



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 Kuhlmei¹, Paul Gellert¹

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

²Forschungsinstitut der kommunalen Krankenkassen (WIdO), Berlin, Deutschland

³Abteilung 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 & Haarig, 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 Pflegeheimleitungsbefragungen 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-

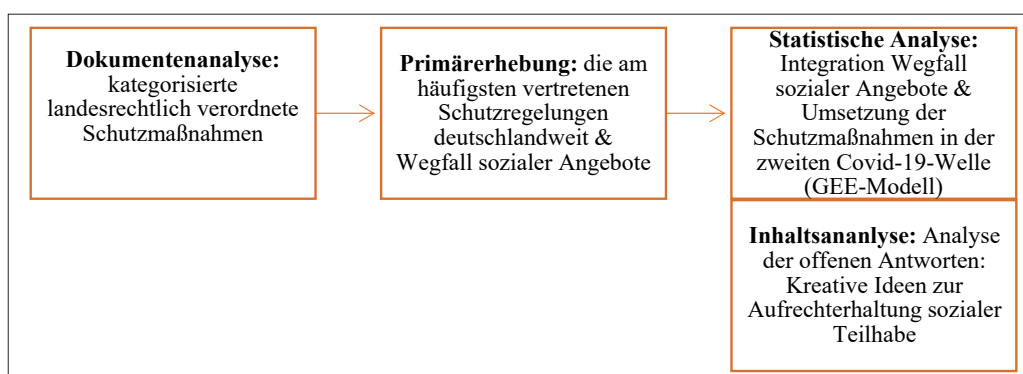


Abbildung 1. Studiendesign.

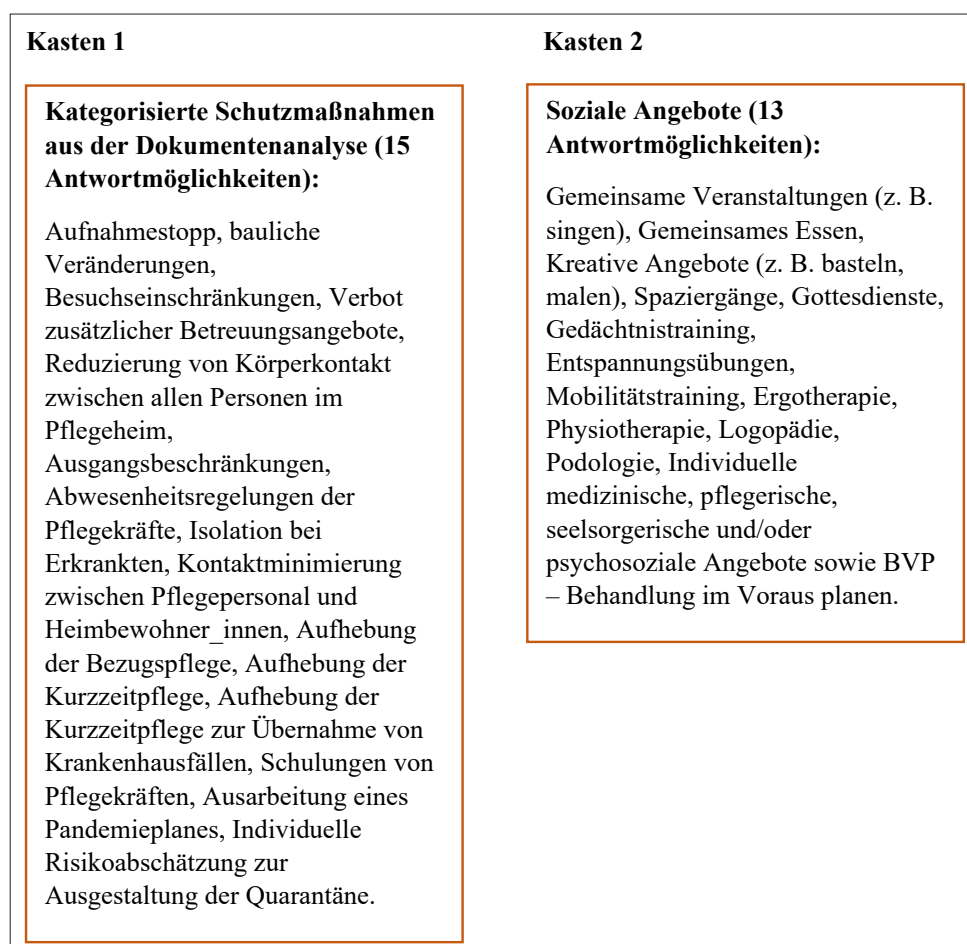


Abbildung 2. Antwortkategorien. Kasten 1 = Extrahierte, in die Primärdatenerhebung eingearbeitete Schutzmaßnahmen aus der Dokumentenanalyse (15 Antwortkategorien); Kasten 2 = Regulär angebotene Schutzmaßnahmen (13 Antwortkategorien).

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 ge-

geben: 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 Heimbewohnenden 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 (Inter-coderreliabilität).

