

DISSERTATION

Stationäre Langzeitpflege:
Soziale Teilhabe und wahrgenommene gesundheitliche Folgen
der COVID-19-Pandemie

Inpatient long-term care:
social participation and perceived health consequences of the
COVID-19-pandemic

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Annabell Gangnus

Erstbetreuung: Prof. Dr. phil. Paul Gellert

Datum der Promotion: 29.11.2024

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	iii
Abbildungsverzeichnis	iv
Abkürzungsverzeichnis	vi
Zusammenfassung.....	8
1 Einleitung	11
1.1 Soziale Teilhabe in der stationären Langzeitpflege während der COVID-19-Pandemie	11
1.2 Gesundheitliche Folgen in der stationären Langzeitpflege während der COVID-19-Pandemie	12
1.3 Ziel und Fragestellung	14
2 Methodik.....	15
2.1 Studiendesign und Stichproben	15
2.2 Fragebogenentwicklung und Erhebungsinstrumente	16
2.2.1 Fragebogen der Pflegeheimleitungen.....	16
2.2.2 Fragebogen der Pflegekräfte	20
2.3 Statistische Analysen	22
3 Ergebnisse	24
3.1 Charakteristika der teilnehmenden Pflegeheime und Pflegekräfte.....	24
3.2 Umsetzung der Schutzmaßnahmen und soziale Teilhabe	27
3.3 Zusammenhänge von Schutzmaßnahmen und Angeboten für soziale Teilhabe .	29
3.4 Wahrgenommene Folgen der Schutzmaßnahmen bei Pflegeheimbewohnenden	33
3.5 Wahrgenommene Folgen einer COVID-19-Erkrankung bei Pflegeheimbewohnenden.....	34
4. Diskussion	40
4.1 Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse.....	40
4.2 Interpretation der Ergebnisse	41

4.3	Einbettung der Ergebnisse in den bisherigen Forschungsstand.....	43
4.4	Stärken und Schwächen der Studien	46
4.5	Implikationen für die Pflegepraxis, Politik und zukünftige Forschung	47
5.	Schlussfolgerungen	50
	Literaturverzeichnis	51
	Eidesstattliche Versicherung	60
	Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen	61
	Druckexemplar der Publikation.....	63
	Druckexemplar der Publikation.....	74
	Lebenslauf.....	86
	Komplette Publikationsliste.....	90
	Danksagung	93

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Stichprobeneigenschaften der Pflegeheime aus dem Fragebogen der Pflegeheimleitungen zu der Zeit der ersten und zweiten COVID-19-Welle mit n = 1.260 und n = 873.	25
Tabelle 2. Charakteristika der Pflegekräfte und den teilnehmenden Pflegeheimen. N = 811.	26
Tabelle 3. Umsetzung verordneter Schutzmaßnahmen und Entfall sozialer Angebote in den Pflegeheimen während der ersten (n = 1.260) und zweiten (n = 873) COVID-19-Welle.	28
Tabelle 4. Multivariate Assoziationen von Schutzmaßnahmen mit den sozialen Angeboten: Gemeinsame Gruppenveranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote und Individuelle Angebote während der ersten COVID-19-Welle n = 1.260.	31
Tabelle 5. Multivariate Assoziationen von Schutzmaßnahmen mit den sozialen Angeboten: Gemeinsame Gruppenveranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote und Individuelle Angebote während der zweiten COVID-19-Welle n = 873.	32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Vorgehen: Entwicklung des Fragebogens für die Pflegeheimleitungen. Abbildung modifiziert aus Gangnus et al., 2022, S. 3, (6).....	18
Abbildung 2. Selektierte, aus der Dokumentenanalyse herausgearbeitete Schutzmaßnahmen, die in die Primärdatenerhebung eingearbeitet wurden. Die hervorgehobenen Schutzmaßnahmen (fett) sind die am häufigsten von den Pflegeheimleitungen als umgesetzt beantwortete Maßnahmen. Diese sind Grundlage der Berechnungen. Abbildung modifiziert aus Gangnus et al., 2021, S. 3, (6).	18
Abbildung 3. Wahrgenommene psychosoziale und allgemeine körperliche Auswirkungen bei den Pflegeheimbewohnenden nach Umsetzung der verordneten Schutzmaßnahmen aus Sicht der Pflegekräfte. N = 711 Pflegekräfte. Eigene Darstellung.....	33
Abbildung 4. Am meisten wahrgenommene psychosoziale und neurologische Folgen aus Sicht der Pflegekräfte bei den Pflegeheimbewohnenden mit überstandener COVID-19-Infektion. N = 299. Eigene Darstellung.	34
Abbildung 5. Wahrgenommene Erkrankungen aus Sicht der Pflegekräfte bei den Pflegeheimbewohnenden mit überstandener COVID-19-Erkrankung. N = 299. Eigene Darstellung.	35
Abbildung 6. Wahrgenommene Erkrankungen und Symptome der Lunge aus Sicht der Pflegekräfte. N = 299. Eigene Darstellung.....	36
Abbildung 7. Wahrgenommene Schmerzäußerungen bei den Pflegeheimbewohnenden aus Sicht der Pflegekräfte. N = 299. Eigene Darstellung.....	37
Abbildung 8. Wahrgenommene Erkrankungen und Symptome des Herz-Kreislauf-Systems bei den Pflegeheimbewohnenden aus Sicht der Pflegekräfte. N = 299. Eigene Darstellung.	38

Abbildung 9. Wahrgenommene Erkrankungen und Symptome des Magen-Darm-Trakts bei den Pflegeheimbewohnenden aus Sicht der Pflegekräfte. N = 299. Eigene Darstellung.	39
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Abkürzungsverzeichnis

aOR	Adjustierte Odds Ratio
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BIH	<i>Berlin Institute of Health</i> . Übersetzt: Berliner Institut für Gesundheitsforschung
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
COVID-19	<i>coronavirus disease</i> 2019. Übersetzt: Coronavirus-Krankheit-2019
et al.	et alia (und andere)
FFP-2	<i>filtering face piece</i> . Übersetzt: Filternder Gesichts-Aufsatz
GEE	Generalized Estimating Equations
HEIM-CPAP	Heimbeatmung 24-Stunden; <i>continuous positive airway pressure</i> . Übersetzt: dauerhaft positiver Atemwegsdruck
HEIM-BiPAP	Heimbeatmung 24-Stunden; <i>biphasic positiv airway pressure</i> . Übersetzt: biphasischer positiver Atemwegsdruck
Hrsg.	Herausgeber
KI	Konfidenzintervall
MW	Arithmetisches Mittel (Mittelwert)
N	Gesamtanzahl
N	Anzahl der Elemente in der Stichprobe
o.g.	oben genannt(e)
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
PeBeM	Personalbemessung
p-Wert	Wahrscheinlichkeit
QR-Code	Quick Response-Code
REDCap	Research Electronic Data Capture
SARS-CoV-2-Infektion	SARS-CoV-2 (<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2</i>) ist ein zur Klasse der Coronaviren gehöriges RNA-Virus – wird auch als COVID-19 bezeichnet
SD	Standardabweichung

SIS	Strukturierte Informationssammlung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Zusammenfassung

Die COVID-19 Pandemie hat die Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (Pflegeheime) auf ein Minimum reduziert. So wurden soziale Angebote wie Gruppenaktivitäten oder Besuche von Angehörigen eingeschränkt oder vollständig aufgehoben. Befunde zum Aussetzen sozialer Angebote in den Pflegeheimen zwischen den COVID-19-Pandemiewellen sowie zu den wahrgenommenen Folgen einer COVID-19-Erkrankung und zu den erlassenen Schutzmaßnahmen sind für deutsche Pflegeheimbewohnende unzureichend. Ziel dieser Arbeit ist es, die Situation in den Pflegeheimen im Kontext der Schutzmaßnahmen zu beschreiben und diese in Zusammenhang mit dem Aussetzen von sozialen Angeboten für die Pflegeheimbewohnenden zu bringen sowie die möglichen Folgen einer COVID-19-Erkrankung und der erlassenen Schutzmaßnahmen aus Sicht der Pflegenden aufzuzeigen.

Die Dissertation basiert auf der Studie *Covid-Heim*, in der die Situation der Pflegeheimbewohnenden während der Pandemie untersucht wurde. Die Datenerhebung erfolgte mittels einer Primärdatenerhebung von Pflegeheimleitungen und Pflegekräften mit eigens entwickelten Instrumenten zur Erhebung der Schutzmaßnahmen (Kategorien, basierend auf einer Dokumentenanalyse der erlassenen Verordnungen), der sozialen Angebote (zur Stärkung der Teilhabe) sowie den wahrgenommenen Folgen einer COVID-19-Infektion und der Schutzmaßnahmen aus Sicht der Pflegenden. Die Analysen der Zusammenhänge von Schutzmaßnahmen und sozialen Angeboten erfolgte mittels binärlogistischer, verallgemeinerter Schätzgleichungen und deskriptiver Analysen.

Während der ersten Welle war die Schutzmaßnahme der „Besuchseinschränkungen“ (81,5%) die am meisten von den Pflegeheimleitungen angegebene Maßnahme. Die Umsetzung der Schutzmaßnahme „Individuelle Risikoabschätzung zur Ausgestaltung der Quarantäne“, gaben 91,2% der Pflegeheimleitungen für die zweite Welle an. Die Umsetzungsmerkmale der Schutzmaßnahmen haben sich von der Untersagung zwischenmenschlicher Kontakte (z.B. Besuchsverbote) hin zu strukturellen Gegebenheiten (z.B. Isolation) verschoben. Es können signifikante Zusammenhänge zwischen den Schutzmaßnahmen und dem Rückgang von sozialen Angeboten aufgezeigt werden, die während der zweiten COVID-19-Welle höher als zur ersten ausfallen. Hoch ist etwa das Risiko, dass soziale Angebote zu „Spaziergängen/Ausflügen“ ausfallen (aOR = 5,94, $p < 0,001$).

Neben „Einsamkeit“ (75,5%) wurden auch „Essensverweigerungen“ (52,3%) von mehr als jeder zweiten Pflegekraft als Folge der Schutzmaßnahmen berichtet. Zu den wahrgenommenen Folgen einer COVID-19-Erkrankung berichteten mehrere Pflegekräfte von Depression (51,7%), Erkrankungen des Bewegungsapparates (45,0%) oder Luftnot (45,5%).

Das Aussetzen von sozialen Angeboten sollte aufgrund der möglichen Folgen stärker in das Verhältnis zu den Schutzeffekten von Maßnahmen gesetzt werden. So könnte die Reduzierung von sozialen Angeboten in den Pflegeheimen mit mentalen und körperlichen Verschlechterungen bei den in Pflegeheimen lebenden Menschen assoziiert sein, die dem Gesundheitsschutz entgegenstehen.

Abstract

During the COVID-19 pandemic, the social life in the inpatient long-term care facilities (i.e. nursing homes) came to a standstill. Social participation opportunities such as group activities or visits by relatives were limited or completely cancelled. Findings on the situation of social participation opportunities in nursing homes between the COVID-19 pandemic waves as well as on the consequences of a COVID-19 illness and on the protective measures enacted are rare for German nursing home residents. The aim of this thesis is to describe the situation in nursing homes in the context of the protective measures and to relate these to the restrictions on the social participation opportunities of nursing home residents, as well as to show the possible consequences of a COVID-19 illness and the protective measures enacted from the point of view of the nursing staff.

The dissertation is based on the *Covid-Heim* study, which investigated the situation of nursing home residents during the pandemic. The data collection consisted of a primary data collection of nursing home administrators and caregivers with self-developed instruments for the survey of protective measures (categories, based on a document analysis of the issued ordinances), social participation opportunities as well as the perceived consequences of a COVID-19 infection and protective measures from the perspective of the caregivers. Analyses of the associations of prescriptions and social participation opportunities were conducted using binary logistic generalized estimating equations and descriptive analyses.

During the first wave, the protective measure of "visit restrictions" (81.5%) was the most commonly reported measure by nursing home administrators. Implementation of the protective measure "Individual risk assessment to design quarantine," was reported by 91.2% of nursing home directors for the second wave. The implementation characteristics of the protective measures shift from prohibition of interpersonal contacts (e.g., prohibition of visits) to structural conditions (e.g., isolation). Significant correlations can be shown between the protective measures and the loss of social participation opportunities, which are higher during the second COVID-19 wave. For instance, the risk of discontinuation is high for "walks/outings" (aOR = 5.94, $p < 0.001$).

In addition to "loneliness" (75.5%), "food refusals" (52.3%) were also reported by more than one in two caregivers as a consequence of protective measures. Among the consequences of COVID-19, several caregivers reported depression (51.7%), musculo-skeletal disorders (45.0%), or shortness of breath (45.5%).

The discontinuation of social participation services should be put more in perspective with the protective effects of interventions because of the potential consequences. For example, the discontinuation of social participation services in nursing homes could be associated with mental and physical deterioration of people living in nursing homes, which is counterproductive to health protection.

1 Einleitung

1.1 Soziale Teilhabe in der stationären Langzeitpflege während der COVID-19-Pandemie

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Ausbreitung der SARS-CoV-2-Infektion im März 2020 zu einer Pandemie erklärt (1). Bis Ende Februar 2021 entfielen etwa 41% der Todesfälle weltweit auf Pflegeheimbewohnende (2). So betrafen 50% aller Todesfälle in den Pflegeeinrichtungen allein in der ersten COVID-19-Welle die vulnerable Zielgruppe (3). Aufgrund der hohen Kontagiosität war eine schnelle Viruseindämmung zum Gesundheitsschutz der Älteren in den Pflegeheimen primär. In der Folge wurden ab März 2020 bundesweit Infektionsschutzverordnungen erlassen, die deutliche Beschränkungen beinhalteten, von ganzheitlichen Besuchsverboten und dem Untersagen von Gruppenveranstaltungen (bspw. Singen) über drastische Kontakteinschränkungen bis hin zu neuartigen Isolationsmaßnahmen erkrankter Pflegeheimbewohnender (4, 5, 6). Die Partizipation an sozialen Veranstaltungen in den Pflegeheimen war damit nicht mehr möglich.

Von diesen übergangslosen Veränderungen wird auch in internationalen Studien berichtet (4, 7, 8). In der Fachzeitschrift *Lancet Psychiatry* bezeichnen die Autoren Trabucchi und De Leo Pflegeheime als „besieged castles“ (9)¹ in Norditalien. Eine schwedische Studie berichtet von eingeschränkter Freiheit und dem Verzicht auf die kleinen Extras im alltäglichen Leben der Pflegeheimbewohnenden (10). Ähnliche Ereignisse werden auch aus den Niederlanden (4, 11) und Großbritannien (12) berichtet. Im Rahmen einer kanadischen Metaanalyse von Chu et al. (8) werden die Besuchsbeschränkungen und die Einstellung sozialer Aktivitäten als größte Herausforderungen dargelegt. Die Studien zeigen, dass das gemeinschaftliche Leben in den Pflegeheimen aufgrund der durch die Pandemie hervorgerufenen Einschränkungen mit massiven sozialen Kontaktverlusten einherging. Mit dem Wissen darüber waren die Einrichtungen zwar bemüht, soziale Angebote durch Alternativen (bspw. Balkongesänge) zu ermöglichen, dennoch ist unklar, ob diese Angebote die ursprünglichen sozialen Angeboten ersetzen konnten (13).

¹ Übersetzung der Autorin der Dissertation: „belagerte Schlösser“ (9).

Zur Einschätzung der sozialen Teilhabe der Pflegeheimbewohnenden zu der Zeit der Pandemie fehlen weiterhin messbare Daten hinsichtlich des Risikos, dass soziale Angebote durch die Umsetzung einer verordneten Schutzmaßnahme reduziert werden. Somit ist die wissenschaftliche Evidenz für den Einfluss der Schutzmaßnahmen auf die sozialen Angebote in den Pflegeheimen bisher ausstehend.

1.2 Gesundheitliche Folgen in der stationären Langzeitpflege während der COVID-19-Pandemie

Forschungsarbeiten vor der Pandemie beziehen sich weitgehend auf Analysen von sozialer Isolation und den gesundheitlichen Folgen unter den Gegebenheiten in der eigenen Häuslichkeit (14). Während der Pandemie verweisen mehrere Studien zwar auf hospitationsbedingte gesundheitliche Folgewirkungen während eines Krankenhausbesuches oder innerhalb der Bevölkerung (u.a. 15, 16, 17, 18), kaum aber auf die gesundheitlichen und psychosozialen Folgen auf Pflegeheimbewohnende. Studien zu den Folgen einer *COVID-19-Erkrankung* und intensiver Isolationserfahrungen im *Zuge der COVID-19-Schutzmaßnahmen* sind für deutsche Pflegeheimbewohnende vergleichsweise rar. Allgemein zeigt die Studienlage vor der COVID-19-Pandemie, dass Isolation durch Abgeschlossenheit von der Außenwelt mit multimorbiden Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (20), kognitiven Verlusten (21) und Depression (22) einhergehen kann. Erste querschnittliche Befragungsstudien während der COVID-19-Pandemie legen nahe, dass sich der Gesundheitszustand älterer Menschen in den Pflegeheimen während der Isolation, durch die erlassenen Schutzmaßnahmen und/oder einer COVID-19-Erkrankung teilweise deutlich verschlechtert hat, wobei hier keine Kausalschlüsse gezogen werden können (19). Roudrigez-Roudrigez et al. (2022) führen in ihrer Studie mit 447 Pflegeheimbewohnenden an, dass 15% bis 20% der befragten Pflegeheimbewohnenden angaben, dass sie sich aufgrund der COVID-19-Pandemie schlecht fühlten oder sich in negativen Gedanken verstrickt hatten (19). Darüber hinaus wurden 70% durch die auferlegten restriktiven Maßnahmen isoliert, was mit dem Erleben von Einsamkeit bei den Pflegeheimbewohnenden einherzugehen schien (19). Bei 38% wurde eine COVID-19-Infektion diagnostiziert, von denen 20% unter negativen Auswirkungen wie Schmerzen und neurologischen Problemen zu leiden hatten (19).

Im Rahmen der Pandemie fanden Forschende in Österreich (23) einen Zusammenhang zwischen Einsamkeitsgefühlen und höheren COVID-19 bezogenen Sorgen bei Pflegeheimbewohnenden. Zudem gaben 61% der Pflegeheimbewohnenden in der Studie an, sich emotional einsam zu fühlen (23).

Die WHO definiert „[...] the continuation or development of new symptoms 3 months after the initial SARS-CoV-2 infection, with these symptoms lasting for at least 2 months with no other explanation“ (25)² als Post-COVID und längere Verläufe als Long-COVID Symptome. Eine niederländische Studie untersuchte den Verlauf innerhalb der ersten drei Monate nach einer COVID-19-Infektion bei Pflegeheimbewohnenden (24). Dabei waren Fatigue und ein deutlich verschlechtertes Schlafverhalten auch noch nach drei Monaten signifikant häufiger zu beobachten (24). Studien aus Italien (26), Indonesien (27) und Schweden (28) zeigen analoge Ergebnisse. Giada et al. (26) geben weiterhin an, dass Pflegeheimbewohnende mit überstandener COVID-19-Infektion ein vierfach erhöhtes Risiko haben, eine Gebrechlichkeit zu entwickeln.

Insgesamt lässt sich für die internationalen Studien festhalten, dass die Restriktionen mit Einschränkungen der sozialen Teilhabe einhergehen. Diese Befunde sind jedoch nur geringfügig auf die deutsche Situation übertragbar. Zudem wurden die Folgen zu den Schutzmaßnahmen und den COVID-19-Folgeerkrankungen zwar diskutiert und insbesondere für Krankenhausaufenthalte evaluiert, für deutsche Pflegeheime und deren Pflegeheimbewohnenden aber kaum untersucht. Gleichzeitig sind diese für eine entsprechende Rehabilitation und dem allgemeinen Verständnis unerlässlich.

² Übersetzung der Autorin der Dissertation: „[...] das Fortbestehen oder die Entwicklung neuer Symptome drei Monate nach der ersten SARS-CoV-2-Infektion, wobei diese Symptome mindestens zwei Monate lang anhalten, ohne dass eine andere Erklärung vorliegt“ (25).

1.3 Ziel und Fragestellung

Die Analyse der sozialen Teilhabe sowie deren möglichen Auswirkungen ist dringend notwendig, um Schlussfolgerungen für die zukünftige Pflegearbeit ableiten zu können und ein Verständnis für die symptomatischen COVID-19-Folgen der Älteren zu entwickeln.

Somit ist es das Ziel der vorliegenden Dissertation, die Situation in den Pflegeheimen im Kontext der Schutzmaßnahmen zu beschreiben und diese in ihren Zusammenhängen mit den Beschränkungen der sozialen Teilhabe in den stationären Pflegeeinrichtungen zu evaluieren. Darüber hinaus ist es das Ziel, die möglichen *Folgen der erlassenen Schutzmaßnahmen* und *einer COVID-19-Erkrankung* für die Pflegeheimbewohnenden aus der Perspektive der Pflegekräfte darzulegen.

Die zentralen Forschungsfragen dieser Arbeit lauten:

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen den erlassenen COVID-19-Schutzmaßnahmen und den sozialen Angeboten in den Pflegeheimen?
- Welche wahrgenommenen gesundheitlichen Folgen der erlassenen COVID-19-Schutzmaßnahmen und einer COVID-19-Erkrankung können für die Pflegeheimbewohnenden aus der Sicht der Pflegekräfte dargelegt werden?

2 Methodik

Nachfolgend wird über das methodische Vorgehen berichtet. Dabei werden das Studiendesign, die Stichprobe, die Fragebogenentwicklungen für die Pflegeheimleitungen und die Pflegekräfte, die Erhebungsinstrumente sowie die inferenzstatistischen Analysemethoden dargelegt.

2.1 Studiendesign und Stichproben

Die zugrundeliegenden Daten der Dissertation sind im Rahmen des Projektes „*COVID-Heim – Lehren aus der Coronapandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungsetting Pflegeheim*“ (60) erhoben worden. Es erfolgte eine anonymisierte Primärdatenerhebung von Pflegeheimleitungen und Pflegekräften im Zeitraum von vier Monaten, 01.11.2020 bis 28.02.2021. Die Studie ist im retrospektiven Querschnittsdesign angelegt. Die Bereitstellung erfolgte über die Forschungsplattform REDCap³. Im Rahmen von **Publikation 1** (5) lag der Zeitraum für die Umfrage in der ersten Pandemiewelle zwischen dem 01.03.2020 und dem 30.06.2020. **Publikation 2** (6) bezieht sich auf den Zeitraum der zweiten Pandemiewelle, weitgehend vom 01.07.2020 bis zum jeweiligen Zeitpunkt des Ausfüllens der Umfrage, spätestens aber bis zum Ende des Erhebungszeitraumes (28.02.2021).

Die Pflegeheimleitungen wurden über die Plattform REDCap eingeladen. Aus einer Datenbank, dem AOK-Pflege-Navigator, wurden die Kontaktdaten der Pflegeheimleitungen entnommen. Von den in der Datenbank insgesamt geführten Pflegeeinrichtungen (N = 15.380, davon n = 11.317 vollstationäre Pflegeeinrichtungen) wurden all jene mit einer angegebenen Emailadresse kontaktiert (n = 10.026) (**Publikation 1 und 2**) (5, 6). Die Einladungen zum Fragebogen beinhalteten einen Hyperlink zur Teilnahme (**Publikation 1 und 2**) (5, 6). Um Mehrfachteilnahmen ausschließen zu können, war nur eine einmalige Teilnahme möglich (**Publikation 1 und 2**) (5, 6). Bei Bedarf konnte ein zusätzlicher, in der Einladung angegebener Link, an weitere Pflegeheimleitungen gesendet werden (**Publikation 1 und 2**) (5, 6). Die Pflegeheime ohne eine angegebene Emailadresse

³ der Charité/BIH.

wurden postalisch eingeladen (n = 1.291) (**Publikation 1 und 2**) (5, 6). Neben einem Studienlink waren die postalischen Teilnahmeeinladungen mit einem QR-Code versehen. Bis zum Erhebungsende (28.02.2021) erfolgte im Abstand von zwei Wochen eine Erinnerung zur Teilnahme an die Pflegeheime mit einer Emailadresse (**Publikation 1 und 2**) (5, 6).

Zusätzlich zur Vollerhebung der Pflegeheimleitungen wurde eine Befragung von Teilnehmenden einer Gelegenheitsstichprobe, bestehend aus n = 811 Pflegekräften durchgeführt. Diese wurden online über soziale Medien (Facebook) rekrutiert. In pflegebezogenen Facebookgruppen wie der „Altenpflegegruppe“⁴ erfolgte während des Erhebungszeitraumes eine kontinuierliche Bewerbung zur Fragebogenteilnahme. Der Fragebogen wurde 1.884mal geöffnet.

Das methodische Vorgehen erfüllt die Vorgaben der Deklaration von Helsinki und wurde von der Ethikkommission an der Charité – Universitätsmedizin Berlin geprüft und positiv beschieden (Votumnummer: EA1/254/20400146) (**Publikation 1 und 2**) (5, 6). Die Pflegeheimleitungen und Pflegekräfte wurden über Inhalt, Ziel der Studie und der Möglichkeit, die Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen zu können via Informationsschreiben aufgeklärt.

2.2 Fragebogenentwicklung und Erhebungsinstrumente

2.2.1 Fragebogen der Pflegeheimleitungen

Der Fragebogen für die Pflegeheimleitungen wurde in zwei Abschnitte gegliedert (**Publikation 1 und 2**) (5, 6). Der erste Abschnitt bezog sich retrospektiv auf die Situation im Zeitraum der ersten COVID-19-Welle, eingrenzend datiert auf den 01.03.2020 bis 30.06.2020 zum Zeitpunkt des ersten Lockdowns (**Publikation 1 und 2**) (5, 6, 29). Die Erhebung des zweiten Abschnitts erfolgte ab dem 01.07.2020. Das Ende ist datiert mit dem jeweiligen Ausfüllen der Umfrage (**Publikation 1 und 2**) (5, 6). Neben den allgemeinen Charakteristika (bspw. Art der Anstellung, Alter) und strukturellen Aspekten der Pflegeheime (bspw. Bundesland), wurde auf das Infektionsgeschehen eingegangen

⁴ Mitgliederstand zum 21.07.2023: 76.594 Mitglieder.

(bspw. Anzahl COVID-19-Tests) (**Publikation 1 und 2**) (5, 6). Im Rahmen des zugrundeliegenden Erkenntnisinteresses, bildete die Frage nach dem Aussetzen/der Reduzierung von sozialen Angeboten (bspw. Spaziergänge, Kreative Angebote) und die Umsetzung der verordneten Schutzmaßnahmen in den Pflegeheimen (bspw. Besuchseinschränkungen) einen weiteren Schwerpunkt. Darüber hinaus wurde auf mögliche Versorgungsschwierigkeiten eingegangen (**Publikation 1 und 2**) (5, 6).

Für die Beantwortung der hier vorliegenden Fragestellungen, lagen keine validierten Instrumente vor. Insofern sind in Anlehnung an die gesetzmäßigen Infektionsschutzverordnungen, mit Literatur zentraler Interessenvertretungen und relevanter Veröffentlichungen während der Pandemie (30, 31, 32) zunächst neue Instrumente zur Erhebung der sozialen Angebote (*Gemeinsame Gruppenveranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote, Individuelle Angebote*) und zur Umsetzung der erlassenen Schutzmaßnahmen in den Pflegeheimen (*Aufnahmestopp, Besuchsverbote-/Einschränkungen, Verbot zusätzlicher Angebote, Reduzierung des Körperkontaktes zwischen allen Personen in den Pflegeheimen, Isolation, Kontaktminimierung zwischen dem Pflegepersonal und den Pflegeheimbewohnenden, Individuelle Risikoabschätzung*⁵; (**Publikation 1 und 2**) (5, 6), unter Verwendung von standardisierten Skalen, entwickelt worden. Grundlage für die Ausarbeitung dieser Instrumente war eine vorherige Dokumentenanalyse der erlassenen Verordnungen während der ersten und zweiten COVID-19-Welle. Die Infektionsschutzverordnungen aller Bundesländer (Sammlung der Verordnungen vom 01.03.2020 bis 28.01.2021) wurden gesammelt und mittels qualitativen Vorgehen analysiert. Hierbei wurden Kategorien aus den am häufigsten verordneten Schutzmaßnahmen der ersten und zweiten Infektionswelle für ganz Deutschland gebildet. Abbildung 1 veranschaulicht das Vorgehen.

Abbildung 2 zeigt die ausgearbeiteten Kategorien aus der Dokumentenanalyse, die in den Fragebogen der Pflegeheimleitungen berücksichtigt wurden. Die Schutzmaßnahmen mit den häufigsten Angaben der Pflegeheimleitungen (Aufnahmestopp, Besuchsverbote-/Einschränkungen, Verbot zusätzlicher Angebote, Reduzierung des Körperkontaktes zwischen allen Personen in den Pflegeheimen, Isolation, Kontaktminimierung zwischen dem Pflegepersonal und den Pflegeheimbewohnenden, Individuelle Risikoabschätzung), sind in die Berechnungen eingeflossen (Abbildung 2). Die Darstellung der

⁵ Diese Schutzmaßnahme beschreibt die individuelle Risikoabschätzung für die Ausgestaltung einer Quarantäne für einen Pflegeheimbewohnenden (wann, wie lange, wo, etc.).

Dokumentenanalyse dient zum Verständnis der Fragebogenentwicklung der Pflegeheimleitungen. Ergebnisse zu Art und Verteilung der Verordnungen werden an anderer Stelle berichtet (5, 6): In den Publikationen 5 und 6 sowie im Studienendbericht (60) können tiefergehende detaillierte Informationen dazu eingesehen werden.

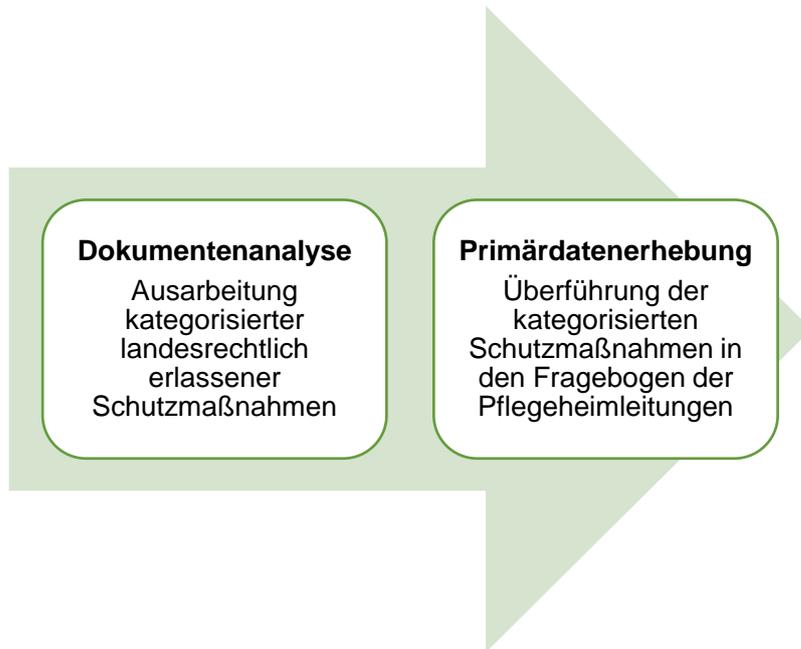


Abbildung 1. Vorgehen: Entwicklung des Fragebogens für die Pflegeheimleitungen. Abbildung modifiziert aus Gangnus et al., 2022, S. 3, (6).

Kategorisierte Schutzmaßnahmen aus der Dokumentenanalyse

- **Aufnahmestopp**
- bauliche Gegebenheiten
- **Besuchsverbote und Besuchseinschränkungen**
- **Verbot zusätzlicher Angebote**
- **Reduzierung des Körperkontaktes zwischen allen Personen in dem Pflegeheim**
- Ausgangsbeschränkungen
- Abwesenheitsregelungen der Pflegekräfte
- **Isolation der Erkrankten**
- **Kontaktminimierung zwischen den Pflegenden und den Pflegeheimbewohnenden**
- Aufhebung der Bezugspflege
- Aufhebung der Kurzzeitpflege
- Schulungen von Pflegenden
- Ausarbeitung eines individuellen Pandemieplanes
- **Individuelle Risikoabschätzung zur Ausgestaltung der Quarantäne**

Abbildung 2. Selektierte, aus der Dokumentenanalyse herausgearbeitete Schutzmaßnahmen, die in die Primärdatenerhebung eingearbeitet wurden. Die hervorgehobenen Schutzmaßnahmen (fett) sind die am häufigsten von den Pflegeheimleitungen als umgesetzt beantwortete Maßnahmen. Diese sind Grundlage der Berechnungen. Abbildung modifiziert aus Gangnus et al., 2021, S. 3, (6).

