

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Goethe-Universität Frankfurt am Main
Förderkennzeichen:	01VSF17026
Akronym:	DAVOS
Projekttitel:	Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell
Autoren:	Arthur Schall, Valentina A. Tesky, Johannes Pantel
Förderzeitraum:	1. April 2018 – 30. September 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	6
4.	Projektdurchführung.....	8
5.	Methodik.....	12
6.	Projektergebnisse.....	18
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	39
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	42
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	43
10.	Literaturverzeichnis.....	45
11.	Anhang.....	49
12.	Anlagen.....	49

I. Abkürzungsverzeichnis

AP	Arbeitspaket
DAVOS	Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Version IV)
DeMoL(-Pfleger)	Depressions-Monitoring-Liste (für die Pflege)
FFIA	Frankfurter Forum für interdisziplinäre Altersforschung
GDS	Geriatrische Depressionsskala
HessIP	Hessisches Institut für Pflegeforschung
IMBEI	Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik
M	Mittelwert
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler
MaxQDA	Software zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse
N	Größe der Gesamtstichprobe
n	Größe der Substichprobe(n)
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
PT	Psychotherapie
QoL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease
T0 - T6	Erhebungszeitpunkte 0 (Baseline) bis 6 (Follow-up)
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Studiendesign und Ablaufstruktur der Intervention.....	9
Abbildung 2. Ablauf der Rekrutierung von geeigneten Studienteilnehmenden mit und ohne depressive Symptome/Störungen.....	13
Abbildung 3. Übersicht der rekrutierten Personen und der Drop-outs bezogen auf die Erhebungszeiträume T0 bis T6.....	21
Abbildung 4. Therapeutisches Vorgehen nach auffälligem Depressions-Screening.....	26
Abbildung 5. Beendigungsmodi der Therapie nach Häufigkeit.....	29
Abbildung 6. Spannungsbögen und Einflussfaktoren auf den Alltag im Altenpflegeheim..	30
Abbildung 7. Übersicht zum didaktischen Aufbau der Schulungen.....	32
Abbildung 8. Bewertung der DAVOS-Schulungsinhalte nach Wichtigkeit.....	35
Abbildung 9. Die häufigsten Einschränkungen während der Corona-Pandemie.....	36

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Zielvariablen von DAVOS und eingesetzte Erhebungsinstrumente.....	15
Tabelle 2. Deskriptive Charakteristika der Projektteilnehmenden in DAVOS (Baseline)....	19
Tabelle 3. Prävalenzen für depressive Störungen mittels GDS-Scores zu Erhebungszeitpunkten T0 bis T6 (Kontrollbedingung vs. Intervention).....	22
Tabelle 4. Adjustierte Prävalenzschätzungen für depressive Störungen (Kontrollbedingung vs. Intervention).....	22
Tabelle 5. Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen hinsichtlich des Schweregrads depressiver Symptomatik (GDS).....	23
Tabelle 6. Sensitivitätsanalysen für Lebensqualität (WHOQOL-OLD und QoL-AD).....	24
Tabelle 7. Deskriptive Charakteristika der an Sprechstunden und Psychotherapie teilgenommenen Personen.....	28

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Depressionen sind nach Demenzen die zweithäufigste psychiatrische Erkrankung bei älteren und hochbetagten Menschen. Die Prävalenzen für Depression in Pflegeeinrichtungen sind mit teils 30 % bis 40 % mehr als doppelt so hoch wie in der älteren Allgemeinbevölkerung. Obwohl depressive Erkrankungen auch im höheren Lebensalter gut behandelbar sind, bleiben sie bei Pflegeheimbewohnenden häufig unbemerkt und dementsprechend unbehandelt. Lediglich 42,9 % der Menschen mit Major Depression im Pflegeheim erhalten eine ärztliche Diagnose und nur die Hälfte davon eine adäquate Therapie. Diese Tatsache stellt ein eklatantes Versorgungsdefizit dar: Unbehandelte Depressionen führen zu reduzierter Lebensqualität, schlechterem körperlichen Funktionsniveau und höherer Sterblichkeit. Das Forschungsprojekt *DAVOS* (Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell) hatte zum Ziel die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung eines innovativen Case Management-Konzepts zur Verbesserung der Depressionsbehandlung von Menschen in Pflegeeinrichtungen. Zentrale Elemente dabei waren: Identifikation, Assessment, Planung, Koordination und Monitoring.

Methodik: Im Rahmen einer clusterrandomisierten Studie im Stepped-Wedge-Design wurden insgesamt zehn Altenpflegeeinrichtungen randomisiert einer von drei Clustergruppen (Sequenzen) zugeordnet und stiegen zeitversetzt in die Interventionsphasen ein. Einschlusskriterien waren wie folgt: Alter > 60 Jahre, Einwilligungsfähigkeit, Vorliegen subsyndromaler oder klinisch manifester Depression. Bewohnende ohne depressive Symptome konnten im Sinne der Prävention ebenfalls teilnehmen. Initial wurden 449 Bewohnende mit und ohne Depression rekrutiert (307 Frauen (68,4 %), Alter: M = 82,5 Jahre (SD = 10,5)). Bei 38,8 % der Teilnehmenden lag zur Baseline depressive Symptomatik vor. Zur Erfassung der Outcomes (u. a. Depressivität, Lebensqualität, Funktionsniveau, soziale Partizipation) wurden etablierte, validierte psychometrische Instrumente und Testverfahren zu sechs Messzeitpunkten (T0 – T6) eingesetzt. Mindestens zwei Mitarbeitende pro Einrichtung wurden zu Depression Case Managern qualifiziert und fortlaufend supervidiert. Mittels eines speziellen Screenings haben sie Bewohnende mit Depressionen identifiziert und einer indikationsgerechten psychotherapeutischen Behandlung (gestufte Interventionsmodule) zugeführt.

Ergebnisse: Die nachhaltige Implementierung des speziell entwickelten Case Management-Konzepts wurde erfolgreich umgesetzt, wie u. a. die summative Evaluation aufseiten der Case Manager und Heimleitungen deutlich macht. Die gefundene Depressionsprävalenz zur Baseline entsprach mit fast 39 % den Angaben aus der Fachliteratur. Eine Therapieindikation lag bei 17,8 % der Gesamtstichprobe vor, wobei nur 10,5 % das Psychotherapie-Angebot angenommen haben. Zwar konnte die Haupthypothese, dass die Intervention zur Verringerung der Depressionsprävalenz und -schweregrades führt, nicht als globaler Effekt bestätigt werden, doch blieben beide Outcomes trotz negativer psychosozialer Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Pflegeheimpopulation relativ konstant. Auf Einrichtungsebene zeigten sich dagegen positive Tendenzen, teils sogar signifikante Verbesserungen des Depressionsschweregrades ($p = 0,026$). Bei sekundären Parametern wie Lebensqualität und soziale Teilhabe ergaben sich zumeist leicht positive Ausprägungen unter Interventionsbedingung.

Diskussion: Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass alle erhobenen Daten von einer Verzerrung durch die recht hohe Drop-out-Rate von 69 % betroffen sind. Systematische Auswertungen zeigen, dass viele Bewohnende schon bei Projektbeginn zu depressiv waren und sich nicht mehr zur Teilnahme motivieren ließen. Aufgrund massiver pandemiebedingter Einschränkungen mussten auch Interventionsmodule zeitweise ausgesetzt werden, sodass die Intervention nicht ihre volle Wirkung entfalten konnte. Trotz dieser Herausforderungen liefert das Forschungsprojekt *DAVOS* neben praxistauglichen Qualifizierungsansätzen für das Pflegepersonal wichtige Anregungen und Erkenntnisse, wie die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden mit Psychotherapie-Bedarf nachhaltig verbessert werden könnte.

2. Beteiligte Projektpartner

Name	Institution	Telefon, E-Mail	Verantwortlichkeit/Rolle
Prof. Dr. med. Johannes Pantel	FFIA und Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt	Tel: 069-6301-6143 pantel @allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de	Projektleitung/ Konsortialführung AP 1, 3, 4, 5
Prof. Dr. phil. Frank Oswald	FFIA und Interdisziplinäre Alternswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt	Tel: 069-798-36398 oswald@em.uni-frankfurt.de	Co-Investigator AP 1, 3, 4, 5
Prof. Dr. phil. Monika Knopf	FFIA und Entwicklungspsychologie der Goethe-Universität Frankfurt	Tel: 069-798-35266 knopf@psych.uni-frankfurt.de	Co-Investigator AP 1, 3, 4
Prof. Dr. phil. Ulrich Stangier	Klinische Psychologie und Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt	Tel: 069-798-22848 stangier@psych.uni-frankfurt.de	Co-Investigator Psychotherapeutische Expertise AP 1, 4
Prof. Dr. phil. Ulrike Schulze	Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP), Frankfurt University of Applied Sciences	Tel: 069-1533-2845 uschulze@fb4.frauas.de	Interventionsentwicklung, pflegewissenschaftliche Methodik und Expertise AP 2, 3, 4
Prof. Dr. Konstantin Strauch	Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universität Mainz	Tel: 06131-177369 strauch@uni-mainz.de	Methodik, biometrische Expertise AP 3
Frédéric Lauscher (Geschäftsführer)	Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V.	Tel: 069-299807-322 frederic.lauscher@frankfurter-verband.de	Praxispartner, rekrutierende Zentren
Hannelore Rexroth (Geschäftsführerin)	Agaplesion Markus Diakonie gGmbH	Tel: 069-4608-570 hannelore.rexroth@agaplesion.de	Praxispartner, rekrutierende Zentren

3. Projektziele

3.1 Hintergrund

Depressionen sind nach der Demenz die zweithäufigste psychiatrische Erkrankung bei älteren und hochbetagten Menschen. Je nach Studien variieren die Angaben zur Prävalenz von Altersdepressionen (≥ 75 Jahren) von 4,6 % bis 9,3 % (gepoolte Prävalenz: 7,2 %) für Major Depression und von 4,5 % bis 37,4 % (gepoolte Prävalenz: 17,1 %) für leichtere Formen depressiver Erkrankungen (Minor Depression, persistierende depressive Verstimmung/Dysthymie) (z. B. Luppá et al., 2012). Die Inzidenz für klinisch relevante depressive Symptome in der Altersgruppe über 70 Jahre ist dabei mit 6,8 % deutlich höher als die Inzidenz für Demenz (Plassman et al., 2011; Büchtemann et al., 2012; vgl. auch Kessler, 2021). Hinzu tritt ein variabler Anteil von sogenannten subsyndromalen depressiven Syndromen, der gerade bei hochaltrigen Menschen deutlich erhöht ist und als Risikosyndrom für die Ausbildung klinisch manifester Depressionen angesehen wird (Meeks et al., 2011).

Bekannte Risikofaktoren für Depression im höheren Lebensalter sind darüber hinaus u. a. Gebrechlichkeit und Multimorbidität, Polypharmazie und altersassoziierte kritische Lebensereignisse, wie z. B. der Verlust der Selbstständigkeit oder des Ehepartners (Schoevers et al., 2006). Depressionen treten zudem signifikant häufiger bei älteren Menschen auf, die einen fortschreitenden Verlust ihrer körperlichen Fähigkeiten und zunehmende Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens miterleben. Dementsprechend ist die Depressionsprävalenz in Pflegeeinrichtungen im Vergleich zur älteren Allgemeinbevölkerung fast doppelt so hoch: Nach einer in Deutschland durchgeführten Feldstudie von Kramer et al. (2009) leiden ca. 30 % der Pflegeheimbewohnenden¹ unter einer akuten Depression (Major Depression: 14,4 %; Minor Depression: 14,4 %). Ähnliche Zahlen finden sich in der Arbeit von Hirsch und Kastner (2004) zu „Heimbewohnern mit psychischen Störungen“.

Obwohl depressive Erkrankungen auch im höheren Lebensalter gut behandelbar sind, werden sie bei Bewohnenden von Pflegeeinrichtungen häufig nicht bemerkt und dementsprechend nicht behandelt. So erhalten aufgrund struktureller Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems lediglich 42,9 % der an einer Major Depression erkrankten Pflegeheimpopulation tatsächlich eine entsprechende ärztliche Diagnose und nur die Hälfte davon eine zumeist pharmakologische Therapie (Kramer et al., 2009). Diese Tatsache stellt ein eklatantes Versorgungsdefizit dar und führt bei den Betroffenen nicht nur zu reduzierter Lebensqualität, sondern u. a. auch zu einem schlechteren körperlichen Funktionsniveau, früherer Sterblichkeit und einer höheren Zahl von Krankenhausaufenthalten (Isaac-Candeias, 2012; DGPPN et al., 2015; Bruce et al., 2016). Nachweislich übt das Vorliegen einer chronischen, unbehandelten Depression einen ebenfalls negativen Einfluss auf den Verlauf zahlreicher somatischer Erkrankungen und das Risiko zu Polypharmazie aus (z. B. Holvast et al., 2017).

3.2 Zielsetzung des Projekts DAVOS

Das Forschungsprojekt DAVOS (Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell) hatte zum Ziel, ein innovatives, gestuftes und strukturiertes Case Management-Programm zur Verbesserung der Depressionsbehandlung für Bewohnende von Altenpflegeeinrichtungen zu implementieren und hinsichtlich dessen Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (*Effectiveness*) zu evaluieren. Die Intervention im Rahmen der Studie sollte ausgehend von einem in die Pflegeroutine implementierten *Screening* depressiv erkrankter Heimbewohnender den *Zugang zu evidenzbasierten psycho-*

¹ Bei personenbezogenen Begriffen wurde versucht, geschlechtsneutrale Ausdrücke zu wählen. War dies nicht möglich, wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, wobei diese Angaben sich im Sinne der Gleichbehandlung selbstverständlich auf das gesamte Spektrum der Geschlechteridentitäten beziehen.

sozialen, psychotherapeutischen und medikamentösen Therapien ermöglichen bzw. erleichtern. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie relevante Versorgungspfade und Schnittstellen wurden im Einklang mit der *S3-Leitlinie und Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression* (DGPPN et al., 2015) elaboriert und durch in den Heimen tätige *Depression Case Manager*, die speziell hierfür ausgewählt und geschult worden waren, unter Einbeziehung der für die ambulante Gesundheitsversorgung Pflegeheimbewohnender relevanten Akteure (Hausarzt, Facharzt, Psychologe, Psychotherapeut) koordiniert. Dabei ließen sich die Behandlungsmodule je nach Depressionstyp und -schweregrad gestuft abrufen und bezüglich der Bedürfnisse der Betroffenen individuell zusammenstellen.

Die *Haupthypothese* des Forschungsprojekts war, dass die Implementierung des Interventionsprogramms zu einer Verringerung der Depressionsprävalenz und einer nachhaltigen Reduktion der depressiven Symptomatik (Depressionsschweregrad) unter den für die Projektteilnahme geeigneten Bewohnenden (u. a. keine Demenz oder Sucherkrankung, vgl. Einschlusskriterien) in den zehn beteiligten Altenpflegeeinrichtungen führt. Des Weiteren wurden positive Effekte auf von depressiven Erkrankungen beeinflusste *sekundäre Parameter* wie Funktionsniveau, Lebensqualität oder soziale Teilhabe erwartet.

3.3 Verbesserung der Versorgung

Der Beitrag, den die aus dem Projekt gewonnenen Erkenntnisse zur *Optimierung medizinischer Outcomes*, zur *Verbesserung patientenorientierter Endpunkte* und zur *Patientenorientierung* leisten können, ergibt sich unmittelbar aus den oben beschriebenen Hypothesen (u. a. Verringerung der Depressionsprävalenz und Depressionsschweregrades in der Zielpopulation, dadurch Verbesserung der Lebensqualität und sozialer Partizipation).

Bedarfsgerechtigkeit und Qualität: In der S3-Leitlinie und der NVL Unipolare Depression werden zahlreiche evidenzbasierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen zur Behandlung der Depression beschrieben und entsprechende Empfehlungen für die Regelversorgung formuliert (DGPPN et al., 2015). Die Wirksamkeit vieler dieser Maßnahmen (z. B. medikamentöse Behandlung, kognitive Verhaltenstherapie, Reminiszenztherapie, Kurzzeit-Psychotherapie) ist auch für alte und hochbetagte Patienten explizit nachgewiesen (vgl. Pinquart & Sorensen, 2007; Almeida, 2012; Kok et al., 2012; Nelson et al., 2013; Cuijpers et al., 2014; Okereke, 2015; Kessler, 2021). In der S3-Leitlinie werden darüber hinaus die relevanten Akteure (z. B. Haus- und Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Pflege- und Gesundheitsfachberufe) benannt und kollaborative bzw. Stepped-Care-Ansätze favorisiert, die zu einer Verbesserung der Primärversorgung depressiv erkrankter Menschen beitragen können und sollen. Obwohl auch Pflegeheimbewohnende bzgl. der hier beschriebenen Versorgungsleistungen in vollem Maße anspruchsberechtigt sind, kommen viele dieser Maßnahmen im Versorgungsalltag der Pflegeeinrichtungen und somit bei den Betroffenen praktisch nicht an, was mit erheblichen negativen Auswirkungen für diese Population einhergeht. Dies gilt gerade für psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen, die neben der antidepressiven medikamentösen Behandlung zu den zentralen Elementen einer zeitgemäßen Depressionstherapie gehören.

Organisatorische und prozessuale Innovationen / Verbesserung von Versorgungsabläufen: Die Ursachen für das o. g. Versorgungsdefizit sind zum einen in der Tatsache begründet, dass depressive Erkrankungen (einschließlich der im Alter häufigeren subsyndromalen Verlaufsformen) oftmals zu spät oder gar nicht als solche erkannt werden, zum anderen spielen bekannte strukturelle Besonderheiten eine Rolle, die eine adäquate medizinische Behandlung von Pflegeheimbewohnenden allgemein erschweren (z. B. Schnittstellenprobleme, unzureichende Koordination und Kooperation pflegerisch-ärztlichen Handelns) (Hyer, 2005). Dem gegenüber adressierte die in DAVOS untersuchte Intervention den dringenden Bedarf an neuen evidenzbasierten Versorgungskonzepten, wie sie gerade auch für die innerhalb von Pflegeeinrichtungen versorgten Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen vonnöten sind. Dies geschah u. a.

durch Einbeziehung von Pflegekräften, Haus- und Fachärzten, Psychologen bzw. Psychotherapeuten in einem koordinierten, kooperativen Ansatz, der (a) Pflegeheimbewohnenden mit klinisch manifester oder subsyndromaler Depression einen Zugang zu leitlinienbasierten Therapiemaßnahmen erleichterte und (b) neben der medikamentösen Behandlung (unter besonderer Berücksichtigung von Multimorbidität und Polypharmazie) auch evidenzbasierte psychosoziale bzw. psychotherapeutische Interventionsbausteine bereitstellte.

4. Projektdurchführung

4.1 Projektbeschreibung und Kurzübersicht der Arbeitspakete

Im Projekt DAVOS wurde ein Case Management-basiertes Versorgungsmodell zur kooperativen und koordinierten ärztlichen, psychotherapeutischen und pflegerischen Versorgung mit den Elementen *Identifikation, Assessment, Planung, Koordination* und *Monitoring* erfolgreich implementiert und evaluiert. Die zentrale Zielsetzung war hierbei die Überprüfung der Wirksamkeit dieses innovativen Versorgungsmodells unter Alltagsbedingungen, nicht zuletzt hinsichtlich einer bedarfsgerechteren und qualitativ besseren Diagnostik und Therapie depressiv erkrankter Bewohnender in stationären Pflegeeinrichtungen. Alle Indikationen, Behandlungsmaßnahmen, relevante Versorgungspfade und Schnittstellen wurden im Einklang mit der S3-Leitlinie und NVL Unipolare Depression elaboriert. Durch die Implementierung der Intervention sollten Häufigkeit und Schweregradausprägung für depressive Störungen in der Zielpopulation gesenkt und damit zu höherer Lebensqualität und sozialer Partizipation beigetragen werden.

Kernstück des ersten Arbeitspakets (AP1) war die konkrete Vorbereitung zur Projektdurchführung, u. a. Ausarbeitung eines Ethikantrags und ein positives Ethikvotum, Erstellung eines Datenschutzkonzeptes, Rekrutierung beteiligter Pflegeeinrichtungen und umfassende systematische Literaturrecherche. Das zweite Arbeitspaket (AP2) beinhaltete die praktische Ausarbeitung der Depression Case Management-Qualifizierung sowie die Durchführung der Intervention. Die Case Manager wurden auf Basis des erstellten Konzeptes geschult und fortlaufend supervidiert. Auch die Rekrutierung der Studienteilnehmenden war Teil dieses Arbeitspakets; ebenso die umfassenden und fortlaufenden qualitativen und quantitativen Datenerhebungen zu Messzeitpunkten T0 bis T6. Zeitgleich fand im dritten Arbeitspaket (AP3) die Situationsanalyse und deren Auswertung zur Vorbereitung der Nursing Care Intervention statt. Zu den Arbeitsschritten zählten ausgehend von der Situationsanalyse in den einzelnen Pflegeeinrichtungen u. a. die Festlegung der Evaluationskriterien, die Durchführung der Qualifizierungstrainings, Implementierung und Supervision. Die Datenanalyse war Schwerpunkt des vierten Arbeitspakets (AP4): Auswertung quantitativer wie qualitativer Daten sowie formative und summative Evaluation. Letztere enthielt auch Online-Surveys und Interviews mit Heimleitungen, Case Managern und Psychotherapeuten. Im fünften Arbeitspaket (AP5) ging es um die Dissemination von Forschungsergebnissen, u. a. unterschiedliche Möglichkeiten des Wissenstransfers und die Entwicklung von Implementierungsempfehlungen. Das sechste Arbeitspaket (AP6) beinhaltete schließlich das übergreifende Projektmanagement, bestehend aus Projektkoordination und -supervision sowie regulären Projekttreffen, einer Kick-off-Veranstaltung und Advisory Board Meetings.

4.2 Darstellung der Intervention und einzelner Module

Sämtliche Bausteine sowie der Gesamtablauf der Intervention sind in Abbildung 1 visualisiert. Eine wichtige integrative Funktion im Kontext der Intervention oblag den Depression Case Managern, da sie als Schnittstelle zwischen Bewohnenden (bzw. Patienten), Pflegekräften, Haus- und Fachärzten und nicht zuletzt Psychotherapeuten fungierten (Carlson & Snowden, 2007). Bei diesen Case Managern handelte es sich um von Heimleitungen benannte und in den je-

weiligen Häusern tätige Pflegefach- oder Betreuungskräfte (zumeist – zwecks Vertretungsmodalitäten – zwei Personen), die für die Übernahme dieser Rolle von einem Teil ihrer sonstigen Aufgaben freigestellt wurden (jeweils 10 Stunden/Woche). Vor Beginn der Intervention wurden alle hierfür Ausgewählten vom psychiatrisch und psychotherapeutisch qualifizierten Studienpersonal geschult und während der Gesamtdauer der Studie supervidiert. Die Case Manager-Schulungen bestanden aus eintägigen Präsenzveranstaltungen in Kleingruppen und kontinuierlichen Supervisionsterminen. Zu Zeiten der Corona-Pandemie fanden auch video-basierte Nachschulungen und Supervisionen statt. Insgesamt wurden im Laufe des Projekts 36 Pflege- und Betreuungskräfte zu Case Managern qualifiziert (initial waren es 24), da aufgrund der hohen Personalfuktuation in den Einrichtungen einige Neubesetzungen und entsprechend erneute Schulungsmaßnahmen notwendig waren.

Durch die Übertragung dieser Rolle auf hausinterne Mitarbeitende sollte eine enge Kooperation mit den übrigen Pflegekräften, Haus- bzw. Fachärzten und Psychotherapeuten gewährleistet werden. Die Depression Case Management-Aufgaben im DAVOS-Projekt waren im Einzelnen wie folgt: (1) Kontaktperson für Bewohnende, Studienpersonal, Haus- und ggf. Fachärzte und Psychotherapeuten sowie kontinuierliche Durchführung der Screenings zur *Identifikation* geeigneter Studienteilnehmender, (2) Erfassung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Studienteilnehmenden, (3) *Erstellung eines Behandlungsplans* in Kooperation mit behandelnden Ärzten und der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ (s. u.), (4) individuelle *Koordination* der Behandlungsmodule (s. u.) und (5) *Monitoring* der Behandlung und ggf. Initiierung einer Modifikation, falls relevante Zielp Parameter nicht erreicht werden.

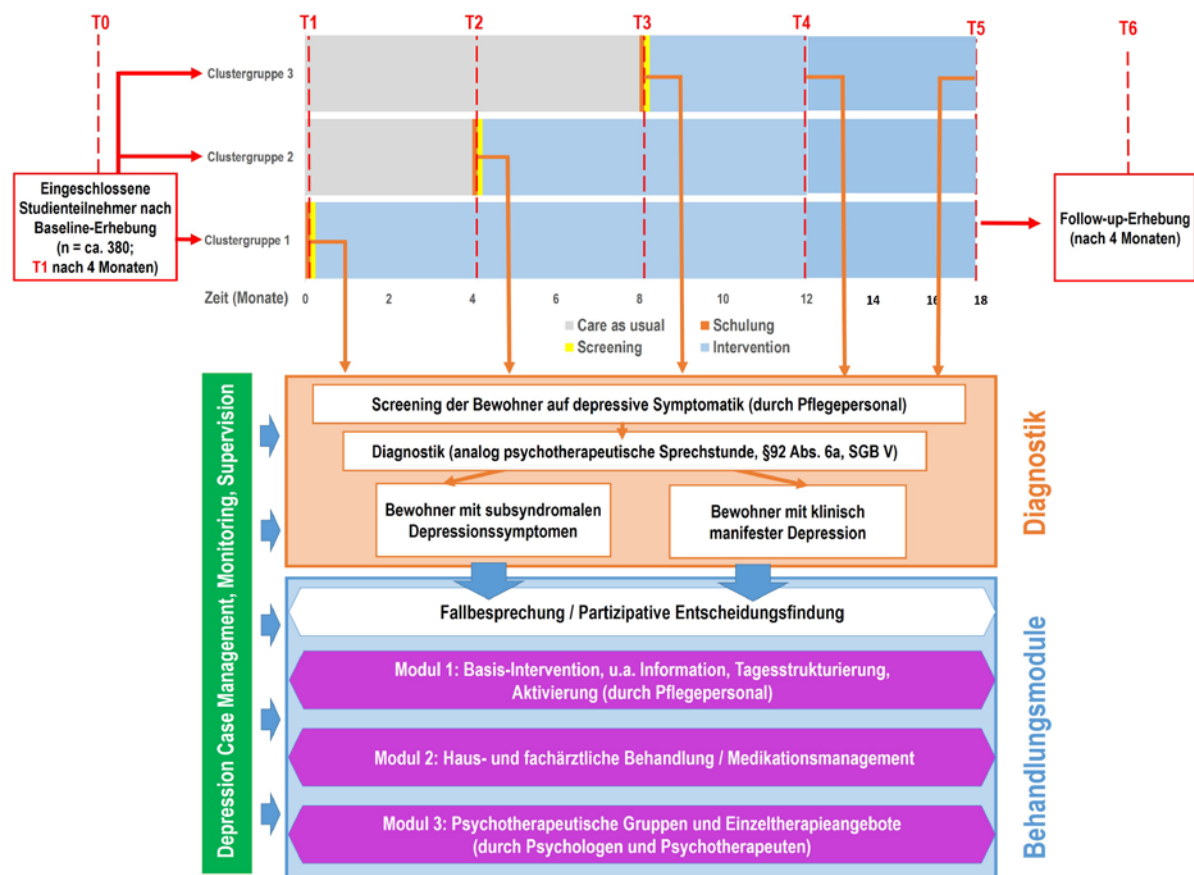


Abbildung 1. Studiendesign und Ablaufstruktur der Intervention

Die Intervention in DAVOS folgte den bewährten Kernelementen des Case Managements: *Identifikation, Assessment, Planung, Koordination* und *Monitoring*. Die Implementierung der Intervention begann mit der Schulung der Pflegekräfte. Dabei wurde ein Schwerpunkt auf das

Screening (*Identifikation*) hinsichtlich depressiver Symptomatik anhand einer speziell für das Projekt modifizierten Version der „Depressions-Monitoring-Liste“ (*DeMoL*) (Gensichen et al., 2006) gelegt. Dieses Instrument fand bereits in anderen Studien des Instituts für Allgemeinmedizin (Goethe-Universität Frankfurt) erfolgreich Anwendung, so z. B. in der hausarztbasierten PRoMPT Studie (Gensichen et al., 2009), und wurde für das Pflegesetting und eine ökonomische Befragung der Bewohnenden entsprechend angepasst (siehe Anlage 12.3 „DeMoL-Pflege“). Die Fragen beziehen sich auf die vergangenen zwei Wochen und werden auf einer vierstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „beinahe jeden Tag“ eingeschätzt.

Die Items des ursprünglichen DeMoL von Gensichen et al. (2006) sind dem Depressionsmodul des „Gesundheitsfragebogens für Patienten“ (*PHQ-D*) entnommen (Gräfe et al., 2004). Mit einer hohen internen Konsistenz (Cronbachs $\alpha = .88$), einer Sensitivität von 83 % und einer Spezifität von 90 % weist der PHQ-D insgesamt sehr gute testdiagnostische Werte auf (Löwe, Gräfe et al., 2004). Die Summenwerte können Schweregrade der Depression abbilden und als Grundlage einer regelmäßigen Verlaufsbeobachtung dienen. Eine gute Änderungssensitivität des Instruments bei Verwendung des Summenwertes wurde in mehreren unabhängigen Stichproben nachgewiesen (Löwe, Unnützer et al., 2004).

Im Rahmen von DAVOS wurde das DeMoL-Pflege von den Case Managern lediglich zu Screening-Zwecken hinsichtlich des aktuellen Befindens der Befragten und deren depressiver Symptome eingesetzt. Die Evaluation betreffende Auswertungen fanden mit den dabei erfassten Daten nicht statt, da das Screening Teil des Interventionskonzepts war und für die Zielvariablen andere Instrumente vorgesehen waren (vgl. 5.4 Datenerhebung und Outcomes).

Nach der Durchführung des Screenings (*Identifikation*) durch die geschulten Pflegekräfte wurden Personen ohne klinisch relevante Depressionssymptome wie bisher (*Care-as-usual*) bis zur nächsten Datenerhebung weiterbetreut. Im Falle eines positiven Screenings, d. h. bei Hinweisen auf depressive Symptomatik, boten Depression Case Manager diesen Bewohnenden die Teilnahme an eingehender Diagnostik und weiterführenden Maßnahmen an. Soweit die betreffenden Personen zustimmten, veranlassten die Case Manager deren zeitnahe Vorstellung in der „*Psychotherapeutischen Sprechstunde*“. Diese wurde vor Ort im Pflegeheim durch studienbeteiligte psychologische Psychotherapeuten angeboten und in Analogie zur psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 92 Abs. 6a SGB V durchgeführt. Diese Sprechstunde umfasste eine diagnostische Einschätzung (*Assessment*) und schloss mit einem vorläufigen Befundbericht ab, der auch konkrete indikationsgeleitete Empfehlungen zu weiteren Maßnahmen enthielt (diese konnten z. B. vom „*Watchful Waiting*“ über die Indikation zur Psychotherapie bis hin zur Einschaltung eines Facharztes ein breites Interventionspektrum umfassen). Der vorläufige Befundbericht wurde auch den behandelnden Hausärzten und den Depression Case Managern zur Verfügung gestellt, damit in einer anschließenden Fallbesprechung weitere Maßnahmen im Sinne eines Behandlungsplanes auf Basis der im Folgenden beschriebenen Behandlungsmodule (vgl. Abbildung 1) festgelegt werden konnten. Die *Erstellung des Behandlungsplans* orientierte sich an den Empfehlungen der S3-Leitlinie und NVL Unipolare Depression und beinhaltete u. a. auch die Zuteilung der Bewohnenden zu einem oder mehreren Behandlungsmodulen. Dabei wurden selbstverständlich die Prioritäten der Betroffenen im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung (*Shared Decision Making*) berücksichtigt.

Im Fall einer nach ICD-10 Kriterien klinisch manifestem Depression wurden zunächst unter Hinzuziehung der behandelnden Haus- und ggf. Fachärzte mögliche organische Ursachen ausgeschlossen sowie Fragen der Multimorbidität, Multimedikation und andere Aspekte geklärt, die womöglich gegen das Behandlungskonzept hätten sprechen oder zu unerwarteten Nebenwirkungen führen können (z. B. bei einer Behandlung mit Antidepressiva). Hierüber erstellte der Hausarzt einen kurzen Konsiliarbericht (analog zum Konsiliarbericht im Regelverfahren).

Bei *Modul 1* handelte es sich um die sog. *Basis-Intervention* („*Wohlbefindensgruppe*“), die allen Teilnehmenden mit und ohne depressive Symptome angeboten wurde. Ein zentraler Bestandteil war hierbei neben psychoedukativen und supportiven Ansätzen die Aktivierung der

Bewohnenden, inklusive der Erstellung eines Wochenplans zur Teilnahme an Bewegungsangeboten, sozialen und anderen Freizeitaktivitäten, je nach individuellen Interessen und Ressourcen (vgl. Manual in Anlage 12.2). Die detaillierte Ausarbeitung des Moduls war Teil des Projekts und erfolgte unter Einbeziehung etablierter pflegewissenschaftlicher Methoden (z. B. Situationsanalyse, formative Evaluation (Bergmann et al., 2005)). Sowohl das Pflegepersonal der Einrichtung als auch die Bedürfnisse der Bewohnenden wurden dabei in den iterativ erfolgenden Entwicklungsprozess einbezogen.

Das *Modul 2* beinhaltete alle Behandlungsaspekte, die eine therapeutische Einbeziehung der behandelnden Hausärzte bzw. ggf. eines Facharztes für Psychiatrie erforderten (u. a. medikamentöse Therapie mit Antidepressiva, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Polypharmazie, Krankenhauseinweisungen etc.). Die Ärzte wurden im Sinne eines Stepped-Care-Ansatzes gemäß den in der S3-Leitlinie und NVL Unipolare Depression formulierten Empfehlungen zur „Versorgungskoordination und Interaktion der Behandelnden“ eingebunden.

Das *Modul 3* umfasste schließlich die Teilnahme an Gruppen- und Einzelpsychotherapien, welche von projektbeteiligten psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie-Ambulanz der Abteilung „Klinische Psychologie“ der Goethe-Universität Frankfurt) durchgeführt wurden. Bereits bestehende psychotherapeutische Strukturen oder Kooperationen in den Einrichtungen sollten genutzt und ausgebaut werden. Dies war jedoch in keiner der zehn beteiligten Einrichtungen der Fall. In diesem Zusammenhang sollte auch erwähnt werden, dass letztlich nur Einzeltherapien umgesetzt werden konnten, da gruppentherapeutische Sitzungen von allen Betroffenen abgelehnt wurden.

Die eingesetzten Interventionsbausteine beinhalteten Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie (z. B. Planung wohltuender täglicher Aktivitäten, Erlernen von Problemlösestrategien sowie *kognitive Re-Strukturierung*), ergänzt durch *Reminiszenztherapie* (RT) und Stressbewältigung durch Achtsamkeit (*Mindfulness-based Stress Reduction*, MBSR), für die in früheren Studien gerade auch für ältere Patienten mit depressiven Störungen therapeutische Wirksamkeit nachgewiesen wurde (Butler, 1974; Trilling et al. 2001; McBee, 2011; Gühne et al., 2014; Song et al., 2014; Zellner-Keller et al., 2014; DGPPN et al., 2015). Individuelle Psychotherapiesitzungen wurden indikationsgeleitet Teilnehmenden mit einer klinisch manifesten Depressionsdiagnose angeboten, also Bewohnenden mit Major Depression, Dysthymie oder Anpassungsstörung. Die Indikation für psychotherapeutische Maßnahmen folgte dabei den Empfehlungen der S3-Leitlinie und NVL Unipolare Depression. Personen, die die Einschlusskriterien für die Intervention erfüllten, jedoch am Behandlungsangebot nicht teilnehmen wollten, wurden von den Case Managern im Abstand von ca. zwei Monaten erneut kontaktiert und auf diese Möglichkeit aufmerksam gemacht.

Dabei erfolgten alle in DAVOS angebotenen psychotherapeutischen Maßnahmen (Modul 3) im Sinne einer leitliniengerechten Patientenversorgung. Lediglich das Setting, d. h. die Durchführung der Psychotherapie in den Bewohnerzimmern bzw. heimeigenen Räumlichkeiten, stellte eine innovative Anpassung dar. Auch die Konsultation durch Haus- und Fachärzte fand regulär in den Pflegeeinrichtungen statt (Modul 2). Da aufsuchende Psychotherapie immer noch kaum stattfindet, ermöglichte dieses Novum den depressiven, multimorbiden und teilweise immobilen Pflegeheimbewohnenden, im Rahmen von DAVOS die ihnen zustehende psychotherapeutische Versorgung zu erhalten.

Um belastbare Angaben zur Prävalenz von Altersdepressionen in den Pflegeeinrichtungen machen zu können, musste nach Möglichkeit die Gesamtzahl der dort wohnenden Personen einbezogen werden. Insofern wurden – unter Beachtung vorab definierter Ein- bzw. Ausschlusskriterien und bei vorliegender Einwilligung – alle interessierten Bewohnenden in das Projekt eingeschlossen, unabhängig davon, ob manifeste depressive Symptomatik vorlag oder nicht (vgl. auch 5.2 Studienpopulation). Damit wurden des Weiteren auch Aspekte der primären und sekundären Prävention berücksichtigt: Primärprävention ist an (noch) gesunde Personen adressiert und beinhaltet Interventionen und Maßnahmen, die deren Gesundheit weiterhin

erhalten. Dagegen richtet sich sekundäre Prävention u. a. an Personen, die bereits erkrankt sind (z. B. mit subsyndromalen oder leichten Depressionssymptomen), und soll eine weitere Krankheitsprogression verhindern. Gerade depressive Symptome in subsyndromalen Ausprägungen werden häufig nicht als solche erkannt, wodurch die Gefahr besteht, dass sich, wenn sie unbehandelt bleiben, diese weiter manifestieren. Insofern war es im Sinne der Sekundärprävention besonders wichtig, auch Bewohnende ohne manifeste depressive Symptome in die Studie aufzunehmen. Darüber hinaus wurde durch die Einbeziehung aller interessierten und geeigneten Bewohnenden versucht, auch bestimmte motivationale Anreize zu setzen. Beispielsweise ließ sich annehmen, dass insbesondere Personen mit bereits vorliegender depressiver Symptomatik eine Teilnahme ablehnen könnten, wenn z. B. die Nachbarin oder der Nachbar nicht ebenfalls partizipieren dürfen. Aus ähnlichen Gründen und um Stigmatisierungen zu vermeiden, wurde bei der für alle teilnehmenden Bewohnenden offenen Basis-Intervention auf den Begriff „Depression(en)“ bei der Namensgebung verzichtet und diese neutral als „Wohlbefindensgruppe“ bezeichnet.

5. Methodik

5.1 Studiendesign

Methodisch handelte es sich bei DAVOS um eine kontrollierte cluster-randomisierte Studie im Stepped-Wedge-Design. Dies ist eine Form des Warte-Kontrollgruppendesigns mit wiederholten Messungen, wobei jedes Cluster bzw. jede Clustergruppe (Sequenz) zunächst in der Kontrollphase startete und die Intervention zeitversetzt und schrittweise in einzelne Cluster eingeführt wurde (vgl. Abbildung 1). Während der Kontrollphasen wurden die Teilnehmenden nach dem Prinzip des „Usual Care“ behandelt. Der Zeitpunkt, zu dem ein Cluster von der Kontroll- in die Interventionsphase überging, war randomisiert. Sobald eine neue Sequenzgruppe mit der Intervention begann, wurden in allen Clustern die relevanten Daten erhoben. Somit erfolgten über die Gesamtlaufzeit der Intervention fortlaufende Datenerhebungen (T1 bis T5), unabhängig davon, ob die Intervention bereits eingeführt wurde oder nicht. Hinzu kamen eine Baseline- und eine Follow-up-Erhebung (T0 bzw. T6), jeweils vier Monate vor und nach der Intervention. Jede Sequenzgruppe in DAVOS umfasste drei bis vier Altenpflegeeinrichtungen aus Frankfurt am Main und der Rhein-Main-Region. Insgesamt wurden zehn Pflegeheime, die hierbei als Cluster fungierten, randomisiert auf drei Sequenzgruppen verteilt. Durch fortlaufende Nachrekrutierungen (z. B. bei Neueinzug in die Pflegeeinrichtungen) sollte den naturgemäßen Drop-outs, beispielsweise durch schwerwiegende Erkrankungen oder Versterben der Teilnehmenden, Rechnung getragen werden (vgl. 5.2 Studienpopulation).

Die Vorteile des Stepped-Wedge-Designs sind u. a. das Einsparen von Ressourcen, da die Intervention nicht parallel in alle Cluster gleichzeitig implementiert werden muss, sowie auch die ethisch relevante Tatsache, dass sämtliche Teilnehmenden letztlich die potenziellen Vorteile durch die Intervention erhalten können. Zusätzlich ist durch die stufenweise Implementierung eine intensivere Prozessevaluation möglich, da durch die regelmäßigen Datenerhebungen auch kleinteiligere Veränderungen erfassbar werden (Hussey & Hughes, 2007; Hemming, 2015). Die Methode ermöglicht den Vergleich sowohl innerhalb als auch zwischen den Clustern mit und ohne Intervention. Zudem können Erkenntnisse gewonnen werden, ob und ab welchem Zeitpunkt die komplexe Intervention wirksam ist, deren einzelne Elemente hinsichtlich ihrer Effektivität in anderen randomisierten Studien bereits bestätigt wurden.

5.2 Studienpopulation

Die Studienteilnehmenden wurden unter den Bewohnenden aus zehn Frankfurter stationären Altenpflegeeinrichtungen mit einer Gesamtzahl von etwa 1.250 Pflegeplätzen rekrutiert. Hier-

für konnten der Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V. (sieben Pflegeheime) und die Agaplesion Markus Diakonie gGmbH (drei Pflegeheime) als Kooperationspartner gewonnen werden. Basierend auf den in der Pflegedokumentation niedergelegten Informationen (z. B. zu bekannten Diagnosen und zum Gesundheitszustand) wurden durch das Pflegepersonal der Einrichtungen diejenigen Bewohnenden vorausgewählt, die grundsätzlich für eine Teilnahme am Projekt und der Studie in Frage kamen. Grundsätzliche Ausschlusskriterien waren eine Demenzdiagnose, fehlende Einwilligungsfähigkeit bzw. -willigkeit sowie eine deutlich ausgeprägte Suchterkrankung. Hinsichtlich Demenzdiagnosen lässt sich zusätzlich anmerken, dass Bewohnende mit leichten kognitiven Einschränkungen oder lediglich beginnender Demenz dennoch ins Projekt aufgenommen wurden, sofern sie über ausreichende kommunikative Fähigkeiten verfügten und einwilligungsfähig waren. Gestützt auf empirische Daten und frühere praktische Erfahrungen (sowie vorläufige Angaben der beteiligten Einrichtungen) lag der Rekrutierungsstrategie die Annahme zugrunde, dass ausgehend von der Gesamtpopulation etwa 50 % der Bewohnenden aufgrund von Demenz nicht zur Projektteilnahme geeignet sein würden. Unter Berücksichtigung dokumentierter Sucht- und anderer psychiatrischer Erkrankungen konnte davon ausgegangen werden, dass nur etwas mehr als ein Drittel (ca. 36 %) die Einschlusskriterien erfüllen würde (vgl. Abbildung 2).

