

publiziert bei:

 **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT e.V.

S2e-Leitlinie

**Soziale Teilhabe und Lebensqualität
in der stationären Altenhilfe unter
pandemischen Bedingungen**

Langfassung

Stand: 31.01.2025

Registernummer: 184-001

S2e-Leitlinie

der

Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.

und

Akademie für Ethik in der Medizin e. V.

Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e. V.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.

Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e. V.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.

HEIM-MITWIRKUNG – Unabhängige Selbsthilfe-Initiative für Pflegebetroffene

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

European Academy of Nursing Science

Robert Koch-Institut

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Davinius Haus Ingolstadt

Stiftung St. Laurentius Elmpt

Version: 2.0

Herausgebende

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)

Bitte wie folgt zitieren:

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (Hrsg.) (2025). S2e-Leitlinie – Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter pandemischen Bedingungen – AWMF Registernummer 184-001. Langfassung.

Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/start>

Was gibt es Neues?

In den vergangenen Jahren haben sich sowohl die Rahmenbedingungen als auch das Wissen rund um Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe, sowohl im Kontext der Covid-19-Pandemie, als auch darüber hinaus, weiterentwickelt. Dies lässt eine Weiterentwicklung der verfügbaren Evidenz vermuten. Daher wurde die ursprüngliche S1-Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie“ einem Upgrade unterzogen und liegt nun als S2e-Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter pandemischen Bedingungen“ vor. Der neue Titel wurde gewählt, um die Leitlinie über die Covid-19-Pandemie hinaus allgemein auf pandemische Bedingungen zu beziehen. Dennoch lag der Fokus der systematischen Recherche weiterhin auf der Covid-19-Pandemie.

Upgrade von S1 zu S2e

Die ursprüngliche S1-Leitlinie bot erste Empfehlungen und Orientierungshilfen, basierend auf Expertenkonsens und dem vorliegenden Erfahrungswissen. Im Zuge des Upgrades zur S2e-Leitlinie wurden nun systematische Literaturrecherchen durchgeführt, um die Leitlinienempfehlungen auf eine breitere und wissenschaftlich fundiertere Basis zu stellen. Mit dem Übergang zur S2e-Klassifikation soll eine höhere methodische Qualität der eingeschlossenen Literatur und Validität der Empfehlungen erreicht werden, da sie auf einer systematischen Überprüfung und Bewertung der aktuellen Studienlage basieren.

Inhaltliche Fokussierung auf Bewohner*innen der stationären Altenhilfe

Eine wesentliche Neuerung dieser Leitlinie ist die verstärkte inhaltliche Fokussierung auf die spezifischen Lebensbedingungen von Bewohner*innen in stationären Altenhilfeeinrichtungen. Dabei werden nun die individuellen Bedürfnisse und Herausforderungen umfassender berücksichtigt, die sich für diese vulnerable Gruppe in Zeiten einer Pandemie ergeben. Im Mittelpunkt der Leitlinie stehen die Aufrechterhaltung der Sozialen Teilhabe und die Förderung der Lebensqualität unter den erschwerten Bedingungen, die durch Maßnahmen zur Infektionsprävention und -kontrolle erforderlich sind.

Mit dieser aktualisierten Leitlinie soll Pflegefachpersonen und weiteren in der Versorgung involvierten Personen in der stationären Altenhilfe eine Hilfestellung zur Strukturierung des Lebensalltags und der Versorgung zur Verfügung stehen. Diese Leitlinie spiegelt den aktuellen wissenschaftlichen Stand wider und bietet eine Orientierungshilfe für praxisnah umsetzbare Handlungsempfehlungen, die die Lebensqualität der Bewohner*innen in den Vordergrund stellen.

Die Empfehlungen auf einen Blick

Empfehlung 1: Ergänzung der Gesundheitsversorgung durch Telekonsultation

*„Die Gesundheitsversorgung der Bewohner*innen, insbesondere die Palliativversorgung, sollte durch Telekonsultation externer Leistungserbringenden, wie Geriater*innen oder spezialisierten Pflegefachpersonen unterstützt werden.“*

Empfehlung 2: Frühzeitige Dokumentation individueller Behandlungspräferenzen

*„Die individuellen Behandlungspräferenzen der Bewohner*innen sollten frühzeitig erhoben und dokumentiert werden.“*

Empfehlung 3: Individuelle Angebote zur Beziehungsgestaltung

*„Den Bewohner*innen sollten individuell angepasste Angebote zur Gestaltung von Beziehungen innerhalb und außerhalb der Einrichtung gemacht und ermöglicht werden.“*

Empfehlung 4: Ermöglichung von Körperkontakt

*„Den Bewohner*innen sollte entsprechend ihrer individuellen Präferenzen Körperkontakt ermöglicht werden.“*

Empfehlung 5: Digitale Angebote zur Beziehungsgestaltung

*„Den Bewohner*innen sollten individuell abgestimmte digitale Angebote zur Beziehungsgestaltung aufgezeigt und ermöglicht werden.“*

Empfehlung 6: Einzel- und Gruppenangeboten zur sinnstiftenden Alltagsgestaltung

*„Den Bewohner*innen sollte der Zugang zu individuell abgestimmten Einzel- und Gruppenangeboten zur sinnstiftenden Alltagsgestaltung ermöglicht werden.“*

Empfehlung 7: Digitale Angebote zur Unterhaltung

*„Den Bewohner*innen sollten digitale Angebote zur Unterhaltung bereitgestellt und ermöglicht werden.“*

Empfehlung 8: Teilnahme an kontaktlosen Veranstaltungen

*„Den Bewohner*innen sollte auf Wunsch ermöglicht werden, kontaktlos an Veranstaltungen, zum Beispiel kultureller oder religiöser Art, vor dem Gebäude teilzunehmen.“*

Empfehlung 9: Förderung der Mobilität durch Bewegungsprogramme

*„Den Bewohner*innen sollen Bewegungsprogramme aufgezeigt und ermöglicht werden, die unterschiedliche Aspekte von Mobilität ansprechen und fördern.“*

Empfehlung 10: Förderung der Mobilität in der täglichen Pflege

„Bewegungsförderung sollte Bestandteil der täglichen Pflege- und Versorgungsroutine sein.“

Empfehlung 11: Förderung der Ernährung

*„Die Bewohner*innen sollten individuell abgestimmte Angebote zur Förderung der Ernährung erhalten, die den sozialen Aspekt der Nahrungsaufnahme berücksichtigen.“*

Inhaltsverzeichnis

Herausgebende	3
Was gibt es Neues?	4
Die Empfehlungen auf einen Blick.....	5
Präambel	8
1. Geltungsbereich und Zweck	9
1.1 Zielsetzung und Fragestellung	9
1.2 Zentrale Begriffe.....	9
1.2.1 Soziale Teilhabe.....	9
1.2.2 Lebensqualität.....	10
1.3 Versorgungsbereich und Zielgruppe	10
1.4 Adressat*innen.....	11
1.5 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie.....	11
2. Empfehlungen	12
2.1 Kooperation mit externen Leistungserbringenden	12
2.2 Gesundheitliche Versorgungsplanung.....	13
2.3 Individuelle Beziehungsgestaltung.....	16
2.4 Individuelle Alltagsgestaltung	20
2.5 Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit.....	22
2.6 Individuelle Ernährungsangebote	25
3. Wichtige Forschungsfragen.....	26
4. Zusammensetzung der Leitliniengruppe	27
4.1 Leitlinienkoordination/Ansprechpartner*innen	27
4.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen	28
4.3 Patient*innen-/Bürger*innenbeteiligung	29
4.4 Methodische Begleitung.....	29
5. Informationen zu dieser Leitlinie	30
5.1 Methodische Grundlagen.....	30
5.2 Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz	30
5.3 Kritische Bewertung der Evidenz.....	30
5.4 Konsensfindung	31
5.5 Empfehlungsgraduierung	31
6. Redaktionelle Unabhängigkeit	32
6.1 Finanzierung der Leitlinie	32
6.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten	32
7. Externe Begutachtung und Verabschiedung.....	33
8. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	33
9. Literatur	34

Präambel

Die Covid-19-Pandemie stellte eine erhebliche Herausforderung für die Gesellschaft sowie für das Gesundheits- und Sozialsystem dar. Besonders betroffen waren in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht die Bewohner*innen stationärer Altenhilfeeinrichtungen. Diese überwiegend hochaltrigen Menschen, hatten aufgrund chronischer Erkrankungen und Multimorbidität ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe. Die notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen wie Abstandhalten, Maskenpflicht, Besuchsverbote und Isolierung waren für viele dieser Bewohner*innen – insbesondere für Menschen mit Demenz oder in der Sterbephase – eine große Belastung. Die Umsetzung solcher Maßnahmen führte in der Praxis oft zu schwierigen Entscheidungssituationen, deren Konsequenzen für das Wohl der Bewohner*innen schwer abzuwägen waren. Ein besonderer Einschnitt war der Verlust sozialer Kontakte infolge der Besuchsbeschränkungen und -verbote. Diese Einschränkungen führten zu einer deutlichen Verschlechterung der Lebensqualität der Bewohner*innen, da Soziale Teilhabe und Interaktion zentrale Faktoren für ihre psychische und emotionale Gesundheit sind.

Mit der 2020 veröffentlichten S1-Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie“ wurde eine erste Orientierungshilfe für Einrichtungen der stationären Altenhilfe und ihre Mitarbeiter*innen geschaffen. Diese Leitlinie, obwohl weitgehend auf Expertenkonsens basierend, sollte in einer Zeit hoher Unsicherheit eine Hilfestellung für die Einrichtungen sein.

Die vorliegende S2e-Leitlinie ist eine systematisch entwickelte und wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung der S1-Leitlinie. Die Leitlinie ist trotz der mittlerweile abgeklungenen Covid-19-Pandemie aus zwei wichtigen Gründen hoch relevant:

Erstens erscheint es naheliegend, dass sich vergleichbare Ereignisse wie die Covid-19-Pandemie wiederholen werden. Zukünftig ist daher mit weiteren großräumigen gesundheitlichen Krisen wie epidemischen oder pandemischen Ausbrüchen, beispielsweise durch Influenzaviren oder andere respiratorische Erreger, zu rechnen. Diese Leitlinie bietet dann eine fundierte Grundlage und einen strukturierten Ausgangspunkt für Einrichtungen der stationären Altenhilfe, um in solchen Krisensituationen eine ausgewogene und qualitätsorientierte Versorgung zu fördern.

Zweitens verdeutlichen die oft fehlenden robusten Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche, dass Themen wie Soziale Teilhabe und Lebensqualität von Bewohner*innen der stationären Altenhilfe während der Pandemie – insbesondere im Vergleich zur Forschung in den Bereichen Biomedizin, Epidemiologie und Infektionsmedizin – bislang unzureichend wissenschaftlich untersucht wurden. Die vorliegende Leitlinie adressiert diese Lücke und zeigt die Notwendigkeit weiterer Forschung in diesem Bereich auf, um künftig noch gezieltere und umfassendere Empfehlungen zum Erhalt und zur Förderung der Lebensqualität und Sozialen Teilhabe unter Pandemiebedingungen in der stationären Altenhilfe bereitzustellen.