Nachfolgend werden die wesentlichen eigens entwickelten Erhebungsinstrumente für die im Erkenntnissinteresse stehende erste Fragestellung dargelegt. Die Erhebungsinstrumente finden sich in den Publikationen 5 und 6 wieder.

Der Wegfall der sozialen Angebote wurde mit dem Item: „Beschreiben Sie bitte die Situation im Zeitraum vom 30.06.2020 – 28.02.2021 in Ihrer Einrichtung“ erhoben. Es gab vier kategoriale Antwortmöglichkeiten: 1 = Angebot ist nicht entfallen, 2 = Angebot ist entfallen, 3 = Angebot ist entfallen, konnte aber wieder bereitgestellt werden, 0 = nicht zutreffend (**Publikation 1 und 2**) (5, 6).

Die Umsetzung der erlassenen Schutzmaßnahmen wurde mit dem Item: „Wir würden Sie bitten in der Liste anzuklicken, welche Maßnahmen von Ihnen im Zeitraum vom 30.06.2020 – 28.02.2021 umgesetzt und/oder wieder aufgehoben werden konnten“ erhoben. Es gab vier kategoriale Antwortmöglichkeiten: 1 = Maßnahme wurde umgesetzt, 2 = Maßnahme wurde zunächst umgesetzt und dann teilweise wieder aufgehoben, 3 = Maßnahme wurde umgesetzt und dann vollständig wieder aufgehoben, 0 = nicht zutreffend (**Publikation 1 und 2**) (5, 6).

Die Antwortskalen zur sozialen Teilhabe und den Schutzmaßnahmen wurden für die anschließenden statistischen Analysen als Dummyvariablen aufbereitet.

Für die Schutzmaßnahmen: 0 = nicht zutreffend, 1 = umgesetzt und für die sozialen Angebote: 0 = nicht entfallen, 1 = entfallen (**Publikation 1 und 2**) (5, 6).

Die Größe der Pflegeheime wurde über die Anzahl der Pflegeheimbewohnenden operationalisiert und in Gruppengrößen eingeteilt: klein < 50, mittelgroß 51 – 100 und große Heime > 101 Pflegeheimbewohnende (**Publikation 1 und 2**) (5, 6).

2.2.2 Fragebogen der Pflegekräfte

Die Online-Befragung der Pflegekräfte erfolgte parallel zur Erhebung der Pflegeheimleitung (01.03.2020 bis 30.06.2020). Es wurden Daten zur sozialen Struktur (bspw. Alter und Anstellungsart) und den Gegebenheiten der Pflegeheime (bspw. Größe) erhoben, als auch Fragen über ihre Einschätzung zu den Folgen der Schutzmaßnahmen auf die Pflegeheimbewohnenden gestellt. Auch hier lagen keine validierten Instrumente vor, sodass unter Einbezug zentraler Veröffentlichungen und Studienbefunden (u.a. 33, 34, 35) die Erhebungsinstrumente und Items eigens entwickelt wurden.

Wahrgenommene Folgen – Fragebogen Pflegekräfte:

Im Rahmen der beobachteten Folgen waren Mehrfachantworten möglich.

„Welche Folgewirkungen der Schutzmaßnahmen (z.B. Isolation der BewohnerInnen, Besuchsverbote) haben Sie bereits bei den Pflegebedürftigen beobachten können?“

Nominale Antwortmöglichkeiten waren: Keine, Desorientierung, Vermehrte Immobilität, Rückzug, Einsamkeit, Aggressionen/Gereiztheit, Vermehrte Dekubiti, Erkennen eigene Angehörige nicht mehr, Verwirrung, Essensverweigerung und Sonstiges als offenes Freitextfeld.

„Welche Folgewirkungen/-erkrankungen der mit COVID-19 infizierten und wieder genesenen Pflegebedürftigen konnten Sie bereits beobachten oder wurden ggf. bereits diagnostiziert?“

Nominale Antwortmöglichkeiten: Keine, Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Psychiatrische Erkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Erkrankungen der Lunge, Erkrankungen des Magen-Darmtrakts, Erkrankungen des Bewegungsapparats.

„Welche Erkrankungen / Symptome des zentralen Nervensystems konnten Sie beobachten oder wurden ggf. diagnostiziert?“

Nominale Antwortmöglichkeiten: Delir, Kognitive Einschränkungen/Demenz, Chronische Müdigkeit/Fatigue), Schlaganfälle, Gehirnentzündungen (Enzephalitis), Veränderungen der Libido, Bleibender Geruchs- und/oder Geschmacksverlust, Sonstige.

„Welche psychiatrischen Erkrankungen / Symptome konnten Sie beobachten oder wurden ggf. diagnostiziert?“

Nominale Antwortkategorien: Depression, Psychosen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Schlafstörungen, Sonstige.

„Welche Erkrankungen / Symptome des Herz-Kreislaufsystems konnten Sie beobachten oder wurden ggf. diagnostiziert?“

Nominale Antwortmöglichkeiten: Herzinfarkte, Brustschmerzen, Herzinsuffizienz, Thrombosen, Arterielle Verschlüsse, PAVK, Sonstige.

„Welche Erkrankungen / Symptome der Lunge konnten Sie beobachten oder wurden ggf. diagnostiziert?“

Nominale Antwortmöglichkeiten: Luftnot (in Ruhe, bei Belastung), Husten (akut, chronisch, trocken, produktiv), Sauerstoffbedarf, Heim-CPAP, Heim-BiPAP, Lungenembolie, Sonstige.

„Welche Erkrankungen / Symptome des Magen-Darmtrakts konnten Sie beobachten oder wurden ggf. diagnostiziert?“

Nominale Antwortmöglichkeiten: Gastrointestinale Blutungen, Darmischämie, Leberfunktionsstörungen, Sonstige.

Welche Erkrankungen / Symptome des Bewegungsapparats konnten Sie beobachten oder wurden ggf. diagnostiziert? Nominale Antwortmöglichkeiten: Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, Gelenkentzündungen, Sonstige“

Die finale Konzeption der Primärdatenerhebung für die Pflegeheimleitungen und für die Pflegekräfte wurde von ausgewählten Pflegeheimleitungen und Pflegekräften über die Projektleitung und zwei wissenschaftlichen Projektmitarbeitenden auf Verständlichkeit und Durchführungsmodalität über ein offenes Antwortformat einem Pretesting unterzogen (5, 6). Die Fragebogenlänge, Formulierungen und Items sind daraufhin modifiziert worden. Zusätzlich wurden die Erhebungsfragen und Items in Forschungskolloquien vorgestellt, diskutiert und anschließend angepasst.

Nachfolgend werden die statistischen Analysen für die Darstellung der sozialen Angebote der Pflegeheime und der gesundheitlichen sowie sozialen Folgen auf die Pflegeheimbewohnenden dargelegt.

2.3 Statistische Analysen

Um die Zusammenhangsberechnungen der dummykodierten Schutzmaßnahmen und der dummykodierten sozialen Angebote zu berechnen, wurden die Fragebögen der Pflegeheimleitungen ausgewertet, welche in den o.g. Zeiträumen zu den jeweiligen Themenblöcken vollständig ausgefüllt worden (**Publikation 1**; $n = 1.260$ und **Publikation 2**; $n = 873$).

Für die statistischen Analysen in den **Publikationen 1** und **2** (5, 6) wurden multiple logistische Regressionsmodelle berechnet. Hierbei wurden verallgemeinerte Schätzgleichungen (Generalized Estimating Equations, kurz GEE; Verteilung = binomial, Verknüpfungsfunktion = logit) berechnet (**Publikationen 1** und **2**) (5, 6). Die Heimgröße wurde als Kovariate eingefügt, um gegebenenfalls Aussagen über den Einfluss der Größe der Pflegeeinrichtung erschließen zu können (**Publikationen 1** und **2**) (5, 6). Dabei wurde das Assoziationsmaß (adjustierte Odds Ratios; aOR, 95% Konfidenzintervall) der dummykodierten Schutzmaßnahmen mit dem Entfall der dummykodierten sozialen Angebote berechnet (**Publikationen 1** und **2**) (5, 6). Daraus wurde die Wahrscheinlichkeit geschätzt, mit der ein soziales Angebot in den Pflegeheimen durch die jeweilige Umsetzung der verordneten Schutzmaßnahme ausgesetzt wurde (**Publikationen 1** und **2**) (5, 6). Die verallgemeinerten Schätzgleichungen (GEE-Modell) lassen eine Adjustierung für die Kovarianzstruktur (= Exchangeable, Annahme gleicher Kovarianzen) der Pflegeheime bezogen auf die Bundesländer zu (**Publikationen 1** und **2**) (5, 6). Weitere Prädiktoren, außer der Pflegeheimgröße, dem Bundesland und der Umsetzung der Schutzmaßnahmen, wurden nicht angenommen. Signifikante Unterschiede sind bei einem Signifikanzniveau von $p < 0.05$ festgelegt (**Publikationen 1** und **2**) (5, 6). Für die Analysen wurde SPSSv29 verwendet (**Publikationen 1** und **2**) (5, 6).

Die Untersuchung der wahrgenommenen Folgen auf die Pflegeheimbewohnenden aus dem Fragebogen der Pflegekräfte erfolgte mittels deskriptiver Analysen. Für die vorliegenden Untersuchungen wurden die Fragebögen in die Auswertung einbezogen,

die bis einschließlich der genannten Themenfelder (Folgewirkungen der Schutzmaßnahmen $n = 711$ sowie Auswirkungen der mit COVID-19 infizierten und wieder genesenen Pflegebedürftigen $n = 299$) ausgefüllt wurden.

3 Ergebnisse

Das nachfolgende Kapitel gibt einen Überblick über die soziodemografischen Daten der teilnehmenden Pflegeheime und Pflegekräfte. Anschließend wird die soziale Teilhabe der Pflegeheime im Zuge der entfallenen sozialen Angebote und umzusetzenden Schutzmaßnahmen in den Pflegeheimen während der ersten und zweiten COVID-19-Welle deskriptiv zugrunde gelegt. Daraufhin folgt die Ergebnisdarlegung der inferenzstatistischen Berechnungen der Wahrscheinlichkeit des Aussetzens von sozialen Angeboten im Zuge der verordneten Schutzmaßnahmen. Danach werden die wahrgenommenen Folgen der Schutzmaßnahmen und die Folgen einer COVID-19-Erkrankung aus Sicht der Pflegekräfte für die Pflegeheimbewohnenden deskriptiv berichtet.

3.1 Charakteristika der teilnehmenden Pflegeheime und Pflegekräfte

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Eigenschaften der teilnehmenden Pflegeheime. Von den 1.260 teilnehmenden Pflegeheimleitungen der ersten COVID-19-Welle lagen die meisten Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen (21,8%). Weiterhin befanden sich 17,1% in Bayern und 11,2% in Niedersachsen (5). Bremen und das Saarland (beide 0,9%) waren am wenigsten vertreten (5). Jedes zweite Pflegeheim gehörte einem freigemeinnützigen Träger (50,2%) an (5). In privater Trägerschaft befanden sich 40,7% und 8,3% in öffentlicher Trägerschaft (5). Fast jedes zweite Pflegeheim ist als mittelgroß einzustufen (48,9%) und fast jedes vierte Pflegeheim (23,1%) als groß (5). 28% sind als klein einzustufen (5).⁶

Für die zweite COVID-19-Welle gaben 873 Pflegeheimleitungen Auskunft. Etwa jedes fünfte Pflegeheim lag in Nordrhein-Westfalen (20,5%) und 18% in Bayern (6). Bremen und das Saarland (0,8%; 0,7%) waren am wenigsten vertreten. In privater Trägerschaft befanden sich 39,7% (6). Mehr als jedes zweite Pflegeheim gehört zu einer freigemeinnützigen Trägerschaft (51,3%). Jedes zweite Pflegeheim (50,7%) ist als mittelgroß einzustufen (6).

⁶ klein < 50, mittelgroß 51 – 100 und große Heime > 101 Pflegeheimbewohnende.

Tabelle 1. Stichprobeneigenschaften der Pflegeheime aus dem Fragebogen der Pflegeheimleitungen zu der Zeit der ersten und zweiten COVID-19-Welle mit $n = 1.260$ und $n = 873$.

	Anteil in %; erste COVID-19-Welle	Anteil in %; zweite COVID-19-Welle
Bundesländer		
Bayern	17,1	18,1
Bremen	0,9	0,8
Baden-Württemberg	9,6	10,1
Brandenburg	3,7	3,4
Berlin	4,4	4,4
Hessen	6,5	6,4
Hamburg	2,2	2,3
Mecklenburg-Vorpommern	3,3	3,0
Nordrhein-Westfalen	21,8	20,5
Niedersachsen	11,2	11,2
Rheinland-Pfalz	3,5	3,9
Schleswig-Holstein	4,5	5,4
Sachsen	4,2	4,1
Sachsen-Anhalt	3,4	2,7
Saarland	0,9	0,7
Thüringen	2,8	3,0
Fehlende Angaben	0,1	
Gesamt	99,9	100
Trägerschaft		
Öffentlicher Träger	8,3	8,2
Freigemeinnütziger Träger	50,2	51,3
Privater Träger	40,7	39,7
Gesamt	99,3	99,2
Fehlende Angaben	0,7	0,8
Heimgröße		
Klein (1 – 50 Plätze)	28	26,9
Mittel (51 – 100 Plätze)	48,9	50,7
Groß (101 < Plätze)	23,1	22,3
Gesamt	100	99,9
Fehlende Angaben	0	0,1
Anmerkungen:		
Tabelle modifiziert aus Gangnus et al., 2021, S. 6, (5) und 2022, S. 6, (6).		

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die wesentlichen Eigenschaften der teilnehmenden Pflegekräfte (Geschlecht, Alter und Qualifikation), den Pflegeschwerpunkt und die Anzahl der COVID-19-Erkrankungen der Pflegeheimbewohnenden. Die Daten sind aus dem Befragungsbogen der Pflegekräfte entnommen.

Tabelle 2. Charakteristika der Pflegekräfte und den teilnehmenden Pflegeheimen. $N = 811$.

	Anteil in %, M (SD)
Geschlecht (n)	
Weiblich (735)	90,6
Männlich (74)	9,1
Divers (2)	0,2
Alter (n)	
17 - 39 (439)	54,1
40 - 67 (372)	45,9
M (SD)	39,5 (10,7)
Qualifikation (n)	
Gesundheits- und Krankenpflegende (108)	13,3
Altenpflegende (585)	72,1
Auszubildende & befristete Stellen ^a (13)	1,6
Leasingkräfte (18)	2,2
Sonstige ^b (88)	10,9
Permanente Arbeitsstelle (Ja, 771)	96,1
Heimgröße (n)	
Klein (117)	21,8
Mittel (350)	43,2
Groß (266)	32,8
Keine Angabe (18)	2,2
COVID-19 Fälle Bewohnende (504)	62,2
Anmerkungen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung ^a bspw. Elternzeitvertretung ^b bspw. Betreuungskräfte nach § 43b, 53c, Hauswirtschaftskräfte, Pflegedienstleitung Tabelle übersetzt und modifiziert aus Hering et al., 2022, S. 4, (57).	

Von 1.884 aufgerufenen Fragebögen der Pflegekräfte haben 64,6% ($n = 1.217$) den Fragebogen für das Pflegepersonal unvollständig und 35,4% (667) vollständig ausgefüllt. Insgesamt nahmen $N = 811$ Pflegekräfte, mit einem Durchschnittsalter ($\pm SD$) von 39,5 Jahren an der Umfrage teil. Davon waren 90,6% Frauen. Die Mehrheit der Teilnehmenden waren Pflegefachkräfte (72,1%). Nahezu alle Pflegekräfte hatten eine feste Anstellung (96,1%). Drei Viertel (76%) arbeiteten in mittleren oder großen Pflegeheimen. Die Pflegekräfte meldeten COVID-19-Fälle bei 62,2% der Pflegeheimbewohnenden; das entspricht mehr als jedem zweiten Bewohnenden (Tabelle 2).

3.2 Umsetzung der Schutzmaßnahmen und soziale Teilhabe

Die Tabelle 3 zeigt die Umsetzungen der Schutzmaßnahmen sowie die entfallenen sozialen Angebote während der ersten und zweiten COVID-19-Welle für Deutschland.

Die deskriptiven Ergebnisse in der ersten COVID-19-Welle zeigen, dass deutlich mehr als jedes zweite an der Umfrage beteiligte Pflegeheim die Schutzmaßnahmen umgesetzt hat. Dabei waren die „Besuchseinschränkungen“ (81,5%) und die „Reduzierung des Körperkontaktes (81,9%) die am häufigsten umgesetzten Schutzmaßnahmen. „Isolation“ (40,7%) und „Aufnahmestopp“ (47,5%) waren die am wenigsten umgesetzten (5). „Die individuelle Risikoabschätzung zur Ausgestaltung der Quarantäne“ haben 72,4% der Pflegeheime deutschlandweit angegeben (5). Mehr als jedes zweite Pflegeheim hat im Rahmen der sozialen Angebote „Gemeinsame Gruppenveranstaltungen“, wie Filmabende, untersagt (62,7%). Bei 40,3% entfielen die „Kreativen Angebote“, darunter Basteln und/oder Malen (5). Bei mehr als jedem dritten Pflegeheim sind die „individuellen Angebote“ der Pflegeheimbewohnenden ausgesetzt worden (36,3%). Das am seltensten entfallene soziale Angebot deutschlandweit war mit 34,4%, das Angebot der „Spaziergänge“ (5).

Die deskriptiven Ergebnisse im Rahmen der zweiten COVID-19-Welle zeigen, dass eine Mehrheit der Pflegeheimleitungen die Maßnahmen der „Besuchseinschränkungen“ (85,2%) und der „Reduzierung des Körperkontaktes zwischen allen Personen in den Pflegeheimen“ (81,9%) umgesetzt haben (6). Die verordnete Umsetzung der Schutzmaßnahme „Individuelle Risikoabschätzung zur Ausgestaltung der Quarantäne“, haben im Zuge der zweiten COVID-19-Welle eine deutliche Mehrheit der Pflegeheimleitungen angegeben (91,2%) (6). Mehr als jedes zweite Pflegeheim hat eine verordnete strukturelle, isolierte Bereichsaufteilung der Pflegeheimbewohnenden in COVID-19-Fälle, Verdachtsfälle und Nicht-Fälle vorgenommen (Isolation: 63,9%). Mehr als jedes zweite Pflegeheim hat im Rahmen der sozialen Angebote „Gemeinsame Gruppenveranstaltungen“ untersagt (66,6%) (6). Bei 42,3% entfielen die „Kreativen Angebote“ während der zweiten COVID-19-Welle (6). Bei nahezu jedem dritten Pflegeheim sind die „individuellen Angebote“ ausgesetzt worden (30,6%) (6). Das am seltensten weggefallene soziale Angebot deutschlandweit waren innerhalb der zweiten COVID-19-Welle mit 27,5%, die „Entspannungsangebote“ (6).

Tabelle 3. Umsetzung verordneter Schutzmaßnahmen und Entfall sozialer Angebote in den Pflegeheimen während der ersten (n = 1.260) und zweiten (n = 873) COVID-19-Welle.

Verordnete Schutzmaßnahmen umgesetzt	Anzahl umgesetzt erste COVID-19-Welle	Anzahl umgesetzt zweite COVID-19-Welle
	(n), %	(n), %
Aufnahmestopp	(599) 47,5	(396) 45,4
Besuchseinschränkungen	(1027) 81,5	(744) 85,2
Verbot zusätzlicher Angebote	(670) 53,2	(449) 51,4
Reduzierung Körperkontakt zwischen allen Personen im Pflegeheim ^a	(943) 81,9	(715) 81,9
Isolation ^b	(513) 40,7	(555) 63,9
Kontaktminimierung zwischen Personal und Pflegeheimbewohnenden	(619) 49,1	(563) 64,5
Individuelle Risikoabschätzung zur Ausgestaltung der Quarantäne	(912) 72,4	(796) 91,2
Entfallene soziale Angebote	Anzahl entfallen erste COVID-19-Welle	Anzahl entfallen zweite COVID-19-Welle
	(n), %	(n), %
Gemeinsame Gruppenveranstaltungen (z.B. Filmabende, Spiele)	(790) 62,7	(581) 66,6
Kreative Angebote (u.a. Basteln, Malen)	(508) 40,3	(369) 42,3
Entspannungsangebote (z.B. autogenes Training, Massagen)	(283) 22,5	(308) 27,5
Individuelle Angebote z.B. medizinisch, pflegerisch, seelsorgerisch, BVP ^c)	(458) 36,3	(267) 30,6
Spaziergänge (z.B. Ausflüge)	(434) 34,4	(308) 35,5
Anmerkungen:		
^a Reduzierung des Körperkontaktes zwischen allen sich im Pflegeheim aufhaltenden Personen, dazu zählen bspw. auch Hauswirtschafts- und Reinigungskräfte sowie Personal im Gebäudemanagement)		
^b Isolation: Abgrenzung in drei Bereiche: COVID-19-Fälle, Verdachtsfälle und Nicht-Fälle.		
^c BVP: Behandlung im Voraus planen.		
Tabelle modifiziert aus Gangnus et al., 2021, S. 6 (5) und 2022, S. 6, (6).		

3.3 Zusammenhänge von Schutzmaßnahmen und Angeboten für soziale Teilhabe

In Tabelle 4 werden die errechneten Assoziationsmaße zwischen den umgesetzten Schutzmaßnahmen mit dem Aussetzen sozialer Angebote im Rahmen der logistischen Regressionsmodelle (GEE) für die erste COVID-19-Welle abgebildet. Es können signifikante Zusammenhänge dargelegt werden. So zeigen die Ergebnisse, dass das Risiko um das Zweifache höher ist, dass „Gruppenveranstaltungen“ aufgehoben werden, wenn die Schutzmaßnahme „Reduzierung des Körperkontaktes“ zwischen allen Personen in den Pflegeheimen umgesetzt wird ($aOR = 2,38$, $p < 0,001$) (5). Die Zusammenhangsmaße zur Aufhebung zwischen der Schutzmaßnahme „Kontaktminimierung zwischen dem Pflegepersonal und den Bewohner_innen“ und den sozialen Angeboten zeigen signifikante Assoziationsmaße bei den „Kreativen Angeboten“ ($aOR = 2,04$, $p < 0,001$) (5). Die Verordnung „Verbot zusätzlicher Angebote“ zeigt mit allen untersuchten sozialen Angeboten signifikante Assoziationen („Gruppenangebote“ $aOR = 2,17$, „Spaziergänge“ $aOR = 4,14$, „Kreative Angebote“ $aOR = 2,96$, Entspannungsangebote“ $aOR = 3,28$ alle $p < 0,001$, Individuelle Angebote“ $aOR = 1,76$, $p = 0,002$) (5). Bei Umsetzung der Schutzmaßnahme „Verbot zusätzlicher Angebote“ betrug die Wahrscheinlichkeit 76%, dass die „Individuellen Angebote“ gestrichen wurden (5). Die Schutzmaßnahme „Aufnahmestopp“ weist mit dem Angebot der „Individuellen Angebote“ einen bedeutsamen Zusammenhang auf ($aOR = 1,39$, $p < 0,001$). Die Maßnahme der „Isolation von Erkrankten“, zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit den „Individuellen Angeboten“ ($aOR = 1,52$, $p < 0,001$) sowie mit der Verordnung des „Aufnahmestopps“ ($aOR = 1,39$, $p < 0,001$). Die Schutzmaßnahme der „Besuchsverbote/Besuchseinschränkungen“ zeigt nur mit den „Entspannungsangeboten“ eine bedeutende Assoziation.

Die signifikanten Assoziationen zwischen dem Aussetzen sozialer Angebote und der am meisten umgesetzten Schutzmaßnahmen in der zweiten COVID-19-Welle sind in Tabelle 5 abgebildet. Das Angebot der „Ausgestaltung von individuellen Angeboten“⁷ zeigt ein bedeutend höheres Risiko, gestrichen zu werden, bei der Umsetzung der Schutzmaßnahme „Kontaktminimierung zwischen Pflegepersonal und Bewohner_innen“ ($aOR = 2,00$, $p < 0,01$) und „Aufnahmestopp“ auf ($aOR = 2,02$, $p < 0,001$) (6). Bei der Schutzmaßnahme „Verbote zusätzlicher Angebote“, ist auffällig, dass mit Umsetzung dieser Maßnahme, alle angegebenen sozialen Angebote entfallen sind. Dabei bestand ein fünffach

⁷ z.B. „Seelsorge“ als Angebot in einem Pflegeheim.

höheres Risiko, dass das Angebot der Spaziergänge/Ausflüge ausgesetzt wurde ($aOR = 5,94$, $p < 0,001$) (6).

Tabelle 4. Multivariate Assoziationen von Schutzmaßnahmen mit den sozialen Angeboten: Gemeinsame Gruppenveranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote und Individuelle Angebote während der ersten COVID-19-Welle n = 1.260.

	Gemeinsame Gruppenveranstaltungen (z.B. Filmabende)	Spaziergänge (z.B. Ausflüge)	Kreative Angebote (z.B. Basteln, Malen)	Entspannungsangebote (z.B. autogenes Training)	Individuelle Angebote (z.B. medizinisch, pflegerisch, seelsorgerisch, BVP)
Parameter	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)
Heimgröße					
Klein (1 – 50 Plätze)	0,16 (0,07, 0,36)***	1,30 (0,99, 1,72)	0,33 (0,23, 0,48)***	0,34 (0,21, 0,55)***	1,28 (0,950, 1,76)
Mittel (51 – 100 Plätze)	0,27 (0,14, 0,53)***	0,99 (0,76, 1,30)	0,56 (0,42, 0,75)***	0,60 (0,40, 0,90)**	1,29 (0,95, 1,76)
Groß (101 < Plätze) ^a	- a				
Schutzmaßnahmen					
Aufnahmestopp	1,34 (1,07, 1,69)**	1,46 (1,06, 2,01)**	1,05 (0,76, 1,43)	0,96 (0,68, 1,33)	1,39 (1,139, 1,69)***
Besuchsverbote /Einschränkungen	0,53 (0,15, 1,182)	0,65 (0,23, 1,83)	0,52 (0,17, 1,54)	0,05 (0,00, 0,42)**	0,54 (0,26, 1,13)
Verbot zusätzlicher Angebote	2,17 (1,67, 2,84)***	4,14 (3,10, 5,55)***	2,96 (2,32, 3,78)***	3,28 (2,56, 4,21)****	1,76 (1,24, 2,49)***
Reduzierung Körperkontakt zwischen allen Personen	2,38 (1,47, 3,86)***	1,04 (0,60, 1,79)	1,22 (0,79, 1,87)	1,58 (0,97, 2,51)	1,51 (0,89, 2,54)
Isolation	1,19 (0,72, 1,98)	1,17 (0,82, 1,67)	0,93 (0,68, 1,27)	1,01 (0,61, 1,61)	1,52 (1,19, 1,94)***
Kontaktminimierung zwischen Personal und Pflegeheimbewohnenden	1,95 (1,24, 3,09)**	1,46 (1,04, 2,05)**	2,04 (1,54, 2,67)***	1,87 (1,26, 2,75)**	1,24 (0,87, 1,76)
Individuelle Risikoabschätzung Zur Ausgestaltung der Quarantäne	1,62 (0,99, 2,66)	0,87 (0,605, 1,22)	1,12 (0,57, 2,19)	1,16 (0,65, 2,06)	1,27 (0,74, 2,18)

Anmerkungen. aOR: Adjustierte Odds Ratio aus binärlogistischen Verallgemeinerten Schätzgleichungen, die die geschachtelte Struktur von Heimleitungen in Bundesländern berücksichtigen. BVP: Behandlung im Voraus planen. Die Referenzkategorie der Schutzmaßnahmen ist "nicht zutreffend". Abhängige Variablen: Gemeinsame Veranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote und Individuelle Angebote. Modelle wurden zusätzlich adjustiert für Heimgröße und Bundesland.

a Referenzkategorie.

p = Signifikanzniveau, zweiseitig * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.

Tabelle modifiziert aus Gangnus et al., 2021, S. 7, (5).

Tabelle 5. Multivariate Assoziationen von Schutzmaßnahmen mit den sozialen Angeboten: Gemeinsame Gruppenveranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote und Individuelle Angebote während der zweiten COVID-19-Welle n = 873.

	Gemeinsame Gruppenveranstaltungen (z.B. Filmabende)	Spaziergänge (z.B. Ausflüge)	Kreative Angebote (z.B. Basteln, Malen)	Entspannungsangebote (z.B. autogenes Training)	Individuelle Angebote (z.B. medizinisch, pflegerisch, seelsorgerisch, BVP)
Parameter	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)
Heimgröße					
Klein (1 – 50 Plätze) ^a	- a				
Mittel (51 – 100 Plätze)	1,93 (1,37, 2,71)***	0,70 (0,50, 0,97)*	1,88 (1,32, 2,67)***	1,62 (1,12, 2,33)**	1,21 (0,92, 1,59)
Groß (101 < Plätze)	4,11 (2,54, 6,89)***	0,65 (0,45, 1,06)	3,12 (2,08, 4,68)***	2,84 (1,63, 4,95)***	1,36 (0,85, 2,17)
Schutzmaßnahmen					
Aufnahmestopp	1,71 (1,26, 2,50)***	1,73 (1,32, 2,26)***	1,44 (1,07, 1,94)**	2,07 (1,41, 3,03)**	2,02 (1,44, 2,83)***
Besuchsverbote /Einschränkungen	1,5 (0,96, 2,14)	1,05 (0,63, 1,77)	0,94 (0,51, 1,73)	0,43 (0,25, 0,75)**	1,14 (0,62, 2,10)
Verbot zusätzlicher Angebote	2,78 (1,94, 3,99)***	5,94 (4,14, 8,53)***	3,80 (2,78, 5,22)***	4,58 (3,39, 6,18)***	2,91 (2,22, 3,91)***
Reduzierung Körperkontakt zwischen allen Personen	1,55 (1,19, 2,02)**	0,88 (0,58, 1,32)	1,63 (0,91, 2,91)	2,20 (1,14, 4,24)**	1,05 (0,62, 1,77)
Isolation	1,25 (0,93, 1,68)	1,09 (0,74, 1,60)	1,84 (1,38, 2,46)***	1,34 (0,93, 1,94)	1,10 (0,70, 1,73)
Kontaktminimierung zwischen Personal und Pflegeheimbewohnenden	1,56 (1,07, 2,27)***	1,89 (1,32, 2,70)***	1,64 (1,02, 2,63)*	1,26 (0,91, 1,74)	2,00 (1,21, 3,30)**
Individuelle Risikoabschätzung Zur Ausgestaltung der Quarantäne	0,68 (0,40, 1,15)	0,88 (0,53, 1,46)	0,91 (0,49, 1,64)	0,73 (0,39, 1,37)	1,40 (0,64, 3,04)

Anmerkungen. aOR Adjustierte Odds Ratio aus binärlogistischen Verallgemeinerten Schätzgleichungen, die die geschachtelte Struktur von Heimleitungen in Bundesländern berücksichtigen. BVP: Behandlung im Voraus planen. Die Referenzkategorie der Schutzmaßnahmen ist "nicht zutreffend". Abhängige Variablen: Gemeinsame Veranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote und Individuelle Angebote. Modelle wurden zusätzlich adjustiert für Heimgröße und Bundesland.

^a Referenzkategorie.

p = Signifikanzniveau, zweiseitig * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.

Tabelle übernommen aus Gangnus et al., 2022, S. 7, (6)

3.4 Wahrgenommene Folgen der Schutzmaßnahmen bei Pflegeheimbewohnenden

Die Abbildung 3 veranschaulicht die wahrgenommenen Auswirkungen der Schutzmaßnahmen auf die Pflegeheimbewohnenden aus der Sicht der Pflegekräfte. Unter den häufigsten Angaben wurde „Einsamkeit“ (75,5%) beobachtet. „Verwirrung“ (61,3%), „mehr Immobilität“ (59,5%), „Aggressionen bzw. Gereiztheit“ (57,7%) und „Desorientierung“ (57,2%) konnten bei mehr als jedem zweiten Bewohnenden beobachtet werden. Mehr als ein Drittel der Pflegekräfte berichtete, dass die eigenen Angehörigen nicht mehr erkannt wurden (34,5%). In der Kategorie „Sonstiges“ (6,2%) halten die Pflegekräfte Trauer, Depression und Versterben durch Einsamkeit fest.

