besten Hinweise für positive Effekte ergaben sich bei Reminiszenz, Interventionen zur Mahlzeitengestaltung, Musiktherapie und speziellen Personalschulungen.“ Als Fazit halten Nordhausen *et al.* (2019) fest: „Die Vielfältigkeit und Heterogenität der Interventionen machen nicht nur eine Klassifizierung, sondern auch eine Einstufung der Qualität der Evidenz schwierig. Unter der Perspektive einer Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sind die identifizierten Interventionen daher im Sinne möglicher Anregungen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu verstehen und die Umsetzung sollte wissenschaftlich prospektiv evaluiert werden.“

Ähnlich zu der Übersichtsarbeit von Nordhausen *et al.* (2019) führten auch **Richter *et al.* (2017)** und **Clarkson *et al.* (2017)** Recherchen zu psychosozialen Interventionen in der stationären Pflege durch. Die Arbeiten behandeln allerdings weniger Arten von Interventionen als Nordhausen *et al.* und betrachten die einzelnen Interventionen weniger detailliert im Vergleich zu den in Kapitel 4 vorgestellten Publikationen. Der Grundtenor ist jedoch ähnlich. Insofern wird auf eine detailliertere Auswertung verzichtet.

Die in der Literaturrecherche identifizierten Artikel werden nachfolgend vorgestellt. Der Literatur konnte keine einheitliche Taxonomie der Interventionen entnommen werden. Daher wurden – unter Berücksichtigung der von anderen



Autorinnen und Autoren verwendeten Kategorien – eigene Kategorien gebildet. Soweit möglich werden die Artikel entsprechend der in ihnen untersuchten Interventionen kategorisiert. Für eine Gruppe von Artikeln war dies allerdings nicht zielführend, da sie auf die Identifikation möglicher Interventionen zu bestimmten Problemlagen (z. B. Verhaltens- und psychische Symptome bei Demenz) abzielen. Letztere Artikel werden daher in einem eigenen Kapitel vorgestellt (vgl. Kapitel 4.8).

## 4.1 Umsetzung besonderer Pflegekonzepte

Die Recherche ergab 18 Artikel, die sich mit der Umsetzung besonderer Pflegekonzepte auseinandersetzen. Die Artikel lassen sich sechs Themen zuordnen, entlang derer sie nachfolgend vorgestellt werden: „nursing home culture change“, personenzentrierte Pflege, Validation, Einbeziehung von Bewohnerinnen und Bewohner in Entscheidungen, Schulungen für Beschäftigte zu Demenz sowie Schutz der Privatsphäre.

### 4.1.1 „Nursing Home Culture Change“

Schon seit längerem gibt es Bestrebungen, die Pflege älterer Menschen zu verbessern, indem von einer „Institutionalisierung“ abgesehen wird und ein „Leben wie zu Hause“ ermöglicht wird (vgl. auch Kapitel 3.2.1). **Levitt (2018)** beschreibt die Entwicklungen, die diese Bestrebungen widerspiegeln. Einen wichtigen Beitrag leistete Dr. Bill Thomas, der in den 1990er Jahren die „Eden Alternative“<sup>12</sup> entwickelte. Kerngedanke ist, dass ältere Menschen in einem „Habitat für Menschen“ leben sollen, nicht in einer sterilen medizinischen Institution. Ausgangspunkt ist die Theorie der Person-Zentrierung von Carl Rogers. In der ersten Einrichtung, in der die „Eden Alternative“ umgesetzt wurde, erhielten Bewohnerinnen und Bewohner die Möglichkeit in ihren Zimmern Pflanzen zu haben, es wurden Haustiere eingeführt und Besuche von bzw. Interaktionen mit Kindern ermöglicht. In einer Weiterentwicklung führte Dr. Bill Thomas das „Green House“ Modell<sup>13</sup> ein. Es baut auf den Prinzipien der „Eden Alternative“ auf und ergänzt sie durch den Umbau von Pflegeeinrichtungen zu kleineren Wohneinheiten.

Der mit der „Eden Alternative“, dem „Green House“ Modell und ähnlichen Initiativen (z. B. Wellspring<sup>14</sup>, Pioneer Network<sup>15</sup>) angestrebte Wandel erfordert ein grundsätzliches Umdenken, wie stationäre Pflege durchgeführt wird. In der englischsprachigen Literatur wird hierfür der Begriff „nursing home culture

---

<sup>12</sup> <https://www.edenalt.org/>

<sup>13</sup> <https://www.thegreenhouseproject.org/>

<sup>14</sup> <https://www.commonwealthfund.org/publications/publication/2004/aug/improving-quality-nursing-home-care-wellspring-model>

<sup>15</sup> <https://www.pioneernetwork.net>

---

change“ verwendet. Levitt (2018) erwähnt mehrere Beispiele für Pflegeeinrichtungen, die einen „culture change“-Prozess umsetzen bzw. umgesetzt haben: Sherbrooke Community Center in Saskatoon<sup>16</sup>, Leonard Florence Center for Living in Chelsea, MA, USA<sup>17</sup>, Baycrest Health Sciences<sup>18</sup>, Dementia Village in den Niederlanden<sup>19</sup> und die Stiftung Liebenau in Deutschland<sup>20</sup>.

### **Wirksamkeit von „nursing home culture change“**

Auf Basis der drei nachfolgend vorgestellten Übersichtsarbeiten kann keine klare Aussage bezüglich der Effekte von „nursing home culture change“ getroffen werden. Die Autorinnen und Autoren der Übersichtsarbeiten äußern sich von vorsichtig optimistisch bis verneinend in Bezug auf positive Effekte durch „nursing home culture change“.

**Duan *et al.* (2020)** widmen sich der Frage, inwiefern „nursing home culture change“ die Lebensqualität der Bewohnerschaft verbessert. Als Ziel von „culture change“ in der Langzeitpflege wird festgehalten: „transforming traditional nursing homes from impersonal health care institutions into genuine person-centered homes where residents’ choice, dignity, respect, selfdetermination, and purposeful living are valued, and staff members’ voices are solicited and respected“. Sie legen ihrem Review ein Modell zu Grunde, das „nursing home culture change“ als Veränderung in drei Bereichen versteht:

- ◆ „Care practices“: Berücksichtigung der Präferenzen und Förderung der Selbständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner; Angebot sinngebender Aktivitäten; personzentrierte klinische Versorgung
- ◆ „Workplace practices“: Dezentralisierung von Entscheidungen; Empowerment der Mitarbeitenden; Einsatz von Bezugspflegepersonen; interdisziplinäre Zusammenarbeit; effektive, respektvolle und nicht-hierarchische Kommunikation
- ◆ „Environment of care“: „wie zu Hause“; Unterstützung von Unabhängigkeit und Privatsphäre; Förderung von Spontaneität und Engagement

Lebensqualität operationalisieren Duan *et al.* 2020 entlang der „Social Production Function“ Theorie als bestehend aus der Gesamtwahrnehmung des Lebens, dem physischen und dem psychosozialen Wohlbefinden. Auf Basis von elf Studien mit geringer (n = 6) oder moderater (n = 5) Qualität schlussfolgern Duan *et al.* (2020), dass es einen positiven Trend gibt, der darauf hindeutet, dass „nursing home culture change“ positive Effekte auf die Lebensqualität der Bewohnerschaft hat.

---

<sup>16</sup> <https://www.sherbrookecommunitycentre.ca/>

<sup>17</sup> <https://chelseajewish.org/short-term-rehab/leonard-florence-center-for-living-chelsea/>

<sup>18</sup> <https://www.baycrest.org/>

<sup>19</sup> <https://hogeweyk.dementiavillage.com/>

<sup>20</sup> <https://www.stiftung-liebenau.de/pflege-und-lebensraeume>

---

Die besten Hinweise aus den Studien mit moderater Qualität ergeben sich in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Pflege und die Lebenszufriedenheit allgemein sowie in Bezug auf die Selbständigkeit.

Auch **Tyler und Lepore (2017)** beschreiben „nursing home culture change“ als Veränderung in drei Bereichen, welche denen in Duan *et al.* (2020) ähnlich sind. Unter „Veränderungen der baulichen Gestaltung“ nennt der Artikel als Beispiele Fußgängerwege, Terrassen und Gärten (Außenumgebung) sowie Schreibtische statt Schwesternstationen („nurses‘ stations“), Gemeinschaftsräume und persönliche Briefkästen für die Bewohnerschaft, Stofftischdecken für die Esstische, kleine Küchen in den Wohnbereichen, farbliche Gestaltung der Räume entsprechend individueller Bewohnerpräferenzen, Pager für die Beschäftigten anstelle eines Lautsprechersystems in der Einrichtung (Innenumgebung). Im zweiten Bereich – „resident-centered care“ – steht im Vordergrund, Bewohnerinnen und Bewohnern Entscheidungsmöglichkeiten zu geben, sie in Entscheidungen einzubeziehen und ihre individuellen Bedarfe und Präferenzen zu berücksichtigen. Dies setzt entsprechende Normen und Werte für das Handeln der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen voraus. Der dritte Bereich betrifft das Empowerment der Beschäftigten, insbesondere von weniger qualifizierten Personen. Das Empowerment beinhaltet typischerweise die erweiterte Einbindung in Entscheidungen und größere Eigenständigkeit. Konkrete Beispiele für Empowerment sind die gegenseitige Abstimmung unter Beschäftigten zu ihren Dienstplänen, Training in angrenzenden Bereichen zur Haupttätigkeit, Planung von gemeinschaftlichen Veranstaltungen, Mitwirkung bei der Qualitätsentwicklung, Einbindung bei Änderungen im Pflegeplan einer Bewohnerin oder eines Bewohners, Anerkennung für Weiterbildungen, Mitsprache bei der Auswahl der Bewohnerinnen und Bewohner, für die ein Mitarbeitender zuständig ist.

Bezüglich der Effekte von „nursing home culture change“ schlussfolgern Tyler und Lepore (2017): „Conclusive evidence regarding the impact of nursing homes implementing specific culture change practices or a comprehensive array of culture change practices on resident outcomes and quality of life remains needed, but numerous benefits of culture change are apparent in the literature.“ Auch weisen sie explizit darauf hin, dass nur wenige Studien negative Effekte im Zuge von „nursing home culture change“ berichten.

Der Umsetzung von „nursing home culture change“ stehen laut Tyler und Lepore (2017) mehrere hemmende Faktoren entgegen, nicht zuletzt die Tatsache, dass es sich um eine „Philosophie“ handelt, deren Umsetzung viele größere und kleinere Änderungen erfordert. Um Widerständen gegen „nursing home culture change“ zu begegnen, empfehlen sie auf eine gute Kommunikation (insbesondere überzeugende Vermittlung der Gründe für Veränderungen und Berücksichtigung von Rückmeldungen der Mitarbeitenden), die Schulung der Beschäftigten (sowohl zu Beginn der Beschäftigung als auch fortlaufend) und Rückhalt durch Führungskräfte (insbesondere durch Offenheit gegenüber Mitarbeitenden, Vertreten der neuen Normen und Werte und Zulassen des Empowerments der Beschäftigten) zu achten.

---

**Gray und Farrah (2019)** untersuchen die klinische Effektivität, das Kosten-Nutzenverhältnis und Leitlinien für „homelike models“ in der Pflege. Unter „homelike models“ werden dabei z. B. die „Eden Alternative“, das „Green House“ Modell, das „Butterfly“ Modell<sup>21</sup> und andere Konzepte mit niedriger Bewohnerdichte verstanden. Als Outcomes, aus denen sie auf die klinische Effektivität schließen, betrachten die eingeschlossenen elf Studien Depression, affektiver Zustand, Lebensqualität, Teilhabe und Kommunikation, funktioneller Status und Aktivitäten des täglichen Lebens, kognitive Fähigkeiten, neuropsychiatrische Auffälligkeiten oder Schwere von Demenz. In Bezug auf Depression und affektiver Zustand berichten die eingeschlossenen Studien keine Unterschiede zwischen „homelike models“ und traditionellen Einrichtungen. Für die übrigen Outcomes berichten jeweils ein Teil der Studien über positive Effekte in „homelike models“; überwiegend berichten sie über keinen Unterschied zwischen „homelike models“ und traditionellen Einrichtungen. Gray und Farrah (2019) weisen darauf hin, dass die Ergebnisse mit großer Unsicherheit behaftet sind, da die vorliegende Evidenz inkonsistent ist, randomisierte Studien fehlen und die angewendeten Interventionen stark variieren. In Bezug auf Kosten-Nutzenverhältnis und Leitlinien identifizierten die sie keine relevanten Studien.

#### **Instrumente zur Messung von „nursing home culture change“**

**Sturdevant *et al.* (2018)** stellen Literatur zu Instrumenten zusammen, die „nursing home culture change“ messen. Sie identifizieren und bewerten zehn Instrumente:

- ◆ Artifacts of Culture Change Tool (ACCT)
- ◆ Commonwealth Fund Survey (CFS)
- ◆ Components of NHCC Survey (CNHCCS)
- ◆ Culture Change Assessment Tool (CCAT)
- ◆ Culture Change Indicator Survey (CCIS)
- ◆ Culture Change Staging Tool (CCST)
- ◆ Culture Change Scale (CCS)
- ◆ Kansas Culture Change Instrument (KCCI)
- ◆ Long-Term Care Improvement Guide Self-Assessment Tool (LTCIGSAT)
- ◆ Person-Directed Care (PDC)

Um zu beurteilen, wie umfänglich die Instrumente Aspekte des „nursing home culture change“ abdecken, nehmen die Autorinnen und Autoren einen Vergleich gegen sechs Aspekte vor, die eine Expertengruppe des Commonwealth Fund herausgearbeitet hatte (Colorado Foundation for Medical Care, 2006):

- ◆ resident-directed care and activities;

---

<sup>21</sup> <https://meaningfulcarematters.com/>

---

- ◆ home environment;
- ◆ relationships with staff, family, residents, and community;
- ◆ staff empowerment;
- ◆ collaborative and decentralized management; and
- ◆ measurement-based, comprehensive quality improvement processes.

Im Ergebnis stellen sie fest, dass fünf der zehn Instrumente (CFS, CCAT, KCCI, LTCIGSAT, PDC) alle sechs Aspekte behandeln, wobei sie unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Zu den psychometrischen Eigenschaften liegen nur für einen Teil der Instrumente Informationen vor. Das KCCI ist hierzu am besten untersucht und erhält gute Bewertungen. Sturdevant *et al.* (2018) schlussfolgern: „The results of the current systematic review suggest two instruments, the KCCI and ACCT, met reasonable criteria to measure implementation of NHCC. The KCCI is the most comprehensive and psychometrically robust of instruments included in the review, as it included all six components of NHCC. [...] The ACCT is the most widely used instrument, as it is promoted by the Pioneer Network to evaluate the progress of NHCC in U.S. nursing homes.“

#### 4.1.2 Personzentrierte Pflege

In den 1990er Jahren entwickelte der Sozialpsychologe und Psychogerontologe Thomas Kitwood das Konzept der personzentrierten Pflege (person-centred care) für Menschen mit Demenz. Ausgehend von der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers definierte er „personhood“ als „a standing or status that is bestowed upon one human being, by others, it implies recognition, respect and trust“ (Mitchell & Agnelli 2015). Durch Anerkennung, Respekt und Vertrauen wird eine Person gestärkt und damit ihr Wohlbefinden gesteigert. Verhaltensweisen, die dies bewirken nannte Kitwood „positive person work“. Dem stellte er „malignant social psychology“ gegenüber – Verhaltensweisen die (häufig unbewusst) das Wohlbefinden einer Person untergraben. Weiterhin arbeitete Kitwood grundlegende psychologische Bedarfe heraus, die alle Menschen haben:

- ◆ Comfort: das Gefühl, anderen vertrauen zu können
- ◆ Attachment: Sicherheit, Vertrautheit auch in ungewöhnlichen Situationen
- ◆ Inclusion: Teilhabe am Leben anderer
- ◆ Occupation: Teilhabe am normalen Leben
- ◆ Identity: Anerkennung der Einzigartigkeit jeder Person

Diese Bedarfe sind laut Kitwoods Theorie für an Demenz erkrankte Menschen besonders relevant, da sie mit Fortschreiten der Krankheiten zunehmend auf andere Menschen angewiesen sind, um diese Bedarfe zu erfüllen (ebd.).

Die Theorie von Kitwood bildet die Grundlage für weitere Theorien zu personzentrierter Pflege bzw. Ansätze zur deren Umsetzung wie z. B. das „VIPS

---

model“ (Values, Individuals, Perspective, Social) von Brooker & Latham (2015)<sup>22</sup>, das „Senses Framework“ von Nolan *et al.* (2006), das „person-centred nursing framework“ von McCormack & McCance (2006), „Dementia Care Mapping“ der Bradford Dementia Group (1997)<sup>23</sup> und die „treatment routines for exploring agitation (TREA)“ von Cohen-Mansfield *et al.* (2012). Es gibt auch eine Reihe von Instrumenten, die den Grad der Umsetzung von personenzentrierter Pflege messen. De Silva (2014) stellte eine Übersicht der Instrumente zusammen. Beispiel sind das „Short Observation Framework for Inspection, version 2“ (SOFI 2)<sup>24</sup> der Bradford Dementia Group (2008) und das „Person-Centered Environment and Care Assessment Tool“ (PCECAT) von Burke *et al.* (2016).

### **Wirksamkeit personenzentrierter Pflege**

Wie die nachfolgend vorgestellten Übersichtsarbeiten zeigen, liegt zunehmend Evidenz für positive Effekte von personenzentrierter Pflege vor.

**Chenoweth *et al.* (2019)** stellen Evidenz zusammen für die Wirksamkeit von personenzentrierter Pflege für an Demenz erkrankte Menschen, wenn diese auf organisationaler Ebene umgesetzt wird. Eine Umsetzung von personenzentrierter Pflege auf organisationaler Ebene wird anhand der vier Aspekte des VIPS Ansatzes beurteilt, wobei die eingeschlossenen Studien nicht unbedingt dem konkreten „VIPS model“ (s. o.) folgen:

- ◆ **Values:** Wertschätzung für Bewohnerschaft und Beschäftigte.
- ◆ **Individuals:** Menschen werden als Individuen behandelt.
- ◆ **Perspective:** Die Perspektive der an Demenz erkrankten Menschen wird eingenommen.
- ◆ **Social:** Alle menschlichen Beziehungen finden Beachtung, einschließlich der Beziehungen zwischen Bewohnerinnen/Bewohner und Beschäftigten.

Chenoweth *et al.* (2019) beschreiben die Aspekte in weiterem Detail. Dabei fällt auf, dass es im Zusammenspiel der vier Aspekte des VIPS Modells relativ große Überschneidungen mit den in Kapitel 4.1.1 erwähnten Bereichen von „nursing home culture change“ gibt. Zusätzlich wird das „Person-Centered Environment and Care Assessment Tool“ (PCECAT, s. o.) zur Identifikation relevanter Studien verwendet.

Chenoweth *et al.* (2019) identifizieren 12 Studien, die verschiedene Outcomes betrachten: neuropsychiatrische Symptome (n = 6), Agitation (n = 8), Depression (n = 6), Wohlbefinden (n = 6) und Lebensqualität (n = 7). Die Qualität der Studien in Bezug auf Design und Methoden wird als moderat bis hoch eingeschätzt; das Risiko für Verzerrungen überwiegend als niedrig. Die Ergebnisse zeigen eine

---

<sup>22</sup> <https://www.carefitforvips.co.uk/>

<sup>23</sup> <https://www.bradford.ac.uk/dementia/dcm/>

<sup>24</sup> <https://www.bradford.ac.uk/dementia/training/sofi/>

---

signifikante Verbesserung der Lebensqualität und nicht-signifikante Verbesserungen neuropsychiatrischer Symptome und des Wohlbefindens. Es zeigt sich keine Evidenz für eine Verringerung von Agitation oder Depression. Chenoweth *et al.* (2019) schlussfolgern: „The evidence from this review recommends implementation of person-centered care at the organizational-level to support the quality of life of people with living with dementia.“

**Kim & Park (2017)** tragen ebenfalls Evidenz für die Wirksamkeit personenzentrierter Pflege bei an Demenz erkrankten Personen zusammen. Sie schließen zwei Gruppen von Studien ein: Studien, die einzelne auf personenzentrierter Pflege beruhende Interventionen betrachten (n = 8) und Studien, die Schulungen in personenzentrierter Pflege für Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen untersuchen (n = 11). Die eingeschlossenen Studien haben Agitation (n = 15), neuropsychiatrische Symptome (n = 6), Lebensqualität (n = 8) und Depression (n = 3) als Outcomes. Die Qualität der Studien wird als gering bis moderat bewertet. Meta-Analysen zeigen eine Reduktion von Agitation, neuropsychiatrischen Symptomen und Depression sowie eine Verbesserung der Lebenswelt bei Anwendung von personenzentrierter Pflege.

**Terkelsen *et al.* (2019)** stellen eine Übersicht zu den bisherigen Erfahrungen mit der Anwendung der Theorie der personenzentrierten Pflege von Kitwood vor. Sie gruppieren die Ergebnisse aus 19 eingeschlossenen Studien entlang der Themen: Bewertungen der Theorie von Kitwood, Modelle und Ansätze zur Umsetzung der Theorie von Kitwood, Effekte von Interventionen der personenzentrierten Pflege, Effekte von Kommunikation auf Basis der Theorie von Kitwood, Dementia Care Mapping sowie Gestaltung der Umgebung. Im Ergebnis halten sie fest: „The results showed an overall tendency towards positive experiences gained from applying person-centred approaches in clinical practice influenced by Kitwood’s theoretical framework.“

### **Wirksamkeit von Schulungen zu personenzentrierter Pflege**

**Blake *et al.* (2019)** betrachten die Effekte von Schulungen für professionell Pflegenden zur Umsetzung von personenzentrierter Pflege. Kontext ist die Pflege und Betreuung an Demenz erkrankter Personen in stationären Einrichtungen der Akut- oder Langzeitversorgung. Als Outcome betrachten sie, inwiefern die geschulten Personen Prinzipien der personenzentrierten Pflege vermehrt anwenden. Sie identifizieren 33 Studien, von denen 18 eine niedrige, 13 eine moderate und 2 eine hohe Qualität haben. Die in den Studien durchgeführten Schulungen kategorisieren Blake *et al.* (2019) als: (1) Schulung zur Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen auf Basis von Erinnerungsbüchern (n = 10), (2) Schulung von Strategien zur Bewältigung emotionaler Belastungen in der Pflege an Demenz erkrankter Menschen (n = 2), (3) Schulung in personenzentrierter Pflege durch Dementia Care Mapping (n = 4), (4) Schulung zu Aktivitäten, die die Stärken und Fähigkeiten an Demenz erkrankter Menschen fördern (n = 2), (5) Schulung zu sensorischen Verfahren (n = 2), (6) Schulung zur Wahrung des Gefühls von Integrität bei an Demenz erkrankten Personen (n = 1), (7) Systemische

---

Interventionen für ganze Einrichtungen (n = 2) und (8) andere Interventionen (n = 3).

Im Ergebnis halten Blake *et al.* (2019) fest, dass für jede der Schulungen mit Ausnahme von (6) und einer der „anderen Interventionen“ zumindest etwas Evidenz für ihre Wirksamkeit in Bezug auf die vermehrte Umsetzung von personenzentrierter Pflege durch die geschulten Personen vorliegt. Sie schlussfolgern: „This review has revealed a diverse range of PCC interventions and showed some evidence to support their effectiveness. However, a lack of strong quality evidence prevented more confident conclusions from being reached about which interventions are most effective. Further high-quality studies of PCC interventions, which use RCT designs, are clear about the blinding of outcome assessors and use standardized measures of staff PCC behaviour to assess the impact of the intervention on staff PCC behaviour, are required.“

**Barbosa *et al.* (2017)** bewerten die Evidenz zur Wirksamkeit von Dementia Care Mapping (DCM) als einem Ansatz, personenzentrierte Pflege in der Praxis einzuführen. DCM wurde von der Bradford Dementia Group (s. o.) entwickelt. Es umfasst fünf Schritte: Vorbereitung, Beobachtung, Analyse, Feedback und Maßnahmenplanung. Ein oder zwei in DCM-geschulte Personen beobachten im Verlauf eines typischen Tages die Abläufe in einem öffentlichen Raum einer Pflegeeinrichtung (z. B. Gemeinschaftsraum oder Speisesaal). Sie kodieren die Beobachtungen nach einem vorgegebenen Schema und werten sie aus. Daraufhin geben sie den Beschäftigten Feedback und entwickeln mit ihnen Maßnahmen zur Verbesserung der Person-Zentrierung der Handlungen der Beschäftigten. Der DCM-Zyklus wird alle vier bis zwölf Monate wiederholt.

Barbosa *et al.* (2017) schließen sechs Studien in den Review ein, die DCM als Intervention im Kontext stationärer Pflege von an Demenz erkrankten Menschen verwenden. Als Outcomes untersuchen die Studien in Bezug auf die Bewohnerinnen und Bewohner Agitation (n = 3), neuropsychiatrische Symptome (n = 4), Lebensqualität (n = 4), Depression (n = 1), Verabreichung von Psychopharmaka, Stürze und Krankenhauseinweisungen (n = 2). In Bezug auf die Beschäftigten untersuchen die Studien die Outcomes Stress und Burnout (n = 2) oder Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (n = 1). Die Ergebnisse legen nahe, dass DCM die Verabreichung von Psychopharmaka, Stürze und Krankenhauseinweisungen verringern kann. Weiterhin zeigt jeweils mindestens eine Studie mit hoher Qualität positive Effekte von DCM auf Agitation, neuropsychiatrische Symptome und Lebensqualität.

Zu den Bewohner-Outcomes ziehen Barbosa *et al.* (2017) das Fazit: „These are promising early results that indicate the consciousness-raising impact of this intervention and suggest that Dementia Care Mapping can make a difference to the quality of care and hold benefits for people with dementia. Yet, further research to confirm and extend this evidence is needed.“ Die Ergebnisse in Bezug auf die Beschäftigten bewerten sie wie folgt: „This finding is encouraging and highlights that Dementia Care Mapping as an intervention can offer a better

---



preparation for the challenging task of providing dementia care, enabling staff to become more at ease with their role, and with less personal impact on themselves. It also suggests that by taking part in Dementia Care Mapping, care workers are able to see the direct effect of their practices on those in their care, and could take positive actions. These changes in work practices are indicative of the consciousness-raising impact of this intervention. Still, studies assessing staff outcomes are still erratic and further research is needed.“

#### 4.1.3 Validation

**Sanchez-Martinez et al. (2021)** tragen Evidenz zur Wirksamkeit der Methode der Validation zusammen. Validation wurde von Naomi Feil in den 1960er Jahren entwickelt. Ausgehend von einer wertschätzenden Haltung, die die Wahrnehmungen und Gefühle an Demenz erkrankter Menschen akzeptiert, ist Validation eine Methode der Kommunikation von pflegenden Personen mit an Demenz erkrankten Menschen. Verbale und non-verbale Techniken werden eingesetzt, um an Demenz erkrankte Menschen in ihrer jeweiligen Situation zu verstehen und auf sie eingehen zu können. Durch den Aufbau enger, vertrauensvoller Verhältnisse zwischen pflegenden und an Demenz erkrankten Menschen, sollen letzteren Wertschätzung, Anerkennung und Authentizität entgegengebracht werden. In diesem Bestreben ähnelt Validation dem Ansatz der personzentrierten Pflege.

Sanchez-Martinez et al. (2021) schließen 14 Studien in den Review ein. Es erfolgt keine Bewertung der Qualität der Studien. Die betrachteten Outcomes sind u. a. Stresslevel der pflegenden Personen, Arbeitsklima, Zufriedenheit mit Beziehungen und Kommunikation, Dauer von Unterhaltungen und herausforderndes Verhalten. Im Ergebnis halten die sie fest, dass alle eingeschlossenen Studien positive Effekte von Validation zeigen. Allerdings führen sie keine Kategorisierung der Outcomes durch, sodass schwer abschätzbar ist, welche Evidenz für welche Outcomes vorliegt. Als Schlussfolgerung führen sie auf: „The results of the analysed studies report that the VM [validation method] can be an effective tool that facilitates communication and interaction in care, reducing levels of stress and job dissatisfaction among care professionals. The VM facilitates communication between professionals and older people with dementia, and improves the management of complex situations that may arise in care, directly influencing a reduction in work stress and increasing job satisfaction.“

#### 4.1.4 Einbeziehung der Bewohnerschaft in Entscheidungen

**Lepore et al. (2018)** führten einen Scoping Review zu „person-directed care planning“ (PDCP) durch. Hintergrund sind regulatorische Anforderungen in den USA bei der Erstellung des Pflegeplans, die betroffene Person und ggf. ihre Angehörigen aktiv zu beteiligen. PDCP wird als Chance gesehen, den traditionell von Einrichtungen getriebenen Prozess aus Datenerhebung, Assessment und Pflegeplanung zu einem von Bewohnerschaft und Angehörigen getriebenen Prozess

---

zu verwandeln und dadurch das Verhältnis zwischen professionell Pflegenden, den gepflegten Personen und ihren Angehörigen grundsätzlich neu zu gestalten.

Lepore *et al.* (2018) identifizieren fünf Themen, die sie wie folgt beschreiben:

- ◆ The concept of PDCP: The concept of PDCP is informed by several disciplines, including humanist philosophy, disability rights, mental/behavioral health care, dementia care, end-of-life care and rehabilitation, including occupational, physical and pediatric rehabilitation.
- ◆ Essential elements of PDCP: Essential elements of PDCP include knowing the person, integrating the person's goals in care planning and iteratively revising care plans as the individual's needs and preferences change.
- ◆ Barriers and challenges to PDCP: Barriers and challenges to PDCP include the difficulty of changing active processes, limited time available for care planning activities, and lack of awareness among staff of the value of PDCP or how to implement PDCP
- ◆ Facilitators of PDCP: Facilitators of PDCP include regulatory mandates and consensus statements, humanist social trends, and organizational and interpersonal factors
- ◆ Outcomes of PDCP: Outcomes of PDCP are inconsistently assessed but commonly favorable.

**Daly *et al.* (2017)** untersuchen die Einbeziehung von an Demenz erkrankten Menschen in Entscheidungen zu ihrer Versorgung durch professionell Pflegende („shared decision making“). Sie schließen 19 Studien mit mittlerer bis hoher Qualität ein. Daly *et al.* (2017) stellen fest, dass es kein gemeinsames Verständnis gibt, was „shared decision making“ beinhaltet und wie es für an Demenz erkrankte Menschen umgesetzt werden kann. Gleichzeitig berichten sie, dass an Demenz erkrankte Menschen die Möglichkeit schätzen, an Entscheidungen mitzuwirken und dass eine solche Mitwirkung das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität erhöhen kann. In vier eingeschlossenen Studien verwendete Instrumente zur Unterstützung der Entscheidungsfindung (z. B. Karten mit Bildern, die sortiert bzw. ausgewählt werden) sehen Daly *et al.* (2017) eher skeptisch, da sie zwar die eigentliche Entscheidungsfindung unterstützen, es jedoch den pflegenden Personen obliegt, das Thema für eine Entscheidung zu bestimmen. Auch seien die Kosten einer alltäglichen Anwendung der Instrumente nicht ausreichend untersucht. Sie schlussfolgern: „Evidence suggests that people living with cognitive impairment value opportunities to be involved in everyday decision-making about their care. How these opportunities are created, understood, supported and sustained in extended care settings remains to be determined.“

#### **4.1.5 Schulungen für Beschäftigte zu Demenz**

Vier Übersichtsarbeiten beschäftigen sich mit Schulungen für Beschäftigte zu Demenz. Zwei davon betrachten die Wirksamkeit solcher Schulungen und kommen

---

zu dem Schluss, dass wenn überhaupt kurzfristige Verbesserungen erreicht werden. Die beiden weiteren Übersichtsarbeiten beschäftigen sich mit den Inhalten von Schulungen.

### **Wirksamkeit von Schulungen für Beschäftigte zu Demenz**

In ihrer Übersichtsarbeit untersuchen **Rapaport et al. (2017)** inwiefern Schulungen für Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen zu nachhaltigen Verbesserungen für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz führen. Sie identifizieren 49 relevante Studien; 27 davon qualitativ, 22 quantitativ, wobei jeweils sechs der Studien eine gute Qualität aufweisen.

Die sechs quantitativen Studien mit guter Qualität untersuchen ein individuelles Training zu Demenz, Dementia Care Mapping (4 Veröffentlichung zu zwei RCTs) und ein Training zur Vermeidung des Einsatzes von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Die Ergebnisse zeigen, dass zwar in einigen der Studien kurzfristige Verbesserungen, z. B. in Bezug auf aggressives Verhalten oder Agitation, erreicht wurden, diese aber nicht nachhaltig waren. Die Studien mit niedrigerer Qualität zeigen ähnliche Ergebnisse.