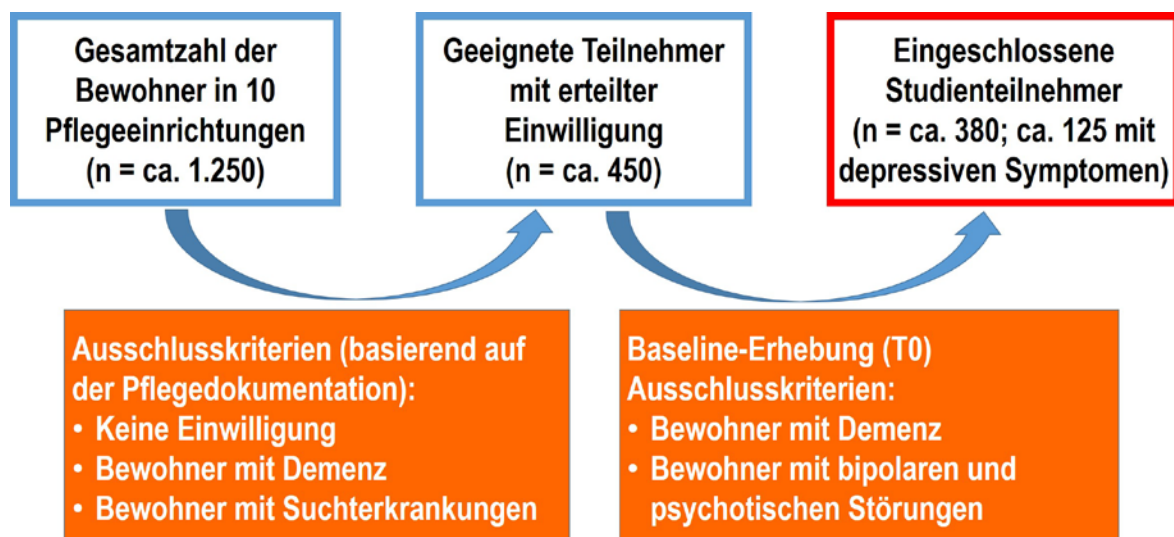


Abbildung 2. Ablauf der Rekrutierung von geeigneten Studienteilnehmenden mit und ohne depressive Symptome/Störungen²

Die nach der Pflegedokumentation geeigneten Bewohnenden wurden durch das Studienpersonal (Depression Case Manager) kontaktiert, in persönlichen Gesprächen und schriftlich über die Teilnahmemöglichkeit an der Studie informiert (durch universitäre Projektmitarbeitende) und um ihre Einwilligung zur Studienteilnahme gebeten. Ausgehend von Erfahrungen aus früheren Studien wurde eine Teilnahmerate von ca. 50 % angenommen, wobei zusätzlich zu den bereits zu Studienbeginn in den Heimen rekrutierten Bewohnenden eine fortlaufende Rekrutierung auch unter den neu in die jeweilige Pflegeeinrichtung einziehenden Personen stattfinden sollte (ursprünglich bis zum Zeitpunkt T3). Aufgrund von pandemiebedingten Problematiken in den Projektjahren 2020 und 2021 wurde die Rekrutierungsphase jedoch weiter ausgedehnt (bis T5). Bewohnende, die in die Studienteilnahme einwilligten, durchliefen zunächst eine Baseline-Datenerhebung (T0). Weitere Ausschlusskriterien – neben Demenz und Suchterkrankungen – waren ein Lebensalter < 60 Jahre, eine bipolare Störung oder andere schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen (außer aus dem depressiven Spektrum).

² Die Zahlenangaben beruhen auf literaturbasierten Schätzungen vor Projektbeginn.

Hinsichtlich Alter wurden vereinzelt auch etwas jüngere Personen in die Studie eingeschlossen, da in einigen Einrichtungen ein nicht unerheblicher Anteil an Bewohnenden unter 60 war.

Einschlusskriterien für die Interventionsteilnahme waren das Vorhandensein von subsyndromalen oder klinisch manifesten depressiven Syndromen (siehe Abbildung 1). Die Berücksichtigung subsyndromaler Ausprägungen depressiver Störungen war sinnvoll, da diese im Alter häufig sind und eine wichtige Zielpopulation für den Einsatz sekundärpräventiver Maßnahmen (z. B. Modul 1 bzw. Basis-Intervention, vgl. dazu auch 4.2 Darstellung der Intervention und einzelner Module) definieren.

5.3 Power- und Fallzahlkalkulation

Ausgehend von einer Fallzahl von 38 Teilnehmenden pro Cluster (Pflegeeinrichtung), von Sequenzgruppen aus drei, vier und drei Clustern (zehn Pflegeeinrichtungen), einem Fehler erster Art von 0,05 bei zweiseitiger Testung, einer Prävalenz (einschließlich subsyndromaler depressiver Störungen) von 33 % unter Kontrollbedingung (Maaz, 2010) und 22 % unter Interventionsbedingung sowie einem Intraklassenkorrelationskoeffizienten (ICC) von 0,0072 ergab sich unter der vereinfachenden Annahme eines Stepped-Wedge-Designs vom Querschnittstyp eine Power von 0,8 (Hughes et al., 2019). Bei dem gewählten binären Endpunkt und einer Prävalenz von 33 % entspricht dieser ICC-Wert einem 95 %-Schwankungsbereich zwischen 25 % und 41 % in den verschiedenen Einrichtungen. Der ICC beschreibt das Verhältnis der Varianz des Zielkriteriums zwischen den zehn teilnehmenden Einrichtungen (Varianz der clusterspezifischen Prävalenzen) und der Gesamtvarianz, also der Summe aus der Varianz zwischen und innerhalb der Cluster. Die Varianz innerhalb der Cluster ergibt sich jeweils als $p(1-p)$, wenn p die Prävalenz ist. Setzt man für die Varianz der Prävalenzen den Wert $0,04^2 = 0,0016$, so entspricht das ungefähr einem 95 % Schwankungsbereich der clusterspezifischen Prävalenz zwischen 0,25 und 0,41, und es ergibt sich ein ICC von 0,72.

Tatsächlich lag ein Open-Cohort-Design vor, in dem angenommen wurde, dass pro Periode von vier Monaten weniger als ein Fünftel der Teilnehmenden ausscheiden bzw. neu eintreten würden. Durch fortlaufende Nachrekrutierungen, z. B. unter neueinziehenden Pflegeheimbewohnenden, wurde versucht, die natürlichen Drop-outs auszugleichen und somit die eingeschlossene Teilnehmerpopulation über den Zeitraum der Intervention sowie die daraus resultierende Zahl der Datenerhebungen pro Periode möglichst konstant zu halten. Mit der Analysemethode der verallgemeinerten Schätzgleichungen für binäre Longitudinaldaten kann dem zusätzlich Rechnung getragen werden. In diesem Fall wäre eine weitere Erhöhung der Power zu erwarten bzw. lassen sich bei gleicher Power kleinere Effekte aufdecken. Angestrebt wurde eine Fallzahl von 440 Personen. Letztlich konnte eine Gesamtfallzahl von 449 rekrutierten Personen erreicht werden. Die Drop-outs nach erfolgter Rekrutierung in Laufe des Projektes betragen 310 Personen.

Der Fallzahlkalkulation nach dem Verfahren von Hussey & Hughes (2007), implementiert von Hughes & Hakhu (2016) und aktualisiert nach Hughes et al. (2022) im R-Paket `swCRTdesign`, beruht auf einem gemischten linearen Modell für Stepped-Wedge-Designs, welches Varianzen entsprechend der Binomialverteilung verwendet und einen faktoriellen festen Periodeneffekt enthält. Die genaue Spezifikation lautet: `swPwr(swDsn(c(3,4,3)), distn = binomial, n = 38, mu0 = 0.33, mu1 = 0.22, tau = 0.04, eta = 0, rho = 0, gamma = 0)`. Der zugrundeliegende statistische Test ist ein asymptotischer Z-Test.

5.4 Datenerhebung und Outcomes

Nach initialer Planung sollten neben der Baseline- (T0) und der Follow-up-Erhebung (T6) insgesamt vier Datenerfassungswellen stattfinden: T1 bis T4. Die lockdownbedingten Schwierigkeiten bei Rekrutierungen und Befragungen während der Corona-Pandemie, deren Auswirkungen später eingehender diskutiert werden, machten jedoch einen weiteren zusätzlichen

Messzeitpunkt (T5) notwendig. Bei sämtlichen Face-to-face-Interviews (ebenso wie bei vereinzelten telefonbasierten Befragungen während der Lockdowns) kamen validierte und in der klinischen wie gerontologischen Forschung bewährte Fragebögen und psychometrische Instrumente zum Einsatz. Die größtenteils quantitativen Datenerhebungen wurden insbesondere bei der Prozess- und summativen Evaluation durch den Einsatz qualitativer Methodik ergänzt. Die Paper-Pencil-Daten wurden anschließend digitalisiert, geprüft und einer Missing-Values-Analyse unterzogen. Ab einer 30 %-Rate an fehlenden Werten pro Fragebogen wurden diese aus der abschließenden Analyse ausgeschlossen. Für einzelne fehlende Werte erfolgte eine Schätzung über den FIML-Algorithmus (*Full Information Maximum Likelihood*).

Die für die Datenerhebungen zuständigen wissenschaftlichen Mitarbeiter wurden vorab intensiv im Umgang mit den eingesetzten Instrumenten (Testverfahren, Fragebögen) geschult. Durch Verwendung ausschließlich standardisierter Instrumente wäre der Einfluss der einzelnen Rater somit zu vernachlässigen und die Validität der erhobenen Daten gewährleistet.

Die primären Outcomes von DAVOS waren die Prävalenz depressiver Störungen und die Ausprägung der depressiven Symptomatik (bzw. deren Veränderung) bei den Pflegeheimbewohnenden. Als sekundäre Outcomes dienten subjektiv eingeschätzte Lebensqualität, funktionelles Aktivitätsniveau (u. a. Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und erlebte Selbständigkeit) sowie soziale Teilhabe. Zusätzlich zu den Erhebungen der primären und sekundären Outcomes (T0 bis T6) wurden in der Baseline-Datenerhebung noch relevante personenbezogene und soziodemografische Daten erfasst, u. a. familiärer und sozioökonomischer Hintergrund, Bildungsgrad, subjektiver Gesundheitszustand, Persönlichkeitseigenschaften (Rammstedt & John, 2007), kognitiver Status (Folstein et al., 1975), aktuelle Medikation und somatische Komorbiditäten. Um diese Erhebungen für die Teilnehmenden möglichst wenig belastend zu gestalten, wurde hierbei teilweise auf die Heimdokumentationen zurückgegriffen. Einige dieser Variablen, wie z. B. Gesundheitszustand und kognitiver Status, wurden bei der Follow-up-Messung T6 erneut erhoben. Ein Überblick über alle verwendeten Instrumente sowie dazugehörige Referenzen zur ihrer Validierung finden sich in Tabelle 1.

Tabelle 1. Zielvariablen von DAVOS und eingesetzte Erhebungsinstrumente

Baseline- und Follow-up-Erhebungen (T0 & T6), zusätzlich zu den Outcomes	
Variablen / Instrumente	Referenzen
Soziodemografische Variablen	
Alter, Geschlecht, familiärer Hintergrund, weitere relevante soziodemografische Daten	
Persönlichkeitseigenschaften: Big-Five-Inventory Short Version (BFI-10)	<ul style="list-style-type: none"> • Rammstedt & John, 2007
Demenzscreening: MMST	<ul style="list-style-type: none"> • Folstein et al., 1975
Primäre Outcomes (T0 – T6)	
Variablen / Instrumente	Referenzen
Prävalenz von Depression, Dysthymie:	
<ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes klinisches Interview DSM-IV (SKID-I) (nur in der Psychotherapeutischen Sprechstunde) • Bereits vorliegende ärztliche Diagnosen (nur zu T0) • Geriatrische Depressionsskala (GDS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wittchen et al., 1997 • Heimdokumentation • Yesavage et al., 1983
Schweregrad der depressiven Symptomatik:	

Geriatrische Depressionsskala (GDS)	<ul style="list-style-type: none"> • Yesavage et al., 1983
Sekundäre Outcomes (T0 – T6)	
Variablen / Instrumente	Referenzen
Lebensqualität: World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD)	<ul style="list-style-type: none"> • Power et al., 2005; Angermeyer et al., 2000
Lebensqualität: Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoL-AD)	<ul style="list-style-type: none"> • Logsdon et al., 1999
Funktionelles Aktivitätsniveau: Allgemeine Einschränkung bei Alltagsaktivitäten (aus SHARE); Erlebte Selbstständigkeit (aus SimA)	<ul style="list-style-type: none"> • Börsch-Supan et al., 2013; Oswald et al., 1995
Soziale Teilhabe: Social and Emotional Loneliness Scale	<ul style="list-style-type: none"> • de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985

Bei den zeitgleich in allen Clustern stattfindenden Baseline-Erhebungen wurde erwartet, den Angaben aus Fachpublikationen entsprechende Prävalenzraten für Depressionen unterschiedlicher Schweregrade zu finden. Für die Cluster, in denen gemäß Randomisierung mit der Durchführung der Intervention begonnen wurde, bestand die Annahme, dass die ursprünglich vorgefundene Prävalenzrate in den nachfolgenden Datenerhebungen im Vergleich zu den Clustern in der Kontrollbedingung (*Care-as-usual*), deren Prävalenzraten in etwa konstant bleiben sollten, reduziert werden kann (*Stepped-Wedge-Ansatz*). Durch die erfolgreiche Implementierung der Intervention sollten sowohl das Vorliegen einer Diagnose als auch der Schweregrad der Depressionssymptomatik positiv beeinflusst werden. Die im Rahmen der Intervention durch die Case-Manager durchgeführten Screenings (DeMoL-Pflege) waren unabhängig von den Erhebungen der Outcomes und haben nicht zu einer Erhöhung der Prävalenzrate geführt.

5.5 Statistische Auswertungsstrategien

Entsprechend dem Design dieser cluster-randomisierten Stepped-Wedge-Studie vom offenen Kohortentyp wurde primär für das quantitative Outcome GDS-Score ein gemischtes lineares Modell angepasst, welches feste Effekte für den Baseline-Wert des Scores, Alter, Geschlecht, Interventionsstatus und die Follow-up-Zeit in der individuellen Zeitskala der Bewohnenden bzw. Patienten (fortlaufende Nummerierung der viermonatlichen Datenerhebungen) enthielt sowie zufällige Effekte auf Teilnehmer- und auf Pflegeheimebene. Der Interventionsstatus wurde formal bestimmt, indem die Studienperiode der Baseline der Teilnehmenden und die Sequenzgruppenzugehörigkeit verwendet wurden, um zu entscheiden, ob eine Datenerhebung während einer Interventionsperiode stattfand. Insbesondere war nicht ausschlaggebend, ob die teilnehmende Person tatsächlich psychotherapeutisch behandelt wurde. In Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen wurden Verfeinerungen des Modells geprüft (zusätzliche Effekte für die Studienperiode, Zufallsinteraktion Pflegeheim mit Periode, Interaktion zwischen Follow-up-Dauer und Interventionsstatus). Angesichts limitierter Fallzahlen und Verlaufsauern erwies sich keine dieser Verfeinerungen als notwendig.

Die Analyse des Verlaufs der Prävalenz von Depressionssymptomatik (definiert per Cut-Off des GDS-Scores) kann aufgrund der geringen Zahl auswertbarer Verläufe nur begrenzt zur Wirksamkeitsfrage beitragen. Dennoch wurde sie durchgeführt. Dazu wurde ein verallgemeinertes lineares gemischtes Modell mit logistischer Linkfunktion angepasst, welches als feste Effekte den Interventionsstatus, den Baseline-Wert des GDS-Scores und die Follow-up-Zeit in der individuellen Zeitskala der Bewohnenden bzw. Patienten (fortlaufende Nummerierung der viermonatlichen Datenerhebungen) enthielt sowie zufällige Effekte auf der Ebene der Person und

des Pflegeheims. Die Standardfehler wurden mit der robusten Methode (*Sandwich-Schätzung*) ermittelt. Zur Beschreibung des Verlaufs der Prävalenzen abhängig vom Interventionsstatus wurde zusätzlich ein Interaktionsterm *Zeitpunkt x Interventionsstatus* in das Modell aufgenommen. Die berichteten Prävalenzen sind modellbasiert adjustierte Schätzungen.

5.6 Ergänzende Anwendung qualitativer Forschungsmethodik

Im Zuge der durch das HessIP verantworteten Arbeitspakete stand die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden im Vordergrund (u. a. Situationsanalyse und formative Evaluation). So wurde insbesondere das Qualifizierungskonzept für Pflegefach- und Betreuungspersonen, welches als eines der praktischen Ergebnisse aus dem Projekt hervorgegangen ist, auf Basis von Erkenntnissen einer Situationsanalyse erstellt, in kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen exemplarisch erprobt und mithilfe des Ansatzes der formativen Evaluation im partizipativen Vorgehen weiterentwickelt (vgl. 6.5 Qualifikationskonzept für Mitarbeitende und formative Evaluation). Die Erprobung einzelner Elemente fand auf freiwilliger Basis seitens der Case Manager in drei Pflegeeinrichtungen statt (vgl. Formative Evaluation in 6.5). Hierfür wurden Arbeitstools als Handout (siehe Materialband in Anlage 12.8) zur Verfügung gestellt und Vorschläge zur praktischen Umsetzung entwickelt.

Bei der Situationsanalyse wurden Beobachtungen mit einem hohen Grad der Teilnahme an je drei aufeinanderfolgenden Tagen in vier Pflegeeinrichtungen der beiden Träger durchgeführt und Mitarbeitende bei ihrer Arbeit begleitet. Die Datenerhebung untergliederte sich in ein zweistufiges, aufeinander aufbauendes Verfahren: So wurde in der ersten Datenerhebungsphase (Mai/Juni 2018) ein offenes, nicht kriteriengeleitetes Verfahren gewählt, im Zuge dessen die Sichtung der Diagnosen der Bewohnenden erst im Verlauf der Beobachtungseinheit erfolgte. Anschließend wurde auf der Basis einer Zwischenauswertung und Literaturrecherche (November 2018) eine ergänzende, fokussierte Beobachtungseinheit durchgeführt. Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen wurden drei forschungsleitende Fragestellungen fokussiert, die dabei unterstützten, erste Einblicke in den Alltag der Einrichtungen aus der Perspektive von Pflegenden ebenso wie von Bewohnenden mit Depression zu gewinnen und entsprechende Interaktionen sowie die Begleitung und Versorgung von Betroffenen in den Blick zu nehmen: (1) Wie zeigt sich Depression (Merkmale)? (2) Wie wird die Depression wahrgenommen? (3) Wie wird die Depression in der Pflege beantwortet?

Ziel der Situationsanalyse war es, mögliche Bedarfe und Bedürfnisse der an Depression erkrankten Personen zu identifizieren, diese in Potenziale zu überführen und auf gewonnenen Erkenntnissen basierend Schulungsinhalte abzuleiten, um Mitarbeitende hinsichtlich der Bedarfe zu sensibilisieren und positive Veränderungen in Form einer noch umfangreicheren Beantwortung dieser Bedarfe im beruflichen Alltag anzustoßen. Im Ergebnis wurden 18 Beobachtungsprotokolle erarbeitet und ergänzende Interviews mit Bewohnenden durchgeführt. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an Rosenthal (2014) überwiegend sequenziell.

Darüber hinaus kamen bei der Entwicklung und Ausarbeitung des Qualifizierungskonzepts sowie bei der Durchführung der formativen Evaluation auch Fokusgruppen und Experteninterviews zum Einsatz (vgl. 6.5 Qualifikationskonzept für Mitarbeitende und formative Evaluation). Dabei standen Fragen im Vordergrund, wie sich z. B. anwendungsorientierte Fortbildungen optimieren lassen, um Selbstreflexion und Perspektivwechsel anzuregen und zu einem lösungsorientierten Umgang mit depressiven Heimbewohnenden zu gelangen. Des Weiteren ging es um die Umsetzbarkeit und Praktikabilität der Lerninhalte.

5.7 Zusätzliche Abschlussbefragungen (summative Evaluation)

Im Kontext der Qualitätssicherung wurden gegen Ende der Projektlaufzeit alle wichtigen Akteure zu abschließenden Befragungen eingeladen. Neben der Evaluation hinsichtlich der praktischen Implementierung des Interventionskonzepts und somit Fragen nach Zufriedenheit,

Machbarkeit und Nachhaltigkeit erfolgte auch eine Analyse von Herausforderungen, die sich durch die Corona-Pandemie ergeben hatten.

Für diese summative Evaluation wurde ein Online-Fragebogen entwickelt, um möglichst ökonomisch die Rückmeldungen der Case Manager und Heimleitungen zu erfassen. Dieser Fragebogen wurde mithilfe des Umfrage- & Evaluationstools *EvaSys* erstellt, welches an der Goethe-Universität Frankfurt für Erhebungen in Verbindung mit dem Qualitätsmanagement zum Einsatz kommt. Nach Abschluss der Befragungen erfolgte eine automatische deskriptive Auswertung. Zentrale Ergebnisse hierzu finden sich in Kapitel 6.6 Summative Evaluation; die komplette Auswertung ist in Anhang 11.5.

Zum Procedere: Zunächst wurden alle am Projekt beteiligten Heimleitungen und Case Manager mittels des Online-Surveys anonym zu ihren Erfahrungen befragt. In der Kombination von offenen und geschlossenen Fragestellungen wurden u. a. die angebotenen Qualifikationen und Supervisionen der Case Manager, die Praxistauglichkeit der Intervention sowie Möglichkeiten der Implementierung bewertet. Zusätzlich wurden die Auswirkungen durch die Pandemie erfasst (u. a. Besuchsverbote, Aussetzen der Intervention und der Rekrutierung). Der Online-Fragebogen hatte eine Durchführungsdauer von ca. 20 Minuten.

Im zweiten Schritt erfolgte eine Befragung der psychologischen Psychotherapeuten in strukturierten Face-to-face-Interviews (siehe Anlage 12.10). Hierbei wurden Hindernisse, Schwierigkeiten, aber auch Anreize bei der psychotherapeutischen Arbeit in Pflegeeinrichtungen erfasst und dargestellt. Im Rahmen der 90-minütigen Interviews wurden die bereits in den regelmäßig stattfindenden Supervisionen angesprochenen Themen (z. B. Kooperation mit Ärzten, verlustgeprägte Lebensläufe, Versterben der Patienten und Umgang mit Wünschen des Pflegepersonals) individuell durchgegangen. Die Angaben der Befragten wurden transkribiert, zusammengetragen und im Hinblick auf Gemeinsamkeiten verglichen. Die Auswertungen der summativen Evaluation werden ebenfalls für die Implementierungsempfehlungen herangezogen.

6. Projektergebnisse

6.1 Rekrutierte Stichprobe in DAVOS

Deskriptive Beschreibung

Ausgehend von der Gesamtzahl der Pflegeplätze (ca. 1.200) und einer Auslastung von etwa 95 % in den zehn randomisierten Einrichtungen wurden zunächst anhand der Pflegedokumentation Personen mit fortgeschrittener Demenz, schwerwiegenden Sucht- und anderen psychiatrischen Erkrankungen ausgeschlossen. Dies entsprach ca. 60 % aller Bewohnenden. Die übrigen, für die Projektteilnahme potenziell geeigneten Personen sollten für das Projekt rekrutiert werden und wurden durch die vorab geschulten Depression Case Manager angesprochen und über DAVOS informiert. Zuvor erfolgten in allen Einrichtungen auch Informationsveranstaltungen durch universitäre Projektmitarbeitende. Insgesamt konnten während der dreijährigen Projektlaufzeit 449 Pflegeheimbewohnende für die Teilnahme rekrutiert werden. Davon wurden 250 Personen im regulären Stepped-Wedge-Design ins Projekt eingeschlossen, während im weiteren Verlauf (Open-Cohort-Design) noch 199 Teilnehmende hinzukamen. Tabelle 2 stellt deren deskriptiven Charakteristika zur Baseline dar. Da einige Bewohnenden bzw. deren Angehörige oder Betreuer sich relativ schnell nach erfolgter Zusage (= unterschriebene Einverständniserklärung) gegen eine weitere Teilnahme entschieden haben oder aus anderen Gründen (z. B. schwerwiegende Erkrankungen, Versterben) frühzeitig ausgeschieden sind, konnten nicht alle Angaben vollständig ermittelt werden. Daraus resultiert die variierende Fallzahl (n vs. N) bei einigen der erfassten Outcomes.

Tabelle 2. Deskriptive Charakteristika der Projektteilnehmenden in DAVOS (Baseline)

Variable	Wert
Alter in Jahren (N = 449) / M (SD)	82,5 (10,5)
Geschlecht (N = 449)	n (%)
weiblich	307 (68,4)
männlich	142 (31,6)
Bildungsabschluss (n = 367)	n (%)
Abitur/höhere Handelsschule	94 (25,6)
Mittlere Reife	136 (37,1)
Haupt-/Volksschule	122 (33,2)
Muttersprache (N = 449)	n (%)
deutsch	412 (91,8)
andere (z. B. türkisch, russisch, rumänisch)	37 (8,2)
Familienstand (n = 317)	n (%)
verheiratet	26 (8,2)
in einer Partnerschaft	2 (0,6)
ledig	89 (28,1)
geschieden	44 (13,9)
verwitwet	156 (49,2)
Wohnform (N = 449)	n (%)
Pflegeheim	444 (98,9)
Service-Wohnen	5 (1,1)
Verweildauer in der Einrichtung in Jahren (n = 298) / M (SD)	2,9 (3,7)
Pflegegrad (n = 273)	n (%)
1	9 (3,3)
2	95 (34,8)
3	115 (42,1)
4	46 (16,8)
5	8 (2,9)
Depression in der Vergangenheit (n = 257)	n (%)
ja	76 (29,6)
nein	181 (70,4)
Medikamentöse Behandlung in der Vergangenheit (n = 257)	n (%)
ja	44 (17,1)
nein	213 (82,9)
Psychotherapeutische Behandlung in der Vergangenheit (n = 257)	n (%)
ja	23 (8,9)
nein	234 (91,1)

Psychiatrische Erkrankung aktuell³ (N = 449)	n (%)
Demenz	57 (12,7)
Angststörung	6 (1,3)
Depression	133 (29,6)
Depression aktuell⁴ (N = 449)	n (%)
ja	174 (38,8)
nein	275 (61,2)

Das durchschnittliche Alter der Projektteilnehmenden betrug 82,5 Jahre (SD = 10,5), mit einem Range von 53 bis 103 Jahre; mehr als zwei Drittel der Stichprobe (68,4 %) waren Frauen. Da es in einigen Einrichtungen durchaus studieninteressierte und geeignete Bewohnende unterhalb von 60 Jahren gab, wurden hinsichtlich dieses Einschlusskriteriums (Alter > 60) vereinzelte Ausnahmen gemacht und letztlich zwölf Personen, die jünger als 60 Jahre waren, in das Projekt aufgenommen. Die Befragten waren zu 91,8 % deutsche Muttersprachler, und die Mehrzahl der Bewohnenden war verwitwet (49,2 %). Die mittlere Verweildauer in der jeweiligen Einrichtung betrug knapp drei Jahre, am häufigsten mit dem Pflegegrad 3 (42,1 %). Insgesamt 76 Teilnehmende (29,6 %) gaben an, in der Vergangenheit schon einmal unter einer Depression gelitten zu haben, wobei diese bei 44 Personen medikamentös und bei 23 psychotherapeutisch behandelt wurde; bei zehn Personen erfolgte keine Behandlung.

Aus der Pflegedokumentation, die von den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurde, konnte entnommen werden, welche ärztlich diagnostizierten psychiatrischen Diagnosen bei den rekrutierten Bewohnenden zu Projektbeginn (Baseline) vorlagen. Laut dieser Dokumentation hatten insgesamt 133 Personen bei Studieneinschluss eine Depression (29,6 %), 57 eine demenzielle Erkrankung und sechs litten unter Angststörungen (vgl. Tabelle 2). Bewohnende mit einer bereits diagnostizierten, jedoch leichten Demenz wurden bei vorhandener Einwilligungsfähigkeit ebenfalls über das Projekt informiert und konnten bei Interesse und ausreichenden verbalen Kommunikationsfähigkeiten teilnehmen. Im Projektverlauf kam es allerdings vor, dass die Demenz derart rasch progredient verlief und die betreffenden Bewohnenden zu einem späteren Zeitpunkt leider ausscheiden mussten. Aufgrund der kognitiven Einbußen konnten in diesen Fällen auch keine weiteren Datenerfassungen stattfinden. Anhand der Geriatrischen Depressionsskala (GDS) und unter Einbeziehung der Heimdokumentation wurden alle Teilnehmenden bei ihrem Einstieg ins Projekt in die Kategorien „depressiv“ oder „nicht depressiv“ unterteilt: 38,8% waren somit zur Baseline depressiv und 61,2 % nicht.

Bis zum ersten Lockdown im Zuge der Corona-Pandemie (ab März 2020) konnten 375 Bewohnende in die Studie eingeschlossen werden. Da der Lockdown mitten in der T3-Erhebungswelle begann, hat sich deren Abschluss ebenso verzögert wie die nachfolgenden Erfassungszeiträume (vgl. auch 7. Diskussion der Projektergebnisse). Bis dahin fanden 494 Datenerhebungen statt, verteilt auf T0, T1, T2 und teilweise T3.⁵ Neun Baseline-Erhebungen wurden während des Lockdowns als telefonische Interviews durchgeführt. Ein Online-Format war nicht vorgesehen, da es sich um Face-to-face-Befragungen gehandelt hat. Abbildung 3 illustriert als Flowchart die im Gesamtverlauf des Projekts rekrutierte Stichprobe im Verhältnis zu den Drop-outs. Die Rekrutierungseinschnitte durch pandemische Lockdowns in den Erhebungsphasen T3 und T4 sind hierbei deutlich erkennbar. In Anhang 11.6 findet sich darüber

³ Laut der Pflegeheimdokumentation, die von den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurde.

⁴ Die dichotome Einteilung in depressiv / nicht depressiv wurde mittels GDS und Heimdokumentation vorgenommen.

⁵ Es fehlen keine Erhebungen im engeren Sinne (von naturgemäßen Drop-outs abgesehen), lediglich wurden einzelne aufgrund der pandemischen Lage zeitlich verschoben. Teils mussten einige Befragungen wegen Besuchsrestriktionen auch auf mehrere Termine verteilt werden.

hinaus ein detailliertes CONSORT-Flowchart mit der Darstellung aller Datenerhebungen getrennt nach Sequenzgruppen, Zeitperioden sowie der Zuordnung zu Kontroll- bzw. Interventionsphasen. Hieraus wird ebenfalls ersichtlich, wie viele Assessments vor und nach Beginn der Corona-Pandemie durchgeführt wurden.

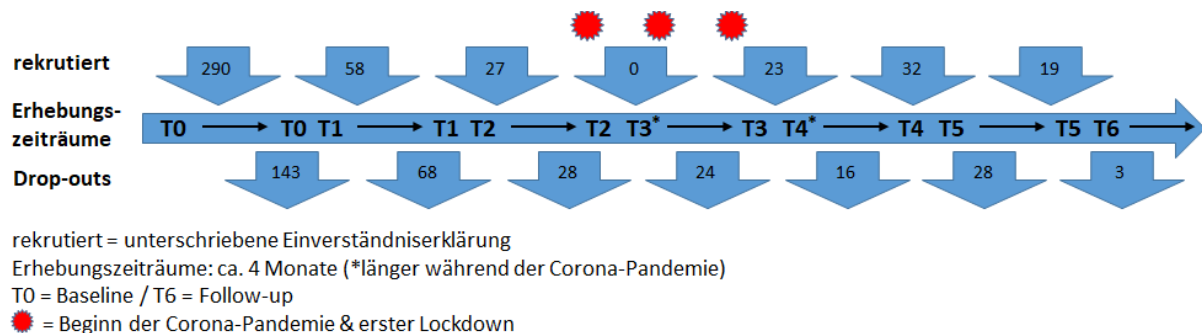


Abbildung 3. Übersicht der rekrutierten Personen und der Drop-outs bezogen auf die Erhebungszeiträume T0 bis T6

Gründe für Nicht-Teilnahme am Projekt

Bewohnende, die nicht an DAVOS teilnehmen wollten bzw. deren Angehörige oder gesetzliche Betreuende der Teilnahme nicht zustimmten, wurden nach Gründen für die Ablehnung gefragt und diese Gründe anhand eines speziell entwickelten Fragebogens systematisch erfasst und dokumentiert (vgl. Anlage 12.4).

Diesbezügliche Angaben von insgesamt 187 Personen dieser Gruppe konnten erfasst und ausgewertet werden. Diese Bewohnenden waren durchschnittlich 82,7 Jahre (SD = 10,9), mit einem Range zwischen 58 und 102 Jahren, davon 67,4 % weiblich. Somit unterschied sich diese Gruppe hinsichtlich Alters- und Geschlechtsstruktur nicht signifikant von der Studienstichprobe, war jedoch häufiger multimorbide. Die häufigsten Gründe für Nicht-Teilnahme vonseiten der Bewohnenden waren wie folgt (Mehrfachantworten möglich): „kein Interesse (mehr)“ (17,8 %); „Teilnehmer fühlt sich zu alt / findet es zu anstrengend“ (7,6 %), „keine Angabe von Gründen“ (5,8 %), „sprachliche Probleme“ (5,8 %), „zu krank“ (4,7 %), „bestehende depressive Symptomatik“ (4,2 %), „Misstrauen gegenüber Forschungsprojekt / Psychotherapie“ (2,7 %), „zu dement / kognitiv beeinträchtigt“ (2,7 %), „Angehörige lehnen Teilnahme ab“ (1,6 %).

6.2 Ergebnisse der Evaluation

Insgesamt wurde im Projektverlauf bei 154 Bewohnenden mittels GDS-Scores mindestens einmal das Vorliegen einer depressiven Störung befundet, wobei die Anzahl der durchgeführten Erfassungszeitpunkte zwischen einem und sechs variiert: 44 Personen (1x), 37 Personen (2x), 20 Personen (3x), 22 Personen (4x), 20 Personen (5x) und 11 Personen (6x). Nur in der Kontrollphase wurde der GDS-Score bei 27 Bewohnenden erhoben, nur in der Interventionsphase bei 62 und in beiden Phasen bei 65 Personen. Null bis drei Messzeitpunkte in der Kontrollphase wurden bei 62, 39, 34 bzw. 19 Personen erfasst, null bis fünf Messzeitpunkte in der Interventionsphase bei 27, 52, 38, 17, 11 bzw. 9 Personen. Die Abschlusserhebung konnte bei 14 von 45, 30 von 58 und 20 von 53 Personen der Sequenzgruppen 1, 2 bzw. 3 nicht erfolgen. Bevor sie als Drop-out aus der Studie ausgeschieden sind, wurden in den jeweiligen Sequenzgruppen 11, 16 bzw. 11 Personen mindestens einmal in einer Interventionsperiode erfasst. Die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant und können vermutlich auch teilweise auf Einrichtungsspezifika zurückgeführt werden (vgl. 7. Diskussion der Projektergebnisse).

Die Analysen zur Prüfung der Haupthypothesen, dass die Implementierung der Intervention zu einer Reduktion der Häufigkeit (Prävalenz) und Schweregradausprägung für depressive Störungen in der Pflegeheimpopulation ohne Demenz führt, wurden mittels Anpassung gemischter verallgemeinerter logistischer bzw. linearer Modelle durchgeführt (vgl. 5.5 Statistische

Auswertungsstrategien). Hierbei wurden sowohl die Haupteffekte als auch zufällige Effekte auf Teilnehmer- und Pflegeheimebene untersucht, stets unter der Prämisse der Zugehörigkeit zu Perioden unter Intervention bzw. Kontrollbedingung (*Care-as-usual*). Die Haupteffekte hinsichtlich Prävalenz und Schweregrad depressiver Symptomatik in der Gesamtstichprobe ließen sich nicht signifikant bestätigen (siehe Tabellen 3, 4 und 5). Dies kann zum Teil auch auf die monatelang andauernde pandemische Lage zurückgeführt werden, da man davon ausgehen kann, dass die Lockdowns und damit verbundene Kontaktbeschränkungen depressive Verstimmungen eher noch begünstigt haben, während Interventionsmodule zeitweise gestoppt oder gänzlich ausgesetzt werden mussten (vgl. 7. Diskussion).

Vor diesem Hintergrund ist jedoch besonders bemerkenswert, dass die Prävalenzrate (dichotome Einteilung anhand der GDS-Scores) über die gesamte Projektlaufzeit nicht gestiegen ist, was dafür spricht, dass die negativen Folgen der Pandemie durch das Projekt etwas kompensiert werden konnten (Tabelle 3). In den Datenerhebungen, die während pandemiebedingter Lockdowns durchgeführt wurden (T3 und T4) lässt sich eine leichte Zunahme der Depressionsprävalenz konstatieren (bis 61 %), während danach wieder ein Rückgang etwa auf das Ausgangsniveau zu verzeichnen ist.

Tabelle 3. Prävalenzen für depressive Störungen mittels GDS-Scores zu Erhebungszeitpunkten T0 bis T6 (Kontrollbedingung vs. Intervention)

Erhebungszeitpunkt	Präv ₀ (SE ₀) in %	Präv ₁ (SE ₁) in %
T0 (Baseline)	44,0 (3,0)	
T1	49,0 (8,0)	57,0 (9,0)
T2	40,0 (5,0)	58,0 (4,0)
T3	47,0 (5,0)	51,0 (8,0)
T4		61,0 (4,0)
T5		42,0 (10,0)
T6 (Follow-up)		46,0 (9,0)

Präv₀ (SE₀) = Prävalenz depressiver Störungen (GDS) unter Kontrollbedingung (Standardfehler)

Präv₁ (SE₁) = Prävalenz depressiver Störungen (GDS) unter Interventionsbedingung (Standardfehler)

Bei den adjustierten Prävalenzschätzungen zeigte sich eine nicht signifikant höhere Prävalenz unter Interventionsbedingung (49 % vs. 46 %), was sich dadurch erklären ließe, dass ein Großteil der hierbei einfließenden Erhebungen während der pandemischen Lage stattgefunden hat, deren Auswirkungen sich negativ auf die emotionale Befindlichkeit der Bewohnenden ausgewirkt haben (Tabelle 4).

Tabelle 4. Adjustierte Prävalenzschätzungen für depressive Störungen mittels GDS-Scores (Kontrollbedingung vs. Intervention)

n	n _{beo,k} + n _{beo,i}	M ₀ (SE ₀) in %	M ₁ (SE ₁) in %	Odds Ratio (95%-Konfidenzintervall)	p-Wert
154	164 + 268	46,4 (6,1)	49,4 (4,0)	1,13 (0,73; 1,76)	0,59

n = Anzahl der Bewohnenden

n_{beo,k} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Kontrollbedingung in der Subgruppe (exkl. Baseline)

n_{beo,i} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Intervention in der Subgruppe (exkl. Baseline)

Präv₀ (SE₀) = Adjustierte Prävalenzschätzung depressiver Störungen unter Kontrollbedingung (Standardfehler)

Präv₁ (SE₁) = Adjustierte Prävalenzschätzung depressiver Störungen unter Intervention (Standardfehler)

Auch im Schweregrad depressiver Symptomatik (GDS) zeigten sich keine signifikanten Haupteffekte. In Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen wurden verfeinerte Modelle geprüft und u. a. auch Effekte auf der Ebene einzelner Einrichtungen untersucht, da sie teils recht deutliche strukturelle Unterschiede aufwiesen. Hierbei waren positive Tendenzen und vereinzelt sogar signifikante Verbesserungen zu verzeichnen (siehe Tabelle 5). Da die Erhebungswellen T1 und T2 vor Beginn der Pandemie stattgefunden haben, wurden für die Daten vor und ab Beginn der pandemischen Lage entsprechende Sensitivitätsanalysen durchgeführt, die sich ebenfalls in Tabelle 5 finden. Die Unterschiede waren hierbei nicht signifikant.