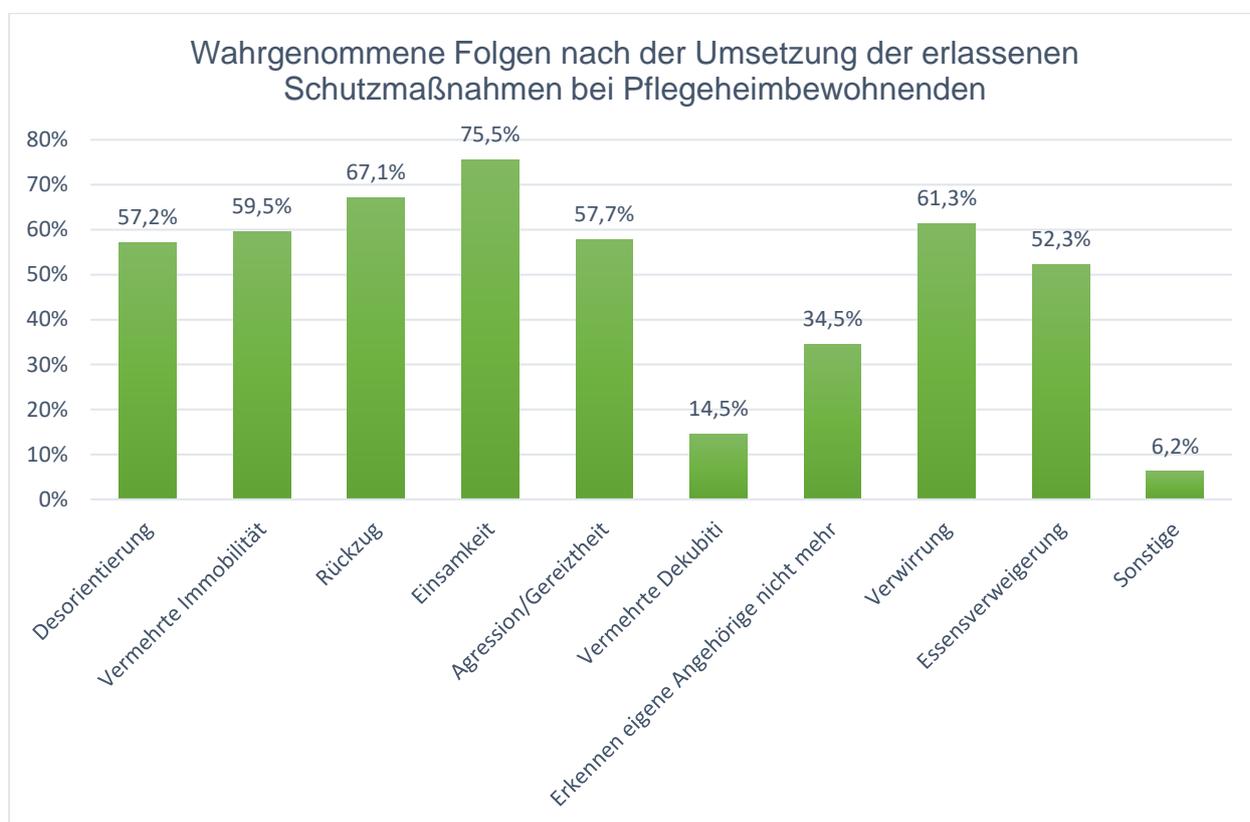


Abbildung 3. Wahrgenommene psychosoziale und allgemeine körperliche Auswirkungen bei den Pflegeheimbewohnenden nach Umsetzung der verordneten Schutzmaßnahmen aus Sicht der Pflegekräfte. N = 711 Pflegekräfte. Eigene Darstellung.

3.5 Wahrgenommene Folgen einer COVID-19-Erkrankung bei Pflegeheimbewohnenden

Mehrere Pflegekräfte berichten, dass es zu Folgeerkrankungen bei denjenigen mit einer COVID-19-Erkrankung gekommen ist.

Neuropsychiatrische Symptome bei Pflegeheimbewohnenden mit überstandener COVID-19-Infektion wurden dabei am häufigsten beobachtet (82,9%, Abbildung 4). Jede zweite Pflegekraft berichtet vor allem von „Depression“ (51,7%, Abbildung 4) und mehr als jede dritte Pflegekraft von „Angst“- (39,6%, Abbildung 4) sowie „Schlafstörungen“ (38,3%, Abbildung 4) bei den Bewohnenden. Ferner halten 21,1% der Pflegekräfte fest, dass sie „kognitive Minderungen“, z.B. eine voranschreitende oder neu auftretende Demenz beobachten konnten (Abbildung 4). Nahezu ein Fünftel (17,0%, Abbildung 4) berichtet von einer auftretenden „chronischen Müdigkeit“ (Fatigue).

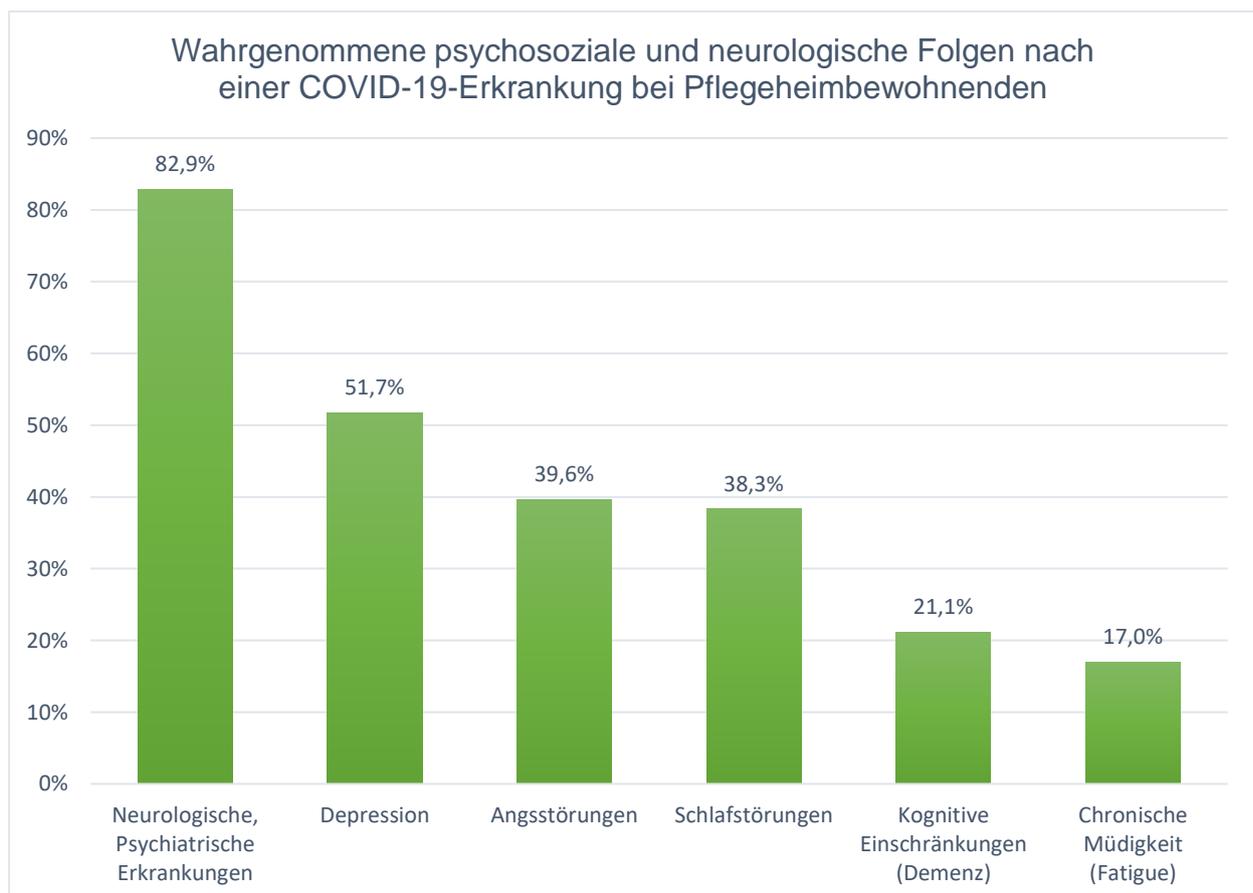


Abbildung 4. Am meisten wahrgenommene psychosoziale und neurologische Folgen aus Sicht der Pflegekräfte bei den Pflegeheimbewohnenden mit überstandener COVID-19-Infektion. N = 299. Eigene Darstellung.

Abbildung 5 gibt einen Überblick über die beobachteten Folgeerkrankungen bei den Pflegeheimbewohnenden. Mehr als die Hälfte des Pflegepersonals erwähnt Beschwerden, die sich vor allem „Erkrankungen der Lunge“ zuordnen lassen (51,7%). Ferner werden Beschwerden, die sich den „Erkrankungen des Bewegungsapparats“ zuordnen lassen, von fast der Hälfte des Pflegepersonals angegeben, die Folgebeschwerden beobachten konnten (45,0%). „Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems“ konnten nahezu ein Viertel der Pflegekräfte bei den Pflegeheimbewohnenden beobachten (24,2%). „Magen und Darm Erkrankungen“ geben 21,8% der Pflegekräfte an.

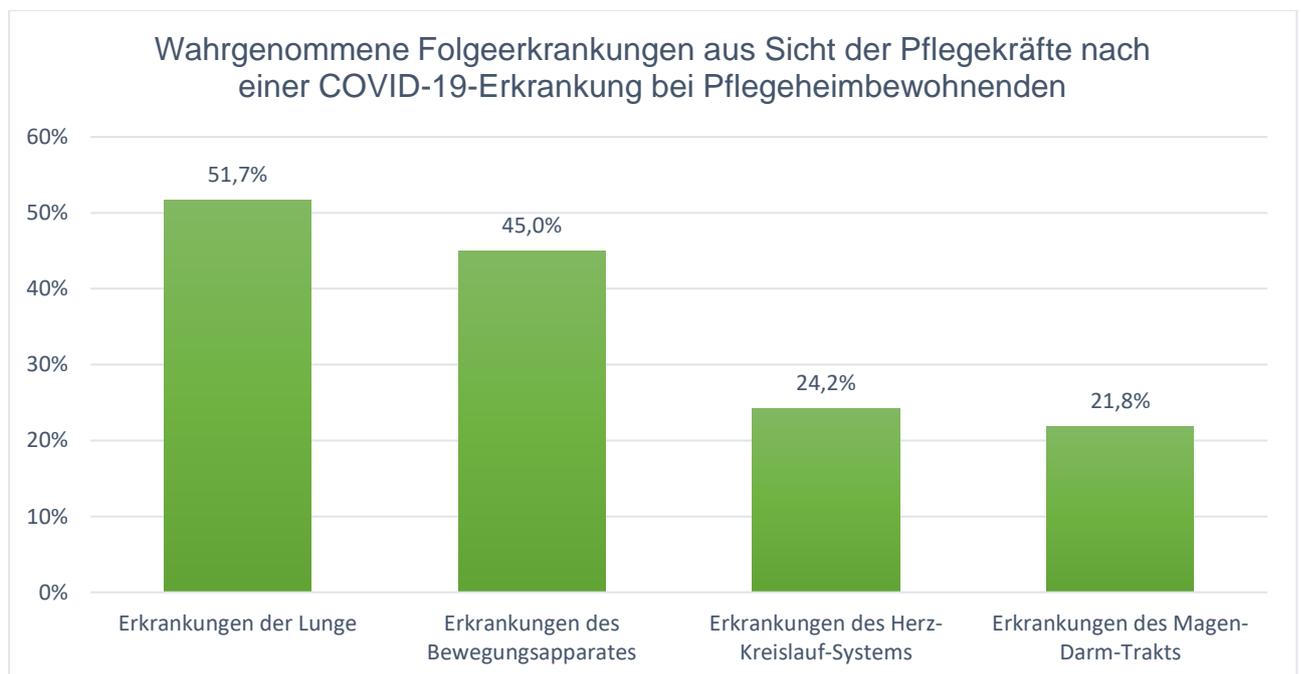


Abbildung 5. Wahrgenommene Erkrankungen aus Sicht der Pflegekräfte bei den Pflegeheimbewohnenden mit überstandener COVID-19-Erkrankung. N = 299. Eigene Darstellung.

Die Abbildung 6 veranschaulicht die beobachteten Erkrankungen und auftretenden Symptome der Lunge bei den Pflegeheimbewohnenden aus Sicht der Pflegekräfte nach einer COVID-19-Infektion. Dabei gab fast jede zweite Pflegekraft an (45,5%) „Luftnot“ bei den Pflegeheimbewohnenden wahrgenommen zu haben. 40,5% berichten über auftretenden „Husten“ (produktiv, chronisch, trocken und/oder akut) bei den Pflegeheimbewohnenden. Mehr als jede vierte Pflegekraft (26,1%) gab an, einen „vermehrten Sauerstoffbedarf“ beobachtet zu haben. Unter Sonstiges wurden „Blut husten“, „Pneumonie“, „Schnappatmung“ und „Blut spucken“ berichtet.

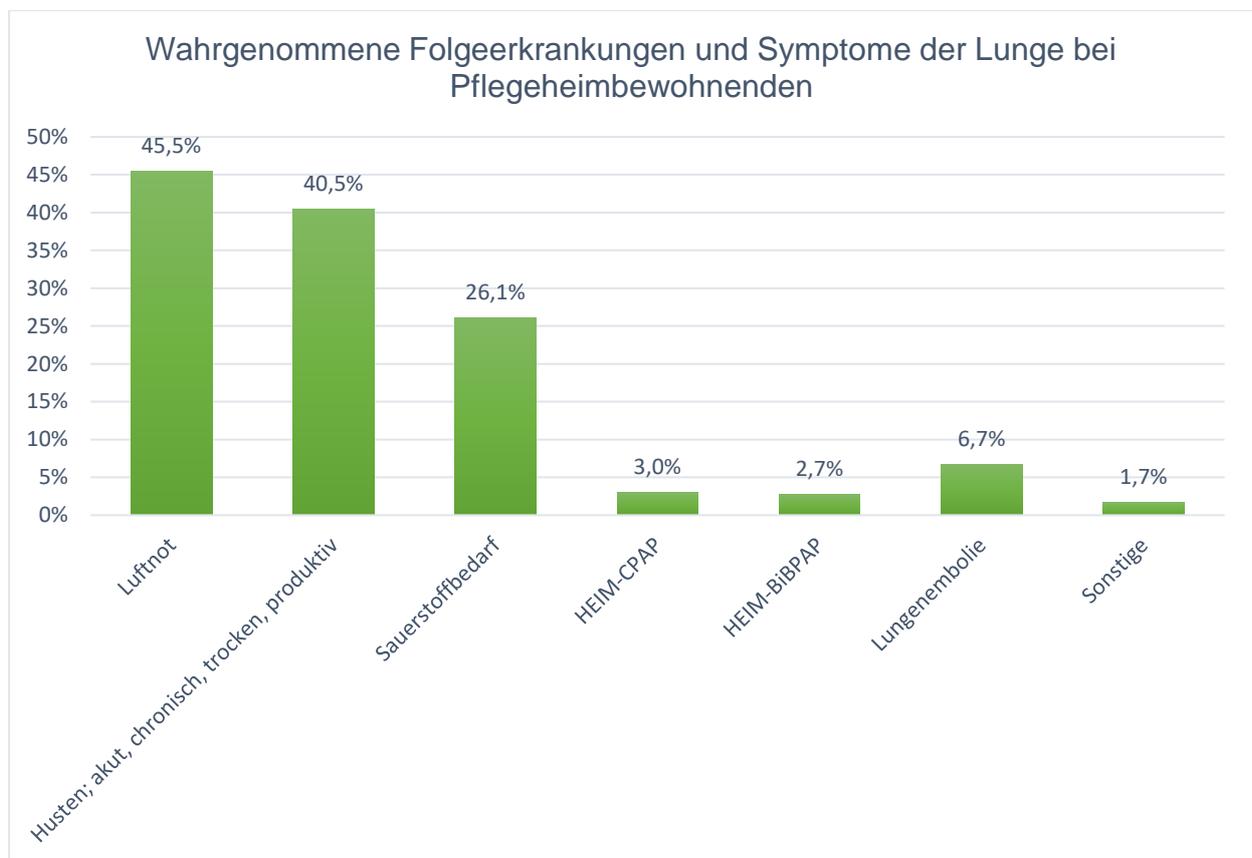


Abbildung 6. Wahrgenommene Erkrankungen und Symptome der Lunge aus Sicht der Pflegekräfte. N = 299. Eigene Darstellung.

Eine Mehrheit der Pflegekräfte berichtet ferner über häufig wahrgenommene „Gelenkschmerzen“ bei den Pflegeheimbewohnenden (Abbildung 7). So konnte mehr als jede dritte Pflegekraft „Gelenkschmerzen“ bei den Pflegeheimbewohnenden erfassen (37,9%). Mehr als ein Viertel geben an, „Muskelschmerzen“ (28,9%) erfasst zu haben.

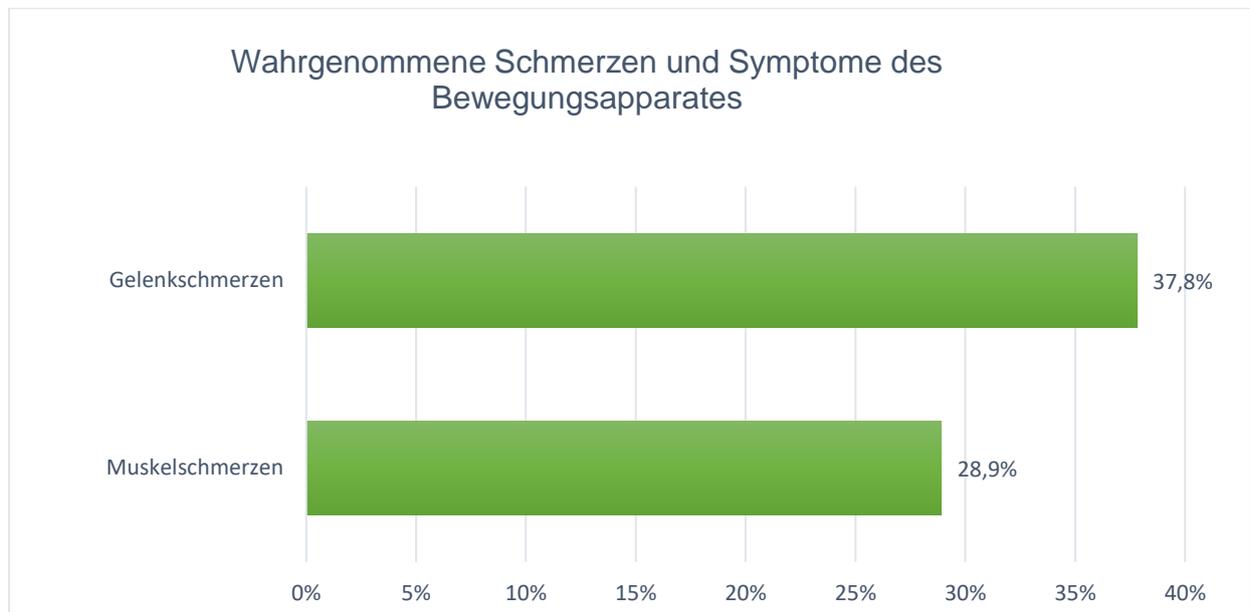


Abbildung 7. Wahrgenommene Schmerzäußerungen bei den Pflegeheimbewohnenden aus Sicht der Pflegekräfte. N = 299. Eigene Darstellung.

Abbildung 8 veranschaulicht die beobachteten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Symptome nach einer COVID-19-Infektion aus Sicht der Pflegekräfte, die Folgewirkungen wahrgenommen haben. Dabei geben 5,4% an, einen „Herzinfarkt“ beobachtet zu haben. 12% berichten über auftretende „Brustschmerzen“ bei den Pflegeheimbewohnenden. „Herzinsuffizienz“, „Arterielle Verschlüsse“ oder „PAVK“ werden von unter 10% der Pflegenden berichtet.

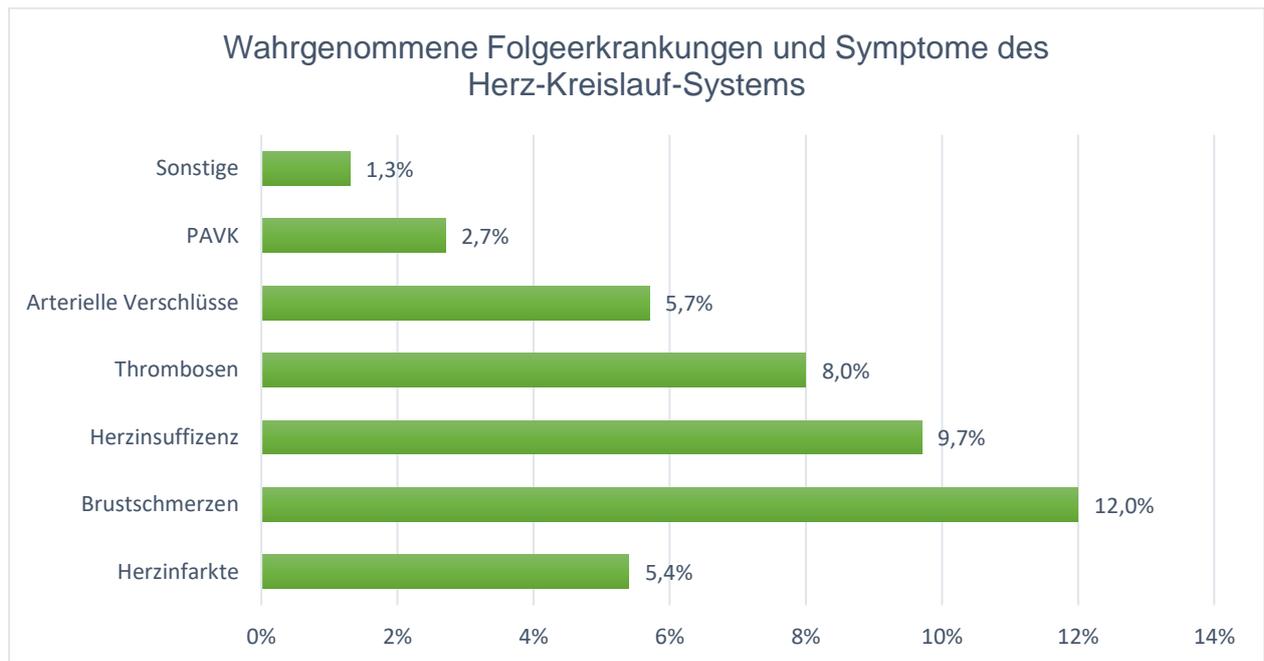


Abbildung 8. Wahrgenommene Erkrankungen und Symptome des Herz-Kreislauf-Systems bei den Pflegeheimbewohnenden aus Sicht der Pflegekräfte. N = 299. Eigene Darstellung.

Die Abbildung 9 zeigt die wahrgenommenen Folgeerkrankungen und Symptome des Magen-Darm-Trakts nach einer COVID-19-Infektion aus Sicht der Pflegekräfte bei den Pflegeheimbewohnenden. Von denjenigen Pflegenden, die Folgeerkrankungen beobachten konnten, gaben 7,4% an eine „Gastrointestinale Blutung“ beobachtet zu haben. 5,7% berichten von wahrgenommenen „Darmischämien“ bei den Pflegeheimbewohnenden. Unter „Sonstiges“ (4,7%) wurden „Durchfall“, „häufige Bauchschmerzen“ und „Erbrechen“ festgehalten.

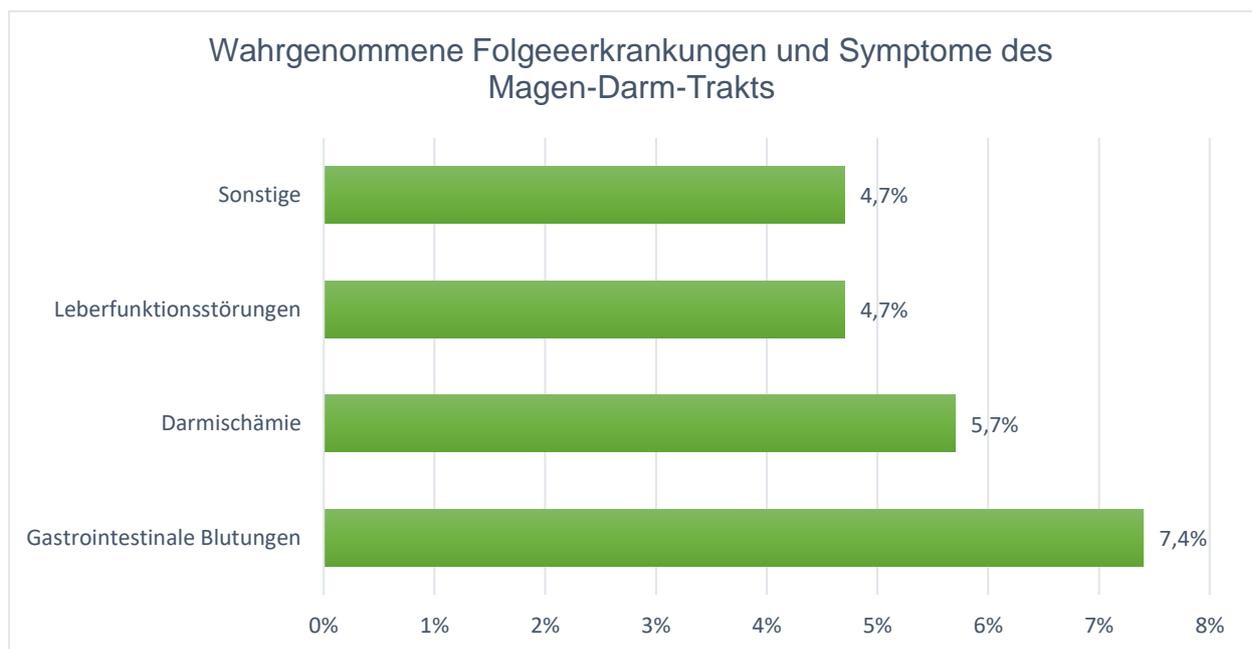


Abbildung 9. Wahrgenommene Erkrankungen und Symptome des Magen-Darm-Trakts bei den Pflegeheimbewohnenden aus Sicht der Pflegekräfte. N = 299. Eigene Darstellung.

4. Diskussion

Ziel der vorliegenden Dissertation war es, die Situation in den Pflegeheimen im Kontext der verordneten Schutzmaßnahmen zu beschreiben und diese im Zusammenhang mit der sozialen Teilhabe der Bewohnenden zu evaluieren (**Publikation 1** und **2**) (5, 6). Ferner war das Ziel, die möglichen Folgen der auferlegten Schutzmaßnahmen sowie die Folgen einer COVID-19-Erkrankung auf die Pflegeheimbewohnenden aus Perspektive der Pflegeheimleitung und der Pflegenden darzulegen, um auf mögliche Langzeitfolgen aufmerksam zu machen.

4.1 Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse

Zur Beschreibung der Situation der sozialen Teilhabe während der ersten und zweiten COVID-19-Welle in den Pflegeheimen wurden die Angaben von insgesamt 2.133 Pflegeheimleitungen mittels einer Primärdatenerhebung deutschlandweit zugrunde gelegt. Die Ergebnisse zeigen über beide Pandemiewellen eine deutliche Reduzierung der sozialen Angebote in den Pflegeheimen und hohe Assoziationsmaße mit Umsetzung einer Schutzmaßnahme (5, 6). Besonders betroffen waren die sozialen Angebote der gemeinsamen „Gruppenangebote“ wie Film- oder Spieleabende und „Kreative Angebote“ wie Basteln oder Malen (5, 6). Sowohl die „Besuchseinschränkungen“ als auch die „Reduzierung des Körperkontaktes“ zwischen allen Personen in den Pflegeheimen waren Schutzmaßnahmen, welche bundesweit am meisten umgesetzt worden sind. (5, 6). Zwischen der Umsetzung von Schutzmaßnahmen und dem Wegfallen sozialer Angebote zeigten sich, im Rahmen der statistischen Analysen, signifikante Zusammenhänge in den Pflegeheimen (5, 6). Dabei wies die Schutzmaßnahme „Verbot zusätzlicher Angebote“ signifikante Assoziationsmaße mit allen sozialen Angeboten in den Pflegeheimen sowohl in der ersten als auch in der zweiten COVID-19-Welle auf (5, 6).

Unter den häufigsten Angaben der beobachteten Folgewirkungen durch die Schutzmaßnahmen wurden „Einsamkeit“ und „Rückzüge“ berichtet. „Verwirrung“, „Immobilität“, „Aggressionen“ und „Desorientierung“ konnte bei mehr als jeder/m zweiten Pflegeheimbewohnenden festgestellt werden. Darüber hinaus berichteten die Pflegekräfte, dass es zu Folgeerkrankungen bei denjenigen mit überstandener COVID-19-Infektion kam.

Neuropsychiatrische Symptome bei Pflegeheimbewohnenden mit überstandener COVID-19-Infektion wurden am häufigsten angeführt. Hier wird vor allem von Depression berichtet. Sowohl Erkrankungen der Lunge als auch Erkrankungen des Bewegungsapparates wurden häufig beobachtet. Dabei wurden am häufigsten Gelenkschmerzen von den Pflegekräften bei den Pflegeheimbewohnenden wahrgenommen. Ferner wurde dementiell auffälliges Verhalten der Pflegekräfte bei Pflegeheimbewohnenden beobachtet.

4.2 Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen die langfristige, restriktive Situation mit der Umsetzung der Schutzmaßnahmen und dem Entfall der sozialen Angebote in den Pflegeheimen bundesweit auf (5, 6). Mit Blick auf die soziale Teilhabe lässt sich insofern erörtern, dass die Anzahl der entfallenen sozialen Angebote, während der ersten und zweiten COVID-19-Welle relativ gleichbleibt.

Im Zuge der zweiten COVID-19-Welle verschieben sich allerdings die Umsetzungsmerkmale der Schutzmaßnahmen „Isolation“ (+ 23,2%), „Kontaktminimierung zwischen den Pflegekräften und den Bewohnenden“ (+15,4%) und die „Ausgestaltung der Quarantäne“ (+18,8). Dementgegen bleiben die Umsetzungen „Aufnahmestopp“, „Verbot zusätzlicher Angebote“, „Besuchseinschränkungen“ und die „Reduzierung des Körperkontaktes zwischen allen Personen“ nahezu gleich. Die auf Sicherheit und Schutz vor Ansteckung zielenden, zunächst ergriffenen Maßnahmen zur Reduzierung des zwischenmenschlichen Kontaktes (z.B. durch Besuchseinschränkungen oder Neuaufnahmen), scheinen sich gemäß den Ergebnissen hin zu einer stärkeren Fokussierung auf bauliche und strukturelle Maßnahmen wie z.B. die individuelle Quarantäneplanung und Isolationsbedingungen (Aufteilung in drei voneinander abgegrenzten Bereichen: COVID-19-Fälle, Verdachtsfälle und Nicht-Fälle (5, 6)) verschoben zu haben. Dies kann unter Umständen auf die fehlende Schutzausrüstung während der ersten, und den eingeführten Impfungen während der zweiten COVID-19-Welle zurückzuführen sein. Die Verfügbarkeit persönlicher Schutzausrüstung sowie die zunehmende Immunisierung der Impfung (insbesondere durch die Impfpflicht) führte während des Pandemieverlaufes zu zunehmender Sicherheit hinsichtlich Verringerung von Infektionsgefahr und Übertragbarkeit. Dies kann als Erklärung der erneuten – wenn auch weiterhin restriktiven Umsetzung – von

zwischenmenschlichen Kontakten herangezogen werden (5, 6). Obwohl die Schutzmaßnahme „Verbot von zusätzlichen Angeboten“ während der zweiten COVID-19-Welle die am wenigsten umgesetzte Schutzmaßnahme darstellt, wird deutlich, dass die Zusammenhänge zwischen dem Aussetzen von sozialen Angeboten und dieser Schutzmaßnahme in der zweiten COVID-19-Welle höher ausfallen als in der ersten Welle (6). Auffällig hoch ist dabei die Reduzierung der „Spaziergänge/Ausflüge“ mit Umsetzung der verordneten Schutzmaßnahme „Verbot zusätzlicher Angebote“ (6). Andererseits muss festgehalten werden, dass besonders dieses Angebot aufgrund seiner guten Durchführbarkeit nach Angaben der Pflegeheimleitungen das Angebot war, welches mit am wenigsten entfallen ist (5, 6). So scheint das Angebot der „Spaziergänge“ während der Pandemie zwar am besten umzusetzen gewesen zu sein, allerdings bestand hier auch die höchste Wahrscheinlichkeit des Aussetzens des sozialen Angebotes (5, 6). Hiermit kann verdeutlicht werden, dass eine höhere Wahrscheinlichkeit des Aussetzens eines sozialen Angebotes nicht unbedingt bedeutet, dass ein Angebot vollständig entfällt, sondern lediglich ein soziales Angebot aufweist, welches durch äußere Umstände – in diesem Fall; rechtliche Verfügungen – beeinflussbar sein kann. Auch die Schutzmaßnahmen „Aufnahmestopp“ und „Reduzierung des Körperkontaktes zwischen allen Personen“ scheinen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit des Aussetzens bei vielen sozialen Angeboten einherzugehen (5, 6). Die Maßnahme „Individuelle Risikoabschätzung zur Ausgestaltung der Quarantäne“ zeigt mit keinem sozialen Angebot über die COVID-19-Wellen hinweg einen Zusammenhang auf (5, 6). Dies kann bedeuten, dass diese Maßnahme in keinem Zusammenhang mit dem Aussetzen eines sozialen Angebotes steht, sondern der individuelle Fokus auf den Umgang mit einem COVID-19 erkrankten Pflegeheimbewohnenden hierbei zum Tragen kommt.