Anhand der qualitativen Studien identifizieren Rapaport *et al.* (2017) eine Reihe förderlicher und hemmender Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung von Schulungen für Beschäftigte. Förderlich wirkt sich ein Fokus in Schulungen auf Interaktions- und Kommunikationstechniken aus sowie auf die Förderung des Verständnisses der Beschäftigten für die Bewohnerschaft. Weiterhin sollte den Beschäftigten die Möglichkeit gegeben werden, ihr eigenes Handeln zu reflektieren. Hemmend wirken sich individuelle Faktoren (z. B. Frustration mit der Arbeit, Zweifel an den eigenen Fähigkeiten), soziale bzw. Team-Faktoren (z. B. mangelnde Zusammenarbeit zwischen Teams, Hemmungen Kollegen auf Verbesserungsmöglichkeiten hinzuweisen) und organisationale Faktoren (z. B. Zeit- und Personalmangel, zu viele parallele Veränderungen) aus. Diesen Hürden kann u. a. durch Darstellung der Vorteile von Veränderungen, Möglichkeiten der Reflexion und Adaptation, Einbindung aller Beschäftigten, Vor-Ort-Unterstützung und Rückhalt durch das Management begegnet werden.

Als Schlussfolgerungen für die Praxis halten Rapaport *et al.* (2017) fest: „Sustaining effects of psychosocial interventions in realworld care home environments after research teams move on is challenging and rarely accomplished.“

**Bauer et al. (2018)** berichten ebenfalls über die Effekte von Schulungen für Beschäftigte auf die funktionalen Fähigkeiten und die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen, die an Demenz erkrankt sind. Sie schließen 32 Studien in den Review ein. Die Studien untersuchen sehr unterschiedliche Arten von Schulungen, wobei die meisten sowohl theoretische Wissensvermittlung als auch praktische Anwendung umfassen. Als Outcomes werden im Review Informationen zu Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens, Verhaltens- und psychischen Symptomen sowie Lebensqualität bezogen auf die Bewohnerschaft zusammengetragen. Bauer *et al.* (2018) fassen

---

das Ergebnis des Reviews wie folgt zusammen: „Education interventions demonstrated modest, at best, improvements in the ability of people with dementia to engage in activities of daily living. The impact of nurse education on residents’ agitation, anxiety, mood and quality of life was limited, and inconsistent. The review supported previous findings that programs with greater success include multi-faceted components (e. g. hands-on support, train-the-trainer, ongoing auditing) in conjunction with didactic teaching.“ Sie weisen darauf hin, dass die Qualität der derzeit vorliegenden Forschung gering ist.

### **Inhalte von Schulungen für Beschäftigte zu Demenz**

**Riesch *et al.* (2017)** überprüfen, inwiefern Schulungen zu Demenz für Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen den Empfehlungen der Alzheimer Gesellschaft und dem National Institute for Health and Care Excellence (NICE) entsprechen. Ferner bereiten sie Erkenntnisse über die Effekte von Schulungen auf. Sie identifizieren 18 relevante Studien. Es liegt keine Qualitätsbewertung vor.

Laut den Empfehlungen sollen Schulungen folgende Themen behandeln:

- ◆ Personenzentrierte Pflege
- ◆ Palliativversorgung
- ◆ Kommunikation mit an Demenz erkrankten Personen und ihren Angehörigen
- ◆ Rollen und Aufgaben von Personen, die an der Versorgung Demenz erkrankter Menschen beteiligt sind
- ◆ Informationen zum Umgang mit Gewalt in der Pflege
- ◆ Informationen über Demenz (z. T. Arten der Demenz, Verlauf, Prognose, Symptome)
- ◆ Techniken zum Umgang mit Verhaltens- und psychischen Symptomen
- ◆ Wissen über Familiendynamiken
- ◆ Information zu bestimmten pflegefachlichen Themen (z. B. Essen, Trinken, Schmerz, soziale Kontakte, Stürze)
- ◆ Informationen zur medikamentösen Behandlung von Demenz (z. B. Medikamentengabe, Monitoring der Wirkung)

Im Ergebnis stellen die Riesch *et al.* (2017) fest, dass keine der Schulungen in den eingeschlossenen Studien alle empfohlenen Themen abdeckt. Mit sechs der zehn Themen deckt die Studie von Pellfolk *et al.* (2010) die meisten Themen ab; Beer *et al.* (2011), Board *et al.* (2012) und Monette *et al.* (2008) decken jeweils fünf der zehn Themen ab. Sechs eingeschlossene Studien decken jeweils nur eins der Themen ab.

Als Outcomes der Schulungen betrachten die Studien überwiegend Effekte auf Wissen, Kompetenzen und Zufriedenheit der Teilnehmer an den Schulungen und

---

stellen i. d. R. positive Effekte fest. Zum Teil erwähnen sie auch Effekte auf die Bewohnerschaft; hier berichten einige Studien von positiven Effekten, andere sehen keine Veränderungen. Als Schlussfolgerung präsentieren Riesch *et al.* (2017) einen Vorschlag für die wichtigsten Charakteristika einer erfolgreichen Schulung zu Demenz, wobei unklar bleibt wie dieser Vorschlag aus den Ergebnissen des Reviews abgeleitet wurde.

**Moehead *et al.* (2020)** führen einen integrativen systematischen Review durch, um Kriterien zu entwickeln, die erfolgreiche Web-basierte Schulungen zu Demenz für Beschäftigte im Gesundheitswesen auszeichnen. Weiterhin vergleichen sie, inwiefern eine in ihrem Auftrag entwickelte Web-basierte Schulung (Dementia Care Competency and Training Network, DCC&TN) den identifizierten Kriterien entspricht. In den Review werden 46 Studien einbezogen. Das Ergebnis der Qualitätsbewertung der Studien wird nicht beschrieben.

Als Synthese aus den eingeschlossenen Studien identifizieren Moehead *et al.* (2020) 14 Kriterien, die eine effektive Web-basierte Schulung charakterisieren: „self-directed and self-paced, individualized and based on learner’s profile and background, interactive, multimodal, flexible, accessible, consistency of information, repetition, and reinforcement, cost-effective and good value for investment both for learner and system, measures using questionnaires, feedback, and surveys of satisfaction, provides equitable engagement, facilitated, access to instructor, or mentored, nurtures critical thinking and reflection, establishment of a learning community, ability for translation into practice.“

In Bezug auf das DCC&TN ermitteln Moehead *et al.* (2020), dass die identifizierten Kriterien erfüllt werden.

Zur Beurteilung des Erfolgs einer Schulung verweisen mehrere der eingeschlossenen Studien auf das Modell von Kirkpatrick & Kirkpatrick (2006)<sup>25</sup>. Das Modell sieht vor vier Ebenen zu beurteilen:

- ◆ Reaktion, z. B. Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Schulung, Einschätzung der Relevanz der Schulung durch die Teilnehmer
- ◆ Lernen, z. B. Teilnehmer erlangen neues Wissen, Kompetenzen, Vertrauen in ihre Fähigkeiten oder eine neue Haltung
- ◆ Verhalten, z. B. Ausmaß in dem Teilnehmer ihr Verhalten ändern
- ◆ Ergebnisse, z. B. Veränderungen in der Qualität der Pflege

Moehead *et al.* (2020) stellen fest, dass nur wenige der eingeschlossenen Studien über den Erfolg der untersuchten Schulungen berichten. Wenn über den Erfolg berichtet wird, erfolgt dies meist auf den Ebenen „Reaktion“ oder „Lernen“. In Bezug auf solche Outcomes werden i. d. R. positive Effekte berichtet. Nur wenige

---

<sup>25</sup> <https://www.kirkpatrickpartners.com/Our-Philosophy/The-Kirkpatrick-Model>

---

Studien berichten, inwiefern das Erlernete in der Praxis Anwendung findet und zu Ergebnissen führt.

#### 4.1.6 Schutz der Privatsphäre

Der Review von **Green et al. (2018)** berichtet über Gute Praxis bei der Wahrung der Privatsphäre von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen. Der Schutz der Privatsphäre gehört zu den Menschenrechten und gewinnt vor dem Hintergrund des zunehmenden Bewusstseins für die Wahrung der Menschenrechte in stationären Pflegeeinrichtungen an Bedeutung.

Zunächst stellen Green et al. (2018) fest, dass es keine einheitliche Definition für den Schutz der Privatsphäre gibt. Für Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen gehen viele der eingeschlossenen Artikel grundsätzlich davon aus, dass „having control and choice over one’s personal and exclusive space, including the body, personal belongings, bed and bathrooms, personal data, food, as well as time and relationships“ gemeint ist. Dieses grundsätzliche Verständnis wird häufig erweitert um Aspekte wie z. B. Selbständigkeit, individuelle Präferenzen, Eigentum und Respekt.

Die Beispiele Guter Praxis strukturieren Green et al. (2018) entlang der drei Themen „ownership of private physical spaces“, „private choices and personal preferences and leaving residents in control“ und „keeping personal information private“. Gute Praxis in Bezug auf Thema 1 bedeutet u. a.: Einzelzimmer mit eigenem Bad und einem separaten Zimmer (für den Empfang von Besuchern) neben dem Schlafzimmer; eigene Möbel und Dekorationen für das Zimmer; verschließbare Zimmertüren und/oder ein Schließfach für persönliche Gegenstände; Kontrolle über die Einstellung der Heizung und Ventilation; Vorhänge oder Abschirmungen gegen Blicke von außen.

Die Beispiele Guter Praxis zu dem zweiten Thema betreffen zum einen Entscheidungen, Präferenzen und Kontrolle im privaten Bereich. Hierzu gehören: die Entscheidung sich aus einem öffentlichen in den privaten Bereich zu begeben; die Wahl der Personen, mit denen man sich privat trifft; die Möglichkeit Hausarbeiten durchzuführen und sich um sich selbst zu kümmern; Entscheidungen über die Einladung von Besuch; die Wahl im eigenen Zimmer zu beten oder religiösen Aktivitäten nachzugehen; das Klopfen an der Zimmertür vor dem Eintreten; die Möglichkeit die Tür abzuschließen; Regeln, wann Beschäftigte das Zimmer von Bewohnerinnen und Bewohnern betreten bzw. aufschließen dürfen. Zum anderen gehören zu dem zweiten Thema Entscheidungen, Präferenzen und Kontrolle in öffentlichen Bereichen, wie z. B. die Wahl was, wann und wo eine Person isst; Rückzugsmöglichkeiten für Angehörige von Personen in der Sterbephase; Außenbereiche (Terrasse, Garten), die Bewohnerinnen und Bewohner selbständig aufsuchen können.

Zu dem dritten Thema – Schutz persönlicher Informationen – fanden die Green et al. (2018) nur wenige Studien. Diese weisen darauf hin, dass Familienangelegenheiten nicht vor anderen Personen besprochen werden sollten,

dass persönliche Angelegenheiten nicht diskutiert werden sollten und dass Briefe nicht vor anderen vorgelesen werden sollten.

Abschließend zeigen Green *et al.* (2018) auf, dass der Schutz der Privatsphäre zu vermehrten Gefahren für die Bewohnerschaft führen kann und sich hieraus Herausforderungen für Pflegeeinrichtungen ergeben. Sie zitieren eine Studie, die die Einwilligung an Demenz erkrankter Menschen in sexuelle Aktivität untersuchte. Weiterhin weisen sie auf zwei Studien hin, die die Nutzung von Überwachungsmethoden (Kameras, Geräte zur Messung von Vitalparametern) untersuchten.

## 4.2 Kognitive Verfahren

Es wurden 13 Übersichtsarbeiten – alles systematische Reviews – zu kognitiven Verfahren eingeschlossen. Gemäß diesen Quellen lassen sich die kognitiven Verfahren weiter unterteilen, wobei diese Unterteilung weitgehend derjenigen entspricht, die sich bereits anhand der medizinischen Leitlinien nachvollziehen ließ (vgl. Kapitel 3.3):

- ◆ Kognitives Training (*cognitive training*)
- ◆ Kognitive Rehabilitation (*cognitive rehabilitation*)
- ◆ Kognitive Stimulation (*cognitive stimulation*)
- ◆ Reminiszenz-Verfahren (*reminiscence interventions*)

Die vier Gruppen von Verfahren werden in der Folge detaillierter vorgestellt.

### 4.2.1 Kognitives Training

Diese Gruppe von Interventionen umfasst angeleitete Trainings mit strukturierten, stark standardisierten Aufgaben, die direkt darauf abzielen kognitive Fähigkeiten wie z. B. Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Aufmerksamkeit oder Wahrnehmung zu verbessern oder zu erhalten. Das Training umfasst wiederholte Übungen mit einem festen Set von Aufgaben, die auf einzelne oder mehrere kognitive Funktionen abzielen. Die Trainings werden typischerweise mit Papier und Bleistift oder am Computer durchgeführt. Ursprünglich stammen kognitive Trainings aus der neuropsychologischen Rehabilitation bei Menschen mit Hirnverletzungen oder neurologischen Erkrankungen und zielen dort darauf ab, kognitive Funktionen durch systematische (Ein-)Übung zurückzugewinnen bzw. kompensatorisch anzupassen. Die Grundannahme ist dabei, dass wiederholtes Training kognitive Funktionen verbessert oder zumindest aufrechterhält und sich der Trainingseffekt auf Situationen außerhalb des Trainingskontexts generalisiert (Bahar-Fuchs *et al.*, 2019).

Keine der nachfolgend vorgestellten Studien liefert Ergebnisse zur klinischen Bedeutsamkeit der Effekte von kognitivem Training im Kontext der Langzeitpflege. Inwiefern kognitives Training zu einer Verbesserung von Stimmung, Verhaltens-

oder psychischen Symptomen oder der Ausführung von Aktivitäten des alltäglichen Lebens in der Langzeitpflege beiträgt, kann auf Grundlage der vorliegenden RCT und Metaanalysen daher nicht bestimmt werden. Bahar-Fuchs *et al.* (2019) gehen in Anbetracht der Befundlage sogar eher davon aus, dass kognitives Training zu *keiner* klinisch bedeutsamen Verbesserung im Kontext der Langzeitpflege führt.

Ein Cochrane-Review mit 33 RCT, ausschließlich mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen in ambulanter oder stationärer Versorgung, berichtet in einer Metaanalyse einen kleinen bis moderaten Effekt kognitiven Trainings auf globale Kognition (zusammengesetztes Maß aus in einer Studie genutzten Indikatoren) und Wortflüssigkeit (**Bahar-Fuchs *et al.*, 2019**) gegenüber den Kontrollbedingungen (aktive Kontrollbedingung, passive Kontrollbedingung, alternative Behandlungsbedingung). Dieser Effekt besteht auch drei bis zwölf Monate nach der Intervention noch fort. Wenn die Interventionen nur mit der alternativen Behandlungsbedingung verglichen werden, finden sich jedoch nur noch kleine bis gar keine Effekte. Für keinen der Effekte kann die klinische Bedeutsamkeit bestimmt werden.

Eine weitere Übersichtsarbeit zu 27 RCT mit Menschen mit demenzieller Erkrankung, die ausschließlich in Einrichtungen der Langzeitpflege leben, berichtet in einer Metaanalyse, dass kognitives Training gegenüber den Kontrollbedingungen (aktive und passive Kontrollgruppen) zu moderaten Effekten sowohl auf globale Maße der Kognition als auch auf Verhaltens- und psychische Symptome von Demenz führt (**Folkerts *et al.*, 2017**). Dabei ist kognitives Training anderen kognitiven Verfahren wie Reminiszenz und kognitiver Stimulation überlegen. Allerdings weist auch diese Studie keine klinische Bedeutsamkeit der Effekte aus.

Ein weiterer Cochrane-Review zu 7 RCT mit Menschen mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung bei Parkinson, die zu Hause oder in einer Einrichtung der Langzeitpflege leben, findet in einer Metaanalyse für kognitives Training gegenüber den Kontrollbedingungen (aktiv, passiv) keine signifikanten Effekte auf globale Maße der Kognition, obwohl sich höhere Punktwerte für die Interventions- als die Kontrollgruppen zeigen (**Orgeta *et al.*, 2020**). Auch für Maße der Exekutivfunktionen und visueller Verarbeitung finden sich keine Effekte. Dafür finden sich Effekte auf Aufmerksamkeit und Wortgedächtnis, wobei die Belastbarkeit dieses Befunds unsicher ist. Orgeta *et al.* 2021 ziehen die Schlussfolgerung, dass es für Menschen mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung bei Parkinson zurzeit keine Evidenz für die Wirksamkeit kognitiver Trainings auf bedeutsame kognitive Parameter gibt und es weiterer kontrollierte Studien mit ausreichender Stichprobengröße bedarf, bevor die Wirksamkeit abschließend beurteilt werden kann.

Ein Review zu 10 RCT bzw. nicht-randomisierten kontrollierten Studien – mit Menschen mit und ohne demenzielle Erkrankungen, die in Einrichtungen der Langzeitpflege leben – kommt in einer Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass



kognitives Training *oder* kognitive Stimulation gegenüber Kontrollbedingungen (passiv, alternative Behandlungsbedingungen) zu einer signifikanten Verbesserung im Mini Mental State Test (MMST) führen, die über einen Zeitraum von sechs Monaten aufrecht erhalten werden kann (**Wöhl *et al.*, 2017**). Dabei können Effekte nur für Interventionen beobachtet werden, die mindesten drei Monate dauern; für kürzere Interventionen findet sich kein Effekt. Zudem zeigt sich der Effekt nur für Einzel-, nicht Gruppeninterventionen. Die Analyse wird zwar auch für kognitives Training und kognitive Stimulation getrennt vorgenommen, wobei sich statistisch signifikante Effekt auf den MMST nur für kognitives Training zeigen. Allerdings ist die Zuordnung der analysierten Studien zu den beiden Verfahrensarten nicht nachvollziehbar, da sich in beiden Gruppen inhaltlich kaum unterscheidbare Interventionen befinden. Auch bleibt die klinische Bedeutsamkeit der Verbesserung im MMST unklar.

In einem weiteren Review derselben Autorengruppe (**Wöhl *et al.*, 2019**) zu 23 RCT bzw. nicht-randomisierten kontrollierten Studien mit Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege, werden in einer Metaanalyse die Effekte von kognitivem Training, kognitiver Stimulation und/oder körperlicher Aktivität auf den MMST untersucht. Dabei zeigt sich nur gegenüber einer passiven Kontrollgruppe ein statistisch signifikanter Effekt von kognitivem Training bzw. kognitiver Stimulation und/oder körperlicher Aktivität auf den MMST, wobei sich die Effekte der kognitiven Verfahren und körperlicher Aktivität nicht signifikant voneinander unterscheiden. Allerdings treten diese Effekte nicht gegenüber einer Kontrollbedingung mit „sozialer Aktivität“ auf (zur üblichen Versorgung gehörende Aktivierungstätigkeiten wie Malen, Basteln, Musikhören, Musizieren, Lesen oder Tanzen). Eine Analyse getrennt für kognitives Training erfolgt in dieser Arbeit nicht.

#### **4.2.2 Kognitive Rehabilitation**

Bei diesem Verfahren gibt es einige Überschneidungen mit kognitivem Training, auch da beide im Kontext der medizinischen Rehabilitation zu Anwendung kommen. Grundsätzlich sind beide Verfahren jedoch zu unterscheiden: Bei der kognitiven Rehabilitation handelt es sich – anders als bei kognitivem Training – um Verfahren, die in der natürlichen Umgebung von Personen umgesetzt werden (Bahar-Fuchs *et al.*, 2019). Die Patientinnen und Patienten sowie ggf. ihre Angehörigen vereinbaren gemeinsam mit den Therapeutinnen/Therapeuten individuelle Ziele in Bezug auf eine gewünschte Verbesserung im Alltag und entwickeln eine Strategie, wie funktionelle Einschränkungen gemindert und die Durchführung von Alltagsaktivitäten verbessert oder aufrechterhalten werden kann (Folkerts *et al.*, 2017).

Die Übersichtsarbeiten aus der Literaturrecherche fokussieren kaum auf Verfahren der kognitiven Rehabilitation. In dem Review von Bahar-Fuchs *et al.* (2019) können Ansätze kognitiver Rehabilitation in den betrachteten Verfahren enthalten sein, solange kognitives Training jedoch die Hauptkomponente der Intervention bildet. Auch in einem Review von Kern *et al.* (2020) finden sich Verfahren der kognitiven

---

Rehabilitation (z. B. *environmental supports; individualized functional enhancement program; errorless learning*). Dabei werden die Effekte aber nicht isoliert betrachtet, weshalb auf Grundlage der hier durchgeführten Literaturrecherche der Effekt von Verfahren der kognitiven Rehabilitation nicht beurteilt werden kann.

#### 4.2.3 Kognitive Stimulation

Kognitive Stimulation entspricht der Einbindung von Personen in verschiedene Aktivitäten, normalerweise in einer Gruppe, mit dem Ziel der Förderung/Aktivierung allgemeiner kognitiver und sozialer Funktionen. Verfahren der kognitiven Stimulation kommen vorrangig in der Langzeitpflege im Bereich der sozialen Betreuung zur Anwendung. Ein prominentes Verfahren ist die Realitätsorientierung (*reality orientation*), in dem persönliche und aktuelle Informationen über Zeit, Ort oder anstehende Ereignisse (z. B. die nächste Mahlzeit, anstehende Feiern und Feste) für alle einsehbar ausgehängt und gemeinsam besprochen werden (Folkerts *et al.*, 2017). Der angenommene Wirkmechanismus dieser Verfahren ist – ähnlich wie bei kognitiven Trainings und kognitiver Rehabilitation, dass eine bis ins hohe Alter anhaltende, kontinuierliche Nutzung kognitiver Fähigkeiten deren Abbau vorgebeugt und so das Eintreten demenzieller Erkrankungen verhindert oder zumindest hinauszögert.

Auf Grundlage der Übersichtsarbeiten aus der Literaturrecherche zeichnet sich keine Wirksamkeit kognitiver Stimulation ab, die über die Wirksamkeit einer Standardversorgung hinausgeht – zu der oftmals aber bereits Elemente der kognitiven Stimulation zählen. Dabei stellt sich grundsätzlich die Frage, inwiefern für ein weit verbreitetes Verfahren wie die kognitive Stimulation überhaupt noch sinnvolle Kontrollbedingungen generiert werden können.

In dem Review von **Bahar-Fuchs *et al.* (2019)** finden sich Verfahren der kognitiven Stimulation einerseits unter den Kontrollbedingungen, da diese in Einrichtungen der Langzeitpflege zur Standardbehandlung (soziale Betreuung) zählen. Andererseits kann kognitive Stimulation auch Teil der Interventionsbedingung sein, insofern sie in Kombination mit kognitiven Trainings verwendet wird. Der spezifische Effekt kognitiver Stimulation kann mit dieser Übersichtsarbeit so nicht ausgewiesen werden.

Im Review von **Folkerts *et al.* (2017)** wird in einer Metaanalyse ein signifikanter moderater Effekt kognitiver Stimulation auf globale Maße der Kognition (HDS-R, MMST) gegenüber passiven Kontrollbedingungen bei Menschen mit demenzieller Erkrankung in Einrichtungen der Langzeitpflege berichtet; wenngleich der Effekt kognitiver Stimulation geringer ausfällt als der Effekt kognitiven Trainings. Es zeigt sich kein Effekt kognitiver Stimulation auf Verhaltens- und psychische Symptome, Depression, Lebensqualität und Aktivitäten des täglichen Lebens. Zudem ist gegenüber aktiven Kontrollbedingungen (körperliche Aktivität, Beschäftigungstherapie, Musik, unterstützende Gruppentherapie) auch der Effekt kognitiver Stimulation auf globale Maße der Kognition nicht länger zu beobachten.

---

Ein Review von **Kern et al. (2020)** zu 28 qualitativen und quantitativen Studien (davon 19 RCT) liefert lediglich eine allgemeine inhaltliche Zusammenfassung der Studienlage, u. a. zu Interventionen kognitiver Stimulation, ohne weitere substantielle Befunde zu nennen.

In dem Review von **Wöhl et al. (2017)** findet sich ein statistisch signifikanter Effekt auf den MMST nur für kognitives Training, nicht aber für kognitive Stimulation. Allerdings ist, wie zuvor bereits erwähnt, die Zuordnung der analysierten Studien zu den beiden Verfahrensarten nicht nachvollziehbar, da sich in beiden Gruppen inhaltlich kaum unterscheidbare Interventionen befinden. In dem zweiten Review derselben Autorengruppe (**Wöhl et al., 2019**) bildet kognitive Stimulation eine Teilmenge zusammengefasster, verschiedener kognitiver Verfahren, ohne dass ein spezifischer Effekt ausgewiesen wird.

#### 4.2.4 Reminiszenz-Verfahren

Reminiszenz-Verfahren bilden eine zentrale Gruppe psychosozialer Interventionen in der Pflege (Elfrink et al., 2018; O’Philbin et al., 2018). Die Verfahren finden in Form von Gesprächen zu Erlebnissen und Ereignissen aus der Vergangenheit statt, häufig mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen in kleineren Gruppen. Dabei werden autobiographische Ereignisse zumeist mit Unterstützung bestimmter Utensilien aufgegriffen, z. B. mit Fotos, vertrauten Gegenständen, Musik, Zeitungen oder speziell angefertigten Fotoalben (sog. *life story books*; vgl. Folkerts et al., 2017). Damit werden persönliche Erinnerungen geweckt und der zwischenmenschliche Austausch stimuliert (Menn et al., 2019).

Die meisten Reviews zu kognitiven Verfahren aus der Literaturrecherche beziehen sich auf Reminiszenz-Verfahren: Von den insgesamt 13 Reviews fokussieren sechs vorrangig auf Reminiszenz-Verfahren (Elfrink et al., 2018; Grondahl et al., 2017; Menn et al., 2019; O’Philbin et al., 2018; Shropshire et al., 2020; Woods et al., 2018), drei Reviews betrachten diese neben anderen Verfahren (Folkerts et al., 2017; Kern et al., 2020; Mileski et al., 2018) und nur vier Reviews befassen sich nicht mit deren Wirksamkeit (Bahar-Fuchs et al., 2019; Orgeta et al., 2020; Wöhl et al. 2017; Wöhl et al., 2019).

Innerhalb der Reminiszenz-Verfahren können folgende Interventionen unterschieden werden (Menn et al., 2019):

- ◆ Einfache Reminiszenz (*simple reminiscence*): Hierbei handelt es sich um eine unstrukturierte Form autobiographischer Erzählung, die spontan in zwischenmenschlichen Interaktionen oder auch im Gruppensetting Anwendung finden kann.
  - ◆ *Life review* (Biographie-Arbeit in der Altenpflege): Dies entspricht einer mehr strukturierten Form der Reminiszenz-Verfahren unter Verwendung bestimmter Interventionsprotokolle.
  - ◆ *Life review therapy* (Biographie-Arbeit in der Psychotherapie): Dieses Verfahren wird im psychotherapeutischen Setting angewendet. Es handelt
-

sich um eine stark strukturierte Form der Reminiszenz-Verfahren für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Zusammengefasst wirken sich Reminiszenz-Verfahren positiv auf die Lebensqualität aus; Einzelinterventionen zeigen zudem positive Effekte auf Stimmung und Kognition, Gruppeninterventionen auf Kommunikation. Insgesamt sind die berichteten Effekte jedoch klein und sie variieren über den Behandlungskontext. Die Autorinnen und Autoren der Studien erklären die heterogene Befundlage mit den wenig standardisierten, kaum miteinander vergleichbaren Interventionen und empfehlen die Entwicklung stärker standardisierter Verfahren.

Elfrink *et al.* (2018) stellen Reminiszenz-Verfahren in den übergeordneten Kontext des sog. *culture change* – dem Wandel von einer medizinisch-standardisierten zu einer mehr individualisierten Pflege, der in der deutschen Fachdiskussion unter dem Perspektivwechsel zu einer personenzentrierten Ausrichtung und De-Institutionalisierung (Normalitätsprinzip) der Pflege gefasst wird (vgl. Kapitel 3.2 und 4.1.1). Demnach handelt es sich bei Reminiszenz-Verfahren um Interventionen, die ihrem Kern nach Bestandteil einer personenzentrierten Pflege sind. Durch die Bezugnahme auf persönliche Biographien und Erinnerungen pflegebedürftiger Menschen wird die personenzentrierte Pflege besonders gestärkt und z. T. erst ermöglicht. Reminiszenz-Verfahren stärken das Wissen und Verstehen von Pflegenden in Bezug auf die von ihnen gepflegten Menschen und tragen so zu einer Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehung bei (Mileski *et al.*, 2018). Darüber hinaus wird von einem Wirkmechanismus ausgegangen, bei dem durch die Aktivierung von Erinnerungen ein Zugehörigkeitsgefühl und ein Gefühl von Sinnhaftigkeit erzeugt wird, die sich positiv auf die Lebensqualität und psychische Gesundheit auswirken (Menn *et al.*, 2019; Shropshire *et al.*, 2020).

Reminiszenz-Verfahren haben insbesondere bei Menschen in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege eine wichtige Funktion, da die Lebenssituation dieser Personengruppe häufig durch eine Reihe von Verlusterfahrungen geprägt ist. So geht der Umzug in eine Pflegeeinrichtung mit der Auflösung der eigenen Wohnung und dem Verlust des vertrauten Umfelds aus Familie und Freunden einher; häufig fällt die Trauer über den Tod von Ehe-/Lebenspartnerinnen oder -partnern ebenfalls in diesen Zeitraum. Solche Ereignisse und Erfahrungen können Gefühle von Einsamkeit, Sinnlosigkeit und Depressionen auslösen bzw. verstärken, die bei Bewohnerinnen und Bewohnern in der Langzeitpflege eine besonders hohe Prävalenz haben (Menn *et al.*, 2019). Reminiszenz-Verfahren eignen sich insbesondere auch für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, da Inhalte des Langzeitgedächtnisses von der Erkrankung weniger stark betroffen sind und so einen länger anhaltenden kommunikativen Zugang zu den Betroffenen bieten (O'Philbin *et al.*, 2018).

**Elfrink *et al.* (2018)** untersuchen in ihrem systematischen Review die Wirksamkeit sog. *life story books* bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder demenziellen Erkrankungen in der eigenen Häuslichkeit oder Einrichtungen der

Langzeitpflege anhand von 14 Studien – davon fünf RCT, der Rest sind qualitative Interviews und Fallstudien. Die qualitativen Ergebnisse zeigen, dass sich Reminiszenz-Verfahren (*life story books*) eignen, um Gedächtnisinhalte abzurufen, positive Emotionen auszulösen und zwischenmenschliche Beziehungen zu verbessern. Die quantitativen Ergebnisse (RCT) zeigen einen verbesserten Abruf autobiographischer Informationen aus dem Gedächtnis, verbesserte Stimmung, seltenere depressive Symptomatik und eine gesteigerte Lebensqualität gegenüber den Kontrollbedingungen (Standardversorgung bzw. ohne Intervention).

Auch die Übersichtsarbeit von **Grondahl et al. (2017)** befasst sich mit der Wirksamkeit speziell von *life story books*, allerdings ausschließlich bei Menschen mit Demenz, die in Einrichtungen der Langzeitpflege leben. Basierend auf sechs Studien (davon drei qualitative Studien, zwei kontrollierte Prä-Post-Vergleichsstudien und ein RCT) berichten sie von einem allgemeinen positiven Einfluss von *life story books* bei Personen mit Demenz (z. B. positiver Einfluss auf Kognition, Depression, Stimmung, Kommunikation), ihren Angehörigen (z. B. Beziehungsqualität) und Mitarbeitenden von Einrichtungen (z. B. Wissen über Bewohnerinnen und Bewohner).

Die Übersichtsarbeit von **Kern et al. (2020)** betrachtet Reminiszenz-Verfahren neben weiteren kognitiven Verfahren bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Einrichtungen der Langzeitpflege. Basierend auf vier RCT berichten sie allgemeine Effekte von Reminiszenz-Verfahren auf die Kognition und das Wohlbefinden, ohne die Effekte genauer zu spezifizieren. Ähnlich allgemein fassen auch **Shropshire et al. (2020)** die Ergebnisse aus insgesamt 15 Studien (RCT, quasi-experimentelle sowie korrelative und qualitative Studien) zu Reminiszenz-Verfahren bei Menschen ohne demenzielle Erkrankungen, die zu Hause, in Einrichtungen des Betreuten Wohnens oder der Langzeitpflege leben, zusammen. Hier werden sechs allgemeine Outcomes identifiziert, für die sich positive Effekte in der Literatur finden lassen: Depressive Symptome, Wohlbefinden/Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, soziale Einbindung, Ängstlichkeit, kognitive und mnemonische Verbesserung. Dabei sei die Wirkung auf depressive Symptome besonders stark ausgeprägt.