Tabelle 5. Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen hinsichtlich des Schweregrads depressiver Symptomatik (GDS)

Modell	Subgruppe	n	$n_{\text{beo},k} + n_{\text{beo},i}$	GDS M_0 (SE_0)	GDS M_1 (SE_1)	Differenz (95%- Konfidenzint.)	p-Wert
1	Primäres Analysemodell	154	164 + 268	5,54 (0,32)	5,68 (0,22)	0,14 (-0,51; 0,78)	0,68
2	Nur Interventionspersonen	130	124 + 272	5,31 (0,38)	5,56 (0,27)	0,24 (-0,42; 0,91)	0,47
3	Nur Personen mit Depression zur Baseline	69	74 + 123	7,49 (0,51)	7,80 (0,35)	0,31 (-0,75; 1,38)	0,56
4	Nur Interventionspersonen mit Depression	57	55 + 123	7,28 (0,54)	7,69 (0,36)	0,41 (-0,66; 1,48)	0,45
5	Pflegeeinrichtung 1	18	23 + 29	4,50 (0,70)	5,30 (0,63)	0,80 (-0,47; 2,07)	0,21
5	Pflegeeinrichtung 2	12	9 + 11	7,11 (1,05)	5,88 (0,94)	-1,23 (-3,66; 1,20)	0,32
5	Pflegeeinrichtung 3	14	16 + 23	5,62 (0,81)	5,47 (0,72)	-0,15 (-1,64; 1,35)	0,85
5	Pflegeeinrichtung 4	15	28 + 21	5,43 (0,70)	5,50 (0,72)	0,07 (-1,28; 1,42)	0,92
5	Pflegeeinrichtung 5	20	37 + 25	4,82 (0,61)	5,07 (0,64)	0,25 (-1,00; 1,50)	0,69
5	Pflegeeinrichtung 6	16	15 + 11	6,37 (0,83)	3,61 (0,98)	-2,77 (-5,20; -0,33)	0,026*
5	Pflegeeinrichtung 7	14	9 + 48	5,36 (0,90)	5,31 (0,63)	-0,05 (-1,62; 1,52)	0,95
5	Pflegeeinrichtung 8	14	8 + 32	7,04 (0,95)	6,16 (0,67)	-0,88 (-2,65; 0,90)	0,33
5	Pflegeeinrichtung 9	16	17 + 28	5,66 (0,78)	6,37 (0,67)	0,71 (-0,67; 2,09)	0,31
5	Pflegeeinrichtung 10	17	3 + 44	7,42 (1,36)	6,43 (0,60)	-0,99 (-3,53; 1,55)	0,44
6	Sequenzgruppe 1	45	20 + 124	6,52 (0,62)	5,98 (0,36)	-0,54 (-1,67; 0,60)	0,35
6	Sequenzgruppe 2	58	57 + 73	5,93 (0,46)	5,74 (0,39)	-0,19 (-1,14; 0,76)	0,69

6	Sequenzgruppe 3	53	88 + 75	4,95 (0,41)	5,30 (0,39)	0,35 (-0,50; 1,19)	0,42
7	Psychotherapie (Nein)	118	131 + 203	5,47 (0,34)	5,59 (0,25)	0,12 (-0,57; 0,81)	0,74
7	Psychotherapie (Ja)	38	34 + 69	6,00 (0,58)	5,86 (0,46)	-0,14 (-1,20; 0,92)	0,80
8	Nur Assessments vor der Pandemie	96	136 + 25	5,90 (0,29)	6,01 (0,53)	0,11 (-1,02; 1,24)	0,85
9	Nur Assessments nach Beginn der Pandemie	130	28 + 243	4,93 (0,52)	5,52 (0,25)	0,58 (-0,44; 1,61)	0,26

n = Anzahl der Bewohnenden in der jeweiligen Subgruppe

$n_{\text{beo},k}$ = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Kontrollbedingung in der Subgruppe (exkl. Baseline)

$n_{\text{beo},i}$ = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Intervention in der Subgruppe (exkl. Baseline)

GDS = Geriatrische Depressionskala

GDS M_0 (SE_0) = Schweregrad depressiver Symptomatik unter Kontrollbedingung: adjustierte GDS-Mittelwerte (Standardfehler)

GDS M_1 (SE_1) = Schweregrad depressiver Symptomatik unter Intervention: adjustierte GDS-Mittelwerte (Standardfehler)

* = signifikant ($< 0,05$)

Die Auswertungen hinsichtlich sekundärer Parameter wie Lebensqualität, funktionelles Aktivitätsniveau (z. B. allgemeine Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und erlebte Selbständigkeit) sowie soziale Teilhabe bieten ein recht heterogenes Bild. Deren durchschnittliche Ausprägungen in der Gesamtstichprobe sind unter Interventionsbedingung zumeist leicht positiver als unter Kontrollbedingung, jedoch statistisch nicht signifikant. In Tabelle 6 sind die Ergebnisse primärer Analysemodelle für die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität, sowohl in der Selbstbeurteilung durch die Bewohnenden (WHOQOL-OLD und QoL-AD Selbst) als auch in der Fremdeinschätzung durch Pflegepersonen (QoL-AD Fremd). Hingegen gab es in Subgruppenanalysen durchaus einzelne signifikante Interventionseffekte in Lebensqualität ($p = 0,008$), erlebter Selbständigkeit ($p = 0,04$) und sozialer Teilhabe ($p = 0,008$) auf Einrichtungsebene. Die Detailergebnisse der Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen für sekundäre Outcomes finden sich in Anhang 11.7.

Tabelle 6. Sensitivitätsanalysen für Lebensqualität (WHOQOL-OLD und QoL-AD)

Erhebungsinstrument	Modell	n	$n_{\text{beo},k} + n_{\text{beo},i}$	M_0 (SE_0)	M_1 (SE_1)	Differenz (95%-Konfidenzint.)	p-Wert
WHOQOL-OLD	Primäres Analysemodell	134	137 + 200	78,53 (2,65)	83,54 (1,58)	5,02 (-1,29; 11,32)	0,12
QoL-AD Selbst	Primäres Analysemodell	126	135 + 210	29,43 (0,83)	28,77 (0,64)	-0,66 (-2,11; 0,79)	0,37
QoL-AD Fremd	Primäres Analysemodell	69	44 + 110	33,21 (1,42)	31,80 (0,73)	-1,41 (-4,26; 1,44)	0,33

n = Anzahl der Bewohnenden

$n_{\text{beo},k}$ = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Kontrollbedingung in der Subgruppe (exkl. Baseline)

$n_{\text{beo},i}$ = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Intervention in der Subgruppe (exkl. Baseline)

WHOQOL-OLD = World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults

QoL-AD Selbst = Quality of Life in Alzheimer's Disease (Selbsteinschätzung)

QoL-AD Fremd = Quality of Life in Alzheimer's Disease (Fremdeinschätzung)

M_0 (SE_0) = Ausprägung subjektiv eingeschätzter Lebensqualität unter Kontrollbedingung; adjustierte GDS-Mittelwerte (Standardfehler)

M_1 (SE_1) = Ausprägung subjektiv eingeschätzter Lebensqualität unter Interventionsbedingung; adjustierte GDS-Mittelwerte (Standardfehler)

6.3 Basis-Intervention (Modul 1) und haus- bzw. fachärztliche Behandlung (Modul 2)

Alle Bewohnenden hatten nach ihrer Einwilligung in das Projekt die Möglichkeit, das niedrigschwellige Gruppenangebot der Basis-Intervention „Wohlbefinden rundum stärken“ (Modul 1) in Anspruch zu nehmen. Die Teilnahme war freiwillig, und die Gruppe erfreute sich großer Beliebtheit. Insgesamt 94 Personen nahmen mindestens einmal an der Gruppe teil: 40 Bewohnende besuchten dabei über 75 % der angebotenen Sitzungen, 15 Personen nahmen bis zu 75 % der Termine wahr, zehn besuchten 25 % bis 50 % und 29 Personen unter 25 % der Gruppensitzungen. Durch die Herausforderungen der Corona-Pandemie konnten die Gruppen nicht mehr im ursprünglichen Setting angeboten und weitergeführt werden. Zwar setzen die Case Manager ausgewählte Inhalte in Einzelgesprächen oder unregelmäßigen Treffen auf Wohnbereichsebene um, eine strukturierte Erfassung von Angebot und Teilnahme ließ sich jedoch nicht mehr durchführen, da wohnbereichsübergreifende Gruppen bis zum Projektende nicht mehr angeboten werden konnten.

Das Modul 2 (therapeutische Einbeziehung der behandelnden Hausärzte bzw. ggf. Fachärzte für Psychiatrie) nahmen alle Personen in Anspruch, die eine Psychotherapeutischen Sprechstunde erhalten haben ($n = 123$, vgl. 6.4 Psychotherapie bei Bewohnenden mit Depression). Zumindest einmal fand diese Konsultation in Form eines Konsiliarberichts statt. Bedauerlicherweise muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärzten darüber hinaus faktisch kaum stattgefunden hat. Teilweise wurden die Konsiliarberichte erst nach wiederholtem Nachfragen ausgestellt, obwohl keine medizinischen Gründe gegen eine Psychotherapie vorlagen. Ein Arzt kommunizierte sogar offen, er fände es unfair, dass die Person XY eine Psychotherapie „frei Haus“ bekäme und andere Patienten darauf lange warten müssten.

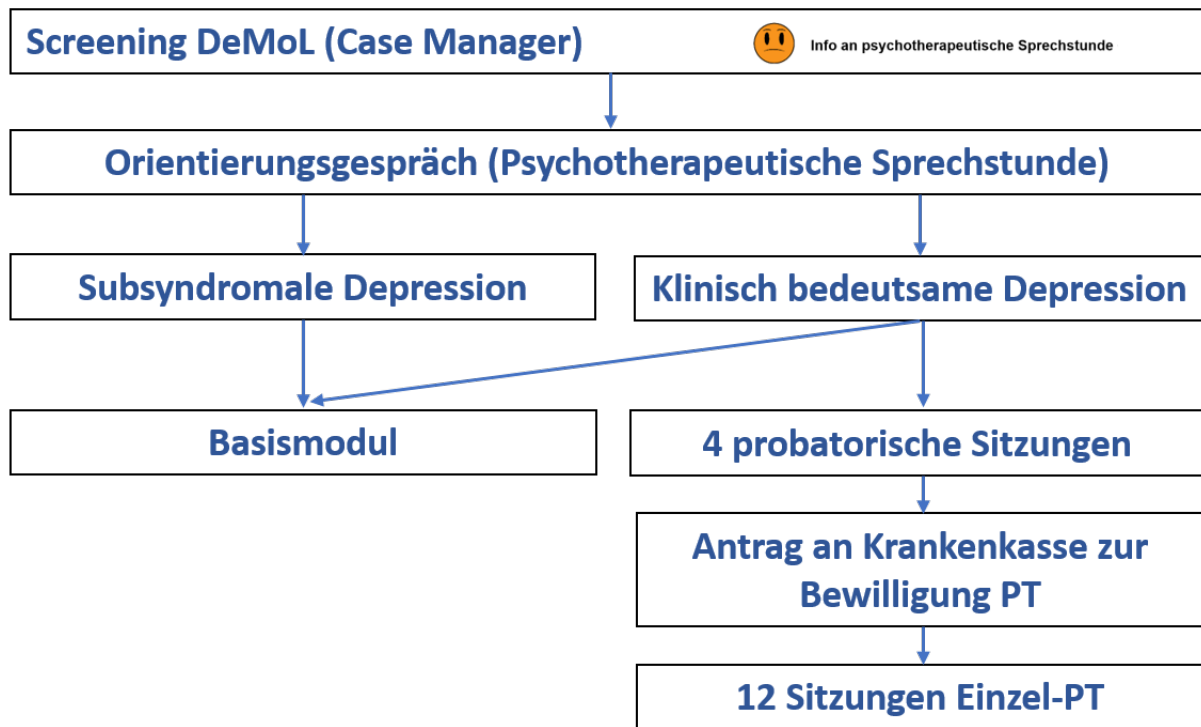
Alle Interventionsmodule (insb. Basisgruppen, Sprechstunde und Psychotherapie) mussten im Zuge pandemiebedingter Beschränkungen temporär ausgesetzt werden: Weder wohnbereichsübergreifende Gruppenangebote noch psychotherapeutische Hausbesuche waren in den Lockdown-Perioden möglich. Bei sechs Personen in Psychotherapie ließ sich diese Zeit mit telefonischen Kontakten überbrücken (vgl. 6.4 Psychotherapie bei Bewohnenden mit Depression (Modul 3)), während die vom DAVOS-Projektteam engmaschig supervidierten Case Manager versucht haben, durch zusätzliche Besuche und individuelle Gesprächsangebote die Bewohnenden zu unterstützen. Online-Formate konnten (trotz mehrfacher Versuche) aufgrund fehlender technischer Infrastruktur sowie Ressentiments der Teilnehmenden nicht etabliert werden (vgl. 7. Diskussion der Projektergebnisse). Ab Herbst 2020 fanden teils wieder Basisgruppen statt, jedoch zunächst nur auf einzelne Wohnbereiche beschränkt, und erst ab Frühjahr 2021 konnten in allen Einrichtungen die Interventionsmodule erneut in ihrer ursprünglich implementierten Form angeboten werden.

6.4 Psychotherapie bei Bewohnenden mit Depression (Modul 3)

Angebot der Psychotherapeutischen Sprechstunden in den Pflegeheimen

Allen rekrutierten Teilnehmenden, die nach dem Screening durch die Depression Case Manager Hinweise auf eine depressive Symptomatik aufwiesen, wurde eine Psychotherapeutische Sprechstunde vor Ort durch die im Projekt tätigen psychologischen Psychotherapeuten angeboten (siehe Abbildung 4). Hierbei erfolgte eine diagnostische Einschätzung (z. B. SKID-I), die

in einem Befundbericht (individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde) mit Verdachtsdiagnose(n) und konkreten indikationsgeleiteten Empfehlungen zu weiteren Maßnahmen (Psychotherapie, Haus- bzw. Facharzt-Rücksprache bzgl. Medikation gemäß den in der S3-Leitlinie und NVL Unipolare Depression formulierten Empfehlungen zur „Versorgungskoordination und Interaktion der Behandelnden“) rückgemeldet wurde (vgl. Leitfaden in Anlage 12.5).



PT = Psychotherapie

Abbildung 4. Therapeutisches Vorgehen nach auffälligem Depressions-Screening

Ablauf und Diagnostik im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunden

Insgesamt wurden 123 Personen mittels DeMoL als auffällig im Sinne einer depressiven Symptomatik gescreent und nahmen das Angebot mindestens einer Psychotherapeutischen Sprechstunde wahr. In den Sprechstunden wurden die Diagnosekriterien für das Vorliegen einer depressiven Erkrankung nach ICD 10 überprüft und erfragt, ob belastende Problembereiche vorliegen (u. a. anhand von SKID-I). Kontraindikationen für eine Psychotherapie und Suizidalität wurden exploriert und die Patienten nach vorangegangenen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Erfahrungen sowie möglichen Zielen und Anliegen für eine aktuelle Behandlung gefragt. Schließlich erfolgte eine Aufklärung über den inhaltlichen Ablauf einer Kognitiven Verhaltenstherapie, das Beantragungsprozedere einer Psychotherapie und über das Angebot der in den Einrichtungen implementierten Basisgruppe. Allen Bewohnenden wurde eine persönliche Rückmeldung zum Erstgespräch, zur diagnostischen Einschätzung und empfohlenen Behandlung gegeben. Das Formblatt „Individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde“ (PTV 11) sowie das Informationsblatt „Ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (PTV 10) wurden ausgegeben. Bei unklarer Indikation, subsyndromaler oder veränderter depressiver Symptomatik wurde den Bewohnenden erneut eine Sprechstunde angeboten. 17 Personen erhielten über den Projektzeitraum mindestens eine zweite Sprechstunde.

Zur Abklärung von affektiven Symptomen wurde mit allen 123 Teilnehmenden, die eine Psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch genommen haben, das SKID-I durchgeführt. Bei

80 Personen (65,0 %) wurde eine Erkrankung aus dem affektiven Bereich diagnostiziert, während bei 31 Bewohnenden (25,2 %) eine depressive Symptomatik oder das Vorliegen einer anderen psychischen Erkrankung ausgeschlossen werden konnte. Bei 13 Patienten wurden in der Sprechstunde demenzielle Veränderungen (4,9 %), Erkrankungen aus dem schizophrenen Spektrum (3,2 %) oder aktive Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch (2,4 %) festgestellt. Eine zweite Diagnose wurde mittels SKID-I bei insgesamt 16 Personen (13 %) vergeben. Diese Diagnosen verteilten sich wie folgt: jeweils eine Person (0,8 %) mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, sozialer Phobie und Panikstörung, zwei Personen (1,6 %) mit posttraumatischer Belastungsstörung, sechs Personen (4,9 %) mit psychischen Faktoren, die körperliche Störungen bewirken und fünf Personen (4,1 %) mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen.

Alle Sprechstunden sowie sämtliche nachfolgenden Therapietermine wurden als Hausbesuche in den jeweiligen Einrichtungen angeboten. Fast alle Bewohnenden hatten die Möglichkeit, die Psychotherapeuten in ihren Zimmern zu empfangen. War dies in seltenen Fällen aufgrund eines Zweibettzimmers nicht möglich, wurden alternative Räume für die Sitzungen reserviert. In der Zeit der pandemiebedingten Besuchsbeschränkungen wurden Gruppenräume oder ruhige Plätze des Außengeländes genutzt, um die Sitzungen unter Einhaltung der Privatsphäre und bei gleichzeitiger Minimierung des Ansteckungsrisikos durchzuführen.

Das psychotherapeutische Angebot

Allen Bewohnenden mit klinisch relevanter depressiver Symptomatik (entsprechend der Psychotherapeutischen Sprechstunde) wurde Psychotherapie angeboten. Aufgrund mangelnder Bereitschaft aller Betroffenen zur Gruppenpsychotherapie musste sich das Angebot auf Einzeltherapie beschränken (Terminabsprachen erfolgten zunächst über die Depression Case Manager). Die Psychotherapie umfasste die Probatorik (zur weiteren Diagnostik, Klärung der Voraussetzung für die Beantragung einer Psychotherapie wie Motivierbarkeit, Umstellungsfähigkeit sowie konsiliarische Abklärung durch behandelnden Arzt) sowie 12 Therapiesitzungen und wurde von psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt. Die eingesetzten psychotherapeutischen Interventionen beinhalteten Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie (u. a. wertorientierter Verhaltensaufbau), Achtsamkeit und Akzeptanz sowie der reminiszenten Therapie.

Studienteilnehmende, denen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode, eine Dysthymie oder eine Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen diagnostiziert wurde, bekamen das Angebot einer Einzelpsychotherapie. Bei Ablehnung wurde den Bewohnenden zwei Monate später noch einmal eine Sprechstunde angeboten und das Angebot zur Psychotherapie wiederholt, sofern es weiter indiziert war. Für die Behandlung der Teilnehmenden in Form der Einzeltherapie erfolgte zuvor die Entwicklung eines speziellen Manuals auf der Basis der kognitiven Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression (Risch et al., 2012). Das entsprechende Manual „Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression im Pflegeheim“ beinhaltete sechs Module, die speziell auf die Behandlung älterer Menschen ausgerichtet waren (vgl. Anlage 12.6). Vorgesehen waren bis zu zwei weitere Sprechstunden (zusätzlich zum Erstgespräch) und vier probatorische Sitzungen, an die sich 12 psychotherapeutische Sitzungen (Kurzzeittherapie 1) nach Antragsstellung anschlossen. Inhalt der ersten sechs Sitzungen war eine ausführliche Diagnostik, Informationsvermittlung zur Depression, Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells, Interventionen zur Förderung der Reminiszenz und die Formulierung von Therapiezielen. Das zweite Modul diente der Veränderung von Verarbeitungsprozessen. In diesem Modul bekamen die Patienten Achtsamkeit, Akzeptanz und wertbezogene Verhaltensaktivierung vermittelt. Im dritten Modul kam es zu kognitiver Umstrukturierung mit Hilfe von Verhaltensexperimenten. Das vierte Modul beschäftigte sich mit der Verbesserung des psychischen Wohlbefindens. Im fünften Modul wurde die Therapie evaluiert und abgeschlossen. Das sechste Modul beinhaltete ergänzende Interventionen, die bei Bedarf durchgeführt werden konnten, z. B.

Sitzungen zum Kommunikations- oder Problemlösetraining. Insgesamt umfasste die Psychotherapie somit 18 Sitzungen, wobei vier zusätzliche Sitzungen eingeplant werden konnten, um alle für die Patienten relevanten Inhalte zu behandeln.

47 der Patienten, die eine Psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch genommen haben, entschieden sich dafür, eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen (58,8 %). In Tabelle 7 sind die deskriptiven Charakteristika der oben erwähnten Substichproben zusammengestellt (u. a. Indikation für Psychotherapie, Annahme und Ablehnung).

Tabelle 7. Deskriptive Charakteristika der an Sprechstunden und Psychotherapie teilgenommenen Personen

	Gesamtstichprobe	Sprechstunde erhalten	Indikation für Psychotherapie	Inanspruchnahme Psychotherapie	Ablehnung Psychotherapie
N/n (%)	449	123 (27,4)	80 (65,0 von n) (17,8 von N)	47 (58,8 von n) (10,5 von N)	33 (41,2 von n) (7,3 von N)
Geschlecht weiblich (%)	307 (68,4)	85 (69,1)	58 (72,5 von n)	31 (66,0 von n)	27 (81,8 von n)
Alter M (SD)	82,5 (10,5)	82,6 (9,9)	84,0 (8,2)	81,7 (7,9)	87,3 (7,6)
GDS (n = 234) M (SD)	5,67 (3,92)	6,52 (3,87)	7,28 (3,76)	7,72 (3,92)	6,64 (3,48)

GDS = Geriatrische Depressionskala

N/n = Gesamtstichprobe/Substichprobe

Von den insgesamt 449 rekrutierten Bewohnenden nahmen 123 eine Psychotherapeutische Sprechstunde wahr, wovon sich wiederum bei 80 Personen (65,0 %) die Indikation für eine Psychotherapie ergab. In Anspruch genommen wurde eine Psychotherapie lediglich von 47 Personen. Sie waren zu 66,0 % weiblich und durchschnittlich 81,7 Jahre alt. Personen, die eine Psychotherapie abgelehnt haben, waren im Vergleich zur Substichprobe, die einer Psychotherapie zugestimmt haben, durchschnittlich sechs Jahre älter.

Die Behandlungen begannen zwischen April 2019 und Mai 2021. Die 33 Personen, die sich gegen eine Therapie entschieden haben, gaben am häufigsten fehlende Motivation für Psychotherapie, Gespräche und/oder Veränderungen an (38,6 %). Weitere Gründe für die Nicht-Umsetzung der Therapieempfehlung waren (Mehrfachantworten möglich): keine Hoffnung auf Veränderung durch eine psychotherapeutische Behandlung (13,6 %), fehlende subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch die Symptomatik (9,1 %), Mangel von Zielen bzw. Anliegen für die Therapie (6,8 %), Misstrauen den Gesprächen gegenüber (6,8 %), eine befürchtete Verschlechterung (4,5 %), zu starke Belastung durch die Depression (2,3 %) und Unsicherheiten bezüglich der Kostenübernahme durch die private Krankenkasse (2,3 %). Fünf Personen machten keine weiteren Angaben zur Absage.

Von den 47 begonnenen Therapien konnten 31 (66 %) ohne längere Unterbrechung (+ zwei Wochen) durchgeführt werden; 16 Therapien (33 %) mussten pandemiebedingt unterbrochen werden. In sechs Fällen (12,8 %) konnten die Pausen während der Lockdowns mit telefonischen Kontakten überbrückt werden (hierzu wurden von Projektseite extra einige Mobiltelefone angeschafft). Bei zehn Patienten (21,3 %) konnte hingegen kein Kontakt während der Pause aufrechterhalten werden. Dies lag teils an der erklärten Präferenz der Patienten zu persönlichen Kontakten, teils aber auch an nicht zur Verfügung stehenden Telefonen sowie an

fehlenden zeitlichen Ressourcen der Pflegenden zur Unterstützung der Betroffenen bei deren Bedienung während der Therapiegespräche.

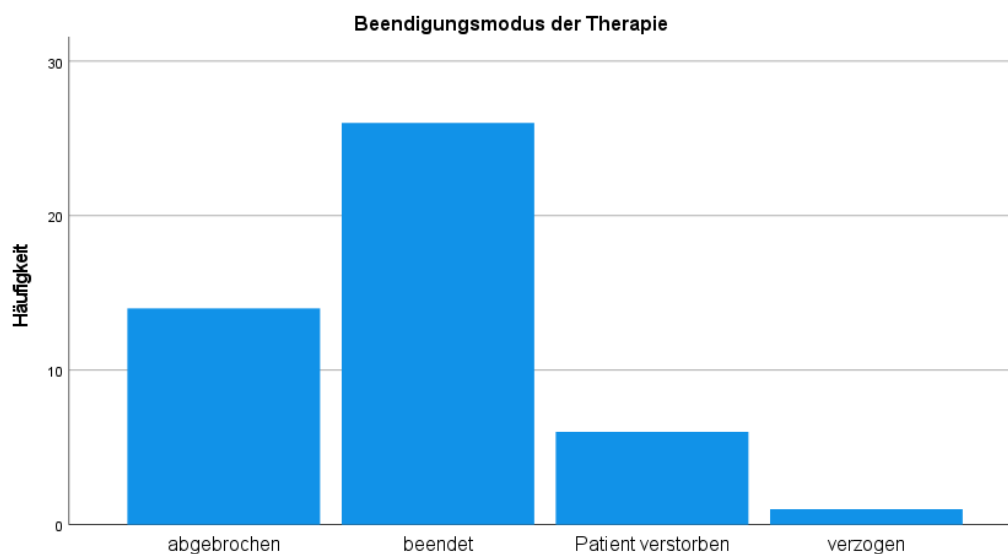


Abbildung 5. Beendigungsmodi der Therapie nach Häufigkeit

Von den 47 Patienten beendeten insgesamt 26 die Psychotherapie wie geplant nach der letzten Sitzung (55,3 %). 14 Patienten brachen in der Probatorik oder im Therapieverlauf ab (29,8 %). Sechs Patienten verstarben während der laufenden Therapie (12,8 %) und eine Patientin zog aus dem Pflegeheim aus, sodass eine Therapie innerhalb des Projekts nicht weitergeführt werden konnte (siehe Abbildung 5).

6.5 Qualifikationskonzept für Mitarbeitende und formative Evaluation

Zentrale Ergebnisse der Situationsanalyse und Spannungsbögen als didaktisches Instrument

Im Kontext der Situationsanalyse wurden in vier Altenpflegeeinrichtungen exemplarisch teilnehmende Beobachtungen durchgeführt (vgl. 5.6 Ergänzende Anwendung qualitativer Forschungsmethodik). Im Zuge der Auswertung wurde herausgearbeitet, dass sich Mitarbeitende und Bewohnende in Spannungsverhältnissen bewegen. Als Einflussfaktoren auf diese Spannungsverhältnisse wurden neben Profession und Qualifikation der Mitarbeitenden auch deren individueller Habitus identifiziert. Weiterhin erschienen auch die angewendete Sprache und Gestik der Mitarbeitenden in den beobachteten Situationen sowie die Rahmenbedingungen der jeweiligen Altenpflegeeinrichtung relevant (z. B. kulturelle oder einrichtungsbezogene Konzepte). Um den Mitarbeitenden in den Schulungen konkrete Anregungen zur Reflexion bereitzustellen, wurden zu den beobachteten Situationen aus der Alltagspraxis insgesamt vier Spannungsbögen mit zugehörigen Fallrekonstruktionen erarbeitet. Die didaktische Aufbereitung in Form der Fallrekonstruktionen ermöglicht es, die Erkenntnisse praxisorientiert aufzubereiten und nutzbar zu machen (Reich, 2008). Die Spannungsbögen und die identifizierten Einflussfaktoren sind in Abbildung 6 dargestellt.

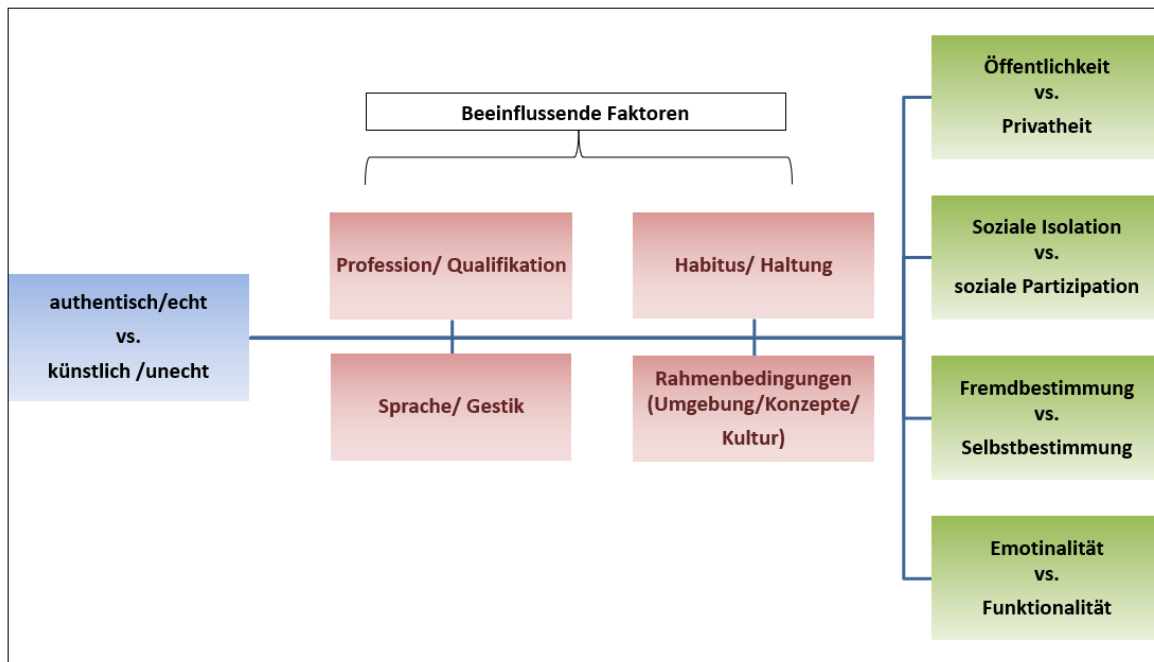


Abbildung 6. Spannungsbögen und Einflussfaktoren auf den Alltag im Altenpflegeheim

In den vier Spannungsbögen „Öffentlichkeit vs. Privatheit“, „Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation“, „Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung“ sowie „Emotionalität vs. Funktionalität“ wurden die jeweiligen thematischen Ausprägungen in Form von Polen auf einem Kontinuum dargestellt, mögliche Perspektiven der Pflegepersonen und Bewohnenden formuliert und fünf leitende Fragestellungen entwickelt, die Pflegenden zu folgenden Reflexionsprozessen anregen sollten:

- ihre Routinen kritisch zu hinterfragen,
- die eigene Perspektive zu hinterfragen sowie die Perspektive der Bewohnenden einzunehmen,
- inhaltlich die Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten aus der eigenen beruflichen Praxis zu diskutieren und hierzu konkrete Arbeitssituationen einzubringen.

Die Beantwortung der Fragestellungen wurde zunächst in Form einer Selbstreflexion sowie in Kleingruppenarbeit angeregt. Häufig verdeutlichte dieser Reflexionsprozess, dass eine eindeutige Verortung nicht möglich ist, und es erfolgte im anschließenden Erfahrungsaustausch eine Art kollegiale Beratung. Ziel war es, die Teilnehmenden dazu anzuleiten, die neu entdeckten Handlungsspielräume perspektivisch zu nutzen, um Bedürfnisse und Bedarfe von Bewohnenden mit Depression noch umfangreicher zu beantworten.

Formative Evaluation

Gemäß dem partizipativen Forschungsansatz erfolgte eine formative Evaluation, um die gewonnenen Ergebnisse bzw. praxisrelevanten Bedarfe und Wünsche der Mitarbeitenden unmittelbar in die weiteren Entwicklungsschritte zu integrieren und entsprechend modifizierte Schulungsanteile erneut erproben zu können. Hierdurch wurde ein wichtiger Beitrag zur langfristigen Anwendung der Inhalte in den Einrichtungen geleistet. Im Zuge dessen kamen der Ansatz des *Peer Debriefings* in Form von Fokusgruppen sowie eine kommunikative Validierung (*Member Checks*) in Case Management-Schulungen und in Experteninterviews zum Tragen. Darin einbezogen wurden die teilnehmend beobachteten Pflegefach- und Betreuungspersonen sowie Mitarbeitende aus Pflegeeinrichtungen, die bislang noch nicht in die Forschung involviert waren (Lamnek & Krell, 2016).

Sowohl in den Fokusgruppen als auch in Case Management-Schulungen wurde je ein Spannungsbogen vorgestellt und die Teilnehmenden gebeten, diesen zunächst in Form einer Selbstreflexion und später im gruppenübergreifenden Erfahrungsaustausch zu bearbeiten (siehe auch Anlage 12.11). Anschließend erfolgten die Ergebnisvorstellung und die Bewertung des Arbeitsauftrags:

„Nun haben sie etwas Zeit gehabt, sich zu den Fragen Gedanken zu machen. Bitte erzählen Sie uns, wie Sie die Bearbeitung der Fragen wahrgenommen haben. Was geht Ihnen hierzu durch den Kopf? (Was hat Sie irritiert? Was haben Sie als hilfreich empfunden? Was haben Sie Neues auch im Hinblick auf Ihren beruflichen Alltag erfahren? Wie bewerten Sie das Instrument?)“

Ziel hierbei war zu überprüfen, ob die Arbeitsaufträge und Beispiele zu den Spannungsbögen verständlich formuliert waren und die didaktische Aufbereitung somit die Teilnehmenden unterstützt, unterschiedliche Perspektiven einzunehmen, um die pflegerische Versorgung sowie Betreuung von Bewohnenden mit Depression bedürfnisgerechter auszugestalten. In den Fokusgruppen wurde dem Arbeitsauftrag zusätzlich ein Eingangsstimulus unter Anwendung einer Kartenabfrage vorgeschaltet, um Informationen zu bisherigen Erfahrungen und Präferenzen in Bezug auf Fortbildungen zu gewinnen. Hierbei waren folgende Fragestellungen leitend:

- *Wie stellen Sie sich eine anwendungsorientierte Fortbildung vor?*
- *Was finden Sie an Schulungen/Fortbildungen nicht gut?*
- *Was gefällt Ihnen?*
- *Was hat Ihnen weitergeholfen?*
- *Was konnten Sie in der Praxis umsetzen?*

Die Fokusgruppen wurden unter Einbeziehung der untenstehenden Fragen durch eine gedankliche Einbettung der Spannungsbögen in das Gesamtschulungskonzept und einen Ausblick abgerundet:

- *Wie müsste eine Schulung aussehen, damit Sie sich gut zu diesem Thema vorbereitet fühlen?*
- *Welche Themen sollten in Bezug auf diesen Spannungsbogen in der Schulung thematisiert werden?*
- *Welche weiteren Themen wären für Sie in Bezug auf die Betreuung/Pflege von Menschen mit Depression hilfreich?*
- *Haben Sie sonstige Anregungen?*

Die Auswertung der Transkripte der Fokusgruppen und des Experteninterviews, dessen Ausgestaltung sich an den Fragen zur Durchführung der Fokusgruppen orientierte, erfolgte in Anlehnung an die *Grounded Theory* (offenes Kodieren) (Strauss & Corbin, 1996). Die Ergebnisse der Gruppenarbeiten im Rahmen der Case Management-Schulungen wurden handschriftlich auf Plakaten dokumentiert und anschließend in Word-Files übertragen.

Die Analysen verdeutlichten, dass die Spannungsbögen sowohl einen regen berufsgruppenübergreifenden Austausch und eine kritische Reflexion als auch eine gegenseitige Anerkennung fördern und sich daraus Handlungsstrategien für die berufliche Praxis entwickeln lassen. Neben einer prinzipiellen Datenverdichtung und Bestätigung des didaktischen Konzepts wurde weiterer Bedarf nach inhaltlichem Input zur Symptomatik „Depression“ sowie zur Anwendung des Screening-Instruments deutlich. Nach Abschluss der Evaluation wurden entsprechende Elemente aus den Case Management-Schulungen in das Präsenzformat des Qualifizierungskonzepts integriert. Damit wurde zugleich ein Beitrag zur nachhaltigen Implementierung des Case Management-basierten Versorgungsmodells geleistet, da die Supervisionsteilnehmenden eine zusätzliche Multiplikatorfunktion in den kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen eingenommen haben. Bei der Erprobung wurde ein dringender Bedarf an berufsgruppenübergreifenden Gesprächsräumen vonseiten der Mitarbeitenden kommuniziert, um mögliche

Dissonanzen, Herausforderungen, aber auch Erfolge im Berufsalltag zu reflektieren und gemeinsam Lösungsansätze für herausfordernde Situationen entwickeln zu können. Hilfreich wurden auch die Übungen zu den didaktischen Instrumenten bewertet, die aus Sicht der Teilnehmenden perspektivisch selbstständig im beruflichen Alltag angewendet werden können. Allerdings stellte sich heraus, dass die angedachte didaktische Form des Rollenspiels überwiegend nicht gewünscht war; Übungen zur Reflexion und Selbsterfahrung sowie eine interaktive Ausgestaltung der Schulungen stießen hingegen auf Zustimmung.

In den Diskussionen wurden von den Teilnehmenden häufig auch Bezüge zu Bewohnenden mit anderen psychischen Erkrankungen hergestellt. Der Spannungsbogen als didaktisches Element könnte somit unabhängig vom pflegerischen Setting oder von Diagnosen der Bewohnenden auf weitere Konfliktsituationen übertragen und beispielsweise zur Unterstützung von Fallbesprechungen herangezogen werden. Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde der Spannungsbogen im nächsten Schritt als situations- und settingunabhängiges Arbeitstool weiterentwickelt und mit einer Erläuterung zur Umsetzung in den Materialband integriert.

Finalisierung des Qualifizierungskonzeptes

Insgesamt wurden vier Spannungsbögen mit thematisch zugehörigen Fallrekonstruktionen in die Schulungen des Qualifizierungskonzeptes eingebettet und die vier inhaltliche Schwerpunktsetzungen „Öffentlichkeit vs. Privatheit“, „Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation“, „Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung“ sowie „Emotionalität vs. Funktionalität“ ermittelt (siehe auch Abbildung 7). Das Schulungskonzept folgt drei zentralen und aufeinander aufbauenden didaktischen Ansätzen (angelehnt an die Niveau-Stufe 4 des Deutschen Qualifikationsrahmens für Lebenslanges Lernen (AK DQR, 2011), die in der folgenden Abbildung in ihrer chronologischen Abfolge dargestellt sind.

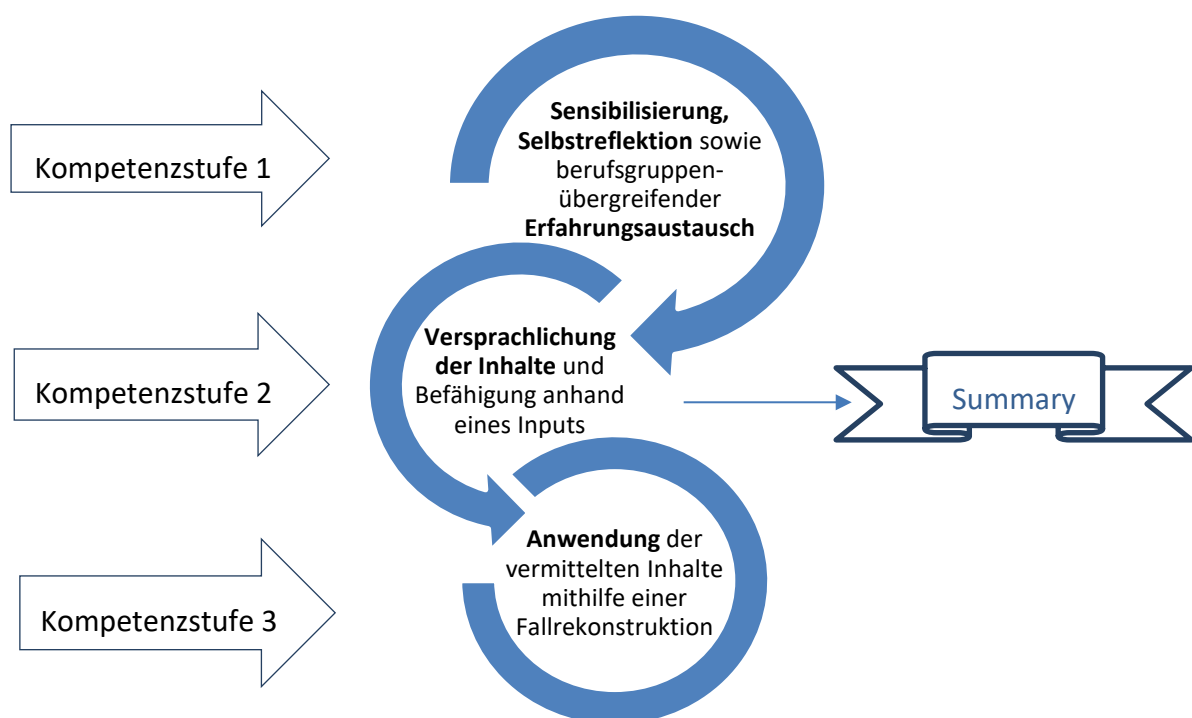


Abbildung 7. Übersicht zum didaktischen Aufbau der Schulungen

Im ersten Teil der Schulung erreichen die Teilnehmenden die *Kompetenzstufe 1*: Hier werden die Spannungsbögen einbezogen, um Selbstreflexion bzw. Perspektivwechsel anzuregen und die Teilnehmenden für ihre eigene Expertise zu sensibilisieren. Zudem werden in einem anknüpfenden und möglichst berufsgruppenübergreifenden Erfahrungsaustausch bestenfalls

neue Handlungsfreiräume im beruflichen Alltag erschlossen, die zur Beantwortung von Bedürfnissen von Bewohnenden mit Depression genutzt werden könnten. Im zweiten Schulungsteil (*Kompetenzstufe 2*) werden die beim Erfahrungsaustausch aufgegriffenen Inhalte durch einen fachlichen Input zum Themenschwerpunkt „Depression im Alter“ versprachlicht, sodass der Wissensstand der Teilnehmenden bei Bedarf angeglichen werden kann. Abschließend werden sie im Zuge der *Kompetenzstufe 3* dabei unterstützt, die vermittelten Inhalte mithilfe einer Relevanzanalyse und einer Fallrekonstruktion anzuwenden. Als zentraler Lerneffekt der Schulungen wird für die Teilnehmenden die Erkenntnis angestrebt, dass für jeden Bewohnenden individuelle Lösungen entwickelt werden sollten und keine allgemeinen Handlungsempfehlungen möglich sind.

Onlinegestützte Aufbereitung der Schulungsinhalte

Die pandemiebedingten Umstände machten es im weiteren Projektverlauf erforderlich, dass für Präsenz konzipierte Qualifizierungskonzept in ein Online-Format (Zoom) zu überführen, da im Zuge der allgemeinen Schutzmaßnahmen des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration die Qualifizierungstrainings in den Pflegeeinrichtungen nicht in Präsenzform stattfinden konnten. In die Entwicklung des onlinegestützten Qualifizierungskonzeptes wurde eine fachliche Expertise an der Frankfurt UAS einbezogen und der bisherige didaktische Aufbau im Hinblick auf eine solche Umsetzung geprüft. Diese Überprüfung ergab, dass das in Form einer Tagesveranstaltung entwickelte Konzept aufgrund des Umfangs in einzelne Bausteine unterteilt und über mehrere Tage angeboten werden müsste. Da vonseiten der kooperierenden Einrichtungen lediglich je ein Schultag bereitgestellt werden konnte und ein zeitlicher Umfang von drei Stunden aus Expertensicht bei Online-Veranstaltungen nicht überschritten werden durfte, wurden die Schulungsinhalte komprimiert. Die Anwendung des DeMoL-Pflege konnte daher nicht angeboten werden ebenso wie gewünschte Inhalte zur Stressbewältigung für Mitarbeitende. Zudem erfolgte eine Teilnehmerbeschränkung auf sechs bis acht Personen. Die einrichtungsübergreifende, trägerinterne Durchführung erfolgte aufgrund dieser konzeptionell erforderlichen Umgestaltung des Qualifizierungskonzeptes schließlich nachgelagert (im Februar 2021). Eine zentrale Herausforderung in der onlinegestützten Umsetzung stellten insbesondere die technischen Voraussetzungen in den Pflegeeinrichtungen dar, die sich zum damaligen Zeitpunkt im Aufbau befanden. Weiterhin war häufig zunächst eine grundlegende Kompetenzvermittlung zur Nutzung von Zoom notwendig. Auch traten phasenweise technische Störungen auf, die die Vermittlung der Schulungsinhalte und den berufsgruppenübergreifenden Austausch erschwerten.