Vor dem Hintergrund der hier berichteten Ergebnisse zu den *wahrgenommenen Folgen der Schutzmaßnahmen* muss in Betracht gezogen werden, dass langfristige Folgen in Form von emotionalen, mentalen und körperlichen Beschwerden/Erkrankungen bei den Pflegeheimbewohnenden zurückbleiben können, zumal deutschlandweit erst am 07.04.2023 die Maßnahme des Tragens einer FFP-2-Maske vollständig in den Pflegeheimen aufgehoben wurde (36).

Neben den psychischen Folgen wie Depression und Angst sind Schlafstörungen, Lungenerkrankungen und vor allem Gelenk- und Muskelschmerzen einhergehend mit einer *COVID-19-Erkrankung* vermehrt von den Pflegenden wahrgenommen worden. Es lässt sich vermuten, dass diese Krankheitsbilder nicht kurzfristig wieder verschwinden.

Ein Grund könnten die in der Pandemie fehlenden Mobilitätserhaltungsmaßnahmen gewesen sein. Auch die Essenverweigerungen als mentale Folge, könnten eine hohe Bedeutung haben. Obgleich die Pandemie in der Gesellschaft als beendet angesehen wird, scheinen die Auswirkungen auf die Pflegeheimbewohnenden weder irreversibel noch zu kompensieren zu sein. Es kann vermutet werden, dass die langfristigen mentalen und gesundheitlichen Nachwirkungen sich rückwirkend auf die soziale Teilhabe auswirken, indem gesundheitliche und/oder psychosoziale Folgen abermals zu Einsamkeit, anderen Erkrankungen oder psychischen Leiden führen könnten. Diese können es den Pflegeheimbewohnenden erneut erschweren, aktiv an sozialen Teilhabenangeboten zu partizipieren. Ein negativer Kreislauf, bedingt durch die Abgeschlossenheit von der Außenwelt auch ohne das akute Bestehen einer Pandemie. Auch unabhängig einer COVID-Erkrankung könnten die Ergebnisse darauf hinweisen, dass jegliche Art von Schutzmaßnahmen und auch die Umsetzungsweisen, wie sie in Deutschland vollzogen wurden, zu schwerwiegenden mentalen, psychosozialen und/oder körperlichen Spätfolgen, auch langfristig, führen könnten.

4.3 Einbettung der Ergebnisse in den bisherigen Forschungsstand

Die Ergebnisse zeigen erstmals für Deutschland auf, in welchem Maße die Umsetzung der Schutzmaßnahmen eine Aufhebung der sozialen Teilhabemöglichkeiten in den Pflegeheimen assoziiert ist (**Publikation 1 und 2**) (5, 6) und dass sich die Umsetzungsmerkmale der Schutzmaßnahmen verschoben haben. Nahezu weltweit waren die Pflegeheime verpflichtet, gesetzmäßige Schutzmaßnahmen umzusetzen (4, 8, 10, 11, 12, 31, 32). Diverse internationale Studien berichten übereinstimmend von entfallenen sozialen Angeboten und eingeschränkter Partizipation im Zuge beider Pandemiewellen (4, 8, 10, 37, 38). Andere europäische Länder wie Schweden haben weniger auf Beschränkungen, sondern auf Offenhaltung der Pflegeheime gesetzt (6, 39, 40). Weiterhin zeigen Studien, dass Pflegeheime in Dänemark gleich zu Pandemiebeginn versuchten, die Auswirkungen auf die Pflegeheimbewohnenden abzufangen, indem einzelne soziale Angebote weiterhin, u.a. durch bauliche Gegebenheiten, stattgefunden haben (6, 41). Zudem wurden Besuchsverbote vergleichsweise zügig aufgehoben, indem u.a. eine schnelle Koordinierung und Schulung des Personals und eine Aufklärung der Pflegeheimbewohnenden und Angehörigen über ein angemessenes Verhalten/Umgang mit der

Pandemie durchgeführt wurde (41). Hier wird der unterschiedliche Umgang mit den Schutzmaßnahmen deutlich. Während die hier dargelegten Ergebnisse darauf hinweisen, dass zu Pandemiebeginn vermehrt auf die Vermeidung von zwischenmenschlicher körperlicher Kontakte gesetzt wurde (bspw. Aufnahmestopp, Besuchsverbote) und erst später die strukturellen Gegebenheiten angepasst wurden, haben andere europäische Länder diesen Weg abgelehnt und/oder Alternativen angewendet. Die Komplexität im Umgang mit der Pandemie und damit auch mit den Maßnahmen – zwischen sozialen Einschränkungen/Verboten und dem Offenhalten sozialer Strukturen – wird deutlich (6). Es lässt sich diskutieren, ob der schwedische Sonderweg eine Alternative für Deutschland gewesen wäre. Jedoch scheint klar, dass die Einbindung und die Interaktion mit der Gemeinschaft sowie der Zugang zu Geschäften entscheidend für die Lebensqualität in Pflegeheimen sind (42, 43). In der Studie von Backhaus et al. (44) wird angegeben, dass rund 66% der niederländischen Pflegeheimleitungen soziale Aktivitäten bereits während der zweiten COVID-19-Welle wieder aufgegriffen haben. Andere Pflegeheime (26%) haben Besuche trotz einer COVID-19-Infektion ermöglicht und die Besuchsverbote frühzeitiger aufgehoben als bspw. Deutschland, sodass bei jeder/m zweiten Pflegeheimbewohnenden (52%) mit einer COVID-19-Infektion Besuche stattfinden konnten (6, 44). In Deutschland hingegen haben Regularien zur Verwirrung und Überforderung bei vielen Beteiligten geführt (5, 6, 31). Dabei muss berücksichtigt werden, dass der Personalmix in den Pflegeheimen zwischen Deutschland, Dänemark und den Niederlanden unterschiedlich stark ausgeprägt ist. In Deutschland gilt es, trotz erheblichem Druck durch Fachkräftemangel, die Vorgabe, eine Fachkraftquote von 50% zu erfüllen. Niederländische und skandinavische Pflorgeteams hingegen bestehen aus einer nahezu festen Expertengruppe⁸ (6, 45), sodass ggf. intensiver auf soziale und versorgungsindividuelle Bedürfnisse der Pflegeheimbewohnenden eingegangen werden kann. Es besteht Einigkeit darüber, dass mit oder ohne Pandemie, die personellen Strukturen und Auslastungen erheblich dazu beitragen, wie die sozialen Angebote ausgestaltet und angeboten werden können (45). Ein Festhalten an einer strikten Quote wie in Deutschland kann hierbei kritisch zur Diskussion stehen. So kann festgehalten werden, dass eine Quote, die aufgrund von Fachkräftemangel kaum zu erfüllen ist, nicht zielführend zur Ausgestaltung von sozialer Teilhabe sein kann.

⁸ Dazu zählen bspw. Physio- oder Ergotherapie praktizierende Person, Seelsorgende sowie psychologische und psychotherapeutische Fachkräfte.

In einer multizentrischen Interventionsstudie bei sechs Pflegeheimen in Australien, Norwegen und Schweden wurden signifikante Effekte auf das Erleben von Wohlbefinden eruiert, wenn individuell zugeschnittene soziale Angebote und Freizeitaktivitäten für die Pflegeheimbewohnenden erarbeitet wurden (46). Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Individualität von sozialen- und Freizeitaktivitäten und es Bedarf an Klärung, ob mit einer personenzentrierten sozialen Teilhabeplanung (ggf. in der SIS) auch die hohe Wahrscheinlichkeit des Aussetzens eines sozialen Angebotes bei Umsetzung einer Schutzmaßnahme im Zuge einer Erkrankung oder auch Pandemie ggf. kompensiert werden könnte. Möglicherweise hätte damit das Aussetzen der „Spaziergänge“ ausgeglichen werden können. Dass Berührungen wie Umarmungen einen gesundheitlichen Schutz aufweisen, berichten Forschende aus den USA (47). Insofern können Berührungen auch als schützender Faktor vor Infektionen betrachtet werden. Auf Grundlage dessen kann diskutiert werden, dass Kontaktreduzierungen/Besuchsverbote weniger ein Schutz, sondern sogar ein Krankheitsverstärker gewesen sein könnten.

Der Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit durch soziale Isolation und dem nicht stattfinden sozialer Teilhabe bei Älteren war bereits vor COVID bekannt (48, 49). Es verwundert somit kaum, dass „Einsamkeit“ (75,5%) und „Rückzüge“ (67,1%) als die am meisten berichteten Folgen mit Umsetzung der Schutzmaßnahmen in dieser Untersuchung berichtet werden. Studien weltweit bestätigen dies (u.a. 50, 51, 52). El Haj et al. (52) bestätigen dabei, dass Pflegeheimbewohnende über mehr Depressionen und Ängsten während, als vor der COVID-Krise berichteten. Abbasi (53) beschreibt, dass als Folge der fehlenden besuchenden Angehörigen, die teilweise Essensvergaben übernahmen, oder mit Entfallen gemeinschaftlicher Mahlzeiten, mehrere Pflegeheimbewohnende ihr Essen verweigerten. Gleiches berichten Trabucchi und de Leo (9). Diese Darstellungen unterstreichen die hohe Anzahl von Essensverweigerungen mit 52,3% auch für Deutschland.

Forschungsarbeiten aus Italien zeigen, dass Überlebende von COVID-19 ein vierfach erhöhtes Risiko von Bewegungseinschränkung (z.B. Handgreifkraft) hatten und COVID-19 die körperliche Gebrechlichkeit um etwa 20% bei den Pflegeheimbewohnenden beschleunigte (26). Allerdings gab es dabei keinen Vermerk auf Muskel- und/oder Gelenkschmerzen sowie keine Hinweise auf den Verlust der kognitiven Leistung. Im Gegensatz dazu zeigen die Ergebnisse aus der vorliegenden Studie erkennbare Zusam-

menhänge (Kognitive Einschränkungen 21,1%, Muskelschmerzen 28,9%, Gelenkschmerzen (37,9%). Indes bekräftigen Van der Krogt et al., dass bei mehr als der Hälfte (65,1%) der Pflegeheimbewohnenden (N = 86) eine Verschlechterung der kognitiven Funktion festzustellen war (24). Andere Studien berichten ebenfalls von kognitiven Minderungen (50, 54, 55). Es sind zwar allgemeine Hinweise und Studien zu Muskel- und/oder Gelenkschmerzen der Allgemeinbevölkerung in der Literatur vertreten (56), nicht aber zu Pflegeheimbewohnenden. Dies könnte die Bedeutsamkeit der Bewegungseinschränkungen bei den Pflegeheimbewohnenden mit 45% in dieser Untersuchung unterstreichen. Parallele Ergebnisse zum vermehrten Schlafverhalten berichten Van der Krogt et al., (Fatigue, 48% vermehrtes Schlafverhalten, 42%) und halten fest, dass diese sogar nach drei Monaten signifikant häufiger auftraten als zum Ausgangspunkt (24).

4.4 Stärken und Schwächen der Studien

Datengrundlage für die Untersuchung der Pflegeheimleitungen in Deutschland war eine Vollerhebung, wobei die Rücklaufquote von 12,8% die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse eingrenzt, jedoch erste Hinweise zur sozialen Teilhabe in den Pflegeheimen während der ersten beiden der COVID-19-Pandemie liefert. Zu berücksichtigen ist, dass die Ergebnisse keine Information über die soziale Teilhabe in den Pflegeheimen vor dem Pandemieausbruch geben (5, 6).

Bei der Befragung der Pflegekräfte handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Die Befunde sind insofern nicht generalisierbar.

Die Erhebungsinstrumente beider Primärdatenerhebungen wurden selbst entwickelt, sodass keine Studie zu psychometrischen Gütekriterien vorliegen. Durch Pretests wurde jedoch auf Verständnis und Nachvollziehbarkeit geprüft.

Mit der Teilnahme von N = 811 Pflegekräften ist eine große Beteiligung gegeben. Die Pflegekräfte wurden online über soziale Medien rekrutiert. Pflegepersonal mit eingeschränktem Zugang zum Internet oder internetfähigen Geräten konnten ggf. nicht oder nur eingeschränkt an der Umfrage teilnehmen. Das soziale Medium Facebook hat sich als zuverlässige Datenquelle bewiesen. Auch die Universität Maryland hat das Medium Facebook als Erhebungsgrundlage für eines der größten globalen Gesundheitsmonitoring-Systeme genutzt (59, 60). Ferner war die Zielgruppe dieser Stichprobe jünger und höher qualifiziert als das generelle Pflegepersonal in Deutschland (58), was eine

Selektionsverzerrung hervorbringen kann. Beide Determinanten können die Verallgemeinerbarkeit auf das Pflegepersonal deutschlandweit einschränken.

Die Daten differenzieren nicht nach Regionen oder COVID-19-Hotspots. Während der erhobenen wahrgenommenen Folgewirkungen der COVID-19-Infektion aus Sicht der Pflegekräfte gab es noch keine Hinweise auf den Zeitraum von drei Monaten nach einer Erkrankung hinsichtlich Post-COVID (25). Insofern kann der Zeitraum, in welchem die Pflegekräfte ein Symptom beobachteten, nicht eindeutig zugewiesen werden.

Zudem muss berücksichtigt werden, dass die wahrgenommenen Folgen der Schutzmaßnahmen und Folgeerkrankungen der COVID-19-Infektion sowie die Situation der sozialen Teilhabe der Pflegeheimbewohnenden aus den Wahrnehmungen der Pflegekräfte und Pflegeheimleitungen dargelegt wurden. Damit können keine kausalen Aussagen zu den Zusammenhängen zwischen den Schutzmaßnahmen sowie den Erkrankungen mit den Folgen hergestellt werden. Insofern liefern die Ergebnisse lediglich erste Hinweise zu den möglichen gesundheitlichen und sozialen Folgen für die Pflegeheimbewohnenden und sind nicht unmittelbar zurückzuführen auf die COVID-19-Pandemie. Alle berichteten Folgen der Schutzmaßnahmen und der Folgeerkrankungen im Rahmen einer COVID-19-Erkrankung bei den Pflegeheimbewohnenden können auch aus anderen Gründen auftreten.

4.5 Implikationen für die Pflegepraxis, Politik und zukünftige Forschung

In Bezug auf die Pflegepraxis geben die zugrundeliegenden Ergebnisse Hinweise auf die Bedeutsamkeit einer personenzentrierten Ausarbeitung von individuell zugeschnittenen sozialen Angeboten (46). Die Implikation dieser könnten im Rahmen der Strukturierten Informationssammlung (SIS) eine Möglichkeit sein, feste soziale Angebote für die Pflegeheimbewohnenden zu ermöglichen. Weiterhin sollte eine Sensibilisierung dafür stattfinden, dass soziale Teilhabe maßgeblich zum mentalen und körperlichen Wohlbefinden beitragen kann (61). Die sozialen Angebote sind laut der Untersuchung maßgeblich von politischen Verfügungen beeinflussbar, sodass diese einer Stärkung bedürfen. Die Frage ist insofern auch, wie unabhängig dürfen die Pflegeheime bei zukünftigen ähnlichen Ereignissen über das Einstellen eines sozialen Angebotes entscheiden?

Eine auffällige Beobachtung war, dass nahezu jeder dritte Pflegeheimbewohnende über Gelenk- und/oder Muskelschmerzen klagte, die möglicherweise auf die fehlende Mobilität durch Einschränkungen der Maßnahmen zurückzuführen sind. Das Vermitteln von Schmerzscreenings und Reha-Maßnahmen, die diese Mobilitätseinschränkungen und daraus resultierenden Schmerzen abmildern, könnten potenzielle Lösungsansätze darstellen. Eine Inspektion von COVID-19-Symptomen sowie ein Screening auf vielfältige Komorbiditäten scheinen damit zukünftig auch bei anderen Infektionen unerlässlich.

Was die politischen Implikationen betrifft, könnte zusätzlich das neue Personalbemessungsverfahren⁹ (PeBeM, § 113c SGB XI) eine Möglichkeit bieten, soziale Teilhabe weiter zu festigen. PeBeM sieht eine grundlegende Veränderung der Personalstruktur nach dem jeweiligen Kompetenzniveau mit Umsetzung einer Pflegeintervention der Pflegekräfte vor, wobei die Fachkraftquote von 50% entfällt. Neben einer verstärkten Personalakquise könnte ein angemessener Betreuungsschlüssel für soziale Angebote zwischen Pflegeheimbewohnenden und Personal ausgewiesen werden. Des Weiteren könnte sich diese Art der Neuaufstellung positiv auf die individuelle Betreuung in einem Krankheitsfall auswirken – sowohl physisch als auch mental.

Ferner können die Studienergebnisse im Rahmen politischer Abwägungen zur Entwicklung von Schutzmaßnahmen für Pflegeheime bei Krankheiten mit hoher Kontagiosität (wie bspw. Noro-Viren) unter der Prämisse der Reduzierung eines sozialen Angebotes genutzt werden. Die vorliegende Studie kann Hinweise darauf geben, dass mit Umsetzung einer Schutzmaßnahme die Wahrscheinlichkeit steigt, dass ein soziales Angebot ausgesetzt oder reduziert werden muss. Die Pflegeheime könnten insofern selbst entscheiden, welche Schutzmaßnahmen sie (nicht) umsetzen möchten bzw. dafür sensibilisiert werden, welche Folgen mit einer Umsetzung einhergehen könnten.

Im Bereich der Forschung fehlt es für Deutschland an tiefergehenden Studien zu Post- und Long-COVID-Symptomen von Pflegeheimbewohnenden, insbesondere zu den Bewegungseinschränkungen. Die Nachwirkungen und Folgen von langer Isolation sollten im Rahmen von Gefühlen der Einsamkeit, vermehrten Depressionen und auch

⁹ Das PeBeM ist ein deutschlandweites Modellprojekt im Zuge des §113c SGB XI, mit Beginn zum 01.07.2023. Weiterführende Literatur: Rothgang, H. (2020). *Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)*. Abschlussbericht. Bremen verfügbar unter: <https://media.suub.uni-bremen.de/handle/elib/4497> [17.07.2023].

Demenzkrankungen bei den Pflegeheimbewohnenden evaluiert werden (60). Auch die Untersuchung von architektonischen Gestaltungen in Pflegeheimen (z.B. das Errichten von Begegnungsräumen) bieten Ansätze zur Infektionskontrolle. Die Potentiale und praxisorientierten Ergebnisse bisheriger Studien dazu, könnten weiter erforscht und darauf aufbauend Standards entwickelt werden (60). Ein weiterer Diskussionsanstoß könnte darin liegen, wie feste Strukturen geschaffen werden können, dass auch psychohygienische Interventionen vermehrt in den Fokus des Pflegecurriculums rücken.

5. Schlussfolgerungen

Die COVID-19-Pandemie hat die Pflegeheime vor außergewöhnliche Herausforderungen gestellt. Die soziale Teilhabe der Pflegeheimbewohnenden wurde, wie dargelegt, massiv eingeschränkt. Deutlich wurde, dass die sozialen Angebote stark von äußeren Faktoren abhängen, sodass die Stärkung dieser innerhalb der Pflegeheimen Priorität bedarf, z.B. durch individuelle soziale Maßnahmenpläne oder Veränderungen der Personalstruktur wie beispielsweise die Personalbemessung als mögliche Chance der Personalsteigerung. Weiterhin kann hervorgehoben werden, dass die Art und Weise, wie Schutzmaßnahmen zukünftig umgesetzt werden, von Bedeutung ist.

In Zukunft sollte abgewogen werden, inwiefern die Umsetzung von Schutzmaßnahmen und damit auch eine verbundene Reduzierung oder möglicherweise Streichung von sozialen Angeboten zur Teilhabe in den Pflegeheimen mit mentalen und körperlichen Verschlechterungen der Menschen in den Pflegeheimen einhergehen als mit einem Gesundheitsschutz – die Herausforderung wird die Festlegung der Priorität oder ein balanciertes Abwägen zwischen Schutz und Teilhabe sein. Schließlich müssen auch soziale Angebote erarbeitet werden, die trotz Schutzmaßnahmen aufrechterhalten werden können.

Literaturverzeichnis

- (1) Cucinotta D., Vanelli M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*. 91(1), 157.
- (2) Comas-Herrera A., Zalakaín J., Lemmon E., Henderson D., Litwin C., Hsu AT., et al. (2020). Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. Article in LTCcovid org, international long-term care policy network. *CPEC-LSE*. 14
- (3) Rothgang H., Wolf-Ostermann K., Domhoff D., Friedrich AC., Heinze F., Preuss B., et al. (2020). Care Homes and COVID-19: Results of an Online Survey in Germany. *International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE: LTCcovid*.
- (4) Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G. & de Vries, Danny H. (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1569–1570. doi: 10.1016/j.jamda.2020.09.007
- (5) Gangnus, A., Hering, C., Kohl, R., Henson, C. S., Schwinger, A., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2022). Covid-19-Schutzmaßnahmen und Einschränkungen des sozialen Lebens in Pflegeheimen. *Pflege*, 35(3), 133–142. doi: 10.1024/1012-5302/a000854.
- (6) Gangnus, A., Hering, C., Kohl, R., Henson, C. S., Schwinger, A., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2022). Soziale Teilhabe in Pflegeheimen mit Covid-19-Schutzmaßnahmen in der zweiten Pandemiewelle? *Pflege*, 36(3), doi: 10.1024/1012-5302/a000898.
- (7) Sun, Q. & Lu, N. (2020). Social Capital and Mental Health among Older Adults Living in Urban China in the Context of COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7947.

- (8) Chu, C. H., Donato-Woodger, S. & Dainton, C. J. (2020). Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2456 – 2459.
- (9) Trabucchi, M. & Leo, D. (2020). Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry* 7(5), 387 – 388.
- (10) Lood, Q., Haak, M., & Dahlin-Ivanoff, S. (2021). Everyday life in a Swedish nursing home during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study with persons 85 to 100 years. *BMJ open*, 11(6), e048503. doi: 10.1136/bmjopen-2020-048503.
- (11) Verbeek, H., Gerritsen, D. L., Backhaus, R., de Boer, B. S., Koopmans, R. T. C. M., & Hamers, J. P. H. (2020). Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 900–904. doi: 10.1016/j.jamda.2020.06.020.
- (12) Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet. Public health*, 5(5), e256. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30061-X.
- (13) Jezewski, R. & Haorig, F. (2021). Mit Kreativität durch die Pandemie: Covid-19 hat für große Umstellungen in Pflegeeinrichtungen gesorgt. *pflegen: Demenz*, 60, 23.
- (14) Wirth, R., Becker, C., Djukic, M., Drebenstedt, C., Heppner, H. J., Jacobs, A. H., Meisel, M., Michels, G., Nau, R., Pantel, J., & Bauer, J. M. (2021). COVID-19 im Alter – Die geriatrische Perspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(2), 152–160. doi: 10.1007/s00391-021-01864-0.
- (15) Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol, S. (2021). More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. [Preprint]. *medRxiv: the preprint server for health sciences*. doi: 10.1101/2021.01.27.21250617.

- (16) Augustin, M., Schommers, P., Stecher, M., Dewald, F., Gieselmann, L., Gruell, H., Horn, C., Vanshylla, K., Cristanziano, V. D., Osebold, L., Roventa, M., Riaz, T., Tschernoster, N., Altmueller, J., Rose, L., Salomon, S., Priesner, V., Luers, J. C., Albus, C., Rosenkranz, S., Garhof, B., Faktenheuer, G., Hallek, M., Klein, F., Suraez, I. & Lehmann, C. (2021). Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *The Lancet regional health. Europe*, 6, 100122. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100122.
- (17) Mansell, V., Hall Dykgraaf, S., Kidd, M., & Goodyear-Smith, F. (2022). Long COVID and older people. *The Lancet. Healthy longevity*, 3(12), e849–e854. doi: 10.1016/S2666-7568(22)00245-8.
- (18) Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet. Psychiatry*, 8(5), 416–427. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00084-5.
- (19) Rodriguez-Rodriguez, V., Rojo-Perez, F., Perez de Arenaza Escribano, C., Molina-Martínez, M. Á., Fernandez-Mayoralas, G., Sánchez-González, D., Rojo-Abuin, J. M., Rodríguez-Blázquez, C., Forjaz, M. J., & Martín García, S. (2022). The Impact of COVID-19 on Nursing Homes: Study Design and Population Description. *International journal of environmental research and public health*, 19(24), 16629. doi: 10.3390/ijerph192416629.
- (20) Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Jokela, M., Kivimäki, M., & Elovainio, M. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479 054 men and women. *Heart British Cardiac Society*, 104(18), 1536–1542. doi: 10.1136/heartjnl-2017-312663.
- (21) Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(5), 564–573. doi: 10.1002/gps.4495

- (22) Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Zyphur, M. J., & Gleeson, J. F. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of abnormal psychology, 125*(5), 620–630. doi: 10.1037/abn0000162.
- (23) Rohner, R., Gallistl, V., Hartmann, V., Heidinger, T., Paulinger, G. & Kolland, F. (2022). Einfluss sozialer Beziehungen auf Corona-Sorgen bei der Pflegeheim-Bevölkerung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 55*, 546–552. doi: 10.1007/s00391-022-02116-5.
- (24) van der Krogt, I. E. J., Sizoo, E. M., van Loon, A. M., Hendriks, S. A., & Smalbrugge, M. (2022). The Recovery after COVID-19 in Nursing Home Residents. *Gerontology & geriatric medicine, 8*, 23337214221094192. doi: 10.1177/23337214221094192.
- (25) World-Health-Organisation (WHO). (2023). *Post COVID-19 condition (Long COVID)*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-covid-19-condition#:~:text=It%20is%20defined%20as%20the,months%20with%20no%20other%20explanation.> [20.07.2023].
- (26) Gaida-Greco, I., Noale, M., Trevisan, C., Zatti, G., Dalla Pozza, M., Lazzarin, M., Haxhiaj, L., Ramon, R., Imoscopi, A., Bellon, S., Maggi, S., & Sergi, G. (2021). Increase in Frailty in Nursing Home Survivors of Coronavirus Disease 2019: Comparison With Noninfected Residents. *Journal of the American Medical Directors Association, 22*(5), 943–947.e3. doi: 10.1016/j.jamda.2021.02.019.
- (27) Sanga, J. L., Adawiyah, A. R., Djokosujono, K., & Sudirman, H. (2022). Depression Among Elderly living in Nursing Homes. *JHE (Journal of Health Education), 7*(1), 18-28.
- (28) Gustavsson, J., & Beckman, L. (2020). Compliance to Recommendations and Mental Health Consequences among Elderly in Sweden during the Initial Phase of the COVID-19 Pandemic-A Cross Sectional Online Survey. *International journal of environmental research and public health, 17*(15), 5380. doi: 10.3390/ijerph17155380.

- (29) Schilling J., Buda S., Tolksdorf K. (2020). Zweite Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19- Pandemie in Deutschland“ *Epid Bull*, 10(3). doi: 10.25646/9787.
- (30) DGP – Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. (2020). *S1 Leitlinie – Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie – Langfassung – AWMF Register-nummer 184 – 001, Leitlinienreport*. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/184-001.html> [15.07.2023].
- (31) BIVA – Pflegeschutzbund (2021). *Einheitliche Regelung für Pflegeheime muss Fehler der Bundesländer vermeiden BIVA-Pflegeschutzbund*. Verfügbar unter: <https://www.biva.de/einheitliche-regelung-fuer-pflegeheime-muss-fehler-der-bundeslaender-vermeiden> [15.07.2023].
- (32) Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G. (2020). Thesenpapier 2.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. *Monitor Versorgungsforschung*, 03(20), 64-93 doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.221793.
- (33) Salehi, S., Abedi, A., Balakrishnan, S., & Gholamrezanezhad, A. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review of Imaging Findings in 919 Patients. *American journal of roentgenology*, 215(1), 87–93. doi: 10.2214/AJR.20.23034.
- (34) Varatharaj, A., Thomas, N., Ellul, M. A., Davies, N. W. S., Pollak, T. A., Tenorio, E. L., Sultan, M., Easton, A., Breen, G., Zandi, M., Coles, J. P., Manji, H., Al-Shahi Salman, R., Menon, D. K., Nicholson, T. R., Benjamin, L. A., Carson, A., Smith, C., Turner, M. R., Solomon, T. CoroNerve Study Group (2020). Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *The lancet. Psychiatry*, 7(10), 875–882. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X.
- (35) Yelin, D., Wirtheim, E., Vetter, P., Kalil, A. C., Bruchfeld, J., Runold, M., Guaraldi, G., Mussini, C., Gudiol, C., Pujol, M., Bandera, A., Scudeller, L., Paul, M., Kaiser, L.,

- & Leibovici, L. (2020). Long-term consequences of COVID-19: research needs. *The Lancet. Infectious diseases*, 20(10), 1115–1117. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30701-5.
- (36) Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. (2023). *Corona-Schutzmaßnahmen sind ausgelaufen*. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/ende-corona-massnahmen-2068856>. [18.07.2023].
- (37) Ó Cathaoir, K., & Gundersby Rognlien, I. (2021). The Rights of Elders in Ireland during COVID-19. *European journal of health law*, 28(1), 81 – 101.
- (38) Chu, C. H., Donato-Woodger, S. & Dainton, C. J. (2020). Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2456 – 2459.
- (39) Schwedische Regierung, D. (2021). Corona-Strategiepläne in Europa, inwieweit angemessen, verhältnismäßig und erforderlich? *Der Diabetologe*, 1, 116. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11428-020-00696-7.pdf>. [09.07.2023].
- (40) Arentz, C., & Wild, F. (2020). *Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der COVID-19-Pandemie*. WIP-Wissenschaftliches Institut der PKV. Verfügbar unter: https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP_Analyse_3_2020_Vergleich_Gesundheitssysteme_Covid19.pdf. [09.07.2023].
- (41) Rostgaard, T., (2020). *The COVID-19 Long-Term Care situation in Denmark*. Verfügbar unter: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Denmark-29-May-2020.pdf>. [09.07.2023].
- (42) Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmeier, A. & Holzhausen, M. Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. (2013). *Quality of Life Research*, 22, 2929–2938. doi: 10.1007/s11136-013-0400-2.

- (43) Emiliussen, J., Engelsen, S., Klausen, S. H., & Christiansen, R. (2023). The good life in care homes: A qualitative investigation with residents, relatives, care workers and managers. *Ageing International*, 48(1), 16-40. doi: 10.1007/s12126-021-09438-6.
- (44) Backhaus, R., Verbeek, H., de Boer, B., Urlings, J. H. J., Gerritsen, D. L., Koopmans, R. T. C. M., & Hamers, J. P. H. (2021). From wave to wave: a Dutch national study on the long-term impact of COVID-19 on well-being and family visitation in nursing homes. *BMC geriatrics*, 21(1), 588. doi: org/10.1186/s12877-021-02530-1.
- (45) Fuhrmann, P., & Rupprecht, C. J. (2015). Pflegebedürftige ältere Menschen – Selbstbestimmung stärken, Teilhabe ermöglichen, Lebensqualität erhöhen. Anregungen aus den Niederlanden. In K. Jacobs A. Kuhlmeij S. Greß J. Klauber A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2015* (S.73–83). Springer.
- (46) Sjögren, K., Bergland, Å., Kirkevold, M., Lindkvist, M., Lood, Q., Sandman, P. O., Vassbø, T. K., & Edvardsson, D. (2022). Effects of a person-centred and thriving-promoting intervention on nursing home residents' experiences of thriving and person-centredness of the environment. *Nursing open*, 9(4), 2117–2129. doi: 10.1002/nop2.1222.
- (47) Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Turner, R. B., & Doyle, W. J. (2015). Does hugging provide stress-buffering social support? A study of susceptibility to upper respiratory infection and illness. *Psychological science*, 26(2), 135–147. doi: 10.1177/0956797614559284.
- (48) Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*, 25(3), 799–812. doi: 10.1111/hsc.12311.
- (49) Heikkinen, R. L., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of gerontology and geriatrics*, 38(3), 239–250. doi: 10.1016/j.archger.2003.10.004.

