

Bedürfnisse von älteren Menschen mit Depressionen in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen

Dissertation zur Erlangung des akademischen
Grades Doctor philosophiae (Dr. phil.)

vorgelegt der Fakultät für Bildungs- und
Gesellschaftswissenschaften im Fach Gerontologie
der Universität Vechta, angenommen vom Senat
der Universität Vechta

von

Roxana Teresa Schweighart, 2022

Erstgutachterin: Prof.in Dr.in Silke Neudert

Zweitgutachterin: Prof.in Dr.in Birgitt van Oorschot

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Zusammenfassung	1
Abstract	3
1. Theoretischer Hintergrund	5
1.1. Pflegeheimbewohnende als vulnerable Personengruppe.....	5
1.2. Pflegeheimbewohnende mit Depression.....	6
1.3. Pflegeheimbewohnende mit Depression und Demenz.....	7
1.4. Der personenzentrierte Ansatz in der Arbeit mit Pflegeheimbewohnenden.....	8
1.5. Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation von Pflegeheimbewohnenden.....	8
2. Ziele und Fragestellungen	10
3. Relevanz der Arbeit	12
4. Methoden.....	13
4.1. Studie 1: Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung	13
4.2. Studie 2: Scoping Review zu Wünschen und Bedürfnissen	15
4.3. Studie 3: Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation	18
4.4. Studie 4: Heimleben in der Pandemie.....	19
4.5. Ethische Aspekte und Qualitätssicherung.....	20
5. Ergebnisse.....	20
5.1. Studie 1: Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung	20
5.2. Studie 2: Scoping Review zu Wünschen und Bedürfnissen	22
5.3. Studie 3: Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation	26
5.4. Studie 4: Heimleben in der Pandemie.....	28
6. Diskussion	30
6.1. Studie 1: Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung	30
6.2. Studie 2: Scoping Review zu Wünschen und Bedürfnissen	33
6.3. Studie 3: Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation	34
6.4. Studie 4: Heimleben in der Pandemie.....	37
6.5. Synthese und Schlussfolgerungen.....	38
7. Stärken und Limitationen	40
7.1. Studie 1: Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung	40
7.2. Studie 2: Scoping Review zu Wünschen und Bedürfnissen	41
7.3. Studie 3: Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation	42
7.4. Studie 4: Heimleben in der Pandemie.....	42

8. Fazit für die Praxis	43
Literatur	44
Bibliografische Angaben der für die Promotion anerkannten Publikationen sowie Anteilerklärung	55
Vollständige Publikationsliste	57
Tabellarischer Lebenslauf	58
Eidesstattliche Versicherung	60
Danksagung	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Deutsche und englische Suchbegriffe	17
Tabelle 2. Leitfaden Studie 3	19
Tabelle 3. Depression laut GDS und dem einzelnen Depressions-Item des NPI-NH	21
Tabelle 4. Explizite Beschreibung der Themen.....	23

Abkürzungsverzeichnis

CANE	Camberwell Assessment of Need for the Elderly
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
COVID	Coronavirus disease
DIA-S	Depression im Alter Skala
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – vierte Ausgabe
FAST	Functional Assessment Staging Tool
GDS	Geriatrische Depressionsskala
MMST	Mini-Mental-Status-Test
NPI	Neuropsychiatrisches Inventar
NPI-NH	Neuropsychiatrisches Inventar – Pflegeheim Version
PELI-NH	Preferences for Everyday Living Inventory – Pflegeheim Version
PHQ	Patient Health Questionnaire
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
QOL-AD	Quality of Life – Alzheimer's Disease
QUALIDEM	Quality of Life in Dementia

Zusammenfassung

Hintergrund: die Bevölkerung in Deutschland wird immer älter. Zukünftig werden mehr und mehr Menschen in stationären Pflegeheimen versorgt werden. Pflegeheimbewohnende sind im Vergleich mit zuhause versorgten Pflegebedürftigen mitunter von geringerer Lebensqualität, geringerem Wohlbefinden, zahlreicheren unerfüllten Bedürfnissen oder häufigeren depressiven Symptomen betroffen. Eine personenzentrierte Versorgung steht in Zusammenhang mit positiven Auswirkungen auf das Leben von Heimbewohnenden wie etwa höherer Zufriedenheit oder geringerer Depressivität. Die gelingende Implementierung dieser Versorgung basiert auf Kenntnis der Wünsche und Bedürfnisse der Heimbewohnenden. Die vorliegende Arbeit beleuchtet das Erkennen von depressiven Symptomen von Pflegeheimbewohnenden mit Demenz, die Bedürfnisse von Heimbewohnenden mit und ohne depressiven Symptomen sowie die Erfahrungen von Heimbewohnenden mit depressiver Symptomatik während der Covid-19-Pandemie. Alle vier Studien haben die Verbesserung der Versorgung von Menschen in vollstationärer Pflege zum Ziel.

Methode: die Dissertation besteht aus vier Einzelstudien, welche anhand unterschiedlicher Methoden durchgeführt wurden. Studie 1 entspricht einer querschnittlichen cluster-randomisierten kontrollierten Fragebogenstudie. Die zweite Studie ist eine Übersichtsarbeit in Form eines Scoping Reviews, in welchem 51 Studien analysiert wurden. Studien 3 und 4 folgen einem explorativen qualitativen Studiendesign.

Ergebnisse: im Rahmen der ersten Studie konnte festgestellt werden, dass nur eine geringe Übereinstimmung zwischen selbst- und fremdberichteten depressiven Symptomen bei Heimbewohnenden mit Demenz vorlag. Zudem wiesen die selbst- und fremdberichteten Symptome differente Assoziationsmuster mit weiteren Variablen, wie zum Beispiel Lebensqualität, auf. In Studie 2 wurden zahlreiche Bedürfnisse von Heimbewohnenden extrahiert, welche 12 Kategorien zugeordnet wurden. In Studie 3 wurden die Bedürfnisse von Bewohnenden mit depressiven Symptomen untersucht. Die Bewohnenden berichteten von zahlreichen, teils unerfüllten Bedürfnissen sowie den Barrieren, die einer Bedürfniserfüllung im Wege standen. Bezüglich der Bedürfniskommunikation zeigten die Ergebnisse, dass Heimbewohnende mit depressiven Symptomen ihre Bedürfnisse kommunizieren können und möchten und welche Faktoren hierfür sowohl hinderlich als auch förderlich sind. In der vierten Studie, welche das Erleben der Heimbewohnenden mit depressiver Symptomatik während der Pandemie beleuchtete, zeigte sich, dass die Pflegeheimbewohnenden weniger aufgrund der Angst vor einer Infektion, sondern vielmehr aufgrund der Einschränkungen und Maßnahmen im Pflegeheim, die ihren Bedürfnissen entgegenstanden, belastet waren.

Diskussion: alle vier Studien unterstreichen die Relevanz Pflegeheimbewohnende direkt zu befragen, sei es bei der Erfassung von Symptomen oder von Wünschen und Bedürfnissen. Dies

wird in Studie 1 dadurch ersichtlich, dass die Instrumente, die stellvertretend von Dritten beantwortet werden und häufig zum Screening von Depressionen bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden, nur in geringem Maße mit den Selbstangaben der Bewohnenden übereinstimmen. Während das Scoping Review (Studie 2) vor allem die hohe Diversität und interindividuelle Heterogenität von Wünschen und Bedürfnissen von Pflegeheimbewohnenden verdeutlicht, hebt Studie 3 zudem die Barrieren, die einer Bedürfniserfüllung beziehungsweise gelingender Bedürfniskommunikation bei Heimbewohnenden mit depressiver Symptomatik entgegenwirken, hervor. Darunter exemplarisch wenig Zeit und Verständnis seitens des Personals. Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz von persönlichen, geduldigen und tiefgehenden Gesprächen mit den Bewohnenden zur Erfassung der vorliegenden Wünsche und Bedürfnisse. Studie 4, in welcher die Lebenssituation im Pflegeheim während der Pandemie untersucht wurde, betont überdies, dass Bewohnende auch in schwierigen Situationen an Entscheidungen, welche ihr Leben maßgeblich beeinflussen, zu beteiligen sind. Fehlende Partizipation und nicht-stattfindende vertrauensvolle und wiederkehrende Gespräche mit den Bewohnenden können zu Fehlversorgung und unerfüllten Bedürfnissen führen. Im Umkehrschluss hingegen ist die Beteiligung von Heimbewohnenden als Voraussetzung für gelingende personenzentrierte sowie adäquate Versorgung zu nennen.

Abstract

Background: the population in Germany is getting older and older. In the future, more and more people will be cared for in inpatient nursing homes. Residents of nursing homes sometimes suffer from a lower quality of life, a lower sense of well-being, more unmet needs, or more frequent depressive symptoms compared to people cared for at home. Person-centered care has a positive impact on the lives of nursing home residents, for example through increased satisfaction or reduced depressive symptoms. Successful implementation of this care is based on the knowledge of nursing home residents' wishes and needs. This paper highlights the recognition of depressive symptoms in nursing home residents with dementia, the needs of residents with and without depressive symptoms, and the experiences of nursing home residents with depressive symptoms during the Covid-19-pandemic. All four studies aim to improve the care of people in full inpatient care.

Methods: four studies were conducted as part of the dissertation using different methods. The first study was conducted as a cross-sectional randomized controlled trial. The second study was a scoping review in which 51 studies were analyzed. Studies 3 and 4 correspond to an exploratory qualitative study design.

Results: in the first study, it was found that there was low agreement between self-reported and informant-reported depressive symptoms in nursing home residents with dementia. In addition, self- and informant-reported symptoms showed different patterns of association with other variables, such as quality of life. Study 2 extracted numerous needs of nursing home residents that were assigned to 12 categories. Study 3 examined the needs of residents with depressive symptoms. Residents reported several needs, some of which were unmet, as well as barriers to need satisfaction. Concerning needs communication, the results show that nursing home residents with depressive symptoms can and will communicate their needs and what factors hinder and facilitate this. In the fourth study, which examined the experience of nursing home residents with depressive symptoms during the pandemic, it was found that they were less stressed by fear of contagion than by the nursing home restrictions and policies that interfered with their needs.

Discussion: all four studies emphasize the relevance of direct questioning of nursing home residents, whether in recording symptoms or wishes and needs. This is demonstrated in study 1 by the fact that the instruments, answered vicariously by third parties and often used to screen for depression in people with dementia, have little concordance with residents' self-reports. While the scoping review (study 2) highlights the high diversity and interindividual heterogeneity of nursing home residents' wishes and needs, study 3 also highlights barriers to need fulfillment and successful needs communication among nursing home residents with depressive symptoms, such as little time and understanding on part of the caregivers. The findings highlight the relevance of face-to-face, patient, and in-depth conversations with residents to elicit existing

wishes and needs. Study 4, which examined the living situation of nursing home residents during the pandemic, also highlights the need to involve residents, even in difficult situations, in decisions that significantly affect their lives. Lack of involvement and non-occurring trustful, recurring conversations with residents can lead to mismanagement and unmet needs. Conversely, nursing home residents' participation is a prerequisite for successful person-centered and appropriate care.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1. Pflegeheimbewohnende als vulnerable Personengruppe

Die Internationale Vereinigung für Gerontologie und Geriatrie (International Association of Gerontology and Geriatrics) hat in Zusammenarbeit mit der AMDA-Stiftung (Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine) eine international gültige Definition für den Begriff Nursing Home verfasst:

„A nursing home is a facility with a domestic-styled environment that provides 24-hour functional support and care for persons who require assistance with activities of daily living and who often have complex health needs and increased vulnerability. Residency within a nursing home may be relatively brief for respite purposes, short term (rehabilitative), or long term, and may also provide palliative/hospice and end-of-life care.“ (Sanford et al., 2015)

Im Jahr 2019 wurden in Deutschland laut Statistischem Bundesamt (2020) rund 818.000 Personen vollstationär in solch einer Einrichtung versorgt. Das entspricht einem Anteil von 19,8 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen zu diesem Zeitpunkt. Im Jahr 2005 lag die Anzahl der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bei 657.000. Sie stieg im Vergleich von 2005 auf 2019 somit um 24,5 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2020). Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Energie und Wirtschaft prognostiziert circa 1,3 Millionen vollstationär in Pflegeheimen versorgte Pflegebedürftige im Jahr 2030. Zudem wird erwartet, dass die stationäre Versorgung im Verhältnis zur ambulanten Versorgung an Relevanz gewinnen wird (Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung, 2016).

Hohes Alter und das Vorliegen eines erhöhten Pflegebedarfs kennzeichnen die Menschen, die in einem Pflegeheim leben. Die Hälfte der Heimbewohnenden in Deutschland war im Jahr 2019 85 Jahre und älter. Bei den zuhause Versorgten waren etwa 30 Prozent älter als 85 Jahre. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit höchstem Pflegegrad lag bei den Heimbewohnenden bei 15 Prozent. Bei Personen, die in ihrem eigenen Zuhause versorgt wurden, lag diese Zahl im Vergleich bei rund vier Prozent (Statistisches Bundesamt, 2020). Personen, die im Pflegeheim leben, weisen häufig erhöhte Risiken in verschiedenen Lebensbereichen gegenüber zuhause versorgten älteren Personen auf. So ist beispielsweise bekannt, dass Heimbewohnende eine geringere Lebensqualität aufweisen als Personen, die in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus leben (Nikmat et al., 2015; Olsen et al., 2016; Safavi, 2015). Heimbewohnende erleben zudem eine geringere soziale Verbundenheit und weniger soziale Unterstützung (Nikmat et al., 2015; Safavi, 2015). Des Weiteren fühlen sich vollstationär Versorgte häufig einsam. Laut einer Meta-Analyse von Gardiner et al. (2020) liegt die geschätzte mittlere Prävalenz für moderate Einsamkeit bei Pflegeheimbewohnenden im Mittel bei 61 Prozent. Unter schwerer Einsamkeit leiden laut dieser

Studie durchschnittlich 35 Prozent der Bewohnenden. Körperliche Fähigkeiten und Kompetenzen sind bei einem Großteil der Heimbewohnenden ebenfalls geringer ausgeprägt als in anderen älteren Bevölkerungsgruppen. Eine Meta-Analyse zeigt, dass Heimbewohnende eine deutlich höhere Prävalenz für Sarkopenie (Muskelschwund) aufweisen als ältere Menschen, die zuhause versorgt werden (Papadopoulou et al., 2020). Zudem scheinen Heimbewohnende in den Bereichen Sturzrisiko, Balance und Mobilität geringere Fähigkeiten aufzuweisen (Faber et al., 2020).

Im Bereich der psychischen Gesundheit sind Pflegeheimbewohnende ebenso als besonders vulnerable Personengruppe einzustufen. Heimbewohnende sind häufiger von Stress, Angst und einem geringeren Selbstwertgefühl betroffen als ältere zuhause lebende Personen (Marsa et al., 2020; Šare et al., 2021). Zudem ist bekannt, dass bei Pflegeheimbewohnenden mitunter wesentlich höhere Prävalenzquoten für depressive Erkrankungen als bei zuhause versorgten Älteren vorliegen (Marsa et al., 2020; Nikmat et al., 2015; Safavi, 2015; Šare et al., 2021).

1.2. Pflegeheimbewohnende mit Depression

In Deutschland steigen die Zahlen für Depressionen im höheren und hohen Alter nicht generell an, wie beispielsweise eine Studie des Robert-Koch-Instituts (2017) darlegt. Über 23.000 Personen wurden anhand des PHQ (Patient Health Questionnaire) bezüglich der Symptome einer Major Depression gemäß DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – vierte Ausgabe) beurteilt. Es zeigte sich, dass bei Frauen vor allem die 18- bis 29-Jährigen betroffen sind (16,4 Prozent). Männer weisen hingegen in einem Alter zwischen 45 und 64 Jahren (9,6 Prozent) am häufigsten eine Depression auf. Bei der Gruppe der Über-65-Jährigen, sowohl weiblich als auch männlich, ist die Prävalenz am niedrigsten. Frauen sind über alle Altersspannen hinweg häufiger von depressiven Symptomen betroffen als Männer. Die Meta-Analyse von Luppá et al. (2012) weist bei zuhause lebenden Personen über 75 Jahre auf eine Prävalenz zwischen 4,6 und 9,3 Prozent hinsichtlich des Auftretens einer Major Depression hin. Eine deutlich höhere Prävalenz existiert unter Pflegeheimbewohnenden. Bezüglich des Vorliegens einer Major Depression deuten Studien auf Zahlen zwischen 15 Prozent (Jongenelis et al., 2003; Kramer et al., 2009) und 23 Prozent (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) hin. Betrachtet man das Vorliegen depressiver Symptome, so steigen die Zahlen und schwanken je nach Studie zwischen 40 Prozent (Pramesona & Taneepanichskul, 2018; Tang et al., 2022; Velázquez-Alva et al., 2020) und 60 Prozent (Wu et al., 2022). Als Risikofaktoren für depressive Symptome und Erkrankungen bei Pflegeheimbewohnenden gelten weibliches Geschlecht, höheres Alter, keine oder fehlende soziale Unterstützung, wenig Freizeitaktivitäten, chronische Krankheiten, wahrgenommene unzureichende Pflege oder Unzufriedenheit mit der Einrichtung (Pramesona & Taneepanichskul, 2018; Silva et al., 2012; Tu et al., 2012).

Ältere Personen mit Depressionen weisen eine geringere Lebensqualität in Bezug auf körperliche

Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und Teilhabe, Aktivitäten sowie sensorische Fähigkeiten auf als nicht-depressiv erkrankte Ältere (Hussenoeder et al., 2021). Zudem sind die globale Lebensqualität und das Wohlbefinden bei dieser Personengruppe geringer (Hussenoeder et al., 2021; Smalbrugge et al., 2006), während die Einsamkeit erhöht ist (Zhao et al., 2018).

1.3. Pflegeheimbewohnende mit Depression und Demenz

Eine komplexe Wechselwirkung scheint bei älteren Menschen zwischen einer depressiven Erkrankung und einer Demenzerkrankung vorzuliegen. Wie diese beiden Krankheitsbilder zusammenhängen und sich gegenseitig beeinflussen, ist derzeit noch nicht abschließend geklärt. Laut aktuellem Stand der Wissenschaft stellen depressive Symptome höchstwahrscheinlich sowohl einen Risikofaktor als auch ein Prodromalsymptom für Demenz dar (Wiels et al., 2020). Depressionen gehören zu den häufigsten komorbiden Erkrankungen bei Demenz, die Prävalenzraten liegen zwischen 20 und 87 Prozent (D. K. Y. Leung et al., 2021; Nowrangi et al., 2015; Winter et al., 2011). Allerdings werden Depressionen bei Pflegeheimbewohnenden mit Demenz häufig nicht diagnostiziert und daher auch nicht behandelt (Volicer et al., 2011), obwohl eine höhere Depressionsprävalenz bei Pflegeheimbewohnenden mit Demenz im Vergleich zu Bewohnenden ohne Demenz (Davison et al., 2007; Jongenelis et al., 2004) und zu zuhause lebenden dementen Menschen (Bergdahl et al., 2011) festgestellt wurde. Als ursächlich für eine schwierige Diagnostik kann mitunter die Überschneidung von Depressions- und Demenzsymptomen bei älteren Menschen angenommen werden. Dies kann in nichtzutreffenden Diagnosen sowie einer Unter- und Fehlversorgung der Heimbewohnenden resultieren (Downing et al., 2013).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Menschen mit Demenz geringer. Eine depressive Erkrankung gilt hierbei als ein wichtiger Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Winter et al., 2011). Gemeinsam mit Depressionen erklären Agitation, Apathie und das Vorliegen einer neurologischen Erkrankung 50 Prozent der Varianz der gesamten Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden mit mittlerer bis schwerer Demenzerkrankung (Henskens et al., 2019).

Es lässt sich folglich feststellen, dass Heimbewohnende soziale, physische und psychische Risiken und Benachteiligungen im Vergleich zu älteren zuhause lebenden Personen aufweisen. Heimbewohnende mit Depression und/oder Demenz scheinen hierbei besonders gefährdet zu sein.

1.4. Der personenzentrierte Ansatz in der Arbeit mit Pflegeheimbewohnenden

Der personenzentrierte Ansatz berücksichtigt die Individualität aller Menschen. Im Rahmen der Personenzentriertheit erfolgt somit ein Zugang zu der unterstützten Person, der sowohl individuell als auch ganzheitlich erfolgt und unter Einbezug der Werte und Bedürfnisse dieser Person stattfindet. Der personenzentrierte Ansatz sieht Personen nicht als passive Rezipientinnen und Rezipienten, sondern als entscheidungsfähige Individuen, die aktiv am Entscheidungsprozess partizipieren möchten, können und sollen (Leplege et al., 2007). Als Basis dienen die Wünsche, Bedürfnisse und Präferenzen jeder/jedes Einzelnen, anhand derer die Unterstützung individuell und maßgeschneidert erfolgt. Entscheidungsfindungen werden unter Berücksichtigung dieser Aspekte und in einem dynamischen Austausch mit der betroffenen Person, weiteren relevanten Beteiligten, wie beispielsweise Angehörigen und den Anbietenden der Unterstützung, getroffen (Ekman et al., 2011).

Die Form des Umgangs steht in Zusammenhang mit erhöhter Lebensqualität (Kim & Park, 2017), mehr Wohlbefinden, häufigeren Interaktionen (Yasuda & Sakakibara, 2017), höherer Zufriedenheit, verbesserter Adaption an das Heim (Yoon, 2018), weniger Agitation, geringeren neuropsychiatrischen Symptomen (Ballard et al., 2018; Kim & Park, 2017) und weniger Depressionen (Kim & Park, 2017) bei Pflegeheimbewohnenden.