Diese Leitlinie soll Einrichtungen und Mitarbeiter*innen in der stationären Altenhilfe als fundiertes Instrument dienen, um auch in dynamischen Krisensituationen das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohner*innen sicherzustellen. Sie betont die Bedeutung eines ausgewogenen und evidenzgestützten Vorgehens für die Zukunft und trägt zur nachhaltigen Stärkung der stationären Altenhilfe bei.

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Diese Leitlinie beschreibt evidenzbasierte Grundlagen, die die Handlungssicherheit im Entscheidungsprozess sowie in der multiprofessionellen Zusammenarbeit unterstützen. Dabei zielt sie darauf ab, Empfehlungen zu geben, die sowohl den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohner*innen als auch den spezifischen Rahmenbedingungen der Einrichtungen gerecht werden. Wesentlich ist hierbei, den bestmöglichen Infektionsschutz für die Bewohner*innen zu gewährleisten, während gleichzeitig eine möglichst hohe Lebensqualität und Soziale Teilhabe für jede einzelne Person ermöglicht werden soll.

Das Spannungsfeld, in dem sich die handelnden Akteur*innen bewegen, umfasst einerseits Maßnahmen zur Prävention, Erkennung und Umsetzung der erforderlichen Behandlung sowie zur Vermeidung der Weiterverbreitung der Infektion. Andererseits geht es darum, die Bedürfnisse aller Beteiligten nach Sozialer Teilhabe, insbesondere während einer Pandemie, zu berücksichtigen. Die zentrale Herausforderung besteht darin, beide Ebenen der Maßnahmen fallbezogen auszubalancieren.

1.2 Zentrale Begriffe

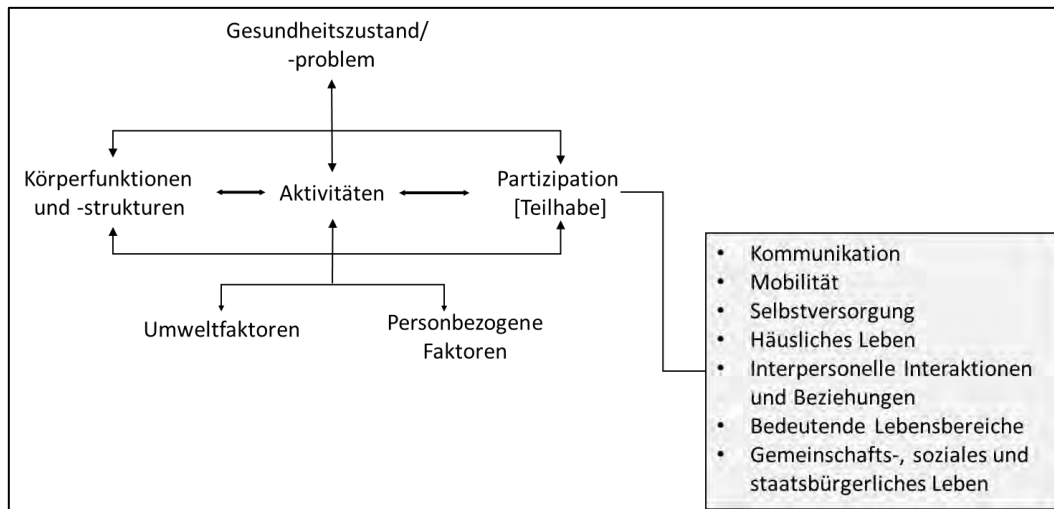
Um der Leitlinie ein transparentes und konsistentes Verständnis der beiden zentralen Schlüsselbegriffe „Soziale Teilhabe“ und „Lebensqualität“ zugrunde zu legen, werden im Folgenden beide Begriffe definiert.

1.2.1 Soziale Teilhabe

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) [1] definiert in ihrer Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) Teilhabe (Partizipation) als eine zentrale Komponente der funktionalen Gesundheit. Neben Aktivitäten sowie Körperfunktionen und -strukturen wird sie als Bereich beschrieben, der durch gesundheitliche Einschränkungen beeinflusst und von Kontextfaktoren (personalen und umweltbezogenen) moderiert wird. Laut ICF bedeutet Teilhabe *„Einbezogen sein in eine Lebenssituation“* [1] und spiegelt die soziale Perspektive der funktionalen Gesundheit wider. In der Klassifikation ist, anders als im Modell, die Trennung der Komponenten Aktivität und Partizipation nicht definiert. Es wird aber eine Trennung in der Klassifikation vorgeschlagen, die hier als Orientierung dienen soll. Dabei umfasst Teilhabe Dimensionen von Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Hauptlebensbereiche (Bildung, Beschäftigung, wirtschaftliches Leben) sowie Gemeinschafts-

soziales und staatsbürgerliches Leben [1]. Das Modell der Sozialen Teilhabe ist in der folgenden *Abbildung 1* dargestellt.

Abbildung 1: Modell der Sozialen Teilhabe anhand der ICF Klassifikation [1]



1.2.2 Lebensqualität

Es gibt diverse Definitionen gesundheitsbezogener Lebensqualität. Die meisten rekurren auf die Definition von Gesundheit der WHO und beschreiben Lebensqualität entsprechend mit drei Dimensionen: Körperliche Funktionsfähigkeit, mentaler Status und die Fähigkeit zu bedeutungsvollen sozialen Interaktionen [2]. Der Zusammenhang zwischen funktionaler Gesundheit, die im Sinne der ICF Teilhabe umfasst, und Lebensqualität wurde von Wilson und Cleary (1995) [3] empirisch belegt und beschreibt Lebensqualität als Resultat der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit, die auf Funktionsfähigkeit beruht [4].

1.3 Versorgungsbereich und Zielgruppe

Der Schwerpunkt der Leitlinie liegt auf der Versorgung von älteren Bewohner*innen (>65 Jahre) [5] in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Jüngere Menschen sind hierbei nicht explizit ausgeschlossen, benötigen jedoch für einige Themen möglicherweise spezifischere Empfehlungen, die ihre individuellen Bedürfnisse und Bedarfe adressieren. Die Empfehlungen der Leitlinie orientieren sich am bestehenden gesetzlichen Rahmen, dem Pandemieschutzgesetz sowie an den jeweils gültigen Erlassen des Bundes und der Länder.

Hierbei wird jedoch das zentrale Problem in der Pandemiesituation deutlich: Einrichtungen der stationäre Altenhilfe sollen sowohl das Wohlergehen einzelner Individuen als auch das der Gemeinschaft absichern [6]. In einigen Situationen können die individuelle Lebensqualität und die gemeinschaftliche Soziale Teilhabe im Widerspruch zueinanderstehen. Die Interessen beider Seiten, des Individuums und der Gemeinschaft, müssen gleichermaßen geschützt werden, auch wenn in bestimmten Fällen sorgfältig abgewogene Kompromisse erforderlich sind.

1.4 Adressat*innen

Die Leitlinie richtet sich an alle Berufsgruppen, die an der Pflege, Behandlung und Begleitung von Bewohner*innen stationärer Altenhilfeeinrichtungen beteiligt sind. Dazu gehören insbesondere Fachpersonen der Pflege, Schmerzmedizin, Palliativversorgung und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie Expert*innen der Evidenzbasierten Medizin und der medizinischen Ethik. Auch Wissenschaftler*innen im Bereich der Pflegewissenschaft sowie Mitarbeitende des Sozialdienstes sind adressiert. Darüber hinaus spricht die Leitlinie die Bewohner*innen, ihre Angehörigen und Vertreter*innen der Selbsthilfe an. Sie dient zudem leitenden Mitarbeitenden sowie technischen Diensten als Orientierungshilfe im Versorgungsprozess.

1.5 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie

Diese Leitlinie wird mit folgenden Komponenten publiziert:

- I. Langfassung der S2e-Leitlinie
- II. Leitlinienreport mit Evidenztabelle

<https://register.awmf.org/de/start>

2. Empfehlungen

In den folgenden Empfehlungen werden zentrale Aspekte adressiert, die für die stationäre Altenhilfe während einer Pandemie besonders relevant sind. Diese Aspekte basieren auf den Schlüsselfragen (siehe Kapitel 3), die aus der bestehenden S1-Leitlinie herausgearbeitet wurden, und bilden die Grundlage für die abgeleiteten Empfehlungen.

Die Empfehlungen umfassen die Kooperation mit externen Leistungserbringenden, die gesundheitliche Versorgungsplanung, individuelle Beziehungsgestaltung, individuelle Alltagsgestaltung, die Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit sowie individuelle Ernährungsangebote. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die Soziale Teilhabe und Lebensqualität der Bewohner*innen stationärer Altenhilfeeinrichtungen während einer Pandemie zu sichern.

2.1 Kooperation mit externen Leistungserbringenden

Die gesundheitliche Versorgung der Bewohner*innen ist auch während einer Pandemiesituation durch Angehörige der Gesundheitsberufe zu gewährleisten. Im Fokus steht neben der Infektionsprävention und -bekämpfung, der gesundheitliche Versorgungsbedarf, insbesondere von kognitiv beeinträchtigten und/oder multimorbiden Bewohner*innen. Zudem werden die Bedarfe in der palliativen Begleitung berücksichtigt.

2.1.1	Empfehlung 1	Neu
Empfehlungsgrad 	Die Gesundheitsversorgung der Bewohner*innen, insbesondere die Palliativversorgung, sollte durch Telekonsultation externer Leistungserbringenden, wie Geriater*innen oder spezialisierten Pflegefachpersonen unterstützt werden.	
Level 3	Hoben et al. (2023), Mallery et al. (2022), Rainsford et al. (2021)	

Aufrechterhaltung ärztlicher und Heilmittelversorgung

Die ärztliche Versorgung muss auch in Phasen von Kontaktbeschränkungen aufrechterhalten werden. Ärzt*innen, die in Altenhilfeeinrichtungen tätig sind, oder Kooperationen mit Haus- bzw. Fachärzt*innen, insbesondere mit geriatrischer Expertise, könnten Krankenhausaufenthalte vermeiden oder verringern [7]. Digitale Technologien können dabei die Gesundheitsversorgung unterstützen, beispielsweise durch Telecare-Anwendungen oder digitale Lösungen für das Medikamentenmanagement und die Gesundheitsförderung. Solche Technologien bieten Unterstützung bei der symptomatischen Versorgung und der Gesundheitsüberwachung [8]. Die Gesundheitsversorgung umfasst zudem therapeutische Angebote wie Physio-, Logo- und Ergotherapie. Im Pandemieplan ist zu regeln, wie diese therapeutischen Angebote unter Berücksichtigung der Hygienevorgaben bestmöglich aufrechterhalten werden können.

Konsultation von Geriater*innen und spezialisierten Pflegefachpersonen

Durch den Zugang zu Geriater*innen oder Gerontopsychiater*innen kann die Lebensqualität der Bewohner*innen verbessert werden [9]. Die geriatrische Qualifizierung von Pflegefachpersonen sowie der Einsatz von Pflegefachpersonen mit einer Qualifikation auf Masterniveau können diesen positiven Effekt zusätzlich verstärken [10, 11].