Die Erprobungs- bzw. Umsetzungsphase des Online-Konzepts wurde durch eine Befragung unter Anwendung eines Evaluationsbogens begleitet, im Zuge dessen 20 Teilnehmende im direkten Anschluss an die Schulung eine schriftliche Bewertung vornahmen (siehe Anlage 12.12). Sie meldeten hierbei einstimmig zurück, dass die Schulungsinhalte verständlich aufbereitet waren und sie diese im Hinblick auf ihre berufliche Handlungspraxis als hilfreich wahrnehmen. Ebenfalls als hilfreich wurden die Lehrmethoden und Arbeitsmaterialien bewertet (12 Nennungen), auch hinsichtlich der praktischen Umsetzung. Angeregt wurde ein umfangreicherer Raum zur Erläuterung und Besprechung des Spannungsbogens sowie die Erhöhung der Teilnehmerzahl für den Erfahrungsaustausch. Abschließend meldeten fünf Personen zurück, dass ihnen die Schulungen „sehr gut“ gefallen haben (vier Personen bewerteten mit „gut“) und dass die Erkenntnisse für den Transfer in die berufliche Handlungspraxis als „umfangreich“ und „sehr umfangreich“ (je vier Nennungen) wahrgenommen wurden. Negativ bewertet wurden insbesondere die technischen Störungen. 19 Schulungsteilnehmende empfanden auch den Erfahrungsaustausch zum Spannungsbogen sowie die Fallrekonstruktion als hilfreich. Zudem wurde u. a. gewünscht, mehr Schulungen mit praktischen Übungen anzubieten, weitere Inhalte zur psychosozialen Betreuung und zur Thematik der Depression im Alltag sowie praktische Handlungsanweisungen zu integrieren und mehr Zeiträume für intensive Gespräche zu eröffnen. Im abschließenden Resümee wurde außerdem rückgemeldet, dass insbesondere

der Erfahrungsaustausch, der Raum „sich mitzuteilen“, die Inhalte zur Thematik der Depression, die Einbeziehung eigener Praxisbeispiele sowie die anregenden Übungen zum Perspektivwechsel als besonders positiv erlebt wurden. Bezüglich der Gruppengröße ließ sich kein einheitliches Stimmungsbild ableiten, tendenziell wurde aber eine Veranstaltung in Präsenz dem Online-Angebot vorgezogen. Weiterhin wurde deutlich, dass die Teilnehmenden bei einem berufsgruppenübergreifenden Angebot unter Umständen über sehr differente Kompetenzen und Qualifikationsniveaus verfügen, die in den Schulungen möglicherweise noch stärker Berücksichtigung finden müssten. Zudem erscheint eine weitere Integration von E-Learning-Elementen empfehlenswert, um die Schulungsinhalte ansprechend aufzubereiten (beispielsweise mit einem Quiz oder interaktiven Folien).

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der formativen Evaluation sowie des Qualifizierungskonzepts sind im Materialband veröffentlicht, der ebenfalls eine Implementierungsempfehlung sowie ein Wissenstransferkonzept zur nachhaltigen Umsetzung der Projektergebnisse beinhaltet. Darüber hinaus wurde – angeregt durch die Geschäftsführungen der kooperierenden Träger – ein Fortbildungskonzept mit der zuständigen Weiterbildungsabteilung der Frankfurt UAS zu entwickeln, welches die nachhaltige Schulung der Case Manager über das Projektende hinaus sicherstellen soll. Das gesamte Qualifizierungskonzept ist online abrufbar (Band 1 mit der Konzeptentwicklung: <https://doi.org/10.48718/d8tw-z811> und Band 2 als Materialband: <https://doi.org/10.48718/0j4m-8832>) und beinhaltet ebenfalls eine Anpassung zur Durchführung im Online-Format (siehe Anlagen 12.7 und 12.8).

Entwicklung des Monitoring- und Supervisionskonzepts

Eine zentrale Zielsetzung bei der praktischen Projektumsetzung war die kontinuierliche Unterstützung der zu Case Managern geschulten Pflege- und Betreuungspersonen bei der nachhaltigen Implementierung ihrer neuen Aufgaben, der Ausgestaltung ihrer Rolle und den damit verbundenen Herausforderungen. Hierzu wurde von Mitarbeiterinnen des HessIP ein Supervisionskonzept entwickelt (Anlage 12.9 und online: <https://doi.org/10.48718/p893-2n25>). Neben Gruppenangeboten waren auch ergänzende Einzelsupervisionen möglich, um spezielle Problemstellungen aufzugreifen und z. B. anhand praktischer Fallbeispiele gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Somit wurde über den gesamten Projektverlauf ein einrichtungsübergreifender Erfahrungsaustausch ermöglicht, der von den Beteiligten aktiv wahrgenommen wurde. Während pandemiebedingter Restriktionen wurden die Supervisionsangebote videobasiert weitergeführt.

In den Supervisionen wurde deutlich, wie wichtig es ist, Gesprächsräume berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend anzubieten, um Vernetzung, gegenseitige Wissensvermittlung und Anerkennung zu fördern. Zudem zielten die Reflexionsaufgaben darauf ab, die Wahrnehmungsfähigkeit der Case Manager auch hinsichtlich eigener Gefühle zu schulen und anzuregen, neue Sichtweisen einzunehmen und die durch das Projekt initiierten Entwicklungsprozesse aktiv mitzugestalten. Von den Case Managern wurden beim Erfahrungsaustausch insbesondere die Bestärkung durch Kollegen sowie die Anerkennung ihrer Expertise positiv hervorgehoben und als förderlich erlebt. Ein weiteres zentrales Thema war die nachhaltige Fortführung der Maßnahmen nach Projektende.

6.6 Summative Evaluation

Quantitative Befragungsergebnisse aufseiten der Case Manager

Für die Beurteilung der vorformulierten und thematisch strukturierten Aussagen wurde ein an Schulnoten orientiertes Bewertungssystem verwendet: 1 = sehr gut; 2 = gut; 3 = befriedigend; 4 = ausreichend; 5 = mangelhaft; 6 = ungenügend. Insgesamt nahmen elf Personen an der Online-Befragung teil.

Die Qualität der Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen in DAVOS wurde durchschnittlich mit „sehr gut“ (1,1) bewertet. 100 % der Befragten gaben an, sich ausreichend auf ihre Tätigkeit vorbereitet gefühlt zu haben und einen Lernzuwachs zu Themen Altersdepressionen und Umgang mit betroffenen Personen gehabt zu haben; 88,9 % gaben an, die gelernten Inhalte gut in die Praxis umsetzen zu können. Relevante Inhalte wurden aus Sicht der Befragten klar und verständlich dargestellt, und es war immer ausreichend Zeit für Fragen. Die Schulungsmaterialien wurden als hilfreich bewertet und auch die didaktischen Methoden als angemessen beurteilt. Die als besonders wichtig erachteten Schulungsinhalte finden sich in Abbildung 8.

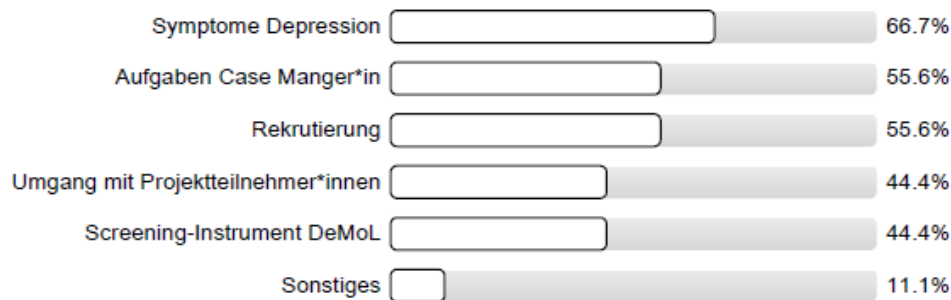


Abbildung 8. Bewertung der DAVOS-Schulungsinhalte nach Wichtigkeit⁶

Bezogen auf das Screening-Instrument DeMoL gaben 87,5 % der Befragten an, dass sie es gut in ihrer Tätigkeit als Case Manager einsetzen konnten. Die dazugehörige Schulung und das Erproben im Rollenspiel beurteilten alle (100 %) als angemessen. Eine weitere Rückmeldung war, dass sich 22,2 % gern mehr Schulungsinhalte zu den Case Management-Aufgaben gewünscht hätten.

Die Supervisionen wurden mit durchschnittlich 1,5 bewertet. Besonders positiv wurden dabei die persönlichen Kontakte per Telefon (\bar{x} 1,3), das Kompetenznetzwerk (\bar{x} 1,5) und die Übungen zur Rollenreflexion (\bar{x} 1,6) hervorgehoben. Die Häufigkeit des Supervisionsangebots wurde durchschnittlich mit 2,1 bewertet. Auch die praktische Umsetzbarkeit des Projekts wurde als „gut“ (\bar{x} 2,2) empfunden ebenso wie die Unterstützung seitens der Einrichtungen (\bar{x} 2,0). Dagegen sahen die Befragten ihre zeitlichen Möglichkeiten zur Ausübung der Case Manager-Tätigkeiten eher nur im befriedigenden Bereich (\bar{x} 2,8).

Die Anleitung der sog. „Wohlbefindensgruppe“ (Basis-Intervention) durch die Psychologinnen des Projektteams und die dazugehörige Zusammenarbeit wurde mit „sehr gut“ (\bar{x} 1,3) bewertet. Dies gilt ebenso für die inhaltliche Ausgestaltung der Gruppensitzungen (\bar{x} 1,5). Die Case Manager fühlten sich auch bei der selbstständigen Durchführung sicher (\bar{x} 1,9) und waren recht zuversichtlich, dass sie die Gruppe langfristig anbieten würden (\bar{x} 2,8). Die Gesamtbewertung des Projekts DAVOS als Versorgungskonzept war „sehr gut“ bis „gut“ (\bar{x} 1,6).

Herausforderungen während der Corona-Pandemie

Als besonders gravierende Einschränkungen im Rahmen der Corona-Pandemie und entsprechender Schutzvorkehrungen gaben die Case Manager mit 77,8 % die Kontaktverbote an, weswegen u. a. über einen längeren Zeitraum die „Wohlbefindensgruppen“ nicht stattfinden konnten und keine Neurekrutierungen möglich waren. Auch die zahlreichen Sterbefälle stellten für viele eine große emotionale Herausforderung dar (55,6 %). 33,3 % gaben weiterhin an, dass es zu einer erhöhten Arbeitsbelastung kam (vgl. Abbildung 9).

⁶ Mehrfachantworten möglich

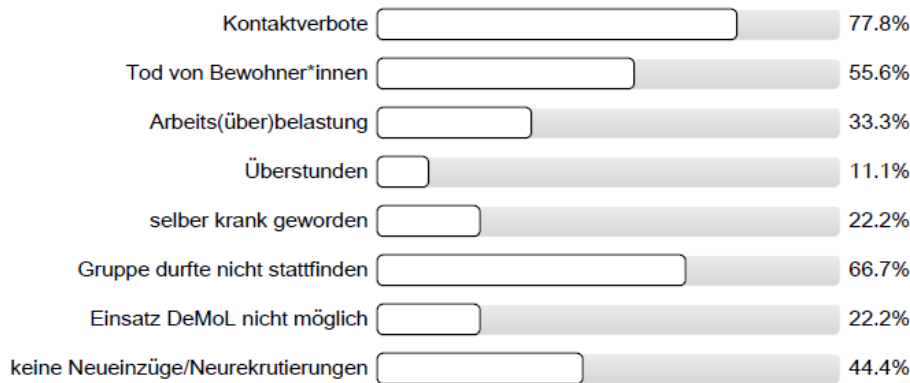


Abbildung 9. Die häufigsten Einschränkungen während der Corona-Pandemie⁷

Die Case Manager haben sich trotz aller Widrigkeiten bemüht, die teilnehmenden Bewohnenden weiterhin im Sinne des Projekts aktiv zu begleiten: So wurden vermehrt Einzelgespräche (88,9 %) bzw. regelmäßige Kurzbesuche (77,8 %) durchgeführt und teils sogar mehrere kleinere Gruppen angeboten, da sich die Wohnbereiche nicht mischen durften (22,2 %). Den entstandenen zeitlichen und personellen Mehraufwand unter den pandemischen Restriktionen beurteilten sie mit durchschnittlich 3,4. Die Einbindung in das Projekt und der Kontakt zu den Projektmitarbeitenden während Corona wurden mit „gut“ bewertet (\bar{x} 2,3).

Qualitative Befragungsergebnisse aufseiten der Case Manager

Im Folgenden findet sich eine inhaltlich repräsentative Auswahl von persönlichen Rückmeldungen zu offenen Frageformaten.

- Wie hat sich die Tätigkeit als Case Manager auf Sie ausgewirkt?

„Ich bin sicherer geworden in Einschätzung und Beobachtung, ob der Bewohner eventuell Depression hat.“

„Ich bin in unserer Einrichtung Ansprechpartner geworden, wenn es um das Thema Depression geht.“

„Ich achte verstärkter auf depressive Verstimmungen bei Bewohnern, verfolge die Kommunikation mit den Fachärzten und den Austausch diesbezüglich mit den Pflegeteams.“

- Was sollten die Case Manager an Eigenschaften bzw. Fähigkeiten (Skills) mitbringen?

„Einfühlsamkeit. Die Fähigkeit sich und andere zu strukturieren. Kommunikationsfähigkeit. Leitungskompetenz in Gruppen. Selbstreflexionsbereitschaft.“

„Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen haben, authentisch sein.“

„Empathie, Diplomatie, fachliche Kompetenz, gute organisatorische Fähigkeiten, gute Gesprächskompetenz, selbstsicheres, haltgebendes Auftreten [...]“

- Was bleibt von DAVOS in der Einrichtung, wenn das Projekt vorbei ist?

„Die Gruppe bleibt bestehen. Es ist auch eine gute Einstiegsgruppe für neu eingezogene Bewohner, die orientiert sind.“

⁷ Mehrfachantworten möglich

„Ein gezielterer Umgang mit Depressionen (schnelleres Erkennen, Vorbeugen, Info an Fachärzte) und einige Ideen aus der Wohlbefinden-Gruppe.“

„Die Einrichtungen wurden sich wieder bewusst, wie wichtig solche Angebote sind.“

- Was hat sich durch DAVOS in der Einrichtung verändert?

„Das Selbstverständnis / Anerkennung, dass viel mehr Menschen depressiv sind, als man zuerst denkt. Die Erfahrung, dass auch alte Menschen Psychotherapie angenommen haben und es bereichernd fanden.“

„Die Bewohner hatten psychologische Betreuung und konnten dadurch verschiedene Probleme verarbeiten.“

„Durch die Wohlfühlgruppe haben Sie sich ‚besonders‘ gefühlt.“

„Die Erkenntnis, dass der Anteil an Bewohnern mit der Diagnose Depression fast genauso hoch oder sogar höher ist, wie es desorientierte Menschen in unserem Haus gibt.“

„Die Sichtweise auf ‚Depressionen im Alter im Pflegeheim‘. Das Verständnis den Betroffenen gegenüber [...]“

- Welcher Unterstützungsbedarf ist nach Projektende nötig?

„Wir würden uns die Möglichkeit des Psychotherapeutischen Angebots für die Bewohner unseres Hauses sehr wünschen!!!!“

„Entscheidend ist – hat das Projekt dazu beigetragen, dass jetzt auch Psychotherapie in den Häusern angeboten werden kann?? Was ist zukünftig, wenn jemand mit Depression erkannt wird?“

Qualitative Befragungsergebnisse aufseiten der Heimleitungen

Insgesamt vier Personen aus der Leitungsebene haben an der Online-Befragung teilgenommen und anhand offener Antwortformate detaillierte Rückmeldungen zum Projekt DAVOS gegeben. Im Folgenden werden ausgewählte Fragen und inhaltsanalytisch besonders relevante Antworten wiedergegeben.

- Wie schätzen Sie den zeitlichen bzw. personellen Mehraufwand durch das Projekt ein?

„Die Tätigkeit fand im Rahmen der Arbeitszeit (bei den Alltagsbegleitern) statt, daher gab es weder zeitlichen noch personellen Mehraufwand, sondern lediglich eine Umverteilung innerhalb der Arbeitszeit. Das war gut koordinierbar. Und angesichts des Erfolges auf jeden Fall gerechtfertigt.“

- Hatten Sie das Gefühl, dass das Selbstbewusstsein der Case Manager durch ihre Aufgabe/Rolle gestiegen bzw. sich verändert hat? Wenn ja, woran machen Sie das fest?

„Ja, das in die Case Manager gesetzte Vertrauen hat das Selbstbewusstsein gestärkt und die Verantwortlichkeit ihres Handelns und ihrer Aktivitäten unterstrichen.“

„Es gab Rückmeldungen und einen informativen Austausch, ggfs. auch über mögliche weitere Interventionen.“

- Was bleibt vom Projekt DAVOS in der Einrichtung, wenn das Projekt vorbei ist?

„Die Erinnerung der Bedeutung dieses Projektes, da es das Portfolio des therapeutischen Angebotes abgerundet hat. Wir bedauern, dass es keine Fortführung gibt. Die Gruppen-

angebote der Case Manager können wir fortsetzen, allerdings nicht die ergänzenden einzeltherapeutischen Besuche. Unser ‚Haus-Neurologe‘ würde Therapie verordnen, doch kommt kein Therapeut ins Haus, da er/sie Hausbesuche nicht bezahlt bekommt. Wir halten Psychotherapie für ältere Bewohner auch im Pflegeheim für wichtig, zumal Hintergrund und Ursache der Notwendigkeit in einer ‚Grauzone‘ liegen.“

„Die Screenings und Gruppenangebote bleiben.“

- Was hat sich durch DAVOS in der Einrichtung verändert?

„Das Bewusstsein für therapeutische Unterstützung zum psychosozialen Wohlbefinden der Bewohner [...].“

„Es geht im Pflegeheim nicht nur um die körperliche, sondern auch um die seelische Pflege. Denn Pflege ist und sollte ganzheitlich erfolgen. Das Wohlbefinden der beteiligten Bewohner wurde spürbar verbessert, ebenso das Verständnis für die Krankheit der Depression und die damit einhergehenden Bedarfe der Bewohner.“

- Welche Vorteile sehen Sie in einem Versorgungskonzept wie DAVOS?

„Ergänzung und Abrundung des therapeutischen Portfolios im Haus“

„Erhöhung des psychischen Wohlbefindens der Bewohner“

„Positive Außenwirkung mit ganzheitlichem Angebot“

„Interdisziplinäre Arbeit und niederschwelliger Ansatz“

Befragung der Psychotherapeuten

Bereits vor Jahrzehnten wurde festgestellt und in jüngerer Zeit auch durch experimentelle Designs bestätigt, dass Psychologen und Psychotherapeuten eine Präferenz zur Behandlung jüngerer Patienten haben und ältere Patienten als weniger therapiefähig einschätzten (Kessler & Blachetta, 2020). Da bisher hauptsächlich systematische Befragungen mit Psychotherapeuten durchgeführt wurden, die keine oder kaum Behandlungserfahrungen mit älteren, selbstständig lebenden Menschen gemacht hatten (Kammerer & Falk, 2019), erschien es wichtig, die einmaligen Erfahrungen aufseiten der Therapierenden in DAVOS hypothesengenerierend zu erheben und zu analysieren. Diese Erkenntnisse könnten genutzt werden, um Hindernisse, Schwierigkeiten, aber auch Anreize in der psychotherapeutischen Arbeit in Pflegeeinrichtungen besser zu verstehen.

An der qualitativen Befragung nahmen sieben psychologische Psychotherapeuten teil. Vor dem strukturierten Interview unterzeichneten sie eine Einwilligungserklärung und füllten einen Kurzfragebogen zu demografischen Daten aus. Der Interviewleitfaden wurde zuvor in drei Expertengesprächen validiert und auf Praktikabilität geprüft. Die Interviews fanden videogestützt über das Tool „Whereby“ statt. Alle Bild- und Textdateien wurden nach dem Gespräch umgehend gelöscht, lediglich die Audiospur wurde genutzt, um ein Transkript zu erstellen. Interviewthemen waren u. a. motivationale Hintergründe zur Projektmitarbeit, Erfahrungen mit der behandelten Patientengruppe, dem Arbeitsfeld sowie genutzte oder erwünschte Unterstützungs- und/oder Kompensationsstrategien. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016) und des Programms MaxQDA. Zur Sicherung der Interrater-Reliabilität wurden die Transkripte stichprobenweise von einer dritten Person gesichtet und codiert. Die Gütekriterien der Inter- und Intracoderreliabilität für qualitative Forschung wurden erfüllt. Das zunächst anhand der im Interview vorgegebenen Themen entwickelte Codierungssystem wurde in mehreren Schritten hinsichtlich gebildeter Haupt- und Unterkategorien erprobt und angepasst. Abschließend wurden alle sieben Interviews mit dem finalen Codierungssystem bearbeitet.

Die sechs weiblichen Therapeutinnen und ein männlicher Therapeut waren im Durchschnitt 35,43 Jahre alt (Range: 32 bis 46 Jahre). Die mittlere Tätigkeitsdauer betrug 34,00 Monate (SD = 30,13) im stationären und 57,43 Monate (SD = 27,00) im ambulanten Setting. Drei der Therapeuten befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews noch in Ihrer Ausbildung (42,9 %), vier hatten bereits ihre Approbation abgeschlossen (57,1 %). Außerhalb ihrer Studientätigkeit in DAVOS hatten die interviewten Therapeuten durchschnittlich 15 Patienten über 60 Jahre behandelt, einen Großteil davon im stationären Setting. Im Projekt wurden etwa fünf Patienten pro Therapeut behandelt, wobei keiner der Therapeuten, von Projektmitarbeit in DAVOS abgesehen, Psychotherapie in Altenpflegeeinrichtungen angeboten hat.

Die Auswertungsergebnisse machen deutlich, dass wichtige Aspekte sich auf drei verschiedene örtliche und zeitliche Faktoren beziehen. Erstens brachten alle projektbeteiligten Therapeuten *1a) private und oder berufliche Berührungspunkte* mit älteren und oder pflegebedürftigen Menschen mit in die Tätigkeit, welche maßgeblich ihre Entscheidung zur Mitarbeit beeinflusst hatten. Weiterhin beschrieben die meisten Therapierenden ein gewisses Maß an *1b) Vorerfahrungen mit herausfordernden Patientengruppen* und einen *1c) aktiven Willen zur Reflexion* der eigenen Altersbilder. Während der Therapie standen dann *2a) emotionale Aspekte* im Vordergrund wie positive Empfindungen bei der Arbeit (bspw. Sinnhaftigkeit) mit den älteren Menschen, aber auch die Konfrontation mit vermehrter Trauer und Hilflosigkeit. Alle benannten das *Setting (2b)* als speziell, insbesondere den räumlichen Aspekt, der die Therapeuten damit konfrontierte, bei dem Patienten zu Hause zu sein. Das eigene Verhalten als therapierende Person (*therapeutischer Stil 2c*) wurde als leicht angepasst beschrieben. Diese Anpassungen wurden ambivalent wahrgenommen. Zusätzlich zu den *Vorerfahrungen (1)* und dem *Therapieprozess (2)* selbst wurden Phänomene der Vor- und Nachbereitung benannt, also Faktoren, die nicht in der Therapie selbst stattfanden, die aber den *inhaltlichen 3a)* und den *organisatorischen Austausch mit anderen Berufsgruppen 3b)* sowie die *Supervision 3c)* betrafen.

Aus den gewonnen Erkenntnissen lässt sich ableiten, dass alle teilnehmenden Therapeuten die Arbeit mit Menschen im Pflegeheim insgesamt als sinnvoll und umsetzbar erlebt haben. Allerdings schien die interviewte Gruppe sich dadurch auszuzeichnen, dass sie vor dem Entschluss in Altenpflegeeinrichtungen tätig zu sein, bereits engere berufliche oder private Kontakte mit pflegebedürftigen Menschen hatte. Solche Kontakte scheinen Vorbehalte zu reduzieren und die Motivation für eine Tätigkeit in diesem Bereich zu stärken.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Die zentralen Ziele des Forschungsprojekts DAVOS, nämlich die praktische Umsetzung des speziell entwickelten Depression Case Management-Konzepts zur Verbesserung der Depressionsbehandlung für Bewohnende von Altenpflegeeinrichtungen sowie dessen wissenschaftliche Evaluation, konnten innerhalb der Projektlaufzeit erfolgreich realisiert werden. Eine Implementierung des Case Management-basierten Ansatzes ist nachhaltig gelungen, da die geschulten Case Manager nach Projektende die Basis-Intervention („Wohlbefindensgruppe“) weiterführen, als Multiplikatoren in den zehn beteiligten Pflegeeinrichtungen verbleiben und somit jederzeit neue Case Manager nachschulen können. Die durchgeführten Qualifizierungen der Pflege- und Betreuungspersonen zu Depression Case Managern und die dabei vermittelten Inhalte wurden von den Befragten als sehr positiv bewertet. Ein solche Fortbildung und ein entsprechend ausgearbeitetes Schulungskonzept haben sich als praktikabel und adäquat einsetzbar erwiesen. Die individuellen Rückmeldungen der Case Manager in den Online-Befragungen lassen erkennen, wie sehr sie persönlich von ihrer Projektteilnahme profitiert haben. Mehrfach wurde betont, dass nach Ende von DAVOS viele im Projekt theoretisch und praktisch vermittelte Aspekte auch weiterhin eine Rolle im beruflichen Alltag spielen werden. Die Bewohnenden der Einrichtungen könnten künftig beispielsweise von einer Sensibilisierung

des Pflegepersonals für das Thema der Depression im Alter profitieren. Ebenso gaben die befragten Heimleitungen an, dass die Implementierung des DAVOS-Konzepts als gelungen bezeichnet werden kann.

Während der pandemiebedingten sozialen Beschränkungen haben die Case Manager stets versucht, durch individuelle Besuche und Gesprächsangebote das Wohlbefinden der Bewohnenden in dieser besonders herausfordernden Zeit zu stabilisieren. Hierfür konnten sie wiederum auf die in DAVOS-Schulungen erworbenen Kenntnisse zurückgreifen und wurden zugleich engmaschig von Projektmitarbeitenden beraten und supervidiert. Ungünstig hat es sich lediglich ausgewirkt, dass die Case Manager zusätzlich zu ihren Projektaufgaben häufig auch in der regulären Pflege eingesetzt wurden. Bei Personalmangel und Notfällen wurden sie regelmäßig dorthin abgerufen, da die pflegerische Versorgung selbstverständlich Vorrang hatte. Die projektbezogenen Aufgaben wie (Neu-)Rekrutierung, Screening und/oder Durchführung der Gruppenangebote mussten dann ruhen bzw. für bestimmte Zeit ausgesetzt werden. Der hohe Krankenstand aufgrund der Corona-Pandemie hatte ebenfalls dazu geführt, dass nicht immer eine eigentlich eingeplante Vertretung der Case Manager verfügbar war. Für Nachfolgeprojekte mit Case Managern in zentraler koordinativer Funktion sollte dafür ein fester Stellenanteil vorgesehen werden, der nicht für Pfllegetätigkeiten in Anspruch genommen wird.

Die Haupthypothese des Forschungsprojekts war, dass die Implementierung des Interventionsprogramms zur Verringerung der Depressionsprävalenz und zur Reduktion der depressiven Symptomatik (Depressionsschweregrad) unter den Pflegeheimbewohnenden ohne Demenz führt. Diese Hypothese konnte hinsichtlich der Reduktion der Depressionsprävalenz nicht bestätigt werden, allerdings ist bemerkenswert, dass die Prävalenzrate trotz der pandemischen Lage und der daraus folgenden, viele Monate andauernden und die Entwicklung depressiver Verstimmungen begünstigenden Einschränkungen sozialer Kontakte und Aktivitäten relativ stabil geblieben ist. Dies ist ein wichtiges Signal für die Wirksamkeit des Case Management-Konzepts und der psychotherapeutischen Versorgung Bewohnender mit depressiver Symptomatik: Obwohl die Intervention aufgrund pandemiebedingter Kontakt- und Betretungsverbote in den Einrichtungen während der Lockdowns nicht mit der geplanten Intensität durchgeführt werden konnte und die Maßnahmen („Wohlbefindensgruppe“, Psychotherapeutische Sprechstunden und Therapiesitzungen) zeitweise sogar ausgesetzt werden mussten, hat dies nicht zu einer Zunahme der Prävalenzen für depressive Störungen geführt, so wie dies für die von den Lockdown-Maßnahmen besonders hart betroffene Population der Pflegeheimbewohnenden andernorts dokumentiert und teilweise auch durch Studien belegt wird (z. B. im Pflege-Report 2021 (Jacobs et al., 2021)). Um diesen negativen Effekten im Projekt entgegenzuwirken, wurde versucht, die Psychotherapie-Angebote in digitaler Form fortzusetzen (z. B. Therapie per Tablet). Dies wurde jedoch von vielen Bewohnenden nicht gut angenommen bzw. waren die technischen Voraussetzungen hierfür in den Einrichtungen noch nicht ausreichend gegeben (z. B. Verfügbarkeit von WLAN-Netzen). Wie die Ergebnisse nahelegen, scheint es im Rahmen von DAVOS gleichwohl gelungen zu sein, die negativen Auswirkungen der Corona-Pandemie zumindest teilweise zu kompensieren.

Bezüglich des Schweregrades der depressiven Symptomatik (GDS) ließen sich auf globaler Ebene zwar ebenfalls keine signifikanten Effekte nachweisen, doch zeigten sich auf Einrichtungsebene durchaus positive Tendenzen, teils sogar signifikante Verbesserungen. Hierin spiegeln sich letztlich die teils großen Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegeeinrichtungen, u. a. hinsichtlich Bewohnerstruktur (z. B. Anteil an Demenz- oder Suchterkrankungen), zeitlicher Ressourcen der Case Manager oder institutionsbezogener Spezifika. Ähnliches gilt für die sekundären Parameter wie Lebensqualität, funktionelles Aktivitätsniveau und soziale Teilhabe, deren Ausprägungen einrichtungsbezogen deutlich variierten, wobei die Folgen der Corona-Lockdowns auf diese Variablen ebenfalls spürbar waren. Festzustellen war jedoch auch hier, dass die Durchschnittswerte über alle Einrichtungen und die gesamte Projektlaufzeit hinweg trotz pandemiebedingter Einschränkungen relativ konstant geblieben sind, zu-

meist mit positiveren Werten unter Interventionsbedingung. Teils waren auf Heimebene sogar einzelne signifikante Interventionseffekte in Lebensqualität und sozialer Teilhabe zu verzeichnen (vgl. 6.2 Ergebnisse der Evaluation und Anhang 11.7). An dieser Stelle kann also nur spekuliert werden, welche positiven Effekte durch die Intervention ohne die Pandemie hätten erzielt werden können.

Insgesamt bestätigen die DAVOS-Ergebnisse die in früheren Studien und einschlägigen wissenschaftlichen Publikationen zu findenden Prävalenzen von Depressionen im Altenpflegeeinrichtungen (vgl. 3.1 Hintergrund). Über alle teilgenommenen Einrichtungen hinweg lag der Anteil von Personen mit depressiver Symptomatik zur Baseline bei fast 39 %. Der zu Beginn des Projekts postulierte Bedarf an einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung wurde somit evident, allerdings nahmen viele von Depressionen betroffene Heimbewohnende trotz Indikation für eine Psychotherapie diese aus vielfältigsten Gründen nicht in Anspruch. Im DAVOS-Projekt haben sich lediglich 10,5 % (gemessen an der Gesamtstichprobe) für eine Psychotherapie entschieden, obwohl die Therapieindikation bei 17,8 % vorlag. Die häufigsten Gründe für die Ablehnung einer Psychotherapie aufseiten der Bewohnenden waren fehlende Motivation für eine Verhaltenstherapie (35 %), fehlende Hoffnung auf Veränderung durch eine psychotherapeutische Behandlung (18,6 %) und keine subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch die Symptomatik (9,3 %). Es kann also vermutet werden, dass die Ursachen für die grundsätzliche Ablehnung der Projektteilnahme (vgl. 6.1 Rekrutierte Stichprobe in DAVOS), aber speziell auch des psychotherapeutischen Angebots – neben der Angst vor Stigmatisierung und Vorurteilen gegenüber der Psychotherapie – häufig in der Dauer der depressiven Verstimmung, deren unmerklicher Chronifizierung und einem gewissen Sich-Abfinden mit dieser scheinbar hoffnungslosen Situation zu suchen sind. Die daraus resultierende Limitierung der Inanspruchnahme-Population führt letztlich auch in Falle von DAVOS zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Bedarfs sowie des realisierbaren Psychotherapieangebots und dessen potenzieller positiver Effekte.

Krankenhausaufenthalte konnten aufgrund der Corona-Pandemie nicht mehr valide erfasst und ausgewertet werden. Etliche Teilnehmende der Studie kamen während der Interventionsphase ins Krankenhaus und verstarben teilweise dort. Ob die Krankenseinweisung aufgrund einer Corona-Infektion stattfand oder ob depressive Symptome ursächlich hierfür waren, konnte leider nicht abschließend analysiert werden bzw. wurde nicht dokumentiert.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist weiterhin zu berücksichtigen, dass generell alle im Projekt erhobenen Daten von einer Verzerrung durch die recht hohe Drop-out-Rate von 69 % betroffen sind. Viele der Bewohnenden, die der Studienteilnahme zunächst zugestimmt und eine Einwilligungserklärung unterschrieben hatten, entschieden sich in der Folgezeit dennoch dagegen, sodass auch die Datenerhebungen in diesen Fällen sehr fragmentarisch geblieben sind. Als Gründe gaben die Betroffenen oftmals an, zu alt und/oder zu krank zu sein; häufig stand aber tatsächlich eine Depressionsdiagnose im Raum. Vermutlich hätten gerade diese Personen maßgeblich von den Interventionsmaßnahmen in DAVOS profitiert. Die hohe Drop-out-Rate macht darüber hinaus deutlich, dass es sich bei den Bewohnenden von Pflegeeinrichtungen um eine ganz besondere Personengruppe handelt und für zukünftige Projekte in diesem Setting bestimmte Bedürfnisse und Besonderheiten dieser vulnerablen Population berücksichtigt werden sollten. Viele Bewohnende sagten beispielsweise von sich selbst, sie hätten ihr Leben gelebt und sähen keine Notwendigkeit darin, noch etwas zu verändern. Auch eigentlich vorhandene Zeitressourcen waren für sie kein Argument für eine Projektteilnahme. Es bedurfte vieler aufklärender, motivierender und vertrauensbildender Gespräche seitens der Projektmitarbeitenden, um z. B. Bedenken und Vorurteile gegenüber der Studie auszuräumen und deren mögliche positive Aspekte herauszustellen.

Im Rahmen der Datenerhebung konnte weiterhin festgestellt werden, dass lange Befragungen mit vielen verschiedenen Bewertungsskalen sowohl für die Bewohnenden als auch die Interviewenden anstrengend sein können. Auch sollten eher Instrumente (Fragebögen) genutzt

werden, bei denen ein Ausweichen bei Fragen nicht möglich ist, d. h. beispielsweise Ja/Nein- und ähnliche Antwortformate. Gerade ältere Personen neigen manchmal zu weitschweifigen oder ausweichenden Antworten, wenn es zu viele Alternativen gibt.

Bezogen auf die Entwicklung und Finalisierung des Qualifizierungskonzeptes für die Case Manager ließen sich ebenfalls wichtige Ergebnisse destillieren. Es wurde u. a. deutlich, dass Schulungsinhalte und -instrumente aus der Praxis heraus entwickelt und die Rahmenbedingungen der jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen dabei berücksichtigt werden müssen, um eine Umsetzung in die Handlungspraxis zu ermöglichen. Jedes Pflegeheim ist dabei als individuelles Setting zu betrachten. Des Weiteren ist es hilfreich, die Zielgruppen der Schulungen in die Konzeption miteinzubeziehen, um kontinuierlich Bedarfe und Wünsche aus der Praxis aufzugreifen (partizipativer Ansatz). Derart konzipierte Schulungen regen ein Umdenken an und fördern die Weiterentwicklung der pflegerischen Expertise und Kompetenz. Ebenfalls wurde deutlich, dass eine rein onlinebasierte Umsetzung keinen Erfahrungsaustausch in Präsenz ersetzen kann, auch wenn es durchaus positive Evaluationsergebnisse gibt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse des Projekts DAVOS gerade vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie wichtige Anregungen und Hinweise für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung der besonders vulnerablen, doch bisher wenig beachteten Zielgruppe der Pflegeheimbewohnenden mit Depression liefern.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Das Grundmodell des pflegeheimbasierten Case Managers wurde im Rahmen von DAVOS nachhaltig implementiert und hat sich als praxistauglich erwiesen. Das vorherrschende Versorgungsdefizit bei Menschen mit Altersdepressionen konnte teilweise behoben werden, insofern als viele Heimbewohnende, die sonst keine Psychotherapie erhalten hätten, einer indikationsgerechten psychotherapeutischen Regelversorgung zugeführt werden konnten. DAVOS stellt somit eine erfolgreiche Pilotierung des gewählten Modellansatzes dar. Die sowohl in empirischer als auch praktischer Hinsicht gewonnenen Erkenntnisse aus DAVOS lassen sich grundsätzlich auch auf andere Populationen, d. h. nicht nur Personen mit depressiven Symptomen, sondern auch andere Pflegeheimbewohnende mit Psychotherapie-Behandlungsbedarf, übertragen.

Eine weitere praktische Implikation wäre, dass die Position der Case Manager in zukünftigen Projekten noch mehr hervorgehoben und gestärkt werden sollte. Damit diese vollumfassend ihre koordinativen und kommunikativen Aufgaben mit allen wichtigen Akteuren innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung übernehmen können, empfiehlt es sich dringend, von der Pflege unabhängige Stellenanteile zu schaffen. Hierdurch kann verhindert werden, dass Case Manager für Pflegetätigkeiten abgezogen werden.

Das Projekt DAVOS und die Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Projekt-Team wurde von Case Managern wie Heimleitungen mit „sehr gut“ bis „gut“ beurteilt. Auch während der Corona-Pandemie gab es regelmäßigen Austausch zwischen allen Beteiligten; Schulungen und Supervisionen fanden durchgehend statt (häufig in digitaler Form). Für künftige Projekte dieser Art könnte das im Projekt entwickelte Qualifizierungs- und Supervisionskonzept als evidenzbasierte Basis dienen und nach Bedarf angepasst bzw. individuell ausgebaut werden.

Auch die Ausbildung der Psychotherapeuten könnte von den Erfahrungen der im Projekt tätigen Therapeuten profitieren. Spezielle Seminare während der Psychotherapie-Ausbildung könnten das Interesse an der Thematik der Psychotherapie hochaltriger Menschen in Pflegeeinrichtungen wecken, jedoch auch für die besonderen Herausforderungen dieser Tätigkeit sensibilisieren. Die therapeutischen Sitzungen sollten gemeinsam mit Heimmitarbeitenden geplant werden, die über organisatorische Einblicke und Kompetenzen verfügen. Zusätzliche Aufklärungsgespräche mit den Angehörigen und dem Pflegepersonal sind zu empfehlen. Es

wäre ebenfalls ratsam, nicht mit längeren Behandlungszeiträumen zu planen, sondern die Sitzungen eher in höherer Frequenz anzubieten, um die Effizienz der Behandlung zu verbessern.

In den summativen Befragungen der beteiligten Case Manager und Heimleitungen wurde der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung klar kommuniziert. Zugleich herrschte eine gewisse Ratlosigkeit, wie diese Versorgung nach Projektende gewährleistet werden könnte. Neben strukturellen Hindernissen des dezentral organisierten und fragmentierten deutschen Gesundheitssystems wird die adäquate Behandlung Pflegeheimbewohnender mit Psychotherapie-Bedarf auch durch einzelne gesetzliche Rahmenbedingungen bzw. Richtlinien bisher noch deutlich erschwert (z. B. Problematik aufsuchender psychotherapeutischer Behandlung im Pflegeheim durch Vertragspsychotherapeuten; § 1 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarung). Ergebnisse und praktische Erfahrungen aus dem DAVOS-Projekt können wichtige Hinweise zur künftigen Ausgestaltung einer bedarfsgerechteren Versorgung an psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angst- oder somatoformen Störungen leidender Pflegeheimbewohnender geben.

Zusammengenommen liefert das Projekt DAVOS wichtige, konkrete und praxistaugliche Ansätze, um die in Pflegeheimen tätigen Mitarbeitenden zu Case Managern zu qualifizieren und bietet darüber hinaus wichtige Erkenntnisse, wie die psychotherapeutische Versorgung der Bewohnenden von Altenpflegeeinrichtungen nachhaltig verbessert werden könnte.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

9.1 Publikationen in Fachzeitschriften

Tesky, V. A., Schall, A., Schulze, U., Stagnier, U., Oswald, F., Knopf, M., König, J., Blettner, M., Arens, E. & Pantel, J. (2019). Depression in the nursing home: a cluster-randomized study to probe the effectiveness of a novel case management approach to improve treatment (the DAVOS project). *Trials*, 20(1), 424. doi: 10.1186/s13063-019-3534-x.

Schulze, U., Luft, L. & Kraus, K. (2021). Die „leisen Töne“ beachten. Umgang mit Depression in Altenpflegeeinrichtungen. *Dr. med. Mabuse*, 254, 52-54.

Des Weiteren sind Publikationen in gängigen nationalen wie internationalen Fachzeitschriften geplant, um die Ergebnisse des DAVOS-Projekts sowohl dem wissenschaftlichen Fachpublikum wie auch einer interessierten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Neben der Darstellung der Interventionsergebnisse sollen u. a. auch die fördernden und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung von Psychotherapie im Pflegeeinrichtungen beleuchtet werden.

Thema	Journal	Stand der Veröffentlichung
Gesamtergebnisse des Projekts DAVOS	GeroPsych	geplant
Psychotherapeutische Versorgung von Depressionen in Altenpflegeeinrichtungen: Potenziale und Erschwernisse in diesem Setting	N.N.	geplant
Mit 96 Jahren, da fängt das Leben an ... Verbesserung der Depressionsbehandlung im Pflegeheim: das Innovationsfondsprojekt „DAVOS“	Psychotherapie im Alter (PiA)	akzeptiert
Fördernde und hemmenden Faktoren von Psychotherapie im DAVOS-Projekt	N.N.	geplant

9.2 Beiträge bei Fachkongressen

Kraus, K., Luft, L., Schulze, U., Schall, A., Tesky, V. A., Müller, T., Stangier, U., Oswald, F. & Pantel, J. (2019). *Lernen in supervidierenden Prozessen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Altenpflegesetting*. Vortrag auf dem Kongress Lernwelten 2019. Abstract-Band Lernwelten, 26.

Luft, L. & Kraus, K. (2019). *Konzipierung von Schulungen mit und für Pflegefachpersonen und Betreuer/-innen in Altenpflegeheimen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Begleitung von Bewohner/-innen mit Depression*. Vortrag auf dem 5. Internationalen Kongress New Generation – ADVANCED PRACTICE NURSE 2019.

Schall, A., Tesky, V. A., Luft, L., Kraus, K., Meidinger, C., Nagel, L. C., Arens, E., Müller, T., Schulze, U., Stangier, U., Oswald, F. & Pantel, J. (2019). *Depression im Altenpflegeheim: Stand der Rekrutierung im Projekt DAVOS*. Posterpräsentation auf dem 31. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, DGG 2019.

Schall, A., Tesky, V. A., Schulze, U., Müller, T., Arens, E., Meidinger, C., Nagel, L. C., Stangier, U., Oswald, F. & Pantel, J. (2019). *Depression im Altenpflegeheim: Stand der Rekrutierung im Projekt DAVOS*. Posterpräsentation auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN 2019.