1.5. Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation von Pflegeheimbewohnenden

Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnenden dienen als Grundlage für die Umsetzung der personenzentrierten Pflege, da das Eingehen auf diese eine Grundvoraussetzung für gelingende personenzentrierte und bedürfnisorientierte Arbeit mit älteren Pflegebedürftigen darstellt (Ekman et al., 2011).

Personen in stationärer Versorgung weisen komplexe Bedürfnisse auf. Unerfüllte Bedürfnisse liegen laut einer Erhebung anhand des zur Bedürfniserfassung bei älteren Menschen eingesetzten CANE-Fragebogens (Camberwell Assessment of Need for the Elderly) von Reynolds et al. (2000) etwa in den Bereichen Gesellschaft, psychische Belastung, intime Beziehungen, Sehkraft/Hören/Kommunikation und tägliche Aktivitäten (Tobis et al., 2018). Auch der PELI-NH (Preferences for Everyday Living Inventory – Pflegeheim Version) (Curyto et al., 2016) stellt einen Fragebogen zur Bedürfniserfassung bei Pflegeheimbewohnenden dar. Die Bedürfnisse, die mit diesem Instrument erhoben wurden und von Heimbewohnenden als sehr relevant betrachtet wurden, liegen primär in den Bereichen Selbstbestimmung, Unterstützung durch andere in der Pflege, Wachstumsaktivitäten (zum Beispiel das Erlernen von neuen Dingen) und soziale Kontakte (Abbott et al., 2018). Eine Studie von Stein et al. (2016) erfasste die erfüllten und unerfüllten Bedürfnisse von über-75-jährigen Patientinnen und Patienten mit und ohne Depression in hausärztlicher Versorgung. Beide Gruppen wiesen am meisten unerfüllte Bedürfnisse in den Bereichen physische Gesundheit und Mobilität auf, wobei die Personen mit

depressiver Erkrankung häufiger betroffen waren. Zudem wurden für depressive Befragte weitere unerfüllte Bedürfnisse in den Bereichen Gesellschaft, psychische Belastung und tägliche Aktivitäten gefunden. Nicht-depressive Befragte wiesen unerfüllte Bedürfnisse hingegen primär in den Bereichen der sozialen Interaktion auf. Es wurden in allen Bereichen hochsignifikante Unterschiede zwischen depressiven und nicht-depressiven Patientinnen und Patienten festgestellt. Die Forschenden fanden weiter heraus, dass ein starker Zusammenhang zwischen unerfüllten Bedürfnissen und Depression sowie zwischen unerfüllten Bedürfnissen und Institutionalisierung vorlag. In der Studie von Ferreira et al. (2016) wurde die Korrelation zwischen unerfüllten Bedürfnissen und depressiven Symptomen desgleichen für Pflegeheimbewohnende festgestellt. Funktionell beeinträchtigte Heimbewohnende und Bewohnende mit einer Demenzerkrankung scheinen ebenfalls häufiger unerfüllte Bedürfnisse zu verspüren (Ferreira et al., 2016; van der Ploeg et al., 2013). Laut diesen Ergebnissen berichten somit vor allem ältere Personen mit Depression und/oder Demenz, als auch institutionell versorgte und beeinträchtigte Personen vermehrt über unerfüllte Bedürfnisse.

Depressionen bei Heimbewohnenden weisen unter anderem einen Zusammenhang mit aggressivem Verhalten, Unruhe, schlechter Schlafqualität und Einsamkeit auf (Menon et al., 2001; Orhan et al., 2012; Volicer et al., 2012; Zhao et al., 2018). Durch die bestehende Korrelation von Depressionen und unerfüllten Bedürfnissen kann somit ferner eine Verbindung zwischen unerfüllten Bedürfnissen und den genannten Verhaltensweisen sowie Befindensbeeinträchtigungen bei Heimbewohnenden angenommen werden. Für psychiatrische Patientinnen und Patienten in ambulanter Versorgung wurde der Zusammenhang zwischen unerfüllten Bedürfnissen und geringerer Lebensqualität empirisch bereits festgestellt (Slade et al., 2004). Bekannt ist zudem, dass erfüllte Bedürfnisse sich positiv auf depressive Symptome, Einsamkeit, Wohlbefinden und Zufriedenheit von Heimbewohnenden auswirken (Andrew & Meeks, 2018; Custers et al., 2010; Kloos et al., 2019). Wenig ist bekannt über die Bedürfniskommunikation von älteren Personen, geschweige denn von institutionell versorgten Älteren oder älteren Personen mit depressiver Erkrankung. Die Studie von Klemmt et al. (2020) zeigt, dass Pflegeheimbewohnende es bevorzugen ihre Wünsche bezüglich medizinischer und pflegerischer Versorgung im Hinblick auf das Lebensende gegenüber ihren Verwandten zu verbalisieren. Jedoch kommen auch andere Personen als Gesprächspartnerin oder -partner in Frage, sofern diese vertrauensvoll und empathisch in der Begegnung sind. Es ist bekannt, dass Depressionen die soziale Interaktion bei älteren Menschen beeinflussen können. So sind bei dieser Personengruppe Beeinträchtigungen in der Struktur und Funktion sozialer Netzwerke festzustellen. Die depressive Erkrankung und die soziale Distanz bedingen sich laut einer Studie von Santini et al. (2020) gegenseitig. Bekannt ist weiter, dass sich die verbale Kommunikation zwischen Älteren mit und ohne Depression unterscheidet. So ist die verbale Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie depressiven Patientinnen und Patienten signifikant kürzer

als mit Patientinnen und Patienten ohne depressive Erkrankung (Asan et al., 2018). Sozialer Rückzug, einhergehend mit geringer Kommunikation und somit auch geringer Bedürfniskommunikation gegenüber medizinischem oder pflegerischem Personal ist möglicherweise eine Erklärung für die zahlreicheren unerfüllten Bedürfnisse bei älteren depressiven Personen (Stein et al., 2016), da das Nicht-Äußern von Bedürfnissen eine Nicht-Erfüllung zur Folge haben kann. Es kann angenommen werden, dass diese Unterschiede sich auch bei depressiven Pflegeheimbewohnenden feststellen lassen, mit der Folge, dass weniger Bedürfniskommunikation und folglich weniger Bedürfniserfüllung stattfindet.

Zusätzlich ist die Übereinstimmung bei der Bewertung der unerfüllten Bedürfnisse zwischen älteren Personen mit Depression, deren informell Helfenden und dem betreuenden medizinischen Personal mitunter gering. Die befragten Personen mit depressiver Erkrankung, welche ambulant versorgt wurden, gaben mehr unerfüllte Bedürfnisse an, als die Helfenden oder das betreuende Fachpersonal wahrgenommen hatten. Fehlende Übereinstimmungen zwischen den Befragten lagen in den Bereichen Essen, Selbstfürsorge, tägliche Aktivitäten, Verhalten und psychische Belastung. Die Forschenden fanden zudem heraus, dass es einen Zusammenhang zwischen der Schwere der depressiven Erkrankung und der Überstimmung im Hinblick auf die unerfüllten Bedürfnisse gibt (Houtjes et al., 2011). Für Pflegeheimbewohnende ohne depressive Erkrankung zeigen Studien (Ben Natan, 2018; Heid et al. 2017) ebenfalls, dass die Einschätzungen der Bedürfnisse zwischen den Bewohnenden und dritten Personen zuweilen unterschiedlich ausfallen. Depressionen scheinen dies zusätzlich zu verstärken.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ältere Personen mit und ohne depressive Erkrankung unterschiedliche Bedürfnisse verspüren und dass unerfüllte Bedürfnisse vermehrt bei Personen, die von Depression, Institutionalisierung und/oder Demenz betroffen sind, auftreten. Es wird angenommen, dass sich unerfüllte Bedürfnisse negativ auf das Leben von Heimbewohnenden auswirken, während erfüllte Bedürfnisse positive Effekte mit sich bringen. Geringere Kommunikation zwischen Betroffenen und Helfenden scheint ebenso in Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung zu stehen wie auch die geringere Übereinstimmung bei der Einschätzung der unerfüllten Bedürfnisse zwischen den Betroffenen und Dritten.

2. Ziele und Fragestellungen

Das primäre Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnenden, insbesondere von Heimbewohnenden mit depressiven Symptomen, empirisch zu erfassen sowie einen Beitrag zur Versorgungsverbesserung von Pflegeheimbewohnenden zu leisten. **Studie 1 (Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen)** beleuchtet zunächst die Übereinstimmung zwischen selbst- und fremdberichteten depressiven Symptomen von an Demenz erkrankten Heimbewohnenden. Untersucht wurde die Hypothese, die besagt, dass nur

eine geringe Übereinstimmung zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen vorliegt. Ausgangspunkt sind zwei frühere Studien, in denen eine geringe Übereinstimmung zwischen selbstbewerteter Depressionssymptomatik anhand der GDS (Geriatrische Depressionsskala) und fremdeingeschätzter Depressivität anhand des Depressions-Items des NPI (Neuropsychiatrisches Inventar) für zuhause lebende Menschen mit leichter Demenz festgestellt wurde (Kwak et al., 2014; Saari et al., 2020). Weiter wurden Faktoren untersucht, die mit selbst- und fremdberichteten depressiven Symptomen in Zusammenhang stehen. Zuletzt war die Übereinstimmung der selbst- und fremdeingeschätzten depressiven Symptome mit der Einnahme von Antidepressiva von Interesse für die Studie. Gewonnene Erkenntnisse sollen zu einem verbesserten Erkennen und Beurteilen depressiver Symptome bei Heimbewohnenden mit Demenz beitragen und somit die Versorgung von dementiell erkrankten Pflegeheimbewohnenden mit depressiven Symptomen optimieren.

Studie 2 (Scoping Review zu Wünschen und Bedürfnissen) gibt in Form eines Scoping Reviews einen Überblick über die Bandbreite der Bedürfnisse und Wünsche von Pflegeheimbewohnenden. Die Übersichtsarbeit, der 51 eingeschlossene empirische Studien zugrunde liegen, untersuchte die Frage, welche Wünsche und Bedürfnisse Bewohnende in ihrem Leben im Pflegeheim verspüren. Die Erkenntnisse dieser Studie können empirische Hinweise für die Umsetzung von personenzentrierter und bedürfnisorientierter Versorgung von Pflegeheimbewohnenden liefern.

Ziel von **Studie 3 (Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation)** war die Exploration der Bedürfnisse von depressiv erkrankten Pflegeheimbewohnenden. Während Stein et al. (2016) die Bedürfnisse von älteren Personen mit Depression in hausärztlicher Versorgung und Klemmt et al. (2020) ebenjene Konstrukte für Heimbewohnende bezogen auf die Vorausplanung untersucht haben, gibt es bislang keine Studien, die der Frage nachgehen, welche Bedürfnisse Pflegeheimbewohnende mit depressiver Erkrankung aufweisen. Zusätzlich war in Studie 3 die Bedürfniskommunikation der Pflegeheimbewohnenden mit depressiver Symptomatik von Interesse. Auch hinsichtlich der Fragen, wie und mit wem Pflegeheimbewohnende mit depressiven Symptomen ihre Bedürfnisse kommunizieren, gibt es zum aktuellen Zeitpunkt keine wissenschaftlichen Arbeiten. Diese Forschungslücken sollen durch Studie 3 geschlossen werden. Das Wissen darüber, wie depressiv erkrankte Heimbewohnende ihre Bedürfnisse und Wünsche artikulieren, mit wem sie über diese sprechen und welche Faktoren für die Bedürfnisartikulation seitens der Bewohnenden hinderlich und förderlich sind, stellt eine notwendige empirische Basis für einen personen- und bedürfnisorientierten Zugang zu depressiven Heimbewohnenden dar und soll zu einer gelingenden Bedürfniskommunikation bei Pflegeheimbewohnenden beitragen. Zu guter Letzt wurde im Rahmen von **Studie 4 (Heimleben in der Pandemie)** die Lebenssituation von Pflegeheimbewohnenden während der Covid-19-Pandemie (Coronavirus disease) beleuchtet, da diese Personengruppe in besonderem Maße von der Pandemie betroffen

war. So wurden in Pflegeheimen beispielsweise die höchsten Todeszahlen verzeichnet (Thompson et al., 2020). Zum Schutz vor einer Infektion wurden teils sehr gravierende Maßnahmen in den Heimen erlassen, welche das Leben der Bewohnenden beeinträchtigten (Paananen et al., 2021). Vor diesem Hintergrund befasst sich Studie 4 mit der Frage, wie sich Pflegeheimbewohnende mit depressiver Erkrankung in dieser Situation fühlen, wie sie diese Phase erleben und welche Wünsche und Bedürfnisse sie während der Pandemie verspüren. Ziel war es, die Sichtweisen der vulnerablen Heimbewohnenden mit depressiven Symptomen auf das Leben im Heim während der Covid-19-Pandemie und auf damit einhergehende Maßnahmen zur Viruseindämmung zu beleuchten.

3. Relevanz der Arbeit

Die Menschen werden immer älter. Folglich werden zukünftig mehr Personen vollstationär in einem Pflegeheim versorgt werden. Personen, die in einem Pflegeheim leben, haben im Vergleich zu älteren zuhause lebenden Personen diverse erhöhte Risiken, beispielsweise geringere psychische Gesundheit, verringerte Lebensqualität oder auch erhöhte Einsamkeit. Viele Bewohnende weisen eine depressive und/oder dementielle Erkrankung auf. Häufig treten bei diesen Personengruppen zusätzliche Benachteiligungen auf. So ist bekannt, dass Pflegeheimbewohnende mit Depression und/oder Demenz mitunter vermehrt unerfüllte Bedürfnisse verspüren und dass diese sich wiederum negativ auf diverse Lebensbereiche der Betroffenen auswirken können. Personenzentrierte und bedürfnisorientierte Pflege und Versorgung wirkt sich hingegen förderlich und positiv auf verschiedene Aspekte im Leben der versorgten Person aus. Hierfür möchte die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten, indem sie eine empirische Grundlage für bedürfnisorientierte Versorgung für Pflegeheimbewohnende, darunter vor allem für Pflegeheimbewohnende mit depressiver Symptomatik, bildet. Bei Pflegeheimbewohnenden mit Demenz werden depressive Störungen häufig nicht diagnostiziert, obwohl diese Personengruppe häufig komorbid erkrankt ist. Folglich besteht in dieser Personengruppe ein Risiko für Unter- und Fehlversorgung im Hinblick auf die depressive Symptomatik. Das Wissen um Übereinstimmung verschiedener Screening-Instrumente und damit einhergehender Faktoren soll ein Erkennen von Symptomen erleichtern, gegebenenfalls eine weiterführende Diagnostik anstoßen und somit der bestehenden Fehlversorgung entgegenwirken. Das Herausstellen der Bandbreite von Bedürfnissen, die Pflegeheimbewohnende generell erleben können, soll ebenso wie die Untersuchung der Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnenden mit depressiven Symptomen einen Beitrag zu Verbesserung der bedürfnisorientierten Versorgung leisten. Die Bedürfniskommunikation, inklusive förderlicher und hinderlicher Faktoren, wird beleuchtet, um Gründe für die Artikulation und besonders die Nicht-Artikulation zu evaluieren und offene Bedürfnisäußerung von depressiv erkrankten Bewohnenden zu fördern. Die Untersuchung der Lebenssituation einer ohnehin vulnerablen Personengruppe

(Heimbewohnende mit depressiven Symptomen) soll herausstellen, wie zusätzliche Belastungen das Leben dieser Menschen beeinflussen und wie diese mit schwierigen Situationen umgehen. Alle vier Studien haben zum Ziel einen Beitrag zu einer verbesserten Versorgung von Pflegeheimbewohnenden zu leisten und schlussendlich die Lebenssituation von Bewohnenden zu verbessern. Das Pflegeheim ist für viele Bewohnende der letzte Lebensabschnitt vor dem Tod. Die Menschen, die in einer Altenpflegeeinrichtung leben, haben ein Recht auf ein erfülltes und zufriedenes Leben. Hierfür ist eine adäquate Versorgung und Pflege sowie die Erfüllung individueller Wünsche und Bedürfnisse von entscheidender Bedeutung.

4. Methoden

Die vorliegende Arbeit ist eine kumulative Dissertation, bestehend aus vier Einzelstudien. Folglich wurden zur Beantwortung der oben genannten Fragestellungen verschiedene Methoden angewandt, die im Folgenden näher erläutert werden sollen.

4.1. Studie 1: Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung

Studie 1 fand im Rahmen des Forschungsprojekts PflegeTab statt (O'Sullivan et al., 2022). Das primäre Ziel von PflegeTab war es, die Effekte einer tablet-basierten Intervention für Pflegeheimbewohnende mit einer mittelschweren bis schweren Demenzerkrankung in einer clusterrandomisierten kontrollierten Studie zu untersuchen.

Die hier vorliegende Studie ist eine Sekundärdatenanalyse der im PflegeTab-Projekt erhobenen Baselinedaten. In die Studie eingeschlossen wurden Langzeitbewohnende von zehn Berliner Pflegeheimen, die eine demenzielle Erkrankung aufwiesen. Ein weiteres Einschlusskriterium war ein Wert unter 24 Punkte im Rahmen des MMST (Mini-Mental-Status-Test), ein Instrument zur Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Folstein et al., 1975). Ausgeschlossen wurden Bewohnende mit schweren psychischen oder Verhaltensstörungen mit Ausnahme von Depression und Demenz sowie Bewohnende, die zum Studienzeitpunkt kürzer als vier Wochen im Pflegeheim lebten. Die gesetzlich Betreuenden sowie die Pflegeheimbewohnenden erhielten umfassende mündliche und schriftliche Informationen über das Forschungsprojekt und die Studie.

Die Daten wurden von zwei geschulten Forschungsassistentinnen erhoben. In einer Interviewsituation wurden die Selbstangaben der Pflegeheimbewohnenden erfasst. Für die Fremdbeurteilungen wurden ausgebildete Pflegefachkräfte befragt, die in ihrer täglichen Arbeit Kontakt zu den Bewohnenden hatten und sie dementsprechend gut kannten. Die Selbstangaben zu depressiven Symptomen wurden mit der GDS (Yesavage & Sheikh, 1986) gemessen, einem Fragebogen mit 15 Items im Ja/Nein-Format, welches für den Einsatz in Pflegeheimen empfohlen wird (Mitchell et al., 2010). Die Cut-Off-Werte in dieser Studie wurden in Anlehnung an Arlt et al.