Zugang zu Palliativversorgung

Palliativversorgung ist definiert als Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. Bezüglich palliativmedizinischer Aspekte, unabhängig der zugrundeliegenden Diagnose, wird auf die erweiterte S3-Leitlinie „Palliativmedizin“ des Leitlinienprogramms Onkologie sowie auf die PallPan-Handlungsempfehlungen „Richtig handeln in der Betreuung Schwerkranker und Sterbender in Pandemiezeiten“ verwiesen [12, 13]. Ergänzend dazu bietet die Publikation „Nationale Strategie für die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in Pandemiezeiten“ weiterführende Orientierung [14].

Für Bewohner*innen am Lebensende, die eine Krankenhaus- oder intensivmedizinische Behandlung ablehnen, bilden Regelungen zur Palliativversorgung beispielsweise im Pandemieplan die Grundlage für eine bedürfnisorientierte und die Menschenwürde wahrende Begleitung [15, 16]. Bei Bedarf sind externe ambulante Palliativteams sowie ggf. ehrenamtliche Hospizbegleiter*innen hinzuzuziehen, insbesondere wenn An- und Zugehörige fehlen oder die Begleitung nicht selbst übernehmen können. Telecare-Lösungen, sowohl in Form von Video- als auch Audiotelefonie, ermöglichen es, die palliativen Versorgungsbedarfe gemeinsam mit Palliativmediziner*innen zu diskutieren. Diese digitalen Möglichkeiten haben sich als gut durchführbar erwiesen und könnten dazu beitragen, die Versorgungssituation aufrechtzuerhalten oder zu verbessern [17]. Auch Begleitung durch Geriater*innen und/oder Nurse Practitioner ist per Telecare möglich und führt zu einer vermehrten Erstellung von Versorgungsplänen [18].

2.2 Gesundheitliche Versorgungsplanung

International wird der Begriff „Advance Care Planning“ verwendet, um die gesundheitliche Versorgungsplanung zu beschreiben. Dieser nicht geschützte Begriff umfasst ein breites Spektrum, von einfachen „Do-Not-Resuscitate“- (Behandlungswunsch, nicht wiederbelebt zu werden) oder „Do-Not-Hospitalize“-Verfügungen (Behandlungswunsch, nicht ins Krankenhaus eingeliefert zu werden) bis hin zu umfangreichen, teils mediengestützten Gesprächsbegleitungen zur Entscheidungsfindung über die Gestaltung des Lebensendes.

Im deutschen Sprachraum ist dafür der Begriff „Behandlung im Voraus planen“ verbreitet. Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe können Bewohner*innen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Diese Vorsorgeplanung umfasst

eine individuell zugeschnittene Beratung zu medizinisch-pflegerischen, psychosozialen und/oder seelsorgerischen Angeboten in der letzten Lebensphase (GKV Spitzenverband, 2020). Der Gesetzgeber hat mit § 132g SGB V die Grundlage geschaffen, qualifizierte Voraussetzungen in stationären Altenhilfeeinrichtungen zu erstellen.

Bestehende Programme zur Vorsorgeplanung sind bislang kaum auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Demenz zugeschnitten, obwohl diese einen großen Teil der Bewohner*innen in den stationären Altenhilfeeinrichtungen ausmachen. Zudem fehlen qualitativ hochwertige klinischen Studien, die die Wirksamkeit und Sicherheit dieser Programme nachweisen [19].

Trotz dieser Einschränkungen ist eine systematische Erfassung der pflegerischen und medizinischen Behandlungspräferenzen im Erkrankungsfall anzustreben, idealerweise zeitnah nach dem Einzug der Bewohner*innen. Liegen bereits Verfügungen oder Beschreibungen der individuellen Behandlungspräferenzen vor, ist ihre Relevanz für diesen spezifischen Fall zu prüfen und mit den Betroffenen oder deren Interessenvertreter*innen zu diskutieren und entsprechend zu berücksichtigen.

Auch während eines akuten Pandemiegeschehens sollten Prozesse der gesundheitlichen Versorgungsplanung priorisiert werden, da dies zu einer deutlichen Zunahme von Versorgungsplänen führt [18, 20, 21]. Diese Prozesse können auch mittels Telecare durchgeführt werden, wobei datenschutzrechtliche Voraussetzungen beachtet werden müssen [17, 18]. Beispielsweise ist die in Studien beschriebene Nutzung eines gängigen Videokonferenzanbieters für die gesundheitliche Versorgungsplanung in Deutschland rechtlich nicht zulässig [18].

2.2.1	Empfehlung 2	Neu
Empfehlungsgrad 	Die individuellen Behandlungspräferenzen der Bewohner*innen sollten frühzeitig erhoben und dokumentiert werden.	
Level 3	Berning et al. (2021), Mallery et al. (2022), Ye et al. (2021), Rainsford et al. (2022)	

Das Risiko für schwere Verläufe von Infektionen ist bei Bewohner*innen in stationären Altenhilfeeinrichtungen aufgrund ihrer Multimorbidität sowie altersbedingten Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit besonders hoch [22]. Bei auftretenden Komplikationen kann es zu einer raschen Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommen, wodurch unter Umständen wenig Zeit für eine Verständigung über Therapiepräferenzen bleibt [23].

Eine Einweisung ins Krankenhaus oder eine intensivmedizinische Behandlung im Falle einer Infektion ist möglicherweise nicht gewünscht. In diesen Situationen ist eine sorgfältige

Indikationsstellung und die valide Erhebung des Patientenwillens von entscheidender Bedeutung, da die Sterblichkeit bei Hospitalisierung, insbesondere bei älteren Erkrankten mit akutem Atemnotsyndrom, deutlich erhöht sein kann [24].

Eine zentrale Aufgabe der Altenhilfeeinrichtungen während einer Pandemie besteht darin, alle bestehenden Voraussetzungen zu sichten und, wenn nötig, die Erstellung qualifizierter gesundheitlicher Voraussetzungen zu initiieren. Hierfür müssen entsprechende Personalressourcen bereitgestellt oder die Zusammenarbeit mit externen Anbietern der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V in Betracht gezogen werden. Es gilt, im Falle einer schwerwiegenden Infektion den Willen der Bewohner*innen bezüglich gewünschter Therapien (z. B. Flüssigkeit, Sauerstoff, Schmerzmittel) zu ermitteln und abzuklären, ob bei einer lebensbedrohlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein Krankenhausaufenthalt oder eine Intensivbehandlung, einschließlich Beatmung oder anderen invasiven Therapien, gewünscht wird [25]. Alternativen, wie die palliative Begleitung in der stationären Altenhilfe, sind ebenfalls offenzulegen. Ebenso ist zu klären, ob ein Krankenhausaufenthalt aus anderen Indikation (z. B. Herzinsuffizienz, nach einem Sturzereignis) während einer Pandemie indiziert und gewünscht ist [22].

Es versteht sich von selbst, dass die Bewohner*innen nicht zum Verfassen einer qualifizierten Verfügung gedrängt oder gar genötigt werden dürfen. Diese Gespräche und Aushandlungsprozesse erfordern eine hohe Sensibilität sowie umfassende Kenntnisse derjenigen, die die Gespräche führen. Andernfalls könnten sie verängstigend wirken, die Bewohner*innen verstören oder zu Patientenverfügungen führen, die nicht den tatsächlichen Präferenzen entsprechen. Validierte, niederschwellig zugängliche Gesprächsleitfäden für Pflegefachpersonen fehlen bisher. Erste Orientierungshilfen können im Internet verfügbare Handreichungen und Informationsbroschüren geben. Eine umfassende Qualifikation zur sorgsamem Gesprächsführung lässt sich auf diesem Wege jedoch nur schwer erwerben. Dennoch besteht unter Pandemiebedingungen Handlungsdruck.

Die Wünsche und Vorstellungen der betreffenden Personen sind offen, einfühlsam und respektvoll zu ermitteln. Auf Wunsch der Bewohner*innen sind Angehörige oder andere Vertrauenspersonen, wie Hausärzt*innen, in den Prozess involviert werden. Gegebenenfalls sind Videotelefonie oder andere technische Hilfsmittel zur Unterstützung der Kommunikation einzusetzen [17, 26].

Besondere Herausforderungen ergeben sich bei Menschen mit Demenz, die nicht mehr in der Lage sind ihre Wünsche und Bedürfnisse klar zu artikulieren oder Entscheidungen zu treffen. In diesen Fällen sind individuelle Lösungen durch Angehörigen, Vorsorgebevollmächtigten oder gesetzlich Betreuenden im Rahmen von ethischen Fallbesprechungen zu suchen [27]. Dabei gilt es, die betroffenen Bewohner*innen so weit wie möglich einzubeziehen oder auf Grundlage ihres mutmaßlichen Willens zu handeln.

Es verbietet sich, Priorisierungsüberlegungen zum Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen im Rahmen der Ermittlung von Behandlungspräferenzen zu thematisieren. Ziel der

Gespräche ist vielmehr die Festlegung einer Pflege und Versorgung, die mit den individuellen Präferenzen der Bewohner*innen übereinstimmen.

2.3 Individuelle Beziehungsgestaltung

Soziale Kontakte sind sowohl innerhalb als auch außerhalb der stationären Einrichtungen von zentraler Bedeutung für die Lebensqualität der Bewohner*innen [28]. Daher sollten individuell abgestimmte Angebote zur Beziehungsgestaltung ermöglicht werden, sowohl innerhalb der Einrichtung als auch, soweit möglich, im Kontakt mit externen Bezugspersonen. Dies gilt auch in Zeiten, in denen aufgrund von Infektionsschutzmaßnahmen Kontaktbeschränkungen erforderlich sind. Grundlage der Maßnahmen sollten die spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe der Bewohner*innen sein.

Die verschiedenen Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung, die im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ ausführlich beschrieben sind, können als Basis für die Maßnahmenplanung dienen [29]. Diese Ansätze können für alle Bewohner*innen, nicht nur für Menschen mit Demenz, hilfreiche Anregungen bieten.

Im Kontext von pandemischen Situationen besteht jedoch nach wie vor eine begrenzte Evidenzlage zu spezifischen Angeboten, die die Beziehungsgestaltung unter den Bedingungen von Kontaktbeschränkungen untersuchen.

2.3.1	Empfehlung 3	Neu
Empfehlungsgrad 	Den Bewohner*innen sollten individuell angepasste Angebote zur Gestaltung von Beziehungen innerhalb und außerhalb der Einrichtung gemacht und ermöglicht werden.	
Level 3	Monin et al. (2020), van Dyck et al. (2020)	

Kontakte innerhalb der Einrichtung

Um die Gefahr der Übertragung respiratorischer Erreger innerhalb stationärer Altenhilfeeinrichtung zu minimieren und Kontaktketten schneller zu identifizieren, empfiehlt das Robert Koch-Institut, unter den Bewohner*innen sowie dem Personal feste Kleingruppen zu bilden, die alle kollektiven Aktivitäten in konstanter Zusammensetzung und unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen durchführen. Zudem sollte das Personal, wenn möglich, in voneinander unabhängigen Teams arbeiten. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, dass im Falle eines Ausbruchs nur eine kleine Gruppe von Personen als mögliche Kontakte eingestuft wird, wodurch die Nachverfolgung und die Eindämmung der Ausbreitung erleichtert werden [30].