- (50) Benzinger, P., Kuru, S., Keilhauer, A., Hoch, J., Prestel, P., Bauer, J. M., & Wahl, H. W. (2021). Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige – Ein systematisches Review [Psychosocial effects of the pandemic on staff and residents of nursing homes as well as their relatives-A systematic review]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *54*(2), 141–145. doi: 10.1007/s00391-021-01859-x.
- (51) McArthur, C., Saari, M., Heckman, G. A., Wellens, N., Weir, J., Hebert, P., Turcotte, L., Jbilou, J., & Hirdes, J. P. (2021). Evaluating the Effect of COVID-19 Pandemic Lockdown on Long-Term Care Residents' Mental Health: A Data-Driven Approach in New Brunswick. *Journal of the American Medical Directors Association*, *22*(1), 187–192. doi: 10.1016/j.jamda.2020.10.028.
- (52) El Haj, M., Altintas, E., Chapelet, G., Kapogiannis, D., & Gallouj, K. (2020). High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the covid-19 crisis. *Psychiatry research*, *291*, 113294. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113294.
- (53) Abbasi J. (2020). Social Isolation-the Other COVID-19 Threat in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Association*, *324*(7), 619–620. doi: 10.1001/jama.2020.13484.
- (54) O'Caoimh, R., O'Donovan, M. R., Monahan, M. P., Dalton O'Connor, C., Buckley, C., Kilty, C., Fitzgerald, S., Hartigan, I., & Cornally, N. (2020). Psychosocial Impact of COVID-19 Nursing Home Restrictions on Visitors of Residents With Cognitive Impairment: A Cross-Sectional Study as Part of the Engaging Remotely in Care (ERiC) Project. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 585373. doi: 10.3389/fpsy.2020.585373.
- (55) Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G., & de Vries, D. H. (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, *21*(11), 1569–1570. doi: 10.1016/j.jamda.2020.09.007.

- (56) Staff, C. M. COVID-19: *Long-term effects*. Verfügbar unter: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-long-term-effects/art-20490351> [09.07.2023].
- (57) Hering, C., Gangnus, A., Budnick, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmei, A., & Gellert, P. (2022). Psychosocial burdens and associated factors among nurses in care homes during the COVID-19 pandemic: findings from a retrospective survey in Germany. *BMC nursing*, 21(1), 41. doi: 10.1186/s12912-022-00807-3.
- (58) Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2019. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; S. 39. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile [10.05.2023].
- (59) Astley, C. M., Tuli, G., Mc Cord, K. A., Cohn, E. L., Rader, B., Varrelman, T. J. & Brownstein, J. S. (2021). Global monitoring of the impact of the COVID-19 pandemic through online surveys sampled from the Facebook user base. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(51). doi: 10.1073/pnas.2111455118.
- (60) Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft. (2022). *Covid-Heim. Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim*. https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/20220712_CovidHeim_Endbericht_Studie_gesamt.pdf
- (61) Plangger, B., Riedel, PL., Kulcar, V., Juen, B. (2023). Soziale Teilhabe in Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie. Prävention und Gesundheitsförderung. doi: 10.1007/s11553-023-01055-2.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Annabell Gangnus, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Stationäre Langzeitpflege: Soziale Teilhabe und wahrgenommene gesundheitliche Folgen der COVID-19-Pandemie/ Inpatient long-term care: social participation and perceived health consequences of the COVID-19-pandemic, selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Annabell Gangnus hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: **Gangnus, A.**, Hering, C., Kohl, R., Henson, C. S., Schwinger, A., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmei, A., & Gellert, P. (2021). Covid-19-Schutzmaßnahmen und Einschränkungen des sozialen Lebens in Pflegeheimen. *Pflege*, 35(3), 133–142. doi: 10.1024/1012-5302/a000854.

Beitrag im Einzelnen:

Im Zuge der Studie übernahm ich die vorbereitenden Arbeiten (z. B. Literaturrecherche, Rekrutierung der Pflegeheimleitungen, Fragebogenerstellung). Zudem war ich für den stetigen Kontakt zwischen den Projektpartnern und die Projektkoordination zuständig. Erste Studienergebnisse (zur sozialen Teilhabe und den Schutzmaßnahmen) stellte ich auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) und auf dem zweiten Charité Versorgungsforschungskongress vor. Ferner hielt ich, auf Anfrage, einen Vortrag über unsere Studie (sowie den ersten Ergebnissen) beim Studierendenwerk Villigst fragt nach.

Nach Abschluss der Datenerhebung war ich mitverantwortlich für die Aufbereitung und Bereinigung der Daten. Die zugrundeliegende Zielstellung der Publikation entwickelte ich selbstständig und zur Beantwortung dieser erstellte ich den dafür notwendigen Datensatz. Alle notwendigen Berechnungen für die erste COVID-19-Welle wurden von mir eigenständig durchgeführt. Alle schriftlichen Bestandteile der Publikation (Einleitung, Methoden, Ergebnisse, Diskussion) sowie alle Tabellen (1, 2, 3) und die Abbildung 1 wurden eigenständig von mir erstellt und basieren auf den von mir durchgeführten statistischen Analysen. Neben den statistischen Analysen für die Primärdaten, war ich die Hauptverantwortliche für die Auswertung der Schutzmaßnahmenverordnungen, die vorrangig für die Entwicklung des Fragebogens für die Pflegeheimleitung war (Dokumentenanalyse, Erstellung von Kategorien für die Primärdatenerhebung). Hintergrund und Diskussion wurden auf Basis aktueller und von mir recherchierter Literatur verfasst. Die Einreichung beim Journal „Pflege“ sowie die Bearbeitung der Revision wurden durch mich eigenständig durchgeführt. Zudem war ich die Ansprechperson bei der Kommunikation mit dem Journal. Es fand ein stetiger und intensiver Austausch mit den Ko-Autoren statt.

Publikation 2: **Gangnus, A.**, Hering, C., Kohl, R., Henson, C. S., Schwinger, A., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmei, A., & Gellert, P. (2022). Soziale Teilhabe in Pflegeheimen mit Covid-19-Schutzmaßnahmen in der zweiten Pandemiewelle? *Pflege*, 36(3), 168–178 doi: 10.1024/1012-5302/a000898.

Beitrag im Einzelnen:

Im Zuge der Studie übernahm ich die vorbereitenden Arbeiten (z. B. Literaturrecherche, Rekrutierung der Pflegeheimleitungen, Fragebogenerstellung). Zudem war ich für den stetigen Kontakt zwischen den Projektpartnern und die Projektkoordination zuständig. Weitere Studienergebnisse im Projektverlauf stellte ich auf dem dritten Charité Versorgungsforschungskongress dar.

Nach Abschluss der Datenerhebung war ich mitverantwortlich für die Aufbereitung und Bereinigung der Daten. Im Rahmen der zugrundeliegenden Ziel- und Fragestellung der zweiten Publikation entwickelte ich den dafür notwendigen Datensatz (bspw. Erstellung neuer Variablen). Alle notwendigen Berechnungen für die zweite COVID-19-Welle wurden von mir eigenständig durchgeführt. Alle schriftlichen Bestandteile der Publikation (Einleitung, Methoden, Ergebnisse, Diskussion) sowie die Tabelle 1 und die Abbildungen 1, 2, 3 wurden eigenständig von mir erstellt und basieren auf den von mir durchgeführten statistischen Analysen und der Analyse der Schutzmaßnahmenverordnungen. Neben den statistischen Analysen für die Primärdaten, war ich die Hauptverantwortliche für die Auswertung der Schutzmaßnahmenverordnungen, die vorrangig für die Entwicklung des Fragebogens für die Pflegeheimleitung war (Dokumentenanalyse, Erstellung von Kategorien für die Primärdatenerhebung). Zudem führte ich im Rahmen der zweiten Publikation Interviews mit Pflegeheimleitungen und Pflegekräften (Experteninterviews) sowie mit Pflegeheimbewohnern*innen und Angehörigen (Leitfadeninterviews). Die Auswertung dieser wurde eigenständig von mir durchgeführt. Hintergrund und Diskussion wurden auf Basis aktueller und von mir recherchierter Literatur verfasst. Die Einreichung beim Journal „Pflege“ sowie die Bearbeitung der Revision wurden durch mich eigenständig durchgeführt. Zudem war ich die Ansprechperson bei der Kommunikation mit dem Journal. Es fand ein stetiger und intensiver Austausch mit den Ko-Autoren statt.

Unterschrift, Datum und Stempel des/der erstbetreuenden Hochschullehrers/in

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Druckexemplar der Publikation

Publikation 1:

Gangnus, A., Hering, C., Kohl, R., Henson, C. S., Schwinger, A., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmei, A., & Gellert, P. (2021). Covid-19-Schutzmaßnahmen und Einschränkungen des sozialen Lebens in Pflegeheimen. *Pflege*, 35(3), 133–142. doi: 10.1024/1012-5302/a000854.

Originalarbeit



Covid-19-Schutzmaßnahmen und Einschränkungen des sozialen Lebens in Pflegeheimen

Analyse von Verordnungen und Surveydaten

Annabell Gangnus¹, Christian Hering¹, Raphael Kohl¹,
Clara Sophia Henson¹, Antje Schwinger², Elisabeth Steinhagen-Thiessen³,
Adelheid Kuhlmei¹, Paul Gellert¹

¹Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin

²Forschungsinstitut der kommunalen Krankenkassen (WIdO), Berlin

³Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zusammenfassung: *Hintergrund:* Das Spannungsfeld zwischen Gesundheitsschutz und Einschränkungen des sozialen Lebens in den Pflegeheimen während der Pandemie ist unzureichend aufgearbeitet. *Ziel:* Ziel war es, bundesländerspezifische Verordnungen zu systematisieren und die Umsetzungen dieser in einen Zusammenhang mit Einschränkungen sozialer Angebote für die Bewohner_innen zu bringen. *Methoden:* In einem Mixed-Methods-Design wurden Schutzmaßnahmen für Pflegeheime in der ersten Pandemiewelle aus 450 Verordnungen kategorisiert, in ein theoretisches Maßnahmenmodell eingespeist und in einem Survey unter Heimleitungen (n = 1260) zur Handhabung der Maßnahmen sowie zum Wegfall sozialer Angebote verwendet. Der Zusammenhang von Schutzmaßnahmen und Einschränkungen sozialer Angebote wurde mit binärlogistischen verallgemeinerten Schätzgleichungen analysiert. *Ergebnisse:* Die Verordnungen konnten in fünf Themen kategorisiert werden. Die Daten zeigen, dass „Besuchsverbote“ (98,3%) und „Körperkontaktreduzierung“ (90,5%) den größten Teil der Einschränkungen darstellen. Über alle Angebote hinweg waren „Verbotsmaßnahmen“ und für viele Angebote „Kontaktreduzierungen“ bedeutsam assoziiert, während etwa der Wegfall von „Gruppenangeboten“ zweimal so hoch war, wenn die Schutzmaßnahme „Reduzierung des Körperkontaktes“ umgesetzt wurde. „Besuchseinschränkungen“ zeigten kaum signifikante Assoziationen. *Schlussfolgerungen:* Die Ergebnisse belegen einen Zusammenhang von Schutzmaßnahmen und Wegfall sozialer Angebote. Maßnahmen, die den Gesundheitsschutz mit dem Erhalt von sozialen Angeboten und Versorgung kombinieren, sollten priorisiert werden.

Schlüsselwörter: Covid-19-Schutzmaßnahmen, soziale Angebote, Gemeinschaftlichkeit, Berührungen, Wohlbefinden

Covid-19 protections and social life limitations in nursing homes – Analysis of prescriptions and survey data

Abstract: Background: The tension between health protection and restrictions of social life in nursing homes during the pandemic has been little addressed. *Aim:* The aim of the study was to systematize state-specific regulations and actual prioritizations as well as implementations of the pandemic measures and to relate them to life changes for residents. *Methods:* In a mixed-methods design, 450 protective measures for nursing homes nationwide were categorized and fed into a survey of nursing home managers (n = 1,260) on the handling of these measures in a protective measures model. The association of protective measures and limitations of social services in nursing homes was analyzed with binary logistic generalized estimation equations. *Results:* The prescriptions were categorized into five themes. Primary data show that “visitation bans” (98.3%) and “physical contact reduction” (90.5%) represented the largest proportion of restrictions. The regulations were variously associated with the “restriction of social services”. Thus, across all offers prohibitions and for most offers “contact reductions” were significantly associated, for example that giving up “group opportunities” was almost two times as high when the protective measure “reduction of physical contact” was implemented. “Visit restrictions” on the other hand showed little significant association. *Conclusions:* The results provide evidence of an association between protective measures and social restrictions in the care homes during the pandemic. However, as these lost exchanges are of high value for the residents, aversive long-term effects must be assumed.

Keywords: COVID-19 protective measures, social services, communality, touch, well-being

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000854 - Saturday, July 15, 2023 6:00:13 AM - IP Address: 46.114.36.184

Was ist zu der Thematik schon bekannt?

Die Covid-19-Pandemie hat das Leben von Bewohner_innen in Pflegeheimen erschwerend gewandelt.

Was ist neu?

Verschiedene erlassene Schutzmaßnahmen zeigen einen Zusammenhang mit dem Wegfall von diversen sozialen Angeboten auf.

Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?

Schutzmaßnahmen – auch unabhängig einer Pandemie, die den Gesundheitsschutz der Bewohner_innen mit dem Erhalt von sozialen Angeboten und Versorgung kombinieren, sollten priorisiert werden.

Einleitung

Zum Schutz der Gesundheit von Bewohner_innen in Pflegeheimen sind mit Ausbreitung der Covid-19-Pandemie Infektionsschutzverordnungen und im Rahmen dieser, spezifische Schutzmaßnahmen erlassen worden. Ex abrupto hat sich damit das Leben von 818317 Heimbewohner_innen deutschlandweit erschwerend gewandelt (Pflegerstatistik, 2019). So wurde der Besuch von Angehörigen und Freund_innen eingeschränkt oder verboten. Hygiene-schutzmaßnahmen wurden ebenso umgesetzt wie Kontaktreduzierungen. Gemeinsame Veranstaltungen wurden nahezu komplett aufgehoben. Diese überganglosen Veränderungen hatten für die Bewohner_innen erhebliche Auswirkungen. Neben gesundheitlichen Einschränkungen (Schweickert et al., 2021) – einer ohnehin vulnerablen Personengruppe – befand sich das soziale Leben in einer nahezu vollständigen Abschirmung nach Außen und Innen (BASGO, 2020), wo bereits vor der Pandemie schwierige Bedingungen und Einschränkungen im sozialen Leben in den Pflegeheimen beschrieben wurden (Trybusińska & Saracen, 2019). Ferner erschwerten die Menge der Schutzmaßnahmenverordnungen, die Geschwindigkeit der Erlasse neuer Verordnungen und die Änderung bestehender sowohl den Bewohner_innen, den Angehörigen als auch den Pflegeheimleitungen und dem Pflegepersonal neben einer transparenten Darstellung und Umsetzung der Schutzmaßnahmen auch zu einem erheblichen Anstieg der Arbeitsanforderungen und damit zu steigenden Belastungen (BIVA, 2021). Ein inner- und außereuropäischer Blick zeigt weltweit die Aufhebung sozialer Angebote in der Heimversorgung und die Folgen von sozialer Isolation auf. Für Irland beschreiben Cathaoir und Rognlién (2021), dass eine Politik des „Cocooning“ zu Einsamkeit und Isolation führe (S.84). Für Italien umschreiben es Trabucchi und Leo (2020) mit dem Titel „Nursing homes or besieged castles“. In einer niederländischen Querschnittsstudie gaben 77% der Bewohner_innen an, Einsamkeitsgefühle zu verspüren, weiterhin sanken Indikatoren von Wohlbefinden und Familienmitglieder berichteten über Traurigkeit bei den Bewohner_innen (Van der Roest et al., 2020). Im Rahmen einer Übersichtsarbeit von Chu, Donato-

Woodger und Dainton (2020) werden die Besuchsbeschränkungen und der Wegfall von sozialen Aktivitäten als enorme Herausforderungen vor allem für die Bewohner_innen beschrieben. Trotz der internationalen Befundlage fehlt es an einer systematischen Aufarbeitung des Zusammenhangs zwischen den Schutzmaßnahmen in den Pflegeheimen und den Einschränkungen des sozialen Lebens sowie deren Folgen in Deutschland. Eine Untersuchung der sozialen Implikationen der Schutzmaßnahmen ist daher dringend notwendig für die Untermauerung der wissenschaftlichen Aufarbeitung der Lage deutscher Pflegeeinrichtungen während der Covid-19-Pandemie, aber vor allem auch für die Zeit nach der Pandemie. Die möglichen Ergebnisse können den bereits bestehenden Handlungsdruck festigen und sollen die Assoziation politischer Entscheidungen mit sozialen Einschränkungen im Setting Pflegeheim quantifizieren und deutlich machen.

Ziel und Fragestellung

Ziel dieser Studie ist es, die Priorisierungen und Umsetzungen der Schutzmaßnahmen durch die Heime herauszuarbeiten und in Verbindung mit sozialen Angeboten bzw. deren Wegfall in der Pandemiezeit zu bringen. Folgende Fragestellungen werden bearbeitet:

Können die Schutzmaßnahmen in den erlassenen Verordnungen kategorisiert und hinsichtlich ihres Einflusses auf das soziale Leben der Bewohner_innen analysiert werden?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Schutzmaßnahmen und den Einschränkungen sozialer Angebote in den Heimen?

Methoden

Stichprobe

Die vorliegende Untersuchung ist Teil des Kooperationsprojektes Covid-Heim der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) (Kohl et al., 2021, sowie eine Serie von Ergebnis-Reporten zum Projekt: Hering et al., 2021a, 2021b, 2021c; Dullin & Hartwig, 2021). Die übergeordneten Forschungsfragestellungen zum Covid-Heim-Projekt, die vorab im Antrag festgelegt wurden, finden sich auf der Homepage (https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/forschung/alternsforschung/covid_heim/). In dieser werden verschiedene Analysestränge miteinander kombiniert, um Lehren aus der Pandemie für strukturelle Entwicklungen im Pflegeheimbereich ziehen zu können.

Studiendesign

Für die vorliegende Arbeit wurden die Datenbanken mit gesetzlichen Verordnungen und die Primärdaten aus der

Heimleitungsbefragung verwendet. Im Rahmen eines dreischrittigen Mixed-Methods-Design sind die genannten Fragestellungen eruiert worden.

Schritt 1: Dokumentenanalyse Verordnungen

Basierend auf der Sammlung von über 450 erlassenen Infektionsschutzverordnungen während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie (01. März–30. Juni 2020) sind zentrale Schutzmaßnahmen für Pflegeheime bundesweit herausgearbeitet und thematisch in Ober- und Unterkategorien in Anlehnung an die inhaltliche Strukturierung nach Mayring kategorisiert worden (Mayring & Fenzel, 2019). Anschließend sind diese in einem Zeitstrahlmodell (Kalenderwochen) zusammenfassend eingearbeitet und für nachfolgende quantitative Analysen kodiert worden. Die gewonnenen Kategorien wurden auch für die Erstellung der Primärdatenerhebung verwendet (siehe Messungen).

Schritt 2: Primärdatenerhebung

Im Rahmen der Primärdatenerhebung bei Heimleitungen wurden alle Pflegeheime in Deutschland aus dem AOK Pflege-Navigator (Datenbank mit Informationen über Pflegeeinrichtungen) mit insgesamt 15380 Pflegeheimen (Vollerhebung), davon 11317 vollstationär, angeschrieben, die über eine E-Mail-Adresse verfügten ($n = 10\,026$). All denjenigen ohne E-Mail-Adresse wurden postalische Teilnahmeeinladungen mit dem Studienlink und einem QR-Code für den Zugang zur Teilnahme zugeschiedt ($n = 1291$). Zur Erhöhung der Rücklaufquote sind einmalige Erinnerungs-E-mails 14 Tage nach der ersten E-Mail versendet worden. Im Zeitraum von 01. November 2020–28. Februar 2021 wurden über die Erhebungsplattform REDCap (Research Electronic Data Capture der Charité / BIH) die halbstandardisierten Fragebögen online versendet. Die Antworten sollten die Entwicklungen sozialer Angebote und Schutzmaßnahmen in den Heimen während des ersten Lockdown (01. März–30. Juni 2020) deutschlandweit beschreiben. Es wurden insgesamt $N = 1973$ Fragebögen aufgerufen. Davon sind $n = 886$ vollständig (44,9%) und $n = 1087$ (55,1%) unvollständig ausgefüllt worden. Zu welchem Zeitpunkt ein Abbruch erfolgte kann nicht nachverfolgt werden. Für die vorliegende Untersuchung wurden somit alle Fragebögen ausgewertet, die bis einschließlich der relevanten Themenblöcke zu den Schutzmaßnahmen und der sozialen Angebote ausgefüllt wurden. Grundlage der Auswertung waren somit $n = 1260$ Fragebögen von Heimleitungen aus ganz Deutschland. Für die Primärdaten fand eine Untersuchung der priorisierten Schutzmaßnahmen im Rahmen der Befragung von Heimleitungen deutschlandweit sowie die Befragung nach sozialen Angeboten in den Pflegeheimen während der Pandemie und deren Einschränkung statt.

Schritt 3: Integration von Primärdaten und Dokumentenanalyse

Die erlassenen Verordnungen wurden im Rahmen der Dokumentenanalyse gesetzlicher Verordnungen und die von

den Heimleitungen berichteten Maßnahmen und Umsetzungen gegenübergestellt und zur statistischen Analyse in einem ausgearbeiteten Schutzmaßnahmenmodell modifiziert. Dabei stand die Analyse des Zusammenhanges von priorisierten Schutzmaßnahmen im Rahmen des Schutzmaßnahmenmodells mit Indikatoren gemeinschaftlichen, sozialen Lebens in den Pflegeheimen im Fokus.

Ethische Aspekte

Die Datenerhebung wurde mit Zustimmung der Ethikkommission (EA1/254/20400146), mit nationalem Recht sowie der Deklaration von Helsinki 1975 durchgeführt. Alle Heimleitungen erhielten Informationen über Studienziele und wurden über die Möglichkeit des Befragungsabbruchs informiert. Von allen Heimleitungen liegt eine Einverständniserklärung vor.

Messungen

Schutzmaßnahmen

Die Umsetzung der Schutzmaßnahmen wurde im Rahmen der Primärdatenerhebung durch die von den Autor_innen entwickelten Items erfasst: „Wir würden Sie bitten in der nachfolgenden Liste anzuklicken, welche Maßnahmen von Ihnen im Zeitraum vom 01. März–30. Juni 2020 umgesetzt und/oder wieder aufgehoben werden konnten“; 4 kategoriale Antwortvarianten: 1 = Maßnahme wurde umgesetzt, 2 = Maßnahme wurde zunächst umgesetzt und dann teilweise wieder aufgehoben, 3 = Maßnahme wurde umgesetzt und dann vollständig wieder aufgehoben, 0 = nicht zutreffend (Nicht zutreffend beschreibt, dass Schutzmaßnahmen nie umgesetzt wurden). Aus diesen Variablen wurden Dummyvariablen 0 = nicht zutreffend und 1 = umgesetzt gebildet. Die auszuwählenden Maßnahmen wurden theoretisch aus den Infektionsschutzverordnungen (siehe Schritt 1) sowie auf Literaturgrundlagen ausgearbeitet: Aufnahmestopp, bauliche Veränderungen, Besuchsverbote-/Einschränkungen, Verbot zusätzlicher Betreuungsangebote, Reduzierung von Körperkontakt, Ausgangsbeschränkungen, Abwesenheitsregelungen der Pflegekräfte, Isolation bei Erkrankten, Kontaktminimierung, Aufhebung der Bezugspflege, Aufhebung der Kurzzeitpflege, Aufhebung der Kurzzeitpflege zur Übernahme von Krankenhausfällen, Schulungen von Pflegekräften, Ausarbeitung eines Pandemieplanes, Individuelle Risikoabschätzung zur Ausgestaltung der Quarantäne.

Angebote und Soziales Leben

Das soziale Leben während der ersten Welle der Pandemie wurde mit folgendem Item erhoben: „Beschreiben Sie bitte durch die untenstehende Liste die Situation im Zeitraum vom 01. März–30. Juni 2020 in Ihrer Einrichtung“; 4 kategoriale Antwortvarianten: 1 = Angebot ist nicht entfallen, 2 = Angebot ist entfallen, 3 = Angebot ist entfallen, konnte aber wieder bereitgestellt werden, 0 = nicht zu-

treffend. Diese wurden ebenfalls als Dummyvariablen 0 = nicht entfallen, 1 = entfallen codiert. Die angegebenen sozialen Angebote sind auf Grundlage der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP, 2020), der BAGSO (2020) dem BIVA-Pflegeschatzbund (2021) und den gesammelten Verordnungen in einem Vieraugenprinzip gesammelt und für diese Studie zusammengeführt worden. Dabei sind neben den Quellen der o. a. Gesellschaften/Interessenvertretungen auch deren Websites auf relevante/bekannte soziale Angebote in Pflegeheimen hin untersucht worden. Die gesammelten Angebote sind zu Oberbegriffen zusammengefasst worden. So ergaben sich bspw. aus den Angeboten (Spiele spielen, singen und tanzen) der Oberbegriff: Gemeinsame Veranstaltungen. Für eine universale Darstellung der Infektionsschutzmaßnahmen für das jeweilige Bundesland ist eine Tabelle erarbeitet worden. Hierbei stand eine entwickelte Stichwort-Suchstrategie der umzusetzenden Infektionsschutzmaßnahmen sowie der sozialen Angeboten innerhalb der Dokumente im Vordergrund. Schließlich sind die gesammelten Oberbegriffe mit den in den Dokumenten benannten sozialen Angeboten abgeglichen und ggf. erweitert/angepasst worden: Gemeinsame Veranstaltungen, Gemeinsames Essen, Kreative Angebote, Spaziergänge, Gottesdienste, Gedächtnistraining, Entspannungsübungen, Mobilitätstraining, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Podologie, Individuelle medizinisch, pflegerische, seelsorgerische und/oder psychosoziale Angebote sowie BVP-Behandlung im Voraus planen.

Heimgröße

Auf Grundlage der Frage „Wie viele Pflegebedürftige leben aktuell in Ihrer Einrichtung?“ sind Kategorien in kleine

(< 50 Bewohner_innen) mittelgroße (51–100 Bewohner_innen) und große Heime (> 101 Bewohner_innen) gebildet worden (TNS Infratest Sozialforschung, 2015).

Statistische Analysen

Für die Modellierung des Zusammenhangs der dummykodierten Schutzmaßnahmen (Aufnahmestopp, Besuchsverbote-/Einschränkungen, Verbot zusätzlicher Angebote, Reduzierung Körperkontakt, Isolation, Kontaktminimierung, Individuelle Risikoabschätzung) und der dummykodierten sozialen Angebote (Gemeinsame Gruppenveranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote, Individuelle Angebote) wurde für jede Schutzmaßnahme ein multiples logistisches Regressionsmodell mittels verallgemeinerter Schätzgleichung (Generalized Estimating Equations (GEE), Verteilung = binomial, Verknüpfungsfunktion = logit) gerechnet, in dem Heimgröße als Kovariate sowie die sozialen Angebotsvariablen eingefügt wurden. Ferner erlaubt GEE eine Adjustierung für die verschachtelte Kovarianzstruktur (= Exchangeable, Annahme gleicher Kovarianzen) der Heimleitungen/Pflegeheime der Bundesländer. Es wurde die Chance für das Eintreten des Wegfallens von sozialen Angeboten bedingt durch die jeweils umgesetzte Schutzmaßnahme geschätzt. Unter Einbezug des Hosmer- und Lemeshow-Anpassungstests wurde die Angemessenheit des Modells als Voraussetzung beurteilt (Annahme $p =$ statistisch nicht signifikant). Signifikante Unterschiede sind bei einem Signifikanzniveau von $p < 0,05$ angenommen worden. Für die Analysen wurde SPSS v26 verwendet.

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000854 - Saturday, July 15, 2023 6:00:13 AM - IP Address: 46.114.36.184



Abbildung 1. Besuchsregelungen während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie in den Kalenderwochen 10–30 (01.03.2020–30.06.2020). BL: Bundesländer, BE: Berlin, BR: Brandenburg, BW: Baden-Württemberg, BY: Bayern, HB: Bremen, HE: Hessen, HH: Hamburg, MV: Mecklenburg-Vorpommern, NI: Niedersachsen, NRW: Nordrhein-Westfalen, RP: Rheinland-Pfalz, SH: Schleswig-Holstein, SL: Saarland, SN: Sachsen, ST: Sachsen-Anhalt, TH: Thüringen. Rot: Besuchsverbot; Orange: Strenge Besuchsbeschränkungen, Gelb: Weniger strenge Besuchsbeschränkungen, Grün: Besuche ohne Einschränkungen.

Ergebnisse

Schritt 1 Dokumentenanalyse Verordnungen

Aus der bundesweiten Analyse der Verordnungen heraus können wir festhalten, dass deutschlandweit eine Intransparenz herrscht. Die Bundesländer haben vermehrt differente Schutzmaßnahmen in den Verordnungen festgehalten. Für die Herstellung einer Kongruenz konnten vier Oberkategorien von Schutzmaßnahmen – bestehend aus verschiedenen Unterkategorien – gebildet werden. Die Oberkategorien können in nachfolgende Themenbereiche gegliedert werden: Besuchsregelungen, Zugangsregelungen, Hygiene- und Schutzregelungen, Arbeitsleben und Soziales. Aus diesen Kategorien lassen sich die am häufigsten vertretenden Schutzregelungen deutschlandweit herausarbeiten und in einem entwickeltem „Schutzmaßnahmenuntersuchungsmodell“ hinsichtlich ihres Einflusses auf die soziale Teilhabe im Heim zusammenfassen: Aufnahmestopp, Besuchsverbote-/Einschränkungen, Reduzierung von Körperkontakt von Allen im Pflegeheim lebenden, Kontaktminimierung zwischen Pflegekräften und Bewohner_innen, Verbot/Einschränkung zusätzlicher Angebote, Isolation von Erkrankten Bewohner_innen, Individuelle Risikoabschätzung.

Entlang dieser Kategorien sind bundesweite zusammenfassende Zeitstrahlmodelle ausgearbeitet worden. Abbildung 1 zeigt das Zeitstrahlmodell für die „Besuchsregelungen“ (Kategorie „Besuchsverbote-/Einschränkungen“). Tabelle 1 gibt die jeweiligen ausgearbeiteten Unterkategorien an. Weitere Zeitstrahlmodelle auf Bundeslandebene können im Elektronischen Supplement ESM1 eingesehen werden.

Schritt 2 Primärdatenerhebung

Deskriptive Ergebnisse: Nordrhein-Westfalen (21,8%), Bayern (17,6%), Baden-Württemberg (17,1%) und Niedersachsen (11,2%) weisen die größte Rücklaufquote auf. Am geringsten vertreten sind Bremen und Saarland (beide 0,9%). Jedes zweite an der Befragung beteiligte Heim hat einen freigemeinnütziger Träger (50,2%), 40,7% befinden sich in privater und 8,3% in öffentlicher Trägerschaft. Mittlere Heime sind am häufigsten vertreten (48,9%). Nahezu jedes vierte Heim (23,1%) ist als groß und 28% sind als klein einzustufen (siehe Tab. 2).

Die Primärdaten in Tabelle 2 zeigen, dass „Besuchsverbote-/Einschränkungen“ mit 98,3% und „Körperkontakt-reduzierung“ zwischen allen im Heim lebenden Personen mit 90,5% den größten Bereich ausgeführter Schutzmaßnahmen einnehmen. Mit 72,4% ist die „Individuelle Risikoabschätzung“ für die Ausgestaltung der Quarantäne (wann, wie lange) angegeben. 64,8% der Heimleitungen geben an, „zusätzliche Betreuungsangebote“ (zum Beispiel Vorlesen) aufgehoben zu haben. „Aufnahmestopp“ (59,8%) und „Kontaktminimierung“ zwischen dem Pflegepersonal und den Bewohner_innen geben rund 60% an.

Tabelle 1. Unterkategorien der Besuchsregelungen und deren Bedeutungen

Rot Besuchsverbote	<ul style="list-style-type: none"> • Verbot von Besuchen durch Angehörige (sowohl in Bewohnerzimmern als auch in Besuchsräumen) • Nicht enthalten: Ausnahmen zur Sterbebegleitung • Besuchsverbot bei Covid-Fall, Besucher_innen mit Atemwegserkrankungen/Symptomen, aus Risikogebieten, Kontaktpersonen, Kinder unter 16, Kinder unter 14 Jahren
Orange Strenge Besucheinschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • In Begleitung des Personals, 45 Minuten, einmal/Woche, immer gleiche Person, 1 Person pro Woche für 1 Stunde • 2 Personen für 3 Stunden 1x pro Woche • 1 Person mindestens 45 min 2x pro Woche • 3 Besuche pro Woche • 1 Person (immer dieselbe) pro Tag mit weiteren Regelungen durch das Heim • 2 Personen, 2x pro Woche
Gelb Weniger Strenge Besuchseinschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Personen pro Tag für 1 Stunde • 2 Personen pro Tag für 1 Stunde • 1 Person pro Tag für 2 Stunden • 2 Personen pro Tag für 2 Stunden • Begleitung zur besuchten Person durch Personal, 2 Stunden pro Tag • Besuch für mindestens 4 Stunden pro Tag über die Woche verteilt • Besuch für mindestens 4 Stunden • 1 Person pro Tag, 1 Person zu festen Zeiten • 1 Besuch plus maximal 1 Begleitperson • 2 Personen pro Tag zu festen Zeiten • 2 Personen pro Tag • Besuche erlaubt, wenn kein aktuelles Infektionsgeschehen im Heim (plus Hygienekonzept) • Besuche am Wochenende/Feiertagen ohne zeitliche Begrenzungen • Besuche ohne zeitliche Begrenzung • Bis zu 3 Personen auf Freiflächen • Besuche im Außenbereich von maximal 4 Personen • Besuche an aktuelles Infektionsgeschehen einrichtungsspezifisch anzupassen • Bewohnerorientiertes Konzept
Grün Besuche ohne Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Besuche ohne Einschränkungen nach Pandemieende

Anmerkungen: Die ausgearbeiteten Unterkategorien aus den Schutzmaßnahmenverordnungen können von den Heimen individuell angepasst worden sein. Besuche ohne Einschränkungen sind (noch) nicht möglich.