Ein Review von **Mileski et al. (2018)** findet insgesamt 30 Studien zu Reminiszenz- oder sensorischen Verfahren (vgl. Kapitel 4.3) bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Einrichtungen der Langzeitpflege, ohne explizit Angaben zur genauen Studienart zu machen. Da die Effekte der Reminiszenz-Verfahren nur gemeinsam mit denen sensorischer Verfahren betrachtet werden, ist mit dieser Übersichtsarbeit eine Beurteilung des spezifischen Effekts des interessierenden Verfahrens per se nicht möglich.

In sämtlichen der bisher genannten Übersichtsarbeiten (Elfrink et al., 2018, Grondahl et al., 2017, Kern et al., 2020; Mileski et al., 2018; Shropshire et al., 2020) erfolgt eine rein inhaltliche Analyse der eingeschlossenen Einzelstudien. Durch diese Analysemethode erscheint die Verallgemeinerbarkeit und Belastbarkeit der Befunde zumindest fraglich.

---

**Menn et al. (2019)** wählen einen besser quantifizierbaren Ansatz und finden insgesamt 21 Studien zur Wirksamkeit von Reminiszenz-Verfahren bei neuropsychiatrisch unauffälligen Menschen (ohne Demenz) in Einrichtungen der Langzeitpflege (davon 14 RCT, fünf nicht-randomisierte kontrollierte Studien). Dabei werden ausschließlich Studien berücksichtigt, die den Effekt auf die Lebensqualität oder damit assoziierte Konstrukte (Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, Selbstwertgefühl) untersuchen. Die Auswertung erfolgt anhand der Darstellung der Evidenzebenen (II bis III; vgl. Kapitel 3.3) der Einzelstudien und der Häufigkeit von Effekten über alle gefundenen Studien. In der knappen Mehrheit der Studien (11) zeigt sich eine Verbesserung der Lebensqualität bzw. damit assoziierter Indikatoren. Insbesondere die Lebenszufriedenheit kann durch Einzel- und Gruppeninterventionen verbessert werden; Gruppeninterventionen zeigen zudem eine stärkere Wirkung auf das Selbstwertgefühl. Allerdings ist nach Ansicht von Menn et al. (2019) eine Verallgemeinerung der Ergebnisse aufgrund der unzureichend beschriebenen Methodik in den Einzelstudien und der heterogenen Befundlage nicht möglich.

Der Review von **Folkerts et al. (2017)** nutzt eine Metaanalyse, um signifikante Effekte der Reminiszenz-Verfahren auf globale Indikatoren der Kognition (passive und aktive Kontrollbedingungen), den Abruf autobiographischer Gedächtnisinhalte (passive Kontrollbedingung) und depressive Symptomatik (aktive Kontrollbedingung) zu zeigen – allerdings werden nur maximal drei Studien in die Metaanalysen für die verschiedenen Endpunkte eingeschlossen.

Zwei weitere Übersichtsarbeiten (**O’Philbin et al., 2018; Woods et al., 2018**), die sich auf denselben systematischen Review beziehen, führen ebenfalls Metaanalysen durch. In den Review werden insgesamt 22 RCT mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen eingeschlossen. Davon beziehen sich die meisten Studien auf Einrichtungen der Langzeitpflege (n = 14); die übrigen Studien wurden im ambulanten Bereich durchgeführt. Bei etwas mehr als der Hälfte der Studien handelt es sich um einfache Reminiszenz-Verfahren (*simple reminiscence*); in den übrigen Studien werden strukturiertere Formen der Biographie-Arbeit (*life review*) angewandt. Als Kontrollbedingungen werden passive Kontrollgruppen oder Standardversorgung berücksichtigt; Studien, in denen in der Kontrollgruppe andere Aktivitäten durchgeführt werden, werden nicht berücksichtigt.

Die Autorinnen und Autoren berichten einen signifikanten Effekt auf die Lebensqualität nach Behandlungsende, der auch ein bis sechs Monate danach (*follow-up*) noch fortbesteht; allerdings tritt dieser signifikante Effekt nur im stationären nicht ambulanten Versorgungskontext auf. Stattdessen finden sich im ambulanten Kontext signifikante Effekte auf Maße der Kommunikation und Interaktion, allerdings nur bei Gruppeninterventionen nicht Einzelinterventionen; im stationären Kontext treten diese Effekte hingegen nur zum *follow-up* auf. Dafür zeigen Einzelinterventionen signifikante Effekte auf Stimmung/depressive Symptome, die wiederum nicht bei Gruppeninterventionen zu beobachten sind. Darüber hinaus wirken sich Einzelinterventionen deutlicher als Gruppeninterventionen auf globale Maße der Kognition (z. B. MMST) zum

Behandlungsende aus – allerdings treten die Effekte nur im stationären nicht ambulanten Setting auf; zum *follow-up* sind gar keine Effekte mehr zu beobachten. Es werden keine Effekte auf Agitation, Aktivitäten des täglichen Lebens und zwischenmenschliche Beziehungen gefunden.

### 4.3 Sensorische Verfahren

Unter sensorischen Verfahren werden hier Interventionen verstanden die der gezielten Anregung der Sinne (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen) dienen. Die Stimulation kann sich auf einen der Sinne beziehen (unisensorische Stimulationen) oder auf mehrere (multisensorische Stimulation).

Nordhausen *et al.* (2019) identifizieren zwei Studien zu sensorischen Verfahren bei Menschen mit Demenz und berichten bezüglich der Wirksamkeit: „Sowohl einfache als auch multi-sensorische Stimulation kann möglicherweise psychosoziale Zielgrößen wie Agitation und generelle Lebensqualität verbessern. Die Aussage beruht auf Primärstudien mit geringer methodischer Qualität.“ Langner *et al.* (2019) betrachten jeweils drei Übersichtsarbeiten zu Lichttherapie und multisensorischer Therapie. Zielgruppe sind fast ausschließlich Menschen mit Demenz. Sie schlussfolgern, dass „keine klare Aussage zur Wirksamkeit von Licht auf die kognitiven Funktionen bei Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen getroffen werden“ kann und dass „eine Verbesserung der generellen Kognition [...] durch den Einsatz von multi-sensorischer Stimulation bei Menschen mit Demenz vermutlich nicht zu erreichen [ist], jedoch ist hierzu keine klare Aussage möglich.“

Die Recherche für die vorliegende Expertise ergab vier Übersichtsarbeiten, die sich mit sensorischen Verfahren beschäftigen. Die Evidenzlage für die Wirksamkeit sensorischer Verfahren in Bezug auf die Förderung kognitiver Ressourcen oder der psychosozialen Gesundheit ist durchwachsen, wobei die Autorinnen und Autoren der betrachteten Artikel nachdrücklich auf die schlechte methodische Qualität vieler Studien hinweisen. Auch wenn die Ansätze kaum Nebenwirkungen zeigen, äußern sich viele Autorinnen und Autoren in ihren Empfehlungen zur Anwendung sensorischer Verfahren bei Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen zurückhaltend.

#### 4.3.1 Aromatherapie

Im Rahmen eines Cochrane-Reviews untersuchen Ball *et al.* (2020) die Wirksamkeit der Aromatherapie bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz in Pflegeeinrichtungen. Die Aromatherapie ist ein Teilgebiet der Phytotherapie, die Pflanzen oder Pflanzenteile für medizinische Zwecke verwendet. Es werden Öle oder Essenzen von duftenden Pflanzen gewonnen, die bei verschiedenen Beschwerden helfen sollen und darüber hinaus das allgemeine Wohlbefinden fördern sollen. Die Öle oder Essenzen werden entweder direkt auf die Haut aufgetragen oder mit Hilfe eines Zerstäubers (bzw. Diffusers) inhaliert. Die Aromen sollen entspannungs- bzw. schlaffördernd und schmerzlindernd wirken; bei

---

Menschen mit Demenz sollen sie Agitation und Depression reduzieren. Im Gegensatz zu Arzneimitteln ist die Herstellung der verschiedenen Aromen wenig standardisiert, ihre Dosierung ist abhängig von der Art der Darreichungsform bzw. Anwendung.

Aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsmethoden sowie fehlenden bzw. inadäquaten Studiendaten stellen Ball *et al.* (2020) die Ergebnisse narrativ dar. In den eingeschlossenen Studien werden verschiedene Aromen wie Lavendel, Zitrone, Orange oder Zeder eingesetzt. Sechs der untersuchten Studien nutzen Massagen bzw. das direkte Auftragen der Öle auf die Haut, vier nutzen Zerstäuber. Drei Studien beinhalten mehrere Therapie-Komponenten wie Nebel und Handmassage, Massage bzw. Zerstäuber und Konversation und das Auftragen der Aromen auf Akkupressurpunkte ohne Druck. Die Anwendungszeit ist in den meisten Studien kurz. In der Regel dauert die Therapie ein bis zwei Minuten und wird zweimal täglich über mehrere Wochen angewendet. Werden die Aromen über die Luft verteilt, ist die Expositionszeit deutlich länger (ca. eine Stunde). Als primäre Outcomes werden Agitation, Verhaltens- und psychische Symptome sowie Nebenwirkungen der Therapien betrachtet.

Die Hälfte der eingeschlossenen Studien weist so große methodische Mängel auf, dass sie aus den Analysen ausgeschlossen wurden. 13 Studien (RCTs) werden anhand der Mittelwertunterschieden in der Interventions- und Placebo-Gruppe ausgewertet. Hinsichtlich Agitation, Stimmung, Kognition, Aktivitäten des täglichen Lebens und Lebensqualität hat Aromatherapie keine Wirkung. In Hinblick auf psychische Symptome berichten Ball *et al.* (2020) von einer gemischten Evidenz. Mögliche Nebenwirkungen der Aromatherapie werden kaum untersucht bzw. wird darauf in den Studienberichten nicht eingegangen.

Als Schlussfolgerung berichten Ball *et al.* 2020: „We have not found any convincing evidence that aromatherapy (or exposure to fragrant plant oils) is beneficial for people with dementia although there are many limitations to the data. Conduct or reporting problems in half of the included studies meant that they could not contribute to the conclusions. Results from the other studies were inconsistent. Harms were very poorly reported in the included studies. In order for clear conclusions to be drawn, better design and reporting and consistency of outcome measurement in future trials would be needed.“

#### 4.3.2 Sensorische Verfahren im Rahmen von Ergotherapie

Mit Hilfe eines Scoping-Reviews stellen **Smith & Amico (2019)** den aktuellen Forschungsstand zu Interventionen dar, die von Ergotherapeuten bei Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden können. Sie betrachten, neben verschiedenen sinngebenden Aktivitäten (vgl. Kapitel 4.4) auch vier sensorische Verfahren: Lichttherapie, Aromatherapie, Massage und Snoezelen.

---



Unter Snoezelen versteht man den Aufenthalt in einem speziellen Raum, der mit Hilfe leiser Klänge bzw. Melodien und Lichteffekten zum Ausruhen einlädt<sup>26</sup>.

Der Review findet gute Evidenz, dass Massage den Schlaf und die psychische Gesundheit (auf kurze Zeiträume bezogen) verbessert sowie Agitation reduziert. Für Lichttherapie berichtet der Review moderate Evidenz in Bezug auf Schlaf und unruhiges Verhalten. Die Wirksamkeitsbelege für Aromatherapie in Bezug auf Verhaltens- und psychische Symptome sind gemischt. Die Wirksamkeit für Snoezelen bleibt unklar. Nebenwirkungen werden für Massage, Lichttherapie sowie Snoezelen nicht berichtet. Zu den berichteten Nebenwirkungen von Aromatherapie zählen Hautreaktionen und Übelkeit.

Smith & Amico (2019) empfehlen für die Praxis der Ergotherapie: „Based on these results, practitioners find benefits incorporate massage into practice. While interventions with moderate evidence may be utilized in addition to other evidence-based interventions, those with inconclusive evidence should only be implemented under extenuating circumstances and with great caution. Overall, sensory-based interventions show great, life-changing potential for these clients.“ Weiterhin weisen sie darauf hin, dass sensorische Verfahren bereits in bestehenden Methoden, wie Allen's Cognitive Disabilities Model (CDM)<sup>27</sup> oder Ross's Five-Stage Integrative Group Model<sup>28</sup> angewendet werden.

#### 4.3.3 Sensorische Stimulation und Schlaf

Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche und Meta-Analyse untersuchten **Prins et al. (2020)** den Einfluss von sensorischer Stimulation auf die Schlafqualität und den Schlaf-Wach-Rhythmus von Menschen mit Demenz. Hintergrund ist, dass sensorische Stimulation aus ihrer Sicht ein vielversprechender Ansatz zur Verbesserung von Verhaltens- und psychischen Symptomen bei Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen sei. Die Effekte auf die Schlafqualität und den Schlaf-Wach-Rhythmus seien jedoch noch kaum untersucht.

In den eingeschlossenen 29 Studien werden Licht-, Massage-, Musik- und Aromatherapie, Akkupunktur und tiergestützte Interventionen als unisensorische Stimulation eingesetzt. Freizeitaktivitäten im Freien und Robotik-Spielzeuge werden als multisensorische Stimulation eingesetzt. Als Outcomes werden verschiedene Maße der Schlafqualität und des Schlaf-Wach-Rhythmus analysiert.

Im Ergebnis zeigt die Meta-Analyse kleine positive Effekte von unisensorischer Stimulation auf den Schlaf-Wach-Rhythmus, die Schlafdauer insgesamt und die tatsächliche Dauer des nächtlichen Schlafs. Die untersuchten Verfahren der

---

<sup>26</sup> Weitere Informationen unter [Snoezelen - Was ist das? \(snoezelen-zeit.de\)](http://snoezelen-zeit.de)

<sup>27</sup> [Allen's Cognitive Disabilities Model \(CDM\) | OT Theory](#)

<sup>28</sup> [2d98f1dbc2b63e493c804364f386599b.pdf \(wyanokecdn.com\)](https://www.wyanokecdn.com/2d98f1dbc2b63e493c804364f386599b.pdf)

---

multisensorischen Stimulation zeigen keine Effekte auf die untersuchten Outcomes.

Prins *et al.* (2020) ziehen die Schlussfolgerung: „Sleep quality and nocturnal restlessness in nursing-home residents with dementia may benefit from sensory stimulation. An environment with sensory stimulation may prevent or improve sleep disturbances in nursing homes, and thereby contribute to a better quality of life for their patients.“

#### 4.3.4 Namaste Care

**Bunn *et al.* (2018)** untersuchten in einem Methodenmix aus Literaturreview und Interviews mit Stakeholdern den Namaste Care-Ansatz. Ziel ist es, eine theoretische Erklärung zu entwickeln, wie Namaste Care wirken könnte.

Namaste Care geht auf Joyce Simard am Vermont Veterans Home in den USA zurück<sup>29</sup>. Der Ansatz adressiert körperliche, emotionale und sensorische Bedürfnisse. Die Zielgruppe sind Menschen mit fortgeschrittener Demenz und Menschen am Lebensende im Allgemeinen. Ursprünglich war Namaste Care als Einzelintervention gedacht. Ein typisches Beispiel für Namaste Care ist das Baden, wobei nicht die Körperpflege im Fokus steht, sondern das Erleben des Badens mit den Sinnen. Dafür kommen Badearomen zum Einsatz und die Berührungen im Zuge der Körperpflege stehen im Vordergrund. Idealerweise sollte die durchführende Pflege- oder Betreuungskraft bereits bekannt sein und eine Bindung bestehen. Im Zuge von Namaste Care wird mehr Zeit mit den einzelnen Bewohnerninnen und Bewohnern verbracht und so ihre Isolation reduziert. Der Review von Bunn *et al.* (2018) zeigt, dass Namaste Care derzeit in Pflegeeinrichtungen in der Regel zweimal täglich in Gruppen durchgeführt wird. Ziel ist die sensorische Stimulation der Bewohnerschaft im Rahmen personalisierter Aktivitäten, die ihren Bedürfnissen entsprechen und von Pflege- oder Betreuungskräften begleitet werden. Die Anwendung in der Gruppe ist, laut interviewter Stakeholder, als eine praktische Anpassung an den Alltag in Pflegeeinrichtungen zu betrachten.

Im Ergebnis berichten Bunn *et al.* (2018), dass drei Faktoren eine Rolle spielen, damit Namaste Care eine Wirkung entfalten kann: Zugang zu sozialer und körperlicher Stimulation, Schulung der Beschäftigten im Umgang mit dem Verhalten an Demenz erkrankter Menschen und ihren unterschiedlichen Reaktionen sowie Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes. Ziel der Intervention soll es sein, „feelings of familiarity, reassurance, engagement and connection“ auszulösen.

---

<sup>29</sup> Weiterführende Informationen unter <https://namastecare.com/> und [Namaste Care Dementia Support - St Clare Hospice](#)

---

#### 4.4 Angebot sinngebender Aktivitäten

Es wurden 22 Übersichtsarbeiten gefunden, die sich schwerpunktmäßig mit sinngebenden Aktivitäten (*meaningful activities*) beschäftigen. Bei diesen Übersichtsarbeiten handelt es sich um systematische Literaturrecherchen. Aufgrund der Heterogenität der in den Originalstudien verwendeten Ansätze und Messverfahren erfolgen die Analysen in den Reviews i. d. R. narrativ; nur zwei Arbeiten enthalten auch Metaanalysen (Tsoi *et al.*, 2017; van der Steen *et al.*, 2017). Alle Übersichtsarbeiten berichten von einer i. d. R. schlechten bis moderaten methodischen Qualität der Studien, weshalb die Verallgemeinerbarkeit der Befunde oft eingeschränkt ist.

Eine Definition sinngebender Aktivitäten findet sich in der Übersichtsarbeit von Jones *et al.* (2020). Demnach umfassen sinngebende Aktivitäten (*meaningful activities*) eine große Bandbreite an Aktivitäten, die für den betroffenen Menschen relevant, angenehm, erfreulich und unterhaltsam sind. *Meaningfulness* ist aber auch ein Konzept, das fest in der Theorie der Gesundheitsförderung verankert ist und einen zentralen Aspekt des sogenannten Kohärenzgefühls bildet (z. B. Antonovsky, 1990). *Meaningfulness* wird dort als ein emotionales Empfinden, weniger eine kognitiv-rationale Anschauung verstanden, durch das das eigene Leben als lebenswert empfunden wird und Handlungsressourcen zur Verfügung gestellt werden (vgl. Vinje *et al.*, 2017). In diesem Sinne befinden sich sinngebende Aktivitäten in Einklang mit diesem Empfinden und Betroffene erfahren ein Gefühl von Sinnhaftigkeit und Lebensfreude bei der Ausführung solcher Aktivitäten.

Die in den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten beschriebenen sinngebenden Aktivitäten können in die folgenden Kategorien unterteilt werden:

- ◆ Aktivitäten mit Pflanzen, in Gärten bzw. in der Natur (Barrett *et al.*, 2019; Gagliardi & Piccinini, 2019; Howarth *et al.*, 2020; Nicholas *et al.*, 2019; Yeo *et al.*, 2019)
- ◆ Künstlerische und Musik basierte Aktivitäten (Broome *et al.*, 2017; Curtis *et al.*, 2018; Deshmukh *et al.*, 2018; Mileski *et al.*, 2019; Tsoi *et al.*, 2017; van der Steen *et al.*, 2017)
- ◆ Gaming-orientierte Aktivitäten (Neal *et al.*, 2019)
- ◆ Ausflüge (D'Cunha *et al.*, 2020)
- ◆ Aktivitäten des täglichen Lebens (Barrett *et al.*, 2020)
- ◆ Tiergestützte Interventionen und Einsatz sog. *robotpets* (Aarskog *et al.*, 2019; Abbott *et al.*, 2019; Chen *et al.*, 2018; Hanratty *et al.*, 2019; Jain *et al.*, 2019; Lai *et al.*, 2019)

Die Übersichtsarbeit von Jones *et al.* (2020) lässt sich keiner dieser Kategorien eindeutig zuordnen, da sie die Wirksamkeit sinngebender Aktivitäten untersucht, bei denen die Intervention nicht durch eine weitere Person (Pflegekraft, Therapeutin/Therapeut o. ä.) vermittelt wird, sondern von pflegebedürftigen Menschen allein ausgeführt wird. Dadurch soll ermittelt werden, inwiefern ein

---

Effekt durch sinnvolle Aktivitäten allein entsteht und nicht durch sozialen Austausch mit Durchführenden der Intervention (Pflegekräfte, Therapeutinnen/Therapeuten) vermittelt wird. Die Übersichtsarbeit findet dazu Interventionen, die sich unter den Kategorien „künstlerische und Musik basierte Aktivitäten“, *robopets*, ferner auch unter „Reminiszenz-Verfahren“ (vgl. Kapitel 4.2.4) einordnen lassen. In Bezug auf Erkenntnisse zur Wirksamkeit unterscheiden sich die Ergebnisse nicht von den nachfolgend im Detail vorgestellten Studien.

Auch der Cochrane Review von **Möhler *et al.* (2018)** behandelt eine Mischung aus verschiedenen sinngebenden Aktivitäten. Besondere Interesse ist darauf gerichtet, inwiefern Aktivitäten, die entsprechend der Präferenzen und Wünsche der Teilnehmenden ausgewählt werden („personally tailored activities“), positive Effekte auf Verhaltens- und psychische Symptome bei Demenz, die Lebensqualität und weitere Outcomes haben. Der Review enthält Ergebnisse aus acht Studien. Die Auswahl passender Aktivitäten erfolgt auf Basis unterschiedlicher Modelle bzw. Instrumente: dem „Treatment Routes for Exploring Agitation (TREA) framework“, dem „Needs-Driven Dementia-Compromised Behavior (NBD)“ Modell, Montessori Prinzipien, „Individualized Social Activity Interventions (ISAI)“, der „Pool Activity Level Checklist“ oder dem „Preferences for Everyday Living Inventory – Nursing Home (PELI-NH)“. Studien, in denen die Auswahl individueller Aktivitäten im Rahmen eines besonderen Pflegekonzepts, wie z. B. personenzentrierter Pflege erfolgt, werden nicht einbezogen.

Im Ergebnis stellen Möhler *et al.* (2018) fest, dass „personally tailored activities“ einen kleinen positiven Effekt auf Verhaltens- und psychische Symptome bei Demenz haben können, der allerdings nur im Vergleich zu regulärer Versorgung, nicht im Vergleich zu aktiven Kontrollbedingungen feststellbar ist. Auf weitere Outcomes zeigen sich sehr geringe bis keine Effekte. Die Qualität der Evidenz bewerten sie als gering bis moderat. Ihr Fazit lautet: „Offering personally tailored activities to people with dementia in long-term care may be considered as an intervention for challenging behaviour. Offering any activities to people with dementia seems to be necessary from an ethical perspective. However, we can present no recommendations on the method for selecting activities, the types of activity, or the duration and frequency of activities based on the results of this review.“

Die Übersichtsarbeit von **Shryock & Meeks (2020)** beschäftigt sich ebenfalls mit der Frage der Individualisierung von Aktivitäten. Sie stellen fest, dass Aktivitäten, die individuell auf die Präferenzen und Wünsche der Bewohnerschaft eingehen eher Effekte zeigen als Aktivitäten, die ohne Differenzierung allen Bewohnerinnen und Bewohnern angeboten werden bzw. einer vorgegebenen Struktur folgen. Dabei betrachten Shryock & Meeks (2020) allerdings nicht nur Studien, die sinngebende Aktivitäten untersuchen, sondern auch kognitive und sensorische Verfahren sowie Verfahren zur Förderung sozialer Interaktionen.

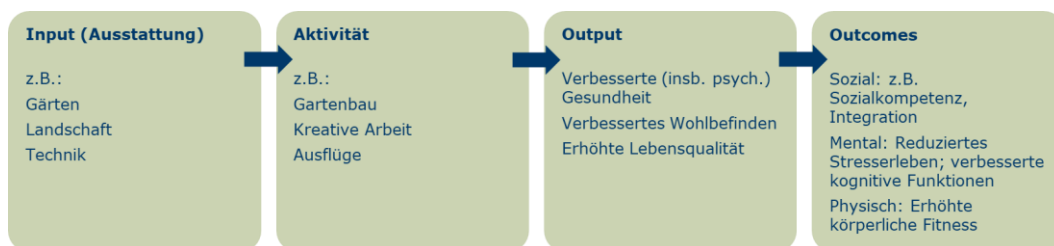
Die Übersichtsarbeit von **Howarth *et al.* (2020)** liefert ein Modell zur Wirkung sinngebender Aktivitäten auf Gesundheit und Wohlbefinden. Zwar wird das

---

Modell vor dem Hintergrund von Befunden zu Aktivitäten mit bzw. in Gärten entwickelt, es erscheint jedoch durchaus für andere sinngebende Aktivitäten verallgemeinerbar. Das Modell schlägt so die Brücke zu den in Kapitel 4.6 vorgestellten Ansätzen zur Schaffung eines förderlichen Wohnumfelds in Pflegeeinrichtungen (siehe Abbildung 3). Demnach liefert die bauliche, innenarchitektonische, landschaftliche und technische/technologische Beschaffenheit bzw. Ausstattung von Pflegeeinrichtungen den Rahmen (Input) sinnvoller Beschäftigung; d. h. die Ausstattung allein erzeugt noch keine sinnvolle Beschäftigung, sondern wird unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern so gestaltet, dass eine sinnvolle Beschäftigung unterstützt, ermöglicht und gefördert wird; z. B. sollte dem generellen Bedürfnis der Bewohnerschaft nach Beschäftigung im Freien baulich durch die Schaffung eines entsprechenden Außenbereichs entsprochen werden. Während die Ansätze zur Gestaltung des Rahmens (Input) detailliert in 4.6 vorgestellt werden, behandelt das vorliegende Kapitel die sinngebenden Aktivitäten (siehe Abbildung 3), die innerhalb dieses Rahmens stattfinden.

Abbildung 3 gibt auch bereits einen Ausblick auf die Wirkung sinngebender Aktivitäten. Zentrale Outputs bzw. Outcomes sind hier Wohlbefinden, Lebensqualität, soziale Integration und psychische Gesundheit.

Abbildung 3: Modell zur Wirkung sinngebender Aktivitäten



Quelle: IGES; eigene Darstellung nach Howarth *et al.* (2020)

#### 4.4.1 Aktivitäten mit Pflanzen, in Gärten bzw. in der Natur

Vier Übersichtsarbeiten beschäftigen sich mit Aktivitäten mit Pflanzen, in Gärten bzw. in der Natur, die sich an Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen richten. Die Qualität der Studien lässt häufig zu wünschen übrig, sodass die z. T. berichteten positiven Effekte weiterer Bestätigung bedürfen.

**Barret *et al.* (2019)** schließen in ihre Übersichtsarbeit alle Interventionen ein, die mit einem direkten Kontakt mit der Natur verbunden sind, was sowohl in Innen- als auch Außenbereichen stattfinden kann. Ein Großteil des Reviews befasst sich mit Befunden zur Wirkung Natur basierter Aktivitäten in der allgemeinen Bevölkerung und älteren Menschen. Es werden aber auch Befunde aus dem Bereich der Langzeitpflege, insbesondere zu Menschen mit demenziellen Erkrankungen, zusammengetragen, wobei Barret *et al.* (2019) konstatieren, dass

die Evidenzlage dazu deutlich geringer ausfällt und die Ergebnisse hauptsächlich aus methodisch minderwertigen Studien stammen. Es fänden sich jedoch erste Hinweise (*emerging evidence*), dass Aktivitäten mit und in der Natur sich positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz auswirken. Am deutlichsten sei der Befund, dass es zu einer Reduktion agitierten Verhaltens komme; auch fänden sich erste Hinweise, dass diese Wirkung mehrere Stunden nach der Intervention oder den Rest des Tages anhalte.

Hingegen konzentriert sich die Übersichtsarbeit von **Gagliardi & Piccinini (2019)** ausschließlich auf Natur bezogene Aktivitäten (*nature-assisted therapy*) bei älteren Menschen (mit und ohne demenzielle Erkrankungen) in unterschiedlichen Wohnformen (*nursing homes, senior housing residences, adult day services*). Der Review umfasst 41 Studien zu Aktivitäten wie Gartenbau, Gartenarbeiten, Gartenbesuche und Bewegung im Grünen. Gagliardi & Piccinini (2019) berichten von positiven Effekten von Gartenbau assoziierten Aktivitäten in Form erhöhten Wohlbefindens, verstärkter sozialer Verbundenheit, verringerter depressiver Symptome, erhöhter Lebenszufriedenheit, geringeren Einsamkeitsempfindens, selbsteingeschätzter Gesundheit und Fröhlichkeit. Bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen ist Abnahme agitierten Verhaltens durch Gartenbauaktivitäten zu beobachten; dort konnten auch Besserungen bei depressiven Symptomen, kognitiven Funktionen, Schlaf, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Kooperationsverhalten mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern, Lebensqualität und Wohlbefinden beobachtet werden. Allerdings handelt es sich bei nur zwei der insgesamt 41 Studien um RCTs (die übrigen Studien sind qualitative Studien, Prä-Post-Vergleiche, Beobachtungsstudien, deskriptive Studien, Cross-Over-Studien, Kohortenstudien und Fallstudien). In einem der RCTs zeigt sich eine signifikante Verbesserung durch Gartenbauaktivitäten nur für Fröhlichkeit. Für den anderen RCT werden keine Effekte auf psychologische Outcomes berichtet.

Die Übersichtsarbeit von **Nicholas et al. (2019)** findet insgesamt 20 Artikel zu Gartenbau bezogenen Aktivitäten bei älteren Menschen, die u. a. in Einrichtungen der Langzeitpflege leben. Bei den Studien handelte es sich in den meisten Fällen um RCTs. Sie berichten von positiven Effekten auf die Lebensqualität, Ängstlichkeit, Depression, soziale Beziehungen und kognitive Fähigkeiten, die insbesondere bei Personen in Einrichtungen der Langzeitpflege in Prä-Post-Vergleichen auftreten – allerdings stellen sich Gartenbauaktivitäten nicht als effektiver heraus als Aktivitäten in den Kontrollbedingungen.

**Yeo et al. (2019)** fokussieren in ihrer Übersichtsarbeit auf die Wirkung von Natur basierten Interventionen im Innenbereich verschiedener Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Insgesamt schließen sie 26 Studien in ihren Review ein; davon sind 18 kontrollierte Studien mit Vergleichsgruppen, davon sieben RCTs. Die Interventionen umfassen jede Form von Kontakt zur „Natur“ – sowohl echte (z. B. Pflanzen) als auch simulierte Natur (z. B. Projektionen). Die Übersichtsarbeit unterscheidet zwischen aktiven und passiven Naturinterventionen. Bei aktiven Interventionen befinden sich die Bewohnerinnen und Bewohner im direkten

---

taktilen Kontakt mit echten oder simulierten Formen von Natur. Bei passiven Interventionen beobachten die Bewohnerinnen und Bewohner diese (z. B. Aquarium, Naturvideos). Yeo *et al.* (2019) berichten, dass die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien zumeist gering ausfällt. Einige Studien höherer Qualität zeigen jedoch, dass gärtnerische Tätigkeiten effektiv kognitive Fähigkeiten, Wohlbefinden, Sozialverhalten und Lebenszufriedenheit verbessern können. Es zeigen sich signifikant positive Effekte auf depressive Symptome, Fröhlichkeit, Gefühle von Einsamkeit und soziale Einbindung; dies war besonders verglichen mit der Standardversorgung der Fall. Allerdings zeigen sich keine konsistenten Effekte auf Demenz-spezifische Outcomes (Gedächtnis; Agitation). Insgesamt erweisen sich die Natur basierten Interventionen jedoch nicht effektiver als aktive Kontrollbedingungen. Yeo *et al.* (2019) resümieren, dass die Evidenzlage zur Wirkung von Natur basierten Aktivitäten im Innenbereich derzeit inkonsistent ist.

#### 4.4.2 Künstlerische und Musik basierte Aktivitäten

Aktivitäten, in denen sich Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen mit Kunst, Musik, Theater, Literatur oder Geschichtenerzählen beschäftigen, werden in sechs Übersichtsarbeiten untersucht. Auch hier lässt die Qualität der Studien zu wünschen übrig, sodass die z. T. beobachteten positiven Effekt zurückhaltend interpretiert werden müssen. Insbesondere heben einige Reviews hervor, dass sich die Effekte z. T. nicht von den Effekten unter Kontrollbedingungen unterscheiden.

**Broome *et al.* (2017)** untersuchen in ihrem Review unterschiedliche Aktivitäten in den Bereichen Musik, Theater, Literatur und Geschichtenerzählung bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen. Die Aktivitäten der Bewohnerschaft werden durch geschultes Pflegepersonal unterstützt. Es werden positive Effekte auf Kommunikation und das Aktivitätsniveau der Bewohnerinnen und Bewohner berichtet, allerdings handelt es sich bei einem Großteil um qualitative Studien. Zwar machen Broome *et al.* (2017) keine direkten Angaben zur Studienqualität, aus der Referenzliste geht jedoch hervor, dass lediglich ein RCT eingeschlossen werden konnte. Dieser findet eine signifikante Reduktion neuropsychiatrischer Symptome bei Menschen mit Demenz (z. B. Agitation).