Innerhalb einer Einrichtung können alternative Kommunikationsformen, wie Telefonkontakte, E-Mail oder Messenger-Dienste genutzt werden, um die sozialen Kontakte der Bewohner*innen zu erweitern [31]. Diese Technologien ermöglichen es, auch in Phasen von

Isolierung oder Quarantäne eine gewisse Soziale Teilhabe und den Austausch mit anderen Bewohner*innen zu fördern.

Kontakte außerhalb der Einrichtung

Auch während einer Pandemie sollten individuelle Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden oder wichtigen Bezugspersonen weiterhin ermöglicht werden. Sind persönliche Treffen aufgrund von Infektionsschutzmaßnahmen nicht möglich, sollten technische Hilfsmittel wie Telefonanrufe, E-Mail-Kommunikation oder das Schreiben von Briefen unterstützt und gefördert werden [31]. In einer der wenigen Untersuchungen zeigten sich Hinweise für eine positive Wirkung dieser Kommunikationsmöglichkeiten hinsichtlich der Abnahme negativer und der Zunahme positiver Emotionen [31]. Zur Vermeidung sozialer Isolation kann auch der Kontakt zu bisher unbekannten, außenstehenden Personen, beispielsweise durch ehrenamtliche Unterstützer*innen, hilfreich sein [32]. Diese Kontakte können den Bewohner*innen zusätzliche soziale Interaktionen bieten und ihre Lebensqualität während der Pandemie verbessern.

Selbst unter strikten Pandemiebedingungen sollten regelmäßige Besuche von Familienangehörigen und wichtigen Bezugspersonen nach Möglichkeit organisiert werden. Dies könnte durch die Einrichtung separater Zugänge, abgetrennter Besucherbereiche oder durch Nutzung von Außenbereichen geschehen, die für persönliche Begegnung geeignet sind. Solche Maßnahmen ermöglichen es auch Menschen in der Sterbephase, im Beisein von Angehörigen begleitet zu werden. Falls dies nicht möglich ist, besteht die Möglichkeit, ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen hinzuzuziehen.

Besuchskonzepte in Pandemiezeiten

Einrichtungsspezifische Besuchskonzepte müssen unter Berücksichtigung der aktuellen Hygienerichtlinien entwickelt werden. Diese Konzepte sollten die Bedürfnisse der Bewohner*innen hinsichtlich Häufigkeit, Dauer und Anzahl der Besuche priorisieren. Pauschale Regelungen für alle Bewohner*innen sind nicht gerechtfertigt, da die Bedürfnisse sehr unterschiedlich sein können. In dem Konzept sind ebenfalls klare Angaben zu geeigneten Begegnungsorten aufzuzeigen, wie separate Zugänge, abgetrennte Bereiche oder Außenbereiche für Besuche.

Besonderes Augenmerk sollte auf Bewohner*innen liegen, die ihr Zimmer nicht verlassen können. Für diese Gruppe sind alternative Besuchsmöglichkeiten wichtig, wie zum Beispiel die Option, dass bettlägerige Bewohner*innen in speziell geschaffenen Besuchszimmern empfangen werden oder sichere Zugänge direkt zu den Bewohner*innenzimmern eingerichtet werden. Bei geeignetem Wetter könnten Besuche zudem unter Einhaltung der Abstandsregeln beispielsweise im Garten der Einrichtung stattfinden.

Ein zentraler Bestandteil des Besuchskonzepts ist die Regelung, dass Besucher*innen mit Erkältungssymptomen oder Kontakt zu Infizierten der Einrichtung fernbleiben müssen. Wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den Auswirkungen solcher Besuchsregelungen sind begrenzt, und die empirischen Befunde häufig wenig aussagekräftig oder nicht aus der

Perspektive der betroffenen Personen formuliert. Dennoch zeigt sich, dass die Ermöglichung von Besuchen ein Grundbedürfnis der Bewohner*innen erfüllt und im Alltag umsetzbar ist.

2.3.2	Empfehlung 4	Neu
EK	Den Bewohner*innen sollte entsprechend ihrer individuellen Präferenzen Körperkontakt ermöglicht werden.	
	Expertenkonsens der DGP (s. a. S1-Leitlinie, 2020)	

Körperkontakt als menschliches Grundbedürfnis

Pflegebeziehungen sind durch direkten Kontakt geprägt, wobei Berührung und Körperkontakt eine zentrale Rolle spielen. Berührung gehört zur Körperpflege und kann unter anderem ein Teil der Begrüßung sein. Sie kann beruhigend wirken oder zur Unterstützung und Stabilisierung eingesetzt werden [33]. Körperkontakt ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis und hat lebenswichtige Funktionen [34]. Daher muss körperlicher Kontakt ermöglicht werden, wenn die pflegebedürftige Person diesen wünscht. Abstand halten erschwert den Körperkontakt und hat einen negativen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung.

Besonders herausfordernd sind Kontakteinschränkungen in der Pflege von Menschen mit Demenz, da diese vor allem im fortgeschrittenen Stadium der Demenz oft über Berührung in Beziehung und Kontakt mit ihren Mitmenschen und Pflegenden treten. Um das Grundbedürfnis nach Körperkontakt zu erfüllen, sind individuelle Lösungen durch die Pflegefachpersonen erforderlich. Sofern keine erhöhte Infektionsgefahr besteht (z. B. bei symptomfreien Menschen mit Pflegebedarf deren Angehörigen), ist auch diesem Personenkreis Berührung während Besuchen mit Angehörigen zu ermöglichen.

Es ist besonders wichtig, geeignete Schutzausrüstung bereitzustellen. Die Planung und Vorbereitung des Körperkontakts sollte unter Einbezug der Expertise von erfahrenen Hygienefachkräften oder Mitarbeiter*innen des Gesundheitsamtes erfolgen. Wenn beispielsweise das Tragen von Handschuhen eine erhebliche Hürde darstellt, kann sorgfältige Handhygiene eine Alternative bieten, um direkte körperlichen Kontakt zu ermöglichen.

2.3.3	Empfehlung 5	Neu
Empfehlungsgrad	Den Bewohner*innen sollten individuell abgestimmte digitale Angebote zur Beziehungsgestaltung aufgezeigt und ermöglicht werden.	
		
Level 3	Sacco et al. (2020), Robič et al. (2021), Vu et al. (2022)	

Digitale Kontaktmöglichkeiten

In den Einrichtungen sollten frühzeitig Konzepte entwickeln werden, um IT nachhaltig in die sozial-pflegerische Versorgung zu integrieren, insbesondere bei ersten Anzeichen eines Pandemiegeschehens. So kann der Kontakt der Bewohner*innen zu Personen außerhalb der Einrichtung aufrechterhalten werden. Virtuelle Besuche von An- und Zugehörigen, sei es per Telefon oder Videokonferenz, können auf diese Weise organisiert werden [35, 36]. Eine Untersuchung von Sacco et al. (2020) [37] zeigt, dass die Bewohner*innen Telefongespräche den Videokonferenzen vorziehen. Erste Hinweise auf positive Auswirkungen zur individuellen Videokommunikation oder zu Videostreams von Veranstaltungen oder Treffen zeigt die Untersuchung von Vu Thi et al. (2022) [36].

Einige Einrichtungen haben eigene Fernsehkanäle oder die Möglichkeit, Angeboten wie Konzerte oder Vorstellungen auf den Fernsehgeräten in den Zimmern zu übertragen. Diese digitalen Ansätze könnten in Zusammenarbeit mit religiösen Gemeinschaften, wie Kirchengemeinden umgesetzt werden, indem beispielsweise regelmäßigen Gottesdiensten oder religiöse Angebote via Videostream organisiert oder durch Videokonferenzen gemeinsame Gebete mit Seelsorger*innen ermöglicht werden.

Zudem könnten verschiedene Anwendungen (z. B. Fitness-Apps, soziale Interaktionsplattformen oder Essens-Apps) eine Möglichkeit des digitalen Austauschs sein [8]. Digitale Präsenzroboter, die zur Kommunikation mit älteren Menschen eingesetzt werden, werden in der Literatur nur selten erwähnt. Obwohl der Einsatz im deutschsprachigen Raum bislang wenig verbreitet ist, könnten diese in Zukunft an Bedeutung gewinnen [38, 39].

Die digitale Unterstützung bei der Beziehungsgestaltung sollte im Alltag umgesetzt werden. Allerdings sind in vielen Einrichtungen die technischen Voraussetzungen noch nicht gegeben, was unter Umständen zusätzliche Investitionen in die digitale Infrastruktur erfordert. Mit der fortschreitenden Technisierung und Digitalisierung sind solche Entwicklungen jedoch zu erwarten.

2.4 Individuelle Alltagsgestaltung

Die unterschiedlichen Restriktionsgrade der sozialen Distanzierung bis hin zur Isolierung beeinflussen die Alltagsgestaltung der Bewohner*innen erheblich. Die resultierende Reduktion sozialer Kontakte sowie der häufige Verzicht auf Gruppenangebote erfordern eine Anpassung der Beschäftigungsangebote in den Einrichtungen. Quarantäne und soziale Distanzierung werden mit negativen Folgen sowohl für die Bewohner*innen (z. B. Depression, Ängste, Einsamkeit, Ernährungsstatus, Kognition, Verhalten) als auch für die pflegenden Angehörigen (z. B. Depression, Schlafstörungen) assoziiert [40].

2.4.1	Empfehlung 6	Neu
Empfehlungsgrad 	Den Bewohner*innen sollte der Zugang zu individuell abgestimmten Einzel- und Gruppenangeboten zur sinnstiftenden Alltagsgestaltung ermöglicht werden.	
Level 4	Sales et al. (2022), Miyawaki et al. (2020), Morgado et al. (2023), Pinazo-Hernandis et al. (2022)	

Angesichts der besonderen Anforderungen während der Pandemie sollten vermehrt individuelle Angebote geschaffen werden, die es den Bewohner*innen ermöglichen, ihren Alltag sinnvoll zu gestalten. Sinnstiftende Angebote gehen über bloße Beschäftigung hinaus; sie müssen Aktivitäten umfassen, die das Wohlbefinden fördern. Solche Angebote sollten Freude bereiten, den Interessen und Fähigkeiten der einzelnen Bewohner*innen entsprechen, persönliche und relevante Ziele verfolgen sowie die Identität der Personen stärken und zum Ausdruck bringen [41].

Um die Soziale Teilhabe und zwischenmenschliche Interaktion zu fördern, sollten alle Möglichkeiten geprüft werden, den Bewohner*innen den Zugang zu Veranstaltungen zu ermöglichen, an denen sie in Gemeinschaft, jedoch kontaktlos teilnehmen können. Beispiele hierfür sind Gottesdienste, Konzerte oder Aufführungen, die vor dem Gebäude stattfinden, sodass die Bewohner*innen am Fenster oder vom Balkon aus teilnehmen können.