Jede zweite Heimleitung (50,1%) gibt die Schutzmaßnahme „Isolation bei Erkrankten“ (Abgrenzung in drei Bereiche/Kohortenversorgung: Covid-19-Fälle, Verdachtsfälle, Nicht-Fälle) an. Bei mehr als jedem zweiten Pflegeheim (62,7%) sind „gemeinsame Gruppenveranstaltungen“

weggefallen. Bei 40,3% der Heime sind „Kreative Angebote“ entfallen. „Individuelle Angebote“ wie Seelsorge oder individuelle medizinische Versorgung sind bei 36,3% der Pflegeheime aufgehoben worden. Mehr als jedes dritte Pflegeheim (34,4%) hat das Angebot „Spaziergänge“ und 22,5% die „Entspannungsangebote“ (nahezu jedes vierte Pflegeheim) aufgehoben (siehe Tab. 2).

Schritt 3 Integration von Primärdaten und Dokumentenanalyse

Assoziation von Schutzmaßnahmen und Einschränkungen sozialer Angebote: Die logistischen Regressionsmodelle (GEE) in Tabelle 3 zeigen signifikante Zusammenhänge zwischen einzelnen Schutzmaßnahmen und sozialen Angeboten. Zwischen der Schutzmaßnahme „Verbot zusätzlicher Angebote“ und nahezu allen sozialen Angeboten können bedeutsame Zusammenhänge angegeben werden ($p < 0,001$). Die Assoziationsmaße (Odds Ratio) nehmen hierbei alle Werte über 1 an („Gruppenangebote“ OR=2,16, 95%-KI [1,66; 2,84]; „Spaziergänge“ OR = 4,14, 95%-KI

[3,10; 5,55]; „Kreative Angebote“ OR = 2,96, 95%-KI [2,32; 3,78]; „Entspannungsangebote“ OR = 3,28, 95%-KI [2,56; 4,21]; „Individuelle Angebote“ OR = 1,75, 95%-KI [1,23; 2,49]). So ist die Chance des Wegfalls mit Umsetzung dieser Schutzmaßnahme bei den „Spaziergängen“ um das Vierfache erhöht, bei den „Individuellen Angeboten“ (beispielsweise der Seelsorge) beträgt die Wegfallchance 75,7%. Das Risiko ist zweimal höher das „Gruppenveranstaltungen“ aufgehoben werden, wenn die Maßnahme „Reduzierung des Körperkontaktes“ zwischen allen Personen umgesetzt wird (OR = 2,37, 95%-KI [1,46, 3,85], $p < 0,001$). Die Chancenverhältnisse zur Aufhebung zwischen der Maßnahme „Kontaktminimierung zwischen dem Pflegepersonal und den Bewohner_innen“ und den sozialen Angeboten sind signifikant und ergeben positive Assoziationsmaße (OR > 1). Die soziale Aktivität der „Kreativen Angebote“ ist hierbei mit einer zweifachen Wegfallchance signifikant (OR = 2,03, 95%-KI [1,54; 2,69], $p < 0,001$). Eine 86 %-ige Chance des Wegfalls besteht bei den „Entspannungsangeboten“ (OR = 1,86, 95%-KI [1,26; 2,75], $p = 0,002$). Die „Besuchseinschränkungen“ zeigen nur mit den „Entspannungsangeboten“ signifikante Asso-

Tabelle 2. Überblick nach Bundesländern, Trägerschaft, Heimgröße, Anteil der umgesetzten Schutzmaßnahmen und entfallenen sozialen Angeboten (n = 1 260)

Bundesländer	Anteil (%)	Trägerschaft	Anteil (%)	Vgl. Pflegestatistik 2019 (%)	
Bayern	17,6	Öffentlicher Träger	8,3	4,5	
Bremen	0,9	Freigemeinnütziger Träger	50,2	52,7	
Baden-Württemberg	17,1	Privater Träger	40,7	42,7	
Brandenburg	3,7	Gesamt	99,3	99,9	
Berlin	4,4	Fehlende Angaben	0,7	0,1	
Hessen	6,5	Heimgröße			
Hamburg	2,2	Klein (1 – 50 Plätze)	28	47,4	
Mecklenburg Vorpommern	3,3	Mittel (51 – 100 Plätze)	48,9	36,9	
Nordrhein-Westfalen	21,8	Groß (101 < Plätze)	23,1	15,7	
Niedersachsen	11,2	Schutzmaßnahmen	Anzahl umgesetzt (%)	Soziale Angebote	Anzahl entfallen (%)
Rheinland-Pfalz	3,5	Aufnahmestopp (n = 1 001)	59,8	Gemeinsame Gruppenveranstaltungen (n = 1 004)	62,7
Schleswig-Holstein	4,5	Besuchsverbote (n = 1 045)	98,3		
Sachsen	4,2	Verbot zusätzlicher Angebote (n = 1 034)	64,8	Kreative Angebote (z. B. basteln, n = 1 005)	40,3
Sachsen-Anhalt	3,4	Reduzierung Körperkontakt (n = 1 042)	90,5	Entspannungsangebote (z. B. autogenes Training, n = 976)	22,5
Saarland	0,9	Isolation ^b (n = 1 023)	50,1	Individuelle Angebote (medizinisch, pflegerisch, seelsorgerisch, BVP ^c , n = 984)	36,3
Thüringen	2,8	Kontaktminimierung zwischen Pflegepersonal und Bewohner_innen (n = 1 053)	59,9	Spaziergänge (n = 1 017)	34,4
Gesamt	99,9	Individuelle Risikoabschätzung (n = 1 033)	72,4		
Fehlende Angaben	0,1				

Anmerkungen: ^b Isolation: Abgrenzung in drei Bereiche: Covid-19-Fälle, Verdachtsfälle und für Nicht-Fälle. ^c BVP = Behandlung im Voraus planen.

<https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000854> - Saturday, July 15, 2023 6:00:13 AM - IP Address:46.114.36.184

Tabelle 3. Multivariate Assoziationen von Schutzmaßnahmen mit den Sozialen Angeboten; Gemeinsame Gruppenveranstaltungen; Gemeinsame Gruppenveranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote und Individuelle Angebote

Parameter	Gemeinsame Gruppenveranstaltungen		Spaziergänge (z. B. Ausflüge)		Kreative Angebote (z. B. basteln, malen)		Entspannungsangebote (z. B. autogenes Training)		Individuelle Angebote (medizinisch, pflegerisch, seelsorgerisch, BVP)	
	aOR (95%-KI)	p	aOR (95%-KI)	p	aOR (95%-KI)	p	aOR (95%-KI)	p	aOR (95%-KI)	p
Heimgröße										
Klein (1 – 50 Plätze)	0,162 (0,072; 0,363)	< 0,001	1,308 (0,993; 1,725)	0,056	0,334 (0,232; 0,481)	< 0,001	0,343 (0,212; 0,555)	< 0,001	1,279 (0,950; 1,758)	0,105
Mittel (51 – 100 Plätze)	0,275 (0,141; 0,538)	< 0,001	0,996 (0,762; 1,303)	0,978	0,567 (0,425; 0,756)	< 0,001	0,600 (0,400; 0,901)	0,014	1,290 (0,947; 1,758)	0,107
Groß (> 101 Plätze)	– ^a	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Schutzmaßnahmen										
Aufnahmestopp	1,348 (1,072; 1,697)	0,011	1,461 (1,060; 2,014)	0,021	1,052 (0,769; 1,438)	0,752	0,960 (0,689; 1,337)	0,808	1,389 (1,139; 1,693)	< 0,001
Besuchsverbote-/Einschränkungen	0,529 (0,154; 1,1822)	0,313	0,649 (0,230; 1,832)	0,414	0,519 (0,174; 1,544)	0,238	0,049 (0,006; 0,420)	0,006	0,540 (0,257; 1,134)	0,104
Verbot zusätzlicher Angebote	2,167 (1,669; 2,841)	< 0,001	4,149 (3,101; 5,550)	< 0,001	2,965 (2,320; 3,789)	< 0,001	3,286 (2,561; 4,215)	< 0,001	1,757 (1,239; 2,493)	0,002
Reduzierung Körperkontakt (zwischen allen Personen)	2,378 (1,467; 3,855)	< 0,001	1,046 (0,608; 1,798)	0,872	1,220 (0,794; 1,873)	0,364	1,589 (0,979; 2,516)	0,061	1,510 (0,898; 2,540)	0,120
Isolation	1,190 (0,717; 0,976)	0,501	1,166 (0,815; 1,670)	0,401	0,930 (0,680; 1,271)	0,648	1,009 (0,631; 1,612)	0,971	1,520 (1,193; 1,937)	< 0,001
Kontaktminimierung (zwischen Pflegepersonal und Bewohner_innen)	1,953 (1,23; 3,087)	0,004	1,459 (1,040; 2,048)	0,029	2,039 (1,542; 2,695)	< 0,001	1,865 (1,260; 2,759)	0,002	1,235 (0,868; 1,758)	0,241
Individuelle Risikoabschätzung	1,621 (0,989; 2,659)	0,056	0,876 (0,605; 1,22)	0,480	1,117 (0,570; 2,188)	0,747	1,155 (0,646; 2,064)	0,627	1,265 (0,735; 2,179)	0,396

Anmerkungen: aOR = Adjustierte Odds Ratio aus binärlogistischen Verallgemeinerten Schätzgleichungen, die die geschachtelte Struktur von Heimleitungen in Bundesländern berücksichtigen. Die Referenzkategorie der Schutzmaßnahmen ist „nicht zutreffend“. Abhängige Variablen: Gemeinsame Veranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote und Individuelle Angebote. Modelle wurden zusätzlich adjustiert für Heimgröße und Bundesland. ^a Auf 0 gesetzt da dieser Parameter redundant ist.

ziationen ($p = 0,006$), allerdings mit einem OR unter 1 (OR = 0,04, 95%-KI [0,006; 0,42]). Die Maßnahme der „Isolation von Erkrankten“ weist eine statistische Signifikanz mit den „Individuellen Angeboten“ auf (OR = 1,5, 95%-KI [1,19; 1,93], $p < 0,001$). Die angezeigten Koeffizienten für die Heimgröße „klein“ und „mittel“ sind im Verhältnis zur Referenzkategorie „groß“ zu sehen. Kleine und mittelgroße Heime unterscheiden sich bei den Angeboten „Gemeinsame Gruppenveranstaltungen“ (beide Heimgrößen $p < 0,001$), „Kreative Angebote“ (beide Heimgrößen $p < 0,001$), und „Entspannungsangebote“ (klein $p < 0,001$; mittel $p = 0,014$) signifikant von großen Heimen.

Diskussion

Die vorliegende Teiluntersuchung des Projekts Covid-Heim zeigt erstmals für Deutschland auf, dass Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Heimbewohnerinnen eine Aufhebung sozialer Angebote bedingen und wie hoch eine Aufhebung mit Schutzmaßnahmen assoziiert werden können. Zudem wird ein Überblick über den Wegfall sozialer Angebote während der Pandemie in deutschen Pflegeheimen sowie eine zeitliche Übersicht der Umsetzung von Schutzmaßnahmen gegeben, die so noch nicht vorliegt. Die Dokumentenanalyse gesetzlicher Verordnungen zeigt, dass in Deutschland respektive in den Bundesländern sehr unterschiedliche Schutzmaßnahmen zu teilweise unterschiedlichen Zeitpunkten umgesetzt worden. Durch den Erlass von Allgemeinverfügungen und/oder Hygieneplänen wurden zudem zwischen einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich ausgelegte Maßnahmen umgesetzt, was zusätzliche Heterogenität zwischen den Pflegeeinrichtungen bedeutet, die in der vorliegenden Arbeit nicht abgebildet ist und die in zukünftiger Forschung zusätzlich beachtet werden sollte. Der BIVA-Pflegeschatzbund forderte daher einheitliche Regelungen, die der Intransparenz entgegenwirken (BIVA, 2021). Der Wegfall sozialer Angebote durch Schutzmaßnahmen wurde bisher nicht untersucht, allerdings können die Ergebnisse in Beziehung zu Studien aus Kanada (Chu et al., 2020), Italien (Trabucchi & Leo, 2020), den Niederlanden (Verbeek et al.,

2020) oder China (Sun & Lu, 2020), in denen über die Ausmaße der Isolation durch Besuchseinschränkungen und/oder den eingeschränkten/entfallenen Veranstaltungen während der ersten Pandemiewelle berichtet wird, gesetzt werden. Besonders hervorgehoben werden sollte die pandemische Krisensituation in Italien. Trabucchi und Leo (2020) berichten über die ausweglose Situation für alle Beteiligten, besonders aber für die Bewohner_innen. So sind gleichermaßen sowohl in Deutschland als auch in Italien schlagartig soziale Angebote aufgehoben und Isolationsmaßnahmen ergriffen worden. Ebenfalls stehen die Ergebnisse im Einklang mit der Arbeit von Hämel et al. (2020), die im Rahmen leitfadengestützter Interviews mit Heimleitungen und Fachkräften berichten, dass in Folge der Schutzmaßnahmen in der ersten Pandemiewelle soziale Angebote ausgesetzt und/oder stark reduziert werden mussten. Internationale Studien weisen ähnliche Befunde auf, sowohl die Aufhebung von Gruppenaktivitäten als auch die Umstrukturierung von Veranstaltungen in kleinere Gruppen (Forma, Aaltonen & Pulkki, 2020; Rostgaard, 2020). Mit Aufhebung und Umstrukturierung von Veranstaltungen wird zudem auf das Wohlbefinden der Bewohner_innen verwiesen, welches sich mit dem Wegfall von Routinen und sozialen Angeboten verschlechtern kann (Abbasi, 2020; Hemberg, Nyqvist, Ueland & Näsman, 2020, Van der Roest et al., 2020). Ein festes soziales Umfeld mit engen sozialen Verbindungen ist für das Wohlbefinden eines Menschen jedoch unumgänglich (Gallagher, 2012; Drageset, Eide, Kirkevold & Ranhoff, 2013; Neves, Sanders & Kokanović, 2019). Die Ergebnisse einer Umsetzung von „Besuchsverboten-/Einschränkungen“ sowie „Reduzierung des Körperkontaktes“ berichten beispielsweise auch Van der Roest et al. (2020) oder Forma et al. (2020). Dänische Pflegeheime wiesen bereits mit dem Erlass von Schutzmaßnahmen daraufhin, die Tagesstruktur weitgehend aufrechtzuerhalten, um den mentalen, physischen Zustand aktiv zu halten (Rostgaard, 2020). Sicherlich sind auch hier Einschränkungen im (sozialen) Lebensalltag der Heimbewohner_innen nicht zu vermeiden gewesen, allerdings wurde frühzeitig auf die Wichtigkeit der mentalen Gesundheit aufmerksam gemacht. So wurde in Dänemark aktiv erwähnt, dass mit Umsetzung von Schutzmaßnahmen mögliche mentale Konsequenzen von Bewohner_innen berücksichtigt werden sollen, um Folgen so früh wie möglich abzufedern. Der Appell, soziale Teilhabe in den Pflegeheimen auch während der Pandemie aufrechtzuerhalten, ist in all den genannten Veröffentlichungen sehr deutlich formuliert – auch ungeachtet der Gefahren, die eine mögliche Ansteckung bedeutet (BASGO, 2021). Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Schutzmaßnahme „Verbot von zusätzlichen Angeboten“ signifikant den Wegfall aller angegebenen Angebote bedingen kann, dies war vor allem für „Individuelle Angebote“ (u. a. Seelsorge) der Fall. Überraschend ist hingegen, dass „Besuchsverbote-/Einschränkungen“ keine Signifikanz zu sozialen Angeboten aufwiesen. Wir deuten dies als Alleinstellungsmerkmal der Besuche unabhängig von sozialen Angeboten. So befinden sich Bewohner_innen

und Besuchende meistens in einem privaten Raum, um die gemeinsame Zeit intensiv zu nutzen und weniger in einer größeren Gesellschaft. Strukturell zeigt sich, dass kleine und mittelgroße Heime eine geringere Wegfallchance sozialer Angebote (Gruppenangebote, Kreative Angebote und Entspannungsangebote) durch die Schutzmaßnahmenumsetzung zu haben scheinen. Dies könnte mit der höheren Fluktuationsrate der Pflegekräfte in großen Pflegeheimen zusammenhängen (TNS Infratest Sozialforschung, 2015). Das wechselnde Personal könnte eine geringere emotionale Verbundenheit zu den Bewohner_innen aufgebaut haben, sodass die sozialen Angebote aufgrund einer möglichen höheren Anonymität schneller aufgehoben werden könnten. Besonders die Maßnahme der „Körperkontaktminimierung“ weist mit allen sozialen Angeboten signifikante Zusammenhänge auf. Hierbei vermuten wir, dass nicht nur der kurzzeitige zwischenmenschliche Kontakt von Bedeutung ist, sondern vor allem „affektive Berührungen“. Berührungen finden bei allen Angeboten statt. Sie sind essenziell – Emotionsregulation, Entspannung, Stärkung des Wohlbefindens und der Immunabwehr sind positive Effekte (Cohen, Janicki-Deverts, Turner & Doyle, 2015; Helmbold, 2007). Der Entzug von Berührungen durch die Maßnahmen der „Kontaktreduzierungen“, „Verbote zusätzlicher Angebote“ oder „Besuchsverbote“ können nicht nur Verschlechterungen des Wohlbefindens hervorrufen, sondern lassen auch weiterhin Einbußen des Gesundheitszustandes erwarten – vor allem, wenn diese soziale Ausgeschlossenheit weitergeführt wird. Die Aufrechterhaltung des sozialen Lebens ist eine Notwendigkeit für die körperliche, emotionale und mentale Gesundheit sowie ein zufriedenes Leben (Hemberg et al., 2020). Ebenso weisen die Ergebnisse auf den zusätzlichen Mehraufwand für die Pflegekräfte. So mussten diese den Besuchsausfall von Angehörigen – diesen emotionalen Verlust – neben der Versorgung, kompensieren. Es könnte eine Entlastung schaffen, wenn Angehörige/Besuchende in Pflegeheime sowohl für „einfache Besuche“ als auch für die Organisation von sozialen Veranstaltungen kommen. Dies zeigt, dass soziale Teilhabestrukturen nicht für die Bewohner_innen wichtig sind, sondern auch für Pflegekräfte.

Stärken und Limitationen

Die Stärken der Studie liegen in der Synthese von Dokumentenanalyse und Surveydaten als Mixed-Methods-Design aus dem ein Schutzmaßnahmenmodell entwickelt wurde. Als Limitation der retrospektiven Befragung kann ein recall bias nicht ausgeschlossen werden, allerdings kann hervorgehoben werden, dass die abgefragten Fakten klar zu erinnern sind und sicher auch heimintern dokumentiert wurden, so dass die Heimleitungen dies validieren konnten. Die Ergebnisse beziehen sich auf den Zeitraum der ersten Welle und wir haben keine Daten von der Pandemie, daher sehen wir nur das Ausmaß der Einsamkeit, nicht, welcher Anteil auf die Pandemie zurückführbar

ist und welcher vorher bereits bestand. Dennoch zeigen die absoluten Zahlen der Isoliertheit während der Pandemie ein eindeutiges Bild von nicht tragbaren Teilhabebeeinträchtigungen, die so vor der Pandemie nicht vorgelegen haben (Trybusińska & Saracen, 2019). Die Rücklaufquote beträgt 11% und eine Repräsentativität der Ergebnisse kann somit nicht garantiert werden. Dennoch liegt diese Rücklaufquote im Rahmen vergleichbarer Studien (Wolf-Ostermann et al., 2020) und der Vergleich mit der Pflegestatistik lässt zumindest für die Merkmale Heimgröße, Trägerschaft und Bundesland eine Vergleichbarkeit mit der Grundgesamtheit vermuten. Zeit ist in der Pflege eine wesentliche Ressource, sodass eine fehlende Teilnahme möglicherweise auf die Länge (ca. 20 Minuten) sowie der Freiwilligkeit zurückgeführt werden können, dies mag auch durch die hohe Abbruchquote während des Ausfüllens belegt sein, die allerdings auch typisch für Online-Surveys ist.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen eine schnelle Umsetzung der Schutzmaßnahmen und die damit verbundenen sozialen Folgen für die Bewohner_innen. Das Spannungsfeld zwischen Gesundheitsschutz und Einschränkungen des sozialen Lebens in den Pflegeheimen konnte nicht im Sinne des Bewahrens der sozialen Eingebundenheit gelöst werden und führte damit ebenfalls zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Bewohner_innen, dessen Ausmaß heute noch nicht zu bemessen ist. Die Ergebnisse können von politischen Entscheidungsträgern zur Entwicklung künftiger Schutzmaßnahmen besonders mit Blick auf den möglichen Wegfall sozialer Angebote bei Umsetzung einer Schutzmaßnahme für Pflegeheime genutzt werden. Dabei gilt die Maxime, den Schutz vor Ansteckung so zu gestalten, dass soziales Leben unter anderem durch soziale Aktivitäten und Kontakte erhalten bleibt.

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000854>.

ESM1. Abbildungen zusammengefasst. Die Abbildungen zeigen die Umsetzungen der Bundesländer von weiteren Schutzmaßnahmen in einem Zeitstrahlmodell.

Literatur

Abbasi, J. (2020). Social Isolation-the Other COVID-19 Threat in Nursing Homes. *JAMA*, 324(7), 619–620.
 BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (2020). *Soziale Teilhabe in Pflegeheimen auch unter Corona Bedingungen sicherstellen*. Verfügbar unter https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2020/BAGSO-Stellungnahme_Soziale_Teilhabe_in_Pflegeheimen_sicherstellen.pdf. 09.05.2020. [18.05.2021].

BIVA – Pflegeschutzbund (2021). *Einheitliche Regelung für Pflegeheime muss Fehler der Bundesländer vermeiden* BIVA-Pflegeschutzbund. Verfügbar unter <https://www.biva.de/einheitliche-regelung-fuer-pflegeheime-muss-fehler-der-bundeslaender-vermeiden/> [14.05.2021].
 Ó Cathaoir, K., & Gundersby Rognlien, I. (2021). The Rights of Elders in Ireland during COVID-19. *European journal of health law*, 28(1), 81–101.
 Chu, C. H., Donato-Woodger, S. & Dainton, C. J. (2020). Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2456–2459.
 Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Turner, R. B. & Doyle, W. J. (2015). Does hugging provide stress-buffering social support? A study of susceptibility to upper respiratory infection and illness. *Psychological Science*, 26(2), 135–147.
 DGP – Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. (2020). *S1 Leitlinie – Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie – Langfassung – AWMF Register-nummer 184–001, Leitlinienreport*. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/184-001.html> [18.06.2021].
 Drageset, J., Eide, G.E., Kirkeveld, M. & Ranhoff, A. H. (2013). Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 106–114.
 Dullin, M. & Hartwig, S. (2021). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Covid-19 assoziierte Todesfälle von Heimbewohner:innen im Spiegel der Rechtsmedizin*. Verfügbar unter https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport4_23_06_2021.pdf [20.08.2021].
 Forma, L., Aaltonen, M. & Pulkki, J. (2020). *COVID-19 and clients of long-term care in Finland-impact and measures to control the virus*. Verfügbar unter <https://ltccovid.org/2020/06/14/new-report-covid-19-and-clients-of-long-term-care-in-finland-impact-and-measures-to-control-the-virus/> [14.06.2021].
 Gallagher, C. (2012). Connectedness in the Lives of Older People in Ireland: A Study of the Communal Participation of Older People in Two Geographic Localities. *Irish Journal of Sociology*, 20(1), 84–102.
 Hämel, K., Horn, A., Rolf, A., Graffmann-Weschke, K., Petereit-Haack, G., Ziech, P. & Seidler, A. (2020). *Ermöglichung sozialer Kontakte von Bewohner*innen in Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie*. Verfügbar unter https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hindergrundpapier_Heime_SozialeKontakte_201215_final.pdf [05.06.2021].
 Hemberg, J., Nyqvist, F., Ueland, V. & Näsman, M. (2020). Experiences of longing in daily life and associations to well-being among frail older adults receiving home care: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), 1857950.
 Helmbold, A. (2007). *Berühren in der Pflegesituation. Intentionen, Botschaften und Bedeutung* (1.Aufl.). Bern: Hans Huber.
 Hering, C., Gangnus, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E. S., Sander, C. S., Gellert, P. et al. (2021a). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Systemrelevant und stark Belastet: Zum Befinden des Pflegepersonals in der Corona-Pandemie*. Verfügbar unter https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport1_31_03_2021_neu.pdf [17.08.2021].
 Hering, C., Gangnus, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E. S., Sander, C. S., Gellert, P. et al. (2021b). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting*

- Pflegeheim. Zur Infektions- und Versorgungssituation in der Corona-Pandemie.* Verfügbar unter https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altenforschung/CovidHeim_ErgebnisReport2_22_04_2021.pdf [17.08.2021].
- Hering, C., Gangnus, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E. S., Sander, C. S., Gellert, P. et al. (2021c). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Isolation und Einsamkeit: Zur Umsetzung von Schutzmaßnahmen und Folgen für Heimbewohner:innen.* Verfügbar unter https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altenforschung/CovidHeim_ErgebnisReport3_9_06_2021_neu.pdf [17.08.2021].
- Kohl R., Jürchott K., Hering C., Gangnus A., Kuhlmeier A. & Schwinger A. (2021). COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2021* (S.4–18). Springer: Berlin, Heidelberg.
- Mayring, P. & Fenzel, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S.633–648, 2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Neves, B. B., Sanders, A. & Kokanović, R. (2019). "It's the worst bloody feeling in the world": Experiences of loneliness and social isolation among older people living in care homes. *Journal of Aging Studies*, 49, 74–84.
- Pflegestatistik. (2019). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.* Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschland-ergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile [14.05.2021].
- Rostgaard, T. (2020). *The COVID-19 Long-Term Care situation in Denmark.* Verfügbar unter <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Denmark-29-May-2020.pdf> [08.06.2021].
- Schweickert, B., Klingenberg, A., Haller, S., Richter, D., Schmidt, N., Abu Sin, M. et al. (2021). COVID-19-Ausbrüche in deutschen Alten- und Pflegeheimen. Verfügbar unter https://www.rki.de/SharedDocs/Publikationen/DE/2021/S/Schweickert_B.html [25.06.2021].
- Sun, Q. & Lu, N. (2020). Social Capital and Mental Health among Older Adults Living in Urban China in the Context of COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7947.
- TNS Infratest Sozialforschung. (2015). *Abschlussbericht – Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I).* Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf [08.06.2021].
- Trabucchi, M. & Leo, D. de (2020). Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry* 7(5), 387–388.
- Trybusińska, D. & Saracen, A. (2019). Loneliness in the Context of Quality of Life of Nursing Home Residents. *Open medicine (Warsaw, Poland)*, 14, 354–361.
- Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G. et al. (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1569–1570.
- Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A., Preuß, B., Heinze, F., Seibert, K., Friedrich, A. C. et al. (2020). Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen. *Pflege*, 33(5), 277–288.
- Verbeek, H., Gerritsen, D. L., Backhaus, R., de Boer, B. S., Koopmans, R. & Hamers, J. (2020). Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 900–904.

Historie

Manuskripteingang: 05.07.2021

Manuskript angenommen: 19.09.2021

Onlineveröffentlichung: 13.12.2021

Autorenschaft

Konzeption des Beitrages, Erfassung, Analyse und Interpretation der Daten: AG, CH, RK, CSS, AS, EST, AK, PG
Manuskripterstellung und kritische Überarbeitung wichtiger intellektueller Inhalte: AG, CH, RK, CSS, AS, EST, AK, PG
Genehmigung der letzten Version des Manuskriptes zur Publikation: AG, CH, RK, CSS, AS, EST, AK, PG
Übernahme der Verantwortung für alle Aspekte der Arbeit: AG, CH, RK, CSS, AS, EST, AK, PG

Danksagung

Wir möchten uns bei allen Heimleitungen herzlich für die Teilnahme am Fragebogen und den zusätzlichen wertvollen Informationen bedanken.

Förderung

Das Projekt Covid-Heim: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV - Spitzenverband) gefördert.



Annabell Gangnus M.A.

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Virchowweg 22
10117 Berlin
Deutschland
annabell.gangnus@charite.de

Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Strukturierung und Sammlung der sich verändernden Verordnungen.

Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Dass Pandemieschutz und soziale Partizipation in allen Pflegeheimen gleichermaßen gewährleistet werden können.

Was empfehlen Sie zum Weiterlesen/Vertiefen?

Leontowitsch, M., Oswald, F., Schall, A. & Pantel, J. (2021). Doing time in care homes: insights into the experiences of care home residents in Germany during the early phase of the COVID-19 pandemic. *Ageing & Society*, 1–19.

Druckexemplar der Publikation

Publikation 2:

Gangnus, A., Hering, C., Kohl, R., Henson, C. S., Schwinger, A., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeiy, A., & Gellert, P. (2022). Soziale Teilhabe in Pflegeheimen mit Covid-19-Schutzmaßnahmen in der zweiten Pandemiewelle? *Pflege*, 36(3), doi: 10.1024/1012-5302/a000898.

Originalarbeit



Soziale Teilhabe in Pflegeheimen mit Covid-19-Schutzmaßnahmen in der zweiten Pandemiewelle?

Linkage von Verordnungen und Befragung

Annabell Gangnus¹, Christian Hering¹ , Raphael Kohl¹, Clara-Sophia Henson¹ , Antje Schwinger², Elisabeth Steinhagen-Thiessen³, Adelheid Kuhlme¹, Paul Gellert¹¹Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland²Forschungsinstitut der kommunalen Krankenkassen (WIdO), Berlin, Deutschland³Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland

Zusammenfassung: *Hintergrund:* Die Umsetzung von Schutzmaßnahmen in Pflegeheimen während der Covid-19-Pandemie war mit dem Wegfall sozialer Teilhabeangebote in der ersten Covid-19-Welle verbunden, für die zweite Covid-Welle ist dies unzureichend untersucht. *Ziel:* Die Evaluation des Zusammenhangs von Schutzmaßnahmen und Einschränkungen der sozialen Teilhabe für die zweite Covid-19-Welle zur Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen. *Methode:* Mixed-Methods-Online-Survey von Pflegeheimleitungen ($n = 873$) in der zweiten Welle. Mithilfe binärlogistischer verallgemeinerter Schätzgleichungen wurde die Wahrscheinlichkeit für das Wegfallen sozialer Teilhabeangebote in den Pflegeheimen in Abhängigkeit gesetzlicher Schutzmaßnahmen evaluiert. Offene Antworten zur Aufrechterhaltung sozialer Teilhabe wurden inhaltsanalytisch untersucht ($n = 1042$). *Ergebnisse:* Mehr als jede zweite Pflegeheimleitung berichtet über untersagte Gruppenveranstaltungen (66,6%), mehr als jede dritte untersagte kreative Angebote (42,3%). Besuchseinschränkungen (85,2%) waren in der zweiten Welle weit verbreitet. Der Wegfall von Teilhabeangeboten und die angeordneten Schutzmaßnahmen waren eng assoziiert. Qualitative Daten zeigten, dass zum Beispiel das Anschaffen mobiler Einkaufsläden Maßnahmen waren, der sozialen Exklusion der Bewohnenden entgegenzuwirken. *Diskussion:* Der Zusammenhang zwischen dem Wegfall sozialer Teilhabeangebote und der Umsetzung von Schutzmaßnahmen war deutlich ausgeprägt. Die Pflegepraxis sollte die Umsetzung von sozialer Teilhabe ermöglichen und gleichzeitig einen bestmöglichen Infektionsschutz garantieren.