(2008) festgelegt. Demnach weisen Werte von 0 – 4 auf keine klinisch relevante Depression, Werte von 5 – 8 auf eine leichte Depression, Werte von 9 – 11 auf eine mittelschwere Depression und Werte von 12 – 15 auf eine schwere Depression hin. Die Fremdbeurteilung der Depressivität erfolgte anhand des Depressions-Item des NPI-NH (Neuropsychiatrische Inventar – Pflegeheim Version) (Cummings et al., 1994). Hierbei wurde ein Screening-Item, welches aus drei Fragen besteht, eingesetzt: „Wirkt die Bewohnerin/der Bewohner traurig oder depressiv? Sagt sie/er, dass sie/er sich traurig oder deprimiert fühlt? Weint die Bewohnerin/der Bewohner manchmal?“ Wenn eine der Screeningfragen mit „Ja“ beantwortet wurde, wurden daraufhin Unterfragen gestellt, um das Vorliegen einer Depression zu bestätigen oder zu widerlegen. War laut Instrument eine Depression bei den Bewohnenden vorliegend, so wurden die Pflegekräfte gebeten, Häufigkeit und Schweregrad der Depression zu bewerten. Die möglichen Werte reichen von 0 (keine Anzeichen einer Depression) bis 12 (häufige und schwere Anzeichen von Depressionen) und werden durch Multiplikation des Schweregrads (1 = leicht bis 3 = schwer) mit der Häufigkeit (1 = selten bis 4 = sehr häufig) errechnet. Ein zusammengesetzter Score, der die Depressions- und Angst-Items des NPI-NH kombiniert, wurde ebenfalls berechnet. Ergebnisse eines systematischen Reviews, das die Faktorenstruktur des NPI in der Anwendung bei Personen mit Alzheimerdemenz untersuchte, legen nahe, dass es einen affektiven Faktor gibt, der sich aus dem Depressions-Item und dem Angst-Item des NPI zusammensetzt, was auf die Existenz eines affektiven Subsyndroms hinweist (Canevelli et al., 2013). Aufgrund dieser Tatsache kann angenommen werden, dass dieses Subsyndrom enger mit den depressiven Symptomen der GDS zusammenhängt, weshalb sich für die Kombination der Depressions- und Angst-Items entschieden wurde. Dieser Score wurde ebenso genutzt, um die Übereinstimmung mit der GDS zu untersuchen und um Zusammenhänge mit anderen Variablen der Studie zu bewerten. Die Screening-Fragen für Angstzustände lauteten: „Ist die Bewohnerin/der Bewohner ohne Grund sehr nervös, besorgt oder ängstlich? Wirkt sie/er sehr angespannt oder unfähig, sich zu entspannen? Hat die Bewohnerin/der Bewohner Angst, sich von Ihnen oder anderen Personen, denen sie/er vertraut, zu trennen?“ Die Ergebniswerte der Depressions- und Angst-Items wurden addiert, um den kombinierten Depression-Angst-Score zu berechnen. Die eingesetzten Instrumente (NPI-NH und GDS) wurden ausgewählt, weil sie zu den am häufigsten verwendeten Instrumenten in Pflegeheimen gehören (Gutzmann & Qazi, 2015). Zusätzlich wurde die Lebensqualität anhand des QOL-AD (Quality of Life in Alzheimer's Disease) (Logsdon et al., 2002) von den Bewohnenden direkt erhoben. Andererseits wurde dasselbe Konstrukt durch den Einsatz des QUALIDEM-Fragebogens (Quality of Life in Dementia) (Ettema et al., 2007) im Rahmen der Fremdbeurteilung durch die Pflegekräfte erfasst. Das Demenzstadium wurde anhand des FAST-Fragebogens (Functional Assessment Staging Tool) (Sclan & Reisberg, 1992) gemessen, der Funktionsstatus wurde mit dem Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965) beurteilt und die neuropsychiatrischen Symptome wurden mit Hilfe des NPI-NH erhoben. Eine Einnahme

von Antidepressiva wurde anhand der Patientenakten erfasst. Die PRISCUS-Liste (Zimmermann et al., 2013) wurde zur Bewertung potenziell inadäquater Antidepressiva-Gabe verwendet. Deskriptive Statistiken wurden als Mittelwerte und Standardabweichungen für kontinuierliche Variablen und als absolute und relative Häufigkeiten für kategoriale Variablen angegeben. Die Häufigkeit der fehlenden Daten lag bei den von den Pflegekräften beantworteten Items bei unter 5 Prozent. Fehlende Daten traten jedoch auf Item- und Skalenebene bei allen selbstberichteten Messungen auf. Die Werte zu den selbstberichteten depressiven Symptomen (GDS) wurden durch den Mittelwert der nicht fehlenden Items eines einzelnen Teilnehmenden ersetzt, wenn die Mehrheit der Skalenitems (≥ 8) verfügbar war. Für die selbstberichteten Werte zur Lebensqualität (QOL-AD) wurden die Gesamtwerte für Teilnehmende mit maximal zwei fehlenden Items berechnet, wie von Logsdon et al. (2002) empfohlen. Es lag keine Normalverteilung der Daten vor, weshalb nichtparametrische Mann-Whitney-U-Tests verwendet wurden, um Teilnehmende mit und ohne selbstberichtete depressive Symptome zu vergleichen. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman und die Kappa-Statistik nach Cohen wurden berechnet, um den Zusammenhang und die Übereinstimmung zwischen selbst- und fremdberichteten Screening-Instrumenten für depressive Symptome und einer antidepressiven Medikation zu ermitteln. Lineare Gemischte Modelle, die durch eingeschränkte Maximum-Likelihood-Schätzung angepasst wurden, wurden angewandt, um die Effekte der weiteren Studienvariablen auf die selbst- und fremdberichteten depressiven Symptome zu untersuchen. Allgemeine Schätzungsgleichungen wurden verwendet, wenn robustere Schätzungsmethoden zu stabileren Modellen führten. Fälle mit unvollständigen Daten wurden in den allgemeinen Schätzungsgleichungsmodellen nicht berücksichtigt, was zu kleineren Stichprobengrößen in diesen Analysen führte. Weitere Variablen (Alter, Geschlecht, selbst- und fremdberichtete Lebensqualität, Demenzstadium, Funktionsstatus, neuropsychiatrische Symptome, antidepressive Medikation) wurden als fixe Kovariaten einbezogen. Auf der Ebene des Pflegeheims wurde eine zufällige Konstante hinzugefügt, um die Clusterbildung der Teilnehmenden zu berücksichtigen. Alle Kovariaten wurden in ein multivariates Modell aufgenommen. Die eingeschlossenen Variablen wurden standardisiert, um eine sinnvolle Interpretation der Koeffizientenschätzungen als β -Koeffizienten zu ermöglichen. Alle statistischen Analysen wurden mit der Statistiksoftware SPSS (IBM Corp., 2020) durchgeführt. Alle Signifikanztests basierten auf einem Niveau von $p < 0,05$ und einem Konfidenzintervall von 95 Prozent.

4.2. Studie 2: Scoping Review zu Wünschen und Bedürfnissen

Die Übersichtsarbeit in Form eines Scoping Reviews wurde anhand des Leitfadens zur Erstellung von Scoping Reviews von Peters et al. (2020) durchgeführt. Der Leitfaden umfasst die folgenden neun Schritte: (1) Definition und Abstimmung des Ziels und der Fragestellung; (2) Entwicklung und Abstimmung der Ein- und Ausschlusskriterien mit dem Ziel und der Fragestellung; (3)

Beschreibung des geplanten Vorgehens bei der Evidenzsuche, der Auswahl, der Datenextraktion und der Darstellung der Daten; (4) Suche nach Evidenzen; (5) Auswahl der Evidenzen; (6) Extraktion der Evidenzen; (7) Analyse der Evidenzen; (8) Präsentation der Ergebnisse; (9) Zusammenfassung der Evidenzen in Bezug auf die Ziele und Fragestellungen, Schlussfolgerungen und Hinweise auf etwaige Auswirkungen der Ergebnisse. Der Ablauf der Erhebung wurde gemäß der PRISMA-ScR-Checkliste (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco et al., 2018) durchgeführt und die Ergebnisse wurden dementsprechend dokumentiert und wiedergegeben. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden im Vorfeld von den Autorinnen und Autoren gemeinsam festgelegt und während des Prozesses regelmäßig überprüft. Eingeschlossen wurden empirische qualitative und quantitative Artikel, die Wünsche und Bedürfnisse von Menschen, die dauerhaft in einem Pflegeheim versorgt werden, beinhalten. Es wurden sowohl Artikel mit selbst- als auch mit fremdberichteten Wünschen und Bedürfnissen in die Studie einbezogen. Zudem wurden Studien eingeschlossen in denen die Bewohnenden im Durchschnitt älter als 60 Jahre waren, die zwischen 1990 und 2020 veröffentlicht wurden und in englischer oder deutscher Sprache verfasst sind. Von Interesse waren Studien, die die Konstrukte Wünsche und/oder Bedürfnisse enthalten. Um dies zu gewährleisten, wurde im Vorfeld eine gemeinsame Definition festgelegt:

- Jeder Wunsch oder jedes Verlangen, das die Person subjektiv in sich selbst spürt. Sei es materiell oder immateriell, nach Veränderung oder Bewahrung, bereits erfüllt oder noch unerfüllt, realistisch oder unrealistisch, aktuell oder zukünftig, mehr oder weniger dringend.
- Die Erfüllung löst im Leben der Person eine positive Veränderung aus.
- Diese Veränderung kann sich auf die Lebensqualität, die Zufriedenheit, das Selbstbild, die Autonomie und jeden anderen Aspekt des Lebens der Person beziehen.

Ausgeschlossen wurden Artikel, in denen die Untersuchten im Durchschnitt unter 60 Jahre alt waren oder ein anderes Wohnumfeld als ein Pflegeheim hatten. Graue Literatur, Konferenzberichte, Bücher, Buchkapitel, Rezensionen und Dissertationen wurden ebenfalls nicht berücksichtigt.

Zwischen August und September 2020 wurde in 12 Datenbanken (PubMed, PsycINFO, CINAHL, LIVIVO, Embase, Cochrane Library, GeroLit, SCOPUS, AgeLine, SowiPort, WiSo, Psyndex) eine Suche nach relevanten Artikeln durchgeführt. Für jede Datenbank wurde eine Suchstrategie entwickelt. Tabelle 1 enthält die spezifischen Suchbegriffe in englischer und deutscher Sprache.

Tabelle 1. Deutsche und englische Suchbegriffe

	Population	Konzept	Kontext
Suchbegriffe Englisch	elder* OR elder* people OR elder* person* OR senior* OR old* people OR old* adult* OR old* age* OR home resident* OR resident* OR age*	need* OR request* OR wish* OR preference* OR concern* OR demand* OR unmet need*	nursing home* OR residential home* OR retirement home* OR long-term care home* OR special-care home* OR old people home* OR home* for the aged OR residential care OR long-term care
Suchbegriffe Deutsch	Ältere* Mensch* ODER Ältere* ODER Senior* ODER Bewohner* ODER Heimbewohner* ODER Pflegebedürftige* ODER Betagte* ODER Hochbetagte* ODER Hochaltrige*	Bedürfnis* ODER Wunsch ODER Wünsche	Alten*heim* ODER Alters*heim* ODER Pflegeheim* ODER stationäre* Pflege* ODER stationäre* Dauerpflege* ODER stationäre* Wohn* ODER Alten*einrichtung* ODER Pflegeeinrichtung* ODER Senioreneinrichtung* ODER stationäre* Einrichtung*

Die finale Auswahl der Artikel erfolgte in mehreren Phasen. Drei Forschende führten die Datenbankrecherche durch, so dass jeder vier Datenbanken durchsuchte. Die bei der Datenbankrecherche identifizierten Studien wurden zunächst von einer Person anhand des Titels und des Abstracts auf Relevanz und Erfüllung der Einschlusskriterien gescreent. Die verbliebenen Artikel wurden sequentiell auf Duplikate überprüft und gegebenenfalls entfernt. In einem letzten Schritt wurde jeder Artikel unabhängig voneinander von zwei Forschenden anhand des Volltextes auf Relevanz und Erfüllung der Einschlusskriterien geprüft. Im Falle von Unstimmigkeiten wurde eine dritte Person konsultiert.

Von 1356 Artikeln, die ursprünglich durch die Datenbankrecherche identifiziert wurden, erfüllten schlussendlich 51 Artikel die Einschlusskriterien. Die eingeschlossenen Artikel wurden einer strukturierten Datenextraktion unterzogen, bei der wesentliche Studieninformationen (Autor:innen, Jahr, Titel, Zeitschrift (Nummer und Seite), Land, Stichprobenstrategie, Stichprobenmerkmale, Design und Methode, Datenanalyse und relevante Ergebnisse) erfasst wurden. Im Anschluss an die Datenextraktion wurden die relevanten Ergebnisse mittels der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006) analysiert. Anhand dieses Ansatzes wurde ein induktives Kategoriensystem entwickelt.

4.3. Studie 3: Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation

Die dritte Studie hatte zum Ziel die Bedürfnisse von Heimbewohnenden mit depressiven Symptomen sowie die Artikulation dieser Bedürfnisse zu erfassen. Da hierzu aktuell keine Studien vorliegen, wurde ein exploratives Studiendesign gewählt. Es wurden elf halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Zur Erfassung und Darstellung der gewonnenen Erkenntnisse wurde die COREQ-Checkliste (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (Tong et al., 2007) verwendet. In die Studie einbezogen wurden Bewohnende von stationären Pflegeheimen, bei denen eine depressive Störung in der Patientenakte vermerkt war oder die vom Pflegepersonal als depressiv eingeschätzt wurden. Das Urteil der Pflegekräfte basierte auf ihrem Fachwissen sowie den täglichen Interaktionen mit den Bewohnenden. Es wurden keine Screenings oder klinischen Interviews durchgeführt. Bewohnende mit unzureichenden kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten wurden ausgeschlossen. Diese Einschätzungen wurden ebenfalls durch die Pflegekräfte ohne Zuhilfenahme eines Screenings oder Ähnlichem vorgenommen. Das Sampling erfolgte über das Heimpersonal (Gatekeeper), das potentielle Bewohnende auswählte und im Falle einer Zusage zur Teilnahme den Kontakt herstellte. Sowohl die befragten Bewohnenden als auch, wenn vorhanden, die gesetzlich Betreuenden wurden mündlich und schriftlich über das Projekt informiert. Anschließend wurde eine schriftliche Einwilligung (informed consent) eingeholt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden gestaltete sich aufgrund der Covid-19-Pandemie schwierig, so dass die Stichprobe auf elf Teilnehmende begrenzt ist. Allerdings ergaben sich durch die Datenanalyse wiederholende Informationen, was auf eine inhaltliche Sättigung hindeutet. Die Interviews wurden von Dezember 2020 bis Juli 2021 in drei Pflegeheimen in Würzburg unter pandemie-angepassten Bedingungen, wie dem Tragen einer FFP2-Maske und dem Einhalten eines angemessenen Abstands, durchgeführt. Ein negativer PCR-Test der Interviewerin lag zu Beginn jeden Gesprächs vor, um die Bewohnenden möglichst geringem Risiko auszusetzen. Alle Interviews wurden im Zimmer der Bewohnerin/des Bewohners oder in einem für diesen Zweck zur Verfügung gestellten Raum durchgeführt. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 41 Minuten (min = 19 Min., max = 74 Min.). Es wurde ein Interviewleitfaden verwendet, der in Tabelle 2 dargestellt ist. Der Leitfaden wurde in Konsens der Autorinnen und Autoren entwickelt und mit Hilfe des Concurrent-Think-Aloud-Ansatzes vorab getestet.

Tabelle 2. Leitfaden Studie 3

(1) Wie sieht Ihr Leben aus, seit Sie in das Pflegeheim gezogen sind?	
(2) Was ist Ihnen für Ihr Wohlbefinden und Ihre Zufriedenheit wichtig?	
(3) Welche Bedürfnisse verspüren Sie in Ihrem jetzigen Leben?	
(4) Sprechen Sie mit anderen Menschen über Ihre Bedürfnisse?	
Wenn Frage (4) mit "Nein" beantwortet wird	Wenn Frage (4) mit "Ja" beantwortet wird
(5a) Was sind die Gründe dafür, dass Sie nicht über Ihre Bedürfnisse sprechen?	(5b) Mit wem sprechen Sie über Ihre Bedürfnisse?
(6a) Mit welchen Personen würden Sie am ehesten über Ihre Bedürfnisse sprechen?	(6b) Welche Bedürfnisse sind für Sie leichter/schwieriger zu besprechen?
(7a) Was würde Ihnen dabei helfen, sich wohler zu fühlen, wenn Sie über Ihre Bedürfnisse sprechen?	(7b) Was macht es für Sie leichter/schwieriger, über Ihre Bedürfnisse zu sprechen?
(8) Was wünschen Sie sich für die Zukunft?	

Zusätzlich wurden soziodemographische Variablen erhoben und es wurde ein Screening auf das Vorhandensein depressiver Symptome anhand der DIA-S (Depression im Alter Skala) durchgeführt. Die DIA-S ist ein reliables und valides Instrument, welches aus zehn Items im Ja/Nein-Format besteht. Werte von 0 – 2 weisen auf eine unauffällige Stimmung hin, ein Wert von 3 lässt auf einen Depressionsverdacht schließen und Werte von 4 oder mehr legen eine Depression von klinischer Bedeutung nahe (Heidenblut & Zank, 2010). Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend nach den Regeln von Dresing und Pehl (2018) transkribiert. Die Auswertung dieser Transkripte erfolgte entsprechend der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) deduktiv-induktiv und durch zwei Kodierende unabhängig voneinander nach dem Verfahren des konsensuellen Kodierens (Hopf & Schmidt, 1993). Bei der Analyse der Daten wurde mit dem PC-Programm MAXQDA (2016) gearbeitet.

4.4. Studie 4: Heimleben in der Pandemie

Da die Pandemie eine nie vorher dagewesene Situation in den Pflegeheimen darstellte und nur wenig über die Auswirkungen auf das Leben der Bewohnenden mit depressiver Symptomatik bekannt war, wurde ein exploratives Studiendesign gewählt. Diese Erhebung erfolgte in der Methodik parallel zu Studie 3, da es sich bei dieser Untersuchung um eine Teilstichprobe ebenjener Untersuchung handelt. Ausgewertet wurden neun Interviews mit Heimbewohnenden mit depressiver Symptomatik, die im Dezember 2020 durchgeführt wurden. In den Gesprächen wurden sowohl der Leitfaden von Studie 3 als auch der Leitfaden von Studie 4 eingesetzt. Für die

Bewohnenden wurden diese beiden Gesprächsinhalte durch eine Ansage der Interviewerin thematisch getrennt. Der zweite Leitfaden, welcher ebenso einem Pre-Test unterzogen wurde, enthielt folgende Fragen: (1) Wie geht es Ihnen seit Beginn der Pandemie? (2) Wie hat sich Ihr Leben seit Beginn der Pandemie verändert? (3) Haben sich Ihre Wünsche und Bedürfnisse durch die Pandemie verändert? Wenn ja, wie sah diese Veränderung aus? (4) Was war für Sie hilfreich und unterstützend während der Pandemie?

4.5. Ethische Aspekte und Qualitätssicherung

Für alle Studien (ausgenommen Studie 2, da im Rahmen der Übersichtsarbeit keine eigenen Daten erhoben wurden), liegt ein positives Votum der zuständigen Ethikkommission vor. Die Einhaltung forschungsethischer Grundsätze wurde somit von unabhängiger Seite bestätigt. Studie 1 wurde in Übereinstimmung mit der CONSORT-Liste durchgeführt (Consolidated Standards of Reporting Trials) (Schulz et al., 2010). Die Daten wurden dementsprechend erhoben, analysiert und die Ergebnisse präsentiert. Im Rahmen des Scoping Reviews (Studie 2) wurde der Prozess, die Datenanalyse sowie die Ergebnisdokumentation und -darstellung in Übereinstimmung mit der PRISMA-ScR-Liste durchgeführt (Tricco et al., 2018). Ferner wurde das Studienprotokoll prospektiv beim Center for Open Science registriert (Schweighart et al., 2021). Bei den qualitativen Studien (Studie 3 und 4) wurde die Durchführung, Interpretation und Ergebnispräsentation anhand der COREQ-Checkliste protokolliert (Tong et al., 2007). Die transkribierten Daten wurden konsensuell von zwei Personen unabhängig voneinander codiert, um Intersubjektivität zu gewährleisten. Alle beteiligten Autorinnen und Autoren haben die Manuskripte vor Einreichung gelesen und dieser vorab zugestimmt. Alle Artikel wurden bei Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren eingereicht und publiziert.

5. Ergebnisse

5.1. Studie 1: Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung

Insgesamt wurden 162 Pflegeheimbewohnende mit Demenz in die Studie aufgenommen. Das Durchschnittsalter betrug 85,0 Jahre (SD = 7,1). 74 Prozent der Bewohnenden waren Frauen. Laut FAST-Score lag bei 135 Teilnehmenden (84 Prozent) eine mittelschwere Demenz (Stufe 6) vor. Der Mittelwert für den funktionellen Status (Barthel-Index) lag bei 53,6 (SD = 26,2), was auf eine starke Abhängigkeit hinweist. Die GDS wurde von 121 Bewohnenden beantwortet. Laut diesem Instrument wurden 45 Bewohnende (37 Prozent) als depressiv eingestuft (GDS Wert \geq 5), 69 Prozent davon waren Frauen. Von 161 Bewohnenden lagen Daten zur Fremdwahrnehmung von depressiven Symptomen vor, wobei sowohl das einzelne Depressions-Item des NPI-NH (n = 161) als auch der kombinierte Depression-Angst-Score (n = 160) verwendet wurden. Insgesamt 63 Teilnehmende (39 Prozent) wurden durch das einzelne Depressions-Item

des NPI-NH als depressiv eingestuft, 79 Prozent von ihnen waren Frauen. Es bestand eine schwache Korrelation zwischen dem einzelnen Depressions-Item des NPI-NH und dem GDS-Score ($r = 0,23$, $p = 0,01$). Insgesamt 21 Bewohnende (13 Prozent) wurden durch die kombinierten Depressions- und Angst-Items des NPI-NH als depressiv eingestuft. Bei 90 Prozent dieser Personen handelte es sich um Bewohnerinnen. Es wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem kombinierten Depression-Angst-Score des NPI-NH und der GDS festgestellt ($r = 0,13$, $p = 0,16$). Das Demenzstadium laut FAST-Test war bei den Teilnehmenden, die nicht in der Lage waren, Selbsteinschätzungen zu depressiven Symptomen abzugeben, höher als bei denen, die dies konnten ($U = 1575,0$, $p < 0,001$). Für die 120 Probandinnen und Probanden mit verfügbaren Selbst- und Fremdberichten wurde ein Kappa-Koeffizient von 0,22 ($p = 0,02$) zwischen dem GDS-Wert und dem einzelnen Depressions-Item des NPI-NH berechnet, was auf eine geringe Übereinstimmung zwischen beiden Messungen hinweist (McHugh, 2012). Tabelle 3 zeigt die Einteilung aller Teilnehmenden, bei denen Daten von beiden Screening-Instrumenten vorlagen.