**Curtis *et al.* (2018)** berichten von Effekten durch Aktivitäten in den Bereichen darstellende und bildende Kunst bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der Langzeitpflege (mit und ohne demenzielle Erkrankungen). Die meisten Interventionen in den eingeschlossenen Studien basieren auf Musik (70% der eingeschlossenen Studien). Insgesamt zeigen sich positive Effekte durch künstlerische Aktivitäten, insbesondere auf Ängstlichkeit und Stimmung; für agitiertes Verhalten, Depression, Lebensqualität und Wohlbefinden werden indes gemischte Befunde berichtet. Allerdings kann sich in kontrollierten Studien (Prä-Post-Designs, RCTs, quasi-experimentelle Designs) kein Effekt zuverlässig gegenüber aktiven Kontrollgruppen behaupten. Es wird auch berichtet, dass es insgesamt nur wenig Studien gibt, die auch Effekte auf kognitive Fähigkeiten

beobachtet hätten – von diesen werde jedoch einstimmig berichtet, dass es zu einer Verbesserung von Gedächtnisleistungen (MMST) durch künstlerische Aktivitäten kommt.

Der Cochrane Review von **Deshmuk *et al.* (2018)** beschreibt eine systematische Literaturrecherche zu Kunsttherapie bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen in der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung. Der Review orientiert sich eng an der Definition von Kunsttherapie der *British Association of Art Therapists*. Demnach handelt es sich bei der Kunsttherapie um eine Form der Psychotherapie, in der eine Therapeutin/ein Therapeut gemeinsam mit Patientinnen und Patienten künstlerische Materialien als Ausdrucksmittel zur Kommunikation nutzt. Im Unterschied zu den bisher genannten künstlerischen Aktivitäten handelt es sich so um einen Ansatz therapeutischen Handelns, der nur durch speziell ausgebildete Therapeutinnen/Therapeuten umgesetzt werden kann und weniger im Bereich der Alltagsbeschäftigung als unter den kurativen Verfahren anzusiedeln ist. Deshmuk *et al.* (2018) finden nur zwei Studien, die den Einschlusskriterien genügen; aus den RCTs können keine Daten für eine Metaanalyse gewonnen werden. Aus den Einzelstudien ergeben sich keine klaren Hinweise auf Effekte von Kunsttherapie auf Gedächtnisleistungen (MMST) und andere Outcomes (Aufmerksamkeit, Depression, Apathie) im Vergleich zu aktiven Kontrollbedingungen (einfache Rechenaufgaben; Durchführung verschiedener Freizeitaktivitäten).

**Mileski *et al.* (2019)** konzentrieren sich in ihrer Übersichtsarbeit auf Musikbasierte Aktivitäten in Pflegeeinrichtungen. Die eingeschlossenen Studien beinhalten eine große Bandbreite an Aktivitäten aus den Bereichen passiver und aktiver Musikintervention (z. B. Musikhören vs. selbst Musizieren und Gesang). In der Übersichtsarbeit werden verbesserte Schlafhygiene, reduzierte Ängstlichkeit und Stress, positive Stimmungsveränderungen, verstärkte soziale Interaktion, verringerte Agitation, verbesserte Kognition, geringere depressive Symptomatik, verbesserte Lebensqualität und Wohlbefinden berichtet. Von den insgesamt 30 Artikeln handelt es sich bei fünf um RCT, die von verbesserten kognitiven Fähigkeiten und verringerter Agitation bei Menschen mit Demenz sowie verringerten depressiven Symptomen und verringerter Ängstlichkeit, teils allgemein und teils beschränkt auf Menschen mit Depressionen, berichten.

Die Übersichtsarbeit von **Tsoi *et al.* (2017)** befasst sich mit einem direkten Vergleich der Wirksamkeit passiver und aktiver Musikinterventionen bei Menschen mit Demenz in Einrichtungen der Langzeitpflege. Sie definieren aktive Musikintervention (*interactive music therapy*) als interpersonellen Ansatz, in dem Bewohnerinnen und Bewohner selbst unter der Anleitung von Therapeutinnen/Therapeuten oder geschultem Pflegepersonal singen oder Musikinstrumente spielen. Demgegenüber handelt es sich bei passiver Musikintervention (*receptive music therapy*) um einen Ansatz, in dem die Teilnehmenden an einem stillen Ort Musik hören; solche Aktivitäten können auch allein, ohne Anleitung durch Therapeutinnen/Therapeuten oder Pflegekräfte ausgeführt werden. Insgesamt werden 38 Studien eingeschlossen, die meisten

---



davon RCT, die übrigen mit einem experimentellen Design. Tsoi *et al.* (2017) berichten, dass es bzgl. der Wirkung auf kognitive Fähigkeiten (MMST) keine Unterschiede zwischen aktiver und passiver Musikintervention gab; beide Interventionen unterschieden sich in ihrer Wirksamkeit jedoch auch nicht von der Standardversorgung. Allerdings findet sich eine signifikante Reduzierung von Verhaltensproblemen (z. B. Agitation) bei passiver Musikintervention verglichen mit der Standardversorgung. Dieser Unterschied tritt jedoch nicht bei aktiver Musikintervention verglichen mit der Standardversorgung auf.

Ein Cochrane Review von **van der Stehen *et al.* (2017)** findet 17 RCT zu Musikbasierten Interventionen bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen. Die Musikinterventionen umfassen sowohl aktive als auch passive Musikinterventionen. Van der Stehen *et al.* (2017) berichten basierend auf den Ergebnissen ihrer Metaanalyse, dass für die Reduktion depressiver Symptomatik ein kleiner Effekt zu beobachten ist; ein ebenfalls nur kleiner bis gar kein Effekt findet sich für emotionales Wohlbefinden, Lebensqualität, Verhaltensprobleme und kognitive Fähigkeiten. Gar kein Effekt tritt für agitiertes und aggressives Verhalten auf.

#### 4.4.3 Gaming-orientierte Aktivitäten

Die Übersichtsarbeit von **Neal *et al.* (2019)** beschäftigt sich mit Gaming-orientierten Aktivitäten. Die Übersichtsarbeit widmet sich auch den sog. *robopets*, die jedoch unter den tiergestützten Verfahren (4.4.6) detaillierter vorgestellt werden. Zu den Gaming-orientierten Aktivitäten findet der Review insgesamt sechs Studien, darunter kein RCT. Die Interventionen umfassen eine sog. *Memory Box* – ein Computer mit personalisierten Inhalten aus Musik, Fotos, Filmen und Nachrichten von Angehörigen; *VENSTER* – eine Kunstinstallation, die sich über einen Touchscreen steuern lässt und verschiedene Bilder projiziert; *The Chitchatters* – ein Set aus Radio, Fernsehen, Telefon und Schatzkiste zur Unterstützung von Gruppenkommunikation; digitale autobiographische Fotoalben; ein modifizierter Standardcomputer mit Spielen. Die in den Studien verwendeten Maße fallen sehr heterogen aus, alle Studien berichten jedoch von positiven Effekten auf Wohlbefinden, Agitation und Belastungsempfinden.

#### 4.4.4 Ausflüge

**D’Cunha *et al.* (2020)** berichten von Aktivitäten wie Schwimmen/Aquafitness, Fahrradfahren mit Rollstuhl, Reiten, Besuche als Mentorin/Mentor, Gartenarbeiten im Park, die Bewohnerinnen und Bewohner außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung, in der sie wohnen, durchführen. Es werden statistisch signifikante positive Effekte auf Wohlbefinden, Lebensqualität, Stimmung, Depression, kognitive Fähigkeiten und Sozialverhalten berichtet. Allerdings handelt es sich zumeist um Studien ohne Kontrollgruppen. In den kontrollierten Studien (insg. drei, davon zwei RCT) findet sich eine geringer ausgeprägte depressive Symptomatik und ein erhöhtes Aktivitätsniveau in den

Interventions- gegenüber den Kontrollgruppen. Allerdings zeigen zwei dieser Studien eine nur sehr geringe Teilnehmerzahl (70, 18, 15).

#### 4.4.5 Aktivitäten des täglichen Lebens

**Barret et al. (2020)** tragen Studien zusammen, die sich mit Trainings von Aktivitäten des alltäglichen Lebens (*Activities of Daily Living*, ADL) und verwandten Funktionstrainings beschäftigen. Solche Verfahren finden sich auch unter den rehabilitativen Ansätzen (vgl. 3.4.2.3). Die Einordnung als „sinngabende Aktivitäten“ erfolgt in Hinblick auf das subjektive Erleben solcher Aktivitäten des alltäglichen Lebens, wie Haushaltsführung und Selbstversorgung, als nützlich und somit sinnvoll. Barret et al. (2020) berichten jedoch auf Grundlage von sechs Studien (vorwiegend RCT), dass sich für psychologische Outcomes wie Lebensqualität, Stimmung, Depression, Selbstständigkeit und Agitation keine Wirksamkeit ergab.

#### 4.4.6 Tiergestützte Interventionen

Diese Gruppe von Verfahren umfasst Interventionen, bei denen der Umgang mit Tieren den Schwerpunkt der Intervention bildet. Eine tiergestützte Intervention wird definiert als „goal oriented and structured intervention that intentionally includes or incorporates animals in health, education and human service, for the purpose of therapeutic gains in human“ (IAHAIO, 2014). Der Begriff „Tiergestützte Intervention“ fungiert dabei als Oberbegriff und subsumiert folgende Formen tiergestützter Tätigkeiten: tiergestützte Therapie, tiergestützte Pädagogik sowie tiergestützte Aktivitäten. Die tiergestützte Therapie verfolgt primär therapeutische Ziele und darf ausschließlich von einer ausgebildeten Fachkraft angeleitet werden. Allgemein werden tiergestützte Interventionen in Einzel- und Gruppensettings durchgeführt und zielen darauf ab soziale Fähigkeiten sowie kognitive, physische, verhaltensbezogene und/oder emotionale Funktionen zu verbessern. Die Interaktionen zwischen der Klientin/dem Klienten, dem Tier und der anleitenden Person (z. B. Therapeutin/Therapeut) ist die Basis von tiergestützten Interventionen. Beobachten, Füttern, Streicheln, Kommunizieren und Spielen bilden potentielle Interventionsinhalte (ebd.).

Im Rahmen der tiergestützten Therapie werden im Kontext der Pflege zunehmend auch Tierroboter eingesetzt, die neben dem tierähnlichen Aussehen auch Verhaltensweisen sowie tiertypische Geräusche realistisch simulieren. Je nach Modell, verfügen die Robotertiere zudem über Sensoren, die es ermöglichen auf Umweltreize wie Geräusche, Temperatur, Helligkeit und Berührungen zu reagieren (vgl. Möhler, 2011). Die Tiertherapie mit Robotertieren zielt darauf ab die Lebensqualität und Kommunikation von Pflegebedürftigen zu verbessern (Hülken-Giesler & Daxberger, 2018).

Auf Basis der sechs nachfolgend vorgestellten Übersichtsarbeiten zeigt sich, dass tiergestützte Interventionen positive Effekte auf die psychosoziale Gesundheit von pflegebedürftigen Personen in stationärer Versorgung erzielen können. In den

dargelegten Studien konnte jedoch nicht hinreichend nachgewiesen werden, ob tiergestützte Interventionen mit „echten“ Tieren effektiver sind als mit Tierrobotern. Insgesamt weisen viele der eingeschlossenen Studien eine geringe bis moderate Qualität auf und die berichteten Effekte sind eher klein. Die Autorinnen und Autoren erklären die heterogene Befundlage insbesondere mit den nicht standardisierten, kaum mit anderen vergleichbaren Interventionen.

**Jain *et al.* (2020)** untersuchen im Rahmen eines systematischen Reviews die Auswirkungen von hundegestützten Interventionen auf das psychosoziale Wohlbefinden von pflegebedürftigen Personen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Dabei werden u. a. die Outcomes Depression, Einsamkeit, Lebensqualität, soziale Funktionen sowie kognitive Funktionen betrachtet. Jain *et al.* (2020) identifizieren 43 relevante Studien; 39 quantitative und vier qualitative Studien. Die Mehrheit der quantitativen Studien wird mit einer niedrigen Qualität bewertet. Die hundegestützten Interventionen werden über einen Zeitraum von einer bis zu 52 Wochen durchgeführt, wobei sich die häufigste Anzahl an Sitzungen pro Woche auf einmal belief ( $n = 17$ ). Die Dauer der Sitzungen ist abhängig von der Anzahl der Teilnehmenden und variierte in der Regel zwischen 30 und 90 Minuten (Minimum drei Minuten, Maximum drei Stunden).

Die quantitativen Ergebnisse zeigen hinsichtlich der Zielgrößen soziale Funktionsfähigkeit ( $n = 10$ ), depressive Symptome ( $n = 6$ ) und Einsamkeit ( $n = 5$ ) eine Verbesserung. Allerdings konnten in der Hälfte der quantitativen Studien keine signifikanten Effekte auf die Outcomes nachgewiesen werden. Die Meta-Analyse ergab einen mittleren positiven Effekt auf die Reduktion von depressiven Symptomen und Einsamkeit. In den qualitativen Studien wurden die Einstellungen und Emotionen der pflegebedürftigen Personen sowie deren Betreuerinnen und Betreuer hinsichtlich der hundegestützten Interventionen betrachtet. Die qualitativen Ergebnisse zeigen drei übergreifende Kernthemen: „Animals as effective transitional objects, the therapeutic value of pets and the significance of the care environment and stakeholders in facilitating dog-assisted interventions“. Die Aufklärung aller beteiligten Personen über den Ablauf und die Ziele der hundegestützten Interventionen kann den Nutzen dieser erhöhen. Die Einbindung des Personals, eine ausgeprägte Vertrauensbasis, qualifizierte Trainerinnen und Trainer sowie Kontinuität sind weitere begünstigende Faktoren.

Die Ergebnisse der Studie bewerten Jain *et al.* wie folgt „The findings of this review indicate that while dog-assisted interventions have value for older people in residential long-term care facilities, challenges remain in accurately measuring its impact to provide a stronger evidence-base. Standardisation of dog-assisted interventions service design, delivery and evaluation is required for future research and practice in providing holistic care for older adults.“

Ein Cochrane-Review von **Lai *et al.* (2019)** mit neun RCT untersucht Effekte von tiergestützter Therapie für Menschen mit demenziellen Erkrankungen in vorwiegend stationärer Versorgung. Die betrachteten Outcomes sind u. a. emotionales Wohlbefinden, soziale Funktionsfähigkeit, allgemeine

verhaltensbezogene und psychische Symptome der Demenz, Agitation und Reizbarkeit, kognitive Funktionen sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität. In den eingeschlossenen RCT werden Hunde (n = 8) und Pferde (n = 1) als Therapietiere eingesetzt. Die Sitzungen dauern in der Regel zwischen zehn bis 90 Minuten über einen Zeitraum von sechs Wochen bis zu sechs Monaten, wobei die Häufigkeit von einer Sitzung alle zwei Wochen bis zu zwei Sitzungen pro Woche reichte. Die Ergebnisse legen nahe, dass tiergestützte Therapien bei demenziell erkrankten Menschen depressive Symptome reduzieren können. Lai *et al.* (2019) schlussfolgern: „Animal-assisted therapy may slightly reduce depressive symptoms. Otherwise, no conclusions can yet be drawn on whether animal-assisted therapy is beneficial or safe for people with dementia. The small size of the included studies, and the diversity of outcomes and outcome measures, were major issues. We recommend further well-conducted studies with the inclusion of important outcomes such as emotional and social well-being, quality of life, side effects, and effects on the animals.“

**Abbott *et al.* (2019)** stellen Evidenz zusammen für die Wirksamkeit von Tierrobotern auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen. Sie identifizieren 19 relevante Studien mit geringer bis moderater Qualität, davon zehn qualitative Studien, sieben RCT und zwei Mixed-Methods-Studien. In den verschiedenen Studien wurden folgende Robotertiere in Einzel- und/oder Gruppensitzungen eingesetzt: Roboterrobbe PARO (n = 15), Roboterkatze NeCoRo (n = 1), Roboterhund Aibo (n = 1) und Roboterbär CuDDler (n = 1). Die Inhalte der Therapiesitzungen wurden von Abbott *et al.* (2019) folgendermaßen beschrieben: „diversional/recreational therapy, sensory therapy, narrative therapy or in some cases, left open for the residents to engage as and when they wished.“ Die Kontaktsitzungen mit den Tierrobotern variierten in der Regel zwischen zehn bis 40 Minuten bei zwei bis drei Sitzungen die Woche über einen Zeitraum von ein bis vier Monaten.

In den qualitativen Studien wird die Funktion der Robotertiere als Katalysator für Kommunikation und Interaktion sowie deren positive Auswirkungen auf Aspekte des Wohlbefindens wie Lebensqualität, Einsamkeit, Agitation und depressive Symptome hervorgehoben. Die quantitative Evidenzsynthese unterstützt die Erkenntnisse der qualitativen Studien hinsichtlich Einsamkeit, Lebensqualität, Agitation und depressive Symptome. Allerdings zeigt die Meta-Analyse ausschließlich signifikante Effekte auf agitiertes Verhalten. Die qualitativen Daten verdeutlichen zudem, dass der Einsatz von Robotertieren auch negative Reaktionen auslösen kann, bspw. erlebten Bewohnerinnen und Bewohner die Sitzungen als langweilig, nervig und infantilierend. Es wird daher empfohlen Tierroboter ausschließlich bei interessierten pflegebedürftigen Personen einzusetzen. Darüber hinaus sollte das Personal in Pflegeeinrichtung hinsichtlich der Robotertiere geschult werden, um einen sicheren Umgang mit diesen zu fördern und einen adäquaten Einsatz sicherzustellen. Bezüglich der Effekte von Robotertieren konstatieren Abbott *et al.* (2019): „Engagement with robopets appears to have beneficial effects on the health and well-being of older adults

living in care homes, but not all chose to engage. Whether the benefits can be sustained are yet to be investigated“. Sie betonen zudem, dass durch die Heterogenität in den Interventionen wie auch die geringe bis mittlere Qualität der eingeschlossenen Studien eine eindeutige Schlussfolgerung über den langfristigen Nutzen von Tierrobotern erschwert ist.

**Aarskog et al. (2019)** betrachten ebenfalls die Effekte von tiergestützten Interventionen für demenziell erkrankte Menschen im Kontext der stationären Versorgung. Als Outcomes untersuchen die 15 eingeschlossenen Studien Verhaltens- und psychische Symptome, Depression und Stimmung sowie Lebensqualität. Dabei wurden drei Gruppen von Studien einbezogen: Studien, die hundegestützte Interventionen betrachten (n = 8), Studien, die Robotertiere untersuchen (n = 6) und Studien, die hundegestützte Interventionen und den Einsatz von Robotertieren vergleichen (n = 1). Bei allen eingeschlossenen Studien war die Angst vor oder die Abneigung gegen Hunde und Robotertiere ein Ausschlusskriterium für die Studienteilnahme. Folgende Roboter wurden u. a. betrachtet: PARO, NeCoRo und JustoCat. Die tiergestützten Interventionen variierten in der Regel zwischen 20 bis 60 Minuten bei einer bis fünf Sitzungen die Woche über einen Zeitraum von ca. ein bis sechs Monaten. Die Ergebnisse zeigen für alle betrachteten Outcomes eine signifikante Verbesserung. Des Weiteren konnten u. a. positive signifikante Effekte auf die Reaktionsfähigkeit, das Engagement und die Interaktion nachgewiesen werden. Bei allen Studien, die eine Follow-up-Messung enthielten, waren die Effekte der tiergestützten Interventionen insbesondere hinsichtlich der BSPD, der Depression und Stimmung in der Nachbeobachtungsphase geringer. Aarskog et al. (2019) schlussfolgern: „Animal-assisted interventions by dogs or robotic animals is promising in reducing behavioral and psychological symptoms and depression, and improving mood and quality of life among residents with dementia living in nursing homes.“

**Chen et al. (2018)** stellen Evidenz zusammen für die Wirksamkeit von „Social Robots“ für an Depression erkrankte ältere Menschen, überwiegend in stationären Pflegeeinrichtungen. Sie schließen sieben Studien mit hoher Qualität in die Übersichtsarbeit ein, dabei untersuchen fünf Studien die Effekte der Roboterrobbe PARO<sup>30</sup>. In den eingeschlossenen Studien wurde die depressive Symptomatik als primäres Outcome betrachtet. Die Interaktion mit PARO fand hauptsächlich im Gruppensetting statt und variierte in der Regel zwischen zehn bis 60 Minuten bei zwei Sitzungen die Woche über einen Zeitraum von fünf bis zwölf Wochen. Zwei der fünf Studien weisen eine signifikante Verringerung der Depressionssymptome nach. Allerdings bewerten Chen et al. (2018) die Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund der geringen Stichprobengrößen sowie der starken Unterschiede bei den Studienteilnehmenden und in der Interventionsumsetzung als eingeschränkt. Sie schlussfolgern: „The results highlight the potential of social robot interventions for

---

<sup>30</sup> Ein Kommunikationsroboter (n=1) und ein Roboter mit Gesundheitsüberwachungsfunktion (n=1) werden hier nicht weiter behandelt.

---

reducing depression in older adults. However, the evidence is not strong enough to formulate recommendations on clinical effectiveness.“

**Hanratty *et al.* (2019)** tragen ebenfalls mit sechs Studien Evidenz für die Wirksamkeit von Tierrobotern auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit und dem Wohlbefinden von Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung zusammen. Ein Teil der Studien zeigte signifikante positive Effekte auf die Outcomes: Stimmung, Agitation und depressive Symptome. Darüber hinaus kann durch den Einsatz von Robotertieren Einsamkeit bei Pflegebedürftigen reduziert werden. In einer Studie wurde zudem die Wirksamkeit einer tiergestützten Therapie mit Nutzung eines echten Hundes und einem Robotertier verglichen. Die Ergebnissynthese ergab, dass die Roboterrobbe PARO hinsichtlich der Reduzierung von Einsamkeit effektiver war. Zusammenfassend schlussfolgern Hanratty *et al.*: „In summary, robot interventions reported in published literature appear likely to have a positive effect on resident mood, agitation and interaction, but it is not clear that they offer greater benefits than real pet animals, other than in ease of access and availability. Evaluations of the costs and benefits of robotic interventions, and comparisons with existing practice, would all be helpful.“

## 4.5 Verfahren zur Förderung sozialer Interaktionen

Insgesamt wurden neun Übersichtsarbeiten zum Thema „Förderung sozialer Interaktionen“ identifiziert. Die Artikel lassen sich den Themen „Einbeziehung von Angehörigen“ und „digitale Medien zur Förderung von Interaktionen“ zuordnen, entlang derer sie nachfolgend vorgestellt werden. Eine weitere Publikation widmet sich „sozialen Interaktionen“, worunter eine Mischung von Interventionen identifiziert wird.

### 4.5.1 Einbeziehung von Angehörigen

Drei eingeschlossene Reviews beschäftigten sich mit der Einbeziehung von Angehörigen in die Pflege von Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen. Dabei entsteht ein Bild der sehr komplexen Beziehungen, die sich zwischen Angehörigen, Bewohnerschaft und Personal ergeben. In Bezug auf die Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der Beziehungen liegen wenige Erkenntnisse vor, wobei der hohe Stellenwert der Einbeziehung von Angehörigen von allen Autorinnen und Autoren hervorgehoben wird.

**Backhaus *et al.* (2020)** stellen eine systematische Literaturrecherche zu Interventionen vor, die Familienmitglieder in die Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen einbeziehen. Sie identifizieren 25 Studien, die 21 verschiedene Interventionen untersuchen. Die Interventionen lassen sich in vier Gruppen einteilen: Aufbau einer Partnerschaft zwischen Familie und Personal (n = 2), Einbindung von Familien in Entscheidungen (häufig in Bezug auf das Lebensende, n = 9), Befähigung der Familie zur besseren/aktiveren Entscheidungsfindung (n = 7) und Psychoedukation der Familien (n = 3).

---

Im Ergebnis stellen Backhaus *et al.* (2020) fest: „In general, it can be concluded that little can be said about the effectiveness of interventions in increasing family inclusion in nursing homes for people with dementia, while the experiences of participating family and staff members were positive.“

**Bagnasco *et al.* (2019)** untersuchen den Einsatz generationenübergreifender Interventionen mit Hilfe eines systematischen Literaturreviews qualitativer Studien. Eingeschlossen werden Studien, in denen Kinder Pflegeeinrichtungen besuchen und gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern (teilweise strukturierte) Aktivitäten durchführen. Zu den Aktivitäten gehören gemeinsames Musizieren, Brettspiele oder Vorlesen für die Kinder. Die Interventionen sollen die Gesundheit der Bewohnerschaft und ihre Lebensqualität verbessern sowie die Kognition und physische Funktionsfähigkeit erhalten.

Eine Metasynthese der qualitativen Erkenntnisse zeigt, dass mit Hilfe der Interventionen familiäre Gefühle wiederhergestellt sowie Empathie und Respekt generationenübergreifend aufgebaut werden können. Weiterhin können die Interaktionen den Bewohnerinnen und Bewohnern neue Motivation und Energie geben. Somit stellen Bagnasco *et al.* (2019) positive Effekte auf die Stimmung und das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Personen fest. Zu den Barrieren gehören unter anderem mangelndes Interesse an der Interaktion auf beiden Seiten oder Ängste.

Sie ziehen das Resümee: „The synthesis shows that intergenerational interventions demonstrate a dynamic that can recreate the family relationships between grandparents and grandchildren. [...] The relationship that is generated between the older people and the children also seems to provide some of the older people with a sense of purpose [...]. This could also have a therapeutic effect in terms of the mental health of the older people.“

**Puurveen *et al.* (2018)** erstellten eine „critical interpretive synthesis“ zu den Rollen und Verantwortlichkeiten von Familien im Kontext von stationären Pflegeeinrichtungen sowie fördernden und hemmenden Faktoren für ihre Einbeziehung in die Pflege ihrer Angehörigen. Dafür werden 32 Studien untersucht, 24 qualitative und acht quantitative.

Die Studien zeigen, dass Familien in Pflegeeinrichtungen verschiedene Aufgaben übernehmen:

- ◆ „hands-on assistance“, z. B. Mahlzeiten reichen, Fingernägel schneiden, Waschen
  - ◆ „overseeing and/or managing care“, z. B. Begleitung zur Arztbesuchen, Eintreten für die Präferenzen der Angehörigen, Erledigung bürokratischer Angelegenheiten
  - ◆ „socioemotional support“, z. B. Aufrechterhaltung von Routinen, Freizeitaktivitäten, Aktivitäten außerhalb der Einrichtung, Mittlung von Werten und Erfahrungen der pflegebedürftigen Personen an das Personal
-

- ◆ „contributing to the community“, z. B. Unterstützung anderer Bewohnerinnen und Bewohner bei Freizeitaktivitäten, Austeilen von Snacks/Mahlzeiten an die Bewohnerschaft, Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern.

Familien weisen bestimmte Besuchsmuster auf, wobei sie typischerweise mindestens ein- oder zweimal pro Woche zu Besuch kommen. In ihrer eigenen Wahrnehmung sehen Familien ihre Einbeziehung in die Pflege als variabel. Gründe für die Zunahme von Besuchen sind z. B. die Unzufriedenheit der Familien mit der formellen Pflege oder die Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Angehörigen. Gründe für eine Besuchsabnahme sind die Zufriedenheit mit der formellen Pflege, die eingeschränkte Konversationsfähigkeit des Angehörigen, die eigene verschlechterte Gesundheit, Schuldgefühle oder Besuche durch andere Familienangehörige.

Als Motivation für das Engagement von Familien identifizieren Puurveen *et al.* (2018) ein grundsätzliches Verantwortungsgefühl für das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Angehörigen. In den individuellen Situationen können sich jedoch sehr unterschiedliche Motivationen ergeben, welche sie genauer darstellen.

Bezüglich Faktoren, die die Einbeziehung von Familien beeinflussen, arbeiten Puurveen *et al.* (2018) heraus, dass die Grenzen zwischen den Aufgaben von Angehörigen und des Personals verschwimmen können und sich darin Konfliktpotenzial birgt. Weiterhin können sich aus den unterschiedlichen Erwartungen von Familien an das Personal vertrauensvolle Verhältnisse oder auch mehr oder weniger offene Machtkämpfe ergeben. Mängel in Pflegeeinrichtungen insbesondere in Bezug auf Personalausstattung, Regeln für die Einbeziehung von Familien sowie das Leitbild der Einrichtung können die Einbeziehung von Familien erschweren. Puurveen *et al.* stellen fest: „Although there seems to be overall agreement regarding the value of family involvement, there is less agreement about the kinds of roles families should enact, and researchers have demonstrated that staff and administrators held conflicted views about the role of the family“.

#### 4.5.2 Digitale Medien zur Förderung von Interaktionen

Fünf eingeschlossene Reviews beschäftigen sich mit dem Einsatz digitaler Medien, wobei häufig, aber nicht ausschließlich, soziale Interaktionen im Fokus stehen. Die Reviews zeigen, dass digitale Medien auf vielfältige Weise Einzug in Pflegeeinrichtungen halten. Jedoch gibt es bisher wenig konkrete Wirksamkeitsbelege. Auch Nordhausen *et al.* (2019) finden keine eindeutigen Belege für die Wirksamkeit.

Eine allgemeine Betrachtung des Einsatzes von Tablets findet in einem Scoping Review von Hung *et al.* (2020) statt. Sie werten Studien aus, die mit Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Settings durchgeführt wurden. Zu den untersuchten Interventionen gehören Tablets auf denen Apps für Spiele, Reminiszenz, simulierte Präsenztherapie oder die Kommunikation mit der Familie zur Verfügung stehen.

---



Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien, deuten auf positive Effekte in Bezug auf Beschäftigung, Verhaltens- und psychische Symptome sowie Lebensqualität hin. Hung *et al.* (2020) schlussfolgern: „Key benefits of using touchscreen technology to support dementia care are increasing social engagement/participation, decreasing responsive behaviours and promoting enjoyment/quality of life among people with dementia. Importantly, a lack of evidence around enabling strategies indicates that knowledge translation research is needed to support the implementation of touchscreen tablet technology in care settings.“

**Schuster & Hunter (2017)** untersuchen im Rahmen eines Scoping Reviews das Einsatzfeld von Videotelefonie. Allgemein können sie nur eine geringe Evidenz finden, die häufig auf die zu geringen Stichprobengrößen und kurzen Beobachtungszeiträume beruht. Darüber hinaus verlangt der Einsatz von Videotelefonie eine allgemeine Offenheit gegenüber neuen Technologien. Die Teilnehmenden gaben an aufgrund technischer Schwierigkeiten häufiger frustriert gewesen zu sein. Als Fazit stellen Schuster & Hunter fest: „The results showed that video communication had a long-term effect of easing depressive symptoms and loneliness for the residents, as well as improving long-term emotional social support. Short-term appraisal support was also improved, along with a decrease in instrumental social support for the resident“ (2017, S. 8).

**Noone *et al.* (2020)** untersuchen die Wirksamkeit von Videotelefonie im Rahmen eines Cochrane Reviews. Die Videotelefonie findet per Computer, Smartphone oder Tablet statt. Zu den untersuchten Outcomes gehören Einsamkeit, soziale Isolation, Depressionen und Lebensqualität. Die Zielgruppe der Interventionen sind Personen über 65 Jahren, ohne kognitive Beeinträchtigungen und ohne Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens. Die Videoanrufe werden mindestens einmal wöchentlich für fünf-minütige Gespräche mit der Familie eingesetzt.

In die Metaanalyse können drei Studien eingeschlossen werden, die alle in Pflegeeinrichtungen stattfanden. Bezüglich Einsamkeit, Depressionen und Lebensqualität finden Noone *et al.* (2020) keine bis sehr kleine positive Effekte. Zur Isolation gibt es keine Daten. Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ist gering, da die Studien in Taiwan und von denselben Autorinnen und Autoren durchgeführt wurden.