Luft, L. & Kraus, K. (2021). *Entwicklung des Qualifizierungskonzeptes „Depressionen im Alter“ im partizipativen Vorgehen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Begleitung von Bewohner/-innen mit Depression*. Vortrag auf dem Bremer Pflegekongress 2021.

Oswald, F. & Pantel, J. (2022). *Depression im Altenpflegeheim aus interdisziplinärer Sicht: Befunde aus dem Frankfurter Projekt DAVOS*. Symposium anlässlich des gemeinsamen Jahreskongresses DGGG & DGG 2022 mit den Einzelbeiträgen: (1) *Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen in Pflegeheimen - Ergebnisse des Case Management-Konzepts im Projekt DAVOS*, (2) *Psychotherapie im Altenheim: Where to begin*, (3) *Sehen| Wissen| Begleiten– Qualifizierungsbedarf aus pflegewissenschaftlicher Perspektive* und (4) *Vielfalt des Erlebens von Heimmaltag im ersten Jahr der Pandemie – diesseits und jenseits von Niedergeschlagenheit und Depression* unter Mitwirkung von Kraus, K., Leontowitsch, M., Luft, L., Nagel, L.C., Schall, A., Schulze, U., Stangier, U., Tesky, V.A. (in alphabetischer Reihenfolge).

Die Ergebnisse aus DAVOS sollen auf diversen weiteren Kongressen in Form von Posterpräsentationen und Vorträgen vorgestellt werden (z. B. DGGG 2023 und DGPPN 2023).

Thema	Kongress	Beitragsanmeldung
Gesamtdarstellung der Projektergebnisse aus DAVOS	DGGG 2023 & DGPPN 2023	Vortrag und Posterpräsentation
Beschreibung der Stichprobe im Projekt DAVOS unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Population	DGPPN 2023	Posterpräsentation
Psychotherapie im Pflegeheim – Beschreibung der Zielgruppe sowie Auswertung der Inanspruchnahme	DGGG 2023	Vortrag und/oder Posterpräsentation
Darstellung des Case Management-basierten Schulungskonzepts	DGGG 2023	Vortrag und/oder Posterpräsentation

10. Literaturverzeichnis

Almeida, O. P. (2012). Approaches to Decrease the Prevalence of Depression in Later Life. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 451-456.

Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQUOL-100 und WHOQUOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Hogrefe.

Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) (2011). *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR)*. Online:

https://www.fibaa.org/fileadmin/redakteur/pdf/ZERT/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf (abgerufen am 17.03.2022).

Bergmann, M., Brohmann, B., Hofmann, E., Loibl, M. C., Rehaag, R., Schramm, E. & Voß, J.-P. (2005). *Qualitätskriterien transdisziplinärer Forschung. Ein Leitfaden für die formative Evaluation von Forschungsprojekten*. ISOE-Studentexte, Nr. 13. Institut für sozialökologische Forschung (ISOE).

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S. & Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992-1001.

Bruce, M. L., Lohman, M. C., Greenberg, R. L., Bao, Y. & Raue, P. J. (2016). Integrating depression care management into Medicare Home Health reduces risk of 30 and 60-day hospitalization: The Depression CAREPATH Cluster-Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64, 196-203.

Büchtemann, D., Luppä, M., Bramesfeld, A. & Riedel-Heller, S. (2012). Incidence of Late-Life Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 172-179.

Butler, R. N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22, 529-535.

Carlson, W. L. & Snowden, M. (2007). Improving treatment for depression in the nursing home population: integrating the model of the depression care manager. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(3), 128-132.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T. & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56-67.

de Jong Gierveld, J. & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung* (2. Auflage). Online: <https://www.leitlinien.de/themen/depression/pdf/depression-2aufl-vers5-lang.pdf> (abgerufen am 17.03.2022).

Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Gensichen, J., Peitz, M., Torge, M., Mosig-Frey, J., Wendt-Hermainski, H., Rosemann, T. et al. (2006). Die „Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL)“ mit integriertem PHQ-D – Rationale und Entwicklung eines Instruments für das hausärztliche Case Management bei Depression. *Die Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 100, 375-382.

Gensichen, J., von Korff, M., Peitz, M., Muth, C., Beyer, M., Güthlin, C. et al. (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Annals for Internal Medicine*, 151(6), 369-378.

Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D. Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica*, 50, 171-181.

Gühne, U., Luppä, M., König, H. H. & Riedel-Heller, S. G. (2014). Collaborative and home based treatment for older adults with depression: a review of the literature. *Nervenarzt*, 85(11), 1363-1371.

Hautzinger, M. (2018). Psychotherapie bei Depressionen im Alter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(1), 31-40.

Hemming, K., Haines, T. P., Chilton P. J., Girling, A. J. & Lilford, R. J. (2015). The stepped wedge cluster randomised trial: rationale, design, analysis, and reporting. *British Medical Journal*, 350, h391.

Hirsch, R. D. & Kastner, U. (2004). *Heimbewohner mit psychischen Störungen - Expertise*. Kuratorium Deutsche Altershilfe. KDA-Schriftenreihe: Forum 38.

Holvast, F., van Hattem, B. A., Sinnige, J., Schellevis, F., Taxis, K. et al. (2017). Late-life depression and the association with multimorbidity and polypharmacy: a cross-sectional study. *Family Practice*, 34(5), 539-545.

Hughes, J. & Hakhu, N. R. (2016). *Stepped Wedge Cluster Randomized Trial (SW CRT) Design. Package 'swCRTdesign'*. Online: <https://mran.microsoft.com/snapshot/2018-02-02/web/packages/swCRTdesign/swCRTdesign.pdf> (abgerufen am 15.8.2022).

Hughes, J., Hakhu, N. R & Voldal, E. (2019). *_swCRTdesign: Stepped Wedge Cluster Randomized Trial (SW CRT) Design. R package version 2.1*. Online: <https://cran.r-project.org/web/packages/swCRTdesign/swCRTdesign.pdf> (abgerufen am 17.03.2022).

Hughes, J., Hakhu, N. R., Voldal, E. & Xia, F. (2022). *swCRTdesign: Stepped Wedge Cluster Randomized Trial (SW CRT) Design. R package version 3.3*. Online: <https://CRAN.R-project.org/package=swCRTdesign> (abgerufen am 15.08.2022).

Hussey, M. A. & Hughes, J. P. (2007). Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials. *Contemporary Clinical Trials*, 28(2), 182-191.

Hyer, L. (2005). Depression in Long-Term Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 280-299.

Isaac-Candeias, P. (2012). Psychisch krank im Alter. Therapie und Vorsorge. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 256-258.

Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.) (2021). *Pflege-Report 2021*. Springer.

Kammerer, K. & Falk, K. (2019). Wege in die Psychotherapie: Barrieren und Zugänge für ältere Menschen mit Depression. In K. Kammerer & K. Falk (Hrsg.), *Wege in die Psychotherapie* (S. 77-190). Psychosozial-Verlag.

Kessler, E.-M. (2021). *Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen*. Kohlhammer.

Kessler, E.-M., & Blachetta, C. (2020). Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & Mental Health*, 24(1), 193-196.

- Kok, R. M., Nolen W. A. & Heeren, T. J. (2012). Efficacy of Treatment in Older Depressed Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Double-Blind Randomized Controlled Trials with Antidepressants. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 103-115.
- Kramer, D., Allgaier, A. K., Fejtkova, S., Mergl, R. & Hegerl, U. (2009). Depression in nursing homes: prevalence, recognition, and treatment. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(4), 345-358.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. überarbeitete Auflage). Beltz.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Beltz.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30(1), 85-89.
- 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, 510-519.
- Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Witte, S., Loecherer, B. & Herzog, W. (2004). Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 386-390.
- Löwe, B., Unützer, J., Callahan, C., Perkins, A. & Kroenke, K. (2004). Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. *Medical Care*, 42, 1194-1201.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B. et al. (2012). Age- and Gender-Specific Prevalence of Depression in Latest-Life. Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221.
- Maaz, A. (2010). *Depressive Syndrome im Alter: Eine Sekundäranalyse der gesundheitlichen Versorgung auf der Basis von Krankenkassenroutinedaten*. Dissertation. Charité – Universitätsmedizin Berlin. Online: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/13685> (abgerufen am 17.03.2022).
- McBee, L. (2011). *Achtsamkeitsbasierte Altenpflege: Ein alternatives Modell für betreuungsbedürftige Senioren und ihre Pflegekräfte*. Arbor Verlag.
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. V. (2011). A tune in a “minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of sub-threshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 126-142.
- Nelson, J. C., Delucchi, K. L. & Schneider, L. S. (2013). Moderators of Outcome in Late-Life Depression: A Patient-Level Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 170(6), 651-659.
- Okereke, O. I. (Hrsg.). (2015). *Prevention of Late-Life Depression*. Springer Science+Business.
- Oswald, W. D., Rupprecht, R. & Gunzelmann, T. (Hrsg.) (1995). *Das SimA-Projekt: Erhebungsinstrumentarium*. Hogrefe.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 126-137.
- Plassman, B. L., Langa, K. M., McCammon, R. J., Fisher, G. G., Potter, G. G., Burke, J. R. et al. (2011). Incidence of Dementia and Cognitive Impairment, Not Dementia in the United States. *Annals of Neurology*, 70(3), 418-426.
- Power, M., Quinn, K. & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Reich, K. (2008). *Konstruktivistische Didaktik. Lehr- und Studienbuch mit Methodenpool* (4. Auflage). Beltz.

Rammstedt, B. & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality, 41*, 203-212.

Risch, A. K., Stagnier, U., Heidenreich, T. & Hautzinger, M. (2012). *Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression. Rückfälle verhindern, psychische Gesundheit erhalten*. Springer.

Rosenthal, G. (2014). *Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung*. Grundlagentexte Soziologie (4. Auflage). Beltz Juventa.

Schoevers, R. A., Smit, F., Deeg, D. J., Cuijpers, P., Dekker, J., van Tilburg, W. et al. (2006). Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *The American Journal of Psychiatry, 163*, 1611-1621.

Song, D., Shen, Q., Xu, T. Z. & Sun, Q. H. (2014). Effects of group reminiscence on elderly depression: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences, 1*, 416-422.

Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Beltz.

Trilling, A., Bruce, E., Hodgson, S. & Schweitzer, P. (2001). *Erinnerungen pflegen*. Vincentz.

Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen*. Interviewheft. Hogrefe.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*, 37-49.

Zellner-Keller, B., Singh, N. N. & Winton, A. S. W. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Approach for Seniors (MBCAS): Program Development and Implementation. *Mindfulness, 5*, 453-459.

11. Anhang

11.1 Flyer Informationsveranstaltung

11.2 Anerkennung der DAVOS-Fortbildungsveranstaltung durch LÄK-Hessen

11.3 Fortbildungsveranstaltung des Forschungsnetzwerks Allgemeinmedizin Frankfurt

11.4 Exemplarische Presseberichte zum Projektauftritt von DAVOS

11.5 Materialien (Fragen und deskriptive Auswertung) der Online-Abschlussbefragung

11.6 CONSORT-Flowchart

11.7 Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen für sekundäre Outcomes

12. Anlagen

12.1 Schulungspräsentationen für Case Manager: Teil 1 und Teil 2

12.2 Manual der Basisgruppe „Rundum Wohlbefinden stärken“

12.3 Screening-Instrument DeMoL-Pflege

12.4 Formular zur Erfassung der Gründe der Nicht-Teilnahme

12.5 Leitfaden der Psychotherapeutischen Sprechstunde

12.6 Manual zur Therapie der Depression im Alter

12.7 Qualifizierungskonzept / Band 1

12.8 Qualifizierungskonzept / Band 2

12.9 Supervisionskonzept

12.10 Materialien (Fragebogen und Leitfaden) zur Befragung der Psychotherapeuten

12.11 Materialien zur Erprobung der Spannungsbögen

12.12 Materialien zur formativen Evaluation

DAVOS

Depression im Altenpflegeheim
Erkennen – Handeln – Vorsorgen

Auftaktveranstaltung zum Projekt

Depression im Altenpflegeheim (DAVOS)



5. November 2018

12.00 – 14.30 Uhr

Campus Westend der Goethe-Universität
Festsaal des Casino-Gebäudes

Gefördert von:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Institut für
Allgemein-
medizin



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Wir informieren Sie über das in Frankfurt stattfindende, deutschlandweit einzigartige Forschungsprojekt **DAVOS** (Depression im Altenpflegeheim). Das Projekt hat zum Ziel, die Depressionsbehandlung von Bewohner/innen der teilnehmenden Pflegeheime zu verbessern.



Foto:
Ben Knabe/WDR Foto

Dr. Eckart von Hirschhausen - Arzt, Kabarettist und Gründer der Stiftung HUMOR HILFT HEILEN

Neben einer Projekteinführung erwarten Sie Beiträge von **Dr. Eckart von Hirschhausen** sowie dem renommierten Experten für Altersdepression **Prof. Dr. Martin Hautzinger**.

05.11.2018 12.00 – 14.30 Uhr

Campus Westend der Goethe-Universität

Festsaal des Casino-Gebäudes

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Eintritt ist frei.

Kontakt: Dr. Valentina Tesky & Dipl.-Psych., M.A. Arthur Schall
Institut für Allgemeinmedizin (Arbeitsbereich Altersmedizin)

Goethe-Universität Frankfurt

tesky@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

schall@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de



FRANKFURTER VERBAND



AGAPLESION
MARKUS DIAKONIE



ZENTRUM FÜR PSYCHOTHERAPIE
DER GOETHE-UNIVERSITÄT



HESSISCHES INSTITUT
FÜR PFLEGEFORSCHUNG
HessIP

UNIVERSITÄTSmedizin.
MARZ

FFIA

Frankfurter Forum
für interdisziplinäre
Altersforschung

IMBEI
Institut für Medizinische Biometrie,
Epidemiologie und Informatik



Landesärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a.M.

Prof. Dr. med. Johannes Pantel
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Anerkennung von
Fortbildungsveranstaltungen
Sachbearbeiterin: Frau Gabriele Volz

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt am Main
Tel. Sprechzeit: Mo.+Do. 8-17, Di.+Mi. 8-16, Fr. 8-14 Uhr
Telefon: 069 97672-556
Email: Gabriele.Volz@laekh.de
Internet: www.laekh.de

Ihr Zeichen	(bitte immer angeben) Unser Zeichen:	Datum:
	vol ANR: 18134492	10. August 2018

Anerkennung der ärztlichen Fortbildung. Ihr Antrag vom 10.08.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft, sich an ärztlicher Fortbildung zu beteiligen.

Ihre Veranstaltung wird entsprechend der Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen wie folgt anerkannt:

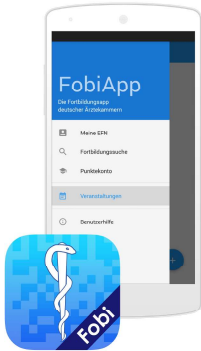
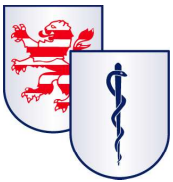
Antrags-Nummer	ANR 18134492 (bei Rückfragen und Zahlungen unbedingt angeben)		
Veranstaltungsthema	Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell (DAVOS)		
Veranstaltungsnummer	2760602018267320001	VNR-Passwort	c90wyqsf
Veranstaltungsort	Frankfurt	Kategorie	A
Veranstaltungstermin	26.09.18-26.09.18	Punktzahl	2
E-Mail-Adresse	tesky@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de		
Teilnahmegebühr (Euro)	---		

Bitte beachten!

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Vergabe von Fortbildungspunkten für die o.g. Veranstaltung gemäß Fortbildungsordnung keine Aussage oder Bescheid zur Anerkennung von Kursen - z.B. gemäß Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen oder Curricula der Bundesärztekammer enthält.

Sofern Sie entsprechende Kurse für Ärztinnen und Ärzte anbieten möchten, die nach Weiterbildungsordnung anrechenbar sind, muss rechtzeitig, mindestens 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn, eine gesonderte Antragsstellung bei der Abteilung Ärztliche Weiterbildung erfolgen. Beachten Sie bitte, dass für die Prüfung eine Gebühr fällig wird.

Rechtsbehelfsbelehrung: Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der Landesärztekammer Hessen, 60488 Frankfurt am Main, Im Vogelsgesang 3, schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.



Teilnehmer mit dem Smartphone erfassen!

Mit der FobiApp können Sie die Veranstaltungsdaten schnell und einfach über den Barcode einscannen und ersparen sich damit die manuelle Erfassung.

Weitere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Webseite unter: www.fobiapp.de

Inhalt des Barcodes:

Veranstaltungsnummer, VNR-Passwort, E-Mail-Adresse, Veranstaltungstermin, Veranstaltungsthema, Wissenschaftlicher Leiter, Punktzahl, PLZ, Ort



Scan mich!
mit der FobiApp



ANR: 18134492

I. Teilnehmerliste:

Originallisten müssen beim Veranstalter aufbewahrt werden.

II. Teilnahmebescheinigung:

Achten Sie darauf, dass jeder Teilnehmer unbedingt den Barcodeaufkleber in die Teilnehmerliste klebt, da eine Gutschrift der automatisierten Punkte ohne Aufkleber nicht erfolgen kann. Teilnehmer, die ihren Barcode nicht in die Teilnehmerliste eingeklebt haben, sind darauf hinzuweisen, dass sie auf die ihnen ausgehändigten Teilnahmebescheinigungen ihren Barcode mit ihrer EFN in das vorgesehene Feld einkleben und diese Teilnahmebescheinigung bei ihrer Landesärztekammer oder einen anderen zuständigen Stelle einreichen.

Für jede Veranstaltung ist als Anlage eine Muster-Teilnahmebescheinigung beigelegt, die entweder als Original oder als Kopiervorlage zu verwenden ist. Jedem Teilnehmer ist nach der Veranstaltung eine Teilnahmebescheinigung auszuhändigen.

III. Bearbeitungsgebühren :

Nach der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen ist eine Gebühr von 55,00 Euro pro Veranstaltungstag fällig. Wir belasten das von Ihnen angegebene Konto für diese Veranstaltung mit 55 Euro (1 Veranstaltungstag(e) à 55,00 Euro)

Für weitere Veranstaltungen (auch Teilveranstaltungen), stellen Sie bitte hierfür jeweils einen neuen Online-Antrag

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Gabriele Volz

Sachbearbeiterin

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.



Landesärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a.M.
Universitätsklinikum Ffm
Institut für Allgemeinmedizin, Arbeitsbereich Alte
Theodor-Stern-Kai 7
60326 Germany / Deutschland

Anerkennung von
Fortbildungsveranstaltungen
Sachbearbeiterin: Frau Gabriele Volz

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt am Main
Tel. Sprechzeit: Mo.+Do. 8-17, Di.+Mi. 8-16, Fr. 8-14 Uhr
Telefon 069 97672-556
Email: Gabriele.Volz@laekh.de
Internet: www.laekh.de

Ihr Zeichen

(bitte immer angeben)
Unser Zeichen:

Datum:

vol **ANR: 18134492**

10.08.2018

Gebührenbescheid

ANR: 18134492

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach der derzeit gültigen Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird folgender
Gebührenbescheid erlassen:

Für die Anerkennung der Veranstaltung "Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung
durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell (DAVOS)" vom 26.09.18-26.09.18 in Frankfurt unter
der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Johannes Pantel berechnen wir Ihnen Bearbeitungsgebühren in Höhe
von 55,00 Euro pro Veranstaltungstag.

Wir belasten das von Ihnen angegebene Konto für diese Veranstaltung mit insgesamt 55 Euro
(1 Veranstaltungstag(e) à 55,00 Euro)

Die Lastschrift erfolgt mit der Mandatsreferenz MOZ18134492 vom Konto mit der IBAN
DE32500502010000379999 ab dem 24.08.2018
Gläubiger ID der Landesärztekammer Hessen: DE85ZZZ00000313980.

Der Bescheid ist nicht umsatzsteuerpflichtig

Rechtsbehelfsbelehrung: Gegen den Bescheid der Bearbeitungsgebühren kann innerhalb eines Monats
nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der Landesärztekammer
Hessen, 60488 Frankfurt am Main, Im Vogelsgesang 3, schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen. Der
Widerspruch hat keine aufschiebende Wirkung.

Mit freundlichen Grüßen
i. A. Gabriele Volz
Sachbearbeiterin

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.



Fortbildungsveranstaltung
des ‚Forschungsnetzwerks Allgemeinmedizin Frankfurt‘ (ForN)
am 07.11.2018
- Programm -

- 15:30** Antrag des ForN und der Allgemeinmedizin in Dresden
zur Förderung von Forschungspraxis-Netzwerken durch das BMBF
(Prof. Gerlach und Dipl.Soz. Martin Beyer)
- 15:40** Depression bei älteren Patienten und Heimbewohnern
- Vorstellung und Diskussion des Projekts DAVOS
(Prof. Johannes Pantel und Dipl.Psych. Arthur Schall, M.A.)
- 16:30** *PAUSE (Kaffee und Kaltgetränke)*
- 17:00** Aus Fehlern lernen - CIRSforte (Projekt-Vorstellung und Diskussion)
(Dipl.Dok. Tatjana Blazejewski und Dipl.Soz. Martin Beyer)
- 17:45** Abschlussdiskussion
- 18:00** Veranstaltungsende

Ort: Haus 32C, Hörsaal Kinderklinik

Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/Main

Anmeldung/ Organisation (Bitte um Nennung der Namen + Berufsbezeichnung der Teilnehmer):

Birgit Kemperdick, Tel.: 069-6301-83883, Fax: 069-6301-6014

kemperdick@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de **oder** forN@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Bitte beachten Sie: Diesmal keine „getrennte“ **MFA-Fortbildung**, da alle o.g. Themen relevant sind für das **gesamte Praxisteam**. MFA sind aber auch diesmal ausdrücklich mit eingeladen!

Anhang 11.4: Exemplarische Presseberichte zum Projektauftritt von DAVOS

Gesundheit / 06.11.2018

"Depression bei Heimbewohnern oft unerkannt"

Wissenschaftler: Bei über 65-Jährigen in Pflegeheimen leiden 25 bis 45 Prozent an Depressionen – fünfmal so viele wie Gleichaltrige zuhause.



Alte Dame bekommt von einer Pflegerin das Essen serviert.

Frankfurt/Main (dpa/lhe). In Altenheimen leiden nach Einschätzung von Wissenschaftlern weit mehr Menschen an Depressionen als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen "ein eklatantes Behandlungsdefizit", sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das am Montag in Frankfurt gestartet wurde. Bei über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, litten fünf bis zehn Prozent an Depressionen - bei über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität.

Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt. Das Forschungsprojekt DAVOS (Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell) läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperiert dafür mit zehn Pflegeheimen und dem Hessischen Institut für Pflegeforschung

<https://www.ihre-vorsorge.de/nachrichten/lesen/depression-bei-heimbewohnern-oft-unerkannt.html>

Depression im Alter Das unentdeckte Altersleiden

Depressionen sind die zweithäufigste psychische Erkrankung bei älteren Menschen. Ein Modellprojekt will die Behandlung depressiver Störungen bei Pflegeheim-Bewohnern verbessern.

07.11.2018 10:11 Uhr



Bethi Aron (Mitte) begleitet die Heimbewohner durch den Alltag. Jeden Tag gibt es ein Programm: Heute kommen Kürbisse auf den Tisch. Foto: Christoph Boeckheler

Anzeige

Von welcher Wichtigkeit das Forschungsprojekt Davos ist, machten die Verantwortlichen schnell deutlich. „Depression ist die zweithäufigste psychiatrische Erkrankung bei älteren Menschen“, sagte Valentina Tesky vom Arbeitsbereich Altersmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt, der das Projekt in Kooperation mit dem Hessischen Institut für Pflegeforschung der Frankfurt University of Applied Sciences durchführt. Die Krankheitshäufigkeit ist in Altenpflegeheimen dabei fast doppelt so hoch wie in der älteren Allgemeinbevölkerung. Bei genau diesem Problem setzt das Projekt an.

Davos steht für „Depression im Altenpflegeheim – Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell“. Was kompliziert klingt, zielt auf die Behandlung an Depression erkrankter Menschen in Altenheimen. Bis zu 30 Prozent der Bewohner seien von Depression betroffen, so die Projektverantwortlichen. Besonders fatal ist, dass der überwiegende Anteil der Erkrankungen nicht erkannt wird und jene Fälle, die diagnostiziert werden, nur unzureichend behandelt werden. Es fehle an pharmazeutischer Behandlung, aber vor allem an Psychotherapien – ein eklatantes Versorgungsdefizit, so Tesky. Mit einer Depression steige auch immer das Suizidrisiko. „Ein Problem ist, dass eine Richtlinie den Psychotherapeuten vorschreibt, dass die Behandlung in den Praxisräumen stattfinden muss“, sagte Johannes Pantel, Leiter des Arbeitsbereichs Altersmedizin an der Goethe-Uni. Dadurch würden Behandlungen von Pflegeheim-Bewohnern erschwert. Davos

möchte zeigen, dass die Behandlung in den Einrichtungen funktioniert, und somit vielleicht eine Änderung der Richtlinie bewirken.

Modellprojekt vorerst nur in Frankfurt

„Es ist das erste Projekt dieser Art in Deutschland“, hob Valentina Tesky hervor. Da eine wissenschaftliche Evaluierung stattfindet, könnte das Pilotprojekt nach erfolgreichem Abschluss auch auf die nationale Ebene ausgerollt werden. Bis es so weit ist, bleibt Davos ausschließlich in Frankfurt verortet. Zehn Pflegeeinrichtungen der beiden Träger Frankfurter Verband und Agaplesion sind Teil des Projekts.

Probanden sind dabei alle Bewohner über 60 Jahre, die sich freiwillig für den Versuch melden. „Depression ist dabei keine Voraussetzung“, sagte Arthur Schall, ebenfalls vom Arbeitsbereich Altersmedizin der Goethe-Universität. Gesunde Teilnehmer brauche man wegen der Vergleichbarkeit, aber auch, weil Depressionen ein schleichender und eben oft unerkannter Zustand seien. Einige Probanden könnten also ein Risiko zur Erkrankung haben, und das Projekt erfülle damit auch eine präventive Funktion.

Im Dezember beginnen die individuellen Befragungen aller Teilnehmer. Zudem soll in allen Pflegeeinrichtungen eine Aktivierungsgruppe etabliert werden, bei der jeder mitmachen kann. Dadurch soll die soziale Teilhabe gesteigert werden. Bei Probanden, die eine Depression aufweisen, werden schließlich psychotherapeutische Einzelgespräche durchgeführt und es werden psychotherapeutische Depressionsgruppen gebildet.

Angelegt ist das Projekt zunächst bis Mitte 2020. Insgesamt stehen den Projektverantwortlichen 1,4 Millionen Euro zur Verfügung. Gefördert wird Davos vom Innovationsausschuss des Bundes.

Als Ziel setzen sich die Verantwortlichen zunächst, die Lebensqualität und soziale Partizipation der betroffenen Teilnehmer zu steigern. Auch die Pflegekräfte sollen sensibilisiert werden, um Symptome besser zu erkennen. Außerdem soll das Projekt zu einer Entlastung führen und Schulungsmodelle schaffen.

<http://www.fr.de/wissen/gesundheit/depression-im-alter-das-unentdeckte-altersleiden-a-1614949>

Heimbewohner haben häufiger Depressionen

Der Anteil von Senioren mit [Depressionen](#) liegt der Einschätzung von Wissenschaftlern zufolge in Altersheimen höher als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen „ein eklatantes Behandlungsdefizit“, sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts. Von den über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, hätten fünf bis zehn Prozent Depressionen. bei den über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt. Das Forschungsprojekt DAVOS läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert.

https://www.welt.de/print/die_welt/wissen/article183338572/Kompakt-Wissen-Kompakt.html

Ärzte Zeitung online, 05.11.2018

Studie

Depressionen im Altenheim oft nicht erkannt

Eine neue Studie soll helfen, Depressionen bei Heimbewohnern schneller zu erkennen.

FRANKFURT/MAIN. Jeder siebte Bewohner eines Alten- oder Pflegeheims in Deutschland leidet an einer Depression, die in den meisten Fällen jedoch unerkannt und somit unbehandelt bleibt.

Um die Situation Betroffener zu verbessern, startet im Dezember ein bundesweit einzigartiges Projekt, das am Montag am Campus Westend der Goethe-Uni vorgestellt worden ist.

Das unter Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin, Arbeitsbereich Altersmedizin, ins Leben gerufene Forschungsprojekt DAVOS („Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell“) verfolgt zwei Ziele: In einem ersten Schritt werden in zehn Frankfurter Heimen mit insgesamt 1250 Plätzen Pflegekräfte zu sogenannten Case-Managern ausgebildet, die anhand standardisierter Screenings eruieren, wie viele Bewohner an depressiven Symptomen leiden.

In einem zweiten Schritt erhalten die Betroffenen in Einzel- und Gruppengesprächen eine fachärztliche Psychotherapie. Auf diese Weise will man langfristig sowohl die Prävalenz von Depressionen in Altenpflegeheimen senken als auch den Schweregrad der depressiven Symptomatik insgesamt herabsetzen.

„Seelische Gesundheit braucht Öffentlichkeit“, sagte der Arzt, Kabarettist und Autor Dr. Eckart von Hirschhausen als Gastredner beim Auftakt in Frankfurt und wies darauf hin, dass gerade die Suizidrate unter Männern mit dem Alter dramatisch steigt.

Dr. Valentina Tesky, eine der Initiatorinnen des Projekts, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss für drei Jahre mit insgesamt 1,4 Millionen Euro gefördert wird, erklärte, dass nur die Hälfte jener Altenpflegeheimbewohner, die überhaupt die Diagnose Depression erhalten, auch adäquat behandelt würden. *(smi)*

https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/psychotherapeutische_versorgung/article/975384/studie-depressionen-altenheim-oft-nicht-erkannt.html

Depression wird bei Heimbewohnern nicht adäquat behandelt

09.11.2018

Die Wissenschaft hat festgestellt: 25 bis 45 Prozent der Pflegeheim-Bewohner haben Depressionen, adäquat behandelt wird nur eine Minderheit von ihnen.

Der Anteil von Senioren mit Depressionen liegt der Einschätzung von Wissenschaftlern zufolge in Alten- und Pflegeheimen höher als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen "ein eklatantes Behandlungsdefizit", sagten Mitarbeiter des Forschungsprojekts [DAVOS](#), das vor wenigen Tagen in Frankfurt gestartet wurde.

Von den über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, hätten fünf bis zehn Prozent Depressionen – bei den über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es hingegen 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des [Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität](#). Nur 40 Prozent der unter Depression leidenden Heimbewohner bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

Das Forschungsprojekt [DAVOS](#) (die Abkürzung steht für "Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell") läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro vom [Gemeinsamen Bundesausschuss](#) staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperieren dafür mit zehn Pflegeheimen mit einer Gesamtzahl von über 1.250 Pflegeplätzen und mit dem [Hessischen Institut für Pflegeforschung](#)

<http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Depression-wird-bei-Heimbewohnern-nicht-adaequat-behandelt>

Depression bei Heimbewohnern wird selten erkannt

05.11.2018 | 14:10



Ein Korridor in einem Pflegeheim. Foto: Christoph Schmidt/Archiv © deutsche presse agentur

In Altenheimen leiden nach Einschätzung von Wissenschaftlern weit mehr Menschen an Depressionen als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen "ein eklatantes Behandlungsdefizit", sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das am Montag in Frankfurt gestartet wurde.

Bei über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, litten fünf bis zehn Prozent an Depressionen - bei über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

Das Forschungsprojekt DAVOS (Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell) läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperiert dafür mit zehn Pflegeheimen und dem Hessischen Institut für Pflegeforschung.

Quelle: DPA

<https://www.rtl.de/cms/depression-bei-heimbewohnern-wird-selten-erkannt-4246563.html>

(mehr dazu bei www.rtl.de)

05. November 2018 13:57

Gesundheit - Frankfurt am Main

Depression bei Heimbewohnern wird selten erkannt

Direkt aus dem dpa-Newskanal

Frankfurt/Main (dpa/lhe) - In Altenheimen leiden nach Einschätzung von Wissenschaftlern weit mehr Menschen an Depressionen als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen "ein eklatantes Behandlungsdefizit", sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das am Montag in Frankfurt gestartet wurde.

Bei über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, litten fünf bis zehn Prozent an Depressionen - bei über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

Das Forschungsprojekt DAVOS (Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell) läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperiert dafür mit zehn Pflegeheimen und dem Hessischen Institut für Pflegeforschung.

<https://www.sueddeutsche.de/news/gesundheit/gesundheit---frankfurt-am-main-depression-bei-heimbewohnern-wird-selten-erkannt-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-181105-99-674454>

Depressionen im Altenheim oft nicht erkannt

Jeder siebte Bewohner eines Alten- oder Pflegeheims in Deutschland leidet an einer Depression, die in den meisten Fällen jedoch unerkannt und somit unbehandelt bleibt. Um die Situation Betroffener zu verbessern, startet im Dezember ein bundesweit einzigartiges Projekt, das am Montag am Campus Westend der Goethe-Uni vorgestellt worden ist.



Das unter Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin, Arbeitsbereich Altersmedizin, ins Leben gerufene Forschungsprojekt DAVOS („Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell“) verfolgt zwei Ziele: In einem ersten Schritt werden in zehn Frankfurter Heimen mit insgesamt 1250 Plätzen Pflegekräfte zu sogenannten Case-Managern ausgebildet, die anhand standardisierter Screenings eruieren, wie viele Bewohner an depressiven Symptomen leiden.

In einem zweiten Schritt erhalten die Betroffenen in Einzel- und Gruppengesprächen eine fachärztliche Psychotherapie. Auf diese Weise will man langfristig sowohl die Prävalenz von Depressionen in Altenpflegeheimen senken als auch den Schweregrad der depressiven Symptomatik insgesamt herabsetzen.

„Seelische Gesundheit braucht Öffentlichkeit“, sagte der Arzt, Kabarettist und Autor Dr. Eckart von Hirschhausen als Gastredner beim Auftakt in Frankfurt und wies darauf hin, dass gerade die Suizidrate unter Männern mit dem Alter dramatisch steigt.

Dr. Valentina Tesky, eine der Initiatorinnen des Projekts, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss für drei Jahre mit insgesamt 1,4 Millionen Euro gefördert wird, erklärte,

dass nur die Hälfte jener Altenpflegeheimbewohner, die überhaupt die Diagnose Depression erhalten, auch adäquat behandelt würden. (smi)

<https://www.springerpflege.de/depression/depressionen-altenheim/16254316>

Altersmedizin Depression bei Heimbewohnern seltener behandelt

Der Anteil von Senioren mit Depressionen liegt der Einschätzung von Wissenschaftlern zufolge in Altersheimen höher als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen.



von dpa

In Altenheimen leiden nach Einschätzung von Wissenschaftlern der Goethe-Universität weit mehr Menschen an Depressionen als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. - Bild: antikarium (Fotolia.com)

Es gebe in Alterheimen « **ein eklatantes Behandlungsdefizit**», sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das am Montag (05.11.2018) in Frankfurt gestartet wurde. Von den über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, hätten fünf bis zehn Prozent **Depressionen** - bei den über 65-Jährigen in **Pflegeheimen** seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der **Goethe-Universität**. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

Das Forschungsprojekt **DAVOS** läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperieren dafür mit zehn Pflegeheimen und dem **Hessischen Institut für Pflegeforschung**.

<https://www.hcm-magazin.de/depression-bei-heimbewohnern-seltener-behandelt/150/27350/380017>

Depression bei Heimbewohnern wird selten erkannt

Veröffentlicht am 05.11.2018



Ein Korridor in einem Pflegeheim. Foto: Christoph Schmidt/Archiv

Frankfurt/Main (dpa/lhe) - In Altenheimen leiden nach Einschätzung von Wissenschaftlern weit mehr Menschen an Depressionen als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen «ein eklatantes Behandlungsdefizit», sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das am Montag in [Frankfurt](#) gestartet wurde.

Bei über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, litten fünf bis zehn Prozent an Depressionen - bei über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

Das Forschungsprojekt DAVOS (Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell) läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperiert dafür mit zehn Pflegeheimen und dem Hessischen Institut für Pflegeforschung.

dpa-infocom GmbH

<https://www.welt.de/regionales/hessen/article183302308/Depression-bei-Heimbewohnern-wird-selten-erkannt.html>

Wissenschaftler: Depression bei Heimbewohnern seltener behandelt

Frankfurt/Main (dpa) - Der Anteil von Senioren mit Depressionen liegt der Einschätzung von Wissenschaftlern zufolge in Altersheimen höher als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen "ein eklatantes Behandlungsdefizit", sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das am Montag in Frankfurt gestartet wurde. Von den über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, hätten fünf bis zehn Prozent Depressionen - bei den über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

Das Forschungsprojekt DAVOS läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperieren dafür mit zehn Pflegeheimen und dem Hessischen Institut für Pflegeforschung.

https://aok-bv.de/presse/dpa-ticker/index_21246.html

Bei Altersheimbewohnern selten erkannt

In Altenheimen leiden nach Einschätzung von Wissenschaftlern weit mehr Menschen an Depressionen als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen «ein eklatantes Behandlungsdefizit», sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das heute in Frankfurt startet.

dpa



Oft nicht erkannt oder falsch behandelt: Depressionen in Pflegeheimen.

Bei über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, litten 5 bis 10 Prozent an Depressionen, bei über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

Das Forschungsprojekt DAVOS (Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell) läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperieren dafür mit zehn Pflegeheimen und dem Hessischen Institut für Pflegeforschung.

Foto: iStock/FredFroese

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/bei-altersheimbewohnern-selten-erkannt/>

Depression bei Heimbewohnern wird selten erkannt

In Altenheimen leiden nach Einschätzung von Wissenschaftlern weit mehr Menschen an Depressionen als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen "ein eklatantes Behandlungsdefizit", sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das am Montag in Frankfurt gestartet wurde.



Ein Korridor in einem Pflegeheim. Quelle: Christoph Schmidt/Archiv
Frankfurt/Main

Bei über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, litten fünf bis zehn Prozent an Depressionen - bei über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

Das Forschungsprojekt DAVOS (Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell) läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperiert dafür mit zehn Pflegeheimen und dem Hessischen Institut für Pflegeforschung.

dpa

<http://www.op-marburg.de/Mehr/Hessen/Panorama/Depression-bei-Heimbewohnern-wird-selten-erkannt>

Projekt soll Situation verbessern

Depression bei Heimbewohnern seltener behandelt

06.11.2018

PDF



[zurück](#)



Heimbewohner leiden häufiger an Depressionen als ihre Altersgenossen, die in der eigenen Häuslichkeit leben. Foto: Adobe Stock/ Rido

Der Anteil von Senioren mit Depressionen liegt der Einschätzung von Wissenschaftlern zufolge in Altersheimen höher als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen "ein eklatantes Behandlungsdefizit", sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das am Montag (5.11) in Frankfurt gestartet wurde.

Von den über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, hätten fünf bis zehn Prozent Depressionen - bei den über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

Das Forschungsprojekt DAVOS soll die Situation in den Heimen diesbezüglich verbessern. Es läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperieren dafür mit zehn Pflegeheimen und dem Hessischen Institut für Pflegeforschung.

<http://www.altenheim.net/Infopool/Nachrichten/Depression-bei-Heimbewohnern-seltener-behandelt>

Wissenschaftler: Depression bei Heimbewohnern seltener behandelt

Montag, 5. November 2018



/WavebreakMediaMicro, stockadobecom

Frankfurt am Main – Der Anteil von Senioren mit Depressionen liegt der Einschätzung von Wissenschaftlern zufolge in Altersheimen höher als bei Gleichaltrigen, die noch im eigenem Zuhause leben. Es gebe in Heimen „ein eklatantes Behandlungsdefizit“, sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das heute in Frankfurt gestartet wurde. Von den über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, hätten fünf bis zehn Prozent Depressionen – bei den über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des [Arbeitsbereichs Altersmedizin](#) am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98943/Wissenschaftler-Depression-bei-Heimbewohnern-seltener-behandelt>

WISSENSCHAFTLER: DEPRESSION BEI HEIMBEWOHNERN SELTENER BEHANDELT

Frankfurt/Main (dpa) , 06.11.2018

Der Anteil von Senioren mit Depressionen liegt der Einschätzung von Wissenschaftlern zufolge in Altersheimen höher als bei Gleichaltrigen in Privatwohnungen. Es gebe in Heimen „ein eklatantes Behandlungsdefizit“, sagten Mitarbeiter eines Forschungsprojekts, das am Montag in Frankfurt gestartet wurde. Von den über 65-Jährigen, die zu Hause lebten, hätten fünf bis zehn Prozent Depressionen - bei den über 65-Jährigen in Pflegeheimen seien es 25 bis 45 Prozent, sagten Psychologen des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Nur 40 Prozent der Depressiven in Heimen bekämen überhaupt eine Diagnose, von diesen wiederum werde maximal die Hälfte adäquat behandelt.

Das Forschungsprojekt DAVOS läuft drei Jahre und wird mit 1,4 Millionen Euro staatlich gefördert. Die Frankfurter Altersmediziner kooperieren dafür mit zehn Pflegeheimen und dem Hessischen Institut für Pflegeforschung.

<https://www.apollon-hochschule.de/news-aus-der-branche/detail/article/wissenschaftler-depression-bei-heimbewohnern-seltener-behandelt/>

Dr. Valentina Tesky
Abschlussbefragung DAVOS ()
Erfasste Fragebögen = 11

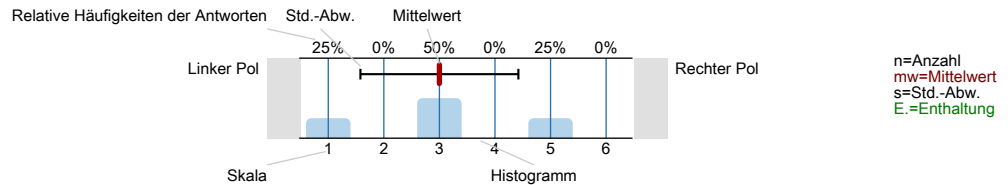


Globalwerte

Auswertungsteil der geschlossenen Fragen

Legende

Fragestext



2. Datenschutzerklärung

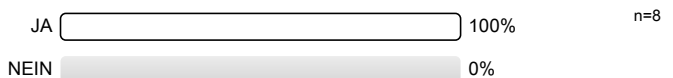
All Ihre Angaben sowie die von Ihnen erhobenen Daten werden absolut vertraulich behandelt. Die im Rahmen der Befragung erhobenen Daten werden ausschließlich zu Evaluationszwecken verwendet und keinesfalls an unbefugte Dritte weitergegeben. Personenbezogene Daten (z.B. Alter) werden ausschließlich in Verbindung mit einer anonymisierten Kennung (bestehend aus Buchstaben und Zahlen) gespeichert. Die wissenschaftliche Verwertung (Dokumentation, Speicherung und Auswertung) und ggf. eine Veröffentlichung der Daten erfolgt ausschließlich in dieser anonymisierten Form, sodass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.