Schlüsselwörter: Soziale Teilhabe, Schutzmaßnahmen, zweite Covid-19-Welle, kreative Ideen

Social participation in nursing homes with Covid-19 protection measures in the second pandemic wave? Linkage of prescriptions and survey

Abstract: *Background:* The implementation of protective measures in nursing homes during the Covid-19 pandemic was accompanied with the loss of social participation opportunities in the first Covid-19 wave; this has been inadequately studied for the second Covid wave. *Aim:* To evaluate the association of protective measures and social participation restrictions for the second Covid-19 wave to develop recommendations for action. *Methods:* Mixed-methods online survey of nursing home managers ($n = 873$) in the second wave. Binary logistic generalized estimating equations were used to evaluate the likelihood of the elimination of social participation services in nursing homes as a function of legal protections. Open-ended responses about maintaining social participation were content analyzed ($n = 1042$). *Results:* More than one in two nursing home managers reported prohibited group events (66,6%), and more than one in three prohibited creative activities (42,3%). Visitation restrictions (85,2%) were common in the second wave. The loss of participation services and the protective measures were significantly associated. Qualitative data showed that, for example, the acquisition of mobile shopping stores were opportunities to counteract the social exclusion of the residents. *Discussion:* The association between the loss of social participation services with the implementation of protective measures was clearly pronounced. Nursing practitioners should focus on enabling social participation whilst guaranteeing protection against infection best possible.

Keywords: social participation, protection measures, second Covid-19 wave, creative ideas

Was ist zu dieser Thematik schon bekannt?

In der ersten Pandemiewelle wurden viele soziale Teilhabeangebote in Pflegeheimen eingestellt.

Welchen Erkenntniszugewinn leistet die Studie?

Das Risiko des Einstellens stieg in der zweiten Pandemiewelle. Dem wurde mit kreativen Lösungen begegnet. Pflegekonzepte brauchen krisenfeste, konzeptionell verankerte Teilhabeangebote.

Einleitung

Erste Studienergebnisse zeigen auf, dass in der primären Covid-19-Welle der Pandemie (März 2020–Juni 2020) Bewohner_innen von Pflegeheimen massive Einschränkungen ihrer sozialen Teilhabe hinnehmen mussten (Räker et al., 2021; Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. [BAGSO], 2020; Gangnus et al., 2021). So belegen Befragungsdaten von Pflegeheimleitungen des Covid-Heim-Projektes in Deutschland, dass die sozialen Teilhabemöglichkeiten während der ersten Infektionswelle in deutschen Pflegeheimen nahezu zum Erliegen kamen (Gangnus et al., 2021). Besuchseinschränkungen, Kontaktreduzierungen und Verbote von Gruppenveranstaltungen waren Maßnahmen zur Verringerung des Infektionsrisikos während der ersten Welle. Die Ergebnisse des Covid-Heim-Projektes belegen weiterhin, dass der Wegfall von sozialen Teilhabeangeboten deutlich höher war, wenn Schutzmaßnahmen umgesetzt wurden. So bedingte die Schutzmaßnahme „Verbot zusätzlicher Angebote“ signifikant den Wegfall aller in den Pflegeheimen regulär angebotenen sozialen Teilhabeangeboten (z. B. Spaziergänge).

Aktuell werden die Folgen dieser massiven Einschränkungen sozialer Teilhabeangebote weltweit berichtet – darunter am deutlichsten Einsamkeitsgefühle durch den Verlust von sozialen Kontakten und den Ausschluss von der „Außenwelt“ (Cathaoir & Rognlien, 2021; Van der Roest et al., 2020). Studien verweisen zudem auf den Zusammenhang von sozialer Isolation und einer erhöhten Sterberate in deutschen Pflegeheimen (Hämel et al., 2020). Neben Verboten und Beschränkungen in Deutschland haben andere europäische Länder, wie etwa Schweden, auf Offenhaltung der Pflegeheime gesetzt (Gerlinger et al., 2021). So verdeutlicht sich hier ein komplexes Spannungsfeld im Umgang mit der Pandemie zwischen Einschränkungen und Verboten auf der einen und dem Offenhalten auf der anderen Seite.

Während der zweiten Welle waren erste Impfkampagnen möglich. Ende Dezember 2020 liefen die Impfungen in den deutschen Pflegeheimen an (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2022). Dies war mit der Hoffnung reduzierter Einschränkungen in den Pflegeheimen verbunden. Allerdings zeigte sich für Deutschland und in der internationalen Literatur, dass die Schutzmaßnahmen weiterhin mit eingeschränkter sozialer Teilhabe für die Bewohner_innen in Zusammenhang standen (Paananen et al., 2021; Cathaoir & Rognlien, 2021; Bundesinteressen-

vertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e. V. [BIVA], 2021b).

Eine Voraussetzung zur Gestaltung von sozialen Teilhabeangeboten ist die Bereitstellung von Teilhabemöglichkeiten (Kuhlmann et al., 2016), darunter auch personale Ressourcen, was mit dem Fachkräftemangel in der Pflege eine besondere Herausforderung darstellte (Hering et al., 2022). So kennzeichnete sich die Situation auch für die Pflegeeinrichtungen als Balanceakt zwischen Gesundheitsschutz und Gestaltung von sozialer Teilhabe, indem versucht wurde eine „soziale Teilhabebalance“ durch kreative Ideen, z. B. Besucher_innenpavillons oder Lebensmittelläden herzustellen (Jezewski & Haairig, 2021; Weilguni, 2020). Kuhlmann et al. (2016) definieren soziale Teilhabe im Alter als ein „Eingebundensein in primäre Netzwerken wie Familien, Freundeskreis und soziale Aktivitäten in der Gesellschaft“ (S. 45). Aus diesem Verständnis heraus wird der Begriff soziale Teilhabe über soziale Netzwerke und Aktivitäten – im Rahmen der Pandemie übertragbar auf die Besuche und soziale Teilhabeangebote – sowie als Anspruch an eine angemessene Pflegeheimversorgung in der Studie definiert.

Ziel und Fragestellung

Nach den Erfahrungen der ersten Covid-19-Welle ist es das Ziel der Studie, die sozialen Teilhabemöglichkeiten auch während der zweiten Welle und den damit einhergehenden Impfmöglichkeiten für die Pflegeheimbewohnenden zu evaluieren. Die Ergebnisse sollen einen Beitrag zur Ausarbeitung von Eckpunkten für die Ermöglichung einer dauerhaften sozialen Teilhabe in den Pflegeheimen unter Pandemiebedingungen bzw. einem akutem Infektionsgeschehen liefern. Vor diesen Hintergründen lauten die zentralen Fragestellungen: Wie gestaltete sich die soziale Teilhabe während der zweiten Covid-19-Welle für die Pflegeheimbewohnenden? Und: Welche Möglichkeiten wurden geschaffen, um die soziale Teilhabe in Pflegeheimen wieder in Balance zu bringen?

Methode

Studiendesign

Die Analysen sind im Kooperationsprojekt *Covid-Heim* der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) entstanden. In diesem werden verschiedene Datengrundlagen kombiniert, um Lehren aus der Pandemie für strukturelle Entwicklungen im Pflegeheimbereich zu ziehen (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft [IMSR], 2022; Gangnus et al., 2021; Hering et al., 2021a, 2021b, 2021c; Dullin & Hartwig, 2021; Kohl et al., 2021). Für die vorliegende Studie wurden alle in Deutschland erlassenen pandemiebedingten Infektionsschutzverordnungen (Se-

kundärdatenanalyse) zu der Zeit der zweiten Covid-19-Welle und Primärdaten einer Querschnittserhebung (Primärdatenerhebung und -analyse) aus Pflegeheimleitungen befragungen deutschlandweit verwendet und in einem explorativen Mixed-Methods-Design durch die Fragestellungen eruiert.

Für die erste Fragestellung wurden aus den bundesweit erlassenen Infektionsschutzverordnungen zentrale Schutzmaßnahmen für die Pflegeheime mittels einer Dokumentenanalyse herausgearbeitet und in Kategorien gegliedert, welche für die Erstellung der Primärdatenerhebung verwendet wurden (siehe Kapitel Erhebungsinstrumente).

Die zweite Fragestellung wurde durch ein explorativ inhaltsanalytisches Design von offenen Antworten aus der Primärdatenerhebung evaluiert (siehe Abb. 1).

Stichprobe

Die deutschlandweit erlassenen Infektionsschutzverordnungen wurden aus den frei zugänglichen gesetzlichen Datenbanken der Bundesärztekammer, der Bundesrechtsanwaltskammer, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) oder der Bundesländerwebsites für jedes Bundes-



Abbildung 1. Studiendesign.

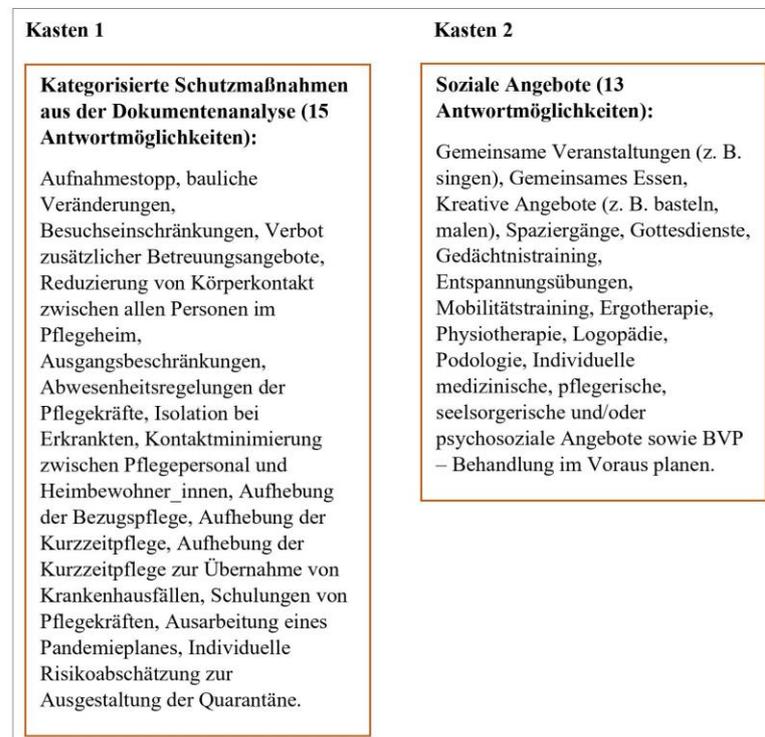


Abbildung 2. Antwortkategorien. Kasten 1 = Extrahierte, in die Primärdatenerhebung eingearbeitete Schutzmaßnahmen aus der Dokumentenanalyse (15 Antwortkategorien); Kasten 2 = Regulär angebotene Schutzmaßnahmen (13 Antwortkategorien).

land gesammelt. Insgesamt liegen $N = 502$ Infektionsschutzverordnungen für die zweite Covid-19-Welle vor.

Die Primärdatenerhebung wurde mittels einer anonymisierten Online-Umfrage von Pflegeheimleitungen in Deutschland über die Plattform Research Electronic Data Capture der Charité/BIH (REDCap) erhoben. Mit Adressinformationen des wissenschaftlichen Institutes der AOK (WiDO) aus dem Pflegenavigator wurden deutschlandweit alle Pflegeeinrichtungen, insgesamt 15380 Pflegeheime (Vollerhebung mit 12,8% Rücklauf), davon 11317 vollstationär, per E-Mail ($n = 10\,026$) oder Brief ($n = 1291$) zur Befragungsteilnahme innerhalb von vier Monaten (01.11.2020–28.02.2021) eingeladen. Nach zwei Wochen wurden Erinnerungs-E-Mails verschickt. Fragebogenabbrüche konnten nicht nachvollzogen werden.

Ethische Aspekte

Die Zustimmung der lokalen Ethikkommission liegt vor (Charité – Universitätsmedizin Berlin; EA1/254/20400146). Die Studie folgt der Deklaration von Helsinki 1975. Die Heimleitungen wurden über Inhalt, Studienziele und der Möglichkeit eines Studienabbruchs aufgeklärt. Digitale Einverständniserklärungen der Pflegeheimleitungen liegen vor.

Erhebungsinstrumente

Schutzmaßnahmen

Die in Abbildung 2 kategorisierten Schutzmaßnahmen wurden aus der Dokumentenanalyse extrahiert. Diese wurden als Items in die Befragung der Pflegeheimleitungen eingearbeitet, um die Umsetzungen von Schutzmaßnahmen in deutschen Pflegeheimen während der zweiten Covid-19-Welle zu beschreiben und mit nachfolgender Frage erhoben: „Wir würden Sie bitten in der Liste anzuklicken, welche Maßnahmen von Ihnen im Zeitraum vom 30.06.2020–28.02.2021 umgesetzt und/oder wieder aufgehoben werden konnten“. Es gab vier kategoriale Antwortmöglichkeiten: 1 = Maßnahme wurde umgesetzt, 2 = Maßnahme wurde zunächst umgesetzt und dann teilweise wieder aufgehoben, 3 = Maßnahme wurde umgesetzt und dann vollständig wieder aufgehoben, 0 = nicht zutreffend.

Soziale Angebote

Die regulär angebotenen sozialen Teilhabeangebote in Pflegeheimen wurden in einem Vier-Augen-Prinzip aus den Infektionsschutzverordnungen und mit Literatur wesentlicher Interessenvertretungen/Gesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft [DGP], 2020; BAGSO, 2020; BIVA, 2021a) operationalisiert (siehe Abbildung 2) und mit dem folgenden von den Autoren_innen entwickelten Item erfasst: „Beschreiben Sie bitte die Situation im Zeitraum vom 30.06.2020 – 28.02.2021 in Ihrer Einrichtung“. Folgende vier Antwortkategorien waren gegeben:

1 = Angebot ist nicht entfallen, 2 = Angebot ist entfallen, 3 = Angebot ist entfallen, konnte aber wieder bereitgestellt werden, 0 = nicht zutreffend.

Aus beiden Antwortskalen wurden Dummyvariablen gebildet. Schutzmaßnahmen: 0 = nicht zutreffend, 1 = umgesetzt; Soziale Teilhabeangebote: 0 = nicht entfallen, 1 = entfallen.

Heimgröße

Die Pflegeheimgröße wurde über die Anzahl der Heimwohnenden aus den Pflegeheimen operationalisiert und in Gruppengrößen eingeteilt: klein < 50 Bewohner_innen, mittelgroß 51–100 Bewohner_innen, große Heime > 101 Bewohner_innen.

Kreative Ideen

Die alternativen Ideen zum Erhalt sozialer Teilhabeangebote wurden durch offene Antwortmöglichkeiten erhoben. Den Pflegeheimleitungen sollte die Chance gegeben werden, frei zu antworten: „Gab es Möglichkeiten, die Sie als Einrichtungsleitung geschaffen haben, um unter den Schutzmaßnahmen soziale Kontakte und Aktivitäten für Pflegebedürftige aufrechtzuerhalten?“

Der vorerst finale Entwurf der Primärdatenerhebung wurde von zehn durch Gelegenheit ausgewählten Pflegeheimleitungen auf Plausibilität und Durchführungsmodalitäten über ein offenes Antwortformat gepretestet. Die Fragebogenlänge und Formulierungen sind daraufhin gekürzt und vereinfacht worden. Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurden die erlassenen Infektionsschutzverordnungen der ersten und zweiten Covid-Welle in einer Tabelle gesammelt und hinsichtlich ihres Inhaltes auf Pflegeeinrichtungen ausgearbeitet. Die regelmäßig erlassenen neuen Infektionsschutzverordnungen oder die Änderung bestehender sind durch die Forschenden erweitert worden.

Analysen

Statistische Analyse

Für die statistische Analyse wurden die Fragebögen ausgewertet, die bis einschließlich der Themenblöcke Umsetzung von Schutzmaßnahmen und Wegfall sozialer Teilhabeangebote ausgefüllt wurden ($n = 873$). Es wurde der Zusammenhang zwischen der Einstellung konkreter sozialer Teilhabeangebote in den Pflegeheimen im Zusammenhang mit den Schutzmaßnahmen analysiert. Es wurde ein multiples logistisches Regressionsmodell über verallgemeinerte Schätzgleichungen (Generalized Estimating Equations; GEE) spezifiziert (siehe Abb. 1). GEE erlaubt eine Adjustierung für die verschachtelte Kovarianzstruktur (= Exchangeable, Annahme gleicher Kovarianzen) der Pflegeheimleitungen/Pflegeheime in Bundesländern. Dabei wurde das Assoziationsmaß der dummykodierte Schutzmaßnahmen mit den sozialen Einschränkungen berechnet. Es wurde die Chance des Wegfallens der sozialen Teilhabeangebote mit Umsetzung der Schutzmaßnahmen

sowie der Heimgröße als Kovariate geschätzt (adjustierte Odds Ratio). Die abgeleiteten Kategorien (der Sekundärdatenanalyse) der Schutzmaßnahmen wurden als Prädiktoren spezifiziert. Bis auf die Pflegeheimstruktur und das Bundesland wurden neben der Umsetzung der Schutzmaßnahmen keine Prädiktoren angenommen.

Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 0,05$ festgelegt. Die Berechnungen wurden mit SPSSv26 durchgeführt.

Qualitative Inhaltsanalyse

Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse wurden die offenen Antworten der Heimleitungen analysiert ($n = 1\,208$). Aufgrund der hohen Anzahl an offenen Antworten und des regelgeleiteten Vorgehens wurde in Anlehnung nach der inhaltlich-zusammenfassenden Auswertungsmetho-

de nach Mayring und Fenzel (2019) vorgegangen. Hierbei wurden die offenen Antworten in Gruppen gesichtet. Zuerst wurden die einzelnen Inhalte der Antworten nach themenspezifischen Bereichen z.B. Besuchsmöglichkeiten, soziale Veranstaltungen – Teilhabe (z.B. Konzerte), Digitalisierung, Kooperationen (z.B. mit Schulen) und Arbeitsformen (z.B. Tandemarbeit) induktiv aus dem Datenmaterial paraphrasiert und geordnet. Anschließend wurden die Themenbereiche in drei Kategorien (Besuche ermöglichen, Externe Teilhabe ermöglichen, Interne Teilhabe ermöglichen) zusammengefasst und mit den jeweiligen Beispielen aus den vorher herausgearbeiteten Themenbereichen zusammengeführt (siehe Abb. 3). Die Analysen wurden regelmäßig im Team besprochen (Intercoderreliabilität).

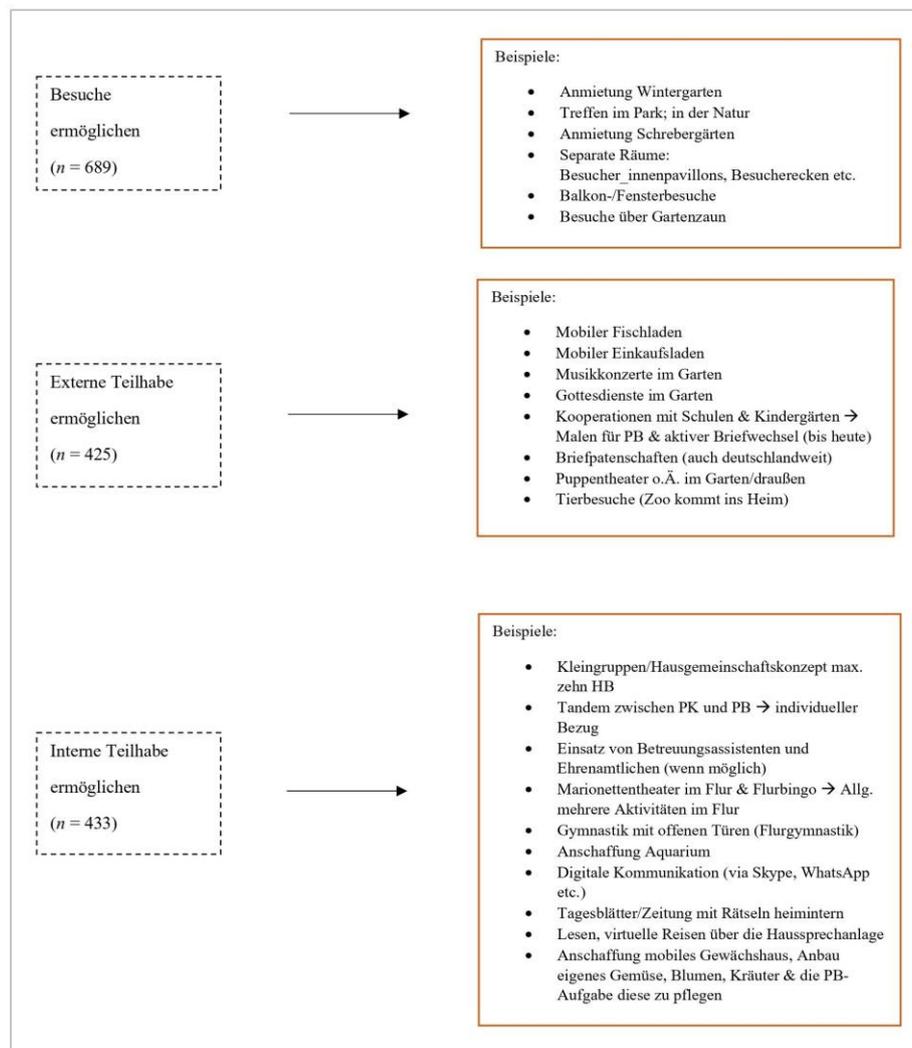


Abbildung 3. Überblicksmodell: Ideen zur Aufrechterhaltung der sozialen Teilhabe. PB = Pflegeheimbewohner_innen; PK = Pflegekräfte.

Ergebnisse

Erste Fragestellung – Primärdatenerhebung

Von $N = 11\,317$ versendeten Fragebögen wurden $n = 1\,973$ Fragebögen deutschlandweit ausgefüllt. Davon 886 vollständig (44,9%) und 1 087 unvollständig (55,1%). Die deskriptiven Ergebnisse zeigen, dass 20,5% der Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen und 18,1% in Bayern lagen. Jedes zweite Pflegeheim (51,3%) gehört einem freigemeinnützigen Träger, 39,7% einer privaten und 8,2% einer öffentlichen Trägerschaft an. Jedes zweite Pflegeheim (50,7%) ist ein mittelgroßes Heim. Für das inhaltsanalytische Design liegen $n = 1\,208$ offene Antworten von Pflegeheimleitungen vor.

Die Schutzmaßnahme „Individuelle Ausgestaltung der Quarantäne“, das heißt, die individuellen Bedarfe von Heimbewohnenden während einer Quarantäne zu berücksichtigen, ist die am häufigsten umgesetzte Schutzmaßnahme in der zweiten Welle (91,2%). „Besuchseinschränkungen“ (85,2%) und die „Reduzierung des Körperkontaktes zwischen allen Personen im Pflegeheim“ (81,9%) betrafen mehr als jedes zweite Heim. Bei 51,4% wurden zusätzliche Teilhabeangebote, wie z. B. individuelle Bewegungsangebote verboten. 45,4% der Heimleitungen berichten, einen Aufnahmestopp umgesetzt zu haben. „Gruppenveranstaltungen“ wurden bei mehr als jedem zweiten Heim untersagt (66,6%). Bei mehr als jedem dritten fielen „kreative Angebote“ (42,3%), bei jedem dritten „Spaziergänge“ (35,5%) und jedem vierten „Entspannungsangebote“ (27,5%) weg (siehe Tab. 1).

In Tabelle 2 können signifikante Zusammenhänge zwischen dem Wegfall sozialer Teilhabemöglichkeiten und der Umsetzung der am häufigsten umgesetzten Schutzmaßnahmen in der zweiten Covid-19-Welle eingesehen werden. Mit Umsetzung der Schutzmaßnahme „Verbote zusätzlicher Angebote“ war ein signifikant erhöhtes Risiko verbunden, dass auch die Standardangebote zur Förderung der sozialen Teilhabe eingestellt wurden. Am höchsten war dieses Risiko des Einstellens für Spaziergänge ($aOR = 5,94$), Entspannungsangebote ($aOR = 4,58$) und Gruppenveranstaltungen ($aOR = 2,78$). Die Einstellung von „Gruppenveranstaltungen“ war ebenfalls mit der Umsetzung der Schutzmaßnahme „Reduzierung des Körperkontaktes“ signifikant höher ($aOR = 1,55$).

Die Ausgestaltung von „individuellen Angeboten“ (z. B. Seelsorge) wiesen eine signifikant höhere Wegfallchance mit Umsetzung der Schutzmaßnahme „Kontaktminimierung zwischen Pflegepersonal und Bewohner_innen“ auf ($aOR = 2,00$). Die verordneten Besuchseinschränkungen wiesen ausschließlich mit dem Entfall von Entspannungsangeboten einen Zusammenhang auf ($aOR = 0,43$). Im Vergleich zu kleinen Pflegeheimen bestand bei großen Pflegeheimen ein signifikant erhöhtes Risiko, dass Entspannungsangebote ($aOR = 2,84$) und kreative Angebote ($aOR = 3,12$) eingestellt wurden.

Tabelle 1. Stichprobencharakteristika während der zweiten Covid-19-Welle ($n = 873$)

Bundesländer	Anteil (%)	
Bayern	18,1	
Bremen	0,8	
Baden-Württemberg	10,1	
Brandenburg	3,4	
Berlin	4,4	
Hessen	6,4	
Hamburg	2,3	
Mecklenburg-Vorpommern	3,0	
Nordrhein-Westfalen	20,5	
Niedersachsen	11,2	
Rheinland-Pfalz	3,9	
Schleswig-Holstein	5,4	
Sachsen	4,1	
Sachsen-Anhalt	2,7	
Saarland	0,7	
Thüringen	3,0	
Gesamt	100,0	
Trägerschaft	(Statistisches Bundesamt Destatis, 2020) ^a	
Öffentlicher Träger	8,2	4,5
Freigemeinnütziger Träger	51,3	52,7
Privater Träger	39,7	42,7
Gesamt	99,2	99,9
Fehlende Angaben	0,8	0,1
Heimgröße		
Klein (1–50 Plätze)	26,9	47,4
Mittel (51–100)	50,7	36,9
Groß (101 < Plätze)	22,3	15,7
Gesamt	99,9	100,0
Fehlende Angaben	0,1	
Schutzmaßnahmen	Anzahl umgesetzt (%)	
Aufnahmestopp ($n = 396$)	45,4	
Besuchseinschränkungen ($n = 744$)	85,2	
Verbot zusätzlicher Angebote ($n = 449$)	51,4	
Reduzierung Körperkontakt (zwischen allen Personen, $n = 715$)	81,9	
Isolation ^b ($n = 555$)	63,9	
Kontaktminimierung (zwischen Pflegepersonal und Bewohner_innen, $n = 563$)	64,5	
Individuelle Risikoabschätzung zur Ausgestaltung der Quarantäne ($n = 796$)	91,2	
Soziale Angebote	Anzahl entfallen (%)	
Gemeinsame Gruppenveranstaltungen (z. B. Filmabende, $n = 581$)	66,6	
Kreative Angebote (z. B. basteln, malen, $n = 873$)	42,3	
Entspannungsangebote (z. B. autogenes Training, $n = 623$)	27,5	
Individuelle Angebote (z. B. medizinisch, pflegerisch, seelsorgerisch, BVP ^c , $n = 703$)	30,6	
Spaziergänge (z. B. Ausflüge, $n = 883$)	35,5	

Anmerkungen: ^aDie Pflegestatistik dient hier nur als Einordnungsüberblick der Ergebnisse. ^bIsolation: Abgrenzung in drei Bereiche: Covid-19-Fälle, Verdachtsfälle und Nicht-Fälle. ^cBVP: Behandlung im Voraus planen.

Zweite Fragestellung – Inhaltsanalytische Ergebnisse

Bei der inhaltsanalytischen Auswertung der alternativen Ideen zur Aufrechterhaltung der sozialen Teilhabe liegen von $N = 11317$ versendeten Fragebögen $n = 1208$ offene Antworten deutschlandweit vor. Es ließen sich drei Oberkategorien beschreiben: „Ermöglichung von Besuchen“ sowie „Externe Teilhabe ermöglichen“ und „Interne Teilhabe ermöglichen“ (siehe Abb. 3). Unter der Kategorie „Ermöglichung von Besuchen“ wurden z. B. Balkon- und Fensterbesuche ($n = 460$) oder das Errichten von Begegnungsorten wie Pavillons am häufigsten beschrieben:

„Schaffung von Besucherzonen im Freien außerhalb der Einrichtung, sodass Kontaktmöglichkeiten mit Freunden unter Einhaltung der AHA-Regelungen nach Terminvereinbarung möglich waren und wir damit die Wohnbereiche und die Besucherräume etwas entlasten konnten“ (Nr. 1308).

$N = 5$ Heimleitungen berichteten über die kreative Idee der Anmietung externer Gebäude wie Wintergärten oder Schrebergärten, um den Aufenthalt der Bewohnenden und ihrer Angehörigen in der Natur zu ermöglichen (siehe Abb. 3):

„[...] Anmietung eines Wintergartens eines Cafés im Ort, der explizit für unsere Bewohner zur Verfügung gestellt wurde [...]“ (Nr. 851).

Externe Teilhabemöglichkeiten wurden häufig durch Kooperationen mit Schulen und Kindergärten durch Briefpatenschaften ($n = 166$) und der Gartennutzung (Konzerte, Gottesdienste; $n = 234$) aufrechterhalten. Auch die Idee mobiler Lebensmitteläden wurde genannt ($n = 7$):

„Einrichtung des Besucherzimmers, im Sommer ein Zelt im Garten für Begegnungen, kleine Events wie mobile Eistruhe von einem ortsansässigen Eiscafé und mobiler Einkaufsladen. Zirkus, Konzerte im Garten“ (Nr. 112);

„[...] kleine Feste, mobiler Lebensmittelladen“ (Nr. 354);

„Wir haben alle möglichen Angebote zur Beschäftigung nach außen in den Garten verlegt“ (Nr. 75).

Im Rahmen interner Teilhabemöglichkeiten wurde z. B. über die Nutzung einer Haussprechanlage zum Geschichten vorlesen, Gottesdienste mithören oder Hörbücher abspielen berichtet ($n = 5$; siehe Abb. 3):

„Gottesdienste über die Haussprechanlage, Betreuungspersonal aus geschlossenen Tagespflegen wurden für kleinteilige Kommunikations-, und Beschäftigungsangebote beim Bewohner zusätzlich eingesetzt“ (Nr. 433);

„Gymnastik bei offenen Zimmertüren. Vorlesen über Lautsprecheranlage“ (Nr. 1030).

Tandemgründungen zwischen Pflegekräften und Bewohner_innen, – wenn möglich – der Einsatz von Betreuungsassistent_innen, oder die Einteilung in kleine Bewohner_innengruppen ($n = 194$) waren eine Möglichkeit interner Gruppenangebote fortzuführen (Abb. 3):

Tabelle 2. Multivariate Assoziationen von Schutzmaßnahmen mit den sozialen Angeboten: Gemeinsame Gruppenveranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote und Individuelle Angebote während der zweiten Covid-19-Welle ($n = 873$)

Variable	Gemeinsame Gruppenveranstaltungen (z. B. Filmabende)	Spaziergänge (z. B. Ausflüge)	Kreative Angebote (z. B. basteln, malen)	Entspannungsangebote (z. B. autogenes Training)	Individuelle Angebote (z. B. medizinisch, pflegerisch, seelensorgerisch, BVP)
	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)	aOR (95% KI)
Heimgröße					
Klein (1 – 50 Plätze) ^a			*		
Mittel (51 – 100 Plätze)	1,93 (1,37; 2,71)***	0,70 (0,50; 0,97)*	1,88 (1,32; 2,67)***	1,62 (1,1; 2,33)**	1,21 (0,92; 1,59)
Groß (101 < Plätze)	4,1 (2,54; 6,89)***	0,65 (0,45; 1,06)	3,12 (2,08; 4,68)***	2,84 (1,63; 4,95)***	1,36 (0,85; 2,17)
Schutzmaßnahmen					
Aufnahmestopp	1,7 (1,26; 2,50)***	1,73 (1,32; 2,26)***	1,44 (1,07; 1,94)**	2,07 (1,41; 3,03)**	2,02 (1,44; 2,83)***
Besuchsverbote/ Einschränkungen	1,5 (0,96; 2,14)	1,05 (0,63; 1,77)	0,94 (0,51; 1,73)	0,43 (0,25; 0,75)**	1,14 (0,62; 2,10)
Verbot zusätzlicher Angebote	2,78 (1,94; 3,99)***	5,94 (4,14; 8,53)***	3,80 (2,78; 5,22)***	4,58 (3,39; 6,18)***	2,91 (2,22; 3,91)***
Reduzierung Körperkontakt (zwischen allen Personen)	1,55 (1,19; 2,02)**	0,88 (0,58; 1,32)	1,63 (0,91; 2,91)	2,20 (1,14; 4,24)**	1,05 (0,62; 1,77)
Isolation	1,25 (0,93; 1,68)	1,09 (0,74; 1,60)	1,84 (1,38; 2,46)***	1,34 (0,93; 1,94)	1,10 (0,70; 1,73)
Kontaktminimierung (zwischen Pflegepersonal und Bewohner_innen)	1,56 (1,07; 2,27)***	1,89 (1,32; 2,70)***	1,64 (1,02; 2,63)*	1,26 (0,91; 1,74)	2,00 (1,21; 3,30)**
Individuelle Risikobewertung zur Ausgestaltung der Quarantäne	0,68 (0,40; 1,15)	0,88 (0,53; 1,46)	0,91 (0,49; 1,64)	0,73 (0,39; 1,37)	1,40 (0,64; 3,04)

Anmerkungen: aOR = Adjustierte Odds Ratio aus binärlogistischen Verallgemeinerten Schätzgleichungen, die die geschachtelte Struktur von Heimleitungen in Bundesländern berücksichtigen. BVP = Behandlung im Voraus planen. Die Referenzkategorie der Schutzmaßnahmen ist „nicht zutreffend“. Abhängige Variablen: Gemeinsame Veranstaltungen, Spaziergänge, Kreative Angebote, Entspannungsangebote und Individuelle Angebote. Modelle wurden zusätzlich adjustiert für Heimgröße und Bundesland. ^aReferenzkategorie. p = Signifikanzniveau, zweiseitig * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.