Tabelle 3. Depression laut GDS und dem einzelnen Depressions-Item des NPI-NH

		NPI-NH		
		Keine Depression	Depression	Gesamt
GDS	Keine Depression	53 (44 %)	23 (19 %)	76 (63 %)
	Depression	21 (18 %)	23 (19 %)	44 (37 %)
	Gesamt	74 (62 %)	46 (38 %)	120

Es wurde keine Übereinstimmung zwischen den GDS-Werten und dem kombinierten NPI-NH-Depression-Angst-Score gefunden (Kappa-Koeffizient = 0,05; $p = 0,47$). Die tägliche Einnahme von Antidepressiva wurde für 51 (32 Prozent) der 162 Probandinnen und Probanden angegeben. Es wurde keine Übereinstimmung zwischen dem GDS-Score und der antidepressiven Medikation festgestellt (Kappa-Koeffizient = 0,03; $p = 0,77$). 36 Prozent der anhand der GDS als depressiv eingestuft und 33 Prozent der nicht als depressiv eingestuft Personen erhielten eine antidepressive Behandlung. Bei der Einstufung gemäß dem Depressions-Item des NPI-NH erhielten 38 Prozent der Personen mit Depression und 28 Prozent der Personen ohne Depression mindestens ein Antidepressivum. Auch hier liegt keine Übereinstimmung vor (Kappa-Koeffizient = 0,11; $p = 0,16$). Weiter wurde ebenfalls keine Übereinstimmung zwischen dem kombinierten Depression-Angst-Score und einer antidepressiven Medikation gefunden (Kappa-Koeffizient = 0,05; $p = 0,51$). Die Einnahme eines potenziell inadäquaten Medikaments wurde laut PRISCUS-Liste (Zimmermann et al., 2013) für vier Teilnehmende angegeben. Getrennte multivariate Analysen wurden für die selbst- und fremdbberichteten depressiven Symptome durchgeführt. Die Analyse ergab, dass höhere fremdbberichtete depressive Symptome anhand des einzelnen Depressions-Item des NPI-NH mit einer niedrigeren fremdbberichteten Lebensqualität ($\beta = -0,32$; 95 % CI: -0,52 bis -0,13, $p = 0,001$) und einem niedrigeren Demenzstadium ($\beta = -0,31$; 95 % CI:

-0,52 bis -0,10, $p = 0,004$) zusammenhängen. Der kombinierte fremdberichtete Depressions-Score, der sowohl die Depressions- als auch die Angst-Items des NPI-NH einschloss, zeigte eine negative Korrelation mit der selbstberichteten Lebensqualität ($\beta = -0,12$; 95 % CI: -0,22 bis -0,03, $p = 0,01$) und mit dem Demenzstadium ($\beta = -0,37$; 95 % CI: -0,67 bis -0,07, $p = 0,02$) sowie einen positiven Zusammenhang mit neuropsychiatrischen Symptomen ($\beta = 0,30$; 95 % CI: 0,10 bis 0,51, $p = 0,004$). Höhere selbstberichtete depressive Symptome hingen hingegen mit einer niedrigeren selbstberichteten Lebensqualität ($\beta = -0,32$; 95 % CI: -0,45 bis -0,19, $p < 0,001$), einer niedrigeren fremdberichteten Lebensqualität ($\beta = -0,25$; 95% CI: -0,43 bis -0,07, $p = 0,005$) und einem niedrigeren Funktionsstatus ($\beta = -0,16$; 95 % CI: -0,32 bis -0,01, $p = 0,04$) zusammen. Alter, Geschlecht und die Einnahme von Antidepressiva waren weder mit selbst- noch mit fremdberichteten Depressionen assoziiert. Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse wurden alle Übereinstimmungsberechnungen und multivariaten Analysen auch in der Untergruppe der Bewohnenden ohne schwere Demenz (FAST-Level < 7 ; $n = 142$) durchgeführt. Diese Berechnungen ergaben die gleichen Ergebnisse, mit der einzigen Ausnahme, dass der Zusammenhang zwischen selbstberichteten depressiven Symptomen und funktioneller Fähigkeit keine statistische Signifikanz erreichte ($\beta = -0,11$; 95 % CI: -0,30 bis 0,08, $p = 0,25$).

5.2. Studie 2: Scoping Review zu Wünschen und Bedürfnissen

Die endgültige Analyse umfasste 51 Artikel, darunter 28 Studien mit einem quantitativen Studiendesign, 20 mit einem qualitativen Design und drei Studien mit Mixed-Methods-Design. 48 der 51 Studien basierten auf querschnittlichen Daten. In 35 der 51 Studien wurden die von den Bewohnenden selbst geäußerten Wünsche und Bedürfnisse erfasst, während in 12 Studien sowohl die Bewohnenden als auch Dritte befragt wurden. In vier Studien wurden nur Dritte wie beispielsweise Pflegekräfte, Angehörige oder Betreuende befragt.

Es wurde sich dafür entschieden, die Ergebnisse der Studien, in denen die Daten anhand des CANE-Fragebogens erhoben wurden, separat darzustellen, da dieses Instrument zwischen unerfüllten und erfüllten Bedürfnissen unterscheidet (Reynolds et al., 2000). Zuerst folgen nun die Ergebnisse der 41 Studien, in denen keine Erhebung anhand des CANE-Fragebogens durchgeführt wurde, anschließend werden die Ergebnisse der CANE-Studien näher erläutert. Die Ergebnisse der zuerst dargestellten Studien konnten 12 Themen zugeordnet werden: (1) Aktivitäten, Freizeit, Tagesablauf; (2) Autonomie, Unabhängigkeit, Wahlmöglichkeiten, Kontrolle; (3) Tod, Sterben, Lebensende; (4) Finanzen; (5) Umgebung, strukturelle Bedingungen, Mahlzeiten, Essen; (6) Gesundheit; (7) Medikamente, Pflege, Behandlung, Hygiene; (8) Beziehungen zu anderen Bewohnenden, Gesellschaft, soziale Kontakte; (9) Privatsphäre; (10) Psychologische und emotionale Aspekte, Sicherheit; (11) Religion, Spiritualität; und (12) Sexualität. In Tabelle 4 finden sich diese Themen sowie die spezifischen Inhalte dieser aufgelistet.

Tabelle 4. Explizite Beschreibung der Themen

Themen	Ergebnisse
(1) Aktivitäten, Freizeit, Tagesablauf	<ul style="list-style-type: none">• Freizeitspezifische, unterhaltsame und sinnvolle Aktivitäten• Mehr und vielfältigere Aktivitäten und Veranstaltungen• Aktivitäten zu besonderen Anlässen und Feiertagen• Selbstständig und körperlich aktiv sein im Rahmen der täglichen Aktivitäten
(2) Autonomie, Unabhängigkeit, Wahlmöglichkeiten, Kontrolle	<ul style="list-style-type: none">• Unabhängigkeit, Individualität und Selbstbestimmung bewahren, sich selbstbestimmt fühlen• Wahlmöglichkeiten haben und diese selbst treffen• Wählen, wer in die Entscheidungsfindung einbezogen wird• Einen Arzt konsultieren• Eine Patientenverfügung haben, eine Vorsorgevollmacht haben• Selbstständiges Verlassen des Heims• Auszug aus dem Heim, Entscheidung über die Entlassung
(3) Tod, Sterben, Lebensende	<ul style="list-style-type: none">• Sterben am Ort der Wahl• Sterben im Zustand der Wahl• Allein oder in Gesellschaft sterben• Natürlicher und schneller Tod• Friedliches und würdevolles Sterben• Über Tod und Sterben sprechen, Wünsche und Präferenzen in Bezug auf das Sterben erörtern• Vorkehrungen treffen und auf den Tod vorbereitet sein• Wunsch nach Beendigung des Lebens, Tod als Erleichterung• Körperliche Nähe, menschliche Wärme und Beistand• Vergebung und Versöhnung• Respektvolle, offene und ehrliche Kommunikation• Von geliebten Menschen berührt oder umarmt werden, enge Beziehungen haben• Linderung von Schmerzen und Durst, angenehmes Atmen• Lebenserhaltende Behandlungen oder Geräte erhalten oder nicht erhalten• Mehr zeitintensive und persönliche Pflege• Am Lebensende mobil und aktiv sein, Pläne machen
(4) Finanzen	<ul style="list-style-type: none">• Über finanzielle Mittel verfügen, finanzielle Sicherheit, Taschengeld, mehr Geld• Zahlung der monatlichen Heimgebühr

(5) Umgebung, strukturelle Bedingungen, Mahlzeiten, Essen	<ul style="list-style-type: none"> • Genügend Platz, größere Räume • Beibehaltung einer bestimmten Raumtemperatur • Bequemlichkeit der Betten • Saubere Umgebung • Platz zum Abschließen der Sachen, Verwahrung der Habseligkeiten • Personalisierung des Zimmers • Bessere sanitäre Einrichtungen • Geeignetes Heim für Bewohnende mit Beeinträchtigungen und Behinderungen • Flexible Organisation der Abläufe • Aufenthalt in einer vertrauten Umgebung • Trennung von dementen und nicht dementen Bewohnenden • Gut zubereitete, schmackhafte, interessante, traditionelle Mahlzeiten und Snacks • Essen, das den besonderen Ernährungsbedürfnissen entspricht • Feste Essenszeiten • Meinung der Bewohnenden über den Menüplan wird erfragt • Assistenz bei den Mahlzeiten, falls erforderlich • Genügend Zeit, um die Mahlzeiten zu genießen
(6) Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • Informiert sein über den Gesundheitszustand oder nicht informiert sein • Aufrechterhaltung der körperlichen Gesundheit und der kognitiven Fähigkeiten • Verhinderung einer Verschlechterung der Funktionsfähigkeit • Nicht zum Pflegefall werden • Aufrechterhaltung der Mobilität • Erholsamer Schlaf • Körperliches Wohlbefinden
(7) Medikamente, Pflege, Behandlung, Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens • Angemessene (medizinische) Behandlung, gutes Schmerzmanagement • Aktivere Pflege, Sturzprävention und therapeutische Angebote • Geeignete und saubere Behandlungsgeräte • Regelmäßiges Wechseln der Einlagen • Gute Haut- und Haarpflege, gute Mund- und Körperhygiene • Professionelle Überwachung von unangenehmen Nebenwirkungen der Medikamente • Ablehnung von Medikamenten und medizinischen Behandlungen • Professionelles, respektvolles, freundliches, ermutigendes, einfühlsames, fürsorgliches und erfahrenes Personal • Enge, vertrauensvolle und kontinuierliche Beziehung zum Personal • Mehr Pflegepersonal • Vom Personal nicht in Verlegenheit gebracht oder wie ein Kind behandelt werden, nicht als lästig oder belastend empfunden werden • Respekt vor der Persönlichkeit, ernst genommen werden, als Person anerkannt werden • Vom Personal mit dem Namen begrüßt werden • Pflege durch eine weibliche Pflegekraft, wenn die Bewohnerin selbst eine Frau ist

(8) Beziehungen zu anderen Bewohnenden, Gesellschaft, soziale Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlicher, sinnvoller und harmonischer Kontakt mit anderen Bewohnenden und Angehörigen • Besuch von Angehörigen, regelmäßiger Kontakt, mehr Zeit mit Angehörigen • Jemanden haben, mit dem man sich tagsüber unterhalten kann • Generationsübergreifende Kontakte • Verbindungen zwischen der Gemeinschaft, der Außenwelt und dem Heim • Bewahrung des früheren sozialen Netzes
(9) Privatsphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale und psychische Privatsphäre • Ungestört ausruhen • Zeit allein verbringen
(10) Psychische und emotionale Aspekte, Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei verschiedenen psychischen und emotionalen Problemen erhalten • Das tun, was einem hilft, sich besser zu fühlen, wenn man traurig oder verärgert ist • Sich willkommen, gebraucht und wertgeschätzt fühlen • Positives Selbstwertgefühl, positive Einstellung • Sich selbst treu bleiben, die Identität bewahren • Gefühle und den eigenen Willen ausdrücken • Sich auf andere einlassen, andere berühren/berührt werden • Eingebunden sein • Verstanden werden • Jeden Tag nehmen, wie er kommt, und sich nicht zu viele Gedanken über morgen machen • Persönliche Resilienz und Möglichkeiten der Bewältigung von Situationen • Einen Sinn im Alltag finden, sich an kleinen Dingen erfreuen • Das Gefühl von Sicherheit • Zugang zu schneller Notfallversorgung • Sicherheitsvorkehrungen im Heim • Schutz vor Selbstverletzung und vor Belästigung durch andere Bewohnende
(11) Religion, Spiritualität	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an religiösen Ritualen, Gottesdiensten und Zeremonien • Befolgung kultureller oder familiärer Bräuche • Spirituell verbunden sein • Beten, sich an eine höhere Präsenz wenden • Über das vergangene Leben nachdenken • In die Schönheit der Natur eintauchen
(12) Sexualität	<ul style="list-style-type: none"> • Unterhaltungen führen • Rücksicht erfahren • Zärtlichkeit austauschen • Unterstützung in jeder Situation • Emotionale Unterstützung geben und empfangen

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der CANE-Studien dargestellt. Der CANE-Fragebogen dient dazu die körperlichen, psychischen, sozialen und umweltbezogenen Bedürfnisse älterer Menschen zu erfassen und unterscheidet hierbei explizit zwischen erfüllten und unerfüllten Bedürfnissen. Betrachtet man die Ergebnisse, so liegen die fünf am häufigsten genannten erfüllten Bedürfnisse in den Bereichen Ernährung, Haushaltsführung, körperliche Gesundheit, Wohnverhältnisse und Selbstversorgung. Im Vergleich dazu sind die fünf häufigsten unerfüllten Bedürfnisse in den Bereichen Tagesaktivitäten, psychischer Stress, soziale Kontakte, Sehen/Hören sowie Gedächtnis/Erinnerungsvermögen zu finden. Einige dieser Bedürfnisse, die die Bewohnenden laut den CANE-Studien verspüren, wurden ebenso in der Analyse der 41 weiteren Studien identifiziert. Dazu gehören im Bereich der unerfüllten Bedürfnisse folgende: Tagesaktivitäten, psychischer Stress und soziale Kontakte. Die erfüllten Bedürfnisse, die ebenfalls bereits in den anderen Studien dargestellt wurden, sind wiederum Ernährung, körperliche Gesundheit und Wohnverhältnisse. Weitere in den CANE-Studien ermittelte Bedürfnisse, die in der Analyse der anderen Studien nicht extrahiert wurden, sind Haushaltsführung und Selbstversorgung im Bereich der erfüllten Bedürfnisse sowie Gedächtnis/Erinnerungsvermögen und Sehen/Hören in Zusammenhang mit unerfüllten Bedürfnissen. In Bezug auf Gedächtnis/Erinnerungsvermögen und Sehen/Hören muss jedoch angemerkt werden, dass diese Bedürfnisse der Erhaltung der körperlichen sowie kognitiven Gesundheit zuzuordnen sind. Dies wurde als Bedürfnis in den oben genannten Studien extrahiert, wenn auch nicht so spezifisch wie anhand der CANE-Studien.

5.3. Studie 3: Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation

In Studie 3 wurden sowohl die Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnenden mit depressiven Symptomen als auch erlebte Barrieren der Bedürfniserfüllung beleuchtet. Ergänzend waren die Bedürfniskommunikation von Interesse sowie die Frage, wie diese Kommunikation gefördert werden kann und was sie hemmt.

Die Stichprobe bestand aus elf Befragten (weiblich: $n = 5$). Das Durchschnittsalter der Bewohnenden lag bei 81,8 Jahren ($SD = 8,8$; Spannweite = 71 – 93) und sie lebten zwischen einem Monat und fast sechs Jahren im Pflegeheim. Bei sechs Befragten war eine depressive Störung in der Patientenakte dokumentiert, während fünf Bewohnende aufgrund der Einschätzung des Heimpersonals in die Studie aufgenommen wurden. Der mittlere Schweregrad der Depressivität betrug 5,9 auf der DIA-S und unterschied sich nur geringfügig zwischen den Bewohnenden mit Diagnose ($M = 6,0$) und denjenigen, die vom Personal als depressiv eingeschätzt wurden ($M = 5,8$). Laut DIA-S lag bei allen Probandinnen und Probanden mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Depression vor ($Score \geq 4$). Die genannten Bedürfnisse der Bewohnenden konnten 12 Themen zugeordnet werden: (1) Pflege und Versorgung; (2) Sterben und Tod; (3) Gesundheit; (4) Hobbys und Interessen; (5) Unabhängigkeit und Autonomie; (6)

Auszug/Umzug; (7) Beschäftigung und Tagesstruktur; (8) psychische und emotionale Bedürfnisse; (9) Reminiszenz; (10) Service und Ausstattung; (11) soziale Bedürfnisse und (12) keine Bedürfnisse. Alle elf Bewohnenden berichteten von gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen. Letztere wurden zudem am häufigsten genannt. Bedürfnisse in den Bereichen Hobbys und Interessen, Unabhängigkeit und Autonomie sowie psychische und emotionale Bedürfnisse wurden jeweils von zehn Bewohnenden geschildert. Diese Themen scheinen somit von höherer Relevanz zu sein. Bezüglich der Nicht-Erfüllung der verspürten Bedürfnisse gaben die Bewohnenden verschiedene Barrieren an, die sie in ihrem Alltag im Pflegeheim erleben. Mitunter äußerten die Befragten, dass das Personal im Heim ein Hindernis für eine Bedürfniserfüllung darstellt. So gab eine Bewohnerin an, dass das Pflegepersonal ihre psychisch-emotionalen Bedürfnisse mitunter nicht ernst nimmt, was dazu führt, dass ihr aktuelles Sicherheitsbedürfnis nicht erfüllt wird.

„Also, ich bin oft sehr schwindlig und deshalb sehr ängstlich. Und das nehmen sie manchmal nicht so ernst.“ (B5)

Einschränkungen und Gesundheitsprobleme der Bewohnenden erklären ebenfalls, weshalb bestimmte Bedürfnisse nicht erfüllt werden können. Neben diesen beiden Barrieren äußerten die Befragten zudem strukturelle Bedingungen, wie das Fehlen von Einzelzimmern oder Regeln, die im Pflegeheim gelten und einer Bedürfniserfüllung entgegenstehen. Auch das Fehlen von sozialen Kontakten oder negative soziale Erfahrungen können Barrieren darstellen. Schließlich erwähnten die Bewohnenden die Covid-19-Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen, die eine Bedürfniserfüllung zum Teil unmöglich machten.

Die Bedürfniskommunikation der Bewohnenden mit depressiven Symptomen umfasst das zweite Hauptthema der Studie. Hierbei gaben die meisten Bewohnenden an, dass sie ihre Bedürfnisse gegenüber anderen Personen äußern. Zwei Bewohnende hingegen meinten, dass sie ihre Bedürfnisse für sich behalten aufgrund fehlender Vertrauenspersonen oder aufgrund von Zweifeln an der Sinnhaftigkeit diese auszusprechen.

„Aus bestimmten Gründen habe ich dieses Mal, und ich muss sagen, zum ersten Mal in meinem Leben, geschwiegen, um nicht zuzulassen, dass Ereignisse eintreten, die ich kommen sehen konnte. Wahrscheinlich wäre das in der Familie nicht so gut angekommen.“ (B8)

Die Bewohnenden, die ihre Bedürfnisse artikulieren, nannten mehrere Gesprächspartnerinnen und -partner. Andere Bewohnende, Bekannte, Verwandte, die Familie und das Personal des Pflegeheims wurden dabei primär genannt.

Zusätzlich konnten Faktoren identifiziert werden, die eine Bedürfniskommunikation erleichtern.

Darunter das Gefühl im Heim zuhause zu sein, soziale Kontakte zu haben und von vertrauensvollem, freundlichem und geduldigem Personal versorgt zu werden.

„Sie sind sehr nett, man kann mit ihnen reden. Sie hören auch zu und tun etwas für uns, wenn wir etwas brauchen. Und dann sagen sie, das funktioniert, das besorge ich für dich.“ (B1)

Neben den förderlichen Faktoren berichteten die Bewohnenden ebenso von Hindernissen bei der Kommunikation ihrer Bedürfnisse. Darunter das Fehlen von Vertrauenspersonen und Gesprächspartnerinnen und -partnern, das Fehlen von kostenfreien und funktionsfähigen Kommunikationsmitteln wie Telefonen und ungeduldiges, unfreundliches und kurz angebundenes Personal.

„Die haben keine Zeit. Du hast das gesehen, sie kommt rein und sie ist wieder raus. So schnell kann man nicht keuchen.“ (B3)

Zudem spielt die Unsicherheit der Bewohnenden eine entscheidende Rolle, die sie dazu veranlasst, eher zu schweigen, als offen über ihre Bedürfnisse zu sprechen. So merkten die Befragten an, dass sie sich nicht trauen, bestimmte Bedürfnisse anzusprechen, weil sie Angst haben, etwas Falsches sagen zu können. Darüber hinaus hatten die Bewohnenden das Gefühl im Pflegeheim nicht alles ansprechen zu können aufgrund der Befürchtung, dass der Inhalt des Gesprächs nicht vertraulich behandelt werden würde. Das Gefühl eine Last zu sein veranlasst die Befragten gleichermaßen ihre Bedürfnisse für sich zu behalten. Außerdem zweifeln die Befragten ihre Bedürfnisse an und bagatellisieren diese. So äußerte eine Bewohnerin, sie schäme sich, weil sie das Gefühl habe, dass sie sich nur beschwere. Dies werde ihr von den Pflegekräften wiederholt vorgeworfen. Eine andere meinte, sie sei zu anspruchsvoll. Bei beiden Bewohnerinnen führten diese Einstellungen dazu, dass sie ihre Bedürfnisse als ungerechtfertigt ansahen und nicht oder nur zurückhaltend gegenüber Dritten äußerten. Schließlich führt auch das Gefühl, dass die Artikulation ihrer Bedürfnisse keine Erfüllung beziehungsweise keine Umsetzung ebenjener nach sich zieht, dazu, dass die Bewohnenden diese nicht mitteilen.

5.4. Studie 4: Heimleben in der Pandemie

Die Stichprobe von Studie 4 bestand aus fünf Bewohnerinnen und vier Bewohnern, die ebenfalls im Rahmen von Studie 3 befragt wurden. Im Durchschnitt waren die Bewohnenden zum Zeitpunkt der Interviews 81,9 Jahre alt (SD = 7,8; Spannweite = 71 – 93). Die Befragten lebten zwischen einem Monat und mehr als vier Jahren im Pflegeheim. Bei fünf Befragten war eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis in ihrer Patientenakte dokumentiert, während vier Bewohnende aufgrund der Einschätzung des Pflegeheimpersonals eingeschlossen wurden. Die

Schwere der Depressivität lag im Mittel bei 5,9 Punkten auf der DIA-S. Eine als sehr wahrscheinlich geltende Depression lag laut DIA-S bei allen Befragten vor (Score ≥ 4).

Es wurden drei Hauptthemen im Rahmen dieser Studie identifiziert: (1) Empfindungen und Emotionen in Bezug auf die Pandemie, (2) Veränderungen und Einschränkungen durch die Maßnahmen und (3) Wünsche vor dem Hintergrund der Pandemie.