Insgesamt ist die Evidenzlage zur sinnstiftenden Alltagsgestaltung auch Jahre nach der Pandemie noch nicht ausreichend entwickelt.

Strukturierte Remineszenztherapie

Sinnfindung ist ein entscheidender Aspekt, um in schwierigen Zeiten mit Stressoren umzugehen und notwendige Copingstrategien zu entwickeln [42]. Eine strukturierte Reminiszenztherapie kann als gezielte Erinnerungsarbeit dazu beitragen, die Copingkapazitäten der Bewohner*innen zu stärken und somit die belastenden Herausforderungen einer pandemischen Krise besser zu bewältigen [43].

Wesentlich ist dabei, einen positiven Blick auf das eigene Leben, ein starkes Kohärenzgefühl sowie das Empfinden von Bedeutsamkeit zu fördern, um die Resilienz gegenüber Stressoren

wie pandemischen Krisenzeiten zu erhöhen [43, 44]. Darüber hinaus kann die Reminiszenztherapie in Gruppenformaten auch Isolation entgegenwirken und die Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung stärken [44, 45].

Angebot von Einzelaktivitäten

Wenn die allgemeinen Präventionsmaßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 eine Reduktion der sozialen Kontakte vorschreiben, ist es notwendig, das Beschäftigungsangebot in der Einrichtung entsprechend anzupassen. Quarantäne und Isolierung werden mit negativen Folgen für die Bewohner*innen in Verbindung gebracht [46–48].

Im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ sind zahlreiche Einzelaktivitäten beschrieben, die in den Alltag integriert werden können [29]. Zudem können Angebote mit Reminiszenzelementen, wie beispielsweise die geführte Erinnerungsarbeit, auch von nahestehenden Familienangehörigen in digitalen Formaten durchgeführt werden [49].

2.4.2	Empfehlung 7	Neu
Empfehlungsgrad 	Den Bewohner*innen sollten digitale Angebote zur Unterhaltung bereitgestellt und ermöglicht werden.	
Level 3	Hung et al. (2023), Hung et al. (2023)	

Digitale Aktivitätsangebote

Die Regeln zur Quarantäne und Isolierung schränken soziale Kontakte stark ein, insbesondere die Interaktion mit Familienangehörigen außerhalb der Einrichtungen. Technologien können jedoch dazu beitragen, diese Interaktionen aufrechtzuerhalten [50]. Wenn Technologien einfach zu bedienen sind, können sie zudem die Selbständigkeit der Bewohner*innen bei der Kontaktaufnahme fördern, was sich positiv auf die Belastung der Familien auswirken kann. Es ist wichtig, potenzielle Hürden bei der Nutzung frühzeitig zu identifizieren, wie etwa Bedenken hinsichtlich der Privatsphäre oder die rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen. Daher sollte den Bewohner*innen Unterstützung bei der Anwendung dieser Technologie angeboten werden [38, 39].

2.4.3	Empfehlung 8	Neu
EK	Den Bewohner*innen sollte auf Wunsch ermöglicht werden, kontaktlos an Veranstaltungen, zum Beispiel kultureller oder religiöser Art, vor dem Gebäude teilzunehmen.	
	Expertenkonsens der DGP (s. a. S1-Leitlinie, 2020)	

Angebot von Veranstaltungen

Zusätzlich zu Einzel- und Gruppenangeboten zur sinnvollen Alltagsgestaltung innerhalb der Einrichtung sind auch Angebote in Betracht zu ziehen, die es den Bewohner*innen ermöglichen, kontaktlos vom Fenster oder vom Balkon aus an Veranstaltungen vor dem Gebäude teilnehmen zu können, wie Gottesdiensten, Konzerten oder Aufführungen. Diese Form der Sozialen Teilhabe bietet den Vorteil, dass die Bewohner*innen über mehrere Sinne (wie Hören und Sehen) angesprochen werden. Zudem fördert die Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung, beispielsweise durch Singen, Klatschen oder Tanzen, den Aspekt der Sozialen Teilhabe und Interaktion.

2.5 Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit

Die individuelle Bewegungsfähigkeit beeinflusst den Grad der Selbständigkeit von Bewohner*innen stationärer Altenhilfseinrichtungen in ihren Alltagsaktivitäten. Restriktionen wie die Isolierung im Zimmer schränken den Bewegungsradius der Bewohner*innen erheblich ein. Ergebnisse eines Rapid Reviews deuten darauf hin, dass pandemiebedingte Einschränkungen innerhalb von drei Monaten zu einem Funktionsverlust führen können, während unter normalen Bedingungen ein solcher Verlust bei Personen in stationären Pflegeeinrichtungen erst nach durchschnittlich nach einem Jahr auftritt [40].

Im Gegensatz dazu zeigen Interventionen wie Balanceübungen oder Krafttraining zur Bewegungsförderung ein positives Potential für die Alltagskompetenzen der Bewohner*innen [51]. Diese Interventionen können sowohl als Einzel- als auch als Gruppenintervention umgesetzt werden. Unter pandemischen Bedingungen sollten jedoch Einzelinterventionen bevorzugt werden, die sich in alltäglichen Aktivitäten integrieren lassen, wie beispielsweise Balanceübungen während der pflegerischen Versorgung. Die zusätzlichen Ressourcen in der Betreuung können ebenfalls genutzt werden, um die Ziele des Erhalts und der Förderung der Mobilität im Rahmen der individuellen Pflege- und Versorgungsplanung zu verfolgen. Dies erfordert eine gute Arbeitsorganisation und eine effektive berufsgruppenübergreifenden Kommunikation beispielsweise zwischen der Pflege, den Therapieberufen und der Medizin.

Die Evidenzlage bezüglich der Implementierung von bewegungsfördernden Interventionen ist bisher unzureichend. In der Übersichtsarbeit von Quasdorf et al. (2023) [52] wurden mehrere Einflussfaktoren identifiziert, darunter verfügbare Ressourcen, Zugang zu Wissen und Information, die Wünsche und Ressourcen bewegungseingeschränkter Personen sowie das Wissen und die Einstellung zu bestimmten Interventionen.

Bei der Förderung und dem Erhalt der Bewegungsfähigkeit ist die Multidimensionalität von Bewegung zu berücksichtigen. Bewegung und Mobilität werden nicht nur durch physische, sondern auch durch soziale und psychologische Aspekte beeinflusst; Bewegungseinschränkungen können als eine Form der Inhaftierung wahrgenommen werden [53].

Gesetzlich verankerte Präventionsansprüche in stationären Pflegeeinrichtungen beinhalten explizit die Förderung der Mobilität [54]. Erste Erkenntnisse aus der Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach §5 SGB XI unterstreichen die zentrale Bedeutung von Bewegung für gesundheitsfördernde Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen [55].

2.5.1	Empfehlung 9	Neu
Empfehlungsgrad 	Den Bewohner*innen sollen Bewegungsprogramme aufgezeigt und ermöglicht werden, die unterschiedliche Aspekte von Mobilität ansprechen und fördern.	
Level 2	Chen et al. (2021), Courel-Ibáñez et al. (2022), Kleschnitzki et al. (2022)	

Die externe Evidenz zur Förderung und Erhaltung der Bewegungsfähigkeit unter pandemischen Bedingungen ist begrenzt [56–58]. Studien wie die von Chen et al. (2021) [56] untersuchten den Effekt des Otago-Übungsprogramms für kognitiv beeinträchtigte Bewohner*innen in einer chinesischen stationären Pflegeeinrichtung. Die Studie zeigte, dass Otago die körperlichen und geistigen Funktionen älterer Menschen, während der Covid-19-Pandemie verbessern konnte. Das Multikomponenten-Bewegungsprogramm Vivifrail wurde hinsichtlich seiner Effektivität für gebrechliche Bewohner*innen in zwei spanischen Pflegeeinrichtungen evaluiert. Die Ergebnisse der Studie von Courel-Ibáñez et al. (2022) [57] zeigten, dass Vivifrail besonders kurzfristig in der Steigerung der funktionellen Leistung und der Kraft von Teilnehmenden sehr effektiv war. Eine weitere Studie analysierte die Wirksamkeit des Einsatzes einer Spielkonsole in Bezug auf die negativen Auswirkungen pandemiebedingter Maßnahmen auf die motorischen Fähigkeiten von Bewohner*innen in etwa 100 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Die Studie von Kleschnitzki et al. (2022) [58] zeigte, dass die Interventionsgruppe in den ersten sechs Monaten verbesserte motorische Fähigkeiten aufwies, während die motorischen Fähigkeiten der Kontrollgruppe leicht abnahmen. Nach sechs Monaten wurde ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt.

Computergestützte Bewegungsspiele

Computergestützte Bewegungsspiele basieren auf Körperbewegungen der Spieler*innen und werden von vielen Anwender*innen als ansprechender und nützlicher im Vergleich zu herkömmlichen Bewegungsübungen wahrgenommen. Diese Spiele zeigen bei regelmäßiger Anwendung signifikante positive Effekte auf die Funktionsfähigkeit und das Gleichgewicht [59]. Beispielsweise führten Bewegungsübungen mit der MemoreBox zu

signifikanten Verbesserungen der motorischen Fähigkeiten nach einem sechsmonatigen Einsatz, bei dem wöchentlich drei Einheiten à 60 Minuten unter Anleitung von Ergotherapeut*innen durchgeführt wurden. Die Umsetzung einer solchen Intervention im Alltag erfordert zusätzliche personelle Kapazitäten, die beispielsweise durch gesetzliche Präventionsmaßnahmen für Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe unterstützt werden könnten [54].

Bewegungsprogramme

Standardisierte Bewegungsprogramme, die speziell für ältere Menschen entwickelt wurden, wie das Otago-Übungsprogramm oder das Vivifrail-Bewegungsprogramm, beinhalten gezielte Übungsbestandteile zur Förderung verschiedener Bewegungsfähigkeiten. Diese Übungen sollen je nach individuellen Fähigkeiten [56] und gesundheitlicher Situation [57] in unterschiedlicher Intensität durchgeführt werden. Die praktische Umsetzung dieser Programme im Alltag kann durch gesetzliche Präventionsmaßnahmen gefördert werden [54].

Anleitung von Bewegungsübungen

Es sollte stets eine anleitende Person für die Durchführung von Bewegungsübungen bevorzugt werden, anstelle einer videogestützten Anleitung. Dabei sind notwendige Sicherheitsmaßnahmen zu beachten, wie das Tragen von angemessenem Schuhwerk und weitere sturzpräventive Vorkehrungen. Zudem ist auf die gesundheitliche Situation der Teilnehmenden zu achten und sicherzustellen, dass während der Übungen eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr gewährleistet ist [56].