Rückfragen:

Dipl.-Psych., M.A. Arthur Schall
Institut für Allgemeinmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt am Main
schall@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

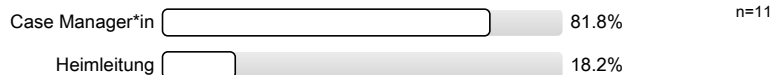
Dr. Valentina Tesky
Diplom-Psychologin
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt am Main
tesky@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

2.1) Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme dieser zu.



3. Aufgabe im Projekt

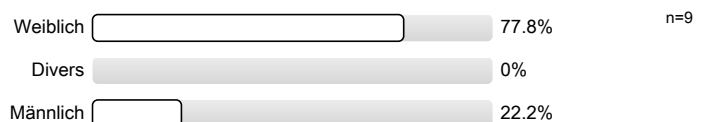
3.1) Bitte wählen Sie aus, ob Sie als Case Manager*in oder als Heimleitung am Projekt beteiligt waren.



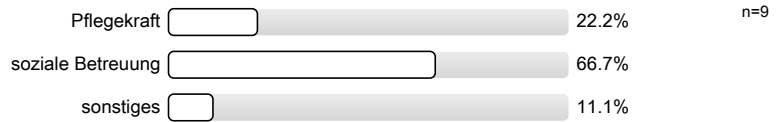
4. Befragung der Case Manager*innen

Demografische Daten

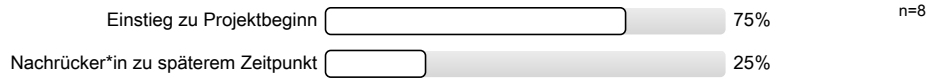
4.2) Geschlecht



4.4) Was ist ihre Qualifikation und Funktion in der Einrichtung?

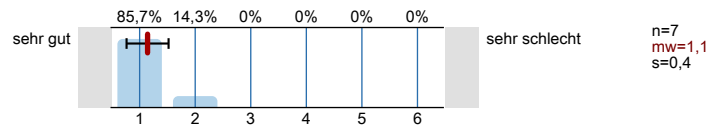


4.5) Ab wann sind Sie als Case Manager*in bei DAVOS dabei?



Schulung/Qualifikationen

4.6) Beurteilen Sie bitte Ihre Schulung / Qualifikation im Projekt DAVOS anhand dieser Skala.



Bitte die folgende Fragen mit JA oder NEIN beantworten

4.7) Haben sie sich ausreichend geschult/ vorbereitet gefühlt?



4.8) Ich habe durch die Schulung einen Lernzuwachs erfahren.



4.9) Ich konnte die gelernten Inhalte gut in die Praxis umsetzen?



Wie bewerten Sie die Schulungsinhalte? Bitte die folgenden Aussagen mit JA oder NEIN beantworten.

4.10) Es wurden aus meiner Sicht relevante Inhalte vermittelt.



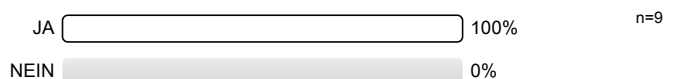
4.11) Die Schulungsinhalte wurden klar und verständlich dargestellt.



4.12) Die Schulungsinhalte waren dem zeitlichen Rahmen angemessen.



4.13) Es wurde ausreichend auf Fragen eingegangen.



4.14) Ich konnte meine Erfahrungen aus meiner Arbeit im Pflegeheim ausreichend einbringen.



n=9

4.15) Die Einführung/Erklärung in das Screening-Instrument DeMoL war ausreichend.



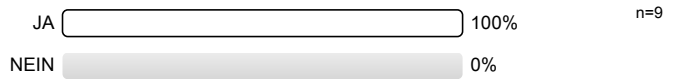
n=8

4.16) Ich konnte das Screening-Instrument DeMoL gut bei meiner Tätigkeit als Case Manager*in einsetzen.



n=8

4.17) Die angewendeten Vermittlungsmethoden (z.B. Vortrag, Gruppenarbeit) waren den Inhalten angemessen.



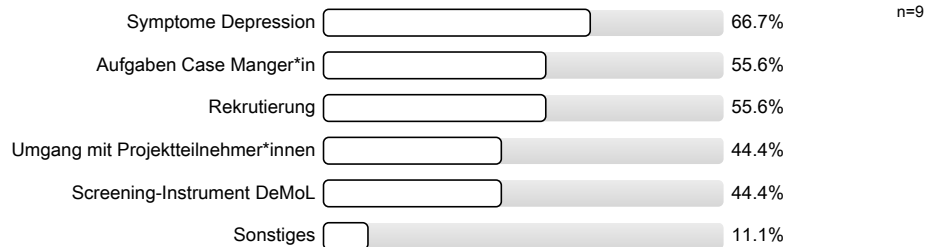
n=9

4.18) Die verwendeten Materialien (z.B. Präsentation, Handouts) waren hilfreich.



n=8

4.19) Welche Inhalte waren ihnen besonders wichtig?
(Mehrfachangabe möglich)



n=9

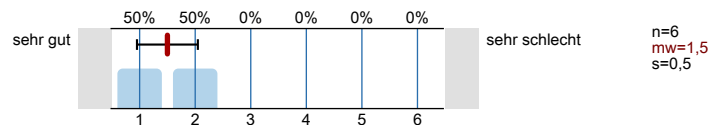
4.21) Wo hätten Sie persönlich gerne mehr Schulungsbedarf gehabt?
(Mehrfachangabe möglich)



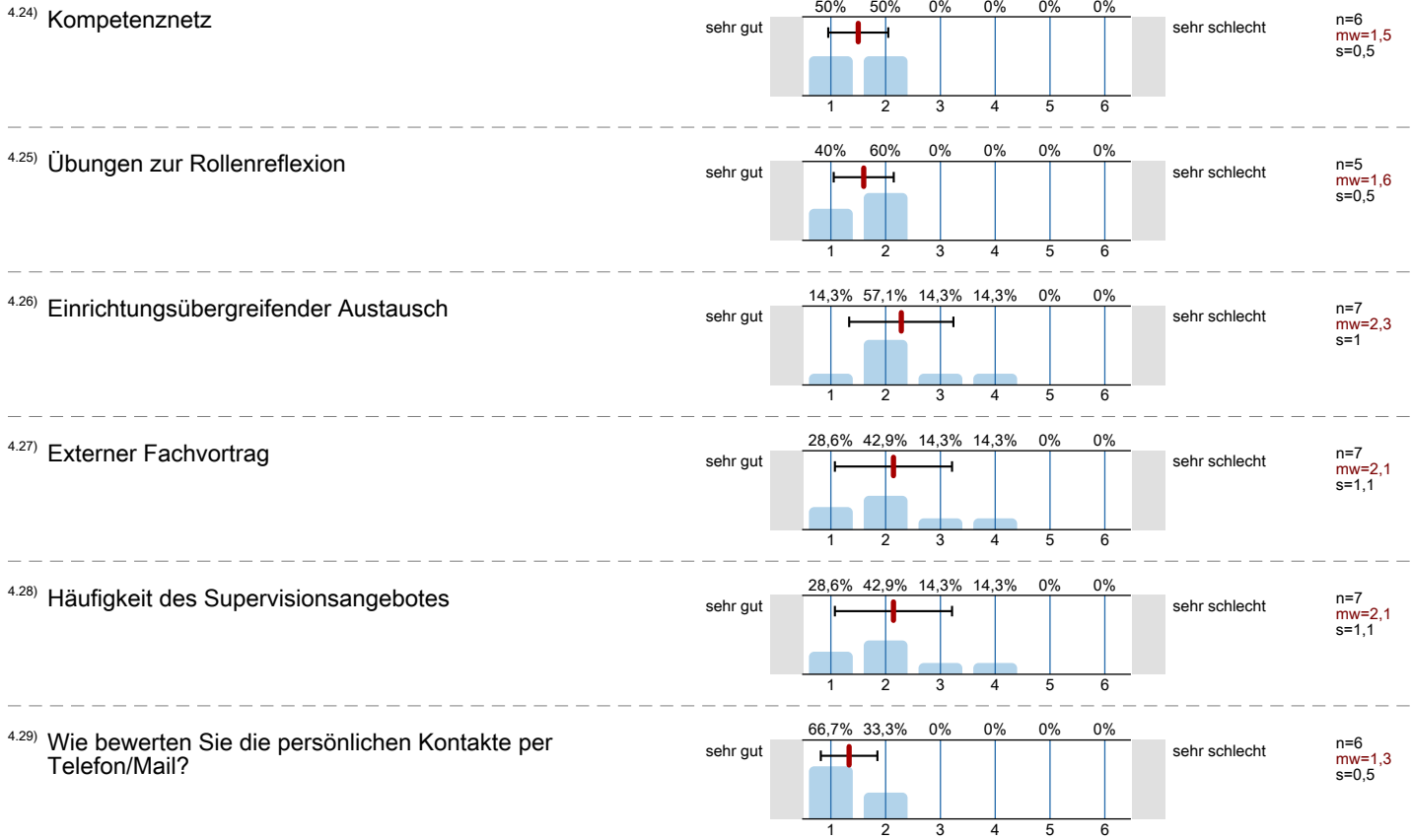
n=9

Supervision geleitet durch Mitarbeitende vom HessIP

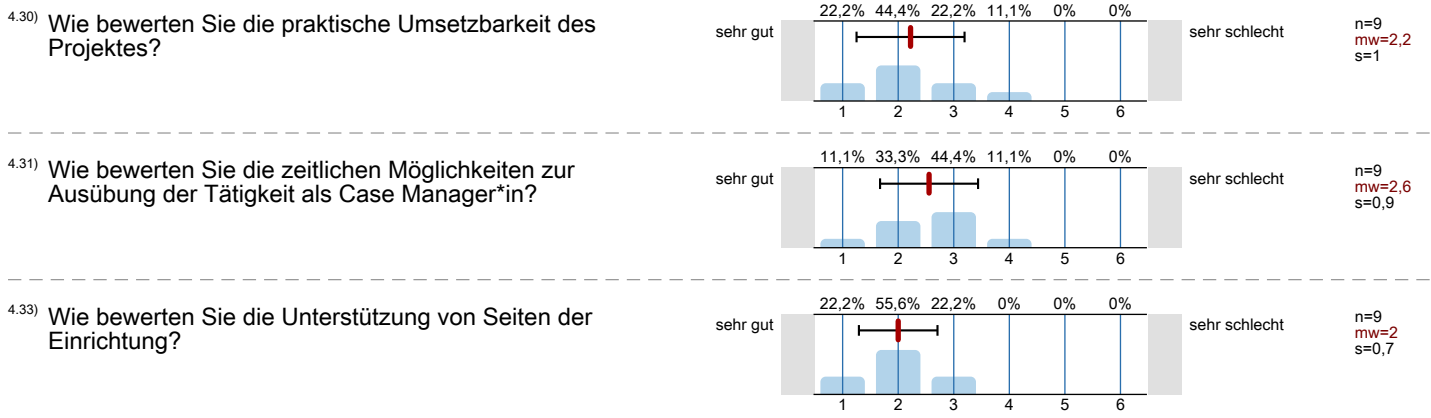
4.23) Wie beurteilen Sie die Supervision?



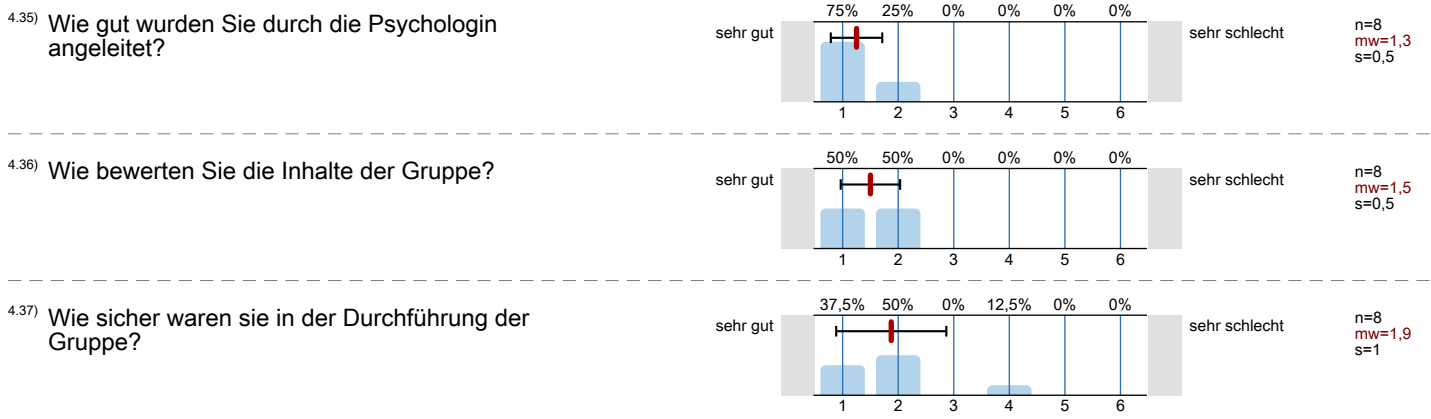
Bitte bewerten Sie die unten stehenden Bausteine der begleitenden Supervision im Hinblick auf die Umsetzung ihrer Tätigkeitsfelder als Case Manager*in



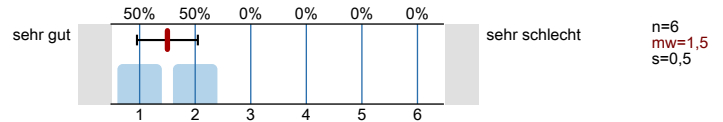
Praktische Umsetzung vom Projekt DAVOS



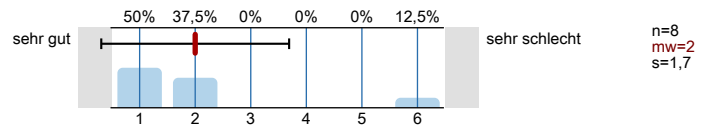
Wohlbefindens-Gruppe:



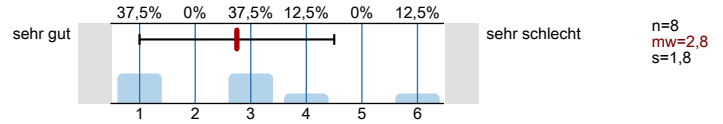
4.38) Wie wohl haben Sie sich selbst dort gefühlt?



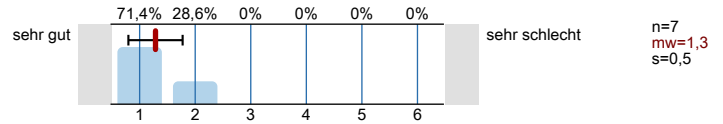
4.39) Wie wurde die Gruppe von Bewohner*innen angenommen?



4.40) Wie realistisch ist es, dass Sie die Gruppe auch nach dem Projekt weiterhin durchführen?



4.41) Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der Psychologin als Gruppenmentorin?

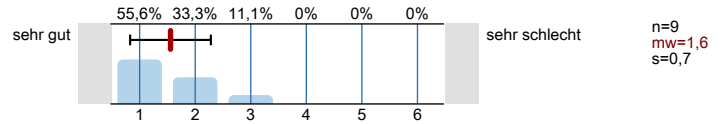


Persönliche Aspekte:

Nachhaltigkeit

Globale Bewertung

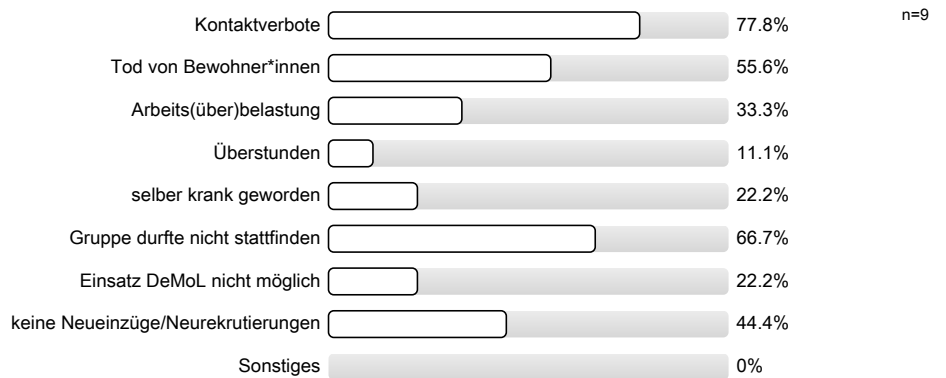
4.50) Bitte Bewerten Sie das Projekt DAVOS als Versorgungskonzept.



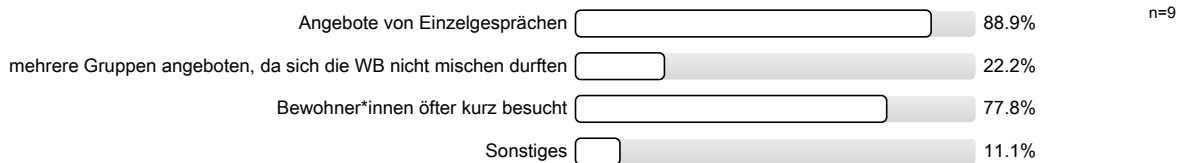
Herausforderungen unter der Corona-Pandemie

5.

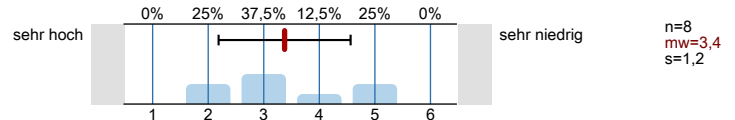
5.1) Welche Einschränkungen in Ihren Tätigkeiten als Case Manager*in ergaben sich durch die Corona Pandemie? (Mehrfachangabe möglich)



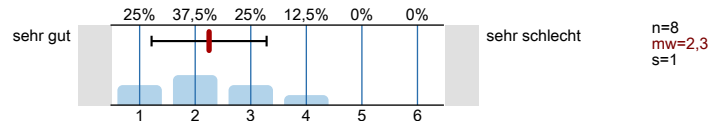
5.3) Welche besonderen Angebote/Maßnahmen haben Sie ergriffen, um die am Projekt teilnehmenden Bewohner*innen trotz der Corona-Beschränkungen weiterhin als Case Manager*in zu betreuen? (Mehrfachangabe möglich)



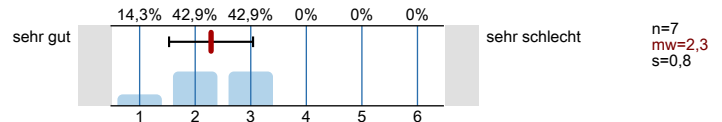
5.5) Wie groß bewerten Sie den Mehraufwand unter den Corona-Beschränkungen (z.B. der Transfer für die Befragungen in spezielle Räumlichkeiten, Einzelbesuche der Bewohner*innen, um mit ihnen zu sprechen)?



5.6) Haben Sie sich auch unter den Corona-Beschränkungen immer gut in das Projekt DAVOS eingebunden gefühlt?



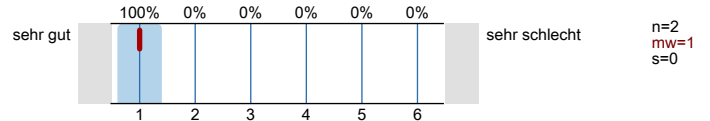
5.7) Wie beurteilen Sie den Kontakt zu den Projektmitarbeiter*innen unter den Corona-Beschränkungen?



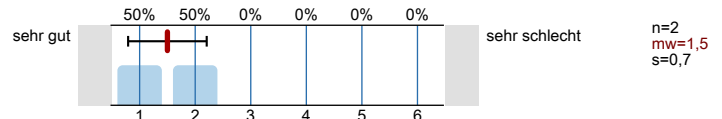
6. Befragung der Heimleitung

Praktische Umsetzung

6.7) Wie bewerten Sie die Kommunikation mit den Case Manager*innen?



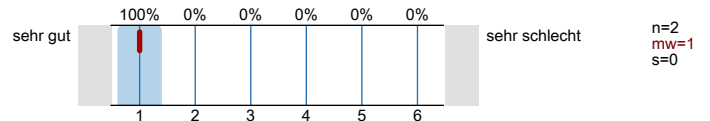
6.8) Wie bewerten Sie die Kommunikation mit dem Projektteam?



Nachhaltigkeit

Globale Erwartung

6.16) Bitte bewerten Sie das Projekt DAVOS als Versorgungskonzept.



Corona

7.

7.1) Wie beurteilen Sie die Projektdurchführung unter den Corona-Beschränkungen?

Es wird keine Auswertung angezeigt, da die Anzahl der Antworten zu gering ist.

7.2) Haben Sie sich auch unter den Corona-Beschränkungen immer gut in das Projekt DAVOS eingebunden gefühlt?

Es wird keine Auswertung angezeigt, da die Anzahl der Antworten zu gering ist.

7.3) Wie beurteilen Sie den Kontakt zu den Projektmitarbeiter/innen unter den Corona-Beschränkungen?

Es wird keine Auswertung angezeigt, da die Anzahl der Antworten zu gering ist.

8. Danke für Ihre Teilnahme

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Teilnahme an dieser Umfrage!

Falls Sie noch Fragen haben sollten, oder Sie sich mit uns in Verbindung setzen möchten, kontaktieren Sie uns gerne!

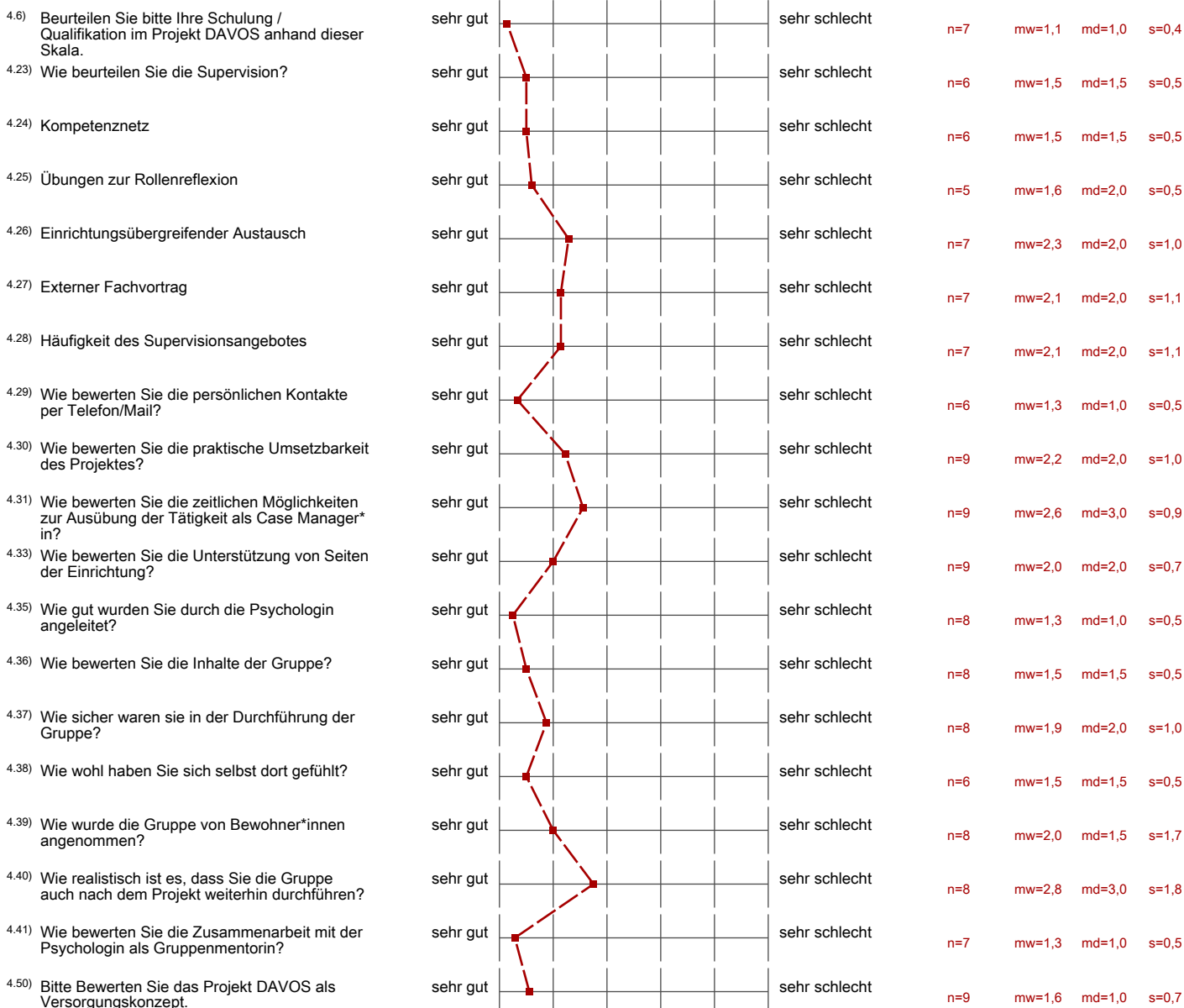
tesky@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
schall@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Profilinie

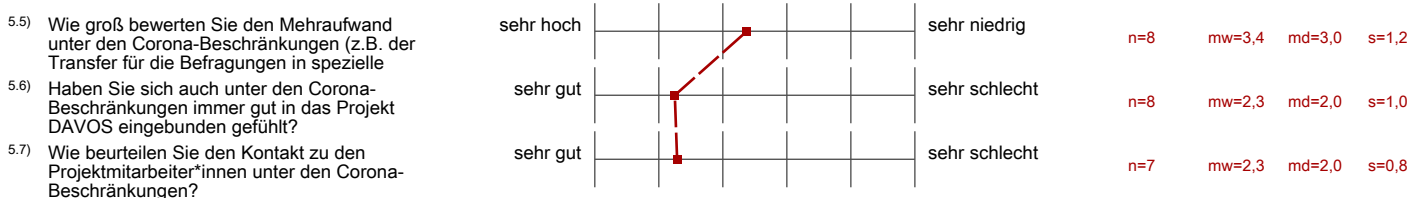
Teilbereich: FB 16 Medizin
 Name der/des Lehrenden: Dr. Valentina Tesky
 Titel der Lehrveranstaltung: Abschlussbefragung DAVOS
 (Name der Umfrage)

Verwendete Werte in der Profillinie: Mittelwert

4. Befragung der Case Manager*innen



5.



6. Befragung der Heimleitung

6.7) Wie bewerten Sie die Kommunikation mit den Case Manager*innen?	sehr gut		sehr schlecht	n=2	mw=1,0	md=1,0	s=0,0
6.8) Wie bewerten Sie die Kommunikation mit dem Projektteam?	sehr gut		sehr schlecht	n=2	mw=1,5	md=1,5	s=0,7
6.16) Bitte bewerten Sie das Projekt DAVOS als Versorgungskonzept.	sehr gut		sehr schlecht	n=2	mw=1,0	md=1,0	s=0,0

7.

7.1) Wie beurteilen Sie die Projektdurchführung unter den Corona-Beschränkungen? (*)	sehr niedrig		sehr groß
7.2) Haben Sie sich auch unter den Corona-Beschränkungen immer gut in das Projekt DAVOS eingebunden gefühlt? (*)	sehr schlecht		sehr gut
7.3) Wie beurteilen Sie den Kontakt zu den Projektmitarbeiter/innen unter den Corona-Beschränkungen? (*)	sehr schlecht		sehr gut

(*) Hinweis: Wenn die Anzahl der Antworten auf eine Frage zu gering ist, wird für die Frage keine Auswertung angezeigt.

Auswertungsteil der offenen Fragen

4. Befragung der Case Manager*innen

4.1) Alter

- 42
- 49
- 50
- 52
- 53
- 56

4.3) Seit wie vielen Jahren arbeiten sie in dem Betrieb?

- 6 Jahre
- beim FV seit 2005
- seit 20 Jahre
- 3
- 4
- 10 (2 Nennungen)
- 20

4.20) Falls Sonstiges ausgewählt wurde, bitte erläutern Sie es im Folgenden.

Es wird keine Auswertung angezeigt, da die Anzahl der Antworten zu gering ist.

4.22) Falls Sonstiges ausgewählt wurde, bitte erläutern Sie es im Folgenden.

Es wird keine Auswertung angezeigt, da die Anzahl der Antworten zu gering ist.

4.32) Falls sie der Meinung sind, dass Sie mehr Zeit gebraucht hätten, wie viel wäre dies pro Woche?

- 10-12 Stunden
- Die Zeit pro Woche war mal mehr und mal weniger ausreichend. Oft wurde die Tätigkeit während der normalen Arbeitszeit verrichtet. Eine klarere Abtrennung wäre besser gewesen.

4.34) Hätten sie noch etwas benötigt, was Ihnen die Arbeit als Case Manager*in im Projekt erleichtert hätte?

- Bei den Supervisionen konnte ich aufgrund von Terminüberschneidungen nicht dabei sein. Mir hat allerdings auch nichts gefehlt.
- Eine eigene E-Mail Adresse hätte die Arbeit erleichtert. So lief alles über die Hausleitung.
- Entlastung auf dem Wohnbereich/Pflege.
Ein Case Manager kann nicht gleichzeitig sich um das Projekt kümmern und um den Ablauf auf dem Wohnbereich.
- bessere Zusammenarbeit im hauseigenen Team

4.42)

Wie hat sich Ihre Tätigkeit als Case Manager*in auf Ihr Selbstbewusstsein ausgewirkt?
Können Sie bitte beschreiben, in welcher Weise?

- Ich bin in unserer Einrichtung Ansprechpartner geworden wenn es um das Thema Depression geht. Die Gruppen sind aufgrund von Corona in unserem Haus nicht zustande gekommen
- Ich bin sicherer geworden in Einschätzung und Beobachtung ob der Patient evtl Depression haben könnte und evtl. dem Arzt vorgestellt werden sollte
- Ich fühle mich dadurch sicherer auch " ernste" Themen mit den Bewohnern in einer GRUPPE anzugehen, (Einzelnen habe ich das

natürlich immer auch gemacht)

Also eine klassische Gesprächsgruppe anzuleiten zu machen, so wie auch mit jüngeren Leuten. Es ist schön zu sehen dass das funktioniert, also nicht nur, Bewegungs- und Gedächtnisspiele , Bingo etc...

- Keine Auswirkungen auf mein Selbstbewusstsein. Als Betreuungskraft muss man fast täglich eine Angebotsgruppe zu unterschiedlichen Themen leiten.
- Wissen im Bereich der Depression macht im Umgang / Alltag einfach sicherer
- auf mein Selbstbewusstsein eigentlich gar nicht
- gleichbleibend positiv ;)
- ich hatte nur zu Beginn die Möglichkeit als Case Manager zu arbeiten

4.43) Wie hat sich Ihre Art der Kommunikation/Auftreten verändert (gegenüber Bewohnern*in/ Angehörigen*in/ Team/ Ärzt*innen)? Können Sie bitte beschreiben in welcher Weise?

- Die Art der Kommunikation hat sich nicht verändert höchstens die Häufigkeit. Man müsste viel erklären.
- Ich achte verstärkter auf depressive Verstimmungen bei Bw verfolge die Kommunikation mit den Fachärzten und den Austausch diesbezüglich mit den Pfllegeteams.
- Konnte ich offen mit Bewohner darüber reden, ohne Hintergedanken auf mögliche negative Auswirkung seitens der Bewohner.
- Noch ehrlicher und authentischer. Mir wurde sehr viel erzählt von den Bewohnern und ich fühlte mich immer mehr als " Anwältin" der Bewohner
- es bleibt gleich
- gleichbleibend positiv

4.44) Wie hat sich ihr Verhältnis zu Bewohner*innen durch ihre Rolle als Case Manager*in verändert? Können Sie bitte beschreiben, in welcher Weise?

- Beziehungen sind noch enger geworden. "Tiefe" der Gespräche verbessert
- Die Bewohner freuten sich über die Abwechslung. Oft wurde gefragt wann wir wieder sowas machen. Die Angebote fielen leider aus wegen Corona.
- Die Beziehung hat sich durch die Thematiken in der Wohlfühlen Gruppe gefestigt !
- Ich bin offizieller Ansprechpartner geworden wenn es um Depressionen geht.
- Mehr Vertrauen wurde aufgebaut bds.
- Noch vertrauensvoller.Intimer
- ich war Ansprechpartner für die Seelischen Probleme der Bewohner

4.45) Was sollten die Case Manager*innen an Eigenschaften bzw. Fähigkeiten (Skills) mitbringen?

- Eine Beziehung sowie ein gutes Vertrauen zu den Bewohnern haben. Eigenverantwortung. Durchsetzungsvermögen. Präsentations- und Gruppensicherheit
- Einfühlsamkeit. Die Fähigkeit sich und andere zu strukturieren. Kommunikationsfähigkeit. Leitungskompetenz in Gruppen. Selbstreflexionsbereitschaft.
- Einfühlungsvermögen, eventuell emotionale Intelligenz
- Empathie
Diplomatie
fachliche Kompetenz
gute organisatorische Fähigkeiten
gute Gesprächskompetenz
selbstsicheres, haltgebendes Auftreten
anerkannter Ansprechpartner über alle Teams in der Einrichtung bekannt
- Empathie / Einfühlungsvermögen
Geduld / Ruhe ausstrahlen
- Gute Kommunikationsfähigkeit, Empathie und Interesse an der Tätigkeit
- Selbstbewußtsein, Selbstervertrauen haben ,authentisch sein.

4.46) Was bleibt vom Projekt DAVOS in der Einrichtung, wenn das Projekt vorbei ist?

- Die Bewohner nahmen gerne an den Wohlfühlangeboten teil. Auch die Interviews durch die Uni Mitarbeiter brachten Abwechslung in den Alltag der Heimbewohner. Jeder Bewohner könnte nach seinen eigenen Fähigkeiten einen Nutzen/Erkenntnisse aus dem Projekt ziehen.
Die Einrichtungen wurden sich wieder bewusst wie wichtig solche Angebote sind.
- Die Gruppe bleibt bestehen. Es ist auch eine gute Einstiegsgruppe für neu eingezogene Newohner die orientiert sind.
- Die Wohlfühlen Gruppe, evtl der Einsatz des Delmol Fragebogens zur Einschätzung der Bewohner*innen, bei evtl Handlungsbedarfen
- Ein gezielterer Umgang mit Depressionen (schnelleres Erkennen, vorbeugen, Info an Fachärzte)
- Einige Ideen aus der Wohlbefinden Gruppe
- Ich hoffe die Wohlfühlgruppe
- Sensibilität gegenüber Depressionssymptomen. DeMol,
- Wenn möglich,weiterführen

4.47) Was hat sich durch DAVOS in der Einrichtung verändert?

- Bewohner haben die Möglichkeit die Pflegekraft als Case Manager zu erleben
- Die Bewohner hatten Psychologische Betreuung , konnten dadurch verschiedene Phasen verarbeiten.
Durch die Wohlfühlgruppe haben Sie sich " besonders" gefühlt
- Die Sichtweise auf "Depressionen im Alter im Pflegeheim"
Das Verständnis den betroffenen gegenüber
- Keine großen Veränderungen. Es wurden auch vor Davos zahlreiche „Wohlfühl-Aktivitäten „ in unserem Hause angeboten.
Bei einigen Mitarbeitern ist positiverweise die Sensibilität für psychische Erkrankungen gestärkt worden.
- Mitarbeiter schauen genauer hin oder wissen, wen sie ansprechen müssen
- das selbstverständnis / anerkennen dass viel mehr Menschen depressiv sind als man zuerst denkt.Die Erfahrung dass auch alte Menschen Psychotherapie angenommen haben und es bereichernd fanden.
- die Erkenntnis dass der Anteil an Bewohnern mit der Diagnose Depression fast genauso hoch oder sogar höher ist, wie es desorientierte Menschen in unserem Haus gibt.

4.48) Welcher Unterstützungsbedarf ist nach Projektende nötig?

- Ausbau von Psychologischen Hilfsprojekten
- Entscheidend ist - hat das Projekt dazu beigetragen, dass jetzt auch Psychotherapie in den Häusern angeboten werden kann?? Was ist zukünftig, wenn jemand mit Depression erkannt wird? Die Psychologen von DAVOS stehen einem zukünftig nicht mehr zur Verfügung?!
- Keiner. Das Haus / Leitung unterstützt mich. Zeitliche Ressourcen sind da.
- Sehe keinen weiteren Unterstützungsbedarf.
- Weiterbildungen zum Thema
- Weiterführen,das Gelernte weitergeben und umsetzen
- Wir würden uns die Möglichkeit des Psychotherapeutischen Angebotes für die Bewohner unseres Hauses sehr wünschen !!!!!

4.49) Wo sehen Sie Potentiale, Ihre erworbenen Kompetenzen im Haus sonst noch einzusetzen?

- Da ich Inklusionsbeauftragte unseres Hauses bin, sind diese Kompetenzen genau an der richtigen Stelle :-)
- K.A.
- Kompetenzenentwicklung der Mitarbeiter stärken und im Blick haben.
- Mache ich schon zur Genüge. Ist ausgeschöpft. Einzelberatungen finden ja auch durch mit statt /Kriseninterventionen.
- Primär werde ich die erworbenen Kompetenzen für die Bewohner einsetzen. Ggf. Kollegen dafür sensibilisieren.

4.51) Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

- Für Fragebögen einfachere Sprache benutzen. Weniger Wechsel bei Befragungen(personell)
- Keine
- Projekt war gut vorbereitet und gemanagt. Kompliment!
- Schade waren manchmal die Ausschlusskriterien der Teilnehmer*innen, sonst hätten einige mehr teilnehmen können und auch davon profitieren können

5.

5.2) Falls Sonstiges ausgewählt wurde, bitte erläutern Sie es im Folgenden.

- Durch Corona lag das Projekt quasi komplett nieder. Was sehr schade war, da sich die Gruppe gerade gut etabliert hatte. Es gab 2 Ausbrüche im Haus

5.4) Falls Sonstiges ausgewählt wurde, bitte erläutern Sie es im Folgenden.

- Bewohner wurden einzel besucht und mit Schokolade begrüßt
- Da wir ein kleines Haus sind , hat alles normal stattgefunden, auch die Wohlfühlgruppen. Die Corona Pandemie hatte keinen Einfluss auf das Davos Projekt

6. Befragung der Heimleitung

6.1) Wo gab es Hindernisse und Barrieren in der Durchführung in Ihrem Haus?

- Es gab weder Hindernisse noch Barrieren!
- Fluktuation der Mitarbeiter:innen

6.2) Wie wurden die Case Manager*innen ausgewählt?

- Aufgrund der Selbst- und Fremdeinschätzung im Bereich Empathie und Know-How im Umgang mit schwierigen Situationen.
- Nach Qualifikation und Interesse an diesem Projekt.

6.3) Was sollten die Case Manager*innen an Eigenschaften bzw. Fähigkeiten (Skills) mitbringen?

In Bezug auf:

1. Berufliche Eigenschaften
2. Persönliche Eigenschaften

- - Mitarbeiter:innen (Alltagsbegleiter) mit hohem beruflichem Engagement
- - Mitarbeiter:innen mit sozialer Kompetenz und Einfühlungsvermögen
- - Neugier und Offenheit für Neues zum Wohl unserer Bewohner:innen
- 1. Teilzeittätigkeit, damit Zeitressourcen für Angebote da sind (extra Tage hierfür einplanen, da Zeitrahmen im Pflegedienst nicht möglich)
- 2. Selbstorganisationsfähigkeit, Empathie, strukturierte Arbeitsweise

6.4) Wie schätzen Sie den zeitlichen bzw. personellen Mehraufwand durch das Projekt ein?

War dies im Rahmen des Projektes angemessen abgedeckt?

- - Die Tätigkeit findet im Rahmen der Arbeitszeit (bei den Alltagsbegleitern) statt, daher gab es weder zeitlichen noch personellen Mehraufwand, sondern lediglich eine Umverteilung innerhalb der Arbeitszeit. Das war gut koordinierbar. Und angesichts des Erfolges auf jeden Fall gerechtfertigt.
- - Ja, angemessen abgedeckt.
- pro Teilnehmer ca. 15 Minuten pro Monat
- Ja

6.5) Hatten Sie das Gefühl, dass das Selbstbewusstsein der Case Manager*innen durch ihre Rolle/Aufgabe gestiegen bzw. sich verändert hat? Wenn ja, woran machen Sie das fest?

- - Ja, das in die Case-Managerinnen gesetzte Vertrauen hat das Selbstbewusstsein gestärkt und die Verantwortlichkeit ihres Handelns und ihrer Aktivitäten unterstrichen.
- - Es gab Rückmeldungen und einen informativen Austausch, ggfs. auch über mögliche Interventionen.
- JA. Im Verlauf wurden die Rückfragen weniger, die Selbstständigkeit stieg und die exponierte Position im Team durch den

Wissensvorsprung hat geholfen.

6.6) Haben Sie andere Veränderungen bei den Case Manager*innen festgestellt?

- - Eine Steigerung ihrer beruflichen Qualifikation --> ihres Selbstbewusstseins (s.o.)
- Vermehrt wurde der Blick für die Ganzheitlichkeit geschärft.

6.9) Was bleibt vom Projekt DAVOS in der Einrichtung, wenn das Projekt vorbei ist?

- - Die Erinnerung der Bedeutung dieses Projektes, da es das Portfolio des therapeutischen Angebotes abgerundet hat. Wir bedauern, dass es keine Fortführung gibt. Die Gruppenangebote der Case-Manager können wir fortsetzen, allerdings nicht die ergänzenden einzeltherapeutischen Besuche. Unser "Haus-Neurologe" würde Therapie verordnen, doch kommt kein Therapeut ins Haus, da er/sie Hausbesuche nicht bezahlt bekommt. Wir halten Psychotherapie für ältere Bewohner:innen auch im Pflegeheim für wichtig, zumal Hintergrund und Ursache der Notwendigkeit "in einer Grauzone" liegen (Biographisch-, Ereignis-, Beziehungsmäßig, Familiär- bedingt).
- Wir führen die Screenings und die Gruppenangebote weiter

6.10) Was hat sich durch DAVOS in der Einrichtung verändert?

- - Das Bewusstsein für therapeutische Unterstützung zum psychosozialen Wohlbefinden der Bewohner:innen.
- Es geht im Pflegeheim nicht nur um die körperliche-, sondern auch um die seelische Pflege. Pflege ist und sollte Ganzheitlich erfolgen.
- Das Wohlbefinden der beteiligten Bewohner:innen wurde spürbar verbessert.
- Verständnis für die Krankheit der Depression und die damit einhergehenden Bedarfe der Bewohner:innen

6.11) Gibt es ein Nachhaltigkeitskonzept für Case Manager*innen (z.B. bei Wechsel oder Verlassen der Einrichtung)?

- - Nachhaltigkeit im Sinne von "ich verändere mich beruflich) gab es nicht (wäre ja auch noch schöner gewesen :-)).
- Aktuell ist dies in Arbeit.

6.12) Welches Unterstützungsbedarf ist nach Projektende nötig?

- - Es gibt Bewohner:innen, bei denen die Einzeltherapie auch nach dem Projektende hätte fortgesetzt werden können (müssen). Wir haben in der Endphase des Projektes keine neuen Bewohner:innen aufnehmen können, bei denen wir die Notwendigkeit gesehen haben. Somit bedauern wir die Beendigung.
- Ein Konzept zur Weiterführung ohne Reflexion von extern wäre hilfreich gewesen.