Unter dem ersten Thema schilderten die Bewohnenden wie es ihnen seit Beginn der Pandemie geht und welche Gefühle sie in dieser Lebensphase vordergründig empfinden. Dabei äußerten die Bewohnenden mitunter, dass sie die Pandemiesituation als nicht schlimm oder angsteinflößend erleben und sich emotional nicht viel für sie verändert habe. Auch große Furcht vor einer möglichen Infektion schienen die Bewohnenden nicht zu empfinden. Dies erklärten sie damit, dass sie ihr Leben gelebt haben, keine Angst vor dem Tod haben und sowieso nichts ändern können, sollte es zu einer Ansteckung kommen.

„Ich bin kein Mensch, der ängstlich ist, einmal. Und sagen wir, wenn ich Unglück habe, dann habe ich Pech, nehme ich was auf oder nicht.“ (B8)

Von einigen wurden jedoch auch negative Auswirkungen der Pandemie auf ihre Emotionen und ihr Leben beschrieben. Vorrangig handelte es sich dabei um die Sorge vor einem Ausbruch im Pflegeheim sowie um die Sorge, dass sich Angehörige infizieren könnten. Im Rahmen des zweiten Themas äußerten sich die Bewohnenden primär unzufrieden über die Maßnahmen und Einschränkungen, welche zur Infektionsvermeidung in den Pflegeheimen eingeführt wurden. Die Befragten berichteten von psychischen Belastungen, darunter Einsamkeit und Niedergeschlagenheit, die sie auf die Maßnahmen zurückführten. So durften die Bewohnenden ihr Zimmer teilweise nicht verlassen und auch Besuche von Angehörigen oder ehrenamtlichen Mitarbeitenden waren nicht mehr möglich. Ferner wurde das Tragen von Masken als lästig empfunden und die Aussetzung der täglichen Aktivitäten führte zu Langeweile und Untätigkeit. Teilweise schätzten die Bewohnenden die Maßnahmen als bevormundend und zu drastisch ein und hinterfragten die Sinnhaftigkeit dieser.

„Ja, also viel Theater gemacht worden. Das dürft ihr nicht und das dürft ihr nicht.“ (B6)

Im dritten Hauptthema schilderten die Bewohnenden Wünsche und Bedürfnisse in Bezug zur Pandemie. Die Bewohnenden wünschten sich die (partielle) Aufhebung der Maßnahmen und Einschränkungen, so dass beispielsweise Besuche von Angehörigen wieder möglich sind.

„Dass an Heiligabend meine Kinder da sind, dass wir wieder einen Kaffee trinken können miteinander.“ (B4)

Weiter wurde auch das Bedürfnis nach Verlassen des Heims genannt, etwa für die Teilnahme an einer Beerdigung oder um spazieren zu gehen. Einig waren sich die Bewohnenden in ihrem Wunsch nach Besserung der pandemischen Lage.

6. Diskussion

Alle vier Studien haben eine verbesserte Versorgung von Pflegeheimbewohnenden zum Ziel. Studie 1 untersuchte die Übereinstimmung zwischen selbst- und fremdberichteten depressiven Symptomen und welche Faktoren mit den depressiven Symptomen assoziiert sind. Studie 2 bietet anhand der Methodik eines Scoping Reviews einen empirischen Überblick über die Bedürfnisse und Wünsche von Pflegeheimbewohnenden. Studie 3 zielte auf eine Exploration der Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnenden mit depressiver Symptomatik sowie deren Artikulation ab, während im Rahmen von Studie 4 die Situation der Heimbewohnenden während der Covid-19-Pandemie beleuchtet wurde.

6.1. Studie 1: Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung

Für Studie 1, die die Übereinstimmung zweier häufig in der geriatrischen Praxis verwendeter Instrumente (GDS und NPI-NH) zur Einschätzung von Depressionen untersuchte, lassen sich folgende Erkenntnisse hervorheben und erörtern: es wurde eine hohe Prävalenz von depressiven Symptomen gefunden, sowohl mit dem Einsatz der GDS als Selbstbeurteilungsinstrument (37 Prozent gelten als depressiv), als auch durch den Einsatz des NPI-NH als Fremdbeurteilungsinstrument (39 Prozent gelten als depressiv). Dies entspricht den in früheren Studien berichteten Prävalenzraten (Burke et al., 2019; D. K. Y. Leung et al., 2021). Im Unterschied hierzu beträgt die Prävalenz des kombinierten Depression-Angst-Scores jedoch nur 13 Prozent. Bezüglich der Übereinstimmung zwischen der GDS und dem Depressions-Item des NPI-NH wurde nur eine geringe Übereinstimmung festgestellt, was zum Teil auf Unterschiede in den verwendeten Instrumenten zurückzuführen sein könnte. Während die GDS von den betroffenen Personen selbst beantwortet wird und nur zur Feststellung depressiver Symptome konzipiert wurde (Yesavage & Sheikh, 1986), wird das NPI-NH für die Fremdbeurteilung verwendet und ist nicht ausschließlich zur Bewertung depressiver Symptome entwickelt worden (Cummings et al., 1994). Daher misst dieses Instrument möglicherweise andere Symptome als die GDS (Gutzmann & Qazi, 2015). Negative Annahmen oder Fehlinformationen über Menschen mit Demenzerkrankungen derjenigen Personen, die die Fremdbewertungen vornehmen, können ebenfalls zu geringer Übereinstimmung zwischen den Instrumenten geführt haben (W.-Y. Leung et al., 2021). Fremdb Berichte können sich darüber hinaus nur auf beobachtbares Verhalten stützen. Das innere Erleben ist nur bedingt durch verbale Äußerungen der Bewohnenden mit Demenz einsehbar.

Womöglich kann dieses aufgrund von Einschränkungen der Sprachfähigkeit nicht immer mitgeteilt werden (D. K. Y. Leung et al., 2021). Bewohnende mit Demenz können darüber hinaus Schwierigkeiten in der Bewertung des eigenen Gemütszustandes haben. Zusätzliche Verzerrungen können aufgrund eingeschränkter Ausdrucksfähigkeit oder aufgrund der Verwechslung von emotionalen und kognitiven Symptomen auftreten (Leontjevas et al., 2012). Es ist bekannt, dass kognitiv beeinträchtigte Patientinnen und Patienten Symptome als weniger gravierend wahrnehmen, während Pflegepersonen dazu tendieren diese übertrieben darzustellen (Gutzmann & Qazi, 2015). Dies alles kann die Vergleichbarkeit beider Skalen einschränken. Fremdbewertungen werden häufig zur Bewertung von Symptomen bei Menschen mit Demenz eingesetzt und zudem empfohlen, um Selbstberichte zu ergänzen oder gar zu ersetzen (Sutin et al., 2019). Geriatisch Praktizierende sollten sich der Nachteile dieser Instrumente bewusst sein, wenn sie diese bei Pflegeheimbewohnenden mit Demenz einsetzen. Zukünftige Studien sollten sich auf die spezifischen Eigenschaften von Selbst- und Fremdeinschätzungen depressiver Symptome bei Menschen mit Demenz konzentrieren, um inhärente Verzerrungen zu identifizieren und zu minimieren. Nicht alle Teilnehmenden, darunter diejenigen mit fortgeschrittenem Demenzstadium, waren in der Lage Selbstberichte abzugeben. Im Demenzverlauf ist die fortschreitende kognitive Beeinträchtigung eine bekannte Herausforderung. In dieser Phase können Selbstberichte bei Menschen mit schwerer Demenz zu einer Überforderung führen, die es ihnen erschwert, genaue Angaben über ihren Zustand zu machen. Balsamo et al. (2018) überprüften Selbstauskunftsinstrumente zur Bewertung depressiver Symptome bei älteren Erwachsenen und kamen zu dem Schluss, dass viele der verfügbaren Screening-Instrumente kognitive oder sensorische Beeinträchtigungen bei älteren Personen nicht ausreichend berücksichtigen. Obwohl die GDS speziell für geriatrische Patientinnen und Patienten entwickelt wurde und weniger somatische Items enthält als andere Screening-Instrumente, kann die Validität der GDS bei Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz beeinträchtigt sein (Burke et al., 2019). Snow et al. (2005) fanden heraus, dass eine bestehende Demenzdiagnose nicht zwangsläufig zu ungenauen Selbstberichten in Bezug auf Depressionen führen muss. Diese und weitere Studien legen nahe, dass Selbstberichte mit Menschen in allen Demenzstadien verwendet werden können und sollen (Perfect et al., 2021). Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Einbeziehung der Bewohnenden in Form von Selbstangaben bei der Bewertung depressiver Symptome, da einige internalisierte Symptome wie Gefühle von Wertlosigkeit, Schuld und Einsamkeit für extern Bewertende möglicherweise nicht ermessbar sind, was die geringe Übereinstimmung nahelegt.

In Bezug auf Faktoren, die mit selbst- beziehungsweise fremdberichteten depressiven Symptomen assoziiert sind, lässt sich feststellen, dass beide Messgrößen verschiedene Assoziationsmuster mit anderen Studienvariablen aufweisen. Wie erwartet korrelierten höhere selbstberichtete depressive Symptome mit einer niedrigeren selbstberichteten Lebensqualität

und geringeren funktionellen Fähigkeiten, während höhere fremdberichtete depressive Symptome mit einer niedrigeren fremdberichteten Lebensqualität zusammenhängen. Diese Ergebnisse bestätigen einen Zusammenhang zwischen Depression und Lebensqualität bei Menschen mit Demenzerkrankung (Beer et al., 2010). In Übereinstimmung mit früheren Ergebnissen (zum Beispiel Holtzer et al., 2005) konnte festgestellt werden, dass die depressiven Symptome bei Teilnehmenden mit höherem Demenzgrad geringer waren. Dies galt jedoch nur für fremdbewertete depressive Symptome. Im Gegensatz dazu korrelierten selbstberichtete depressive Symptome mit einem niedrigeren Funktionsstatus. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Depressionen bei Pflegeheimbewohnenden mit fortgeschrittener Demenz und einer stärkeren funktionellen Beeinträchtigung von Dritten unterschätzt werden könnten, da sich deren Fokus auf andere Symptome konzentrieren kann (Bergdahl et al., 2011). Darüber hinaus kann es sein, dass die Fremdbeurteilungen von Depressionen bei Bewohnenden mit fortgeschrittener Demenz aufgrund der Überschneidung von Depressions- und Demenzsymptomen zum Teil nicht korrekt sind (Downing et al., 2013), was wiederum eine Fehlversorgung begünstigen kann.

Depressionen bei Demenz sind behandelbar, dies legen Studien nahe (Burke et al., 2019; Ngo & Holroyd-Leduc, 2015). Nicht-pharmakologische Behandlungen wie beispielsweise die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle Therapie oder auch multimodale Interventionen sind bei Menschen mit Demenz wirksam und sollten als Mittel erster Wahl bei Pflegeheimbewohnenden eingesetzt werden (Burke et al., 2019). Dies steht auch in Einklang mit dem personenzentrierten Ansatz in der Pflege älterer Menschen, der mitunter auf die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtet ist und mit positiven Effekten für Pflegeheimbewohnende einhergeht (Ballard et al., 2018; Kim & Park, 2017; Yasuda & Sakakibara, 2017; Yoon, 2018). Insgesamt deuten die Assoziationsmuster von selbst- und fremdberichteten Depressionen mit unterschiedlichen Variablen darauf hin, dass Depressionen multidimensionale Aspekte haben, was die Bedeutung verschiedener Ansätze unterstreicht, um eine genaue und umfassende Bewertung depressiver Symptome bei Pflegeheimbewohnenden mit Demenzerkrankung zu gewährleisten. Zuletzt konnte keine signifikante Übereinstimmung der beiden Screening-Instrumente mit der antidepressiven Medikation gefunden werden. Dies steht in Einklang mit der Studie von Kwak et al. (2014). In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Kramer et al. (2009) zeigen die hier vorliegenden Daten, dass ein großer Teil der Teilnehmenden Antidepressiva erhielt, obwohl weder selbst- noch fremdberichtete depressive Symptome vorlagen. Obwohl Antidepressiva häufig zur Behandlung depressiver Symptome bei Demenz verschrieben werden (Lozupone et al., 2020), liefern Studien keine eindeutigen Beweise für die Wirksamkeit von Antidepressiva bei Personen mit Demenz (Dudas et al., 2018). Darüber hinaus gibt es einen Konsens im Rahmen der evidenzbasierten Behandlungsleitlinien für Demenzerkrankungen, dass pharmakologische Optionen nur im Falle des Nicht-Wirkens von nicht-pharmakologischen

Optionen eingesetzt werden sollten, um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden (Ngo & Holroyd-Leduc, 2015).

6.2. Studie 2: Scoping Review zu Wünschen und Bedürfnissen

In Studie 2 wurden 12 Datenbanken systematisch untersucht. Final wurden 51 Studien eingeschlossen und analysiert. Diese Analyse führte zu umfangreichen Bedürfnissen und Wünschen, welche 12 Themen zugeordnet werden konnten. Die thematische Heterogenität unterstreicht die Annahme, dass Pflegeheimbewohnende über vielfältige Bedürfnisse verfügen, diese wahrnehmen und kommunizieren können. Ferner zeugen die Ergebnisse davon, dass Pflegeheimbewohnende keine homogene Gruppe darstellen. Zum Teil waren die Wünsche und Bedürfnisse, die unterschiedliche Bewohnende verspürt haben, gegensätzlich. Manche möchten beispielsweise im Pflegeheim versterben, andere wiederum lieber im eigenen Zuhause oder in einem Hospiz. Dieses hohe Maß an Individualität und Komplexität muss bei der Bedürfniserfassung berücksichtigt werden. Wünsche und Bedürfnisse sollten mit den Bewohnenden in Einzelgesprächen erfasst, regelmäßig reflektiert und das Eingehen auf diese gegebenenfalls angepasst werden. Von großer Bedeutung scheinen die folgenden Themen zu sein, da sie häufig und in mehreren Studien genannt wurden: Autonomie, Unabhängigkeit, Wahlmöglichkeiten, Kontrolle; Tod, Sterben, Lebensende; Medikamente, Pflege, Behandlung und Hygiene. Es ist jedoch nicht möglich eine Rangordnung innerhalb der Wünsche und Bedürfnisse festzulegen. So können beispielsweise Bedürfnisse im Bereich der Pflege von einigen Heimbewohnenden als am relevantesten eingeschätzt werden, während andere Bewohnende Bedürfnisse nach Autonomie und Selbstbestimmung als am wichtigsten erachten.

Der Einsatz von Instrumenten (zum Beispiel PELI-NH oder CANE) kann bei der Bedürfniserhebung hilfreich sein, da diese Instrumente Hinweise auf bestehende Bedürfnisse und Wünsche liefern können. Es ist jedoch zu betonen, dass diese Hilfsmittel relevante Bedürfnisse mitunter nicht vollumfänglich abdecken. Themen, die laut der vorliegenden Studie für die Bewohnenden von hoher Wichtigkeit sind, wie beispielsweise Tod und Sterben, Autonomie, Interaktion des Pflegepersonals mit den Bewohnenden sowie Religion und Spiritualität, werden vom CANE-Fragebogen nicht erfasst. Medizinisches und pflegerisches Personal, das diesen Fragebogen zur Einschätzung der Bedürfnisse heranzieht, sollte sich dessen bewusst sein. Die Analyse der CANE-Studien offenbarte diverse unerfüllte Bedürfnisse. Es kann angenommen werden, dass sich unerfüllte Bedürfnisse negativ auf das Leben von Pflegeheimbewohnenden auswirken (Slade et. al., 2004; Stein et al., 2016). Bei der Versorgung von Heimbewohnenden sollte daher ein Fokus auf die Erfassung und potentielle Erfüllung dieser Bedürfnisse gelegt werden. Eine Nicht-Kommunikation von Bedürfnissen seitens der Bewohnenden erschwert die Erhebung von unerfüllten Bedürfnissen. Die Studie von Klemmt et al. (2020) zeigt, dass Heimbewohnende ihre Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf die Versorgung am Lebensende

mitunter nicht äußern. Als ursächlich hierfür wird angesehen, dass diese nicht über schwierige oder in ihren Augen tabuisierte Themen sprechen möchten, dass sie niemanden zur Last fallen wollen oder über keine Vertrauensperson verfügen. In diesen Situationen sollten die Pflegekräfte den Bewohnenden mit Wertschätzung, Respekt und Geduld begegnen. Zudem sollten Pflegekräfte die Bedürfnisse, wenn möglich, realisieren, da das Erkennen, dass aus einer Bedürfnisäußerung positive Veränderungen im Heimalltag resultieren können, essentiell für eine weitere Kommunikationsintention ist. Bevormundende Kommunikation, die teils in Pflegeheimen stattfindet, kann mitunter dazu beitragen, dass Bewohnende ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht offen verbalisieren, da die Zufriedenheit mit solchen Interaktionen gering sein kann (Ryan et al., 1994). Darüber hinaus kann die Verwendung problematischer Kommunikationsmuster, auch Elderspeak genannt, aufgrund stereotyper Erwartungen an die Kommunikationsfähigkeiten der Bewohnenden zu dem Gefühl führen, nicht verstanden oder respektiert zu werden und infolgedessen dazu, dass die Bewohnenden sich nicht äußern und unangenehme Umstände widerspruchslos akzeptieren. (Ryan et al., 1995; Williams et al., 2017). Trainings für Pflegekräfte zu personenzentrierter Interaktion und Kommunikation könnten zu einem verbesserten Umgang zwischen Pflegekräften und Bewohnenden beitragen, was zu mehr Mitteilsamkeit auf Seiten der Bewohnenden und folglich zu weniger unerfüllten Bedürfnissen führen könnte (Ballard et al., 2018; Williams, 2006). Ein wiederholt genanntes Bedürfnis war jenes nach Beteiligung an relevanten Entscheidungen. Der Entscheidungsbeteiligung wird ebenfalls im Rahmen der Methode der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) eine hohe Relevanz zugesprochen. Hierbei werden die Bewohnenden beim Treffen von Entscheidungen unterstützt, basierend auf einem kooperativen Prozess zwischen Betroffenen und Behandelnden (Elwyn et al., 2012). Die Studie von Reed et al. (2008) zeigt jedoch, dass zu viele Optionen und Wahlmöglichkeiten bei älteren Personen zu Überforderung führen können. Dies unterstreicht erneut die Notwendigkeit eines individuellen Zugangs, infolgedessen die Bewohnenden gefragt werden sollten, ob sie in manchen Lebensbereichen eine begrenzte Anzahl an Wahlmöglichkeiten wünschen oder ob sie Entscheidungen mitunter lieber nicht oder nicht alleine treffen möchten.

6.3. Studie 3: Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation

In Studie 3, welche die Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnenden mit depressiven Symptomen sowie die Kommunikation dieser erlebten Bedürfnisse erfasst, konnten zwei Hauptthemen identifiziert werden. Das erste Thema umfasst die Bedürfnisse und Wünsche sowie die Barrieren der Bedürfnisbefriedigung. Das zweite Thema handelt von der Bedürfniskommunikation, einschließlich der Gesprächspartnerinnen und -partner sowie den förderlichen und hinderlichen Faktoren. Innerhalb des ersten Themas konnten vielfältige und komplexe Bedürfnisse der Bewohnenden eruiert werden, welche 12 Themen zugeordnet wurden. Insbesondere die

sozialen, gesundheitlichen und psychisch-emotionalen Bedürfnisse spielten für die Bewohnenden eine relevante Rolle. In diesen Kategorien berichteten die Pflegeheimbewohnenden primär von unerfüllten Bedürfnissen. Es ist bekannt, dass das Fehlen von sozialen Kontakten mitunter einen Risikofaktor für Depressionen bei Pflegeheimbewohnenden darstellt (Tiong et al., 2013). Darüber hinaus ist anzunehmen, dass sich unerfüllte emotionale und psychische Bedürfnisse ebenfalls negativ auf bestehende depressive Symptome auswirken. Neben den Bedürfnissen wurden auch Barrieren, die einer Erfüllung ebenjener Wünsche und Bedürfnisse im Wege stehen, erfasst. Unter anderem schilderten die Bewohnenden externe Faktoren wie Verhaltensweisen oder Äußerungen von Pflegekräften oder auch Entscheidungen von Angehörigen, die mit ihren Bedürfnissen kollidieren. Interne Faktoren, wie ein schlechter Gesundheitszustand, wurden desgleichen genannt. Auch wenn einige dieser Faktoren, darunter schwere körperliche Einschränkungen, zum Teil nur sehr schwer zu verändern sind, könnte die Beseitigung von Barrieren die Bedürfniserfüllung erleichtern und folglich die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Bewohnenden steigern sowie die Einsamkeit und die Depressivität reduzieren (Andrew & Meeks, 2018; Custers et al., 2010; Kloos et al., 2019). Als primäre Barriere wurde von Seiten der Bewohnenden das Pflegepersonal genannt. Diesbezüglich könnten Schulungsprogramme personenzentrierte Versorgung vermitteln und das Personal im Rahmen gelingender Bedürfniserfüllung unterstützen (Surr et al., 2016). Vor allem während der Covid-19-Pandemie waren die Vorschriften in deutschen Pflegeheimen zuweilen sehr restriktiv, was bei Pflegeheimbewohnenden mit depressiven Symptomen zu Belastungen und unerfüllten Bedürfnissen führte, wie die Ergebnisse von Studie 4 nahelegen. Die Reflektion, das Abwägen und das eventuelle Anpassen einiger bestehender Regeln in Pflegeheimen könnte zu mehr Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung bei Bewohnenden beitragen. Im Rahmen des zweiten Themas wurden zunächst die Gesprächspartnerinnen und -partner der Bewohnenden identifiziert, gegenüber denen sie ihre Bedürfnisse artikulieren. Im Falle einer Bedürfniskommunikation, gaben die Bewohnenden diverse Personen als Gegenüber an. Dies unterstreicht die Annahme, dass sich Pflegeheimbewohnende einerseits gegenüber engen Vertrauten sowie dem Personal, teilweise jedoch auch gegenüber Fremden öffnen können und möchten, sofern diese als geeignete Gesprächspartnerinnen und -partner angesehen werden. In den meisten Interviewsituationen kommunizierten die Befragten sehr offen und erklärten froh zu sein, dass jemand mit ihnen über ihre Bedürfnisse spricht. Manche Bewohnende äußerten zu Beginn, dass sie aufgrund von Sinnlosigkeit und Resignation keine Bedürfnisse mehr verspüren. Mit Geduld und Interesse begannen auch die zurückhaltenden Bewohnenden nach einer gewissen Zeit Bedürfnisse zu formulieren. Dies steht in Einklang mit den Ergebnissen von Klemmt et al. (2020). Hier zeigte sich gleichermaßen, dass eine Bedürfnisäußerung primär gegenüber Personen, die gewisse Voraussetzungen, wie Geduld und Interesse, erfüllen, stattfindet. Auch wenn in dieser Studie nur Interviews mit Bewohnenden mit gewissen kommunikativen und kognitiven

Fähigkeiten geführt wurden, legen Studien, wie zum Beispiel von Shiells et al. (2020), die Fähigkeit zur Bedürfniskommunikation auch für Bewohnende mit kognitiven Beeinträchtigungen, etwa in Form einer Demenzerkrankung, nahe.