2.5.2	Empfehlung 10	Neu
EK	Bewegungsförderung sollte Bestandteil der täglichen Pflege- und Versorgungsroutine sein.	
	Expertenkonsens der DGP (s. a. S1-Leitlinie, 2020)	

Bewegungsförderung als Bestandteil der Pflege

Bewegungsförderung in Form von Bewegungsübungen sollte integraler Bestandteil von Pflege- und Versorgungsmaßnahmen sein, um gezielt den Erhalt von Teil- und Selbständigkeit in Alltagsaktivitäten zu unterstützen. Das Pflege- und Betreuungspersonal benötigt eine Haltung, die sich auf den bestmöglichen Erhalt der Selbstständigkeit der Bewohner*innen konzentriert, sowie die nötigen Kompetenzen, um diese effektiv zu motivieren und anzuleiten.

Auf der Ebene der Einrichtung ist es wichtig, bewegungsförderliche sowie -hinderliche Faktoren zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zu definieren. Hierzu sollte eine verantwortliche Person benannt werden, die als offizielle Ansprechperson fungiert und die Zusammenarbeit der verschiedenen Arbeitsbereiche bei der Umsetzung bewegungsfördernder Maßnahmen koordiniert [60].

2.6 Individuelle Ernährungsangebote

Strategien zur Förderung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Ernährung dient der Aufrechterhaltung physiologischer Prozesse, ist Sinneswahrnehmung und kann – wenn gemeinsam Mahlzeiten eingenommen werden – zum sozialen Erlebnis werden. Durch die Umsetzung von Hygiene- und Schutzmaßnahmen wie Quarantäne oder Isolierung entfällt die soziale Dimension der Nahrungsaufnahme [61], die Tagesstrukturierung ist möglicherweise aufgehoben und Anreize zur Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme entfallen.

Zum Thema Ernährung unter Covid-19-Bedingungen liegt bisher keine aussagekräftige externe Evidenz vor. Es konnte lediglich eine qualitative Studie zur Flüssigkeitsversorgung identifiziert werden mit Empfehlungen zur Förderung der Flüssigkeitsaufnahme unter pandemischen Bedingungen [62].

2.6.1	Empfehlung 11	Neu
EK	Die Bewohner*innen sollten individuell abgestimmte Angebote zur Förderung der Ernährung erhalten, die den sozialen Aspekt der Nahrungsaufnahme berücksichtigen.	
	Expertenkonsens der Delegierten; Keller et al. (2022)	

Vor der Auswahl geeigneter Maßnahmen ist eine Einschätzung zur Ursache fehlender oder mangelnder Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme vorzunehmen. Ursachen können sein: körperliche oder kognitive Beeinträchtigung, fehlendes Interesse am Essen oder Trinken, ungünstige Umgebungsfaktoren, inadäquates Angebot, erhöhter Bedarf oder Vereinsamung [63].

Je nach Ursache sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen [62]:

- Leicht zugängliche Speisen und Getränke
- Adäquate Inkontinenzversorgung
- Geeignete Darreichungsformen
- Häufige Angebote bzw. Erinnerungen

Die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sollte auch als soziale Aktivität verstanden werden, indem für eine motivierende Interaktions- und Umgebungsgestaltung gesorgt wird [63]. Unter Pandemiebedingungen ist abzuwägen zwischen den Erfordernissen eines wirkungsvollen Infektionsschutzes und den Erfordernissen von sozialen Bedürfnissen im Zusammenhang mit der Ernährung [64].

3. Wichtige Forschungsfragen

In diesem Kapitel werden die Schlüsselfragen vorgestellt, die aus der bestehenden S1-Leitlinie abgeleitet wurden [65]. Diese wurden durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe auf ihre Aktualität und Passung überprüft, als Vorschlag der Leitliniengruppe vorgelegt und konsensual verabschiedet. Anschließend wurden die Fragen mithilfe des PICO-Schemas systematisch untersucht, um gezielte und relevante Erkenntnisse zu gewinnen.

Die Schlüsselfragen der Leitlinie basieren auf den Empfehlungen der zugrundeliegenden S1-Leitlinie [65]:

1. Wie kann eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege einen Pandemieplan erstellen, der die Wahrung der Würde von Personen mit Pflegebedarf in den Mittelpunkt stellt?
2. Wie kann eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege während einer pandemischen Notlage den Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten der Gesundheitsversorgung in Kooperation mit externen Leistungserbringenden ermöglichen?
3. Wie kann es eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege Personen mit Pflegebedarf ermöglichen, ihren medizinischen Behandlungspräferenzen qualifiziert und frühzeitig Ausdruck zu verleihen?
4. Wie kann eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege die inhaltliche Ausgestaltung und Dauer der Quarantäne auf Basis einer individuellen Risikoeinschätzung festlegen?
5. Wie kann eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege die Umsetzung der Quarantäneregelungen so steuern, dass sowohl die Bedürfnisse der Bewohner*innen als auch die Hygienemaßnahmen in angemessener Weise berücksichtigt werden?
6. Wie kann eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege während einer pandemischen Notlage den Personen mit Pflegebedarf individuell abgestimmte Angebote zur Beziehungsgestaltung anbieten?
7. Wie kann eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege während einer pandemischen Notlage Personen mit Pflegebedarf Angebote zur sinnstiftenden Alltagsgestaltung ermöglichen?
8. Wie kann eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege während einer pandemischen Notlage den Personen mit Pflegebedarf individuelle Angebote zur Förderung und Erhaltung der Bewegungsfähigkeit anbieten.
9. Wie kann eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege während einer pandemischen Notlage den Personen mit Pflegebedarf individuell abgestimmte Ernährungsangebote ermöglichen?

Bei der Suche und Analyse der verfügbaren Literatur zeigte sich, dass nur wenige belastbare Studien vorliegen, die die Schlüsselfragen umfassend beantworten. Daher besteht ein erheblicher Bedarf an weiterführender Forschung, um evidenzbasierte Aussagen zur Sozialen Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen einer

Pandemie zu schaffen. Insbesondere für den Fall einer erneuten Pandemiesituation ist es von entscheidender Bedeutung, dazu belastbare Aussagen treffen zu können. Diese sollen dazu beitragen, die offenen Fragen zu klären und praxisnahe, evidenzbasierte Empfehlungen zu entwickeln, um die Lebensqualität der Bewohner*innen in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen einer Pandemie bestmöglich zu sichern.

4. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

In diesem Kapitel werden die Delegierten, die an der Erstellung der Leitlinie beteiligt waren, sowie ihre jeweiligen Rollen in der Leitliniengruppe dargestellt. Neben den Personen der Leitlinienkoordination werden auch die Vertreter*innen der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen benannt. Darüber hinaus wird erläutert, durch welche Vertreter*innen die Perspektiven von Patient*innen und Bürger*innen aktiv in den Leitlinienprozess eingebracht wurden.

4.1 Leitlinienkoordination/Ansprechpartner*innen

Leitlinienkoordination:

Prof. Dr. Martin Müller | Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg

Prof. Dr. Erika Sirsch | Leitlinienkommission der DGP (ab Dezember 2023)

Prof. Dr. Daniela Holle | Leitlinienkommission der DGP (bis Dezember 2023)

Leitliniensekretariat:

Gerhard Fuchs, M.Sc. | Universitätsklinikum Heidelberg (ab Juni 2024)

Dr. Julia Starman | Universitätsklinikum Heidelberg (bis Juni 2024)

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.

Leitlinienkommission

Bürgerstraße 47, 47057 Duisburg

E-Mail: leitlinien@dg-pflegewissenschaft.de

Tel.: +49 203 356793

4.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

In der folgenden *Tabelle 1* sind die Mitglieder der Leitliniengruppe aufgeführt. Mitglieder*innen, die mit einem * markiert sind, gehörten zur Steuerungsgruppe und trugen wesentlich zur methodischen und inhaltlichen Gestaltung der Leitlinie bei.

Tabelle 1: Mitglieder der Leitliniengruppe

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Annette Riedel	Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)	01.07.2021 bis 31.01.2025
Sabine Wöhlke		01.07.2021 bis 31.01.2025
Ulrike Kempchen	Bundesinteressensvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen (BIVA)	01.07.2021 bis 31.01.2025
Frauke von Hagen		01.07.2021 bis 31.01.2025
Martin Dichter*	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	01.07.2021 bis 31.01.2025
Jonas Dörner		01.07.2021 bis 31.01.2025
Markus Bleckwenn	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	01.07.2021 bis 18.04.2024
Klaus Weckbecker		01.07.2021 bis 18.04.2024
Martina Feulner	Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft	01.07.2021 bis 31.01.2025
Erika Sirsch*	Deutsche Schmerzgesellschaft	01.07.2021 bis 31.01.2025
Margareta Halek*	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)	01.07.2021 bis 31.01.2025
Daniela Holle*		01.07.2021 bis 31.01.2025
Sascha Köpke*		01.07.2021 bis 31.01.2025
Martin Müller*		01.07.2021 bis 31.01.2025

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Katja Goudinoudis	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGPalliativmedizin)	01.07.2021 bis 31.12.2023
Ulrich Grabenhorst		01.07.2021 bis 31.01.2025
Gabriele Meyer*	European Academy of Nursing Science (EANS)	01.07.2021 bis 31.01.2025
Reinhard Leopold	HEIM-MITWIRKUNG, Unabhängige Selbsthilfe-Initiative für Pflegebetroffene	01.07.2021 bis 31.01.2025
Katrin Balzer*	Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk)	01.07.2021 bis 31.01.2025
Weitere Teilnehmende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Anja Bieber*	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	01.07.2021 bis 31.01.2025
Beate Fröhlich	Danuvius Haus Ingolstadt	01.07.2021 bis 31.01.2025
Andreas Kutschke	Stiftung St. Laurentius Elmpt	01.07.2021 bis 31.12.2023
Vanda Marujo	Robert Koch-Institut (RKI)	01.07.2021 bis 31.01.2025

An der Leitlinienerstellung haben alle eingeladenen Fachgesellschaften und Organisationen aktiv teilgenommen. Zu Beginn des Prozesses wurden alle relevanten Akteur*innen angefragt, und es konnten Mandatsträger*innen entsendet werden, die die Leitlinienerstellung unterstützt und begleitet haben.

4.3 Patient*innen-/Bürger*innenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Patientenvertreter*innen erstellt. Frau Ulrike Kempchen, Frau Frauke von Hagen (beide BIVA) und Herr Reinhard Leopold (HEIM-MITWIRKUNG) waren stimmberechtigt und vom **01.07.2021** bis **31.01.2025** an der Erstellung der Leitlinie beteiligt.

4.4 Methodische Begleitung

Eine methodische Begleitung durch eine Leitlinienberatung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) fand bei der Erstellung der vorliegenden Leitlinie nicht statt. Die Entwicklung der Leitlinie erfolgte auf Grundlage

systematischer Literaturrecherche und des Konsenses der beteiligten Fachgesellschaften und Expert*innen.

5. Informationen zu dieser Leitlinie

5.1 Methodische Grundlagen

Die Methodik zur Erstellung dieser Leitlinie richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk (Version 2.1 vom 05.09.2023) [66].