**Abraha *et al.* (2017)** tragen Evidenz zusammen zur Wirksamkeit von „simulated presence therapy“ auf Verhaltens- und psychische Symptome bei demenziell erkrankten Menschen in stationärer Versorgung. Bei der „simulated presence therapy“ werden Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz personalisierte Video- und Tonaufzeichnungen, in der Regel aufgenommen von Familienmitgliedern, vorgespielt (Woods & Ashley, 1995). Dabei besteht die Intention darin, für die Personen mit Demenz eine vertraute Umgebung zu schaffen, die sich positiv auf Agitation, Ängste sowie Sorgen auswirken kann. Des Weiteren wird das Ziel verfolgt, die Behandlung von Verhaltens- und psychische Symptomen durch die emotionsorientierte Intervention zu unterstützen. Die Inhalte der Aufnahmen sollten positive Erlebnisse der pflegebedürftigen Person

sowie gemeinsame Erinnerungen mit Menschen aus dem engeren Umfeld, wie Familie und Freunde, umfassen (Abraha *et al.*, 2017). Identifiziert wurden drei relevante Studien mit 144 Teilnehmenden, wobei die Qualität der Studien in Bezug auf Design und Methoden als gering eingeschätzt wird; das Risiko für Verzerrungen überwiegend als hoch.

Hinsichtlich der bewerteten Zielgrößen betrachtet eine Studie Agitation und zurückgezogenes Verhalten, die zweite Studie betrachtet verbales Störverhalten und die dritte Studie körperliches und verbales agitiertes Verhalten. Zwei der Studien benutzen personalisierte Tonaufzeichnungen in der Regel von Familienmitgliedern. In der weiteren Studie werden Videoaufnahmen verwendet. Die Effekte der „simulated presence therapy“ werden u. a. mit folgenden Interventionen verglichen: Musikaufnahmen entsprechend der musikalischen Vorlieben, Placebo-Interventionen mit einer nicht-personalisierten Tonaufzeichnung, Bewegungsübungen, sensorische Stimulation und einer Interaktion mit einer Forschungsassistentin/einem Forschungsassistenten. Die Interventionen unterscheiden sich zudem auch erheblich in der Dauer und Häufigkeit. Aufgrund der erheblichen Heterogenität der eingeschlossenen Studien werden keine Meta-Analysen durchgeführt. Abraha *et al.* (2017) bewerten die Ergebnisse wie folgt: „Within each trial, the effect of simulated presence therapy on behaviour, compared to usual care, was mixed and depended on the measure used. Two trials which included a personalised music intervention reported no significant differences between simulated presence and music on behavioural outcomes. Because the overall quality of the evidence was very low, we were very uncertain regarding all the results.“

**De Boissieu *et al.* (2017)** untersuchen den Einsatz von „Exergames“ für ältere Menschen. Exergame ist eine Wortzusammensetzung aus den englischen Worten „exercise“ (Übung/Ertüchtigung) und „gaming“ (Spielen). Der Unterschied zu konventionellen Videospiele besteht in der körperlichen Anstrengung bzw. Aktivität, die während des Spiels notwendig ist. In dem Review werden zwölf Studien bezüglich ihrer Wirkung auf die physische und mentale Gesundheit analysiert. Darunter sind fünf kontrollierte Studien (davon drei RCTs), sechs unkontrollierte Studien und ein narrativer Literaturreview.

Sechs der eingeschlossenen Studien verwenden eine Wii®, vier eine Kinect®; des Weiteren wird Cybercycling (virtuelles Radfahren) eingesetzt. Die Anwendungshäufigkeit der Exergames variierte zwischen einer einmaligen Anwendung und der Anwendung über zwölf Wochen. Im Mittel nahmen 30 Personen teil (Minimum:7; Maximum:79). Die Hälfte der Studien richteten sich an Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen, fünf an ältere Menschen außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen und in einer Studie war die Gruppe gemischt. Die Teilnehmenden waren kognitiv nicht beeinträchtigt und mussten über ein ausreichendes Maß an motorischem Leistungsvermögen verfügen.

---

Die Studien, die Bewohnerinnen und Bewohner aus Pflegeeinrichtungen untersuchen, zeigen signifikante Ergebnisse bzgl. der physischen Gesundheit (n=2, keine RCTs). Zwei weitere Studien (ein RCT) kamen zu inkonsistenten Ergebnissen für die Kognition. Ein RCT lieferte inkonsistente Ergebnissen zur mentalen Gesundheit.

In der Gesamtschau der Studien halten De Boissieu et al. (2017) fest: „[...] the literature did not reveal that exergames had a beneficial effect on physical activity, cognitive abilities, representation of self, or quality of life. [...] Since they associate physical activity and cognitive stimulation, exergames could, theoretically, be used to promote cognitive training in elderly individuals. The results of our review of the literature nonetheless do not support the notion that exergames have a beneficial effect on cognitive abilities.“

#### 4.5.3 „Soziale Interventionen“

**Mikkelsen et al. (2019)** untersuchen die Wirksamkeit von verschiedenen „sozialen Interventionen“ auf die psychosoziale Gesundheit von pflegebedürftigen Personen im stationären Kontext. Unter „sozialen Interventionen“ verstehen sie dabei solche, die primär auf Beziehungen abzielen bzw. auf Konzepten wie Einsamkeit, soziale Isolation, soziale Unterstützung, soziale Netzwerke aufbauen oder diese als Outcome beeinflussen sollen. Weiterhin beinhalten „soziale Interaktionen“ ein Gespräch und ein Treffen (persönlich oder virtuell) zwischen den Teilnehmern.

Die zehn eingeschlossenen Studien werden entsprechend der Interventionsart in vier Gruppen eingeteilt: Reminiszenz (n = 7), Videokonferenzen (n = 1), „cognitive enhancement program“ (n = 1) und Selbsthilfegruppe (n = 1). Die Qualität der eingeschlossenen Studien in Bezug auf Design und Methoden wird als gering bis hoch eingeschätzt; wobei fünf Studien eine hohe Qualität aufweisen. Als Outcomes werden u. a. Einsamkeit, soziale Unterstützung, Depression, Wohlbefinden, kognitive Performance, Lebensqualität und -zufriedenheit betrachtet.

Der Aufbau und die Inhalte der Reminiszenz-Verfahren innerhalb der eingeschlossenen Studien werden in der Übersichtsarbeit nicht dargelegt. Die quantitativen Ergebnisse zeigen eine reduzierte depressive Symptomatik, ein gesteigertes Selbstwert- und Identitätsgefühl, ein erhöhtes Wohlbefinden und soziales Engagement sowie eine gesteigerte Lebensqualität und kognitive Performance. Ein Teil der Studien kann auch positive signifikante Effekte u. a. auf das Selbstwertgefühl, die Lebensqualität und depressive Symptomatik aufzeigen.

Die Videokonferenz-Intervention dauerte drei Monate und beinhaltete wöchentlich eine fünfminütige virtuelle Interaktion mit der Familie der pflegebedürftigen Person. Die Ergebnisse zeigen, dass die Videokonferenzen positive Effekte auf die Einsamkeit und die soziale Unterstützung erreichen können. Die Reduzierung der Einsamkeit konnte sowohl in den wöchentlichen Erhebungen als auch bei der Follow-up-Messung nach den drei Monaten belegt

werden. Des Weiteren zeigte sich nach Ablauf der Intervention eine signifikante Verminderung depressiver Symptome.

Mit dem gruppenbasierten „cognitive enhancement program“ wurde das Ziel verfolgt kognitive Aktivitäten zu stimulieren und dabei soziale Unterstützung zu stärken und Einsamkeit zu verringern. In der Interventionsgruppe konnten keine positiven Effekte auf die betrachteten Outcomes nachgewiesen werden, jedoch verringerte sich bei der Kontrollgruppe die soziale Unterstützung und die wahrgenommene Einsamkeit verstärkte sich.

Die eingeschlossene qualitative Studie mit einem Mixed-Methods-Ansatz umfasst als Intervention eine Selbsthilfegruppe, die von geschulten Mitarbeitenden moderiert wurde. Inhalte der wöchentlichen Selbsthilfegruppe waren Gruppendiskussionen in Form von Fokusgruppen, dabei durften die teilnehmenden Pflegebedürftigen die Themen selbst bestimmen. Aus Sicht der Bewohnerschaft und Mitarbeitenden hatte die Selbsthilfegruppe positive Effekte auf folgende Outcomes: Einsamkeit, Entwicklung und Stärkung von Freundschaften, Bewältigungsstrategien, Verständnis sowie soziale Unterstützung.

Mikkelsen *et al.* (2019) bewerten die Evidenz aller Ergebnisse aufgrund der begrenzten Studienanzahl und der starken Unterschiede in der Interventionsart und Durchführung als begrenzt. Sie schlussfolgern: „All studies found the social interventions brought about positive trends on either/or the social and health-related measures included. Despite limited and very diverse evidence, our systematic review indicated a positive social and health-related potential of social interventions for older people living in nursing homes or similar institutions.“

#### 4.6 Gestaltung des Wohnumfelds

Es wurden acht Übersichtsarbeiten zu Verfahren der Gestaltung des Wohnumfelds (*environmental design*) eingeschlossen. Dabei bezieht sich „Gestaltung des Wohnumfelds“ auf die bauliche, innenarchitektonische, landschaftliche und technische/technologische Beschaffenheit bzw. Ausstattung von Pflegeeinrichtungen.

Bei den meisten der Übersichtsarbeiten (sechs von acht) handelt es sich um systematische Reviews mit narrativer Analyse (Chaudhury *et al.*, 2017; Daly Lynn *et al.*, 2019; Ferdous, 2019; Janus *et al.*, 2020; Ludden *et al.*, 2019; Motealleh *et al.*, 2019). Ein Review (Calkins *et al.*, 2018) verwendet ein vollständig narratives Vorgehen (ohne systematische Literaturrecherche). Der Cochrane Review von **Van der Roest *et al.*, 2017** identifizierte keine Studien, die den Einschlusskriterien genügen.

Sämtliche Übersichtsarbeiten fokussieren auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Einrichtungen der Langzeitpflege. Insgesamt ist anzumerken, dass den Übersichtsarbeiten die Trennung der Ansätze zur Gestaltung des Wohnumfelds von *Aktivitäten*, die in diesem stattfinden, unterschiedlich gut gelingt. Diese Vermischung hängt vermutlich auch damit zusammen, dass die

Gestaltungsansätze für Pflegeeinrichtungen dieselben therapeutischen Ziele (*therapeutic goals*) verfolgen wie Aktivitäten, die in diesen Einrichtungen stattfinden.

Bei der Darstellung der Studienlage aus der Literaturrecherche wird besonders auf die Übersichtsarbeiten von **Calkins et al. (2018)** und **Chaudhury et al. (2017)** fokussiert, da diese einen gut aufbereiteten Überblick über die verschiedenen gestalterischen Ansätze geben. Die Befunde aus den Übersichtsarbeiten von Daly Lynn et al. (2019), Janus et al. (2020), Ludden et al., 2019 und Motealleh et al. (2019) werden ergänzend in den Überblick von Calkins et al. (2018) und Chaudhury et al. (2017) integriert. Die Übersichtsarbeit von **Ferdous (2019)** eignet sich aufgrund ihrer methodischen Qualität nicht (i. d. R. wird kein Bezug auf konkrete empirische Evidenz genommen; die Strukturierung der Übersichtsarbeit ist unübersichtlich und wenig nachvollziehbar), um Hinweise auf eine effektive Gestaltung des Wohnumfelds zu erhalten; auf diese Übersichtsarbeit wird in der Folge nicht weiter eingegangen.

Bei Calkins et al. (2018) und Chaudhury et al. (2017) entsprechen die folgenden Aspekte übergeordneten therapeutischen Zielen, die mit der Gestaltung des Wohnumfelds in Pflegeeinrichtungen verfolgt werden (*overarching therapeutic goals of environmental design*):

- ◆ Sicherheit (*safety and security*): Sicherstellung der Sicherheit für Leib und Leben der Bewohnerinnen und Bewohner (z. B. Vermeidung von Stürzen)
  - ◆ Bewusstsein und Orientierung (*awareness and orientation*): Unterstützung der räumlichen und zeitlichen Orientierung der Bewohnerinnen und Bewohner
  - ◆ Funktionale Unterstützung (*support functional abilities*): Unterstützung der Bewohnerschaft bei der (selbstständigen) Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
  - ◆ Ästhetik und Stimulation (*regulation and quality of stimulation*): Schaffung einer Umgebung mit einem den Bedürfnissen der Bewohnerschaft angemessenen Stimulationsniveau durch Umgebungsreize
  - ◆ Autonomie (*autonomy, personal control, freedom*): Förderung der Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner
  - ◆ Privatheit (*privacy*): Ermöglichung von Privatheit und Intimität für Bewohnerinnen und Bewohner
  - ◆ Soziale Aktivierung (*facilitation of social contact*): Ermöglichung von Kommunikation und sozialer Interaktion für Bewohnerinnen und Bewohner
  - ◆ Personalisierung (*personalization*): Schaffung von Möglichkeiten des Ausdrucks der eigenen Persönlichkeit von Bewohnerinnen und Bewohner
-

- ♦ Verbindung zur Gemeinschaft (*connection to community*): Schaffung von Möglichkeiten zum Austausch der Bewohnerschaft mit Akteuren außerhalb des unmittelbaren Wohnumfelds

Sowohl Calkins *et al.* (2018) als auch Chaudhury *et al.* (2017) ordnen diese Ziele bestimmten gestaltbaren Eigenschaften des Wohnumfelds zu; mit einer entsprechenden Gestaltung wird sich den Zielen angenähert. Während Chaudhury *et al.* die Einrichtungsgröße (*unit size*), die räumliche Organisation/Anordnung (*spatial layout*), einen wohnlichen Charakter (*homelike character*) sowie die Gestaltung des Essbereichs und des Außenbereichs als zentral für die Erreichung der Ziele identifizieren, strukturieren Calkins *et al.* die gestalterischen Ansätze nach übergeordneten Handlungsempfehlungen (*overarching practice recommendations*). Diese orientieren sich am allgemeinen Leitbild der personenzentrierten Pflege, die einen übergeordneten theoretischen Rahmen liefert, um die gestalterischen Ansätze zu systematisieren (Calkins *et al.*, 2018).

In diesem Kapitel wird weitgehend der Strukturierung von Calkins *et al.* (2018) gefolgt, da dies eine Einordnung auch der in den weiteren Übersichtsarbeiten zusammengetragenen Befunde ermöglicht. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass damit keine trennscharfe Systematik von Gestaltungsansätzen geliefert wird. Einige der von Calkins *et al.* entwickelten, übergeordneten Handlungsempfehlungen entsprechen sehr allgemeinen gestalterischen Grundsätzen, während andere recht konkrete Gestaltungskonzepte liefern. Dadurch lassen sich einige der vorgestellten Gestaltungselemente mehreren Ansätzen gleichzeitig zuordnen.

Die gestalterischen Ansätze in den Übersichtsarbeiten wurden mit Blick auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen zusammengetragen; dabei orientieren sich Calkins *et al.* aber an Grundsätzen, die auch für (pflegebedürftige) Menschen *ohne* demenzielle Erkrankung gelten. Wenn Menschen mit und ohne demenzielle Erkrankungen zusammenleben, sind nach dem Grundsatz der personenzentrierten Pflege Wohnumgebungen zu schaffen, die den Bedürfnissen beider Gruppen gleichzeitig entsprechen. Es geht daher auch um die Entwicklung eines guten Wohnumfelds für (hoch-)betagte Menschen im Allgemeinen (vgl. Calkins *et al.*, 2018).

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den meisten der in die Übersichtsarbeiten eingeschlossenen Studien nicht um randomisierte und kontrollierte Studien (RCT) handelt, da eine zufällige Zuweisung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu unterschiedlichen Umgebungsbedingungen häufig nicht möglich ist. Dies betrifft insbesondere Bedingungen mit weitreichenden Konsequenzen für die gestalterische Konzeption von Wohnumgebungen, wie bestimmte Wohnformen (Hausgemeinschaften vs. typische Einrichtungen der Langzeitpflege mit höherer Bettenzahl). Dadurch kann der kausale Effekt einiger zentraler Gestaltungsansätze nicht bestimmt werden.

---

#### 4.6.1 Gestaltungsansätze zur Unterstützung von Gemeinschaft

Originaler Wortlaut der Handlungsempfehlung: *Create a sense of community within the care environment.*

Bei diesen Ansätzen geht es um die Schaffung von Möglichkeiten für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen, um weiterhin in die Gemeinschaft integriert zu sein. Dabei ist insbesondere die Gemeinschaft außerhalb von Pflegeeinrichtungen gemeint, um einer Isolation der Bewohnerinnen und Bewohner vom Rest der Gesellschaft entgegenzuwirken. Es geht um die umfassende Integration von Pflegeeinrichtungen in das umgebende Quartier, das sich auch in der baulichen Planung von Einrichtungen niederschlagen muss (vgl. „5. Generation Altenwohnbautyp“ in Kapitel 3.2). Calkins *et al.* (2018) empfehlen z. B. die Einrichtung von Restaurants oder Essbereichen, in denen sowohl die Bewohnerschaft als auch Besuchende gemeinsam speisen können, Ausstellungsräume für Künstlerinnen/Künstler und Räumlichkeiten für Treffen lokaler Gruppen und Vereine, Betreuungsmöglichkeiten in den Einrichtungen sowohl für Kinder der Mitarbeitenden als auch aus der Nachbarschaft. Keine der Übersichtsarbeiten berichtet jedoch von Studien hierzu.

#### 4.6.2 Gestaltungsansätze für Wohnlichkeit und Wertschätzung

Originaler Wortlaut der Handlungsempfehlung: *Enhance comfort and dignity for everyone in the care community.*

Wohnlichkeit (*comfort*) meint v. a. das Gefühl der Bewohnerinnen und Bewohner, sich in der Einrichtung wie zu Hause zu fühlen. Wertschätzung betrifft v. a. die würdevolle Art und Weise (*dignity*), mit der Bewohnerinnen und Bewohner behandelt werden. Darunter werden bei Calkins *et al.* (2018) mehrere Handlungsempfehlungen zusammengefasst:

##### **Schaffung eines angemessenen sensorischen Umfelds**

Diese Ansätze befassen sich zum einen mit der Reduktion von Quellen sensorischer Reizüberflutung (*perceptual noise*) und zum anderen mit der Schaffung einer ansprechenden, sensorisch stimulierenden Umgebung. Lärmquellen und visuelle Reizüberflutungen sollten reduziert werden, z. B. indem geräuscharme Oberflächen genutzt, lärmreduzierenden Dämmungen angebracht oder der Einfall blendenden Sonnenlichts kontrolliert werden (Calkins *et al.*, 2018). Chaudhury *et al.* (2017) berichten von Studien, die gezeigt haben, dass erhöhter Umgebungslärm mit geringerer sozialer Interaktion, erhöhter Agitation und Aggression, vermehrt störendem Verhalten und Umherirren der Bewohnerinnen und Bewohner assoziiert ist. Andersherum gehe ein geringerer Umgebungslärm mit einer erhöhten Lebensqualität einher.

Die systematische Literaturrecherche von Janus *et al.* (2020) konzentriert sich vollständig auf den Effekt von akustischen Quellen in Pflegeheimen. Ihre Übersichtsarbeit schließt fünf nicht kontrollierte Studien zu Interventionen mit Hintergrundmusik und drei RCT mit Reduktion von Umgebungsgeräuschen ein. Sie

berichten, dass Dämmungen an den Zimmerdecken zusammen mit beruhigender Hintergrundmusik in einem Prä-Post-Vergleich mit einer geringeren Anzahl von Episoden agitierten Verhaltens assoziiert waren. Dies konnte auch für entspannende Hintergrundmusik während des Abendessens gezeigt werden. Zudem führte Hintergrundmusik während des Abendessens zu einer längeren Verweildauer am Esstisch, einer erhöhten Nahrungsaufnahme, geringerer Reizbarkeit, weniger Ängstlichkeit und geringerer depressiver Stimmung – dieser Unterschied war am stärksten ausgeprägt, wenn entspannende Musik statt Oldies oder Popmusik gespielt wurde. In einer anderen Studie wird berichtet, dass Hintergrundmusik und Gesang von Pflegenden mit einer Verstärkung positiver Emotionen und Verringerung von Aggression einhergingen. Beruhigende Musik zusammen mit einer Edukationsmaßnahme für Mitarbeitende zu Strategien zur Reduktion von Lärm und störendem Licht gingen mit einer Reduktion der Einschlafzeit einher. In einer weiteren Studie führte eine ähnliche Edukationsmaßnahme zu einer Abnahme der Schläfrigkeit am Tage und einer Zunahme von sozialer und körperlicher Aktivität.

Eine sensorisch stimulierende Umgebung bietet Ablenkungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, z. B. in Form von sensorisch ansprechenden Kunstinstallationen, interessantem Ausblick in die Landschaft und Zugangsmöglichkeiten zu einem Außenbereich, der zur Erkundung einlädt (Calkins *et al.*, 2018). Chaudhury *et al.* (2017) führen an, dass eine farbenfrohe, ansprechende und geschmückte Umgebung mit geringerer Agitation (*fewer walking/pacing episodes, shorter pacing and longer sitting duration*) assoziiert ist. Zudem sei mehr Zeit, die Bewohnerinnen und Bewohner in einem Außenbereich (Garten) verbringen, mit weniger Agitation und Aggression verbunden.

Chaudhury *et al.* (2017) berichten zudem positive Effekte durch helles Licht. Die Exposition mit einer erhöhten Beleuchtungsstärke (2.500–10.000 Lux) bzw. mit kontinuierlich hellem Licht tagsüber geht mit einem verbesserten zirkadianen Rhythmus, verbesserter Stimmung, verbesserter Nachtruhe, verbesserter Wachsamkeit, verbesserten Gedächtnisleistungen (MMST), geringerer Agitation und weniger störendem Verhaltensweisen einher. Zudem ist eine erhöhte Beleuchtungsstärke während des Essens mit einer erhöhten Nahrungsaufnahme verbunden. Darüber hinaus ist ein erhöhter Farbkontrast zwischen Tellern und Tischumgebung ebenfalls mit erhöhter Nahrungsaufnahme, weniger Agitation und funktionaler Selbstständigkeit verbunden.

Darüber hinaus sind laut Chaudhury *et al.* (2017) unangemessene Wasser- und Lufttemperatur, laufende Wassergeräusche und hohe Lautstärken in Badezimmern mit erhöhter Agitation und Verwirrtheit der Bewohnerschaft verbunden. Tätliche Übergriffe waren signifikant häufiger, wenn Bewohnerinnen und Bewohner Anzeichen von Unwohlsein aufgrund von Temperatur zeigten.

### **Unterstützung von Orientierung zu Zeit, Ort und Aktivität**

Zur Förderung der räumlichen Orientierung der Bewohnerschaft sollte die Wohnumgebung die sog. „perzeptive Klarheit“ (*perceptual clarity*) maximieren.

---



Perzeptive Klarheit wird erreicht, z. B. indem die Anbringung von Einrichtungsgegenständen oder bestimmten Utensilien die Funktion von Räumlichkeiten eindeutig anzeigt. Insgesamt sollte sich bei der Einrichtung der Räumlichkeiten an Prinzipien orientiert werden, die auch für die frühere eigene Häuslichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner charakteristisch waren: So sollte ein Aufenthaltsbereich, der mehr die Funktion eines Wohnzimmers hat, durch seine Einrichtung eindeutig von einem Bereich zu unterscheiden sein, der vorrangig der gemeinsamen Einnahme von Speisen dient– z. B. kann durch das Belassen von Gläsern oder Geschirr auf dem Esstisch die Funktion des Raumes eindeutig signalisiert werden. Dadurch wird das Verständnis der Bewohnerinnen und Bewohner für die Räumlichkeit unterstützt, was letztlich auch ihre Teilnahme an Alltagsaktivitäten (z. B. Tisch decken) stimuliert.

Die Zimmer der Bewohnerinnen und Bewohner sollten durch persönliche Kennzeichnung leicht zu identifizieren sein, z. B. indem an bzw. neben der Zimmertür und im Zimmer persönliche Gegenstände (*personal mementoes; memorabilia items*) wie z. B. Fotos angebracht werden (Calkins *et al.*, 2018; Chaudhury *et al.* 2017). Chaudhury *et al.* (2017) führen an, dass Bewohnerinnen und Bewohner ihr Zimmer besser finden konnten, wenn diese durch persönliche Gegenstände gekennzeichnet waren.

Um die örtliche Orientierung zu unterstützen, wird als Grundriss von Einrichtungen ein sog. *open floor plan* (offener Grundriss) oder eine Anlage empfohlen, die möglichst wenig Richtungswechsel erforderlich macht (Calkins *et al.*, 2018; Chaudhury *et al.*, 2017). Ein *open floor plan* trägt zur direkten Sichtbarkeit der verschiedenen Räumlichkeiten und möglichen Zielen im Wohnumfeld bei (Calkins *et al.*, 2019). Chaudhury *et al.* (2017) weisen darauf hin, dass der Grundriss dazu beiträgt, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner (insbesondere solche mit Demenz) möglichst unabhängig bewegen können. So seien Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen mit möglichst wenigen Richtungswechseln besser dazu in der Lage, ihren Weg zu finden als solche von Einrichtungen mit vielen Richtungswechseln. Zudem sei die örtliche Orientierung der Bewohnerschaft aus Einrichtungen, in denen sich Küche, Esszimmer und Aufenthaltsräume nah beieinander befänden, schlechter ausgeprägt.

Die zeitliche Orientierung sollte mithilfe durchgehender Möglichkeiten für einen Blick nach draußen und die Anbringung großer, kontrastreicher Uhren unterstützt werden (Calkins *et al.*, 2018).

### **Schaffung eines Haushalts (*creating a household*)**

Die Schaffung eines Haushalts bezeichnen Calkins *et al.* (2018) als eine Kernstrategie in der Umgebungsgestaltung von Pflegeeinrichtungen. Dies betrifft zum einen die Gestaltung von klar voneinander unterscheidbaren Räumlichkeiten, wie sie sich auch in einem gewöhnlichen Haushalt wiederfinden: Küche, Wohnzimmer und Esszimmer. Dieser Gestaltungsansatz trage direkt zu einer höheren „perzeptuellen Klarheit“ und verbesserten Orientierung der

---

Bewohnerschaft bei, da die Funktion der Räumlichkeiten vertraut und unmittelbar erkennbar ist.

Zum anderen lebt eine weitaus überschaubarere Anzahl von Menschen zusammen als in typischen Einrichtungen der Langzeitpflege mit einer deutlich höheren Bettenanzahl. Dies hilft letztlich auch dabei, die Quellen möglicher Reizüberflutungen zu reduzieren. Chaudhury *et al.* (2017) führen an, dass eine geringere Einrichtungsgröße (*unit size*) von 5 bis 15 Bewohnerinnen und Bewohnern sich positiv auf das Wohlbefinden, Verhaltensweisen, Aktivitäten des täglichen Lebens, die Einbringung in Aktivitäten und den Affekt von Bewohnerinnen und Bewohnern auswirkt. Zudem zeigte die Bewohnerschaft in kleineren Einrichtungen weniger Einbußen der kognitiven Leistungsfähigkeit als die Bewohnerschaft größerer Einrichtungen. Andere Studien hätten jedoch gezeigt, dass die Einrichtungsgröße keinen Einfluss auf die allgemeine Lebensqualität, Agitation und Verhaltensauffälligkeiten, wohl aber auf soziale Aktivität, positiven Affekt, Aktivitäten des täglichen Lebens und die Angabe, sich zu Hause zu fühlen, hat. Es fänden sich jedoch auch Hinweise, dass sich in größeren Einrichtungen mehr Möglichkeiten für sozialen Austausch ergeben (Chaudhury *et al.*, 2017).

Calkins *et al.* (2018) berichten von einer zunehmenden und breiten Evidenz, die belegt, dass Gestaltungsansätze zur Schaffung eines gemeinsamen Haushalts mit positiven Outcomes sowohl aufseiten der Bewohnerschaft als auch der Mitarbeitenden einhergehen: Geringeres Belastungsempfinden (*distress*), weniger agitiertes Verhalten (*agitation*) wie z. B. exzessives Herumlaufen, mehr soziale Interaktion und Einbindung (*social interaction and engagement*), Aufrechterhaltung funktionaler Aktivitäten des täglichen Lebens (*maintenance of functional abilities of daily living*), verbesserte selbständige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (*autonomy in food and hydration intake*) und verbesserte Lebensqualität bei Bewohnerinnen und Bewohnern; vermehrte Berücksichtigung von Bewohnerpräferenzen (*honoring residents' preferences*) und verbesserte Arbeitsmoral (*staff morale*) bei Mitarbeitenden. Demgegenüber sind herkömmliche Einrichtungen der Langzeitpflege mit vermehrtem agitierten Verhalten, schnellerer Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit und mehr Konflikten assoziiert.

Auch Chaudhury *et al.* (2017) berichten für die Bewohnerschaft eines bestimmten US-amerikanischen Wohngemeinschaftskonzepts – sog. *Green Houses* (vgl. auch Kapitel 4.1)<sup>31</sup> – höhere Lebensqualitätswerte in bestimmten Bereichen (Privatheit, Autonomie, Beziehungen und sinnvolle Beschäftigung), eine erhöhte Zufriedenheit und besseres emotionales Wohlbefinden gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern traditioneller Langzeitpflegeeinrichtungen (50+ Betten). Aber auch in anderen Einrichtungen sei ein wohnlicher Charakter mit verbesserten kognitiven und emotionalen Funktionen, vermehrter Teilnahme an Alltags- und gemeinschaftlichen Aktivitäten, verstärkter sozialer Interaktion,

---

<sup>31</sup> <https://www.thegreenhouseproject.org> (letzter Abruf: 22.02.2021)

Autonomie, weniger Ängstlichkeit, weniger Weglauftendenzen und Aggressionen assoziiert.

Eine wohnliche Gestaltung des Essbereichs (wohnliches Ambiente, kleinere Esszimmer) ist laut Chaudhury *et al.* (2017) mit mehr sozialer Interaktion, mehr Autonomie/Selbstständigkeit, reduzierter Ängstlichkeit und Agitation sowie erhöhter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme der Bewohnerschaft während des Essens verbunden. Eine für Bewohnerinnen und Bewohner zugängliche Küche mit Mikrowelle, Kühlschrank und Kaffeemaschine gehe ebenfalls mit erhöhter Autonomie, sozialer Interaktion und Gewichtszunahme einher.

Gemäß Chaudhury *et al.* (2017) sollte auch die Gestaltung des Badezimmers nach möglichst wohnlichen Gesichtspunkten erfolgen. So gingen mechanische Hebehilfen mit erhöhter Agitation und Verwirrung der Bewohnerinnen und Bewohner einher. Tätliche Übergriffe waren häufiger zu beobachten, je mehr technische Hilfsmittel vorhanden waren.

#### **Schaffung eines persönlichen Bereichs (*providing personal space*)**

Jede Bewohnerin und jeder Bewohner sollte einen eigenen, abgegrenzten persönlichen Bereich haben. Es gibt Hinweise, dass Einzelzimmer mit weniger Konflikten innerhalb der Bewohnerschaft assoziiert sind als eine Unterbringung in geteilten Zimmern, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner lediglich einen eigenen Bereich haben (Calkins *et al.*, 2018). Allerdings weist der Artikel auf die geringe Evidenzlage zu dieser Empfehlung hin und dass weitere Forschung dazu erforderlich ist.

Calkins *et al.* (2018) sprechen von einem Kontinuum aus privaten, semi-privaten, semi-öffentlichen und öffentlichen Räumen, aus denen die Bewohnerinnen und Bewohner situationsgerecht auswählen können. Chaudhury *et al.* (2017) berichten, dass Störungen der Privatsphäre (*privacy intrusions*) mit erhöhter Agitation und Verwirrung der Bewohnerschaft einhergehen.

#### **4.6.3 Gestaltungsansätze zur Hilfestellung, Sorge und Sicherheit**

Originaler Wortlaut der Handlungsempfehlung: *Support courtesy, concern, and safety within the care community.*

Dabei geht es vorrangig um bauliche und technische Vorrichtungen i.S.v. Hilfestellungen für Bewohnerinnen und Bewohner sowie das Treffen von Sicherheitsvorkehrungen zur Vermeidung von Risiken und Gefahren. Hier muss eine Balance zwischen Autonomie und Sicherheit der Bewohnerschaft gefunden werden, wobei funktionale Fähigkeiten des alltäglichen Lebens unterstützt werden sollen (Calkins *et al.*, 2018). Dies betrifft auch die technische Einrichtung von geschlossenen Wohnbereichen (*secured living areas*) und inwiefern ein ungehindertes Verlassen von Einrichtungen und der Zugang zu ggf. ungesicherten Außenbereichen ermöglicht werden kann. Generell sollten Möglichkeiten geprüft werden, wie ein Abschließen von Räumlichkeiten sowie von Zu- und Ausgängen bzw. ein Wegsperrern von Haushaltsmitteln (z. B. Reinigungsmittel) minimiert

---

werden kann. Als Beispiele führen Calkins *et al.* (2018) die Nutzung von Induktionsherden oder die Zugänglichkeit unschädlicher Reinigungsmittel an, um einen Bevormundungscharakter der wohnlichen Umgebung möglichst zu vermeiden.