Anschließend an das Thema adäquater Gesprächspartnerinnen und -partner, schilderten die Bewohnenden Faktoren, die ihnen eine Bedürfniskommunikation im Pflegeheim erleichtern. Hierbei wurde vorrangig eine gute Beziehung zu den Pflegekräften genannt. Studien zeigen, dass eine wertvolle Beziehung und eine effektive Kommunikation zwischen Bewohnenden und Pflegekräften positiv mit höherer Lebensqualität, weniger Depressionen und weniger verbalen und körperlichen Aggressionen assoziiert sind (Toseland et al., 1997; Zimmerman et al., 2005). Kommunikationstrainings mit personenzentrierten Interventionen können in dieser Hinsicht hilfreich und unterstützend sein. Beispiele für wirksame Interventionen, die die Beziehung zwischen Pflegekräften und Bewohnenden verbessern können, sind mitunter regelmäßige, länger andauernde und persönliche Kontakte zwischen Bewohnenden und Pflegekräften sowie der Einsatz biografischer Ansätze (Clarke et al., 2003; Helgesen et al., 2020). Eine verbesserte Beziehung und Kommunikation zwischen Pflegekräften und Bewohnenden kann zu häufigerer Bedürfnisartikulation führen. Das Mitteilen von Bedürfnissen wiederum ist im Pflegeheim häufig der erste Schritt, damit das Personal und die Angehörigen eine Erfüllung unterstützen können (Ballard et al., 2018; Williams, 2006).

Das Nichtfunktionieren von Kommunikationsmitteln, das Fehlen von Vertrauenspersonen, das Gefühl, dass das Personal weder Zeit noch Lust zum Reden hat und die Verunsicherung der Bewohnenden waren hingegen Barrieren für die Bedürfnisäußerung. Dabei ließe sich die Installation von funktionierenden Kommunikationsmitteln wie Tablets oder eine gebührenfreie Nutzung von Telefonen und Internet in Pflegeheimen vergleichsweise einfach umsetzen. Die erlebten Unsicherheiten betreffend, könnte die depressive Symptomatik der Bewohnenden überdies eine Erklärung darstellen. So kann eine depressive Erkrankung mitunter zu vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, sozialem Rückzug und Resignation führen (Cassano & Fava, 2002). Aufgrund des Gefühls von Wertlosigkeit können Bedürfnisse als irrelevant eingestuft und somit nicht kommuniziert werden. Ebenso können sozialer Rückzug und Resignation, die mit einer Depression einhergehen, eine Verbalisierung der Bedürfnisse für Bewohnende mit depressiven Symptomen im Besonderen erschweren. Eine medikamentöse Therapie und/oder Psychotherapie können hilfreich sein, um depressive Symptome zu reduzieren, so dass es den Bewohnenden leichter fallen könnte, ihre Bedürfnisse zu formulieren (Pruckner & Holthoff-Detto, 2017; Tavares & Barbosa, 2018). Wenn Bedürfnisse ausgesprochen und daraufhin möglicherweise erfüllt werden, kann sich dies positiv auf die depressiven Symptome, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit auswirken (Custers et al., 2010; Kloos et al., 2019).

6.4. Studie 4: Heimleben in der Pandemie

Zu der Frage, wie es Pflegeheimbewohnenden mit depressiver Symptomatik während der Covid-19-Pandemie ging und wie sie diese erlebt haben, lassen sich besonders folgende Ergebnisse von Studie 4 hervorheben und diskutieren: während nur partiell Befürchtungen und Sorgen bezüglich der Pandemie und einer möglichen Infektion sowie deren Folgen genannt wurden, berichteten die Befragten überwiegend davon, die Pandemie als eher nicht belastend zu erleben und tendenziell keine Angst zu haben sich mit dem Virus zu infizieren, obwohl die Bewohnenden gut über potentielle Folgen einer Infektion informiert schienen. Erlebte Belastungen aufgrund der Maßnahmen, welche ohne Partizipation der Bewohnenden in den Heimen installiert wurden, stehen in Einklang mit den Ergebnissen der Studie von Flatscher-Thöni et al. (2022). Die Charakteristika der Befragten könnten für die Sorglosigkeit gegenüber einer potentiell letalen Erkrankung eine Erklärung darstellen. Höheres Alter, Leben im Pflegeheim und eine vorliegende depressive Störung können in Zusammenhang mit einem (passiven) Todeswunsch, wie ihn ein Befragter mitunter kommuniziert hat, stehen (Barnow & Linden, 2002). Diese Merkmale könnten zu einer Akzeptanz der eigenen Sterblichkeit führen und somit einen eher sorglosen Umgang der Bewohnenden begünstigen. Zudem scheinen ältere Menschen grundsätzlich weniger Belastung durch die Pandemie erfahren zu haben als jüngere Personen (Vahia et al., 2020). Dies lässt auf gewisse Bewältigungsstrategien schließen, die mit höherem Alter einhergehen und die empfundene Sorglosigkeit und Ruhe ebenfalls begründen könnten. Die Reglementierungen waren zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung im Dezember 2020 bereits etwas lockerer als noch zu Beginn der Pandemie. In der Anfangsphase war beispielsweise ein Verlassen des Pflegeheims und teilweise auch des Zimmers zuweilen nicht gestattet. Zudem war keinerlei Besuch von außen möglich. Im Dezember 2020 durften die Bewohnenden ihre Zimmer und auch das Pflegeheim unter bestimmten Sicherheitsvorkehrungen wieder verlassen und auch Besuche waren aufgrund der ausgebauten Teststrategie unter gewissen Voraussetzungen wieder gestattet. Diese Lockerungen könnten ebenfalls zu einer Entlastung bei den Bewohnenden geführt haben. Bisweilen berichteten die Pflegeheimbewohnenden von wesentlichen Belastungen aufgrund der geltenden Maßnahmen in den Heimen, von welchen die Sinnhaftigkeit zum Teil hinterfragt wurde. Die Bewohnenden schilderten weiter unerfüllte Wünsche und Bedürfnisse aufgrund der Pandemie, wie beispielsweise nach einem gemeinsamen Weihnachtsfest mit ihren Angehörigen. Unerfüllte Bedürfnisse können negative Folgen für die Pflegeheimbewohnenden mit sich bringen. So stehen unerfüllte Bedürfnisse etwa mit erhöhter Depressivität (Ferreira et al., 2016; Stein et al., 2016) und geringerer Lebensqualität (Slade et al., 2004) in Zusammenhang. Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2020) merkt an, dass zwischen Infektionsschutz und dem Erhalt von Lebensqualität, dem Schutz der psychischen, physischen und sozialen Gesundheit sowie der Wahrung der individuellen Bedürfnisse eine begründete Abwägung getroffen werden muss. Dies scheint zumindest nicht in

allen Aspekten stets gelungen zu sein. Laut der vorliegenden sowie weiterer Studien (zum Beispiel Flatscher-Thöni et al., 2022) wurden die individuellen Bedürfnisse sowie die Selbstbestimmung als zentrale Ansatzpunkte einer bedarfsgerechten, bedürfnisorientierten und personenzentrierten Pflege zugunsten des Infektionsschutzes zeitweise relativiert.

6.5. Synthese und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vier Studien legen nahe, dass Pflegeheimbewohne depressive Symptome beziehungsweise Bedürfnisse wahrnehmen und adäquat äußern können. In Studie 1 ist dies auch bedingt für Heimbewohnende mit Demenzerkrankung im Hinblick auf ihre depressive Symptomatik möglich. Dies steht in Einklang mit weiteren Studien, die nahelegen, dass Pflegeheimbewohnende mit Demenz in der Lage sind, korrekte und gehaltvolle Auskünfte zu geben (Shiells et al., 2020; Snow et al., 2005), auch wenn das Risiko einer potentiellen Überforderung bedacht werden sollte. Neben dementiellen Symptomen (Banovic et al., 2018) können auch depressive Symptome mit verminderter Kommunikation und sozialem Rückzug einhergehen (Asan et al., 2018; Santini et al., 2020). In den qualitativen Studien, in denen ausschließlich Pflegeheimbewohnende mit depressiven Symptomen befragt wurden (Studie 3 und 4), zeigt sich für diese Personengruppe die Fähigkeit sich äußern zu können und unter gewissen Voraussetzungen, wie beispielsweise Verständnis, Geduld, Interesse und Empathie des Gegenübers, auch zu wollen. In den Interviews kommunizierten die Bewohnenden ihre Bedürfnisse und Wünsche offen und erschienen zugewandt. Auch zu Beginn zurückhaltende Personen begannen sich nach einiger Zeit zu öffnen und vermehrt zu erzählen. Die Gespräche wurden anhand geeigneter Kommunikationsmethoden, wie etwa dem aktiven Zuhören, geführt. Die vorliegende Dissertation unterstreicht die große Varianz der Bedürfnisse und Wünsche von Heimbewohnenden und betont die hohe Individualität und Heterogenität diesbezüglich. So sind laut den Ergebnissen des Scoping Reviews (Studie 2) insbesondere die Themen Autonomie, Unabhängigkeit, Wahlmöglichkeiten, Kontrolle; Tod, Sterben, Lebensende; sowie Medikamente, Pflege, Behandlung, Hygiene relevant, da diese häufig und in mehreren Studien thematisiert wurden. In Studie 3 schienen hingegen die sozialen, gesundheitlichen und psychisch-emotionalen Bedürfnisse von hoher Bedeutung zu sein. Möglicherweise sind diese Unterschiede auf die vorliegende depressive Symptomatik oder auf die pandemische Lage zum Zeitpunkt der Datenerhebung von Studie 3 zurückzuführen. Die Diversität hinsichtlich der Bedürfnisse sollte bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnenden berücksichtigt werden. Wiederkehrende und tiefgehende Gespräche unter Anwendung geeigneter Kommunikationsstrategien sind unerlässlich, um die individuellen Bedürfnisse jeder Bewohnerin und jeden Bewohners zu erfassen und wiederholt zu validieren. Vor allem im Rahmen der Covid-19-Pandemie scheinen die Mitwirkung der Bewohnenden bei der Gestaltung der Heimumgebung und somit auch die Berücksichtigung etwaiger Wünsche und Bedürfnisse zum Schutz der Bewohnenden

vernachlässigt worden zu sein, wie die Ergebnisse von Studie 4 nahelegen. Die Maßnahmen und Einschränkungen, die zum Schutz vor einer Infektion eingeführt wurden, standen teilweise im Widerspruch zu den Bedürfnissen der Bewohnenden. Eine Partizipation der Bewohnenden hinsichtlich der Einschränkungen erfolgte in den befragten Heimen nicht. Die Ergebnisse zeigen, dass teils starke Belastungen auftreten können, wenn Bewohnende nicht in Entscheidungen, die ihr Leben maßgeblich beeinträchtigen, einbezogen werden. Die Vermutung liegt nahe, dass es in der pandemischen Phase vermehrt zu unerfüllten Bedürfnissen bei Pflegeheimbewohnenden kam. Auch in nicht-pandemischen Zeiten liegen bei Heimbewohnenden jedoch unerfüllte Bedürfnisse vor, wie das Scoping Review (Studie 2) belegt. Vor allem die Personengruppe, die in dieser Arbeit von primärem Interesse war, nämlich Heimbewohnende mit depressiven Symptomen, scheint hinsichtlich unerfüllter Bedürfnisse einem besonderen Risiko ausgesetzt zu sein. Unerfüllte Bedürfnisse stehen mit negativen Folgen für das Leben der Heimbewohnenden in Zusammenhang, beispielsweise mit geringerer Lebensqualität (Slade et al., 2004). Für depressive Bewohnende scheint eine gelingende Bedürfniserfassung und -umsetzung essentiell zu sein, da erfüllte Bedürfnisse sich positiv auf depressive Symptome, Einsamkeit, Wohlbefinden und Zufriedenheit auswirken (Andrew & Meeks, 2018; Custers et al., 2010; Kloos et al., 2019). Häufig werden in Pflegeheimen zur Bedürfniserhebung Instrumente wie der CANE-Fragebogen oder der PELI-NH-Fragebogen eingesetzt. Solche Instrumente können hilfreich sein, um den aktuellen Bedarf zu ermitteln und um einen Überblick zu gewinnen. Diese Instrumente decken jedoch nicht die gesamte Bandbreite an Bedürfnissen ab, wie Studie 2 beispielsweise darlegt. Durch die getrennte Analyse der CANE-Studien und der Studien, die die Bedürfnisse anhand anderer Methoden erhoben haben, konnte festgestellt werden, dass relevante Bereiche, die durch die 41 weiteren Studien entdeckt wurden, nicht im CANE-Fragebogen enthalten sind. Trotz des hohen Umfangs des Scoping Reviews (Studie 2) mit 51 ausgewerteten Studien und 12 Kategorien, scheinen die Ergebnisse nicht erschöpfend zu sein, wie der Vergleich mit den Resultaten von Studie 3 darlegt. Dort wurde bei mehreren Bewohnenden ein Bedürfnis nach Reminiszenz festgestellt, welches in diesem Fall den Wunsch nach Reflektion und Rückschau in Bezug auf das bisherige Leben sowie den Wunsch über Erlebtes zu sprechen bezeichnet. Im Scoping Review wurde dieses Bedürfnis hingegen nicht extrahiert. Diese fehlende erschöpfende Umfänglichkeit von Instrumenten und Übersichtsarbeiten verdeutlicht die Relevanz direkter Befragungen, um Ergebnisse eingesetzter Fragebogen validieren und bislang unerfüllte Bedürfnisse entdecken zu können. Auch die Ergebnisse von Studie 1 legen nahe, dass das Einbeziehen von Pflegeheimbewohnenden essentiell für eine gelingende Versorgung ist und dass dies ebenfalls bei Bewohnenden mit Demenz möglich ist. Eine Vermutung von Depressivität aufgrund der Einschätzung der Pflegekräfte scheint nicht hinlänglich für eine adäquate Versorgung zu sein. Auch im Bereich der Bedürfnisse zeigen Studien, dass fremdberichtete Bedürfnisse bisweilen von dem abweichen, was die Pflegeheimbewohnenden selbst schildern

(Ben Natan, 2008; Heid et al., 2017; Mazurek et al., 2015). Höhere Depressivität scheint dabei in Zusammenhang mit geringerer Übereinstimmung zu stehen (Houtjes et al., 2011). Final muss bedacht werden, dass ein direktes Einbeziehen der Bewohnenden nicht nur bei dieser Personengruppe mit positiven Effekten einhergehen kann, sondern, dass überdies das Heimpersonal an gesteigerter Handlungssicherheit im Umgang mit Heimbewohnenden gewinnen kann.

Alle vier Studien unterstreichen die Bedeutung von personenzentrierter, bedürfnisorientierter und partizipativer Versorgung in der stationären Pflege von älteren Menschen. Dies steht in Einklang mit gelingender Vorsorgeplanung. Im Rahmen von Advance Care Planning werden wiederkehrende Gespräche mit den betroffenen Bewohnenden, vor allem nach Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Lebensumstände als essentiell erachtet (Sudore et al., 2017). Ein individueller Zugang zu den Heimbewohnenden kann mitunter zu einem besseren Erkennen von individuellen Wünschen und Bedürfnissen, zu weniger unerfüllten Bedürfnissen und deren negativen Folgen, zu mehr Mitbestimmung und Autonomie, zu einer verbesserten Einschätzung vorliegender Symptome und zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung führen. Final gehen mit dieser Art der Pflege und Versorgung erhöhte Lebensqualität (Kim & Park, 2017), mehr Wohlbefinden, häufigere Interaktionen mit anderen (Yasuda & Sakakibara, 2017), höhere Zufriedenheit, verbesserte Adaption an das Heim (Yoon, 2018), weniger Agitation, geringere neuropsychiatrische Symptome (Ballard et al., 2018; Kim & Park, 2017) und weniger depressive Symptome (Kim & Park, 2017) einher. Die Reduktion kritischer Umstände, die mitunter in Pflegeheimen vorkommen, wie der Mangel an Fachkräften oder eine hohe Arbeitsbelastung (Diehl et al., 2021; Drennan & Ross, 2019), sind zudem maßgebend, da diese Bedingungen mit geringerer Qualität der Pflege sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung einhergehen können. Final wird dadurch die Umsetzung eines personenzentrierten und bedürfnisorientierten Ansatzes erschwert (Andela et al., 2018). Das Pflegeheim ist für viele Bewohnende der letzte Lebensabschnitt vor dem Tod. Dort sollen die Menschen ein erfülltes und zufriedenes Leben genießen können. Die Erfüllung vorhandener Wünsche und Bedürfnisse sowie eine individuelle an die Bewohnerin oder den Bewohner angepasste Versorgung sind entscheidend hierfür.

7. Stärken und Limitationen

7.1. Studie 1: Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung

Unter den Limitationen von Studie 1 muss die Verwendung eines querschnittlichen Designs genannt werden. Zukünftige Studien sollten Längsschnitt- und faktorielle Designs beinhalten, um die spezifischen Merkmale von Selbst- und Fremdeinschätzungen zu beleuchten. Eine weitere Einschränkung ist das Fehlen eines strukturierten klinischen Interviews als Gold-Standard-Methode für die Diagnose von Depressionen. Beide verwendeten Instrumente können eine

umfassende diagnostische Abklärung durch geschulte medizinische oder therapeutische Fachkräfte nicht ersetzen. Des Weiteren kann die Studie für die geringe Übereinstimmung zwischen selbst- und fremdberichteten depressiven Symptomen keine Erklärung bieten. Künftige Studien sind notwendig, um zu beleuchten, ob die Unterschiede auf die Tatsache zurückzuführen sind, dass verschiedene Facetten der depressiven Erkrankung bewertet werden, oder ob andere Faktoren, wie zum Beispiel Stereotype der Fremdbeurteilenden, ursächlich hierfür sind. Die GDS ist zudem nicht für Personen mit schwerer Demenz empfohlen (Conradsson et al., 2013). Dies limitiert die Aussagekraft der Ergebnisse, da einige Teilnehmende aufgrund kognitiver oder funktioneller Einschränkungen möglicherweise nicht in der Lage waren, genaue Selbstangaben zu machen. Ferner wurden unterschiedliche Instrumente verwendet, um die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung zu beurteilen. Es ist möglich, dass die Heterogenität der verwendeten Instrumente für selbst- und fremdberichtete Depressionssymptome sowie für selbst- und fremdberichtete Lebensqualität, die teilweise auf unterschiedlichen Konzepten beruhen, die Gültigkeit und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt hat.

7.2. Studie 2: Scoping Review zu Wünschen und Bedürfnissen

Studie 2 weist einige Limitationen auf, die im Folgenden näher erläutert werden sollen: die Begriffe Wünsche und Bedürfnisse sind sehr komplex und es liegt keine einheitliche Definition vor (Asadi-Lari et al., 2003). Um sicherzustellen, dass alle Forschenden dasselbe darunter verstehen und um eine konsistente Studienauswahl, Datenextraktion und Analyse zu gewährleisten, wurde vorab eine Definition erstellt. Darüber hinaus sind die 51 eingeschlossenen Studien hinsichtlich des Forschungsdesigns, der Probandinnen und Probanden sowie der Fragestellungen zum Teil sehr heterogen. Nicht in allen Studien lag der Forschungsschwerpunkt auf Wünschen und Bedürfnissen. Konstrukte wie Lebensqualität oder Würde bildeten mitunter das primäre Forschungsinteresse. Bei der Analyse der quantitativen Studien wurden jeweils nur die fünf am häufigsten genannten Wünsche und Bedürfnisse erfasst, mit der Folge, dass bei diesen Studien nicht alle Bedürfnisse und Wünsche extrahiert wurden. Es ist vorstellbar, dass relevante Bedürfnisse, wie möglicherweise das Bedürfnis nach Reminiszenz, folglich nicht berücksichtigt wurden. Aufgrund des fehlenden Rankings im Rahmen der qualitativen Studien, wurden von diesen alle Bedürfnisse und Wünsche einbezogen, was zu einer stärkeren Gewichtung der qualitativ erhobenen Wünsche und Bedürfnisse geführt haben kann. Des Weiteren wurden nur Studien in englischer und deutscher Sprache bedacht. Dies kann mit den Sprachkenntnissen der Forschenden erklärt werden, birgt aber die Möglichkeit, dass relevante Studien nicht eingeschlossen wurden. Dementsprechend stellen die Ergebnisse nur einen Überblick über mögliche Wünsche und Bedürfnisse dar. Die Ergebnisse erheben keineswegs den Anspruch, die Wünsche und Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnenden lückenlos und vollumfänglich zu erfassen.