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Auflage 2.1 2023. Verfügbar: <https://www.awmf.org/regelwerk/>

5.2 Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz

Eine ausführliche Beschreibung zur Recherche und Auswahl der Evidenz finden Sie im Leitlinienreport dieser Leitlinie. Die Grundlage für die Aktualisierung der Leitlinie bildet die bestehende S1-Leitlinie [65].

5.3 Kritische Bewertung der Evidenz

Die Analyse der eingeschlossenen Literatur der Evidenz erfolgte unter Zuhilfenahme der Software Covidence [67]. Dabei wurde die Evidenz anhand der Oxford 2011 Levels of Evidence bewertet [68]. Es wurden die Kriterien berücksichtigt, die durch ständige Leitlinienkommission der AWMF [66] im Regelwerk definiert sind:

1. Wie substantiell sind der erwartete Nutzen und der erwartete Schaden der Intervention?
2. Wie sicher ist die zugrundeliegende Evidenz, bzw. bzw. wie vertrauenswürdig sind die Effektschätzer? Zu welchen Endpunkten oder Teilfragestellungen fehlt Evidenz?“
3. Wie wichtig sind die Endpunkte?
4. Wie sicher ist die Einschätzung der Ansichten und Präferenzen der betroffenen Patient*innen/Bürger*innen bzw. deren Variabilität?
5. Wie sehr spricht die Abwägung von Nutzen und Schaden in Bezug auf individuelle patientenrelevante Endpunkte, aber ggf. auch in Bezug auf populationsbasierte Endpunkte wie Klimaverträglichkeit (CO₂-Bilanz) und Nachhaltigkeit (z. B. im Hinblick auf Müllvermeidung) für die Intervention?
6. Spricht die Kosten-Nutzen-Abwägung für die Intervention?
7. Wie wird die Umsetzbarkeit im Alltag / in verschiedenen Versorgungsbereichen in Bezug auf Akzeptanz und Umsetzbarkeit eingeschätzt?
8. Gibt es soziale, ethische, und/oder rechtliche Erwägungen, die die Empfehlungsstärke beeinflussen?

Die Grade der Evidenz nach den Oxford 2011 Levels of Evidence [68] werden in dieser Leitlinie wie in der folgenden *Tabelle 2* dargestellt. Der Grad kann aufgrund der Studienqualität, Ungenauigkeit, Indirektheit, Inkonsistenz zwischen Studien, oder sehr geringer Effektgröße herabgestuft werden und aufgrund hoher oder sehr hoher Effektgröße hinaufgestuft werden.

Tabelle 2: Evidenzgrade nach den Oxford 2011 Levels of Evidence [68]

Grad der Evidenz (LoE)	Methodik der Studie
Level 1	Systematic Review of RCTs
Level 2	Randomized Trial, Observational Study with dramatic effect
Level 3	Non-randomized controlled cohort or follow-up
Level 4	Case-series, Case-controll
Level 5	Mechanism-based reasoning

5.4 Konsensfindung

Die Formulierung, Konsensfindung und Verabschiedung der Empfehlungen erfolgte gemäß den Vorgaben des AWMF-Regelwerks [66]. Nach der Analyse und Bewertung der Literatur formulierten die Mitglieder*innen der Steuerungsgruppe in vier Arbeitsgruppen die Empfehlungen und zugehörigen Hintergrundtexte. Diese wurden in der Steuerungsgruppe diskutiert, abgestimmt und schließlich durch die Mitglieder der Arbeitsgruppen freigegeben.

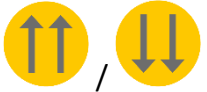
Im Anschluss erhielten alle Delegierten der Leitlinie die Empfehlungen und Hintergrundtexte zur kritischen Begutachtung. Die eingegangenen Anmerkungen und Änderungswünsche wurden gesammelt und in zwei digitalen Leitlinienkonferenzen am **05.11.2024** und **11.11.2024** intensiv besprochen. Stimmberechtigt waren alle Delegierten der beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen, sofern eine aktuelle Interessenskonflikterklärung vorlag. Bei Doppelmandaten galt eine Stimme pro Fachgesellschaft oder Organisation. Anpassungen wurden nur dann übernommen, wenn sie den Vorgaben des AWMF-Regelwerks und der Evidenzlage entsprachen. Sonder- oder Minderheitsvoten waren nicht erforderlich.

Die Empfehlungen und Hintergrundtexte galten als konsentiert, wenn alle Teilnehmenden der jeweiligen Leitlinienkonferenz ihre Zustimmung gaben. Nach abschließender Überarbeitung hatten die Delegierten erneut Gelegenheit, die überarbeitete Leitlinie zu kommentieren. Auch diese Anmerkungen wurden bei Übereinstimmung mit den methodischen Vorgaben berücksichtigt. Im letzten Schritt erfolgten die Begutachtung und Verabschiedung durch die Präsidien und Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen.

5.5 Empfehlungsgraduierung

Die Empfehlungsstärke wird in dieser Leitlinie durch Symbole entsprechend der jeweiligen Empfehlungsstärke und Ausdrucksweise dargestellt, wie in der folgenden *Tabelle 3* aufgeführt.

Tabelle 3: Empfehlungsgrade

Empfehlungsgrad	Empfehlungsstärke	Ausdrucksweise	Symbol (fakultativ)
A	Starke Empfehlung	Soll/Soll nicht	
B	Schwache Empfehlung	Sollte/sollte nicht	
0	Empfehlung offen	Kann erwogen/verzichtet werden	

6. Redaktionelle Unabhängigkeit

6.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Erstellung der Leitlinie wird durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention über die Förderrichtlinie Pflege (Einzelprojekte zur Verbesserung der Lebensqualität und der Rahmenbedingungen in der Pflege, Förderkennzeichen G43c-G8300-2021/923-22) in Höhe von 54.594,45€ unterstützt. Der verbleibende Aufwand wurde ehrenamtlich erbracht. Die Finanzierung hatte keinen Einfluss auf die Inhalte, da ausschließlich wissenschaftliche Mitarbeiter*innen zur Erstellung der Leitlinie sowie Sachmittel (Literaturbeschaffung, Software, EDV-Ausstattung u.a.) finanziert wurden.

6.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Interessenerklärungen wurden mit dem entsprechenden Formblatt der AWMF eingeholt. Eine Bewertung der Interessenerklärung erfolgte differenziert nach den Funktionen in der Leitliniengruppe. Die Bewertung der potenziellen Interessenkonflikte der Leitlinienkoordinator*innen erfolgte durch Mitglieder des Vorstandes der DGP, die nicht in der Leitlinienentwicklung involviert waren oder in persönlicher Beziehung zu den Koordinator*innen stehen. Die Bewertung möglicher Interessenkonflikte der beteiligten Delegierten und Interessenvertreter*innen erfolgte durch die Leitlinienkoordinator*innen. Eine ausführliche Tabelle zu den Interessenskonflikten ist im Leitlinienreport zu finden. Interessenskonflikte im Zusammenhang mit Covid-19 wären z. B. Verbindungen zur Industrie, die Schutzausrüstung herstellt bzw. zu pharmazeutischen Unternehmen, die spezifische Medikamente oder Impfstoffe herstellen. Keine der beteiligten Personen hat entsprechende Verbindungen angegeben, weshalb eine Differenzierung in geringe, moderate oder hohe Interessenskonflikte nicht vorgenommen wurde.

7. Externe Begutachtung und Verabschiedung

Die Verabschiedung der finalen Version der Leitlinie erfolgte durch die federführende Fachgesellschaft (DGP) im Anschluss an das Verfahren der Stellungnahme der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen im Zeitraum vom **18.12.2024** bis zum **17.01.2025**. Eine externe Begutachtung wurde nicht durchgeführt. Eine detaillierte Übersicht der eingegangenen Rückmeldungen und ihrer Berücksichtigung ist dem Leitlinienreport zu entnehmen.

8. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist ab **17.03.2025** bis zur nächsten Aktualisierung voraussichtlich bis **31.01.2030** gültig. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an das Leitliniensekretariat gesendet werden.

Kontakt Leitliniensekretariat:

Prof. Dr. rer. medic. Martin Müller, MPH
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3
69126 Heidelberg
E-Mail: M.Mueller@med.uni-heidelberg.de

9. Literatur

1. World Health Organization. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf; 2005.
2. Post MWM. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2014;20:167–80. doi:10.1310/sci2003-167.
3. Wilson IB. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. *JAMA.* 1995;273:59. doi:10.1001/jama.1995.03520250075037.
4. Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res.* 2008;17:1125–35. doi:10.1007/s11136-008-9396-4.
5. Paul Kowal, J Edward Dowd. Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project: Unpublished; 2001.
6. Bartz CC. International Council of Nurses and person-centered care. *Int J Integr Care.* 2010;10 Suppl:e010. doi:10.5334/ijic.480.
7. Davidson PM, Szanton SL. Nursing homes and COVID-19: We can and should do better. *J Clin Nurs.* 2020;29:2758–9. doi:10.1111/jocn.15297.
8. Banskota S, Healy M, Goldberg EM. 15 Smartphone Apps for Older Adults to Use While in Isolation During the COVID-19 Pandemic. *West J Emerg Med.* 2020;21:514–25. doi:10.5811/westjem.2020.4.47372.
9. Hoben M, Dymchuk E, Corbett K, Devkota R, Shrestha S, Lam J, et al. Factors Associated With the Quality of Life of Nursing Home Residents During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2023;24:876-884.e5. doi:10.1016/j.jamda.2023.03.033.
10. Chavez KS, Dwyer AA, Ramelet A-S. International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies.* 2018;78:61–75. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.09.010.
11. Barasteh S, Vahedian Azimi A, Khademi F, Goharinezhad S, Rassouli M. Covid-19 and nursing home residents: The potential role of geriatric nurses in a special crisis. *NPT* 2020. doi:10.18502/npt.v7i3.3343.
12. Leitlinienprogramm Onkologie. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.2; 2020.
13. Bausewein C, Simon S. Richtig handeln Richtig handeln in der Betreuung Schwerkranker und Sterbender in Pandemiezeiten.
14. Bausewein C, Simon S. Nationale Strategie für die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in Pandemiezeiten (PallPan): Zenodo; 2021.
15. Grabenhorst U, Stiels-Prechtel R, Niemann M, Weckbecker K. COVID-19 in einer stationären Pflegeeinrichtung : Corona-Pandemie 2020. [COVID-19 in the nursing home: a case report]. *MMW Fortschr Med.* 2020;162:60–2. doi:10.1007/s15006-020-0481-0.
16. Ouslander JG. Coronavirus Disease19 in Geriatrics and Long-Term Care: An Update. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:918–21. doi:10.1111/jgs.16464.