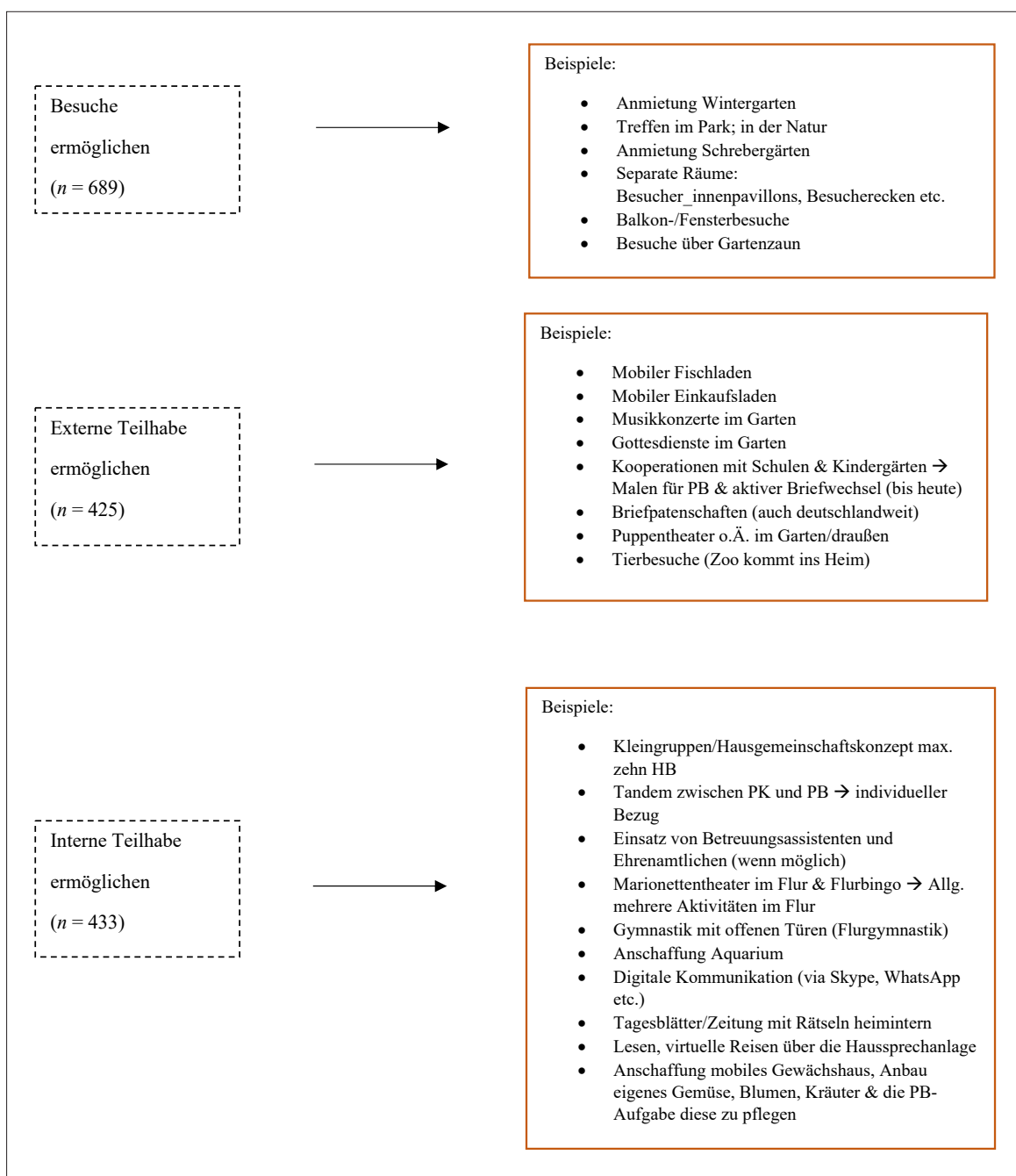


Abbildung 3. Überblicksmodell: Ideen zur Aufrechterhaltung der sozialen Teilhabe. PB = Pflegeheimbewohner_innen; PK = Pflegekräfte.

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 , $n = 7\,03$)	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 interne 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 ($n = 873$)

	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)
Variable	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 (1,1; 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 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. *Referenzkategorie. 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 Pflegeheimleitungen angaben, 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 %), so dass 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 Weilguni, 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 hygienischer 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 es 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 infektions-sichere 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., Iaboni, 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-Pflegeschtzund*. <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 – Pflegeschutzbund fordert Sanktionen*. <https://www.biva.de/presse/pflegeheimbesuche-noch-immer-eingeschraenkt/>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2022). *COVID-19 Impfdashboard*. <https://impfdashboard.de/>
- Cathaoir, K., & Gundersby-Rognlien, 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 Versorgungsetting 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/Alternforschung/CovidHeim_ErgebnisReport4_23_06_2021.pdf
- Frahsa, A., Altmeier, D., John, J. M., Gropper, H., Granz, H., Pomier-sky, 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/Alternsforschung/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/Alternsforschung/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/Alternsforschung/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/alternsforschung/covid_heim/
- Jezewski, R., & Haari, F. (2021). Mit Kreativität durch die Pandemie: Covid-19 hat für große Umstellungen in Pflegeeinrichtungen gesorgt. *pflügen: 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., Naegel, G., & Oelbermann, E. (2016). Teilhabe im Alter gestalten – begriffliche Einordnung und sozialgerontologische Perspektiven. In A. Kuhlmann, A. Naegel & 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 Pflegereport 2021 – Wirkungen der Pflegereformen 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/Publicationen/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

Manuskripteingang: 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

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.

ORCID

Christian Hering

 <https://orcid.org/0000-0002-1259-4294>

Clara-Sophia Henson

 <https://orcid.org/0000-0003-2286-6035>



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 Pandemiewelle.

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.