Zu den Stärken der Studie gehört die sehr extensive Literaturrecherche in 12 Datenbanken sowie die umfangreiche Evidenz, bestehend aus 51 Studien.

7.3. Studie 3: Bedürfnisse und Bedürfniskommunikation

Die Rekrutierung der Heimbewohnenden wurde durch Gatekeeper (Heimpersonal) durchgeführt, die nur Bewohnende mit ausreichend kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten als potentielle Teilnehmende identifizierten. Bewohnende mit schweren Einschränkungen wurden hingegen nicht berücksichtigt. Während der Studiendurchführung ereignete sich die Covid-19-Pandemie, aus welcher sich einige Einschränkungen ergeben. Bewohnende könnten aufgrund der Pandemie Bedürfnisse beschrieben haben, die ohne Vorliegen der pandemischen Situation nicht relevant für sie gewesen wären. Denkbar wären hier zum Beispiel vermehrt unerfüllte soziale Bedürfnisse aufgrund von Besuchsbeschränkungen. Auch das Tragen einer FFP2-Maske in der Interviewsituation könnte Beeinträchtigungen mit sich gebracht haben, da die Mimik nur eingeschränkt erkennbar war. Die Stichprobe ist mit elf Befragten eher von geringem Umfang. Die Ergebnisse sind jedoch tiefgehend und Hinweise auf eine inhaltliche Sättigung liegen vor. Weiterhin muss festgestellt werden, dass es sich bei der DIA-S um ein Kurzscreening und nicht um eine umfassende Depressionsdiagnostik handelt. Aufgrund des qualitativen Querschnittsdesigns können keine Aussagen über die komplexe Beziehung zwischen depressiven Symptomen und unerfüllten Bedürfnissen getroffen werden. Es ist unklar, ob die unerfüllten Bedürfnisse die depressiven Symptome verursacht oder verstärkt haben oder ob die unerfüllten Bedürfnisse als Folge der Depressivität aufgetreten sind. Schließlich nahmen keine Bewohnerinnen und Bewohner ohne depressive Symptomatik an der Studie teil. Es stellt sich die Frage, ob Bewohnende ohne depressive Symptome andere Bedürfnisse erleben und diese gegenüber anderen Personen artikulieren. Bezüglich der Bedürfniskommunikation sind die Ergebnisse komparabel mit der Studie von Klemmt et al. (2020), so dass eher keine gravierenden Differenzen zwischen den Personengruppen anzunehmen sind.

Unter den Stärken kann genannt werden, dass es sich bei der Zielgruppe der Studie um eine in der Forschung tendenziell unterrepräsentierte Personengruppe handelt. Auch der gelungene Zugang zu den Pflegeheimen und den Bewohnenden während der schwierigen Situation in der Pandemie kann unter den Stärken der Studie angeführt werden.

7.4. Studie 4: Heimleben in der Pandemie

Da es sich bei Studie 4 um eine Teilerhebung im Rahmen von Studie 3 handelt, sind die Limitationen und Stärken von Studie 4 parallel zu Studie 3 zu nennen. Zusätzlich muss die Möglichkeit betont werden, dass Heimbewohnende mit stärkeren Sorgen oder Ängsten hinsichtlich einer Infektion nicht an der Studie teilgenommen haben, so dass primär sorglosere

Bewohnende befragt wurden. Drei der neun Teilnehmenden zogen außerdem während der Pandemie in das Pflegeheim. Ein Vergleichen der Situation im Heim vor und nach der Pandemie ist für diese Personen somit nicht gegeben. Zudem ist bekannt, dass depressive Symptome nach einem Umzug in ein Pflegeheim verstärkt auftreten können, im Sinne einer Anpassungsstörung (Hoover et al., 2010). Es wurde nicht erfasst, ob die Bewohnenden bereits vor der Pandemie depressive Symptome aufwiesen, oder ob diese mitunter ursächlich hierfür war. Studien legen etwa nahe, dass die Depressionsprävalenz unter älteren Heimbewohnenden während der Pandemie angestiegen ist (El Haj et al., 2020). Zu guter Letzt kann kein Vergleich des Erlebens zwischen Heimbewohnenden mit und ohne depressiver Symptomatik gezogen werden, da nur Bewohnende mit Symptomen befragt wurden.

8. Fazit für die Praxis

- Pflegeheimbewohnende mit Demenz können mitunter Aussagen über selbsterlebte depressive Symptome treffen. Diese Äußerungen stimmen nur in geringem Maße mit den Einschätzungen von Dritten überein, weshalb die Erfassung von depressiven Symptomen unter Einbezug der Bewohnenden mit Demenz erfolgen sollte, um Fehl-, Unter- oder Überversorgung zu vermeiden.
- Pflegeheimbewohnende mit und ohne depressive Symptome verspüren vielfältige und individuelle Wünsche und Bedürfnisse, von denen zahlreiche unerfüllt sind.
- Pflegeheimbewohnende mit und ohne depressive Symptome können und wollen sich unter den richtigen Umständen und Voraussetzungen zu erlebten Wünschen und Bedürfnissen äußern.
- Individuelle, wiederkehrende und persönliche Gespräche sind relevant zur Erfassung von Wünschen und Bedürfnissen und somit essentiell für eine adäquate, personenzentrierte und bedürfnisorientierte Versorgung von Pflegeheimbewohnenden.
- An Entscheidungsfindungen, die das Leben von Heimbewohnenden potentiell betreffen, sollten diese beteiligt werden.

Literatur

1. Abbott, K. M., Heid, A. R., Kleban, M., Rovine, M. J., & Van Haitsma, K. (2018). The Change in Nursing Home Residents' Preferences Over Time. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(12), 1092–1098. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.08.004>
2. Andela, M., Truchot, D., & Huguenotte, V. (2018). Job demands, emotional dissonance and elderly abuse: The moderating role of organizational resources. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 30(5), 368–384. <https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1514343>
3. Andrew, N., & Meeks, S. (2018). Fulfilled preferences, perceived control, life satisfaction, and loneliness in elderly long-term care residents. *Aging & Mental Health*, 22(2), 183–189. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1244804>
4. Arlt, S., Hornung, J., Eichenlaub, M., Jahn, H., Bullinger, M., & Petersen, C. (2008). The patient with dementia, the caregiver and the doctor: Cognition, depression and quality of life from three perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(6), 604–610. <https://doi.org/10.1002/gps.1946>
5. Asadi-Lari, M., Packham, C., & Gray, D. (2003). Need for redefining needs. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 34. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-34>
6. Asan, O., Kim, S. C., Iglar, P., & Yan, A. (2018). Differences in verbal and nonverbal communication between depressed and non-depressed elderly patients. *Journal of Communication in Healthcare*, 11(4), 297–306. <https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1464261>
7. Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M., & Fossey, J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLOS Medicine*, 15(2), e1002500. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
8. Balsamo, M., Fedele, C., Carlucci, L., Padulo, C., & Fairfield, B. (2018). Assessment of late-life depression via self-report measures: A review. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 13, 2021–2044. <https://doi.org/10.2147/CIA.S178943>
9. Banovic, S., Zunic, L., & Sinanovic, O. (2018). Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Materia Socio Medica*, 30(2), 221. <https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.221-224>
10. Barnow, S., & Linden, M. (2002). Risikofaktoren von Todeswünschen Hochbetagter—Empirische Befunde aus der Berliner Altersstudie (BASE) -. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 70(4), 185–191. <https://doi.org/10.1055/s-2002-24640>
11. Beer, C., Flicker, L., Horner, B., Bretland, N., Scherer, S., Lautenschlager, N. T., Schaper, F., & Almeida, O. P. (2010). Factors Associated with Self and Informant Ratings of the Quality of Life of People with Dementia Living in Care Facilities: A Cross Sectional Study. *PLoS ONE*, 5(12), e15621. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015621>
12. Ben Natan, M. (2008). Perceptions of nurses, families, and residents in nursing homes concerning residents' needs. *International Journal of Nursing Practice*, 14(3), 195–199. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00687.x>

13. Bergdahl, E., Allard, P., & Gustafson, Y. (2011). Depression among the very old with dementia. *International Psychogeriatrics*, 23(5), 756–763. <https://doi.org/10.1017/S1041610210002255>
14. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
15. Burke, A. D., Goldfarb, D., Bollam, P., & Khokher, S. (2019). Diagnosing and Treating Depression in Patients with Alzheimer’s Disease. *Neurology and Therapy*, 8(2), 325–350. <https://doi.org/10.1007/s40120-019-00148-5>
16. Canevelli, M., Adali, N., Voisin, T., Soto, M. E., Bruno, G., Cesari, M., & Vellas, B. (2013). Behavioral and psychological subsyndromes in Alzheimer’s disease using the Neuropsychiatric Inventory: Behavioral subsyndromes in Alzheimer’s disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 795–803. <https://doi.org/10.1002/gps.3904>
17. Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 849–857. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00304-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00304-5)
18. Clarke, A., Jane Hanson, E., & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: Enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 697–706. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x>
19. Conradsson, M., Rosendahl, E., Littbrand, H., Gustafson, Y., Olofsson, B., & Lövheim, H. (2013). Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 17(5), 638–645. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.758231>
20. Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308–2308. <https://doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308>
21. Curyto, K., Van Haitsma, K. S., & Towsley, G. L. (2016). Cognitive Interviewing: Revising the Preferences for Everyday Living Inventory for Use In the Nursing Home. *Research in Gerontological Nursing*, 9(1), 24–34. <https://doi.org/10.3928/19404921-20150522-04>
22. Custers, A. F. J., Westerhof, G. J., Kuin, Y., & Riksen-Walraven, M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging & Mental Health*, 14(6), 731–739. <https://doi.org/10.1080/13607861003713133>
23. Davison, T. E., McCabe, M. P., Mellor, D., Ski, C., George, K., & Moore, K. A. (2007). The prevalence and recognition of major depression among low-level aged care residents with and without cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 11(1), 82–88. <https://doi.org/10.1080/13607860600736109>
24. 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*. <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>
25. Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S., Schablon, A., Nienhaus, A., Escobar Pinzon, L. C., & Dietz, P. (2021). The relationship between workload and burnout among nurses: The

- buffering role of personal, social and organisational resources. *PLOS ONE*, 16(1), e0245798. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245798>
26. Downing, L. J., Caprio, T. V., & Lyness, J. M. (2013). Geriatric Psychiatry Review: Differential Diagnosis and Treatment of the 3 D's - Delirium, Dementia, and Depression. *Current Psychiatry Reports*, 15(6), 365. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0365-4>
 27. Drennan, V. M., & Ross, F. (2019). Global nurse shortages—The facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, 130(1), 25–37. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldz014>
 28. Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Interview, Transkription & Analyse—Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8.). Eigenverlag.
 29. Dudas, R., Malouf, R., McCleery, J., & Denning, T. (2018). Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003944.pub2>
 30. Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care—Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
 31. El Haj, M., Altintas, E., Chapelet, G., Kapogiannis, D., & Gallouj, K. (2020). High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the covid-19 crisis. *Psychiatry Research*, 291, 113294. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113294>
 32. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
 33. Ettema, T. P., Dröes, R.-M., de Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007). QUALIDEM: Development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument—validation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(5), 424–430. <https://doi.org/10.1002/gps.1692>
 34. Faber, L. M., Moreira, L. A., & Scheicher, M. E. (2020). Comparison of static balance and mobility between nursing home residents and community-dwelling elderly. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, 1–6. <https://doi.org/10.17784/mtprehabjournal.2019.17.749>
 35. Ferreira, A. R., Dias, C. C., & Fernandes, L. (2016). Needs in Nursing Homes and Their Relation with Cognitive and Functional Decline, Behavioral and Psychological Symptoms. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2016.00072>
 36. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
 37. Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., & Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 49(5), 748–757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>

38. Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforchung. (2016). *Struktur des Pflegemarktes in Deutschland und Potentiale seiner Entwicklung*.
https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/forschungsvorhaben-struktur-des-pflegemarktes-in-deutschland-und-potentiale-seiner-entwicklung.pdf?_blob=publicationFile&v=8
39. Gutzmann, H., & Qazi, A. (2015). Depression associated with dementia. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, *48*(4), 305–311. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0898-8>
40. Heid, A. R., Bangerter, L. R., Abbott, K. M., & Van Haitsma, K. (2017). Do Family Proxies Get It Right? Concordance in Reports of Nursing Home Residents' Everyday Preferences. *Journal of Applied Gerontology*, *36*(6), 667–691.
<https://doi.org/10.1177/0733464815581485>
41. Heidenblut, S., & Zank, S. (2010). Entwicklung eines neuen Depressionsscreenings für den Einsatz in der Geriatrie: Die „Depression-im-Alter-Skala“ (DIA-S). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *43*(3), 170–176. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0067-z>
42. Helgesen, A. K., Fagerli, L. B., & Grøndahl, V. A. (2020). Healthcare staff's experiences of implementing one to one contact in nursing homes. *Nursing Ethics*, *27*(2), 505–513.
<https://doi.org/10.1177/0969733019857775>
43. Henskens, M., Nauta, I. M., Vrijkotte, S., Drost, K. T., Milders, M. V., & Scherder, E. J. A. (2019). Mood and behavioral problems are important predictors of quality of life of nursing home residents with moderate to severe dementia: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, *14*(12), e0223704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223704>
44. Holtzer, R., Scarmeas, N., Wegesin, D. J., Albert, M., Brandt, J., Dubois, B., Hadjigeorgiou, G. M., & Stern, Y. (2005). Depressive Symptoms in Alzheimer's Disease: Natural Course and Temporal Relation to Function and Cognitive Status: Depressive symptoms in AD. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(12), 2083–2089.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00535.x>
45. Hoover, D. R., Siegel, M., Lucas, J., Kalay, E., Gaboda, D., Devanand, D. P., & Crystal, S. (2010). Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the U.S.A. *International Psychogeriatrics*, *22*(7), 1161–1171.
<https://doi.org/10.1017/S1041610210000578>
46. Hopf, C., & Schmidt, C. (1993). *Zum Verhältnis von innerfamilialen sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen: Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema*. Institut für Sozialwissenschaften der Univ. Hildesheim.
47. Houtjes, W., van Meijel, B., Deeg, D. J. H., & Beekman, A. T. F. (2011). Unmet needs of outpatients with late-life depression; a comparison of patient, staff and carer perceptions. *Journal of Affective Disorders*, *134*(1–3), 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.052>
48. Hussenöeder, F. S., Jentsch, D., Matschinger, H., Hinz, A., Kilian, R., Riedel-Heller, S. G., & Conrad, I. (2021). Depression and quality of life in old age: A closer look. *European Journal of Ageing*, *18*(1), 75–83. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00573-8>
49. IBM Corp. (2020). *Released 2020. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. IBM Corp.
50. Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home

patients: The AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2–3), 135–142.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.001>

51. Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., van Tilburg, W., & Ribbe, M. W. (2003). Depression among older nursing home patients. A review. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 34(2), 52–59.
52. Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 12, 381–397. <https://doi.org/10.2147/CIA.S117637>
53. Kloos, N., Trompeter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2019). Longitudinal Associations of Autonomy, Relatedness, and Competence With the Well-being of Nursing Home Residents. *The Gerontologist*, 59(4), 635–643.
<https://doi.org/10.1093/geront/gny005>
54. Kramer, D., Allgaier, A.-K., Fejtikova, S., Mergl, R., & Hegerl, U. (2009). Depression in Nursing Homes: Prevalence, Recognition, and Treatment. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(4), 345–358. <https://doi.org/10.2190/PM.39.4.a>
55. Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Auflage). Beltz Juventa.
56. Kwak, Y. T., Yang, Y., Pyo, S. J., & Koo, M.-S. (2014). Clinical characteristics according to depression screening tools in patients with Alzheimer's disease: View from self, caregiver-reported and drug-intervention pattern: Drug-naive study. *Geriatrics & Gerontology International*, 14(3), 660–666. <https://doi.org/10.1111/ggi.12154>
57. Leontjevas, R., Gerritsen, D. L., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Smalbrugge, M., & Koopmans, R. T. C. M. (2012). Comparative Validation of Proxy-Based Montgomery- Åsberg Depression Rating Scale and Cornell Scale for Depression in Dementia in Nursing Home Residents With Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 985–993.
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318233152b>
58. Lepage, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20–21), 1555–1565. <https://doi.org/10.1080/09638280701618661>
59. Leung, D. K. Y., Chan, W. C., Spector, A., & Wong, G. H. Y. (2021). Prevalence of depression, anxiety, and apathy symptoms across dementia stages: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, gps.5556.
<https://doi.org/10.1002/gps.5556>
60. Leung, W.-Y., Bhar, S., Reilly, A., & Pedell, S. (2021). Discrepancies Between Community-Dwelling Individuals with Dementia and Their Proxies in Completing the Cornell Scale for Depression in Dementia: A Secondary Data Analysis. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 16, 281–289. <https://doi.org/10.2147/CIA.S289595>
61. Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2002). Assessing Quality of Life in Older Adults With Cognitive Impairment: *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510–519.
<https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00016>
62. Lozupone, M., La Montagna, M., D'Urso, F., Piccininni, C., Rinaldi, A., Beghi, M., Cornaggia, C. M., Sardone, R., Solfrizzi, V., Daniele, A., Seripa, D., Giannelli, G., Bellomo, A., & Panza, F. (2020). The Challenge of Antidepressant Therapeutics in Alzheimer's Disease. In P. C. Guest (Hrsg.), *Reviews on New Drug Targets in Age-*

Related Disorders (Bd. 1260, S. 267–281). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-42667-5_10

63. Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 212–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>
64. Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, *14*, 61–65.
65. Marsa, R., Younesi, S. J., Barekati, S., Ramshini, M., & Ghyasi, H. (2020). A Comparative Study on Stress, Anxiety and Depression Between Nursing-Home Elderly Residents and Home-dwelling Elderly People. *Salmand*, *15*(2), 176–187.
<https://doi.org/10.32598/sija.13.10.500>
66. MAXQDA. (2016). *Software für qualitative Daten-analyse. 1995–2020, VERBI Software*. Consult.Sozialforschung GmbH.
67. Mazurek, J., Szcześniak, D., Talarska, D., Wieczorowska-Tobis, K., Kropińska, S., Kachaniuk, H., & Rymaszewska, J. (2015). Needs assessment of elderly people living in Polish nursing homes. *Geriatric Mental Health Care*, *2*(3–4), 9–15.
<https://doi.org/10.1016/j.gmh.2014.12.001>
68. McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, *22*(3), 276–282.
69. Menon, A. S., Gruber-Baldini, A. L., Hebel, J. R., Kaup, B., Loreck, D., Itkin Zimmerman, S., Burton, L., German, P., & Magaziner, J. (2001). Relationship between aggressive behaviors and depression among nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*(2), 139–146. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200102\)16:2<139::AID-GPS284>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200102)16:2<139::AID-GPS284>3.0.CO;2-5)
70. Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M., & Meader, N. (2010). Which Version of the Geriatric Depression Scale is Most Useful in Medical Settings and Nursing Homes? Diagnostic Validity Meta-Analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*(12), 1066– 1077.
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181f60f81>
71. Ngo, J., & Holroyd-Leduc, J. M. (2015). Systematic review of recent dementia practice guidelines. *Age and Ageing*, *44*(1), 25–33. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu143>
72. Nikmat, A. W., Al-Mashoor, S. H., & Hashim, N. A. (2015). Quality of life in people with cognitive impairment: Nursing homes versus home care. *International Psychogeriatrics*, *27*(5), 815–824. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002609>
73. Nowrangi, M. A., Lyketsos, C. G., & Rosenberg, P. B. (2015). Principles and management of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer’s dementia. *Alzheimer’s Research & Therapy*, *7*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0096-3>
74. Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M.-J., Jøranson, N., Calogiuri, G., & Ihlebæk, C. (2016). Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, *16*(1), 137.
<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0312-4>
75. Orhan, F. Ö., Tuncel, D., Taş, F., Demirci, N., Özer, A., & Karaaslan, M. F. (2012). Relationship between sleep quality and depression among elderly nursing home