Zur Unterstützung funktionaler Fähigkeiten des täglichen Lebens führen Calkins *et al.* (2018) als Beispiele Assistenzsysteme im Bereich des Ankleidens (*assistive wardrobes*) und Badezimmers an, die eine möglichst eigenständige Durchführung der Aktivitäten (Ankleiden, Körperhygiene) unterstützen können. Die Anbringung von Beleuchtungen um Badezimmertüren, die dadurch tags und nachts einfach auszumachen sind, sollen ein selbständiges Aufsuchen der Toilette unterstützen. Im Badezimmer sind Griffe, Halterungen und Installationen so anzubringen, dass sie von den Bewohnerinnen und Bewohnern möglichst selbstständig genutzt werden können.

Die gesamte Übersichtsarbeit von **Daly Lynn *et al.* (2019)** fokussiert auf technische Assistenzsysteme für Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Einrichtungen der Langzeitpflege. Basierend auf den anhand einer systematischen Literaturrecherche identifizierten Studien, unterscheiden sie zwischen folgenden Assistenzsystemen:

- ◆ „Fernbetreuung“ (*telecare*): Dazu fanden Daly Lynn *et al.* (2019) in ihrer Übersichtsarbeit insgesamt 23 Studien. Sie fassen zusammen, dass die Studien das Potenzial von Assistenzsystemen wie Hausnotruf-Systemen oder sonstigen Monitoring-Systemen aufzeigen, um die Sicherheit von Bewohnerinnen und Bewohnern zu verbessern, ohne unnötig die Privatsphäre stören zu müssen. Allerdings fehlt es an systematische Studien, um den positiven Effekt solcher Monitoring- Systeme aufzuzeigen.
  - ◆ Lichttherapie (*light therapy*): Die Übersichtsarbeit bezieht auch die Lichttherapie mit ein. Dabei handelt es sich aber weniger um ein technisches Assistenzsystem als einen konkreten Therapieansatz. Diese wird bereits an anderer Stelle detailliert vorgestellt (vgl. Kapitel 3.3.2.2 und 4.3).
  - ◆ „Begleitroboter“ (*robotic companions*): Die Übersichtsarbeit findet dazu 12 Studien und drei Reviews zu insgesamt fünf verschiedenen Begleitrobotern: PARO, ein Roboter, der aussieht wie ein Seehundbaby; NeCoRo, eine Roboterkatze; AIBO, ein Roboterhund; Guide, ein Roboter mit Touchscreen; CuDDler, ein Roboterteddy. Alle Roboter bieten eine angenehme Haptik und Interaktionsmöglichkeiten mittels Sensoren oder Interfaces, so dass der Eindruck einer sozialen Interaktion mit einem Lebewesen entsteht. Zwar können diese Roboter im Sinne von Assistenzsystemen im Bereich psychosozialer Bedürfnisse gewertet werden, allerdings werden solche Ansätze bereits an anderer Stelle detaillierter vorgestellt (vgl. Kapitel 4.4.1).
  - ◆ Wohlbefinden und Freizeit (*well-being and leisure*): Die Übersichtsarbeit von Daly Lynn *et al.* (2019) findet insgesamt acht Studien zu Assistenzsystemen, die auf die Unterstützung von Wohlbefinden und Freizeit zielen. Dabei
-

handelt es sich um eine Installation von Beamern zur Projektion täglich wechselnder Bilder; ein Computer gestütztes kognitives Trainingsprogramm mit verschiedenen Spielen; einen interaktiven Touchscreen-Computer über den Fotos, Audiodateien und Nachrichten wiedergegeben werden; in einer ähnlichen Anwendung werden Medien über einen Fernseher, ein Radio und ein Telefon wiedergegeben; zwei Studien benutzten Smart Watches bzw. Smart Wristbands; in einer Studie wird eine handelsübliche Spielkonsole genutzt; eine weitere Intervention arbeitete mit Web-Kameras und einem Musikplayer. Die Studien zeigen positive Effekte auf unterschiedliche Outcome-Parameter wie körperliche Aktivität, kognitive Fähigkeiten, soziale Interaktion oder tägliche Routinen. Außer der technischen Komponente haben die Assistenzsysteme jedoch wenig gemeinsam, so dass sich die Ergebnisse kaum miteinander vergleichen lassen. So bietet auch die Übersichtsarbeit von Daly Lynn *et al.* (2019) keine Metaanalyse, sondern lediglich eine rein narrative Auflistung der eingeschlossenen Studien, ohne dass daraus konkrete Handlungsempfehlungen für die Gestaltung des Wohnumfelds zur Unterstützung von Wohlbefinden und Freizeitverhalten abgeleitet werden können.

Auch die Gestaltungsansätze in der Übersichtsarbeit von **Ludden *et al.* (2019)** lassen sich unter der Kategorie „Wohlbefinden und Freizeit“ fassen. Ihre systematische Literaturrecherche beschränkt sich dabei auf systematische Reviews, v. a. um zu zeigen, dass sich die meisten Assistenzsysteme auf Aktivitäten des täglichen Lebens, Sicherheit bezogenes Monitoring und kognitive Hilfen (z. B. Erinnerungshilfen) beziehen und dass Technologien zur Unterstützung von Beschäftigung, Freizeitaktivitäten und sozialem Austausch relativ rar sind. Dies nehmen sie zum Anlass zwei eigene „Assistenzsysteme“ vorzustellen (*experience handrail; virtual nature installation*), die in Fallstudien mit verbesserter Orientierung, sozialer Interaktion und Wohlbefinden assoziiert waren.

- ◆ Simulierte Anwesenheit (*simulated presence*): Die Übersichtsarbeit findet dazu neun Studien, in denen technische Geräte dazu genutzt werden, um Audiodateien oder Videoaufnahmen von Pflegenden oder Familienangehörigen wiederzugeben (vgl. auch Kapitel 4.5.1). Die Studien zeigen, dass das Wohlbefinden verbessert und störende Verhaltensweisen reduziert werden konnten. Allerdings waren die Maßnahmen nicht bei allen Individuen gleichsam erfolgreich; u. a. hing der Erfolg davon ab, inwiefern Bewohnerschaft und Pflegende passend für einander waren. Die Evidenzlage wird auch hier von Ludden *et al.* (2019) als nicht ausreichend bewertet.
  - ◆ Orientierung und Aktivitäten des täglichen Lebens (*orientation and activities of daily living*): In der Übersichtsarbeit werden insgesamt fünf Studien zu Assistenzsystemen zur Unterstützung der Orientierung, Medikamenteneinnahme, Händewaschen und Planung von Aktivitäten identifiziert. Aus diesen Studien ergeben sich jedoch keinerlei Hinweise zur
-

Gestaltung des Wohnumfelds, die nicht bereits genannt wurden; auch ist die Evidenzlage auch hier als nicht ausreichend.

#### 4.6.4 Gestaltungsansätze zur Schaffung von Wahlmöglichkeiten

Originaler Wortlaut der Handlungsempfehlung: *Provide opportunities for choice for all persons in the care community.*

Dies umfasst die Gestaltung von Räumlichkeiten, in denen unterschiedliche Aktivitäten stattfinden und die sich bedeutsam in Größe und Dekoration voneinander abheben sowie die Schaffung zugänglicher Innen- und Außenbereiche, die den Bewohnerinnen und Bewohnern Wahlmöglichkeiten bieten, wo und wie sie ihre Zeit verbringen möchten. Diese Kategorie umfasst so kaum eigene Gestaltungsansätze, da diese vorrangig bereits unter 4.6.2 „Gestaltungsansätze für Wohnlichkeit und Wertschätzung“ behandelt werden. Calkins *et al.* (2018) nutzen die Kategorie lediglich, um dieselben Gestaltungsansätze – diesmal mit einer Fokussierung auf Wahlmöglichkeiten – nochmals zu diskutieren. Neu ist der Hinweis, dass die subjektive Erfahrung der Bewohnerinnen und Bewohnern, eine Wahl zu haben, durch die Verteilung der Räumlichkeiten auf verschiedene (ggf. abgetrennte) Bereiche der Einrichtung bzw. des Komplexes gefördert werden kann (Calkins *et al.*, 2018) – unklar bleibt, inwiefern dies mit einem möglichst einfachen Grundriss zu vereinbaren wäre. Chaudhury *et al.* (2017) berichten, dass die Bewohnerschaft von Einrichtungen mit einer größeren Bandbreite von Räumlichkeiten (d. h. private, semi-private und öffentliche Räumlichkeiten) ein höheres Aktivitätsniveau und Wohlbefinden zeigen als die Bewohnerschaft in Einrichtungen mit einer geringen Bandbreite.

In diesem Zusammenhang wird von Calkins *et al.* (2018) auch aufgeworfen, dass der Bewohnerschaft Räumlichkeiten für sexuelle Aktivitäten zur Verfügung stehen sollten. Als mögliche Lösungen schlagen sie vor, dass Vereinbarungen mit naheliegenden Hotels getroffen oder Gästezimmer eingerichtet werden – sofern die Bewohnerinnen und Bewohner nicht ohnehin in Einzelzimmern untergebracht sind.

#### 4.6.5 Gestaltungsansätze zur Förderung sinnvoller Beschäftigung

Originaler Wortlaut der Handlungsempfehlung: *Offer opportunities for meaningful engagement to members of the care community.*

Unter dieser Kategorie werden von Calkins *et al.* (2018) Gestaltungsansätze diskutiert, die weniger die bauliche, innenarchitektonische, landschaftliche oder technische/technologische Beschaffenheit bzw. Ausstattung betreffen als vielmehr die Ausgestaltung von Aktivitäten, die in Pflegeeinrichtungen stattfinden. Auf solche Ansätze in den Kapitel 4.2 bis 4.7 weiter eingegangen.

Die Übersichtsarbeit von Motealleh *et al.* (2019) konzentriert sich auf die demenzfreundliche Gestaltung von Gärten und Landschaften (*outdoor natural landscape design*) in Einrichtungen der Langzeitpflege. Solche Anlagen bieten auch

die Möglichkeit sinnvoller Beschäftigung. In der Übersichtsarbeit werden insgesamt 15 Studien, davon drei RCT, identifiziert. Die Befunde werden von Motealleh *et al.* in die folgenden Kategorien unterteilt:

- ◆ **Therapeutische Gärten (*therapeutic gardens*):** Die Studien berichten einen positiven Effekt auf soziale Interaktion, Sozialverhalten und weniger Agitation – ohne auf die genaue Beschaffenheit der Gärten einzugehen. Allerdings werden in keiner der Studien objektive Maße, sondern rein subjektive Einschätzungen von Pflegenden herangezogen.
- ◆ **Gartenbau (*horticultural activities*):** Hierbei handelt es sich um Aktivitäten, weniger um eine Beschaffenheit der Umwelt. Solche Ansätze werden in Kapitel 4.4.1 vorgestellt.
- ◆ **Green Care Farms:** Entsprechen einem Wohngemeinschaftskonzept mit ökologischem Landbau. Basierend auf vier Studien zu Green Care Farms zeigen sich positive Effekte auf die soziale Einbindung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz, jedoch keine Effekte auf neuropsychiatrische Symptome. Die Studienqualität ist eher gering.

Zusammenfassend stellen Motealleh *et al.* (2019) fest: „The reviewed studies predominantly support the positive effects of outdoor natural landscapes on agitation, apathy and engagement of people with dementia. However, there are concerns about the methodological approaches, principles incorporated in the applied outdoor natural landscapes' designs, and the environmental assessment.“

## 4.7 Verfahren mit mehreren Komponenten

Die Recherche ergab zwei Übersichtsarbeiten, die die Effekte von Verfahren mit mehreren Komponenten (komplexe Interventionen) untersuchen. Wie der Name sagt, beinhalten diese Verfahren mehrere (interagierende) Komponenten (z. B. Lichttherapie, körperliche Aktivität, Schlafrouninen und reduzierte nächtliche Geräusche) und zeichnen sich durch die Anzahl bzw. Schwierigkeit der zur Durchführung benötigten Handlungen, die Anzahl Gruppen bzw. Organisationseinheiten, die an der Durchführung beteiligt sind, die Heterogenität der Outcomes und eine gewisse Flexibilität bzw. Anpassbarkeit im Rahmen der Durchführung aus (Wilfing *et al.* 2020). Verfahren mit mehreren Komponenten werden als vielversprechend angesehen, da sie der Komplexität der erwünschten Veränderungen besser gerecht werden könnten. Weiterhin ermöglichen sie im Vergleich zu Interventionen mit nur einer Komponente eher eine Individualisierung.

**Yorozuya *et al.* (2019)** betrachten Verfahren mit mehreren Komponenten, die auf die Förderung kognitiver Ressourcen von an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen abzielen. Sie schließen sieben Studien, davon sechs RCTs ein. Die Qualität der Studien ist gering bis mittel.

In den eingeschlossenen Studien werden körperliche Aktivität, Reminiszenz, künstlerische Aktivität, Aktivität im Garten, Musik, kognitives Training, Aktivitäten

---

des täglichen Lebens, spirituelle Aktivitäten, Neuro-Rehabilitation, Freizeitaktivitäten, Lachen und Basteln eingesetzt. Die Studien verwenden zwischen zwei und zehn der genannten Aktivitäten. Die Frequenz liegt bei 3 bis 6 Mal pro Woche für jeweils 30 bis 180 Minuten über 6 bis 48 Wochen.

Im Ergebnis zeigen die Studien positive Effekte auf kognitive Funktionen im Allgemeinen sowie auf Exekutivfunktionen, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Apraxia. Die Ergebnisse zu kognitiven Funktionen im Allgemeinen und Gedächtnis dürften besonders reliabel sein, da sie u. a. aus RCTs mit hoher Qualität stammen. Hierbei handelt es sich um RCTs zu dem Programm MAKES (vgl. Kapitel 3.1.2.12). Yorozuya *et al.* (2019) ziehen das Fazit: „This systematic review suggests that multimodal non-pharmacological interventions may improve the global and specific cognitive functions of people with dementia in nursing homes. In addition, there were no reports of deterioration. The combination of exercise, cognitive training and ADL, and an intervention design of at least 3 times a week, over at least 8 weeks, with at least 30 min per session using an integrated form is recommended for improving the global and specific cognitive functions of people with dementia in nursing homes.“

In der Übersichtarbeit von **Wilfing *et al.* (2020)** wird die Evidenz für Verfahren mit mehreren Komponenten zusammengestellt, die eine positive Wirkung auf den Schlaf von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen haben sollen. Identifiziert wurden zehn Studien, die über neun verschiedene Multikomponenten-Verfahren berichten. Sieben der Studien sind RCTs, zwei nutzen nicht-randomisierte Designs und eine Studie ist eine Sekundäranalyse eines der RCT. Die Qualität der Studien wird überwiegend als niedrig bis mittel eingeschätzt.

Die untersuchten Verfahren setzen vier Arten von Komponenten ein: (1) Aktivitäten während des Tages (z. B. körperliche und soziale Aktivitäten, Ermutigung tagsüber nicht zu schlafen), (2) Aktivitäten während der Nacht (z. B. Routine für das Zubettgehen, Vermeidung von Geräuschen und Licht, Inkontinenzversorgung ausschließlich wenn Bewohnerinnen und Bewohner aufgewacht sind), (3) Mitarbeiterschulungen z. T. mit Übungen zur praktischen Anwendung, Rollenspielen oder Fallbesprechungen (z. B. zur Bedeutung von Schlaf, Veränderungen von Schlaf mit dem Alter oder bei Demenz, Strategien zur Verbesserung von Schlaf) und (4) Lichttherapie. Die Verfahren kamen zwischen 5 Tage und 3 Monate lang zur Anwendung.

Für drei der Multikomponenten-Verfahren werden positive Ergebnisse auf den Schlaf der Bewohnerschaft berichtet. Für die übrigen sechs Verfahren sind die Ergebnisse gemischt – positive Ergebnisse für einige Outcomes, neutrale Ergebnisse für andere Outcomes. Wilfing *et al.* (2020) schlussfolgern: „The analysis of included interventions did not reveal a clear pattern of positive findings. Although principally showing promising results, findings are difficult to interpret as interventions were not well described, and the challenges of developing and evaluating complex interventions were not sufficiently acknowledged.“

---



## 4.8 Interventionen zu bestimmten Problemlagen

Wie eingangs in Kapitel 4 erwähnt, verfolgen einige der im Rahmen der Literaturrecherche identifizierten Übersichtsarbeiten den Ansatz, nach möglichen non-pharmakologischen Interventionen für bestimmte Problemlagen zu suchen. Auch wenn diese Artikel dieselben Arten von Interventionen betrachten, die in den vorangehenden Kapiteln vorgestellt werden, lassen sie sich nur schwer den Kategorien zuordnen. Daher sollen sie nachfolgend kurz entlang der untersuchten Problemlagen vorgestellt werden. Insgesamt ergibt sich ein ähnliches Bild wie in den vorangehenden Artikeln – es gibt eine Vielzahl möglicher Interventionen, die zum Teil positive Effekte zeigen, allerdings ist die Evidenzlage meist nicht ausreichend, um nachdrückliche Empfehlungen auszusprechen.

Zwei Artikel (**Capezuti et al. 2018**, **Shang et al. 2019**) beschäftigen sich mit non-pharmakologischen Interventionen zur Verbesserung des Schlafs von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen. Unterschiedliche Interventionen werden als vielversprechend identifiziert: Tageslicht, Melatonin und Akupressur bei Capezuti et al.; körperliche Aktivität, Entspannungsübungen, Akupressur und Kamilleextrakt in Shang et al. Beide Autorengruppen betonen, die Ergebnisse aufgrund der mangelnden Qualität der Studien als vorläufig zu betrachten.

**Quan et al. (2019)** stellen Interventionen zusammen, die gegen Einsamkeit bei Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden können. Sie identifizieren für Lachen/Humor, Gartentherapie und Reminiszenz die größten Effekte, wobei auch hier die Aussagefähigkeit aufgrund der mangelnden Qualität der Studien eingeschränkt ist.

Eine Übersichtsarbeit von **Gleeson et al. (2018)** untersucht die Häufigkeit und Diagnostik von Depression, Selbstverletzung und Selbstmord bei Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen sowie mögliche Interventionen. Die identifizierten Interventionen fokussieren überwiegend auf Schulungen für die Mitarbeitenden zu psychischer Gesundheit. Gleeson et al. merken an, dass Interventionen fehlen, die die Bewohnerschaft selbst einbezieht.

**Brown Wilson et al. (2019)** berichten in einer Übersichtsarbeit über non-pharmakologische Interventionen bei Angstzuständen von an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen. Sie identifizieren 13 RCT, in denen Angstzustände als Outcome untersucht werden. In sechs dieser Studien wird Musik als Intervention verwendet; in drei Studien sinngebende Aktivitäten. In den übrigen Studien werden Akupressur, *robopets*, körperliche Aktivität und Schmerzmanagement eingesetzt, wobei Angstzustände nicht als primäre Outcome betrachtet werden. Für keine der Interventionen finden Brown Wilson et al. überzeugende Effekte auf Angstzustände.

**Birkenhäger-Gillesse et al. (2018)** stellen Studien zusammen, die den Effekt verschiedener Interventionen auf die Gabe von Psychopharmaka bei an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen

untersuchen. Von den 11 eingeschlossenen Studien zeigen 4 einen positiven Effekt, eine einen negativen Effekt und sechs keinen Effekt. Eine Meta-Analyse von neun der Studien zeigt eine signifikante Reduktion der Gabe von Psychopharmaka in der Interventionsgruppe. Länger andauernde Interventionen, die einen „culture change“ (vgl. Kapitel 4.1.1) bewirken sollen, zeigen dabei einen Effekt während kürzere Schulungen keinen Effekt gegenüber normaler Pflege bewirken.

Drei Übersichtsarbeiten (**Scales et al. 2018, Wang et al. 2018, Abraha et al. 2017**) behandeln non-pharmakologische Interventionen bei Verhaltens- und psychischen Symptomen von Demenz (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD). Dies umfasst die in Kapitel 4.2 bis 4.7 genannten Arten von Interventionen. Scales et al. fokussieren auf die Akzeptanz, eventuelle Nebenwirkungen und den Aufwand bei der Durchführung der Interventionen, weniger die Wirksamkeit. Sie schlussfolgern: „Most practices are acceptable, have no harmful effects, and require minimal to moderate investment. Nonpharmacological practices are person-centered, and their selection can be informed by considering the cause and meaning of the individual’s behavioral and psychological symptoms. Family caregivers and paid care providers can implement evidence-based practices in home or residential care settings, although some practices require the development of more specific protocols if they are to become widely used in an efficacious manner.“

Die beiden anderen Übersichtsarbeiten betrachten vermehrt auch die Wirksamkeit der Interventionen. Wang et al. kommen zu dem Schluss: „The majority of the clinical trials reported a significant reduction in BPSD. The quality of evidence for nonpharmacological interventions in these trials is low due to the lack of capability consideration, data inhomogeneity, and inadequate study design and reporting.“ Abraha et al. ziehen das Fazit: „A large number of non-pharmacological interventions for BPSD were identified. The majority of the studies had great variation in how the same type of intervention was defined and applied, the follow-up duration, the type of outcome measured, usually with modest sample size. Overall, music therapy and behavioural management techniques were effective for reducing BPSD.“

---

## 5. Diskussion zur pflegepolitischen Einordnung

Die vorliegende Expertise zeigt, dass es bereits eine Vielzahl an Angeboten bzw. Ansätzen zur Förderung kognitiver Ressourcen und der psychosozialen Gesundheit gibt (vgl. Kapitel 3 und 4). Nachfolgend werden die Ergebnisse genutzt, um Leistungen gemäß § 5 SGB XI, insbesondere in den Handlungsfeldern kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit, in die derzeitige „Pflegelandschaft“ einzuordnen.

Der Pflegesektor nimmt aufgrund des demographischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen einen zunehmend wichtigen Stellenwert ein. Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 wird der Pflegesektor stark durch die damit verbundenen regulatorischen Anforderungen geprägt, z. B. in Hinblick auf das Leistungsspektrum, die Vergütung, die Personalbemessung und die Qualitätssicherung. Die Anforderungen sind in den letzten Jahren zunehmend hinterfragt worden, zum einen aufgrund eines anhaltenden Mangels an Personen, die in der Pflege beruflich tätig sind, zum anderen aufgrund sich wandelnder Erwartungen an das, was Pflege im Kontext der sozialen Pflegeversicherung leisten soll. Auch stellt sich auf gesellschaftlicher und politischer Ebene zunehmend die Frage nach Optionen für eine nachhaltige Finanzierung von Pflege.

Um dem Mangel an Arbeitskräften zu begegnen, initiierten das Bundesgesundheits-, Bundesfamilien- und Bundesarbeitsministerium im Juli 2018 die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP). In fünf Arbeitsgruppen wurden Möglichkeiten zur Stärkung der Attraktivität der Pflege erarbeitet. Im Juni 2019 vereinbarten die relevanten Akteure<sup>32</sup> verbindliche Ziele und konkrete Maßnahmen, die seither umgesetzt werden (Bundesregierung 2020). Die Ausbildungsoffensive und die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland zielen darauf ab, mehr Pflegepersonal zu gewinnen. Durch innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung soll eine Aufwertung des Pflegeberufs bewirkt werden. Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sowie eine bessere Entlohnung der Pflege sollen die Arbeitsverhältnisse attraktiver machen und beruflich Pflegende im Arbeitsalltag entlasten.

Die Frage nach dem, was Pflege – im Kontext der sozialen Pflegeversicherung – leisten soll, hat der Gesetzgeber mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 neu beantwortet und somit eine grundlegende Veränderung der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen des Pflegesektors vorgenommen. Zum einen wurde der Unterstützungsbedarf aufgrund von psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen als mögliche Ursachen von Pflegebedürftigkeit anerkannt; zum anderen basiert der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eher auf einem Ressourcen-fördernden Ansatz im

---

<sup>32</sup> An der KAP beteiligt sind neben der Bundesregierung auch die Länder, Pflegeberufs- und Pflegeberufsausbildungsverbände, Verbände der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, Kirchen, Pflege- und Krankenkassen, Betroffenenverbände, die Berufsgenossenschaft, die Bundesagentur für Arbeit sowie die Sozialpartner.

Gegensatz zum vorherigen Defizit-Modell. Dadurch wurde der dem SGB XI bis 2016 zugrundeliegende enge Blickwinkel auf die Unterstützung bei bestimmten Verrichtungen, die eine Person nicht mehr alleine durchführen kann („Verrichtungsbezug“), erweitert. Seit 2017 sieht das SGB XI vor, dass im Rahmen der Pflege die gesamte Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen Berücksichtigung findet und ein breiteres Spektrum pflegerischer Hilfen angeboten wird. Neben die weiterhin wichtige Unterstützung bei Verrichtungen treten pflegerische Hilfen zum Erhalt und zur Förderung von Selbständigkeit und Fähigkeiten sowie zur Bewältigung von krankheitsbedingten Einschränkungen (vgl. z. B. Wingenfeld & Büscher 2017, Nolting *et al.* 2019b).

Der mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vollzogene leistungsrechtliche Paradigmenwechsel hat zahlreiche Auswirkungen auf die pflegerische Praxis. Zum einen sind vertragliche und regulatorische Änderungen zu vereinbaren und umzusetzen, wie z. B. die Aktualisierung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, die Anwendung des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, die Durchführung der neuen Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Weiterentwicklung der Expertenstandards. Zum anderen müssen Pflegeeinrichtungen ihre pflegerische Konzeption und ihr Angebot pflegerischer Hilfen weiterwickeln und ihre Strukturen und Prozesse entsprechend der aktualisierten Konzepte und Angebote anpassen. Letzteres wird von vielen als Rückbesinnung auf das eigentliche Selbstverständnis von Pflege empfunden, welches sich unter den neuen leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen (wieder) entfalten kann (vgl. z. B. Nolting *et al.* 2019a, 2019b; Beikirch & Nolting, 2020).

In den Kontext dieser Änderungen und Herausforderungen trat im Jahr 2015 mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes die Aufforderung an die Pflegekassen, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen (§ 5 SGB XI). Das besondere an diesen Leistungen ist, dass sie sich an Pflegeeinrichtungen als „Lebenswelten“ richten. Mit Lebenswelten sind hier „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme“ (§ 20a SGB V) gemeint. Durch die Leistungen zur Prävention sollen Pflegeeinrichtungen als soziale Systeme weiterentwickelt werden; ihre Strukturen und Prozesse sollen so verändert werden, dass die Gesundheit der Bewohnerschaft vermehrt gefördert werden kann. Bezogen auf die hier betrachteten Handlungsfelder bedeutet dies, dass die kognitiven Ressourcen und die psychosoziale Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner stärker gefördert werden können. Mit Leistungen gemäß § 5 SGB XI sollen also nicht einzelne Angebote finanziert werden, von denen es – wie die Ergebnisse dieser Expertise zeigen – bereits eine Vielzahl gibt; vielmehr soll die Grundlage dafür geschaffen werden, solche Angebote eingebettet in den normalen Pflege- und Betreuungsprozess umzusetzen und eine gesundheitsförderliche Umgebung zu gestalten. Die angestrebte Weiterentwicklung soll unter Einbeziehung der Mitarbeitenden und der Bewohnerschaft stattfinden. Daher wird auch von „partizipativer Organisationsentwicklung“ gesprochen.

Die Pflegekassen unterstützen diese partizipative Organisationsentwicklung z. B. durch Beratung, Einbringen von Ressourcen, Moderation, Projektmanagement oder die Entwicklung und Umsetzung relevanter Konzepte und Programme (GKV-Spitzenverband, 2020a, S. 11). Sie setzen dazu eigene Fachkräfte oder beauftragte Dritte ein (ebd.). Gemäß der Planung des PKV-Verbands für den neuen Versorgungsbereich „Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ sollen künftig eigens qualifizierte Beraterinnen und Berater zur Verfügung stehen, die das Management von Pflegeeinrichtungen beraten, Mitarbeitende qualifizieren und den Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen fördern (Vernetzung). Unterstützend können sie Angebote zur Informations-, Kompetenz- und Motivationsvermittlung für Bewohnerinnen und Bewohner einsetzen. Durch das Zusammenspiel dieser Angebote sollen Pflegeeinrichtungen dabei unterstützt werden, sich zu gesundheitsförderlichen Organisationen zu entwickeln.

Ein solcher Organisationsentwicklungsprozess und seine Unterstützung durch Beraterinnen und Berater ist gut anschlussfähig an die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Wie oben beschrieben, ist dieser Prozess mit einer Neugestaltung der pflegerischen Konzeption und der Angebote pflegerischer Hilfen verbunden. Sie sollen vermehrt auf Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit und Fähigkeiten sowie die Bewältigung krankheitsbedingter Einschränkungen ausgerichtet werden. Dazu kann die Förderung kognitiver Ressourcen und der psychosozialen Gesundheit einen wesentlichen Beitrag leisten. Insofern bieten Leistungen gemäß § 5 SGB XI in den Handlungsfeldern kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit die Chance, Pflegeeinrichtungen dabei zu unterstützen, die Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit systematisch und regelhaft in ihr Repertoire zum Erhalt und zur Förderung von Selbstständigkeit und Fähigkeiten sowie zur Bewältigung von krankheitsbedingten Einschränkungen zu integrieren. Analog gilt dies auch für die übrigen Handlungsfelder (Ernährung, körperliche Aktivität und Prävention von Gewalt).

Durch den Blickwinkel auf Pflegeeinrichtungen als Organisationen sind Leistungen gemäß § 5 SGB XI auch gut anschlussfähig an Bestrebungen im Zuge der KAP, den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von professionell Pflegenden zu verbessern. Zum einen ist zu erwarten, dass sich das Wohlbefinden der Bewohnerschaft durch eine gezielte Förderung kognitiver Ressourcen und der psychosozialen Gesundheit verbessert und sich über eine zufriedener Stimmungslage auch positive Effekte für die Mitarbeitenden ergeben. Weiterhin ist eine bessere Selbstpflegefähigkeit zu erwarten, welche ebenfalls positive Effekte für die Mitarbeitenden haben kann. Zum anderen erhebt der Ansatz der Gesundheitsförderung den Anspruch, einen ganzheitlichen Blick auf Lebenswelten zu werfen und alle dort lebenden und arbeitenden Personen einzubeziehen. Daher werden bei der Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen zur Förderung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner auch die Auswirkungen auf den Arbeitsalltag und die

---

Arbeitsbedingungen mitgedacht und möglichst positiv gestaltet. Von besonderer Relevanz dürften die Reduzierung von Zeitdruck und die bessere Erfüllbarkeit des Anspruchs an eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung haben, welche einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit von professionell Pflegenden haben.

---

## 6. Anhang

---

**A1 Danksagung**

**A2 Methodik der Literaturrecherche**

---

## A1 Danksagung

Wir danken den folgenden Expertinnen und Experten für die Teilnahme an den Interviews:

- ◆ Frau Prof. Dr. A. Cicek (Professorin für Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Rehabilitation und Teilhabe, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule München),
- ◆ Herrn Prof. Dr. E. Gräbel (Leiter des Zentrums für Medizinische Versorgungsforschung und des Bereichs Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen),
- ◆ Frau Prof. Dr. M. Hasseler (Professorin für Klinische Pflege, Fakultät Gesundheitswesen, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften),
- ◆ Frau S. Krieg (Abteilungsleitung, Stationäre Angebote für Senioren, Hospiz, Vorwerker Diakonie),
- ◆ Herrn A. Kutschke (Pflegewissenschaftler),
- ◆ Frau B. Pews (stv. Geschäftsführerin, Inhouse Consultant & Corona-Managerin, Unternehmensgruppe Maier),
- ◆ Frau Dr. I. Preußner (SMEO GmbH – Selbstführung für Menschen in Organisationen),
- ◆ Prof. Dr. H.-W. Wahl (Seniorprofessor, Psychologisches Institut, Universität Heidelberg; Direktor, Netzwerk AltersfoRschung, Universität Heidelberg)
- ◆ und einer Neuropsychologin in einer Rehabilitationsklinik.

Wir danken unseren Kolleginnen und Kollegen Isabelle Oehse und Terese Dehl für die Unterstützung bei der Literaturrecherche, Regine Vogl für die Überprüfung des Genders sowie Elisabeth Beikirch, Dr. Bernd Deckenbach, Kai-Michael Kleinlercher, Claudia Pflug und Dr. Julia Katharina Wolff für ihr Feedback zu der Expertise.

---



## A2 Methodik der Literaturrecherche

Der Literaturrecherche für die vorliegende Expertise liegt folgende Methodik zugrunde.