6.13) Wo sehen Sie Potential, die erworbenen Kompetenzen der Case Manager*innen im Haus sonst noch einzusetzen?

- Die erworbenen Kompetenzen sind die Basis für "seelsorgerisches" Handeln, ersetzen aber keine Beratung oder Therapie. Die Gruppenangebote der Case-Manager können fortgesetzt werden, wenngleich die Einzelbetreuung durch die Therapeuten fehlt. Es bedarf einer fundierten fachlichen Qualifikation. Idee oder Vorschlag: Ein zertifizierter systemischer Berater mit entsprechender zeitlicher Ressource wäre eine hilfreiche Unterstützung.
- Mitarbeit bei Projekten und als Kommunikationsbeauftragter ins Team

6.14) Welche Vorteile sehen Sie in einem Versorgungskonzept wie DAVOS?

- - Ergänzung und Abrundung des therapeutischen Portfolio im Haus
- Erhöhung des psychischen Wohlbefindens der Bewohner:innen
- positive Außenwirkung mit ganzheitlichem Angebot
- Interdisziplinäre Arbeit und niederschwelliger Ansatz

6.15) Gibt es auch irgendwelche Nachteile aus Ihrer Sicht?

- Kein Konzept für die Zeit danach
- N E I N !!!

6.17) Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

- - Für uns war es perfekt.
- Niedergelassene Psychotherapeuten müssen die weitere Versorgung gewährleisten - das ist eine Versorgungslücke

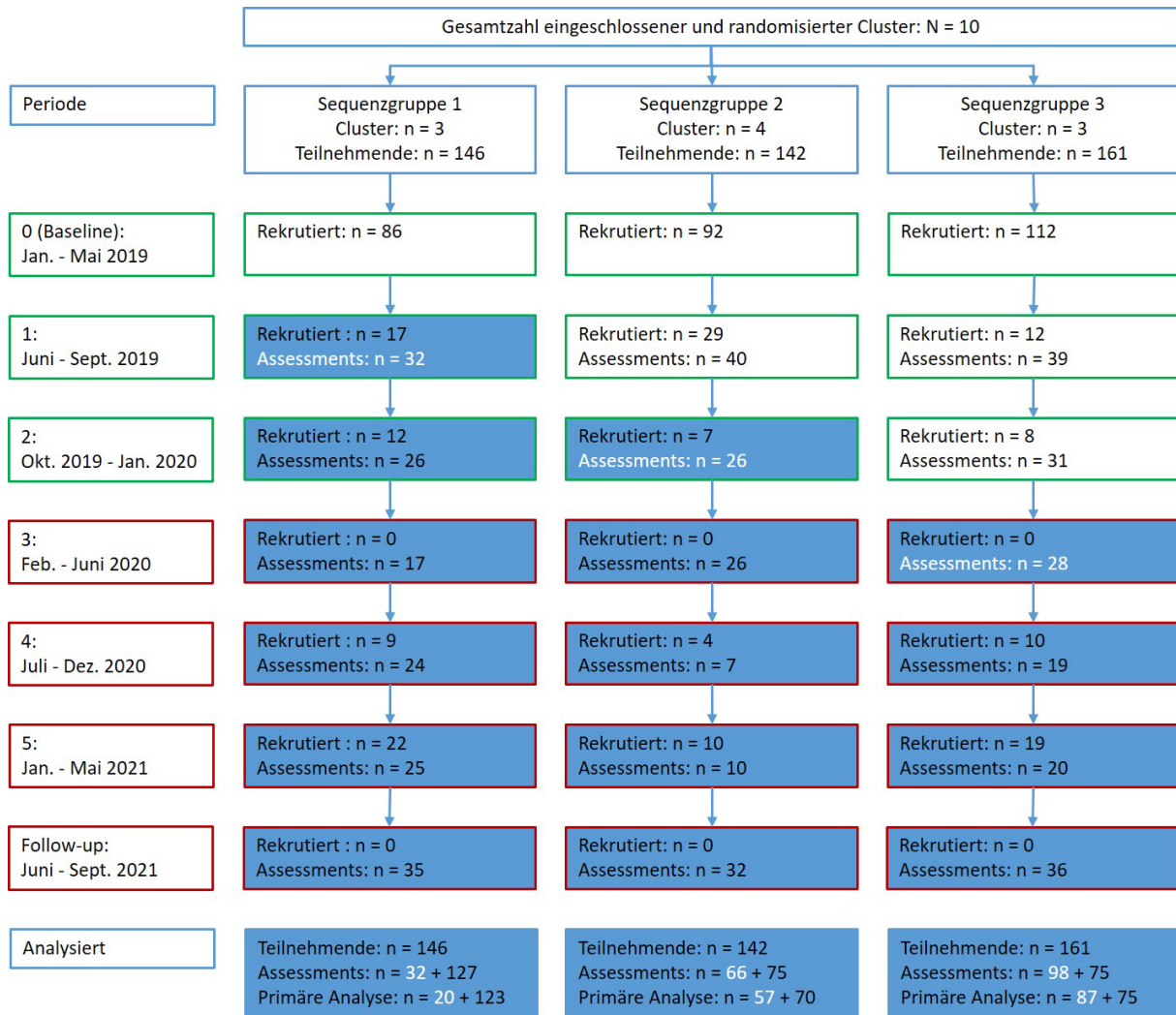
7.

7.4) Was hätte aus Ihrer Sicht anders gemacht werden sollen und warum?

Es wird keine Auswertung angezeigt, da die Anzahl der Antworten zu gering ist.

Anhang 11.6: CONSORT-Flowchart

CONSORT-Flowchart (Projekt DAVOS)



Rekrutiert: Alle rekrutierten Teilnehmenden durchliefen eine Baseline-Erhebung.

Assessments: Anzahl der Erhebungen in der jeweiligen Periode (exkl. Baseline).

Färbung: Weiße Kästen zeigen Perioden unter Kontrollbedingung an, blaue Kästen Perioden unter Intervention. Datenerhebungen während der jeweils ersten Interventionsperiode (weiße Schrift) wurden für die Evaluation noch der Kontrollbedingung zugeordnet. Grün umrandete Perioden fanden vor dem ersten Corona-Lockdown statt, rot umrandete während der Pandemie.

Primäre Analyse: Erhebungen mit Angaben zum GDS-Score (von Teilnehmenden mit GDS-Score zur Baseline).

Anhang 11.7: Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen für sekundäre Outcomes

Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen: Lebensqualität (WHOQOL-OLD)

Modell	Subgruppe	n	n _{beo,k} + n _{beo,i}	M ₀ (SE ₀)	M ₁ (SE ₁)	Differenz (95%- Konfidenzintervall)	p-Wert
1	Primäres Analysemodell	134	137 + 200	78,53 (2,65)	83,54 (1,58)	5,02 (-1,29; 11,32)	0,12
2	Nur Interventionspersonen	109	102 + 200	80,16 (2,86)	83,45 (1,59)	3,29 (-3,37; 9,95)	0,33
3	Nur Personen mit Depression zur Baseline	58	64 + 92	73,51 (2,02)	72,79 (1,44)	-0,71 (-5,03; 3,61)	0,74
4	Nur Interventionspersonen mit Depression	47	48 + 92	75,23 (2,09)	73,19 (1,41)	-2,04 (-6,32; 2,24)	0,35
5	Pflegeeinrichtung 1	24	34 + 31	82,38 (5,23)	87,61 (4,45)	5,23 (-7,91; 18,38)	0,43
5	Pflegeeinrichtung 2	24	27 + 12	82,04 (7,51)	86,94 (7,80)	4,90 (-15,90; 25,70)	0,64
5	Pflegeeinrichtung 3	15	24 + 20	77,58 (6,17)	79,17 (5,34)	1,60 (-13,70; 16,86)	0,84
5	Pflegeeinrichtung 4	18	42 + 23	78,35 (4,45)	83,80 (4,98)	5,45 (-7,47; 18,38)	0,41
5	Pflegeeinrichtung 5	26	40 + 19	81,22 (4,96)	83,48 (6,05)	2,26 (-13,10; 17,61)	0,77
5	Pflegeeinrichtung 6	23	34 + 11	65,45 (5,94)	89,43 (7,01)	23,98 (6,33; 41,63)	0,008*
5	Pflegeeinrichtung 7	18	23 + 47	81,01 (7,04)	87,82 (3,44)	6,81 (-8,13; 21,76)	0,37
5	Pflegeeinrichtung 8	20	24 + 25	82,62 (7,49)	81,90 (4,61)	-0,72 (-17,70; 16,29)	0,93
5	Pflegeeinrichtung 9	23	40 + 20	76,51 (5,50)	81,54 (4,72)	5,03 (-8,80; 18,86)	0,47
5	Pflegeeinrichtung 10	19	13 + 38	74,23 (11,54)	77,96 (4,03)	3,73 (-19,70; 27,16)	0,75
6	Sequenzgruppe 1	57	60 + 110	80,09 (5,14)	83,29 (2,25)	3,20 (-7,60; 14,00)	0,56
6	Sequenzgruppe 2	85	125 + 63	74,58 (3,57)	82,42 (2,99)	7,84 (-1,15; 16,83)	0,09
6	Sequenzgruppe 3	68	116 + 73	80,33 (3,14)	85,40 (2,98)	5,07 (-3,86; 14,01)	0,26

n = Anzahl der Bewohnenden in der jeweiligen Subgruppe

n_{beo,k} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Kontrollbedingung in der Subgruppe (exkl. Baseline)

n_{beo,i} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Intervention in der Subgruppe (exkl. Baseline)

M₀ (SE₀) = Lebensqualität unter Kontrollbedingung: adjustierte Mittelwerte (Standardfehler)

M₁ (SE₁) = Lebensqualität unter Interventionsbedingung: adjustierte Mittelwerte (Standardfehler)

* = signifikant (< 0,05)

Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen:

Funktionelles Aktivitätsniveau (allgemeine Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (SHARE))

Modell	Subgruppe	n	n _{beo,k} + n _{beo,i}	M ₀ (SE ₀)	M ₁ (SE ₁)	Differenz (95%- Konfidenzintervall)	p-Wert
1	Primäres Analysemodell	138	139 + 219	2,93 (0,16)	2,78 (0,10)	-0,15 (-0,52; 0,21)	0,40
2	Nur Interventionspersonen	113	102 + 219	2,86 (0,17)	2,76 (0,10)	-0,10 (-0,47; 0,26)	0,58
3	Nur Personen mit Depression zur Baseline	62	65 + 99	2,79 (0,23)	3,10 (0,16)	0,31 (-0,17; 0,79)	0,20
4	Nur Interventionspersonen mit Depression	50	47 + 99	2,73 (0,24)	3,11 (0,16)	0,38 (-0,11; 0,87)	0,13
5	Pflegeeinrichtung 1	23	33 + 27	3,08 (0,35)	2,99 (0,32)	-0,09 (-0,88; 0,69)	0,81
5	Pflegeeinrichtung 2	25	28 + 15	3,42 (0,46)	3,00 (0,44)	-0,42 (-1,59; 0,75)	0,48
5	Pflegeeinrichtung 3	15	24 + 24	2,50 (0,39)	2,56 (0,32)	0,05 (-0,79; 0,89)	0,90
5	Pflegeeinrichtung 4	18	42 + 24	2,63 (0,30)	2,73 (0,32)	0,10 (-0,62; 0,82)	0,79
5	Pflegeeinrichtung 5	24	41 + 21	3,23 (0,31)	2,57 (0,35)	-0,65 (-1,48; 0,17)	0,12
5	Pflegeeinrichtung 6	23	34 + 11	2,73 (0,39)	1,76 (0,46)	-0,97 (-2,14; 0,20)	0,10
5	Pflegeeinrichtung 7	19	24 + 47	3,13 (0,43)	2,86 (0,25)	-0,26 (-1,11; 0,58)	0,54
5	Pflegeeinrichtung 8	20	24 + 32	3,12 (0,46)	3,01 (0,29)	-0,12 (-1,07; 0,83)	0,81
5	Pflegeeinrichtung 9	23	40 + 20	3,10 (0,35)	2,60 (0,31)	-0,50 (-1,32; 0,31)	0,22
5	Pflegeeinrichtung 10	23	16 + 44	2,32 (0,69)	2,99 (0,26)	0,67 (-0,70; 2,03)	0,34
6	Sequenzgruppe 1	62	64 + 123	2,99 (0,31)	2,93 (0,15)	-0,06 (-0,68; 0,55)	0,84
6	Sequenzgruppe 2	86	126 + 70	2,87 (0,22)	2,52 (0,18)	-0,34 (-0,87; 0,18)	0,20
6	Sequenzgruppe 3	65	116 + 72	2,97 (0,20)	2,80 (0,19)	-0,17 (-0,68; 0,34)	0,51

n = Anzahl der Bewohnenden in der jeweiligen Subgruppe

n_{beo,k} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Kontrollbedingung in der Subgruppe (exkl. Baseline)

n_{beo,i} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Intervention in der Subgruppe (exkl. Baseline)

M₀ (SE₀) = allgemeine Einschränkungen unter Kontrollbedingung: adjustierte Mittelwerte (Standardfehler)

M₁ (SE₁) = allgemeine Einschränkungen unter Interventionsbedingung: adjustierte Mittelwerte (Standardfehler)

Score: 1 (gar nicht eingeschränkt) - 5 (komplett eingeschränkt)

**Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen:
Funktionelles Aktivitätsniveau (erlebte Selbstständigkeit (SimA))**

Modell	Subgruppe	n	n _{beo,k} + n _{beo,i}	M ₀ (SE ₀)	M ₁ (SE ₁)	Differenz (95%- Konfidenzintervall)	p-Wert
1	Primäres Analysemodell	142	143 + 223	6,14 (0,32)	6,21 (0,23)	0,07 (-0,56; 0,70)	0,82
2	Nur Interventionspersonen	116	105 + 223	6,42 (0,35)	6,31 (0,24)	-0,11 (-0,76; 0,54)	0,73
3	Nur Personen mit Depression zur Baseline	63	67 + 101	5,71 (0,44)	5,68 (0,29)	-0,03 (-1,00; 0,94)	0,95
4	Nur Interventionspersonen mit Depression	51	49 + 101	5,80 (0,50)	5,79 (0,31)	-0,01 (-1,05; 1,03)	0,98
5	Pflegeeinrichtung 1	24	33 + 27	6,58 (0,64)	6,55 (0,59)	-0,03 (-1,33; 1,27)	0,97
5	Pflegeeinrichtung 2	28	30 + 16	6,22 (0,86)	7,07 (0,80)	-0,84 (-1,19; 2,88)	0,41
5	Pflegeeinrichtung 3	16	27 + 25	6,24 (0,67)	5,64 (0,59)	-0,60 (-1,92; 0,72)	0,37
5	Pflegeeinrichtung 4	21	45 + 24	4,94 (0,56)	5,10 (0,58)	0,16 (-1,00; 1,32)	0,78
5	Pflegeeinrichtung 5	30	47 + 25	7,53 (0,55)	7,14 (0,59)	-0,39 (-1,68; 0,90)	0,55
5	Pflegeeinrichtung 6	28	40 + 11	5,85 (0,68)	7,99 (0,85)	2,14 (0,03; 4,25)	0,04*
5	Pflegeeinrichtung 7	20	25 + 48	5,34 (0,74)	5,67 (0,49)	0,33 (-1,04; 1,69)	0,64
5	Pflegeeinrichtung 8	24	28 + 33	6,93 (0,78)	5,80 (0,54)	-1,12 (-2,65; 0,41)	0,15
5	Pflegeeinrichtung 9	24	41 + 19	6,57 (0,64)	6,23 (0,57)	-0,33 (-1,70; 1,04)	0,63
5	Pflegeeinrichtung 10	28	21 + 44	4,90 (1,16)	6,44 (0,49)	1,54 (-0,70; 3,78)	0,18
6	Sequenzgruppe 1	72	74 + 125	5,86 (0,61)	6,00 (0,42)	0,15 (-0,87; 1,16)	0,78
6	Sequenzgruppe 2	96	138 + 71	6,20 (0,47)	6,35 (0,43)	0,15 (-0,74; 1,04)	0,74
6	Sequenzgruppe 3	75	125 + 76	6,24 (0,47)	6,31 (0,46)	0,07 (-0,77; 0,91)	0,87

n = Anzahl der Bewohnenden in der jeweiligen Subgruppe

n_{beo,k} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Kontrollbedingung in der Subgruppe (exkl. Baseline)

n_{beo,i} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Intervention in der Subgruppe (exkl. Baseline)

M₀ (SE₀) = erlebte Selbstständigkeit unter Kontrollbedingung: adjustierte Mittelwerte (Standardfehler)

M₁ (SE₁) = erlebte Selbstständigkeit unter Interventionsbedingung: adjustierte Mittelwerte (Standardfehler)

Score: 1 (ganz und gar unselbstständig) - 10 (ganz und gar selbstständig)

* = signifikant (< 0,05)

Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen: Soziale Teilhabe / Einsamkeit (Loneliness Scale)

Modell	Subgruppe	n	n _{beo,k} + n _{beo,i}	M ₀ (SE ₀)	M ₁ (SE ₁)	Differenz (95%- Konfidenzintervall)	p-Wert
1	Primäres Analysemodell	144	148 + 226	4,48 (0,32)	4,33 (0,21)	-0,15 (-0,86; 0,55)	0,67
2	Nur Interventionspersonen	118	110 + 226	4,45 (0,35)	4,29 (0,22)	-0,15 (-0,89; 0,58)	0,68
3	Nur Personen mit Depression zur Baseline	64	69 + 103	5,36 (0,47)	5,52 (0,31)	0,16 (-0,85; 1,18)	0,75
4	Nur Interventionspersonen mit Depression	52	51 + 103	5,45 (0,51)	5,55 (0,33)	0,10 (-0,96; 1,15)	0,86
5	Pflegeeinrichtung 1	24	36 + 30	3,93 (0,66)	3,24 (0,60)	-0,70 (-2,11; 0,72)	0,33
5	Pflegeeinrichtung 2	25	29 + 14	4,63 (0,92)	5,13 (0,88)	0,50 (-1,80; 2,80)	0,67
5	Pflegeeinrichtung 3	16	27 + 25	5,12 (0,73)	4,49 (0,64)	-0,63 (-2,18; 0,92)	0,42
5	Pflegeeinrichtung 4	18	42 + 24	5,07 (0,60)	4,61 (0,62)	-0,46 (-1,83; 0,91)	0,51
5	Pflegeeinrichtung 5	29	49 + 25	3,49 (0,58)	4,67 (0,63)	1,18 (-0,29; 2,65)	0,12
5	Pflegeeinrichtung 6	24	36 + 11	4,59 (0,74)	3,21 (0,93)	-1,39 (-3,70; 0,92)	0,24
5	Pflegeeinrichtung 7	19	24 + 48	2,84 (0,83)	3,90 (0,51)	1,06 (-0,55; 2,67)	0,20
5	Pflegeeinrichtung 8	20	24 + 33	4,67 (0,88)	4,95 (0,58)	0,28 (-1,51; 2,07)	0,76
5	Pflegeeinrichtung 9	23	40 + 18	4,56 (0,71)	4,45 (0,64)	-0,11 (-1,72; 1,51)	0,90
5	Pflegeeinrichtung 10	23	16 + 44	8,02 (1,34)	4,45 (0,52)	-3,57 (-6,19; -0,94)	0,008*
6	Sequenzgruppe 1	62	64 + 125	4,47 (0,62)	4,43 (0,35)	-0,03 (-1,21; 1,14)	0,95
6	Sequenzgruppe 2	88	132 + 68	4,82 (0,46)	4,37 (0,40)	-0,45 (-1,48; 0,58)	0,39
6	Sequenzgruppe 3	71	127 + 79	4,26 (0,42)	4,09 (0,40)	-0,17 (-1,12; 0,79)	0,73

n = Anzahl der Bewohnenden in der jeweiligen Subgruppe

n_{beo,k} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Kontrollbedingung in der Subgruppe (exkl. Baseline)

n_{beo,i} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen) unter Intervention in der Subgruppe (exkl. Baseline)

M₀ (SE₀) = soziale Teilhabe / Einsamkeit unter Kontrollbedingung: adjustierte Mittelwerte (Standardfehler)

M₁ (SE₁) = soziale Teilhabe / Einsamkeit unter Interventionsbedingung: adjustierte Mittelwerte (Standardfehler)

Score: 0 - 2 (nicht einsam); 3 - 8 (mäßig einsam); 9 - 10 (einsam); 11 (sehr einsam)

* = signifikant (< 0,05)



Projekt DAVOS

Depression im Altenpflegeheim:
Verbesserung der Behandlung durch ein
gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell

Schulung für Depression Case Manager Teil 1



Frankfurter Forum
für interdisziplinäre
Altersforschung



FRANKFURTER VERBAND



AGAPLESION
MARKUS DIAKONIE

Institut für
Allgemein-
medizin



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main



HESSISCHES INSTITUT
FÜR PFLEGEFORSCHUNG
HessIP



ZENTRUM FÜR PSYCHOTHERAPIE
DER GOETHE-UNIVERSITÄT

JGU UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

IMBEI
Institut für Medizinische Biometrie,
Epidemiologie und Informatik

AGENDA

- Vorstellungsrunde & Projekteinführung
- Interaktiver Erfahrungsaustausch
 - ❖ **Pause**
- Was sind Depressionen? Ursachen, Risiken, Verlauf
- Depression vs. Demenz
 - ❖ **Mittagspause**
- Case Management & Aufgaben im Projekt
- Dos & Don'ts bei der Rekrutierung
 - ❖ **Pause**
- Depressions-Screening
- Nächste Schritte & Ausblick

Praxis-Forschungsprojekt DAVOS



DAVOS = Depression im Altenpflegeheim:
Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes
kollaboratives Versorgungsmodell

DAVOS

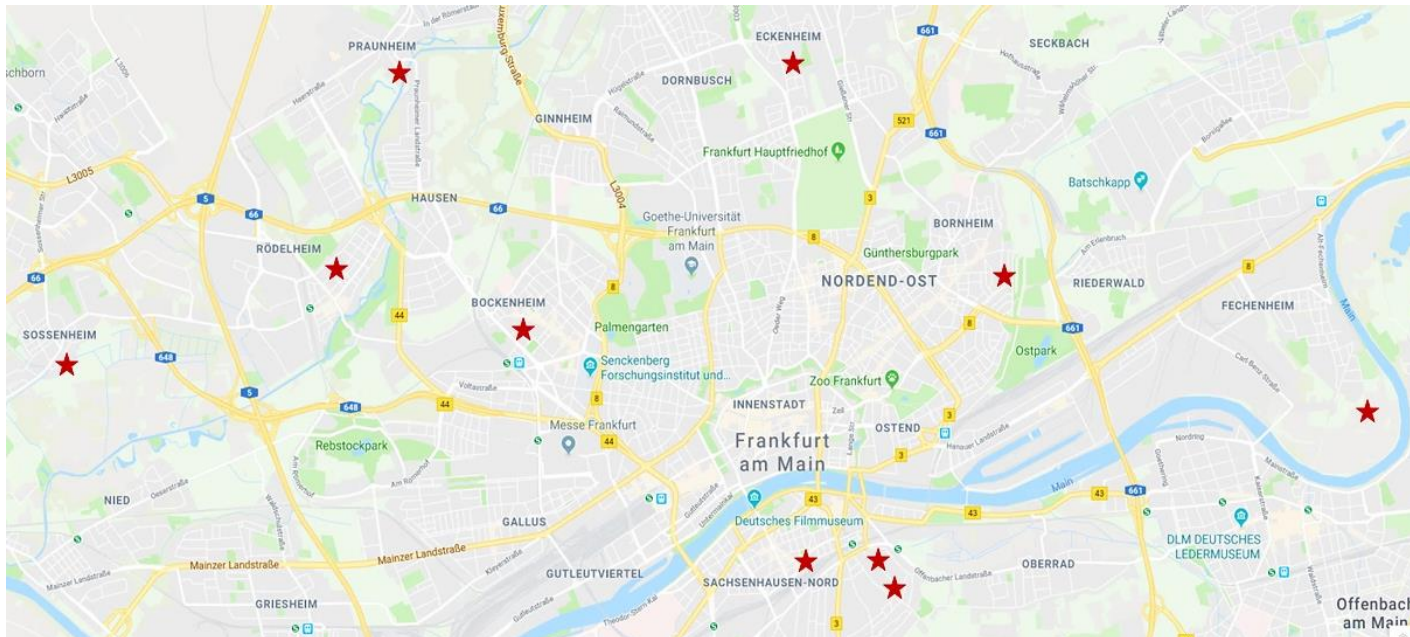
Depression im Altenpflegeheim
Erkennen – Handeln – Vorsorgen

Das Projekt-Team



Unsere Praxispartner

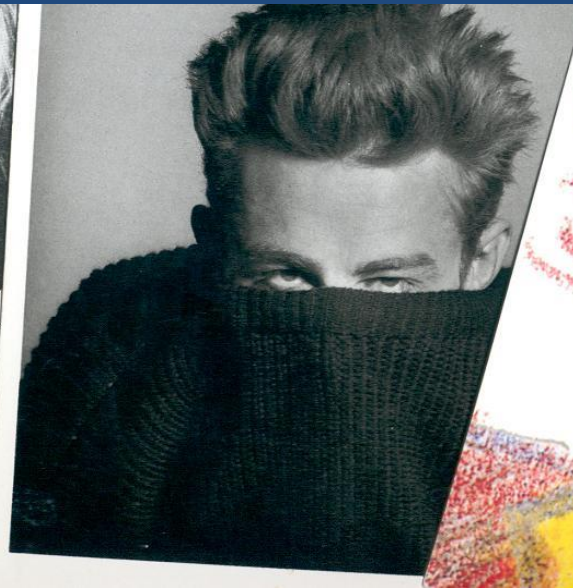
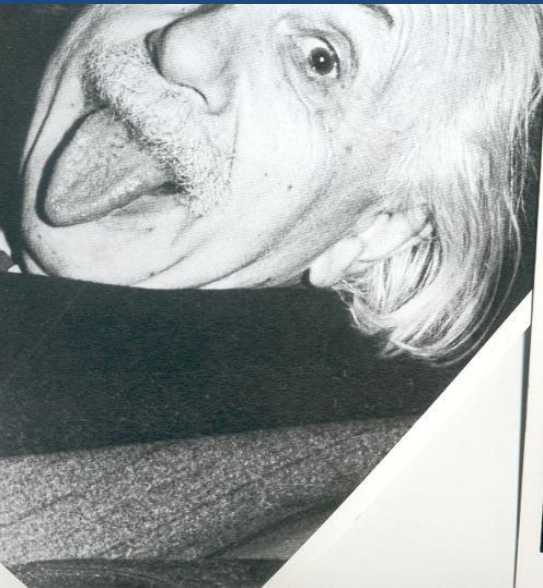
- 10 Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main





Vorstellungsrunde

Name, Einrichtung und Funktion



Warum DAVOS?

- ca. 30% der Pflegeheimbewohner leiden unter Depression
- depressive Erkrankungen werden häufig nicht bemerkt und nicht behandelt
- nur ca. 40% erhalten eine ärztliche Diagnose
 - nur 50% davon eine adäquate Therapie
 - Psychotherapie im Pflegeheim findet kaum statt
 - **dies stellt ein eklatantes Versorgungsdefizit dar!**

Projekt DAVOS: Zielsetzung

- neuartiges Case Management-Programm zur Verbesserung der Depressionsbehandlung in Altenpflegeeinrichtungen
- Optimierung der medizinischen, pflegerischen und psychotherapeutischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern
- **erstes Projekt dieser Art in Deutschland!**

Erfahrungsaustausch

Routine bietet Sicherheit und Verlässlichkeit andererseits führt sie zu wenig Reizen und Abwechslung



Sicherheit/Verlässlichkeit

Reizarmut/wenig Abwechslung

Bewohner/innen

→ Sicherheit und Verlässlichkeit ermöglicht
das aktive Einbringen der Bewohner/innen

Bewohner/innen

→ Monotonie hemmt Aktivität, Langeweile,
Verlust der Individualität

Pflegefachkraft

→ Planbare Abläufe, Ruhe in der Arbeit,
effizienzorientiert

Pflegefachkraft

→ Resignation, keine Kreativität in der
Arbeit, Alltagstrott

Routine zwischen Sicherheit und Reizarmut

Im Schaubild sind Sicherheit/Verlässlichkeit und Reizarmut/wenig Abwechslung als Gegenpole dargestellt.

Wenn Sie an Ihren Arbeitsbereich denken, an welcher Stelle im Schaubild sehen Sie die Bewohner/innen?

Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede zwischen Bewohner/innen mit und ohne Depression?

Welche Situationen kennen Sie hierzu aus Ihrem beruflichen Alltag?

Welche Herausforderungen haben Sie im Umgang mit Depressionen schon erlebt?

Pflegefachkräfte sind Bewohner/innen durch ihre Fachkompetenz eine wichtige Hilfe und Unterstützung andererseits führt Fremdbestimmung zu Abhängigkeit und Bevormundung



Selbstbestimmung

Fremdbestimmung

Bewohner/innen
→ Bedürfnisse und Wünsche werden berücksichtigt

Bewohner/innen
→ Abhängigkeit, Bevormundung

Pflegefachkraft
→ Fachkompetente Versorgung
(Hilfe und Unterstützung)

Pflegefachkraft
→ Professionalität wird abgesprochen

Selbst- vs. Fremdbestimmung

Im Schaubild sind Selbstbestimmung und Fremdbestimmung als Gegenpole dargestellt.

Wenn Sie an Ihren Arbeitsbereich denken, an welcher Stelle im Schaubild sehen Sie die Bewohner/innen?

Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede zwischen Bewohner/innen mit und ohne Depression?

Welche Situationen kennen Sie hierzu aus Ihrem beruflichen Alltag?

Welche Herausforderungen haben Sie im Umgang mit Depressionen schon erlebt?

Die privaten und öffentlichen Räume in stationären Pflegeeinrichtungen sind fließend



Öffentlichkeit

Bewohner/innen

→ viele Kontakte und Abwechslung; im Notfall ist Hilfe da; eigener Raum fehlt vor allem bei Doppelzimmer

Pflegefachkraft

→ ein freies Bewegen innerhalb sowie außerhalb der Einrichtung

Privatheit

Bewohner/innen

→ Privatsphäre; Berücksichtigung der Wünsche/Bedürfnisse; Gefühl ein zu Hause zu haben

Pflegefachkraft

→ Regeln/Wünsche der Bewohner/-innen müssen berücksichtigt werden; stehen ggf. im Widerspruch mit den Vorgaben in der Einrichtung

Öffentlichkeit vs. Privatheit

Im Schaubild sind Öffentlichkeit und Privatheit als Gegenpole dargestellt.

Wenn Sie an Ihren Arbeitsbereich denken, an welcher Stelle im Schaubild sehen Sie die Bewohner/innen?

Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede zwischen Bewohner/innen mit und ohne Depression?

Welche Situationen kennen Sie hierzu aus Ihrem beruflichen Alltag?

Welche Herausforderungen haben Sie im Umgang mit Depressionen schon erlebt?

**Was erhoffen Sie sich von Ihrer
Teilnahme am Projekt als
Case Manager?**

**Was erwarten Sie von den
Schulungen?**



Quelle:<https://1.bp.blogspot.com/-3DbBAJHAPVI/UpdRBTZFfI/AAAAAAAAHGg/jJY2tVO4qPg/s1600/pause-button-e1376172552682.jpg>

Was sind Depressionen?

Fallbeispiel Johann S.

Kurze Zeit bevor er ins Pflegeheim kam, verstarb die Frau von Herrn S. Obwohl dies bereits zwei Jahre zurückliegt, zehrt dieser Verlust noch immer an ihm. Das Pflegepersonal bemerkt, dass er fast kein Interesse an Dingen hat, die ihm früher Freude bereitet haben, und sein Zimmer nur selten verlässt. Er kann sich kaum aufraffen, etwas zu tun, und klagt häufig über Kopf- und Rückenschmerzen. Oft wacht Johann S. sehr früh auf, kann nicht mehr einschlafen und keine Ruhe finden. Er sitzt dann für Stunden am Fenster und grübelt, ohne einen klaren Gedanken fassen zu können. „Alles hoffnungslos, nichts wird mehr besser“, murmelt er manchmal vor sich hin. Beim Mittagessen starrt er auf seinen Teller und bekommt keinen Bissen runter. Auf den Rat des Pfarrers, zu dessen Gottesdiensten im Pflegeheim Herr S. manchmal geht, einen Arzt aufzusuchen, erwidert er: „Meine Frau bekomme ich dadurch auch nicht wieder. Ich bin alt und habe keine Kraft mehr. Was soll noch kommen? Ich bin für alle eine Last. Es wäre doch besser, wenn ich auch gehen würde.“

Welche depressiven Symptome zeigt Johann S.?

Fallbeispiel Johann S.

Kurze Zeit bevor er ins Pflegeheim kam, verstarb die Frau von Herrn S. Obwohl dies bereits zwei Jahre zurückliegt, zehrt dieser Verlust noch immer an ihm. Das Pflegepersonal bemerkt, dass er fast kein Interesse an Dingen hat, die ihm früher Freude bereitet haben, und sein Zimmer nur selten verlässt. Er kann sich kaum aufraffen, etwas zu tun, und klagt häufig über Kopf- und Rückenschmerzen. Oft wacht Johann S. sehr früh auf, kann nicht mehr einschlafen und keine Ruhe finden. Er sitzt dann für Stunden am Fenster und grübelt, ohne einen klaren Gedanken fassen zu können. „Alles hoffnungslos, nichts wird mehr besser“, murmelt er manchmal vor sich hin. Beim Mittagessen starrt er auf seinen Teller und bekommt keinen Bissen runter. Auf den Rat des Pfarrers, zu dessen Gottesdiensten im Pflegeheim Herr S. manchmal geht, einen Arzt aufzusuchen, erwidert er: „Meine Frau bekomme ich dadurch auch nicht wieder. Ich bin alt und habe keine Kraft mehr. Was soll noch kommen? Ich bin für alle eine Last. Es wäre doch besser, wenn ich auch gehen würde.“

Fallbeispiel Johann S.

Kurze Zeit bevor er ins Pflegeheim kam, verstarb die Frau von Herrn S. Obwohl dies bereits zwei Jahre zurückliegt, zehrt dieser Verlust noch immer an ihm. Das Pflegepersonal bemerkt, dass er fast **kein Interesse an Dingen** hat, die ihm früher Freude bereitet haben, und **sein Zimmer nur selten verlässt**. Er **kann sich kaum aufraffen, etwas zu tun**, und **klagt häufig über Kopf- und Rückenschmerzen**. Oft wacht Johann S. sehr früh auf, **kann nicht mehr einschlafen** und **keine Ruhe finden**. Er sitzt dann für Stunden am Fenster und **grübelt, ohne einen klaren Gedanken fassen zu können**. „**Alles hoffnungslos, nichts wird mehr besser**“, murmelt er manchmal vor sich hin. Beim Mittagessen starrt er auf seinen Teller und **bekommt keinen Bissen runter**. Auf den Rat des Pfarrers, zu dessen Gottesdiensten im Pflegeheim Herr S. manchmal geht, einen Arzt aufzusuchen, erwidert er: „Meine Frau bekomme ich dadurch auch nicht wieder. Ich bin alt und **habe keine Kraft mehr. Was soll noch kommen? Ich bin für alle eine Last. Es wäre doch besser, wenn ich auch gehen würde.**“

Symptome einer Depression

- typische Symptome:
 - gedrückte Stimmung
 - Interessensverlust
 - Müdigkeit
 - Antriebslosigkeit

- weitere häufige Beschwerden:
 - Konzentrationsprobleme
 - Schlaf- und Appetitstörungen
 - Gefühl von Wertlosigkeit
 - pessimistische Zukunftsperspektive
 - Schuldgefühle und Suizidgedanken

Gruppenarbeit

Häufigkeit und Risikofaktoren

- Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens eine Depression zu erleiden: Frauen 26%, Männer 12%
- Risikofaktoren:
 - weibliches Geschlecht
 - biografische Faktoren (z.B. Scheidung, Tod von Angehörigen)
 - chronischer Stress
 - familiäre Belastung (20% der Angehörigen depressiv Erkrankter leiden ebenfalls an Depression)

Formen und Verlauf von Depressionen

a) Depressive Episode mit vollständiger Remission



b) Depressive Episode mit unvollständiger Remission



c) Rezidivierende Depression



d) Dysthymie



e) Depressive Episode mit vorausgegangener Dysthymie („double depression“)



f) Chronifizierte (> 2 Jahre) depressive Episode



Depressionen im Alter

- ab 65 Jahren spricht man Altersdepression
- mit zunehmendem Alter steigendes Risiko für Depression
- Stimmung ist negativ verändert:
 - Freudlosigkeit
 - Niedergeschlagenheit
 - Antriebslosigkeit

Depressionen im Alter

- Hauptsymptome oft von körperlichen Beschwerden überlagert
- unspezifische Symptome:
 - Kopf- und Rückenschmerzen
 - Schwindelanfälle
 - Magen-Darm-Beschwerden
- **die eigentlich typische Stimmungsveränderung meist schleichend im Hintergrund**

Risikofaktoren für Altersdepression

Leitthema: Depression

Übersicht 1

Patienten mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko für eine Depression im Alter

Patienten

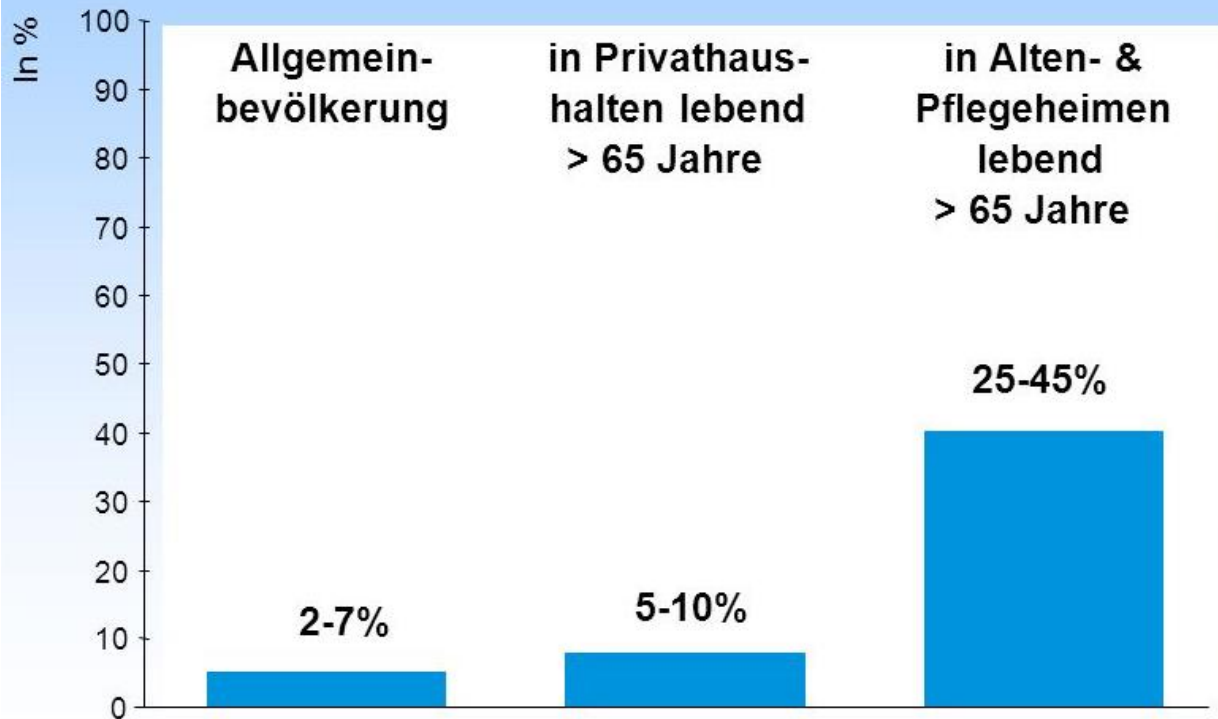
- in einschneidenden Lebenssituationen
- mit hirnorganischen Erkrankungen, z. B. beginnender Alzheimer-Demenz
- mit länger bestehenden Schlafstörungen
- mit chronischen körperlichen Erkrankungen, insbesondere wenn sie mit Schmerzen einhergehen und/oder die Mobilität einschränken
- mit fehlendem/eingeschränktem „sozialem Netz“
- mit geringerer Bildung
- mit psychiatrischen Erkrankungen in der Vorgeschichte
- mit positiver Familienanamnese

Folgen von Depressionen im Alter

- Konsequenzen einer unbehandelten und unerkannten Altersdepression:
 - erheblich reduzierte Lebensqualität
 - Rückzug & Isolation
 - Verlust der sozialen Teilhabe
 - Multimorbidität
 - erhöhtes Risiko für Hospitalisierung
 - erhöhtes Mortalitätsrisiko

Depressionen im Pflegeheim

Häufigkeit der Depression

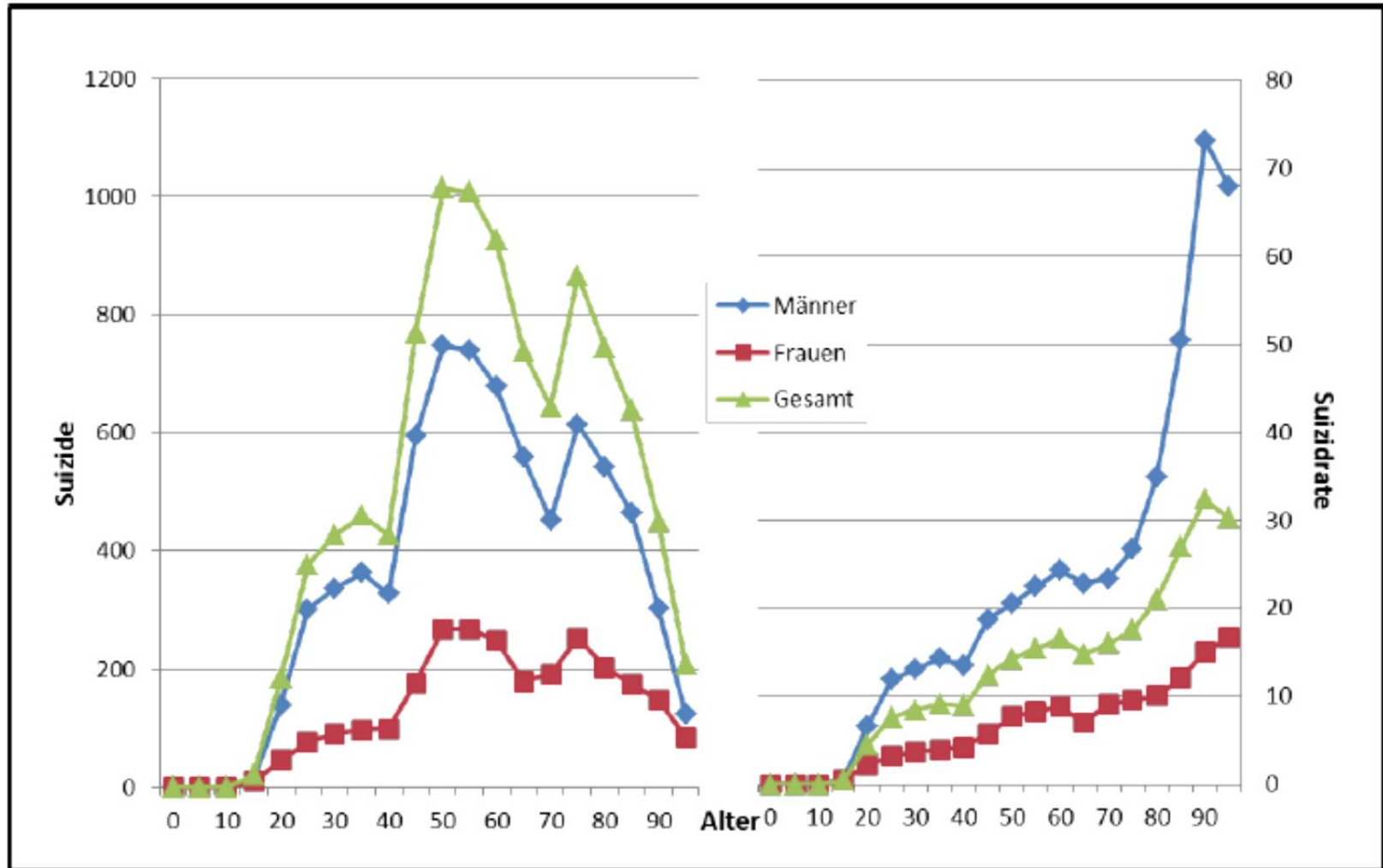


Quelle: <https://slideplayer.org/slide/898327/>

Depressionen und Suizid

- 10.000 Suizide in Deutschland pro Jahr
 - doppelt so hoch wie die Anzahl der Verkehrstoten
- 40 % der Suizidenten sind älter als 60 Jahre
 - alle zwei Stunden nimmt sich ein Mensch jenseits der 60 in Deutschland das Leben
- **die Dunkelziffer ist viel höher!**

Suizidraten



Quelle: https://www.landeskrankenhaus.de/media/Landeskrankenhaus/ZpGA/01_Veranstaltungen/VA_Depression_im_Alter_LZG_03_05_2022.pdf

Depression oder Demenz?