- residents in Turkey. *Sleep and Breathing*, 16(4), 1059–1067.
<https://doi.org/10.1007/s11325-011-0601-2>
76. O'Sullivan, J. L., Lech, S., Gellert, P., Grittner, U., Voigt-Antons, J.-N., Möller, S., Kuhlmeier, A., & Nordheim, J. (2022). A tablet-based intervention for activating nursing home residents with dementia: Results from a cluster-randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 34(2), 129–141.
<https://doi.org/10.1017/S1041610221000818>
 77. 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.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100031>
 78. Papadopoulou, S. K., Tsintavis, P., Potsaki, G., & Papandreou, D. (2020). Differences in the Prevalence of Sarcopenia in Community-Dwelling, Nursing Home and Hospitalized Individuals. A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(1), 83–90. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1267-x>
 79. Perfect, D., Griffiths, A. W., Vasconcelos Da Silva, M., Lemos Dekker, N., McDermid, J., & Surr, C. A. (2021). Collecting self-report research data with people with dementia within care home clinical trials: Benefits, challenges and best practice. *Dementia*, 20(1), 148–160.
<https://doi.org/10.1177/1471301219871168>
 80. Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
 81. Pramesona, B. A., & Taneepanichskul, S. (2018). Prevalence and risk factors of depression among Indonesian elderly: A nursing home-based cross-sectional study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 30, 22–27.
<https://doi.org/10.1016/j.npbr.2018.04.004>
 82. Pruckner, N., & Holthoff-Detto, V. (2017). Antidepressant pharmacotherapy in old-age depression—A review and clinical approach. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73(6), 661–667. <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2219-1>
 83. Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., & Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*, 176(5), 444–452.
<https://doi.org/10.1192/bjp.176.5.444>
 84. RKI. (2017). *Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland*.
<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-058>
 85. Ryan, E. B., Hamilton, J. M., & See, S. K. (1994). Patronizing the Old: How Do Younger and Older Adults Respond to Baby Talk in the Nursing Home? *The International Journal of Aging and Human Development*, 39(1), 21–32. <https://doi.org/10.2190/M52C-M2D2-R6C2-3PBM>
 86. Ryan, E. B., Hummert, M. L., & Boich, L. H. (1995). Communication Predicaments of Aging: Patronizing Behavior toward Older Adults. *Journal of Language and Social Psychology*, 14(1–2), 144–166. <https://doi.org/10.1177/0261927X95141008>
 87. Saari, T. T., Hallikainen, I., Hintsala, T., & Koivisto, A. M. (2020). Network structures and temporal stability of self- and informant-rated affective symptoms in Alzheimer's

- disease. *Journal of Affective Disorders*, 276, 1084–1092.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.100>
88. Safavi, S. H. (2015). Comparing quality of life, social support and depression among elderly living at home and nursing home residents. *Journal of Geriatric Nursing*, 1(3), 34–46.
 89. Sanford, A. M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A. M., Arai, H., Bauer, J. M., Cruz-Jentoft, A. J., Dong, B., Ga, H., Goel, A., Hajjar, R., Holmerova, I., Katz, P. R., Koopmans, R. T. C. M., Rolland, Y., Visvanathan, R., Woo, J., Morley, J. E., & Vellas, B. (2015). An International Definition for “Nursing Home”. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(3), 181–184.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.12.013>
 90. Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62–e70.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
 91. Šare, S., Ljubičić, M., Gusar, I., Čanović, S., & Konjevoda, S. (2021). Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes. *Healthcare*, 9(8), 1035.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9081035>
 92. Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Trials*, 11(1), 32.
<https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-32>
 93. Schweighart, R., O’Sullivan, J. L., & Klemmt, M. (2021). *Needs and wishes of elderly people living in nursing homes: A scoping review*.
<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/SAKT4>
 94. Sclan, S. G., & Reisberg, B. (1992). Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer’s Disease: Reliability, Validity, and Ordinality. *International Psychogeriatrics*, 4(3), 55–69.
<https://doi.org/10.1017/S1041610292001157>
 95. Shiells, K., Pivodic, L., Holmerová, I., & Van den Block, L. (2020). Self-reported needs and experiences of people with dementia living in nursing homes: A scoping review. *Aging & Mental Health*, 24(10), 1553–1568. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1625303>
 96. Silva, E. R. e, Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalence and factors associated with depression among institutionalized elderly individuals: Nursing care support. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1387–1393.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600015>
 97. Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does Meeting Needs Improve Quality of Life? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(3), 183–189. <https://doi.org/10.1159/000076456>
 98. Smalbrugge, M., Pot, A. M., Jongenelis, L., Gundy, C. M., Beekman, A. T. F., & Eefsting, J. A. (2006). The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 325–332. <https://doi.org/10.1002/gps.1466>
 99. Snow, A. L., Kunik, M. E., Molinari, V. A., Orengo, C. A., Doody, R., Graham, D. P., & Norris, M. P. (2005). Accuracy of Self-Reported Depression in Persons with Dementia:

ACCURACY OF SELF-REPORTED DEPRESSION IN DEMENTIA. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(3), 389–396. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53154.x>

100. Statistisches Bundesamt. (2020). *Pflegestatistik, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html
101. Stein, J., Pabst, A., Weyerer, S., Werle, J., Maier, W., Heilmann, K., Scherer, M., Stark, A., Kaduszkiewicz, H., Wiese, B., Mamone, S., König, H.-H., Bock, J.-O., & Riedel-Heller, S. G. (2016). The assessment of met and unmet care needs in the oldest old with and without depression using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 309–317. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.044>
102. Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 821-832.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>
103. Surr, C. A., Smith, S. J., Crossland, J., & Robins, J. (2016). Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: A repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.009>
104. Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2019). Self-Reported Personality Traits and Informant-Rated Cognition: A 10-Year Prospective Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 72(1), 181–190. <https://doi.org/10.3233/JAD-190555>
105. Tang, T., Jiang, J., & Tang, X. (2022). Prevalence of depression among older adults living in care homes in China: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 125, 104114. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104114>
106. Tavares, L. R., & Barbosa, M. R. (2018). Efficacy of group psychotherapy for geriatric depression: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 71–80. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.001>
107. Thompson, D.-C., Barbu, M.-G., Beiu, C., Popa, L. G., Mihai, M. M., Berteanu, M., & Popescu, M. N. (2020). The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on International Issues. *BioMed Research International*, 2020, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2020/8870249>
108. Tiong, W. W., Yap, P., Huat Koh, G. C., Phoon Fong, N., & Luo, N. (2013). Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore. *Aging & Mental Health*, 17(6), 724–731. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.775638>
109. Tobis, S., Wieczorowska-Tobis, K., Talarska, D., Pawlaczyk, M., & Suwalska, A. (2018). Needs of older adults living in long-term care institutions: An observational study using Camberwell Assessment of Need for the Elderly. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 13, 2389–2395. <https://doi.org/10.2147/CIA.S145937>

110. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
111. Toseland, R. W., Diehl, M., Freeman, K., Manzanares, T., Naleppa, M., & McCallion, P. (1997). The Impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents With Dementia. *Journal of Applied Gerontology*, *16*(1), 31–50. <https://doi.org/10.1177/073346489701600102>
112. Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, *169*(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
113. Tu, Y.-Y., Lai, Y.-L., Shin, S.-C., Chang, H.-J., & Li, L. (2012). Factors Associated with Depressive Mood in the Elderly Residing at the Long-Term Care Facilities. *International Journal of Gerontology*, *6*(1), 5–10. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2011.12.004>
114. Vahia, I. V., Jeste, D. V., & Reynolds, C. F. (2020). Older Adults and the Mental Health Effects of COVID-19. *JAMA*, *324*(22), 2253. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21753>
115. van der Ploeg, E. S., Bax, D., Boorsma, M., Nijpels, G., & van Hout, H. P. (2013). A cross-sectional study to compare care needs of individuals with and without dementia in residential homes in the Netherlands. *BMC Geriatrics*, *13*(1), 51. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-51>
116. Velázquez-Alva, M. C., Irigoyen-Camacho, M. E., Cabrer-Rosales, M. F., Lazarevich, I., Arrieta-Cruz, I., Gutiérrez-Juárez, R., & Zepeda-Zepeda, M. A. (2020). Prevalence of Malnutrition and Depression in Older Adults Living in Nursing Homes in Mexico City. *Nutrients*, *12*(8), 2429. <https://doi.org/10.3390/nu12082429>
117. Volicer, L., Frijters, D. H. M., & van der Steen, J. T. (2011). Underdiagnosis and undertreatment of depression in nursing home residents. *European Geriatric Medicine*, *2*(6), 332–337. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2011.08.001>
118. Volicer, L., Frijters, D. H. M., & Van der Steen, J. T. (2012). Relationship between symptoms of depression and agitation in nursing home residents with dementia: Depression and agitation in residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*(7), 749–754. <https://doi.org/10.1002/gps.2800>
119. Wiels, W., Baeken, C., & Engelborghs, S. (2020). Depressive Symptoms in the Elderly—An Early Symptom of Dementia? A Systematic Review. *Frontiers in Pharmacology*, *11*, 34. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.00034>
120. Williams, K. (2006). Improving outcomes of nursing home interactions. *Research in Nursing & Health*, *29*(2), 121–133. <https://doi.org/10.1002/nur.20117>
121. Williams, K., Shaw, C., Lee, A., Kim, S., Dinneen, E., Turk, M., Jao, Y.-L., & Liu, W. (2017). Voicing Ageism in Nursing Home Dementia Care. *Journal of Gerontological Nursing*, *43*(9), 16–20. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170523-02>
122. Winter, Y., Korchounov, A., Zhukova, T. V., & Bertschi, N. E. (2011). Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their

quality of life. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 02(01), 027–032.
<https://doi.org/10.4103/0976-3147.80087>

123. Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: A report from northern Thailand: Depression and suicide in LTC facilities. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11–17.
<https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x>
124. Wu, C.-C., Tsai, H.-H., Huang, H.-L., Wang, Y.-W., Huang, C.-H., & Liu, C.-Y. (2022). Depression in nursing home residents and its correlation with meaning of family involvement and depression of family. *International Psychogeriatrics*, 1–9.
<https://doi.org/10.1017/S1041610221002842>
125. Yasuda, M., & Sakakibara, H. (2017). Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health*, 21(9), 991–996.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1191056>
126. Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). 9/Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. *Clinical Gerontologist*, 5(1–2), 165–173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
127. Yoon, J. Y. (2018). Relationships among person-centered care, nursing home adjustment, and life satisfaction: A cross-sectional survey study. *International Psychogeriatrics*, 30(10), 1519–1530. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000194>
128. Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y., Jia, J., & Su, Y. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Research*, 268, 143–151.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.011>
129. Zimmerman, S., Sloane, P. D., Williams, C. S., Reed, P. S., Preisser, J. S., Eckert, J. K., Boustani, M., & Dobbs, D. (2005). Dementia Care and Quality of Life in Assisted Living and Nursing Homes. *The Gerontologist*, 45(suppl_1), 133–146.
https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.133
130. Zimmermann, T., Kaduskiewicz, H., van den Bussche, H., Schön, G., Brettschneider, C., König, H.-H., Wiese, B., Bickel, H., Mösch, E., Lupp, M., Riedel-Heller, S., Werle, J., Weyerer, S., Fuchs, A., Pentzek, M., Hänisch, B., Maier, W., Scherer, M., & Jessen, F. (2013). Potenziell inadäquate Medikamente bei älteren hausärztlich versorgten Patientinnen und Patienten: Eine retrospektive Längsschnittanalyse. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(7), 941–949.
<https://doi.org/10.1007/s00103-013-1767-5>

Bibliografische Angaben der für die Promotion anerkannten Publikationen sowie Anteilserklärung

Publikation 1

O'Sullivan, J. L., **Schweighart, R.**, Lech, S., Kessler, E.-M., Tegeler, C., Teti, A., Nordheim, J., & Gellert, P. (2022). Concordance of self- and informant-rated depressive symptoms in nursing home residents with Dementia: Cross-sectional findings. *BMC Psychiatry*, 22(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03876-5>

Impact Factor: 4.514

Anteilserklärung im Einzelnen: Literaturrecherche, Entwicklung der Forschungsfragen (mit O'Sullivan, J. L. und Teti, A.), statistische Datenanalyse (mit O'Sullivan, J. L.), Verfassung des Manuskripts (mit O'Sullivan, J. L.), Überarbeitung des Manuskripts

Publikation 2

Schweighart, R., O'Sullivan, J. L., Klemmt, M., Teti, A., & Neuderth, S. (2022). Wishes and Needs of Nursing Home Residents: A Scoping Review. *Healthcare*, 10(5), 854. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050854>

Impact Factor: 3.160

Anteilserklärung im Einzelnen: Literaturrecherche, Entwicklung der Forschungsfrage, Konzeption der Studie (mit Teti, A. und Neuderth, S.), Erstellung des Studienprotokolls, Registrierung des Studienprotokolls, Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien (mit O'Sullivan, J. L. und Klemmt, M.), Festlegung der Suchstrategie (mit O'Sullivan, J. L. und Klemmt, M.), Suche der Evidenz (mit O'Sullivan, J. L. und Klemmt, M.), Auswahl der Evidenz (mit O'Sullivan, J. L. und Klemmt, M.), Extraktion der Evidenz (mit O'Sullivan, J. L. und Klemmt, M.), Zusammenfassung der Evidenz, Verfassung und Überarbeitung des Manuskripts

Publikation 3

Schweighart, R., Klemmt, M., Neuderth, S., & Teti, A. (2022). Needs and Needs Communication of Nursing Home Residents with Depressive Symptoms: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3678. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063678>

Impact Factor: 4.614

Anteilserklärung im Einzelnen: Literaturrecherche, Entwicklung der Forschungsfragen, Konzeption der Studie (mit Neuderth, S. und Teti, A.), Erstellung des Leitfadens, Durchführung des Pre-Tests, Rekrutierung der Studienteilnehmenden, Erhebung der Daten, Analyse der Daten (mit Klemmt, M.), Verfassung und Überarbeitung des Manuskripts

Publikation 4

Schweighart, R., Klemmt, M., Neuderth, S., & Teti, A. (2021). Erfahrungen und Sichtweisen von Pflegeheimbewohnenden mit depressiver Symptomatik während der COVID-19-Pandemie: Eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(4), 353–358. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01926-3>

Impact Factor: 1.292

Anteilserklärung im Einzelnen: Literaturrecherche, Entwicklung der Forschungsfragen, Konzeption der Studie (mit Neuderth, S. und Teti, A.), Erstellung des Leitfadens, Durchführung des Pre-Tests, Rekrutierung der Studienteilnehmenden, Erhebung der Daten, Analyse der Daten (mit Klemmt, M.), Verfassung und Überarbeitung des Manuskripts

Vollständige Publikationsliste

Artikel in Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren

Schweighart, R., Klemmt, M., Neuderth, S., & Teti, A. (2021). Erfahrungen und Sichtweisen von Pflegeheimbewohnenden mit depressiver Symptomatik während der COVID-19-Pandemie: Eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(4), 353–358. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01926-3>

Schweighart, R., Kruck, S., & Blanz, M. (2021). Taking drugs for exams: An investigation with social work students. *Social Work Education*, 40(6), 737–755. <https://doi.org/10.1080/02615479.2020.1857352>

O'Sullivan, J. L., **Schweighart, R.**, Lech, S., Kessler, E.-M., Tegeler, C., Teti, A., Nordheim, J., & Gellert, P. (2022). Concordance of self- and informant-rated depressive symptoms in nursing home residents with Dementia: Cross-sectional findings. *BMC Psychiatry*, 22(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03876-5>

Schweighart, R., Klemmt, M., Neuderth, S., & Teti, A. (2022). Needs and Needs Communication of Nursing Home Residents with Depressive Symptoms: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3678. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063678>

Schweighart, R., O'Sullivan, J. L., Klemmt, M., Teti, A., & Neuderth, S. (2022). Wishes and Needs of Nursing Home Residents: A Scoping Review. *Healthcare*, 10(5), 854. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050854>

Bettinger, L., **Schweighart, R.** (2022). Psychological and physiological effects of visual stimulation with real plants and artificial natural structures: A study protocol for a randomised controlled trial. *The Journal of Health Design*, 7(3), 513–522. doi.org/10.21853/JHD.2022.181

Vorträge

Schweighart, R. (2019). Bedürfnisse von älteren Menschen mit Depressionen in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen. 5. Essener Forum Altern und Gesellschaft. Universität Vechta. 11./12.12.19

Schweighart, R. (2020). Bedürfnisse von älteren Menschen mit Depression in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen. Jahrestagung von DGS, DGepi, DGD und IfG Wohnen und Gesundheit im Alter. Universität Vechta. 14./15.02.20

Schweighart, R. (2021). Needs and wishes of nursing home residents with depression. First Interdisciplinary Virtual Doctoral Symposium on Aging and Care. Zentrum für Interdisziplinäre Alterns- und Care-Forschung der Universität Graz. Online. 25./26.02.21.

Tabellarischer Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name Roxana Teresa Schweighart
Geburtsdatum und -ort 13.02.1992 in Kempten/Allgäu

Schulbildung

09/1998 – 07/2002 Besuch der Volksschule Wiggensbach
09/2002 – 05/2011 Besuch des Carl-von-Linde-Gymnasiums in Kempten/Allgäu
05/2011 Erreichen der Allgemeinen Hochschulreife

Studium

10/2012 – 03/2016 Studium der Sozialen Arbeit B.A. an der HAW Würzburg-Schweinfurt
03/2016 – 11/2017 Konsekutiver Masterstudiengang der Sozialen Arbeit M.A. an der HAW Würzburg-Schweinfurt
01/2019 – heute Promotionsstudium am Institut für Gerontologie an der Universität Vechta

Tätigkeiten

07/2016 – 03/2022 Sozialpädagogin im Sozialpsychiatrischen Dienst des BRK in Ochsenfurt
05/2018 – 05/2020 Sozialpädagogin in der Würzburger Fachambulanz für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen
04/2022 – heute Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HAW Würzburg-Schweinfurt
04/2022 – heute Krisenberaterin bei den mobilen Einsatzteams des Krisennetzwerks Unterfranken

Stipendium

05/2020 – 03/2022 Stipendiatin der Landeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an bayerischen Hochschulen

Lehraufträge

SoSe 2017 – heute

Lehrauftrag an der HAW Würzburg-Schweinfurt im Modul Statistik

WiSe 2020/2021

Lehrauftrag für Gesprächsführung an der HAW Würzburg-Schweinfurt

WiSe 2021/2022

Lehrauftrag an der CVJM Hochschule in Kassel zu Sozialer Arbeit und Alter; Lehrauftrag für Gruppenprogramme an der HAW Würzburg-Schweinfurt

SoSe 2022

Lehrauftrag an der Evangelischen Hochschule TABOR in Marburg zu Sozialer Arbeit und Alter

Workshops

10/2019

Workshop zu Qualitativer Inhaltsanalyse am Leibniz Institut für Sozialwissenschaften in Köln

08/2021

IfG-Summerschool „Empirical Approaches to Aging Research“

12/2021

IfG-Winterschool für Forschungsmethodik

Ehrenämter und Praktika

02/2014 – 09/2016

Freizeitgruppenbetreuung für Erwachsene mit psychischer Erkrankung beim BRK in Würzburg

09/2014 – 02/2015

Praktisches Studiensemester beim Sozialpsychiatrischen Dienst des BRK in Würzburg

10/2016 – 04/2021

Ehrenamt beim Krisendienst Würzburg im Bereich des nächtlichen telefonischen Bereitschaftsdienstes

Weiterbildungen

10/2020 – 10/2021

Weiterbildung „Systemische und lösungsorientierte Beratung kompakt“ am Praxisinstitut für Systemische Beratung Süd

Würzburg, 25.07.2022



Ort, Datum

Unterschrift

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Roxana Teresa Schweighart, versichere an Eides statt, dass es sich bei der eingereichten Dissertation mit dem Titel „Bedürfnisse von älteren Menschen mit Depressionen in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen“ um mein eigenständig erstelltes Werk, das den Regeln guter wissenschaftlicher Praxis entspricht, handelt.

Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtliche und nicht wörtliche Zitate aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht.

Außerdem erkläre ich, dass die Dissertation oder eine ähnliche Abhandlung nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder akademische Prüfung eingereicht wurde und, dass diesem Promotionsverfahren keine endgültig gescheiterten Promotionsverfahren vorausgegangen sind. Im Sinne einer kumulativen Dissertation wurden Teile dieser Abhandlung bereits veröffentlicht. Die bibliografischen Angaben der für die Promotion anerkannten Publikationen finden sich auf Seite 55 f. dieser Dissertationsschrift.

Würzburg, 25.07.2022

Ort, Datum



Unterschrift

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen besonderen Dank denjenigen Personen entgegenbringen, ohne deren Mithilfe die Anfertigung dieser Promotionsschrift niemals zustande gekommen wäre: mein größter Dank gilt zunächst Herrn Prof. Dr. Andrea Teti, meinem Erstbetreuer sowie Frau Prof.in Dr.in Silke Neuderth, meiner Zweitbetreuerin. Ich bedanke mich für die immer freundliche und wertschätzende Unterstützung, die zahlreichen Ideen und Anregungen und die hilfsbereite und vertrauensvolle Begleitung zu jedem Zeitpunkt der Promotion. Meinen herzlichen Dank möchte ich für das Vertrauen in meine Fähigkeiten und die zuversichtliche und unkomplizierte Einwilligung in die Betreuung meiner Arbeit aussprechen, durch welche die Promotion erst möglich wurde.

Ebenfalls möchte ich mich bei allen wissenschaftlichen Kolleginnen und Kollegen, allen voran Malte Klemmt und Julie O'Sullivan, für die konstruktive und gewinnbringende Zusammenarbeit bei der Bearbeitung der Forschungsvorhaben sowie der Erstellung der gemeinsamen Publikationen bedanken.

Mein außerordentlicher Dank geht an die Heimmitarbeitenden und insbesondere an die Bewohnenden der Pflegeheime für ihre Teilnahme und Offenheit.

Des Weiteren möchte ich mich bei der Landeskonzferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten bedanken, die mir über ein Stipendium die nötige finanzielle Unterstützung für die Promotion zukommen ließ.

Schlussendlich gilt mein persönlicher Dank meinen Eltern, meinen Geschwistern, meinen Großeltern, meinen Freundinnen und Freunden sowie im Besonderen meinem Freund für ihre vorbehaltlose Unterstützung und die wertvolle und glückliche Zeit fernab des Schreibtisches, die dazu geführt hat, dass Motivation und Lust über die Dauer der Promotion nicht verloren gegangen sind.