### Forschungsfragen

Ziel der Literaturrecherche war es, mögliche Interventionen zur Förderung kognitiver Ressourcen bzw. psychosozialer Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen zu identifizieren. Vor dem Hintergrund des im nächsten Schritt zu entwickelnden Konzepts für eine Leistung nach § 5 SGB XI wurden der Recherche zwei Forschungsfragen zugrunde gelegt:

- ◆ Welche Interventionen gibt es, um die kognitiven Ressourcen und die psychosoziale Gesundheit älterer Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken?
- ◆ Welche Beispiele für die Anwendung von Organisationsentwicklung gibt es, um die Rahmenbedingungen in stationären Pflegeeinrichtungen so zu gestalten, dass sie in Bezug auf die kognitiven Ressourcen und die psychosoziale Gesundheit pflegebedürftiger Menschen förderlich wirken?

Bei der Auswertung wurde auch die Evidenz für die Wirksamkeit der Interventionen betrachtet, wobei Interventionen, für die keine/kaum Evidenz vorliegt, nicht ausgeschlossen wurden.

### Rechercheparamater

Folgende Rechercheparameter wurden zugrunde gelegt:

- ◆ **Studienpopulation:** Die Zielgruppe der Recherche waren ältere Menschen mit Pflegebedürftigkeit, die in einer teil-/vollstationären Pflegeeinrichtung leben bzw. versorgt werden.
  - ◆ **Interventionsinhalte:** Von Interesse waren Veröffentlichungen zu Interventionen, die auf die Förderung kognitiver Ressourcen oder der psychosozialen Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen abzielen bzw. die Ansatzpunkte für Organisationsentwicklungsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen aufzeigen, die geeignet sind, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie für die kognitiven Ressourcen oder psychosoziale Gesundheit der Bewohnerschaft förderlich sind.
  - ◆ **Lokale Verortung:** In die Recherche wurden Veröffentlichungen einbezogen, die Ergebnisse aus einem OECD-Land berichten. Die Auswahl von Ländern mit möglichst vergleichbaren wirtschaftlichen, gesellschaftlichen sowie kulturellen Verhältnissen zu Deutschland soll eine gute Übertragbarkeit der Ergebnisse ermöglichen.
-

- ◆ **Veröffentlichungssprache:** Es wurden Veröffentlichungen in englischer und deutscher Sprache in die Auswertung eingeschlossen.
- ◆ **Veröffentlichungszeitraum:** Es wurden Veröffentlichungen berücksichtigt, die ab dem Jahr 2017 veröffentlicht wurden. Die Trefferliste wurde am 06.01.2021 erstellt. Der Veröffentlichungszeitraum ab 2017 wurde gewählt, da in den Übersichtsarbeiten von Langner *et al.* (2019) und Nordhausen *et al.* (2019) bereits analoge Recherchen für den Zeitraum vor 2017 durchgeführt wurden.
- ◆ **Veröffentlichungstyp:** Es wurden Veröffentlichungen eingeschlossen, die in wissenschaftlichen Fachzeitschriften als Vollaufsätze erschienen sind. Relevante graue Literatur mit vergleichbarem methodischem Standard wurde eingeschlossen (beispielsweise Hochschulzeitschriften, Dissertationen oder Veröffentlichungen wissenschaftlicher Institutionen), sofern diese die definierten Einschlusskriterien erfüllte.
- ◆ **Studientyp:** Es wurde nach Sekundärliteratur (Reviews, systematische Reviews und Meta-Analysen) gesucht.
- ◆ **Studiendesign:** Eingeschlossen wurde Sekundärliteratur zu den beschriebenen Interventionen für die o. g. Zielgruppe, unabhängig davon, ob die beschriebenen Interventionen einer Wirksamkeitsprüfung unterzogen wurden. Hinsichtlich des Designs der in der Sekundärliteratur eingeschlossenen Veröffentlichungen wurde keine Einschränkung vorgenommen, d. h. es wurden sowohl (systematische) Reviews qualitativer als auch quantitativer Studien einbezogen. Reine Konzeptbeschreibungen wurden nicht berücksichtigt.

### Suchstrategie

Zur Strukturierung der Literaturrecherche wurde zunächst ein übergreifender Suchstring (Mastersuchstring) entwickelt, der Datenbank-unabhängig formuliert wurde. Der Mastersuchstring zerlegt die Forschungsfragen in einzelne inhaltliche Komponenten und ordnet diesen geeignete Keywords (Schlag- und Stichworte) zu. Dies erfolgte in Anlehnung an das PICO-Schema (vgl. z. B. Moher *et al.* 2009). Für die vorliegenden Fragestellungen wurde das PICO-Schema abgewandelt und Suchbegriffe und deren Synonyme für die Komponenten Intervention (I) und Outcome (O) sowie ergänzend für das Setting (S) zusammengetragen. Auf die PICO-Komponente Comparison (C) wurde verzichtet, da diese in den Fragestellungen nicht explizit aufgegriffen wurde bzw. hierzu keine Einschränkung vorgenommen wurde. In der Recherche wurden die I-O-S-Komponenten kombiniert (mit UND-/ODER-Verbindungen) abgefragt.

Zur Ermittlung geeigneter Synonyme, Begriffskombinationen und Medical Subject Headings (MeSH)<sup>33</sup> wurden explorative Internetrecherchen sowie Testrecherchen in PubMed durchgeführt. Im Zuge der Testrecherchen wurden die

---

<sup>33</sup> <https://meshb.nlm.nih.gov/>

zusammengetragenen Suchbegriffe auf ihre Eignung geprüft und fortlaufend angepasst. Dies erfolgte beispielsweise durch Testung der MeSH als weiter gefasste Schlagworte versus Major Topics, durch Verwendung verschiedener Search Tags für die Keywordsuche (z. B. freie Suche versus Text Word versus Title/Abstract), oder durch Erprobung unterschiedlicher Phrasen und Kombinationen.

Die erzielten Treffer aus den Testrecherchen wurden daraufhin gescreent, inwieweit diese weit über das eigentlich gesuchte hinausgehen (geringe Spezifität) oder ob zu wenige Treffer generiert werden, so dass davon ausgegangen werden muss, dass der Suchstring zu eng formuliert ist (geringe Sensitivität). Ergebnis der Testung war der Mastersuchstring sowie eine auf PubMed abgestimmte Suchabfrage, die als Vorlage für die Erstellung der Suchstrings in den anderen Datenbanken diente.

Die für die Suche in den Literaturdatenbanken verwendeten Begriffe können Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Englische Keywords und MeSH für die Suche in den Literaturdatenbanken je Suchkomponente

Intervention	Outcome	Setting
<i>Keywords</i>		
controlled trial	activities of daily living	Adult Day Care Center
controlled trials	anxiety	Adult Day Care Centers
effectiveness	attention	Adult Day Care Centre
evidence	challenging behavior	Adult Day Care Centres
health promotion	challenging behaviour	Assisted Living Facilities
intervention	cognition	Assisted Living Facility
interventions	cognitive	care home
measure	coherence	care homes
measures	communication	formal caregiver
preventive medicine	contentment	formal caregivers
primary prevention	coping	home for the aged
program	daily activity	homes for the aged
programme	dementia	Intermediate Care Facilities
programmes	depression	Intermediate Care Facility
programs	distress	long-term care facilities
social participation	emotion	long-term care facility
social support	emotional health	long-term care institution
therapy	executive function	long-term care institutions
training	feeling	long-term care resident
	feelings	long-term care residents
	inclusion	long-term care setting
	independence	long-term care settings
	integration	LTC facilities
	isolation	LTC facility
	learning	LTC institution
	loneliness	LTC institutions
	memory	LTC resident
	mental	LTC residents
	mental health	LTC setting

Intervention	Outcome	Setting
	mind	LTC settings
	optimism	nursing home
	orientation	nursing homes
	perception	old peoples home
	psychological	old peoples homes
	psychosocial	residential aged care
	quality of life	residential care facilities
	recall	residential care facility
	recognition	residential care setting
	reminiscence	residential care settings
	resilience	residential dementia care
	self-esteem	residential facilities
	self-sufficiency	residential facility
	social	residential long-term care
	spiritual	residential LTC
	stress	rest home
	well being	rest homes
	wellbeing	retirement home
	well-being	retirement homes
		senior citizen home
		senior citizen homes
		Skilled Nursing Facilities
		Skilled Nursing Facility
<i>MeSH</i>		
Health Behavior	Activities of Daily Living	Adult Day Care Centers
Health Promotion	Dementia	Assisted Living Facilities
Preventive Medicine	Mental health	Homes for the Aged
Primary Prevention	Mental processes	Nursing Homes
Social Participation	Social Isolation	
Social Support		

Quelle: IGES  
Anmerkung: MeSH = Medical Subject Headings

### Durchführung der Literaturrecherche

Die erarbeitete Suchstrategie wurde in vier elektronischen Datenbanken umgesetzt: PubMed, Embase, Emcare und Cochrane Library. Dazu wurde die für PubMed verwendete Suchstrategie auf die datenbankspezifische Syntax der übrigen Datenbanken angepasst. Die ausgewählten Datenbanken ermöglichen eine gute Übersicht über die publizierte Literatur zu relevanten Querschnittsthemen in den Wissenschaftsdisziplinen Medizin, Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Wohlbefinden, Psychologie, Kognition, Pflege und angrenzenden Bereichen.

Einige der Datenbanken bieten einen spezifischen Thesaurus, der die gezielte Identifikation verschlagworteter Publikationen ermöglicht. Vor Durchführung der Suche in der jeweiligen Datenbank wurden geeignete Begriffe in den Thesauren recherchiert und die Suchabfragen entsprechend der jeweiligen Syntax angepasst.

Die Suchabfragen setzten sich schließlich aus zwei Suchzweigen zusammen. Den ersten Zweig bildet die Kombination von geeigneten Keywords und deren Synonyme. Der zweite Suchzweig beinhaltet die Kombination passender Schlagworte im Thesaurus der jeweiligen Datenbank, insofern die Datenbank über einen Thesaurus verfügt. Wenn möglich, wurden geeignete Filter zur Eingrenzung der Treffer auf Publikationstyp, den interessierenden Veröffentlichungszeitraum und die Veröffentlichungssprache genutzt.

Die generierten Trefferlisten wurden in einer Endnote-Datenbank gespeichert sowie über eine Excel-Tabelle verwaltet.

Die datenbankspezifischen Suchstrings und Treffer sind in Tabelle 2 bis Tabelle 5 zu finden.

Ergänzend zur Datenbankrecherche wurde eine Handrecherche durchgeführt. Die Ergebnisse der Handrecherche wurden an geeigneter Stelle in die Auswertung integriert.

---

Tabelle 2: Suchstring und Anzahl der Treffer aus der Recherche in PubMed

Komponente	Suchstring
#1 (Intervention)	("health promotion"[MeSH] OR "health promotion" OR "primary prevention"[MeSH] OR "primary prevention" OR "preventive medicine"[MeSH] OR "preventive medicine" OR "health behavior"[MeSH] OR "social participation" [MeSH] OR "social participation" OR "social support" [MeSH] OR "social support" OR intervention [tiab] OR interventions [tiab] OR program [tiab] OR programs [tiab] OR programme [tiab] OR programmes [tiab] OR measure [tiab] OR measures [tiab] OR training [tiab] OR therapy [tiab] OR evidence [tiab] OR effectiveness [tiab] OR controlled trial [tiab] OR controlled trials [tiab])
#2 (Outcome)	(mental health [MeSH] OR mental health [tiab] OR mental processes [MeSH] OR Social Isolation [MeSH] OR Activities of Daily Living [MeSH] OR activities of daily living [tiab] OR Dementia [MeSH] OR dementia [tiab] OR wellbeing [tiab] OR well being [tiab] OR well-being [tiab] OR quality of life [tiab] OR anxiety [tiab] OR attention [tiab] OR challenging behavior [tiab] OR challenging behaviour [tiab] OR cognition [tiab] OR cognitive [tiab] OR coherence [tiab] OR communication [tiab] OR contentment [tiab] OR coping [tiab] OR daily activity [tiab] OR depression [tiab] OR distress [tiab] OR emotion [tiab] OR emotional health [tiab] OR executive function [tiab] OR feeling [tiab] OR feelings [tiab] OR inclusion [tiab] OR independence [tiab] OR integration [tiab] OR isolation [tiab] OR learning [tiab] OR loneliness [tiab] OR memory [tiab] OR mental [tiab] OR mind [tiab] OR optimism [tiab] OR orientation [tiab] OR perception [tiab] OR psychological [tiab] OR psychosocial [tiab] OR recall [tiab] OR recognition [tiab] OR reminiscence [tiab] OR resilience [tiab] OR self-esteem [tiab] OR self-sufficiency [tiab] OR social [tiab] OR spiritual [tiab] OR stress [tiab])
#3 (Setting)	("Nursing Homes" [MeSH] OR "nursing homes" OR "nursing home" OR "Intermediate Care Facilities" OR "Intermediate Care Facility" OR "Skilled Nursing Facilities" OR "Skilled Nursing Facility" OR "Assisted Living Facilities" [MeSH] OR "Assisted Living Facilities" OR "Assisted Living Facility" OR "Homes for the Aged" [MeSH] OR "homes for the aged" OR "home for the aged" OR "Adult Day Care Centers" [MeSH] OR "Adult Day Care Centers" OR "Adult Day Care Centres" OR "Adult Day Care Center" OR "Adult Day Care Centre" OR "long-term care facilities" OR "long-term care facility" OR "long-term care settings" OR "long-term care setting" OR "long-term care resident" OR "long-term care residents" OR "long-term care institution" OR "long-term care institutions" OR "LTC facility" OR "LTC facilities" OR "LTC setting" OR "LTC settings" OR "LTC resident" OR "LTC residents" OR "LTC institution" OR "LTC institutions" OR "residential long-term care" OR "residential LTC" OR "residential facilities" OR "residential facility" OR "residential aged care" OR "residential care facility" OR "residential care facilities" OR "residential care setting" OR "residential care settings" OR "residential dementia care" OR "care homes" OR "care home" OR "retirement homes" OR "retirement home" OR "old peoples homes" OR "old peoples home" OR "rest homes" OR "rest home" OR "senior citizen homes" OR "senior citizen home" OR "formal caregiver" OR "formal caregivers")
#1 AND #2 AND #3	Anzahl der Treffer: 583
Quelle:	IGES
Anmerkung:	Zeitpunkt der Recherche: 06.01.2021; Filter: Meta-Analysis, Systematic Review, Review, English, German, 2017 - 2021; MeSH = Medical Subject Heading; tiab = Title/Abstract

Tabelle 3: Suchstring und Anzahl der Treffer aus der Recherche in Embase

Komponente	Suchstring
#1 (Intervention)	((("health promotion" OR "primary prevention" OR "preventive medicine" OR "social participation" OR "social support").af OR (intervention OR interventions OR program OR programs OR programme OR programmes OR measure OR measures OR training OR therapy OR evidence OR effectiveness OR controlled trial OR controlled trials).ti,ab OR (health promotion OR primary prevention OR preventive medicine OR health behavior OR social participation OR social support).sh)
#2 (Outcome)	((mental health OR activities of daily living OR dementia OR wellbeing OR well being OR well-being OR quality of life OR anxiety OR attention OR challenging behavior OR challenging behaviour OR cognition OR cognitive OR coherence OR communication OR contentment OR coping OR daily activity OR depression OR distress OR emotion OR emotional health OR executive function OR feeling OR feelings OR inclusion OR independence OR integration OR isolation OR learning OR loneliness OR memory OR mental OR mind OR optimism OR orientation OR perception OR psychological OR psychosocial OR recall OR recognition OR reminiscence OR resilience OR self-esteem OR self-sufficiency OR social OR spiritual OR stress).ti,ab OR (mental health OR mental function OR Social Isolation OR daily life activity OR Dementia).sh)
#3 (Setting)	((("nursing homes" OR "nursing home" OR "Intermediate Care Facilities" OR "Intermediate Care Facility" OR "Skilled Nursing Facilities" OR "Skilled Nursing Facility" OR "Assisted Living Facilities" OR "Assisted Living Facility" OR "homes for the aged" OR "home for the aged" OR "Adult Day Care Centers" OR "Adult Day Care Centres" OR "Adult Day Care Center" OR "Adult Day Care Centre" OR "long-term care facilities" OR "long-term care facility" OR "long-term care settings" OR "long-term care setting" OR "long-term care resident" OR "long-term care residents" OR "long-term care institution" OR "long-term care institutions" OR "LTC facility" OR "LTC facilities" OR "LTC setting" OR "LTC settings" OR "LTC resident" OR "LTC residents" OR "LTC institution" OR "LTC institutions" OR "residential long-term care" OR "residential LTC" OR "residential facilities" OR "residential facility" OR "residential aged care" OR "residential care facility" OR "residential care facilities" OR "residential care setting" OR "residential care settings" OR "residential dementia care" OR "care homes" OR "care home" OR "retirement homes" OR "retirement home" OR "old peoples homes" OR "old peoples home" OR "rest homes" OR "rest home" OR "senior citizen homes" OR "senior citizen home" OR "formal caregiver" OR "formal caregivers").af OR (Nursing Home OR assisted living facility OR Home for the Aged OR Adult Day Care).sh)
#1 AND #2 AND #3	Anzahl der Treffer: 429
Quelle:	IGES
Anmerkung:	Zeitpunkt der Recherche: 12.01.2021; Filter: Meta-Analysis, Systematic Review, English, German, 2017 – Current (2021); af = All Fields; sh = Subject Heading; ti.ab = Title/Abstract

Tabelle 4: Suchstring und Anzahl der Treffer aus der Recherche in Emcare

Komponente	Suchstring
#1 (Intervention)	((("health promotion" OR "primary prevention" OR "preventive medicine" OR "social participation" OR "social support").af OR (intervention OR interventions OR program OR programs OR programme OR programmes OR measure OR measures OR training OR therapy OR evidence OR effectiveness OR controlled trial OR controlled trials).ti,ab OR (health promotion OR primary prevention OR preventive medicine OR health behavior OR social participation OR social support).sh)
#2 (Outcome)	((mental health OR activities of daily living OR dementia OR wellbeing OR well being OR well-being OR quality of life OR anxiety OR attention OR challenging behavior OR challenging behaviour OR cognition OR cognitive OR coherence OR communication OR contentment OR coping OR daily activity OR depression OR distress OR emotion OR emotional health OR executive function OR feeling OR feelings OR inclusion OR independence OR integration OR isolation OR learning OR loneliness OR memory OR mental OR mind OR optimism OR orientation OR perception OR psychological OR psychosocial OR recall OR recognition OR reminiscence OR resilience OR self-esteem OR self-sufficiency OR social OR spiritual OR stress).ti,ab OR (mental health OR mental function OR Social Isolation OR daily life activity OR Dementia).sh)
#3 (Setting)	((("nursing homes" OR "nursing home" OR "Intermediate Care Facilities" OR "Intermediate Care Facility" OR "Skilled Nursing Facilities" OR "Skilled Nursing Facility" OR "Assisted Living Facilities" OR "Assisted Living Facility" OR "homes for the aged" OR "home for the aged" OR "Adult Day Care Centers" OR "Adult Day Care Centres" OR "Adult Day Care Center" OR "Adult Day Care Centre" OR "long-term care facilities" OR "long-term care facility" OR "long-term care settings" OR "long-term care setting" OR "long-term care resident" OR "long-term care residents" OR "long-term care institution" OR "long-term care institutions" OR "LTC facility" OR "LTC facilities" OR "LTC setting" OR "LTC settings" OR "LTC resident" OR "LTC residents" OR "LTC institution" OR "LTC institutions" OR "residential long-term care" OR "residential LTC" OR "residential facilities" OR "residential facility" OR "residential aged care" OR "residential care facility" OR "residential care facilities" OR "residential care setting" OR "residential care settings" OR "residential dementia care" OR "care homes" OR "care home" OR "retirement homes" OR "retirement home" OR "old peoples homes" OR "old peoples home" OR "rest homes" OR "rest home" OR "senior citizen homes" OR "senior citizen home" OR "formal caregiver" OR "formal caregivers").af OR (Nursing Home OR assisted living facility OR Home for the Aged OR Adult Day Care).sh)
#1 AND #2 AND #3	Anzahl der Treffer: 369
Quelle:	IGES
Anmerkung:	Zeitpunkt der Recherche: 12.01.2021; Filter: Meta-Analysis, Systematic Review, English, German, 2017 – Current (2021); af = All Fields; sh = Subject Heading; ti.ab = Title/Abstract



Tabelle 5: Suchstring und Anzahl der Treffer aus der Recherche in der Cochrane Library

Komponente	Suchstring
#1 (Intervention)	("health promotion" OR "primary prevention" OR "preventive medicine" OR "social participation" OR "social support" OR (intervention OR interventions OR program OR programs OR programme OR programmes OR measure OR measures OR training OR therapy OR evidence OR effectiveness OR "controlled trial" OR "controlled trials"):ti,ab OR [mh "health promotion"] OR [mh "primary prevention"] OR [mh "preventive medicine"] OR [mh "health behavior"] OR [mh "social participation"] OR [mh "social support"])
#2 (Outcome)	((("mental health" OR "activities of daily living" OR dementia OR wellbeing OR "well being" OR well-being OR "quality of life" OR anxiety OR attention OR "challenging behavior" OR "challenging behaviour" OR cognition OR cognitive OR coherence OR communication OR contentment OR coping OR "daily activity" OR depression OR distress OR emotion OR "emotional health" OR "executive function" OR feeling OR feelings OR inclusion OR independence OR integration OR isolation OR learning OR loneliness OR memory OR mental OR mind OR optimism OR orientation OR perception OR psychological OR psychosocial OR recall OR recognition OR reminiscence OR resilience OR self-esteem OR self-sufficiency OR social OR spiritual OR stress):ti,ab OR [mh "mental health"] OR [mh "mental processes"] OR [mh "social isolation"] OR [mh "Activities of Daily Living"] OR [mh dementia])
#3 (Setting)	("nursing homes" OR "nursing home" OR "Intermediate Care Facilities" OR "Intermediate Care Facility" OR "Skilled Nursing Facilities" OR "Skilled Nursing Facility" OR "Assisted Living Facilities" OR "Assisted Living Facility" OR "homes for the aged" OR "home for the aged" OR "Adult Day Care Centers" OR "Adult Day Care Centres" OR "Adult Day Care Center" OR "Adult Day Care Centre" OR "long-term care facilities" OR "long-term care facility" OR "long-term care settings" OR "long-term care setting" OR "long-term care resident" OR "long-term care residents" OR "long-term care institution" OR "long-term care institutions" OR "LTC facility" OR "LTC facilities" OR "LTC setting" OR "LTC settings" OR "LTC resident" OR "LTC residents" OR "LTC institution" OR "LTC institutions" OR "residential long-term care" OR "residential LTC" OR "residential facilities" OR "residential facility" OR "residential aged care" OR "residential care facility" OR "residential care facilities" OR "residential care setting" OR "residential care settings" OR "residential dementia care" OR "care homes" OR "care home" OR "retirement homes" OR "retirement home" OR "old peoples homes" OR "old peoples home" OR "rest homes" OR "rest home" OR "senior citizen homes" OR "senior citizen home" OR "formal caregiver" OR "formal caregivers" OR [mh "nursing homes"] OR [mh "Assisted Living Facilities"] OR [mh "Homes for the Aged"] OR [mh "Adult Day Care Centers"])
#1 AND #2 AND #3	Anzahl der Treffer: 167
Quelle:	IGES
Anmerkung:	Zeitpunkt der Recherche: 13.01.2021; Filter: Cochrane Reviews, Jan 2017 – Jan 2021; mh = Medical Subject Heading

### **Literatursichtung und -selektion**

Die Auswahl geeigneter Veröffentlichungen erfolgte in zwei Schritten: Eine Auswahl aufgrund von Titel und Abstract und eine Auswahl im Rahmen der Volltextsichtung. Der Auswahlprozess wurde durch mehrere Mitarbeitende unabhängig voneinander vorgenommen. Insofern es bei der Selektion von Veröffentlichungen zu Unklarheiten kam, wurden diese im Projektteam besprochen und ein Konsens vereinbart.

Die erste Selektion erfolgte nach Abschluss der elektronischen Datenbanksuche auf Ebene der Titel und Abstracts der Publikationen durch Sichtung der erzielten Treffer. Sowohl bei Rücksprachebedarf als auch stichprobenartig wurden im Auswahlprozess Publikationseinschlüsse in Hinblick auf die aufgestellten Kriterien überprüft und ggf. noch einmal diskutiert. Im Laufe des Prozesses wurden dadurch weitere Kriterien aufgenommen.

Einschlusskriterien bildeten schlussendlich die Folgenden:

- ◆ Bei der Publikation handelt es sich um einen (systematischen) Review oder eine Meta-Analyse.
- ◆ Die Studienpopulation bildet sich aus älteren, pflegebedürftigen Menschen in voll-/teilstationären Pflegeeinrichtungen.
- ◆ Die Publikation berichtet über eine oder mehrere Interventionen zur Förderung kognitiver Ressourcen und/oder der psychosozialen Gesundheit, einschließlich Ansatzpunkten für Organisationsentwicklungsmaßnahmen.
- ◆ Die Publikation stammt aus einem Land oder berichtet über Studien aus einem OECD-Land bzw. -Ländern.
- ◆ Die Publikation wurde nach dem 01.01.2017 veröffentlicht.
- ◆ Die Publikation ist in englischer oder deutscher Sprache

Ausschlusskriterien bildeten demnach die Folgenden:

- ◆ Die Publikation behandelt ausschließlich oder vorrangig eine ätiologische Fragestellung, wie z. B. die Identifikation von Risikofaktoren oder Erhebungen zu gesundheitlichen Risikofaktoren im Zusammenhang mit kognitiven Ressourcen oder psychosozialer Gesundheit.
  - ◆ Die Publikation berichtet über Interventionen im Kontext der medizinischen oder rehabilitativen Versorgung ohne gesundheitsfördernden Ansatz.
  - ◆ Die Publikation behandelt Interventionen, die schwerpunktmäßig körperliche Aktivität beinhalten. Interventionen zu körperlicher Aktivität werden in dem Parallelprojekt PflBeO behandelt und wurden daher hier nicht weiter betrachtet. Dennoch sei angemerkt, dass körperliche
-

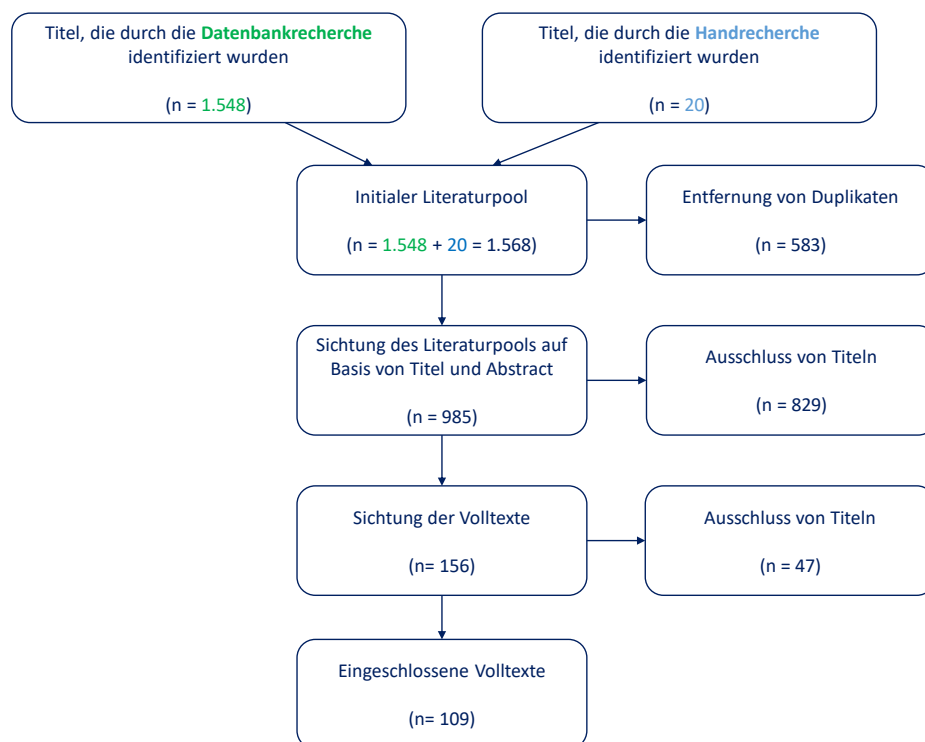
Aktivität durchaus Effekte auf kognitive Ressourcen und die psychosoziale Gesundheit zeigen kann (vgl. Kapitel 3.3.2.9).

- ◆ *Im Prozess ergänzt*: Die Publikation berichtet im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, weshalb eine Übertragbarkeit der Ergebnisse nur schwer oder gar nicht gegeben ist.
- ◆ *Im Prozess ergänzt*: Die Publikation berichtet (noch) nicht von Ergebnissen, sondern ist lediglich ein Studien-/Review-Protokoll.
- ◆ *Im Prozess ergänzt*: Bei der Studienpopulation wird eine zu eng gefasste Zielgruppe betrachtet, z. B. im Rahmen von Palliativversorgung oder ältere Menschen mit Behinderungen, weshalb eine Übertragbarkeit der Ergebnisse nur schwer oder gar nicht gegeben ist.

Die im ersten Selektionsschritt identifizierten Veröffentlichungen wurden anschließend im Volltext beschafft und einer zweiten Selektion unterzogen. Veröffentlichungen, die anders als erwartet doch nicht einschlägig waren bzw. nicht die Informationen lieferten, die Titel oder Abstract zunächst vermuten ließen, wurden ausgeschlossen. Am Ende dieses Schrittes lag der Literaturpool vor.

Abbildung 4 zeigt in Anlehnung an die Vorgaben des PRISMA-Statements (Moher *et al.* 2009) für jeden der Selektionsschritte die Anzahl der eingeschlossenen und ausgeschlossenen Veröffentlichungen.

Abbildung 4: Recherche- und Auswahlprozess gemäß PRISMA-Fließdiagramm



**Auswertung und Ergebnisaufbereitung**

Nach Vorliegen des Literaturpools wurden relevante Informationen aus den Veröffentlichungen extrahiert. Hierfür wurden die einzelnen Veröffentlichungen danach ausgewertet, welche Interventionen und Outcomes berichtet werden, für welche Zielgruppe die Interventionen angewendet und/oder empfohlen werden und ob bzw. welche Wirksamkeit berichtet wird. Weitere Hinweise, die für die Konzepterstellung relevant sein könnten, wurden zusätzlich aufgenommen und beschrieben.