„kleine Gruppen im gleichbleibenden Personenkreis, gleichbleibende Pflege- und Betreuungsteams“ (Nr. 1239); „neue Betreuungsformate: kleine Musikworkshops statt Chor, Anschaffung eines Aquariums, Einbindung weiterer Mitarbeiter_innen in die Betreuung, um den Wegfall Ehrenamtlicher zu kompensieren“ (Nr. 1634).

Eine Pflegeheimleitung beschrieb die Anschaffung eines mobilen Gewächshauses, in welchem Gemüse der Bewohner_innen gepflanzt und gepflegt werden konnte (siehe Abb. 3):

„Anschaffen eines Gewächshauses, eigenes Gemüse im Gewächshaus gepflanzt, gepflegt, zubereitet, an andere Bewohner verteilt“ (Nr. 394).

Diskussion

Die Studie ging den Fragen nach, wie sich die soziale Teilhabe für die Heimbewohnenden während der zweiten Covid-19-Welle gestaltete und welche Möglichkeiten geschaffen wurden, um soziale Teilhabe in Pflegeheimen trotz Einschränkungen durch Schutzmaßnahmen zu erhalten.

Wesentliche Ergebnisse zeigen, dass deutlich mehr als die Hälfte der Pflegeheimleitungenangaben, Besuchseinschränkungen (85,2%), z. B. das Tragen von FFP-2-Masken, das Aufstellen von Plexiglasscheiben oder die kurzweiligen Besuchszeitfenster (BIVA, 2021a, 2021b) und die Schutzmaßnahme der Körperkontaktreduzierungen (81,2%) zu der Zeit der zweiten Covid-Welle umgesetzt zu haben. Zudem wurden mehr als die Hälfte der Gruppenveranstaltungen (66,6%), z. B. Spieleabende und bei nahezu jedem zweiten Pflegeheim individuelle Teilhabeangebote, z. B. Bewegungsangebote oder Seelsorge eingestellt. Ferner zeigen zentrale Ergebnisse, dass die Schutzmaßnahme „Verbot von zusätzlichen Angeboten“ signifikant den Wegfall aller angegebenen sozialen Teilhabeangebote bedingen kann. Am höchsten war dieses Risiko des Einstellens für die Teilhabeangebote wie Spaziergänge, Entspannungsangebote und Gruppenveranstaltungen.

Hinsichtlich dieser Ergebnisse und vor dem Hintergrund der Definition von Kuhlmann et al. (2016) lässt sich diskutieren, ob das Eingebundensein im Alter in Familie, Freundeskreis und soziale Aktivitäten mit Umsetzung der Schutzmaßnahmen generell in den Pflegeheimen verunmöglicht wurde. Aus einer retrospektiven Sicht auf die erste Covid-19-Welle können während der zweiten Covid-19-Welle deutlich höhere Zusammenhänge berichtet werden. So war die Wegfallchance von Spaziergängen in der ersten Welle um das Vierfache erhöht (Gangnus et al., 2021), in der zweiten Welle betrug die Wegfallchance um das Sechsfache. Auch bei den Kreativ- und den Entspannungsangeboten sind deutliche Anstiege zu beobachten (Gangnus et al., 2021). Ein Grund können die Rahmenbedingungen während der Pandemie gewesen sein. So heißt es in einer Stellungnahme der BAGSO, (2020), dass Rahmenbedingungen wie personelle Unterstützung, die Umsetzbarkeit der Schutzmaßnahmen und Kommunikations-

strukturen wichtige Faktoren zur Aufrechterhaltung sozialer Teilhabe sein können. In der ersten Welle war vor allem das Überraschungsmoment des Virus zugegen. Im Rahmen der zweiten Welle kamen neue Schutzmaßnahmen und damit neue Anforderungen auf die Pflegeheime zu (z. B. das Erstellen eines Testkonzeptes), sodass die Erfahrungen aus der ersten Welle ggf. nicht vollständig übertragbar waren und zu den hohen Wegfällen in der zweiten Welle geführt haben können. Parallele soziale Teilhabe-einschränkungen werden für amerikanische Pflegeheime während der zweiten Welle trotz Lockerungen, Modifikationen von Schutzmaßnahmen sowie den zusätzlichen Möglichkeiten des Gesundheitsschutzes durch Testungen und Impfungen weltweit berichtet (Barthel & Grablick, 2021; BMG, 2022).

Im Scoping Review von Bethell et al. (2021) wird aufgezeigt, dass soziale Teilhabeangebote, die z. B. mit Bewegung oder Gartenarbeit einhergehen (Yuh-Min & Jeng-Yi, 2015; Barthalos et al., 2016), die psychische Gesundheit von Heimbewohnenden unterstützen können, was auf die Wichtigkeit von Aktivitäten für Heimbewohner_innen hinweist.

Indes berichten Backhaus et al. (2021), dass rund zwei Drittel (66%) der niederländischen Heimleitungen angegeben haben, dass die meisten Bewohner_innen wieder regelmäßig an sozialen Aktivitäten während der zweiten Covid-Welle teilnehmen konnten. Dies könnte z. B. darauf zurückzuführen sein, dass manche niederländischen Pflegeheime (26%) den Heimbewohnenden und ihren Angehörigen eine gewisse Entscheidungsfreiheit übertragen haben und Besuche trotz einer Covid-Infektion der Bewohnenden möglich waren. Zudem wurden keine Besuchsverbote als Schutzmaßnahme in Betracht gezogen (94%), sodass bei 52% der Heimbewohnenden, die an Covid-19 litten, dennoch Besuche stattgefunden haben (Backhaus et al., 2021). Anders in Deutschland, wo von „Besuchsverboten durch die Hintertür“ u. a. aufgrund fehlender Tests gesprochen wurde (BIVA, 2020). Weiterhin können die unterschiedlichen Pflegesysteme eine Rolle gespielt haben. Die niederländischen Pflegeteams sind multidisziplinär aufgestellt und bestehen aus einer nahezu festen Gruppe von Expert_innen, z. B. Physiotherapeut_innen, Ergotherapeut_innen, Psycholog_innen, Seelsorger_innen, Beschäftigungstherapeut_innen, sodass die verschiedenen Professionen die Heimbewohnenden aktiv während der Pandemie unterstützen und ggf. hinsichtlich ihrer sozialen, aber auch versorgungsindividuellen Bedürfnisse weitestgehend betreuen konnten (Fuhrmann & Rupprecht, 2015). Gewiss sind dies nur Vermutungen, so halten Backhaus et al. (2021) auch fest, dass, verglichen mit der Lage vor der Pandemie, deutlich weniger Freiwillige in den Pflegeheimen tätig sind, Bewohner_innen seltener Besuch bekommen und die Besuche strengen Reglementierungen unterliegen.

Zur Herstellung einer „sozialen Balance“ waren Bemühungen zur Aufrechterhaltung der sozialen Teilhabe von den Pflegeeinrichtungen gegeben. Besucherpavillons, Briefpatenschaften, mobile Lebensmittelläden (z. B. mobile Eistruhe) und der digitale Austausch via Skype (o. Ä.) zwischen Bewohner_innen und Angehörigen waren we-

sentliche Möglichkeiten die Teilhabebedingungen fortzusetzen. Auch Frahsa et al. (2020) beschreiben die Bedeutung kreativer Lösungsansätze von Pflegekräften, insbesondere im Rahmen des Mobilitätserhalts für die Pflegeheimbewohnenden. Indes halten sie fest, dass zwar die Möglichkeit gegeben war externe soziale Interaktionen z. B. durch Besucher_innenpavillons zu erhöhen, interne Interaktionen allerdings weiter durch Vorschriften über Abstandsmaßnahmen und Kontaktgrenzen deutlich eingeschränkt waren (Frahsa et al., 2020).

Die Frage, ob ein „primäres Eingebundensein in sozialen Netzwerken und Aktivitäten“ (Kuhlmann et al., 2016, S. 45) und das eingangs beschriebene Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit Weigluni, 2020) durch eine Offenhaltung, wie z. B. in Schweden, oder mit den kreativen Ideen (aufgrund von Verboten und Schließungen), wie z. B. in Deutschland, hätte besser ermöglicht und aufgelöst werden können, ist weiter zu diskutieren. Deutlich ist jedoch, dass in beiden Ländern hohe Sterberaten im Zuge der zweiten Covid-19-Welle vorhanden waren (Gerlinger et al., 2021; Socialstyrelsen, 2020).

Die Forschenden sind sich jedoch einig, dass die personellen Ressourcen in der Pflege zur Stärkung von sozialen Teilhabemöglichkeiten für die Heimbewohner_innen einen essenziellen Faktor darstellen. Allerdings liegt die Pflegefachkraftquote unter 50 % im stationären Setting (Rothgang & Müller, 2021). Bis zum Jahr 2030 wird ein Mehrbedarf von knapp 182 000 Arbeitskräften in der Pflege durch den demografischen Wandel benötigt (Rothgang & Müller, 2021). Die Zahlen zeigen, dass dringend höhere Ausbildungszahlen in der Pflege erreicht werden müssen.

Ferner kann aufgeführt werden, dass die Heimgröße mit dem Wegfall von Teilhabeangeboten – insbesondere bei Gruppen-, Entspannungs- und kreativen Teilhabeangeboten – assoziiert war. Dies kann ein Indikator für den Schwierigkeitsgrad darstellen, schnelle organisationsbedingte Umstrukturierungen in den Heimen vorzunehmen. Im Vergleich zu kleinen Pflegeheimen bestand bei großen Pflegeheimen ein signifikant erhöhtes Risiko, dass Entspannungsangebote und kreative Angebote eingestellt wurden. So scheinen große Pflegeheime Schwierigkeiten bei einer schnellen Umstrukturierung zu haben, wobei dies zukünftig untersucht werden sollte. Anderson et al. (2020) zeigen in ihrer Studie, dass architektonische Gestaltungsmodelle die Infektionskontrolle insofern unterstützen könnten, als dass die soziale Teilhabe und damit auch das Wohlbefinden der Bewohner_innen aktiv aufrechterhalten werden könnten. Mit Blick auf die Besuche von Angehörigen und Freund_innen scheint das Schaffen architektonischer und hygienisch sicherer Begegnungsorte eine geeignete Maßnahme zur Ermöglichung von Besuchen unter Pandemiebedingungen.

Stärken und Limitationen

Durch konsensuelle Gruppenvalidierungen und der kongruenten Antworten der Pflegeheimleitungen ist von einer

Intersubjektivität der offenen Antworten auszugehen. Eine Selbstselektion der Heimleitungen könnte zum mehrheitlich kreativen Antwortspektrum beigetragen haben, dabei sind Verzerrungen durch sozial erwünschtes Antwortverhalten nicht auszuschließen. Weiterhin wurde das Material als Ganzes gesichtet, sodass keine fallspezifischen Aussagen getroffen werden können, was bedeuten könnte, dass die Befunde nicht ohne Weiteres auf andere Settings der Pflege übertragbar sind. Aufgrund der hohen Datenmenge kann eine völlige empirische Sättigung nicht vollständig als gewährleistet angesehen werden, allerdings werden Verdichtungen im Zuge weiterer Analysen vorgenommen. Aufgrund der aktuellen, zu dem Zeitpunkt der zweiten Covid-19-Welle erhobenen Befragung, kann ein Erinnerungsbias der Pflegeheimleitungen weitgehend ausgeschlossen werden. Zwar sind die strukturellen Merkmale (Bundesland, Heimgröße und Trägerschaft) unserer Stichprobe ähnlich mit denen der Grundgesamtheit aus der Pflegestatistik 2019 des Statistischen Bundesamtes Destatis (2020), dennoch kann eine Selbst-Selektion mit entsprechendem Bias nicht vollständig ausgeschlossen werden. Eine Nichtteilnahme könnte mit der Länge (ca. 20 Minuten) begründet werden. Die Erhebungsinstrumente der Primärdatenerhebung wurden von den Forschenden selbst entwickelt; die Validität der verwendeten Instrumente, verglichen mit einem Goldstandard, konnte nicht geprüft werden. Durch vorherige Pretestungen wurden die Instrumente allerdings auf Plausibilität von Pflegeexperten überprüft. Zwar ist die geringe Rücklaufquote von 11 % vergleichbar mit anderen Onlinesurveys, z. B. von Wolf-Ostermann et al. (2020), allerdings ist die Möglichkeit zur Verallgemeinerbarkeit dadurch begrenzt und gibt nur Hinweise, die weiterer Forschung bedürfen. Während der zweiten Pandemiewelle war es den Pflegeheimleitungen eher möglich, Modifikationen der Schutzmaßnahmen vorzunehmen, wenn die Inzidenz im jeweiligen Bundesland, oder die Infektionslage im Pflegeheim niedrig bzw. unter Kontrolle war – diese Anpassungsmöglichkeiten waren vielfach Teil der Verordnungen. Durch diese Möglichkeit der Anpassung von Schutzmaßnahmen können Abweichungen und Variationen hinsichtlich der von uns erfassten Schutzmaßnahmen und der tatsächlich umgesetzten in der zweiten Welle der Pandemie möglich sein. Die gute Praxis der Dokumentenanalyse wurde durch „Gegenkontrollen“ (Vier-Augen-Prinzip) und einer abschließenden Nachkontrolle versucht zu gewährleisten. Die Ergebnisse geben keine Auskunft über die Situation der sozialen Teilhabe in Pflegeheimen vor der Pandemie. Es ist jedoch bekannt, dass auch vor der Pandemie die sozialen Teilhabebedingungen nicht immer adäquat waren (Cohen-Mansfield et al., 2015). Es ist notwendig zu beachten, dass sich die Ergebnisse auf den untersuchten Zeitraum der zweiten Welle beziehen. Weitere Erhebungen sind erforderlich, um eine Verdichtung auch für die dritte und vierte Welle zu erhalten.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Studie liefern den ersten quantitativen Nachweis darüber, wie sich die zweite Covid-19-Welle mit der Umsetzung der verordneten Schutzmaßnahmen auf die sozialen Teilhabemöglichkeiten der Bewohner_innen von Pflegeheimen in Deutschland auswirkte und welche Alternativen entwickelt wurden, um eine „soziale Balance“ weitestgehend herzustellen.

Die dringlichen Handlungsbedarfe von Förderung und Stärkung der sozialen Teilhabe in Pflegeheimen sind wie in einem Brennglas deutlicher als vorher zutage getreten, denn obwohl das Spannungsfeld zwischen Offenhaltung und Schließung von Pflegeheimen nicht aufgelöst werden konnte, scheint eines sicher: die soziale Teilhabe konnte sich nicht im Sinne des „primären Eingebundenseins“ (Kuhlmann et al., 2016) trotz der Bemühungen entfalten.

Das Thema der sozialen Teilhabe sollte vor dem Hintergrund des Infektionsschutzes diskutiert werden. Fokussiert werden müssen hierbei verschiedene Faktoren – die Heimgröße, die architektonische Gestaltung, neue Hygienestandards, die hier berichteten Alternativen, kreativen Ideen und die Stärkung personeller Ressourcen, um infektionssichere soziale Teilhabeangebote und Begegnungsorte zu schaffen. Dazu würden neue Pflegekonzepte benötigt, die eine aktive Förderung von sozialen Teilhabemöglichkeiten in die Heimversorgung integrieren und gesetzlich verankern (um z. B. in der Heimverordnung bestimmte räumliche Standards festzuhalten), dazu gehören Leitbilder genauso wie Stellenausschreibungen, sodass im Falle einer erneuten „Notlage“ ein guter Mittelweg zwischen Offenhaltung und Schließung eingeschlagen werden könnte.

Literatur

- Anderson, D. C., Grey, T., Kennelly, S., & O'Neill, D. (2020). Nursing home design and COVID-19: balancing infection control, quality of life, and resilience. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1519 – 1524.
- Backhaus, R., Verbeek, H., de Boer, B., Urlings, J. H., Gerritsen, D. L., Koopmans, R. T., & Hamers, J. P. (2021). From wave to wave: a Dutch national study on the long-term impact of COVID-19 on well-being and family visitation in nursing homes. *BMC geriatrics*, 21(1), 1 – 7.
- Barthalos, I., Dorgo, S., Kopkane Plachy, J., Szakály, Z., Ihász, F., Raczne Nemeth, T., & Bognár, J. (2016). Randomized controlled resistance training based physical activity trial for central European nursing home residing older adults. *The Journal of sports medicine and physical fitness*, 1249 – 1257.
- Barthel, M., & Grablick, C. (2021). *Despite Lockdown Efforts, COVID-19 Cases Are Surging Again At Local Nursing Homes*. <https://wamu.org/story/20/12/22/nursing-home-coronavirus-second-wave-dc-md-va/>
- Bethell, J., Aelick, K., Babineau, J., Bretzlaff, M., Edwards, C., Gibson, J. L., Hewitt Colborne, D., Jaboni, A., Lender, D., Schon, D., & McGilton, K. S. (2021). Social Connection in Long-Term Care Homes: A Scoping Review of Published Research on the Mental Health Impacts and Potential Strategies During COVID-19. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(2), 228 – 237.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (2020). *Soziale Teilhabe in Pflegeheimen auch unter Corona Bedingungen sicherstellen*. https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2020/BAGSO-Stellungnahme_Soziale_Teilhabe_in_Pflegeheimen_sicherstellen.pdf.
- Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen. (2020). Keine Besuchsverbote durch die Hintertür Pflegeheime: Zutritt nur mit negativem Testergebnis. <https://www.biva.de/presse/keine-besuchsverbote-durch-die-hintertuer/>
- Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen. (2021a). *Einheitliche Regelung für Pflegeheime muss Fehler der Bundesländer vermeiden BIVA-Pflegeschtzsbund*. <https://www.biva.de/einheitliche-regelung-fuer-pflegeheime-muss-fehler-der-bundeslaender-vermeiden/>
- Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen. (2021b). *Pflegeheimbesuche noch immer eingeschränkt – BIVA –Pflegeschtzsbund fordert Sanktionen*. <https://www.biva.de/presse/pflegeheimbesuche-noch-immer-eingeschraenkt/>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2022). *COVID-19 Impfdashboard*. <https://impfdashboard.de/>
- Cathaoir, K., & Gundersby-Rognli, I. (2021). The Rights of Elders in Ireland during COVID-19. *European journal of health law*, 28(1), 81 – 101.
- Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M. S., Thein, K., & Regier, N. G. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatry research*, 228(1), 59 – 64.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. (2020). *S1 Leitlinie – Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. Langfassung – AWMF Registernummer 184 – 001, Leitlinienreport*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/LL/184-001.html>
- Dullin, M., & Hartwig, S. (2021). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Covid-19 assoziierte Todesfälle von Heimbewohner:innen im Spiegel der Rechtsmedizin*. https://medizinsoziologie-rehawissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-rehawissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport4_23_06_2021.pdf
- Frahsa, A., Altmeier, D., John, J. M., Gropper, H., Granz, H., Pomiersky, R., & Thiel, A. (2020). "I Trust in Staff's Creativity" – The Impact of COVID-19 Lockdowns on Physical Activity Promotion in Nursing Homes Through the Lenses of Organizational Sociology. *Frontiers in sports and active living*, 131, n. p.
- Fuhrmann, P., & Rupprecht, C. J. (2015). Pflegebedürftige ältere Menschen – Selbstbestimmung stärken, Teilhabe ermöglichen, Lebensqualität erhöhen. Anregungen aus den Niederlanden. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2015* (S.73 – 83). Springer.
- Gangnus, A., Hering, C., Kohl, R., Henson, C. S., Schwinger, A., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmei, A., & Gellert, P. (2021). Covid-19-Schutzmaßnahmen und Einschränkungen des sozialen Lebens in Pflegeheimen. Analyse von Verordnungen und Surveydaten. *Pflege*, 35(3), 133 – 142.
- Gerlinger, T., Schmidt, P. F. & Lückenbach, C. (2021). Öffentliche Gesundheitsdienste in der COVID-19-Pandemie: Strategien und Praktiken in ausgewählten europäischen Nachbarländern. *Bundesgesundheitsblatt*, 64, 472 – 480.
- Hämel, K., Horn, A., Rolf, A., Graffmann-Weschke, K., Petereit-Haack, G., Ziech, P., Hartleb, B., Hasseler, M., Koppelin, F., & Seidler, A. (2020). *Ermöglichung sozialer Kontakte von Bewohner*innen in Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie*. Kompetenznetz Public Health COVID-19. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hindergrundpapier_Heime_SozialeKontakte_201215_final.pdf
- Hering, C., Gangnus, A., Budnick, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmei, A., & Gellert, P. (2022). Psychosocial burden and associated factors among nurses in care homes during the COVID-19 pandemic: findings from a retrospective survey in Germany. *BMC Nursing*, 21, 1 – 21.
- Hering, C., Gangnus, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E. S., Sander, C. S., Gellert, P., & Kuhlmei, A. (2021a). *Lehren aus der Corona-*

- Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Systemrelevant und stark belastet: Zum Befinden des Pflegepersonals in der Corona-Pandemie.* https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport1_31_03_2021_neu.pdf
- Hering, C., Gangnus, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E. S., Sander, C.S., Gellert, P., & Kuhlmei, A. (2021b). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Zur Infektions- und Versorgungssituation in der Corona-Pandemie.* https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport2_22_04_2021.pdf
- Hering, C., Gangnus, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E. S., Sander, C.S., Gellert, P., & Kuhlmei, A. (2021c). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Isolation und Einsamkeit: Zur Umsetzung von Schutzmaßnahmen und Folgen für Heimbewohner:innen.* https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport3_9_06_2021_neu.pdf
- Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft. (2022). *Covid-Heim. Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim.* https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/forschung/altersforschung/covid_heim/
- Jezewski, R., & Haairig, F. (2021). Mit Kreativität durch die Pandemie: Covid-19 hat für große Umstellungen in Pflegeeinrichtungen gesorgt. *Pflegen: Demenz*, 60, 23.
- Kohl R., Jürchott K., Hering C., Gangnus A., Kuhlmei A., & Schwinger A. (2021). COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2021* (S. 4 – 18). Springer.
- Kuhlmann, A., Naegele, G., & Oelbermann, E. (2016). Teilhabe im Alter gestalten – begriffliche Einordnung und sozialgerontologische Perspektiven. In A. Kuhlmann, A. Naegele & E. Oelbermann (Hrsg.), *Teilhabe im Alter gestalten* (S. 45 – 60). Springer VS.
- Mayring, P., & Fenzel, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 633 – 648). Springer VS.
- Paananen, J., Rannikko, J., Harju, M., & Pirhonen, J. (2021). The impact of Covid-19-related distancing on the well-being of nursing home residents and their family members: a qualitative study. *International journal of nursing studies advances*, 3, 100031.
- Räker, M., Klauber, J., & Schwinger, A. (2021). Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2021* (S. 33 – 58). Springer.
- Rothgang, H., & Müller, R. (2021). *Barmer Pflegerreport 2021 – Wirkungen der Pflegerformen und Zukunftstrends* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 32). Barmer. <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2021/barmer-pflegereport-2021.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök inom särskilda boendeformer för äldre.* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-9-6902.pdf>
- Statistisches Bundesamt Destatis. (2020). *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019.* https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile
- Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G., & de Vries, D. H. (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1569 – 1570. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>
- Weilguni, V. (2020). Im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit. *ProCare*, 25(9), 44 – 45.
- Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A., Preuß, B., Heinze, F., Seibert, K., Friedrich, A.C., Domhoff, D., Stolle, C. & Rothgang, H. (2020). Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen. *Pflege*, 33(5), 277 – 288.
- Yuh-Min, C. & Jeng-Yi, J. (2015). Effects of Horticultural Therapy on Psychosocial Health in Older Nursing Home Residents. *Journal of Nursing Research*, 23(3), 167 – 171.

Historie

Manuskript eingang: 22.01.2022

Manuskript angenommen: 01.06.2022

Onlineveröffentlichung: 23.08.2022

Autorenschaft

Konzeption des Beitrages, Erfassung, Analyse und Interpretation der Daten: AG, CH, RK, CSH, AS, EST, AK, PG

Manuskripterstellung und kritische Überarbeitung wichtiger intellektueller Inhalte: AG, CH, RK, CSH, AS, EST, AK, PG

Genehmigung der letzten Version des Manuskriptes zur Publikation: AG, CH, RK, CSH, AS, EST, AK, PG

Übernahme der Verantwortung für alle Aspekte der Arbeit: AG, CH, RK, CSH, AS, EST, AK, PG



Annabell Gangnus, M.A.

Institut für Medizinische Soziologie

und Rehabilitationswissenschaft

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Virchowweg 22

10117 Berlin

Deutschland

annabell.gangnus@charite.de

Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Die Analyse aller Infektionsschutzverordnungen der Pandemieperiode.

Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Dass die vielen kreativen Ideen auch weiterhin in den Pflegeheimen bestehen bleiben.

Was empfehlen Sie zum Weiterlesen/Vertiefen?

Cocuzzo, B., Wrench, A., & O'Malley, C. (2020). Balancing Protection from COVID-19 and the Need for Human Touch in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(12), 2749 – 2751.

Lebenslauf

"Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."

Komplette Publikationsliste

2023

Hering, C., **Gangnus, A.**, Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeiy, A., & Gellert, P. (2023). COVID-19-Impfstatus von Pflegenden und assoziierte Faktoren in der stationären Langzeitpflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, doi.org/10.1007/s00391-023-02210-2.

Gellert, P., Kohl, R., Jürchott, K., Noack, B., Hering, C., Gangnus, A., Steinhagen-Thiessen, E., Herrmann, W. J., Kuhlmeiy, A., & Schwinger, A. (2023). Hospital admissions and deaths due to acute cardiovascular events during the COVID-19 pandemic in residents of long-term care facilities. *Scientific Reports*, 13(1), 8544. doi: 10.1038/s41598-023-35816-y.

2022

Forschungsgruppe Covid-Heim. (2022). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim Endbericht des Projekts „Covid-Heim“*. Verfügbar unter: https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Alternsforschung/20220712_CovidHeim_Endbericht_Studie_gesamt.pdf [24.07.2023].

Gangnus, A., Hering, C., Kohl, R., Henson, C. S., Schwinger, A., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeiy, A., & Gellert, P. (2022). Soziale Teilhabe in Pflegeheimen mit Covid-19-Schutzmaßnahmen in der zweiten Pandemiewelle? *Pflege*, 36(3). doi: 10.1024/1012-5302/a00089.

Gellert, P., Kohl, R., Jürchott, K., Hering, C., **Gangnus, A.**, Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeiy, A., & Schwinger, A. (2022). Centenarians From Long-Term Care Facilities and COVID-19-Relevant Hospital Admissions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(7), 1117–1118. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.05.009>.

Hering, C., **Gangnus, A.**, Budnick, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeiy, A., & Gellert, P. (2022a). Psychosocial burdens and associated factors among nurses in care homes during the COVID-19 pandemic: findings from a retrospective

survey in Germany. *BMC nursing*, 21(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00807-3>

Hering, C., **Gangnus, A.**, Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E.S., Gellert, P. & Kuhlmeier, A. (2022b). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Zur Covid-19-Impfkampagne: Ergebnisse aus der zweiten deutschlandweiten Befragung von Heimleitungen und Pflegepersonal.* Verfügbar unter: https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Da-teien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport6_31_01_2022.pdf [24.07.2023].

Kohl, R., Schwinger, A., Jürchott, K., Hering, C., **Gangnus, A.**, Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2022). Mortality Among Hospitalized Nursing Home Residents With COVID-19. *Deutsches Ärzteblatt international*, 119(16), 293–294. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0140>

Kühl, A., Hering, C., Herrmann, W. J., **Gangnus, A.**, Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2022). General practitioner care in nursing homes during the first wave of the COVID-19 pandemic in Germany: a retrospective survey among nursing home managers. *BMC primary care*, 23(1), 334. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01947-w>.

2021

Gangnus, A., Hering, C., Kohl, R., Henson, C. S., Schwinger, A., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2021). Covid-19-Schutzmaßnahmen und Einschränkungen des sozialen Lebens in Pflegeheimen. *Pflege*, 35(3), 133–142. doi: 10.1024/1012-5302/a000854.

Hering, C., **Gangnus, A.**, Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E.S., Sander, C.S., Gellert, P. & Kuhlmeier, A. (2021a). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Systemrelevant und stark belastet: Zum Befinden des Pflegepersonals in der Corona-Pandemie.* Verfügbar unter: medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/u-

[ser_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport1_31_03_2021_neu.pdf](#) [24.07.2023].

Hering, C., **Gangnus, A.**, Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E.S., Sander, C.S., Gellert, P. & Kuhlmei, A. (2021b). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheime. Zur Infektions- und Versorgungssituation in der Corona-Pandemie.* Verfügbar unter: [medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/Covid-Heim_ErgebnisReport2_22_04_2021.pdf](#) [24.07.2023].

Hering, C., **Gangnus, A.**, Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E.S., Sander, C.S., Gellert, P. & Kuhlmei, A. (2021c). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Isolation und Einsamkeit: Zur Umsetzung von Schutzmaßnahmen und Folgen für Heimbewohner:innen.* Verfügbar unter: [medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport3_9_06_2021_neu.pdf](#) [24.07.2023].

Kohl, R., Jürchott, K., Hering, C., **Gangnus, A.**, Kuhlmei, A., & Schwinger, A. (2021). COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger. *Pflege-Report 2021*, (3-20). Springer: Berlin, Heidelberg.

Kohl, R., Jürchott, K., Hering, C., **Gangnus, A.** & Schwinger, A. (2021a). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Stationäre Versorgung von Pflegeheimbewohner:innen in der ersten Pandemiewelle.* Verfügbar unter: [medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altersforschung/CovidHeim_ErgebnisReport3_9_06_2021_neu.pdf](#) [24.07.2023].

Danksagung

Diese Promotion bedeutet mir viel aufgrund der immensen gesellschaftlichen Relevanz dieser Thematik. Oft frage ich mich, wie möchte ich alt werden? Wo möchte ich dann leben? Meine Antwort lautet eindeutig, zusammen mit meinen lieben Menschen in einer sozialen Gemeinschaft. *Wie lautet Ihre Antwort?*

Ich bin sehr dankbar, dass ich durch diese Dissertation die Chance bekommen habe aufzuzeigen, dass soziale Teilhabe für ältere Menschen in den Pflegeheimen von großer Bedeutung ist – im Zuge der COVID-19-Pandemie mehr denn je. Diese Möglichkeit habe ich vor allem Herrn Prof. Dr. Paul Gellert und Frau Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei zu verdanken. Herr Gellert stand mir bereits während meiner wissenschaftlichen Arbeitszeit, vor allem hinsichtlich meiner methodischen Fragen zur Seite – zu jeder Zeit, ob 12:00 Uhr mittags oder 24:00 Uhr abends konnte ich mich mit Fragen an ihn wenden, ohne Sorge, dass ich ihn stören könnte. Er hat mich dazu ermutigt, mich an komplexe statistische Verfahren zu trauen und selbstbewusster aufzutreten.

Liebe Frau Kuhlmei, ich schätze Sie sehr. Sie beeindruckten mich, in Ihrer Art und Weise – insbesondere im Umgang mit den Menschen, die Sie führen und die Liebe zu Ihrer Arbeit. Sie haben mir diese Arbeit zugetraut. Liebe Frau Kuhlmei, lieber Herr Gellert, ich wünsche Ihnen alles Liebe!

Diese Arbeit hätte ich nicht ohne die große Unterstützung meiner lieben Herzensmenschen geschafft. Liebe Manon, Pia, Deborah, Moreen, Mareike, Arlett, Julie und lieber Christian, ihr seid GRANDIOS, da fließen Tränen voller Dankbarkeit über meine Wangen. Liebe Ilka und liebe Mama, die Zeit während ich diese Arbeit geschrieben habe, war nicht leicht, dass habt ihr unverfroren mitbekommen und dennoch standet ihr an meiner Seite, ein Danke würde hier gar nicht ausreichen.

Diese Welt ist voller toller Menschen, ich danke Allen, für das Zuhören, unterstützen und Mut machen!

Eure Annabell