17. Rainsford S, Hall Dykgraaf S, Phillips C. Effectiveness of telehealth palliative care Needs Rounds in rural residential aged care during the COVID-19 pandemic: A hybrid effectiveness-implementation study. *Aust J Rural Health*. 2022;30:108–14. doi:10.1111/ajr.12789.
18. Mallery L, Shetty N, Moorhouse P, Miller AP, Maltzahn M von, Buckler M, et al. Goals of Care Conversations in Long-Term Care during the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *J Clin Med* 2022. doi:10.3390/jcm11061710.
19. Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17:284–93. doi:10.1016/j.jamda.2015.12.017.
20. Berning MJ, Palmer E, Tsai T, Mitchell SL, Berry SD. An advance care planning long-term care initiative in response to COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69:861–7. doi:10.1111/jgs.17051.
21. Ye P, Fry L, Champion JD. Changes in Advance Care Planning for Nursing Home Residents During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22:209–14. doi:10.1016/j.jamda.2020.11.011.
22. British Geriatrics Society. Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people: Good Practice Guide.
23. Lapid MI, Koopmans R, Sampson EL, van den Block L, Peisah C. Providing quality end-of-life care to older people in the era of COVID-19: perspectives from five countries. *Int Psychogeriatr*. 2020;32:1345–52. doi:10.1017/S1041610220000836.
24. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. 2020;180:934–43. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994.
25. Nehls W, Delis S, Haberland B, Maier B, Sanger K, Tessmer G, et al. Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive 2.0; 2020.
26. Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA*. 2020;323:1771–2. doi:10.1001/jama.2020.4894.
27. Piers R, Albers G, Gilissen J, Lepeleire J de, Steyaert J, van Mechelen W, et al. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *BMC Palliat Care*. 2018;17:88. doi:10.1186/s12904-018-0332-2.
28. O'Rourke HM, Duggleby W, Fraser KD, Jerke L. Factors that affect quality of life from the perspective of people with dementia: a metasynthesis. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:24–38. doi:10.1111/jgs.13178.
29. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück; 2019.
30. Robert Koch-Institut. Projekt "Monitoring des Managements von Ausbrüchen durch respiratorische Erreger in Pflegeeinrichtungen": Checkliste für die Gesundheitsämter (GA) und/oder Pflegeeinrichtungen; 2013.

31. Monin JK, Ali T, Syed S, Piechota A, Lepore M, Mourgues C, et al. Family Communication in Long-Term Care During a Pandemic: Lessons for Enhancing Emotional Experiences. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28:1299–307. doi:10.1016/j.jagp.2020.09.008.
32. van Dyck LI, Wilkins KM, Ouellet J, Ouellet GM, Conroy ML. Combating Heightened Social Isolation of Nursing Home Elders: The Telephone Outreach in the COVID-19 Outbreak Program. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28:989–92. doi:10.1016/j.jagp.2020.05.026.
33. Davin L, Thistlethwaite J, Bartle E, Russell K. Touch in health professional practice: a review. *Clin Teach*. 2019;16:559–64. doi:10.1111/tct.13089.
34. Jansen F, Streit U. *Fähig zum Körperkontakt*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015.
35. Robič M, Rotar Pavlič D. COVID-19 and Care for the Elderly in Long-Term Care Facilities: The Role of Information Communication Technology. *Acta Med Acad*. 2021;50:414–22. doi:10.5644/ama2006-124.363.
36. Vu T, Frye N, Valeika S, Monin JK, Wallhagen M, Marottoli RA. Communication Technology Improved Staff, Resident, and Family Interactions in a Skilled Nursing Home During COVID-19. *J Am Med Dir Assoc*. 2022;23:947–8. doi:10.1016/j.jamda.2022.02.019.
37. Sacco G, Lléonart S, Simon R, Noublanche F, Annweiler C. Communication Technology Preferences of Hospitalized and Institutionalized Frail Older Adults During COVID-19 Confinement: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8:e21845. doi:10.2196/21845.
38. Hung L, Hu G, Wong J, Ren H, Ahmed N, Hussein A, et al. Telepresence Robots in Long-Term Care Settings in British Columbia During the COVID-19 Pandemic: Analyzing the Experiences of Residents and Family Members. *Gerontol Geriatr Med*. 2023;9:23337214231166208. doi:10.1177/23337214231166208.
39. Hung L, Yang SC, Lin MC-M, Chen I, Dong K, Young E. 'I want him to tell me he loves me': A smart audio device, Tochie, for resident-family connection in long-term care. *Int J Older People Nurs*. 2023;18:e12539. doi:10.1111/opn.12539.
40. Schneider P, Abt M, Cohen C, Marmier N, Ortoleva Bucher C. The impact of protective measures against COVID-19 on the wellbeing of residents in nursing homes and their relatives: a rapid review. *BMC Geriatr*. 2023;23:649. doi:10.1186/s12877-023-04300-7.
41. Tierney L, Beattie E. Enjoyable, engaging and individualised: A concept analysis of meaningful activity for older adults with dementia. *Int J Older People Nurs*. 2020;15:e12306. doi:10.1111/opn.12306.
42. Kero K, Podlesek A, Kavcic V. Meaning in challenging times: Sense of meaning supports wellbeing despite pandemic stresses. *SSM Ment Health*. 2023:100226. doi:10.1016/j.ssmmh.2023.100226.
43. Sales A, Pinazo-Hernandis S, Martinez D. Effects of a Reminiscence Program on Meaning of Life, Sense of Coherence and Coping in Older Women Living in Nursing Homes during COVID-19. *Healthcare (Basel)* 2022. doi:10.3390/healthcare10020188.
44. Pinazo-Hernandis S, Sales A, Martinez D. Older Women's Loneliness and Depression Decreased by a Reminiscence Program in Times of COVID-19. *Front Psychol*. 2022;13:802925. doi:10.3389/fpsyg.2022.802925.

45. Morgado B, Fonseca C, Afonso A, Amaro P, Lopes M, Pinho LG de. "Geriatric Proximity" Intervention in COVID-19 Context: Contribution to Reducing Loneliness and Improving Affectivity. *Geriatrics (Basel)* 2023. doi:10.3390/geriatrics8020039.
46. Hugelius K, Harada N, Marutani M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;121:104000. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.104000.
47. Verbiest MEA, Stoop A, Scheffelaar A, Janssen MM, van Boekel LC, Luijkx KG. Health impact of the first and second wave of COVID-19 and related restrictive measures among nursing home residents: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:921. doi:10.1186/s12913-022-08186-w.
48. Benzinger P, Wahl H-W, Bauer JM, Keilhauer A, Dutzi I, Maier S, et al. Consequences of contact restrictions for long-term care residents during the first months of COVID-19 pandemic: a scoping review. *Eur J Ageing*. 2023;20:39. doi:10.1007/s10433-023-00787-6.
49. Miyawaki CE, Tahija N, McClellan A, Chen N-W. Feasibility Study of Caregiver-Provided Life Review: Implementation, Adaptation, and Effects on Care Recipients' Depressive Symptoms. *Clin Gerontol*. 2022;47:808–19. doi:10.1080/07317115.2022.2144578.
50. Lemaire C, Humbert C, Sueur C, Racin C. Use of Digital Technologies to Maintain Older Adults' Social Ties During Visitation Restrictions in Long-Term Care Facilities: Scoping Review. *JMIR Aging*. 2023;6:e38593. doi:10.2196/38593.
51. Bohn B, Strupeit S. Interventions to promote mobility and quality of life in nursing homes: A systematic review. *Nurs Open*. 2023;10:4172–84. doi:10.1002/nop2.1673.
52. Quasdorf T, Manietta C, Rommerskirch-Manietta M, Braunwarth JI, Roßmann C, Roes M. Implementation of interventions to maintain and promote the functional mobility of nursing home residents - a scoping review. *BMC Geriatr*. 2023;23:600. doi:10.1186/s12877-023-04213-5.
53. Goins RT, Jones J, Schure M, Rosenberg DE, Phelan EA, Dodson S, Jones DL. Older Adults' Perceptions of Mobility: A Metasynthesis of Qualitative Studies. *Gerontologist*. 2015;55:929–42. doi:10.1093/geront/gnu014.
54. GKV Spitzenverband. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der Fassung vom 28.09.2023. 2023. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Praevention_Pflege_2023_barrierefrei.pdf. Accessed 10 Dec 2024.
55. Vollmer J, Altmann N, Huschik G, Maday C, Horn A, Jansen E. Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI: Endbericht; 2022.
56. Chen X, Zhao L, Liu Y, Zhou Z, Zhang H, Wei D, et al. Otago exercise programme for physical function and mental health among older adults with cognitive frailty during COVID-19: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2021. doi:10.1111/jocn.15964.
57. Courel-Ibáñez J, Buendía-Romero Á, Pallarés JG, García-Conesa S, Martínez-Cava A, Izquierdo M. Impact of Tailored Multicomponent Exercise for Preventing Weakness and Falls on Nursing Home Residents' Functional Capacity. *J Am Med Dir Assoc*. 2022;23:98-104.e3. doi:10.1016/j.jamda.2021.05.037.

58. Kleschnitzki JM, Grossmann I, Beyer R, Beyer L. Modification in the Motor Skills of Seniors in Care Homes Using Serious Games and the Impact of COVID-19: Field Study. *JMIR Serious Games*. 2022;10:e36768. doi:10.2196/36768.
59. Fang Q, Ghanouni P, Anderson SE, Touchett H, Shirley R, Fang F, Fang C. Effects of Exergaming on Balance of Healthy Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Games Health J*. 2020;9:11–23. doi:10.1089/g4h.2019.0016.
60. Thiel A, Sudeck G, Niess A, Eschweiler G, Hahn L-S, Haigis D, et al. Bewegungsförderung im Pflegeheim: Ein Praxisleitfaden. Tübingen; 2023.
61. Sander M, Dano R, Bieber A, Dammermann A, Fleischer S, Dinand C, et al. Challenges, strategies and consequences from the perspective of German nursing home managers during the first wave of the COVID-19 pandemic - a qualitative interview study. *BMC Geriatr*. 2023;23:164. doi:10.1186/s12877-023-03787-4.
62. Keller H, Wei C, Slaughter S, Yoon MN, Lengyel C, Namasivayam-Macdonald A, et al. Qualitative analysis of a virtual research meeting summarises expert-based strategies to promote hydration in residential care during COVID-19 and beyond. *BMJ Open*. 2022;12:e055457. doi:10.1136/bmjopen-2021-055457.
63. Schmidt S. Expertenstandards in der Pflege - eine Gebrauchsanleitung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2024.
64. Dakkak H, Wu SA, Trinca V, Cammer A, Harvie R, Lengyel C, et al. Navigating Mealtimes to Meet Public Health Mandates in Long-Term Care During COVID-19: Staff Perspectives. *Journal of Long Term Care*. 2023:260–72. doi:10.31389/jltc.217.
65. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. S1 Leitlinie - Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie: Langfassung. Duisburg; 2020.
66. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien. AWMF Regelwerk "Leitlinien". 2nd ed. Marburg; 2023.
67. Veritas Health Innovation. Covidence systematic review software. Melbourne.
68. OCEMB Levels of Evidence Working Group*. The Oxford 2011 Levels of Evidence; 2011.

Versionsnummer:	2.0
Erstveröffentlichung:	2020/10/26
Überarbeitung von:	2025/03/17
Nächste Überprüfung geplant:	2030/01/31

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online