---

## Literaturverzeichnis

- Aarskog NK, Hunskar I & Bruvik F (2019): Animal-Assisted Interventions With Dogs and Robotic Animals for Residents With Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 37(2), 77-93. DOI: 10.1080/02703181.2019.1613466.
- Abbott R, Orr N, McGill P, Whear R, Bethel A, Garside R, Stein K & Thompson-Coon J (2019): How do "robotpets" impact the health and well-being of residents in care homes? A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Older People Nursing* 14(3), e12239. DOI: 10.1111/opn.12239.
- Abraha I, Rimland JM, Lozano-Montoya I, Dell'Aquila G, Vélez-Díaz-Pallarés M, Trotta FM, Cruz-Jentoft AJ & Cherubini A (2017a): Simulated presence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Review* 4(4), Cd011882. DOI: 10.1002/14651858.CD011882.pub2.
- Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, Gudmundsson A, Soiza R, O'Mahony D, Guaita A & Cherubini A (2017b): Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. the SENATOR-OnTop series. *BMJ Open* 7(3), no pagination.
- Antonovsky A. (1990): A somewhat personal odyssey in studying the stress process. *Stress Medicine*, 6(2): 71-80
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2021): Leitlinien <https://www.awmf.org/leitlinien.html> [Abruf am: 19.02.2021].
- Backhaus R, Hoek LJM, de Vries E, van Haastregt JCM, Hamers JPH & Verbeek H (2020): Interventions to foster family inclusion in nursing homes for people with dementia: a systematic review. *BMC Geriatrics* 20(1), 434. DOI: 10.1186/s12877-020-01836-w.
- Bagnasco A, Hayter M, Rossi S, Zanini MP, Pellegrini R, Aleo G, Catania G & Sasso L (2020): Experiences of participating in intergenerational interventions in older people's care settings: A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Journal of advanced nursing* 76(1), 22-33. DOI: 10.1111/jan.14214
- Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AMY, Sabates J & Clare L (2018): Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(7), CD013069. DOI: 10.1002/14651858.CD013069.
-

- Ball EL, Owen-Booth B, Gray A, Shenkin SD, Hewitt J & McCleery J (2020): Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8). DOI: 10.1002/14651858.CD003150.pub3.
- Barbosa A, Lord K, Blighe A & Mountain G (2017): Dementia Care Mapping in long-term care settings: a systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics* 29(10), 1609-1618. DOI: 10.1017/s1041610217001028.
- Barrett J, Evans S & Mapes N (2019): Green dementia care in accommodation and care settings: a literature review. *Housing, Care and Support* 22(4), 193-206. DOI: 10.1108/HCS-04-2019-0010.
- Bauer M, Fetherstonhaugh D, Haesler E, Beattie E, Hill KD & Poulos CJ (2018): The impact of nurse and care staff education on the functional ability and quality of life of people living with dementia in aged care: A systematic review. *Nurse Education Today* 67, 27-45. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.04.019.
- Beer C, Horner B, Flicker L, Scherer S, Lautenschlager NT, Bretland N, Flett P, Schaper F & Almeida OP (2011): A Cluster-Randomised Trial of Staff Education to Improve the Quality of Life of People with Dementia Living in Residential Care: The DIRECT Study. *PLOS ONE* 6(11), e28155. DOI: 10.1371/journal.pone.0028155.
- Beikirch E, Schulz A, Fähmann E, Hindrichs S, Rösen EE, Triftshäuser K, Umlandt-Korsch S, Braeseke G, Deckenbach B & Nolting HD (2017): Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege (Version 2.0). [https://www.einstep.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen\\_2.0/Informations-und\\_Schulungsunterlagen\\_V2.0\\_Oktober\\_2017\\_final.pdf](https://www.einstep.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informations-und_Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf) [Abruf am: 11.01.2021].
- Beikirch E, Nolting H-D (2020). Nicht neu, aber anders. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist noch nicht wirklich in der Praxis angekommen. Ein Leit-faden engagierter Praktiker soll endlich Abhilfe schaffen. *Altenpflege*, 11, 2020, S. 18-21.
- Birkenhäger-Gillesse EG, Kollen BJ, Achterberg WP, Boersma F, Jongman L & Zuidema SU (2018): Effects of Psychosocial Interventions for Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia on the Prescription of Psychotropic Drugs: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Journal of the American Medical Directors Association* 19(3), 276.e271-276.e279. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.12.100.
- Blake D, Berry K & Brown LJE (2020): A systematic review of the impact of person-centred care interventions on the behaviour of staff working in dementia care. *Journal of advanced nursing* 76(2), 426-444. DOI: 10.1111/jan.14251.
-

- Blüher S & Kuhlmei A (2019): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62(3), 261-266. DOI: 10.1007/s00103-019-02879-0.
- Board M, Heaslip V, Fuggle K, Gallagher J & Wilson J (2012): How education can improve care for residents with dementia. *Nursing Older People* 24(5), 29-31. DOI: 10.7748/nop2012.06.24.5.29.c9116.
- Bösl E (2010): Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik aus Sicht der Disability History. *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)* (23), 6-12. <https://www.bpb.de/system/files/pdf/VFM4HO.pdf> [Abruf am: 09.02.2021].
- Boumans J, van Boekel L, Baan C & Luijkx K (2019): How can autonomy be maintained and informal care improved for people with Dementia living in residential care facilities: A systematic Literature review. *Gerontologist* 59(6), 709-730. DOI: 10.1093/geront/gny096.
- Boyle G (2008): Autonomy in long-term care: A need, a right or a luxury? *Disability & Society* 23(4), 299-310. DOI: 10.1080/09687590802038795.
- Brooker D & Latham I (2015): Person-centred dementia care: Making services better with the VIPS framework. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Broome E, Dening T, Schneider J & Brooker D (2017): Care staff and the creative arts: exploring the context of involving care personnel in arts interventions. *International Psychogeriatrics* 29(12), 1979-1991. DOI: 10.1017/s1041610217001478.
- Brown Wilson C, Arendt L, Nguyen M, Scott TL, Neville CC & Pachana NA (2019): Nonpharmacological Interventions for Anxiety and Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *Gerontologist* 59(6), e731-e742. DOI: 10.1093/geront/gnz020.
- Brüggemann S & Klosterhuis H (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation – eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. *RVaktuell* 52(10/11), 467-475.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM & Wagner CM (2013): Nursing Interventions Classification (NIC). 6. Auflage. St. Louis, Missouri, USA: Elsevier. ISBN: 9780323113144.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) (2021): EinSTEP (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation). <https://www.ein-step.de/> [Abruf am: 12.01.2021].
- Bundesregierung (2020) Konzertierte Aktion Pflege – Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Berlin:
-

- Bundesministerium für Gesundheit.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09\\_Umsetzungsbericht\\_KAP\\_barrierefrei.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09_Umsetzungsbericht_KAP_barrierefrei.pdf)  
[Abruf am: 21.05.2021]
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020a): Prävention und Krankheitsprävention. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/> [Abruf am: 14.12.2020].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020b): Salutogenese. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese> [Abruf am: 10.12.2020].
- Bunn F, Lynch J, Goodman C, Sharpe R, Walshe C, Preston N & Froggatt K (2018): Improving living and dying for people with advanced dementia living in care homes: a realist review of Namaste Care and other multisensory interventions. *BMC Geriatrics* 18(1), 303. DOI: 10.1186/s12877-018-0995-9.
- Burke C, Stein-Parbury J, Luscombe G & Chenoweth L (2016): Development and Testing of the Person-Centered Environment and Care Assessment Tool (PCECAT). *Clinical Gerontologist* 39(4), 282-306. DOI: 10.1080/07317115.2016.1172532.
- Buschmann-Steinhage R & Brüggemann S (2011): Veränderungstrends in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 54(4), 404-410. DOI: 10.1007/s00103-011-1240-2.
- Calkins MP (2018): From Research to Application: Supportive and Therapeutic Environments for People Living With Dementia. *Gerontologist* 58(suppl\_1), S114-S128. DOI: 10.1093/geront/gnx146.
- Capezuti E, Sagha Zadeh R, Pain K, Basara A, Jiang NZ & Krieger AC (2018): A systematic review of non-pharmacological interventions to improve nighttime sleep among residents of long-term care settings. *BMC Geriatrics* 18(1), 143. DOI: 10.1186/s12877-018-0794-3.
- Carlson SM, Zelazo PD & Faja S (2013): Executive function. In: Zelazo PD (Hrsg.): Oxford library of psychology. The Oxford handbook of developmental psychology (Vol. 1). Body and mind. Oxford: Oxford University Press, 706-743.
- Chaudhury H, Cooke HA, Cowie H & Razaghi L (2018): The Influence of the Physical Environment on Residents With Dementia in Long-Term Care Settings: A Review of the Empirical Literature. *Gerontologist* 58(5), e325-e337. DOI: 10.1093/geront/gnw259.
-



- Chen SC, Jones C & Moyle W (2018): Social Robots for Depression in Older Adults: A Systematic Review. *Journal Nursing Scholarship* 50(6), 612-622. DOI: 10.1111/jnu.12423.
- Chenoweth L, Stein-Parbury J, Lapkin S, Wang A, Liu Z & Williams A (2019): Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS One* 14(2), e0212686. DOI: 10.1371/journal.pone.0212686.
- Clarkson P, Hughes J, Xie C, Larbey M, Roe B, Giebel CM, Jolley D & Challis D (2017): Overview of systematic reviews: Effective home support in dementia care, components and impacts-Stage 1, psychosocial interventions for dementia. *Journal of Advanced Nursing* 73(12), 2845-2863. DOI: 10.1111/jan.13362.
- Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M & Freedman L (2012): Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry* 73(9), 1255-1261. DOI: 10.4088/JCP.12m07918
- Colorado Foundation for Medical Care. (2008). Culture change assessment tool. Englewood, CO: Author.
- Commission for Social Care Inspection (CSCI) (2008): See me, not just the dementia. Understanding people's experiences of living in a care home. London: Commission for Social Care Inspection (CSCI).
- Curtis A, Gibson L, O'Brien M & Roe B (2018): Systematic review of the impact of arts for health activities on health, wellbeing and quality of life of older people living in care homes. *Dementia* 17(6), 645-669. DOI: 10.1177/1471301217740960.
- D'Cunha NM, Isbel S, McKune AJ, Kellett J & Naumovski N (2020): Activities outside of the care setting for people with dementia: a systematic review. *BMJ Open* 10(10), e040753. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040753.
- Daly Lynn J, Rondon-Sulbaran J, Quinn E, Ryan A, McCormack B & Martin S (2019): A systematic review of electronic assistive technology within supporting living environments for people with dementia. *Dementia* 18(7-8), 2371-2435. DOI: 10.1177/1471301217733649.
- Daly RL, Bunn F & Goodman C (2018): Shared decision-making for people living with dementia in extended care settings: a systematic review. *BMJ Open* 8(6), e018977. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018977.
- de Boer B, Hamers JPH, Zwakhalen SMG, Tan FES, Beerens HC & Verbeek H (2017): Green Care Farms as Innovative Nursing Homes, Promoting Activities and Social
-

- Interaction for People With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 18(1), 40-46. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.10.013.
- de Boissieu P, Denormandie P, Armaingaud D, Sanchez S & Jeandel C (2017): Exergames and elderly: A non-systematic review of the literature. *European Geriatric Medicine* 8(2), 111-116.
- de la Rosa A, Olaso-Gonzalez G, Arc-Chagnaud C, Millan F, Salvador-Pascual A, Garcia-Lucerga C, Blasco-Lafarga C, Garcia-Dominguez E, Carretero A, Correas AG, Viña J & Gomez-Cabrera MC (2020): Physical exercise in the prevention and treatment of Alzheimer's disease. *Journal of Sport and Health Science* 9, 394-404. DOI: 10.1016/j.jshs.2020.01.004.
- de Silva D (2014): Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care. London: The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/publications/helping-measure-person-centred-care> [Abruf am: 23.02.2021].
- Deshmukh SR, Holmes J & Cardno A (2018): Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9), CD011073. DOI: 10.1002/14651858.CD011073.pub2.
- Deutsche Rentenversicherung (2021): Reha-Therapiestandards (RTS). <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rts.html> [Abruf am: 29.10.2020].
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2019): Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. *Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Osnabrück.
- Doyal L & Gough I (1984): A theory of human needs. *Critical Social Policy* 4(10), 6-38. DOI: 10.1177/026101838400401002.
- Duan Y, Mueller CA, Yu F & Talley KM (2020): The Effects of Nursing Home Culture Change on Resident Quality of Life in U.S. Nursing Homes: An Integrative Review. *Research in gerontological nursing* 22 Jan, 1-15. DOI: 10.3928/19404921-20200115-02.
- Elfrink TR, Zuidema SU, Kunz M & Westerhof GJ (2018): Life story books for people with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 30(12), 1797-1811. DOI: 10.1017/s1041610218000376.
- Engel GL (1976): Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
-

- Eriksson M & Lindström B (2011): Life ist more than survival: Exploring links between Antonovsky's salutogenic theory and the concept of resilience. In: Gow KM & Cenlinski MJ (Hrsg.): Wayfinding through life's challenges.: Nova Science Publishers, Inc.
- Faller G (Hrsg.) (2016): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe. ISBN: 9783456855691.
- Ferdous F (2020): Positive Social Interaction by Spatial Design: A Systematic Review of Empirical Literature in Memory Care Facilities for People Experiencing Dementia. *Journal of Aging Health* 32(9), 949-961. DOI: 10.1177/0898264319870090.
- Folkerts AK, Roheger M, Franklin J, Middelstädt J & Kalbe E (2017): Cognitive interventions in patients with dementia living in long-term care facilities: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 73, 204-221. DOI: 10.1016/j.archger.2017.07.017.
- Fuchs-Frohnhofen P, Scheen S, Bessin C & Duisberg M (2020): Organisationsentwicklung zur Verbesserung des Gesundheitsmanagements in Pflegeeinrichtungen für die Zielgruppen Bewohner\*innen und Beschäftigte, zusammenfassende Literaturlauswertung. (Nicht veröffentlicht).
- Gagliardi C & Piccinini F (2019): The use of nature - based activities for the well-being of older people: An integrative literature review. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 83, 315-327. DOI: 10.1016/j.archger.2019.05.012.
- Gairing F (2017): Organisationsentwicklung. Geschichte – Konzepte – Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN: 978-3-17-031145-9.
- GKV-Spitzenverband (2020a): Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin: GKV-Spitzenverband. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention/praevention\\_leitfaden/Leitfaden Praventio n 2020 barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden Praventio n 2020 barrierefrei.pdf).
- GKV-Spitzenverband (2020b): Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin: GKV-Spitzenverband. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention/praevention\\_leitfaden/Leitfaden Praventio n 2020 barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden Praventio n 2020 barrierefrei.pdf).
- Gleeson H, Hafford-Letchfield T, Quaife M, Collins DA & Flynn A (2019): Preventing and responding to depression, self-harm, and suicide in older people living in
-

- long term care settings: a systematic review. *Aging and Mental Health* 23(11), 1467-1477. DOI: 10.1080/13607863.2018.1501666.
- Gray C & Farrah K (2019): Homelike Models in Long Term Care: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health Rapid Response Reports*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Green CE, Tinker A & Manthorpe J (2018): Respecting care home residents' right to privacy: what is the evidence of good practice? *Working with Older People*. DOI: 10.1108/WWOP-06-2018-0014.
- Grøndahl VA, Persenius M, Bååth C & Helgesen AK (2017): The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff - a systematic mixed studies review. *BMC Nursing* 16, 28. DOI: 10.1186/s12912-017-0223-5.
- Group BD (1997): Evaluating dementia care: The DCM Method. 7.Auflage. Bradford: University of Bradford.
- Hackmann T, Kremer-Preiß U, Bahr M, Huschik G, Maetzel J & Mehnert T (2019): Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI. Abschlussbericht. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekt\\_e\\_wohnen\\_45f/Pflege\\_Endbericht\\_Wohnformen\\_45\\_28.02.2019.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekt_e_wohnen_45f/Pflege_Endbericht_Wohnformen_45_28.02.2019.pdf).
- Hammar A & Ardal G (2009): Cognitive functioning in major depression - a summary. *Frontiers in human neuroscience* 3, 26. DOI: 10.3389/neuro.09.026.2009.
- Hanratty B, Craig D, Brittain K, Spilsbury K, Vines J & Wilson P (2019): Innovation to enhance health in care homes and evaluation of tools for measuring outcomes of care: rapid evidence synthesis. *Health Services and Delivery Research* 7(27). DOI: 10.3310/hsdr07270.
- Howarth M, Brettle A, Hardman M & Maden M (2020): What is the evidence for the impact of gardens and gardening on health and well-being: A scoping review and evidence-based logic model to guide healthcare strategy decision making on the use of gardening approaches as a social prescription. *BMJ Open* 10(7), e036923. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-036923.
- Hung L, Chow B, Shadarevian J, O'Neill R, Berndt A, Wallsworth C, Horne N, Gregorio M, Mann J, Son C & Chaudhury H (2020): Using touchscreen tablets to support social connections and reduce responsive behaviours among people with dementia in care settings: A scoping review. *Dementia* 0(0), 1471301220922745. DOI: 10.1177/1471301220922745.
-

- Jain B, Syed S, Hafford-Letchfield T & O'Farrell-Pearce S (2020): Dog-assisted interventions and outcomes for older adults in residential long-term care facilities: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Older People Nursing* 15(3), e12320. DOI: 10.1111/opn.12320.
- Janus SIM, Kusters J, van den Bosch KA, Andringa TC, Zuidema SU & Luijendijk HJ (2020): Sounds in nursing homes and their effect on health in dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics* Jun 29, 1-18. DOI: 10.1017/s1041610220000952.
- Jones C, Liu F, Murfield J & Moyle W (2020): Effects of non-facilitated meaningful activities for people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *Geriatric Nursing* 41(6), 863-871. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2020.06.001.
- Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ, Paulus M, Leon AC, Maser JD, Endicott J, Coryell W, Kunovac L, Mueller TI, Rice JP & Keller MB (2000): Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder *Archives of general psychiatry* 57(4), 375-380. DOI: 10.1001/archpsyc.57.4.375.
- Kalaria RN, Akinyemi R & M I (2016): Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease* 1862(5), 915-925. DOI: 10.1016/j.bbadis.2016.01.015.
- Kern M, Sheppard CL & Hitzig SL (2020): A Scoping Review on the Implementation Considerations of Cognitive Interventions for Long-Term Care Residents. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 315-337. DOI: 10.1080/02703181.2020.1749752.
- Kim SK & Park M (2017): Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging* 12, 381-397. DOI: 10.2147/cia.s117637.
- Kirkpatrick D & Kirkpatrick J (2006): Evaluating training programs: The four levels. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Kolanowski A, Boltz M, Galik E, Gitlin LN, Kales HC, Resnick B, Van Haitsma KA, Sutterlin JE, Sefcik JS, Liu W, Petrovsky DV, Massimo L, Gilmore-Bykovsky A, MacAndrew M, Brewster G, Nalls V, Jao YL & Scerpella D (2017): Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nursing Outlook* 65(5), 515-529. DOI: 10.1016/j.outlook.2017.06.006
- Körte-Pötters U, Wingenfeld K & Heitmann D (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS). Referenzmodelle. Band 5: Qualitätsverbesserung in der
-

- vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Düsseldorf: MAGS.
- Kruse A, Becker G, Remmers H, Schmitt E & Wetzel A (2019): Self-design and prevention potential for older people in institutional long-term care. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62(3), 247-254. DOI: 10.1007/s00103-019-02916-y.
- Lai NM, Chang SMW, Ng SS, Tan SL, Chaiyakunapruk N & Stanaway F (2019): Animal-assisted therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11). DOI: 10.1002/14651858.CD013243.pub2.
- Langner H, Nordhausen T, Fleischer S, Meyer G & Berg A (2019): Improving cognitive resources of nursing home residents: a systematic review of prevention and health promotion interventions. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 149, 1-11. DOI: 10.1016/j.zefq.2020.01.001.
- Law M, Steinwender S & Leclair L (1998): Occupation, Health and Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 65(2), 81-91. DOI: 10.1177/000841749806500204.
- Lepore M, Scales K, Anderson RA, Porter K, Thach T, McConnell E & Corazzini K (2018): Person-directed care planning in nursing homes: A scoping review. *International Journal of Older People Nursing* 13(4), e12212. DOI: 10.1111/opn.12212.
- Levitt D (2018): New strategies and innovations to engage seniors in eldercare. *Healthcare Management Forum* 31(4), 142-146. DOI: 10.1177/0840470418764492.
- Ludden GDS, van Rompay TJL, Niedderer K & Tournier I (2019): Environmental design for dementia care - towards more meaningful experiences through design. *Maturitas* 128, 10-16. DOI: 10.1016/j.maturitas.2019.06.011.
- LWL-Kompetenzzentrum Soziale Teilhabe (2019): Bedarfe ermitteln. Teilhabe gestalten - BEI\_NRW - Handbuch. [https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/1\\_dokumente/hilfeplan/Handbuch\\_BEI-NRW\\_10\\_04.pdf](https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/1_dokumente/hilfeplan/Handbuch_BEI-NRW_10_04.pdf) [Abruf am: 16.12.2020].
- Maddux JE, Snyder CR & Lopez SJ (2004): Toward a positive clinical psychology: Deconstructing the illness ideology and constructing an ideology of human strengths and potential. In: Linley PA & Joseph S (Hrsg.): Positive psychology in practice. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 320-334.
-

- McCormack B & McCance TV (2006): Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* 56(5), 472-479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- Menn L, Corsten S, Lauer N & Wallace SJ (2020): The Effectiveness of Biographical Approaches in Long-Term Care: A Systematic Review. *Gerontologist* 60(4), e309-e328. DOI: 10.1093/geront/gnz074.
- Michel-Auli DP & Sowinski C (2013): Die 5. Generation: KDA- Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Band 6. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Mikkelsen ASB, Petersen S, Dragsted AC & Kristiansen M (2019): Social Interventions Targeting Social Relations Among Older People at Nursing Homes: A Qualitative Synthesized Systematic Review. *Inquiry* 56, 46958018823929. DOI: 10.1177/0046958018823929.
- Mileski M, Baar Topinka J, Brooks M, Lonidier C, Linker K & Vander Veen K (2018): Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities. *Clinical Interventions in Aging* 13, 967-974. DOI: 10.2147/cia.s153113.
- Mileski M, Brooks M, Kirsch A, Lee F, LeVieux A & Ruiz A (2019): Positive physical and mental outcomes for residents in nursing facilities using music: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging* 14, 301-319. DOI: 10.2147/cia.s189486.
- Mitchell G & Agnelli J (2015): Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard* 30(7), 46-50. DOI: 10.7748/ns.30.7.46.s47.
- Mittelmark MB & Bauer GF (2017): The Meanings of Salutogenesis. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B & Espnes GA (Hrsg.): The Handbook of Salutogenesis. Basingstoke, U.K.: Springer Nature. ISBN: 978-3-319-04599-3.
- Moehead A, DeSouza K, Walsh K & Pit SW (2020): A Web-Based Dementia Education Program and its Application to an Australian Web-Based Dementia Care Competency and Training Network: Integrative Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 22(1), e16808. DOI: 10.2196/16808.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*. Available at: <http://www.annals.org/cgi/content/full/151/4/264>
-

- Möhler R, Renom A, Renom H & Meyer G (2018): Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2(2), Cd009812. DOI: 10.1002/14651858.CD009812.pub2.
- Monette J, Champoux N, Monette M, Fournier L, Wolfson C, du Fort GG, ,, Sourial N, Le Cruguel J-P & Gore B (2008): Effect of an interdisciplinary educational program on antipsychotic prescribing among nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(6), 574-579. DOI: 10.1002/gps.1934
- Motealleh P, Moyle W, Jones C & Dupre K (2019): Creating a dementia-friendly environment through the use of outdoor natural landscape design intervention in long-term care facilities: A narrative review. *Health Place* 58, 102148. DOI: 10.1016/j.healthplace.2019.102148.
- Müller JFW (2004): Organisationsentwicklung und Personalentwicklung im Qualitätsmanagement der Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens am Beispiel Altenhilfe. München: Hampp. ISBN: 3-87988-860-4.
- Murphy G, Groeger JA & Greene CM (2016): Twenty years of load theory—Where are we now, and where should we go next? *Psychonomic Bulletin & Review* 23(5), 1316-1340. DOI: 10.3758/s13423-015-0982-5.
- Neal I, Du Toit SHJ & Lovarini M (2020): The use of technology to promote meaningful engagement for adults with dementia in residential aged care: A scoping review. *International Psychogeriatrics* 32(8), 913-935. DOI: 10.1017/S1041610219001388
- Nicholas SO, Giang AT & Yap PLK (2019): The Effectiveness of Horticultural Therapy on Older Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association* 20(10), 1351.e1351-1351.e1311. DOI: 10.1016/j.jamda.2019.06.021.
- Nijboer M, Borst JP, van Rijn H & Taatgen N (2016): Driving and Multitasking: The Good, the Bad, and the Dangerous. *Frontiers in Psychology* 7, 1718. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01718
- Nolan MR, Brown J, Davies S, Nolan J & Keady J (2006): The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice (GRiP) Report No 2.: University of Sheffield. <http://shura.shu.ac.uk/280/> [Abruf am: 23.02.2021].
- Nolting H-D, Beikirch E, Braeseke G, Haaß F, Rellecke J & Rieckhoff S (2019a): Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegfachlichen Konzeptionen und in
-



- der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES Institut.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff\\_Evaluierung/Abschlussbericht\\_Los\\_1\\_Evaluation\\_18c\\_SGB\\_XI.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf)
- Nolting H-D, Beikirch E, Braeseke G, Rieckhoff S (2019b). Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis. Bundesministerium für Gesundheit: Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Anhang A3 zum Abschlussbericht zu Los 1. Online verfügbar (Aufruf: 04.01.2021): [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff\\_Evaluierung/Leitfaden\\_Los\\_1\\_Evaluation\\_18c\\_SGB\\_XI.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Leitfaden_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf)
- Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D & Morrissey EC (2020): Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5), Cd013632. DOI: 10.1002/14651858.cd013632.
- Nordhausen T, Langner H, Fleischer S, Meyer G & Berg A (2019): Improving psychosocial health of nursing home residents: a systematic review of interventions for prevention and health promotion. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 147-148, 7-19. DOI: 10.1016/j.zefq.2019.09.005.
- O'Philbin L, Woods B, Farrell EM, Spector AE & Orrell M (2018): Reminiscence therapy for dementia: an abridged Cochrane systematic review of the evidence from randomized controlled trials. *Expert Rev Neurother* 18(9), 715-727. DOI: 10.1080/14737175.2018.1509709.
- Orgeta V, McDonald KR, Poliakoff E, Hindle JV, Clare L & Leroi I (2020): Cognitive training interventions for dementia and mild cognitive impairment in Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2(2), Cd011961. DOI: 10.1002/14651858.CD011961.pub2.
- Pellfolk TJE, Gustafson Y, Bucht G & Karlsson S (2010): Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 58(1), 62-69. DOI: 0.1111/j.1532-5415.2009.02629.x
- Prins AJ, Scherder EJA, van Straten A, Zwaagstra Y & Milders MV (2020): Sensory Stimulation for Nursing-Home Residents: Systematic Review and Meta-Analysis of Its Effects on Sleep Quality and Rest-Activity Rhythm in Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 49(3), 219-234. DOI: 10.1159/000509433.
-

- Puurveen G, Baumbusch J & Gandhi P (2018): From Family Involvement to Family Inclusion in Nursing Home Settings: A Critical Interpretive Synthesis. *Journal of Family Nursing* 24(1), 60-85. DOI: 10.1177/1074840718754314.
- Quan NG, Lohman MC, Resciniti NV & Friedman DB (2020): A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities. *Aging and Mental Health* 24(12), 1945-1955. DOI: 10.1080/13607863.2019.1673311.
- Rapaport P, Livingston G, Murray J, Mulla A & Cooper C (2017): Systematic review of the effective components of psychosocial interventions delivered by care home staff to people with dementia. *BMJ Open* 7(2), e014177. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014177.
- Raz A & Jason B (2006): Typologies of attentional networks *Natur reviews neuroscience* 7(5), 367-379. DOI: 10.1038/nrn1903.
- Rehling B (2007): Teilbericht 3: Organisationsentwicklung. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hrsg.) Referenzmodelle. Band 6: Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept. Abschlussberichte der beteiligten Institute 2004–2006. Düsseldorf: MAGS.
- Richter S, Glöckner JM & Blättner B (2018): Psychosocial interventions in inpatient care: Systematic review of the effectiveness of universal and selective prevention on mental health. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51(6), 666-674. DOI: 10.1007/s00391-017-1231-5.
- Riesch J, Meyer L, Lehr B & Severin T (2018): Dementia-specific training for nursing home staff : A systematic literature review. *Zeitschrift von Gerontologie und Geriatrie* 51(5), 523-529. DOI: 10.1007/s00391-017-1296-1.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Roth G. (2001): Fühlen, Denken, Handeln: Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt am Main: Suhrkamp. ISBN: 978-3-518-29278-5
- Russel R (1973): Social health: an attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education* 16, 74-82.
- Rutter M (2012): Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology* (24), 335-344. DOI: 10.1017/S0954579412000028.
- Sánchez-Martínez I, Vilar R, Irujo J, Ulsamer D, Cano D, Soares CC, Acevedo Á, Jerez-Roig J & Celdrán M (2021): Effectiveness of the Validation Method in Work Satisfaction and Motivation of Nursing Home Care Professionals: A Literature
-

- Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18, 201. DOI: 10.3390/ijerph18010201.
- Scales K, Zimmerman S & Miller SJ (2018): Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Gerontologist* 58(suppl\_1), S88-s102. DOI: 10.1093/geront/gnx167.
- Schuster AM & Hunter EG (2019): Video Communication With Cognitively Intact Nursing Home Residents: A Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology* 38(8), 1185-1196. DOI: 10.1177/0733464817711962.
- Shang B, Yin H, Jia Y, Zhao J, Meng X, Chen L & Liu P (2019): Nonpharmacological interventions to improve sleep in nursing home residents: A systematic review. *Geriatric Nursing* 40(4), 405-416. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2019.01.001.
- Shaw CA, Lanius RA & van den Doel K (1994): The origin of synaptic neuroplasticity: crucial molecules or a dynamical cascade? *Brain Res Brain Res Rev* 19(3), 241-263. DOI: 10.1016/0165-0173(94)90014-0.
- Shropshire M (2020): Reminiscence intervention for community-dwelling older adults without dementia: a literature review. *British Journal of Community Nursing* 25(1), 40-44. DOI: 10.12968/bjcn.2020.25.1.40.
- Shryock SK & Meeks S (2020): Activity, Activity Personalization, and Well-Being in Nursing Home Residents With and Without Cognitive Impairment: An Integrative Review. *Clinical gerontologist* 20 Nov, 1-15. DOI: 10.1080/07317115.2020.1844356
- Smith BC & D'Amico M (2020): Sensory-Based Interventions for Adults with Dementia and Alzheimer's Disease: A Scoping Review. *Occupational Therapy in Health Care* 34(3), 171-201. DOI: 10.1080/07380577.2019.1608488.
- Sturdevant D, Mueller C & Buckwalter K (2018): Measurement of Nursing Home Culture Change. Systematic Review. *Res Gerontol Nurs*. 11(2), 103-112. DOI: 10.3928/19404921-20171205-01.
- Terkelsen AS, Petersen JV & Kristensen HK (2020): Mapping empirical experiences of Tom Kitwood's framework of person-centred care for persons with dementia in institutional settings. A scoping review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 34(1), 6-22. DOI: 10.1111/scs.12709.
- Tsoi KKF, Chan JYC, Ng YM, Lee MMY, Kwok TCY & Wong SYS (2018): Receptive Music Therapy Is More Effective than Interactive Music Therapy to Relieve Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 19(7), 568-576.e563. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.12.009.
-

- Tyler DA & Lepore MJ (2017): Barriers and facilitators to adopting nursing home culture change. *Journal of Clinical Outcomes Management* 24(11).
- Van der Roest HG, Wenborn J, Pastink C, Dröes RM & Orrell M (2017): Assistive technology for memory support in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6(6), CD009627. DOI: 10.1002/14651858.CD009627.pub2.
- van der Steen JT, Smaling HJA, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten R & Vink AC (2017): Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5), CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub4.
- VandenBos GR (Ed.) (2015): APA dictionary of psychology. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association. ISBN: 978-1-4338-1944-5.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) (2021): Pflegeeinrichtungen - Bewegungsfreundliche Organisationen (PfleBeO). <https://pflebeo.de/>.
- Vinje HF, Langeland E, Bull T (2017): Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. In In Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA (Hrsg.). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer Nature.
- Wang G, Albayrak A & van der Cammen TJM (2019): A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: from a perspective of ergonomics. *International Psychogeriatrics* 31(8), 1137-1149. DOI: 10.1017/s1041610218001679.
- Wilfling D, Hylla J, Berg A, Meyer G, Köpke S, Halek M, Möhler R & Dichter MN (2020): Characteristics of multicomponent, nonpharmacological interventions to reduce or avoid sleep disturbances in nursing home residents: a systematic review. *International Psychogeriatrics* Jun 5, 1-29. DOI: 10.1017/s1041610220000733.
- Wingenfeld K & Büscher A (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht\\_Pflege.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf) [Abruf am: 06.11.2020].
- Wöhl C, Richter S & Blättner B (2017): Cognitive interventions in nursing homes : Systematic review of the preventive effectiveness on cognitive performance in persons in need of care. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51(6), 656-665. DOI: 10.1007/s00391-017-1330-3.
- Wöhl C, Siebert H & Blättner B (2019): Effectiveness of interventions to strengthen cognitive resources in nursing home residents : A systematic review and
-

- network meta-analysis. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53(8), 778-787. DOI: 10.1007/s00391-019-01654-9.
- Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE & Orrell M (2018): Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3(3), Cd001120. DOI: 10.1002/14651858.CD001120.pub3.
- World Health Organization (WHO) (1980): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Genf: World Health Organization (WHO).
- World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.  
[https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa Charter\\_G.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1) [Abruf am: 13.01.2021].
- World Health Organization (WHO) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genf.
- World Health Organization (WHO) (2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation.
- World Health Organization (WHO) (2019a): ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Genf: World Health Organization (WHO).
- World Health Organization (WHO) (2019b): Psychische Gesundheit - Faktenblatt  
[https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/404853/MNH FactSheet\\_DE.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf) [Abruf am: 10.12.2020].
- Yeo NL, Elliott LR, Bethel A, White MP, Dean SG & Garside R (2020): Indoor Nature Interventions for Health and Wellbeing of Older Adults in Residential Settings: A Systematic Review. *Gerontologist* 60(3), e184-e199. DOI: 10.1093/geront/gnz019.
- Yorozuya K, Kubo Y, Tomiyama N, Yamane S & Hanaoka H (2019): A Systematic Review of Multimodal Non-Pharmacological Interventions for Cognitive Function in Older People with Dementia in Nursing Homes. *Dement Geriatr Cogn Disord* 48(1-2), 1-16. DOI: 10.1159/000503445.
-

---

---

---



**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
[www.iges.com](http://www.iges.com)