Demenz und Depression

- Demenzen zählen zu häufigsten Krankheiten im Alter
- bei Demenzen sind auch depressive Symptome möglich
- 35-40% aller Alzheimer-Patienten haben während ihrer Erkrankung mind. eine depressive Episode
- Komorbidität von Demenz und Depression möglich
- **Differenzialdiagnose sehr wichtig, aber auch schwierig!**

Depression vs. Demenz

Depression	Demenz
Rascher Beginn und schnelles Fortschreiten (Wochen, Monate)	Schleichender Beginn (Monate, Jahre)
Orientierung meist vollständig vorhanden	Bereits früh Orientierungsstörungen
Häufiges Klagen und Grübeln	Kaum Klagen über Defizite
Oftmals Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, aber keine schweren kognitiven Störungen	Zunehmend kognitive Störungen: Gedächtnis, aber auch logisches Denken, Auffassung, Aufmerksamkeit
Leistungsschwankungen bei Tests	Leistungsminderung bei Tests
Schlafstörung mit Grübeln	Zunehmend nächtliche Unruhe und Umtriebigkeit
Morgentief und abendliche Stimmungsaufhellung	Abends eher schlechtere Verfassung
Häufig Schuldgefühle über angebliche Versäumnisse und Leistungseinbußen	Kognitive Probleme werden eher anderen Personen oder Umständen zugeschrieben
Rückzugstendenzen aus sozialem Umfeld	Versuche, die „Fassade“ aufrechtzuerhalten und eigene Einbußen zu verharmlosen

MITTAGESSEN

Was ist Case Management?

Case Management: Definition

- „Case Management ist ein Prozess der Zusammenarbeit,
- in dem eingeschätzt, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht wird und
 - Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden,
 - um dem gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen
 - auf qualitätsvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen.“

Case Management: Funktionen/Regelkreis

Funktionen des Case Manager:

Anwaltliche Funktion/“Advocacy“

Mit professionellem Fallverständnis, die Probleme und den Versorgungsbedarf der Bewohner im Blick haben

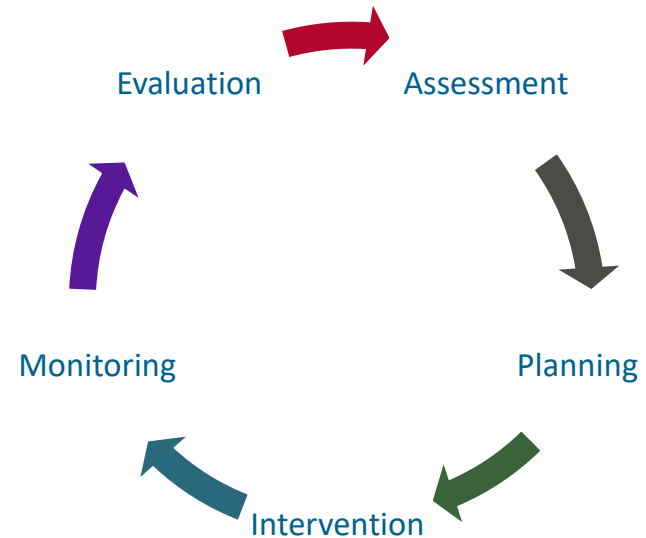
Vermittelnde Funktion/“Broker“

Bestmögliche Versorgungslösung im Interesse des Bewohners vertreten

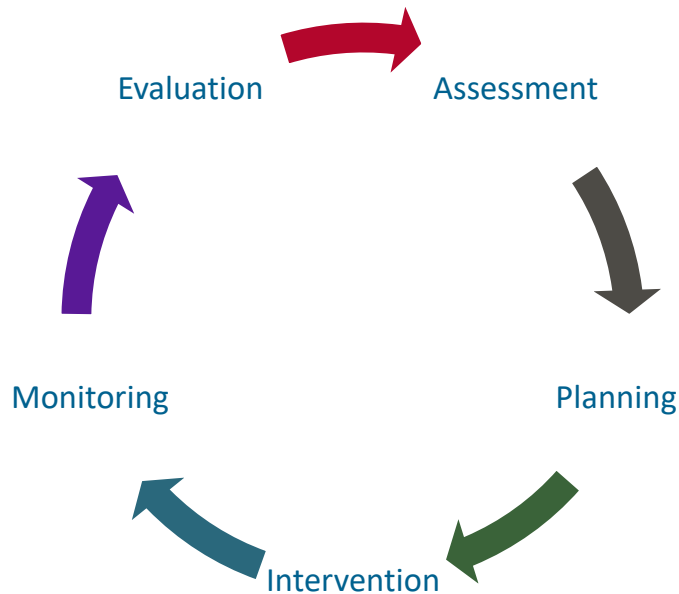
Selektierende Funktion/“Gate-Keeper“

Den größtmöglichen Nutzen bei begrenzten finanziellen und zeitlichen Ressourcen für den Bewohner erzielen

Umsetzung in die Praxis:



Case Management: Regelkreis



➡ Die Phasen des Regelkreises sind nicht als starr und endgültig anzusehen; sie gelten vorläufig und müssen immer wieder neu angepasst werden

Assessment →
Einschätzung bzw. Abklärung

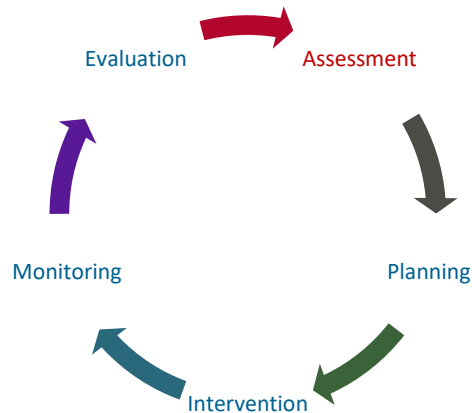
Planning →
Planung von Zielen und
Maßnahmen

Intervention →
Durchführung geplanter
Maßnahmen

Monitoring →
Überprüfung und Begleitung

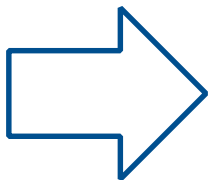
Evaluation →
Auswertung, Bewertung

Case Management: Regelkreis



Assessment (Einschätzung):

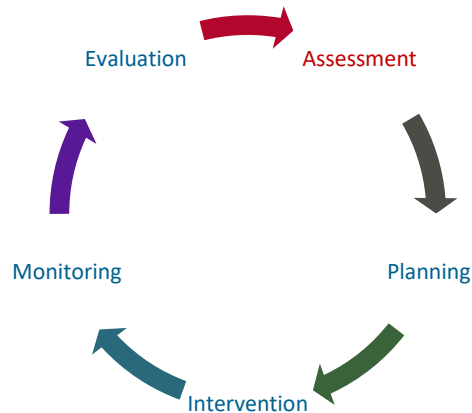
- aktive Mitwirkung der Bewohner/innen ist dabei geboten
- es ist kein Expertenurteil gefragt, gemeinsam mit den Bewohner/innen wird die individuelle Situation besprochen
- in der Praxis erfolgt die Einschätzung in der Regel mit einem Assessment
- fortgesetzt wird diese Einschätzung unter Beteiligung des Teams und der Angehörigen



Assessment in DAVOS:

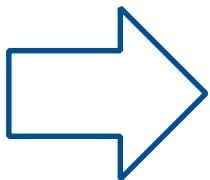
- Rekrutierung der Studienteilnehmer
- Depressions-Screening mit DeMoL-Pflege

Case Management: Regelkreis



Assessment (Einschätzung):

- aktive Mitwirkung der Bewohner/innen ist dabei geboten
- es ist kein Expertenurteil gefragt, gemeinsam mit den Bewohner/innen wird die individuelle Situation besprochen
- in der Praxis erfolgt die Einschätzung in der Regel mit einem Assessment
- fortgesetzt wird diese Einschätzung unter Beteiligung des Teams und der Angehörigen



Assessment in DAVOS:

- **Rekrutierung der Studienteilnehmer**
- Depressions-Screening mit DeMoL-Pflege

Was sind die ersten Schritte im Projekt?

Ziel von DAVOS

- das Projekt DAVOS soll die medizinische, pflegerische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegeheimbewohnern verbessern
- positiv beeinflusst werden sollen Lebensqualität, Befindlichkeit, Stimmung, Aktivität und soziales Miteinander der Bewohner

Was „bekommen“ die Bewohner?

- regelmäßige individuelle Befragungen und Gespräche zu Stimmung, Wohlbefinden und Lebensqualität:
 - durch psychologisch-medizinische Mitarbeiter
- psychotherapeutische Sprechstunde
(= **Orientierungsgespräch**)
- regelmäßig stattfindende „**Aktivierungsgruppe**“
- nach Indikation:
 - **psychotherapeutische Depressionsgruppe**
 - **psychotherapeutische Einzelgespräche**

Aufgaben der Case Manager

- Case Manager werden für spezielle Aufgaben im Projekt ausgewählt und geschult:
 - Bewohner für Projektteilnahme auswählen
 - Symptome von Depression erkennen (Screening)
 - Schnittstelle zwischen Heim – Ärzten – Psychologen – Projektmitarbeitern
 - Multiplikatoren für Kollegen

Wer kann mitmachen?

- alle Bewohner der Pflegeeinrichtungen über 60 Jahre
- alle Bewohner, die freiwillig in die Teilnahme einwilligen können und wollen
- **die Teilnehmer müssen keine Depression haben!**



Wer kann leider nicht mitmachen?

- Bewohner, die jünger als 60 Jahre sind
- Bewohner mit einer fortgeschrittenen Demenz
- Bewohner mit einer ausgeprägten Suchterkrankung
- Bewohner, die nicht in die Teilnahme einwilligen können oder wollen

Erste Schritte

- 1. Rekrutierung: Für die Teilnahme geeignete Bewohner über die Studie aufklären und zur Teilnahme motivieren
- 2. Einverständniserklärung mit Namen und Geburtstag des Bewohners ausfüllen und ggf. schon unterschreiben lassen
- abschließende Aufklärung der Bewohner erfolgt beim ersten Besuch durch Studienpersonal (ab Dezember 2018)
- Terminvereinbarung für ersten Besuch zur Datenerhebung durch Studienpersonal (ab Dezember 2018)

DAVOS-Studieninformation



Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Studienleiter: Prof. Dr. Johannes ~~Cappel~~
Professur Altersmedizin mit Schwerpunkt Psychogeriatric und Klinische Gerontologie
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kal 7
D-60590 Frankfurt am Main

Studieninformation und Einwilligungserklärung

Studientitel:
Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes ~~kollaboratives~~ Versorgungsmodell (DAVOS)

Teil 2: Depressionsbehandlung im Pflegeheim

Sehr geehrte/r Bewohner/In der Pflegeeinrichtung¹,

wir möchten Sie freundlich bitten, an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen. In dieser Studie soll untersucht werden, wie Depressionen bei älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen besser erkannt bzw. behandelt werden können und wie sich die diesbezügliche medizinische, pflegerische und psychotherapeutische Versorgung verbessern lässt.

Im Folgenden finden Sie eine kurze Beschreibung der Studie.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Ältere und hochbetagte Menschen leiden sehr häufig unter Depressionen. Sie treten darüber hinaus doppelt so häufig bei älteren Menschen auf, die in Pflegeeinrichtungen leben. Obwohl depressive Erkrankungen auch im höheren Lebensalter gut behandelbar sind, werden diese bei Pflegeheimbewohnern häufig nicht bemerkt und dementsprechend nicht behandelt. So erhalten in Deutschland lediglich 42,9% der an einer Depression erkrankten Pflegeheimbewohner tatsächlich eine entsprechende ärztliche Diagnose und nur die Hälfte davon eine adäquate Therapie. Diese Tatsache stellt ein eklatantes Versorgungsdefizit dar und führt bei den Betroffenen u.a. zu einer reduzierten Lebensqualität, einem schlechteren körperlichen Funktionsniveau, früherer Sterblichkeit und einer höheren Zahl von Krankenhausaufenthalten.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden auf die Nennung der weiblichen und männlichen Form verzichtet. Es sind aber ausdrücklich immer alle Geschlechter gemeint.

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Prof. Dr. Johannes ~~Cappel~~
Institut für Allgemeinmedizin, Theodor-Stern-Kal 7, D-60590 Frankfurt

An die Bewohner/innen
der Altenpflegeeinrichtung

Informationsscheiben zum Forschungsprojekt:
„Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell (DAVOS)“

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Leiter des mit öffentlichen Mitteln geförderten Projekts „DAVOS“ möchte ich Sie heute über den Start dieses Forschungsvorhabens in der Altenpflegeeinrichtung benachrichtigen, in der Sie wohnhaft sind.

Im Forschungsprojekt DAVOS soll in den Häusern des ~~Frankfurter Verband~~ und der ~~Agaplesion Markus Diakonie~~ ein Programm zur Verbesserung der Depressionsbehandlung von Bewohner/innen der beteiligten Altenpflegeeinrichtungen praktisch erprobt und wissenschaftlich begleitet werden. Ziel ist die Unterstützung einer individuell orientierten Versorgung der dort lebenden Menschen. Hierfür werden Pflegekräfte und Alltagsbegleiter/innen speziell qualifiziert. Ihre zuständigen Haus- und Fachärzte werden über das Projekt ebenfalls informiert und einbezogen. Die erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung des DAVOS-Konzeptes ist ein wichtiges Anliegen und im großen Interesse sämtlicher beteiligter Pflegeeinrichtungen.

Ganz herzlich möchte ich auch Sie zur Teilnahme am Projekt DAVOS einladen. Zeitnah werden Sie über den Ablauf und den Start unseres Forschungsprojekts in Ihrer Einrichtung informiert.

Ihre Teilnahme ist absolut freiwillig. Selbstverständlich können Sie diese jederzeit und ohne Angaben von Gründen beenden. Die Nicht-Teilnahme hat keinen Einfluss auf Ihre derzeitige weitere medizinische, pflegerische und/oder psychotherapeutische Betreuung.

Eine kurze Projektbeschreibung finden Sie auf der folgenden Seite.

Arbeitsbereich Altersmedizin
mit Schwerpunkt Psychogeriatric
und klinische Gerontologie
Leitung:
Prof. Dr. med.
Johannes ~~Cappel~~

Tel.: +49(0)69-42 01-4124
Fax: +49(0)69-42 01-44 28
E-Mail: ~~cap@emg.med.uni-frankfurt.de~~

Datum: 09.11.2018

Kooperationspartner:

FFIA Frankfurter Forum
für interdisziplinäre
Altenforschung

**MESSEISCHES INSTITUT
FÜR PFLEGEFORSCHUNG
HessIP**

UNIVERSITÄTSmedizin.
2018

IMB
Institut für Medizinische Biometrie,
Epidemiologie und Informatik

**ZENTRUM FÜR PSYCHOTHERAPIE
DER GOETHE-UNIVERSITÄT**

**AGAPLESION
MARKUS DIAKONIE**

FRANKFURTER VERBAND

FRANKFURTER VERBAND

Gefördert durch:

**Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss**

DAVOS-Einwilligungserklärung

Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell (DAVOS)

Teil 2: Depressionsbehandlung im Pflegeheim

Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme

Bitte lesen Sie sich diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und unterschreiben Sie diese, wenn Sie mit der Studienteilnahme einverstanden sind. Ein Exemplar der Einwilligungserklärung verbleibt bei dem Sie aufklärenden Studienpsychologen, das andere Exemplar bekommen Sie für Ihre persönlichen Unterlagen. Falls Sie über die Studienergebnisse informiert werden möchten, können Sie auf der zweiten Seite der Einwilligungserklärung Ihre Email-Adresse eintragen.

Vorname und Name des Pflegeheimbewohners (in Druckbuchstaben)

geboren am

Ich bin in einem persönlichen Gespräch durch den Studienpsychologen

(Name des Studienpsychologen)

ausführlich und verständlich über die Zielsetzungen der Studie sowie deren Wesen und Risiken aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Studieninformation, welcher auch eine Datenschutzerklärung beinhaltet, gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, mit dem Studienpsychologen über die Durchführung der Studie zu sprechen. Alle meine Fragen wurden vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Falls ich nicht mehr teilnehmen möchte, werde ich das den Studienmitarbeitern mitteilen.

Seite 6

Die Studieninformation ist Teil dieser Einwilligungserklärung.

Eine Kopie der Studieninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Studienpsychologen.

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegeheimbewohners

Ort, Datum

Unterschrift des Studienpsychologen

Information über die Studienergebnisse:

Wenn Sie über die Ergebnisse informiert werden möchten, können Sie hier Ihre Email-Adresse angeben.

Ja, ich möchte über die Ergebnisse der Untersuchung informiert werden.

Meine Email-Adresse: _____

Nein, ich möchte meine Email-Adresse nicht angeben.

Seite 8

Wie läuft die Rekrutierung?

Übung in Kleingruppen

Dos & Don'ts bei Rekrutierung

Don'ts (= bitte beim Gespräch möglichst vermeiden!)

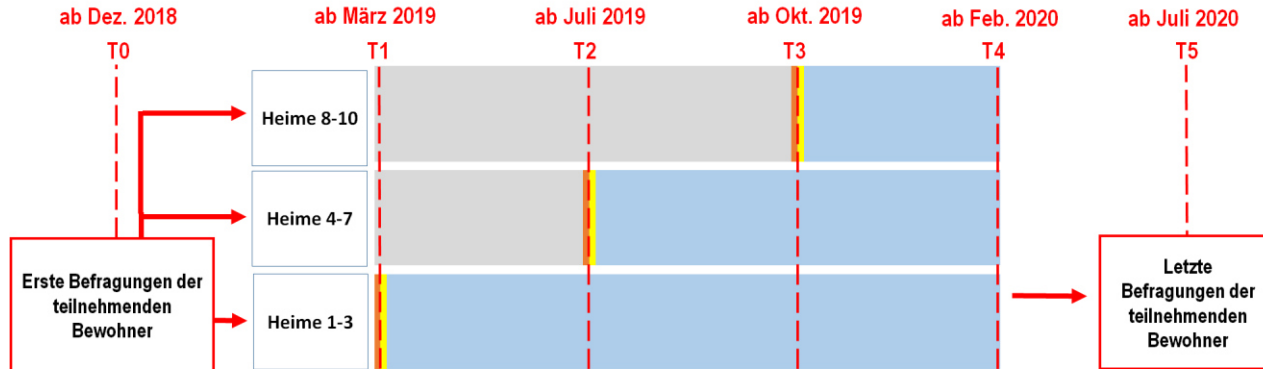
- Studie bzw. Untersuchung mit Depressiven
- Projekt gegen Ihre Depression
 - könnte zunächst abschrecken und Ängste oder Bedenken schüren
- vor anderen Bewohnern (z.B. beim Essen) darauf ansprechen oder zwischen Tür und Angel
 - keinen Druck aufbauen

Dos & Don'ts bei Rekrutierung

Dos (= Rekrutierungsgespräch wie folgt gestalten)

- Gespräch im geschützten Rahmen und ruhiger Atmosphäre
- „Projekt der Goethe-Universität Frankfurt zur Verbesserung Ihrer Stimmung und Lebensqualität“
- Pflegeeinrichtung befürwortet das Projekt (und Sie als Case Manager auch 😊)
- Teilnahme ist freiwillig; Daten werden nicht weitergegeben
- „Mitarbeiter der Uni kommen regelmäßig zu Ihnen zu Gesprächen über Ihre Befindlichkeit und Stimmung“
- Sie selbst als Ansprechpartner vor Ort
- Aktivierungs- und Gesprächsgruppen werden angeboten
→ Bedenkzeit einräumen; bei Unsicherheit, nochmal fragen

Weiterer Projektablauf



T0-T5 = individuelle Befragungen und Gespräche durch Projektmitarbeiter

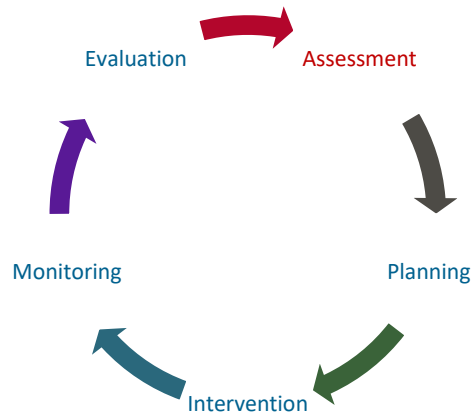
Per Zufall erstellte Reihenfolge	Pflegeeinrichtung
1	Victor-Gollancz-Haus
2	Pflegeheim Praunheim
3	Pflegeheim Bockenheim
4	Sozial- und Rehazentrum West
5	AGAPLESION Wohnen & Pflegen im Schwanthaler Carrée
6	Frankfurter Verband Julie-Roger-Haus
7	AGAPLESION OBERIN MARTHA KELLER HAUS
8	Quartierszentrum Bürgermeister-Gräf-Haus (Haus Johanna Melber)
9	AGAPLESION HAUS SAALBURG
10	Heinrich-Schleich-Haus



Quelle:
<https://1.bp.blogspot.com/-3DbBAJHAPVI/VUpdRBTZFfI/AAAAAAAAHGg/jJY2tVO4qPg/s1600/pause-button-e1376172552682.jpg>

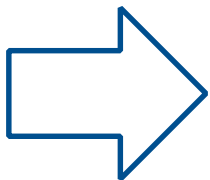
Depressions-Screening

Case Management: Regelkreis



Assessment (Einschätzung):

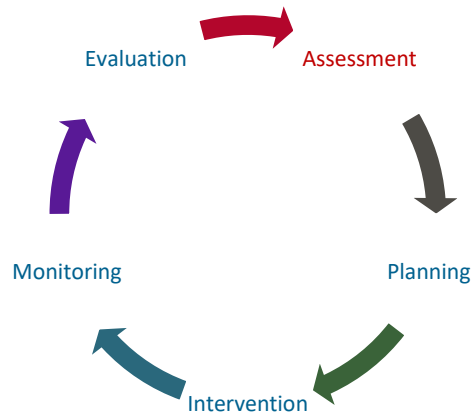
- aktive Mitwirkung der Bewohner/innen ist dabei geboten
- es ist kein Expertenurteil gefragt, gemeinsam mit den Bewohner/innen wird die individuelle Situation besprochen
- in der Praxis erfolgt die Einschätzung in der Regel mit einem Assessment
- fortgesetzt wird diese Einschätzung unter Beteiligung des Teams und der Angehörigen



Assessment in DAVOS:

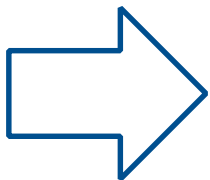
- Rekrutierung der Studienteilnehmer
- Depressions-Screening mit DeMoL-Pflege

Case Management: Regelkreis



Assessment (Einschätzung):

- aktive Mitwirkung der Bewohner/innen ist dabei geboten
- es ist kein Expertenurteil gefragt, gemeinsam mit den Bewohner/innen wird die individuelle Situation besprochen
- in der Praxis erfolgt die Einschätzung in der Regel mit einem Assessment
- fortgesetzt wird diese Einschätzung unter Beteiligung des Teams und der Angehörigen



Assessment in DAVOS:

- Rekrutierung der Studienteilnehmer
- **Depressions-Screening mit DeMoL-Pflege**

Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL) für Pflege modifiziert

DeMoL-Pflege*

Datum:

Name: Bewohner/in:

Case Manager/in:

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	A	B	C	D
1. Hatten Sie wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten, die Ihnen normalerweise Freude bereiten? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verspürten Sie Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder schlafen Sie vermehrt viel? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verspürten Sie ausgeprägte Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie zu haben? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie einen verminderten Appetit oder ein übermäßiges Bedürfnis zu essen? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie eine besonders schlechte Meinung von sich selbst (z.B. das Gefühl wertlos zu sein oder eine Belastung für andere)? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder im Gespräch mit anderen)? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Verspürten Sie eine starke innere Ruhelosigkeit (z.B. einen ausgeprägten Bewegungsdrang)? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie Gedanken, dass Sie lieber nicht mehr da bzw. tot wären? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hatten Sie sich konkrete Vorstellungen oder Pläne gemacht, um sich etwas anzutun oder Ihr Leben zu beenden? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Persönliche Einschätzung Case Manager/in <i>Klagte der/die Bewohner/in häufiger als sonst über unspezifische körperliche Symptome (z.B. Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden)? Wenn ja, über welche? _____</i> A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
12. Persönliche Einschätzung Case Manager/in <i>Ist Ihnen während des Screening-Gesprächs etwas besonders aufgefallen? (z.B. Widersprüche zwischen Verhalten und Äußerungen)</i> Ja → _____ Nein → _____				



Hausinterner Notfallplan + Info an behandelnden Arzt



Info an psychotherapeutische Sprechstunde + Info an Studienpersonal



Beobachtendes Abwarten („Watchful Waiting“) → erneutes Screening in 2 Wochen



Unauffällig → erneutes Screening in 2 Monaten

Unterschrift Case Manager/in

* modifiziert nach Geischoff et al. (2006). Z. ärztl. Fortbild., Qual. Gesundheitswesen, 100, 375–382.

1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

- **Hauptsymptom der Depression**
- Patienten sind nur schwer zu Aktivitäten zu motivieren
- Außenstehende bemerken einen Rückzug
- oftmals beklagen die Betroffenen es auch selbst

2. Niedergeschlagenheit, Schwermut und Hoffnungslosigkeit

- häufig an nonverbalen Signalen (z.B. Mimik und Lautäußerungen) zu erkennen
- Tagesschwankungen sind möglich
- morgens nach dem Aufwachen ist die Stimmung oft besonders schlecht → **Morgentief**

3. Schlafschwierigkeiten oder vermehrter Schlaf

- sehr häufiges Problem
- Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie Zu-Früh-Erwachen
- oft verbunden mit Grübeleien
- selten vermehrter Schlaf
- **Schlafstörungen treten gehäuft zu Beginn der Erkrankung auf**

4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

- Alltagsaktivitäten können reduziert sein
- im Extremfall ist die Selbstversorgung gefährdet
- kann zugleich Hinweis auf eine chronische körperliche Erkrankung sein

5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen

- depressive Episoden gehen oft mit erheblichem Appetitmangel einher
- Essen wird oft als geschmacksarm beschrieben
- seltener ist vermehrter Appetit oder eine Gewichtszunahme

6. Schlechte Meinung von sich selbst (Gefühl der Wertlosigkeit)

- eigene Fähigkeiten werden unterschätzt
- vermehrte Schuldgefühle
- nicht gerechtfertigte Übernahme der Verantwortung für negative Ereignisse
- **wahrheitsgemäße Beantwortung dieser Frage stellt für Betroffene eine große Belastung dar**

7. Konzentrationsschwierigkeiten

- den Betroffenen fällt es schwer, Anweisungen oder Ausführungen zu folgen
- Konzentrationsprobleme machen sich gerade bei Alltagsaktivitäten wie Fernsehen oder Zeitunglesen bemerkbar
- **es kann der Eindruck entstehen, es liege Demenz vor**

8. Innere Ruhelosigkeit

- Betroffene können eine quälende innere Unruhe empfinden und z.B. nicht in der Lage sein, still zu sitzen
- ausgeprägter Bewegungsdrang
- **Veränderungen lassen sich meist gut in der Fremdwahrnehmung beobachten**

9. Gedanken an den Tod

- Lebensmüdigkeit
- wiederkehrendes Klagen, es wäre besser, man wäre nicht mehr da
- **jedoch keine konkreten Pläne!**

10. Konkrete Suizidabsichten oder Suizidpläne

- Depressionen sind die häufigste Ursache aller vollendeten Suizide
- vor allem Patienten mit mittlerer und schwerer Depression unternehmen Suizidversuche
- **sofortige Intervention (z.B. hausinterner Notfallplan)!**

11. Klagen über unspezifische körperliche Beschwerden

- beispielsweise Kopf- oder Rückenschmerzen, Schwindelgefühle oder Magen-Darm-Beschwerden
- Klagen kommen viel häufiger als sonst
- andere Erkrankungen können als Ursache ausgeschlossen werden
- **Persönliche Einschätzung der Case Manager**

Ampelsystem von DeMoL-Pflege



Hausinterner Notfallplan + Info an behandelnden Arzt



Info an psychotherapeutische Sprechstunde + Info an Studienpersonal



Beobachtendes Abwarten („Watchful Waiting“) → erneutes Screening in 2 Wochen



Unauffällig → erneutes Screening in 2 Monaten

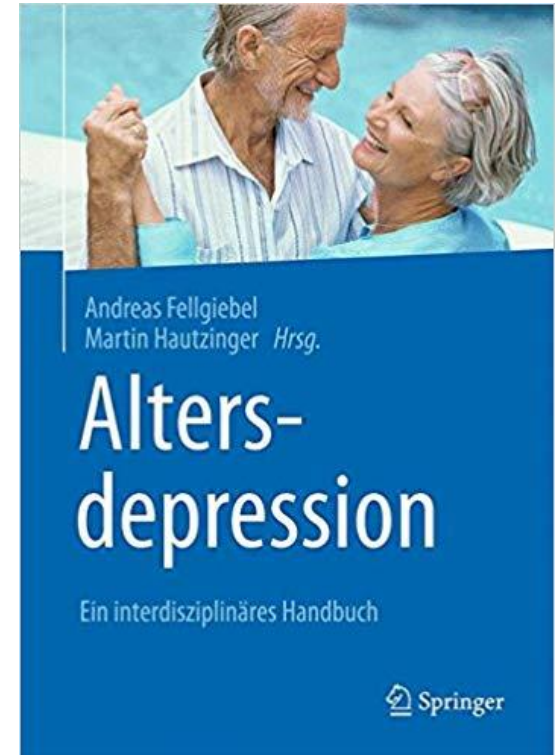
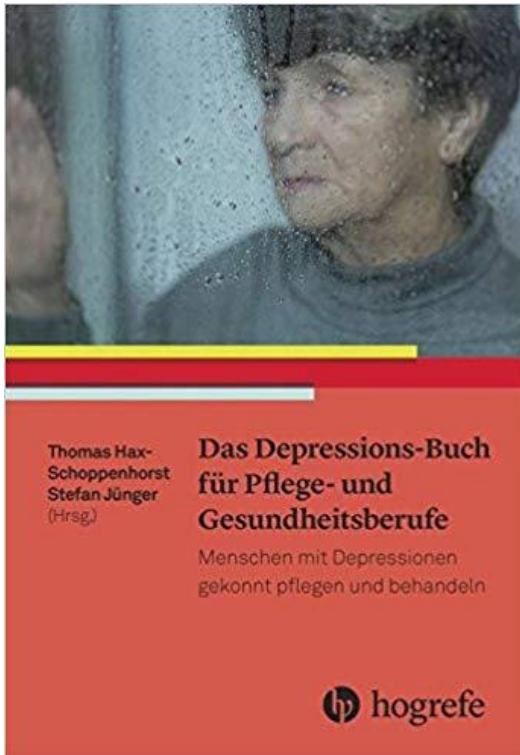
Bitte beachten!

- Depressions-Screening durch Case Manager ist Teil der DAVOS-Intervention
- Damit erst beginnen, kurz bevor die Intervention in Ihrer Einrichtung startet
- Sie werden über den genauen Zeitpunkt informiert
- vorher findet Schulung Teil 2 statt!

Ausblick: Nächste Schulung

- Depressions-Screening
 - Therapiemöglichkeiten bei Depressionen
 - Kognitive Verhaltenstherapie
 - Konzeption der Basis-Intervention (= Aktivierungsgruppe)
 - Terminierung der psychotherapeutischen Sprechstunde (= Orientierungsgespräch)
- **Bitte die Wochenaktivitätspläne mitbringen!**

Literaturempfehlungen



DAVOS-Zertifikat



Teilnahme-Zertifikat

Teil 1

Frau/Herr _____

hat als Teilnehmerin an der Schulung für Case-Manager des Projektes **DAVOS: Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell** erfolgreich teilgenommen.

Zu den in der Schulung erworbenen Kompetenzen gehören:

- Kenntnisse über Ursachen und Verlauf einer Depression; speziell im Bereich der Altersdepressionen
- Kenntnisse, um erste depressive Symptome zu erkennen
- Kompetenz in der Durchführung eines Depressions-Screenings
- Kenntnisse zur Rekrutierung der Studienteilnehmer
- Vermittlung von Kompetenzen im Case- Management

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre aktive Teilnahme.

Prof. Dr. Johannes Pantel, Projektleiter

Arbeitsbereich Altersmedizin des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit



Gefördert durch



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Projekt DAVOS

Depression im Altenpflegeheim:
Verbesserung der Behandlung durch ein
gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell

Schulung für Depression Case Manager Teil 2



Frankfurter Forum
für interdisziplinäre
Altersforschung



FRANKFURTER VERBAND



AGAPLESION
MARKUS DIAKONIE

Institut für
Allgemein-
medizin



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main



HESSISCHES INSTITUT
FÜR PFLEGEFORSCHUNG
HessIP



ZENTRUM FÜR PSYCHOTHERAPIE
DER GOETHE-UNIVERSITÄT

JGU UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

IMBEI
Institut für Medizinische Biometrie,
Epidemiologie und Informatik

AGENDA

- Begrüßungsrunde & Erfahrungsaustausch
- Depressions-Screening (Teil 1: Theoretische Einführung)
 - ❖ **Pause**
- Depressions-Screening (Teil 2: Übungen)
- Psychotherapeutische Intervention (kurze Einführung)
 - ❖ **Mittagspause**
- Basismodul „Rundum Wohlbefinden stärken“
 - ❖ **Pause**
- Wochenaktivitätspläne & nächste Schritte

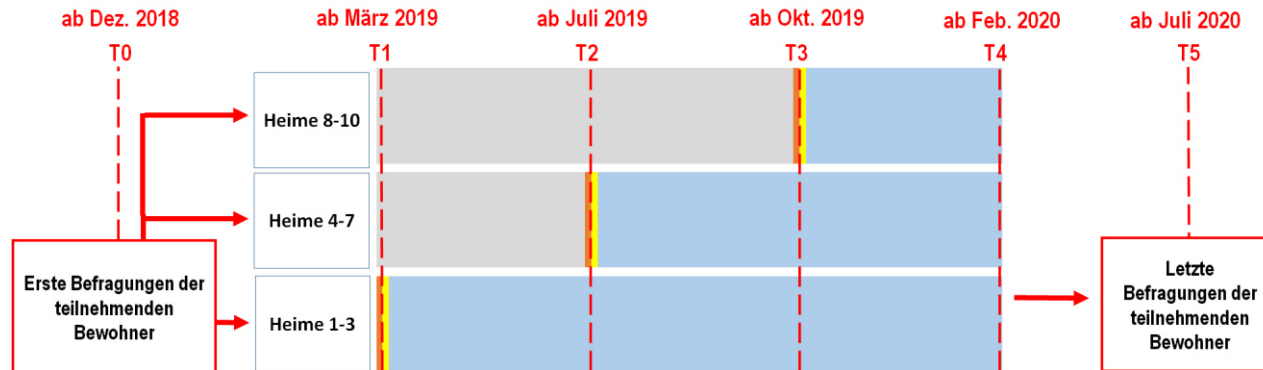
Erfahrungsaustausch

Projektbeginn & Rekrutierung

Schulung Teil 3: Supervision

- einrichtungsübergreifende Supervisionsveranstaltung
- in den Räumen des HessIP
- Ziel: Erfahrungsaustausch und Förderung der Vernetzung zwischen den Einrichtungen.
- jeweils 4 -5 Wochen nach dem Beginn des jeweils aktuellen Clusters

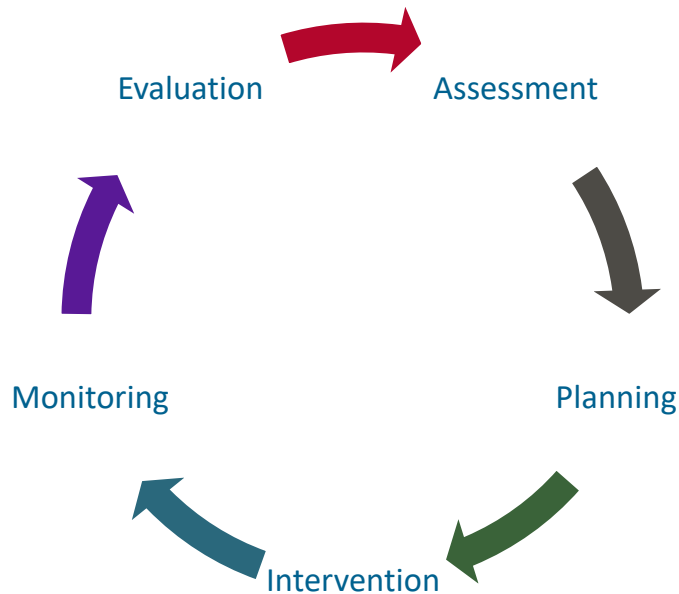
Projekttablauf



T0-T5 = individuelle Befragungen und Gespräche durch Projektmitarbeiter

Per Zufall erstellte Reihenfolge	Pflegeeinrichtung
1	Victor-Gollancz-Haus
2	Pflegeheim Praunheim
3	Pflegeheim Bockenheim
4	Sozial- und Rehazentrum West
5	AGAPLESION Wohnen & Pflegen im Schwanthaler Carrée
6	Frankfurter Verband Julie-Roger-Haus
7	AGAPLESION OBERIN MARTHA KELLER HAUS
8	Quartierszentrum Bürgermeister-Gräf-Haus (Haus Johanna Melber)
9	AGAPLESION HAUS SAALBURG
10	Heinrich-Schleich-Haus

Case Management: Regelkreis



➡ Die Phasen des Regelkreises sind nicht als starr und endgültig anzusehen; sie gelten vorläufig und müssen immer wieder neu angepasst werden

Assessment →
Einschätzung bzw. Abklärung

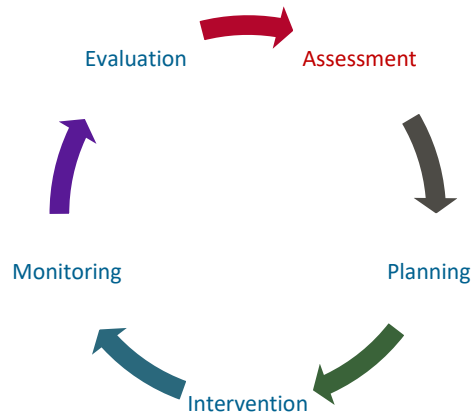
Planning →
Planung von Zielen und
Maßnahmen

Intervention →
Durchführung geplanter
Maßnahmen

Monitoring →
Überprüfung und Begleitung

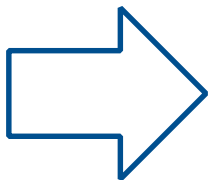
Evaluation →
Auswertung, Bewertung

Case Management: Regelkreis



Assessment (Einschätzung):

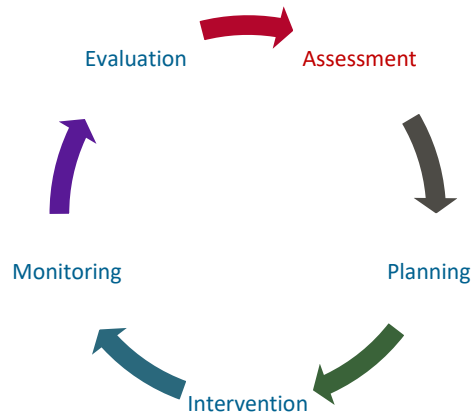
- aktive Mitwirkung der Bewohner/innen ist dabei geboten
- es ist kein Expertenurteil gefragt, gemeinsam mit dem Bewohner/innen wird die individuelle Situation besprochen
- in der Praxis erfolgt die Einschätzung in der Regel mit einem Assessment
- fortgesetzt wird diese Einschätzung unter Beteiligung des Teams und der Angehörigen



Assessment in DAVOS:

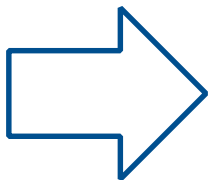
- Rekrutierung der Studienteilnehmer
- Depressions-Screening mit DeMoL-Pflege

Case Management: Regelkreis



Assessment (Einschätzung):

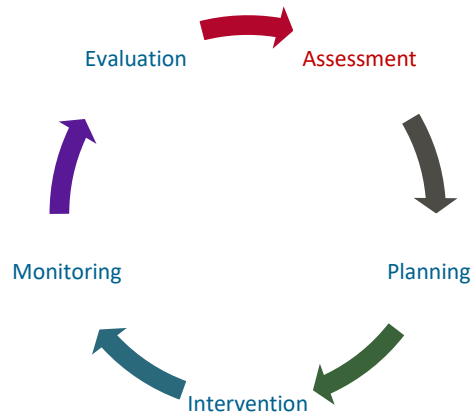
- aktive Mitwirkung der Bewohner/innen ist dabei geboten
- es ist kein Expertenurteil gefragt, gemeinsam mit dem Bewohner/innen wird die individuelle Situation besprochen
- in der Praxis erfolgt die Einschätzung in der Regel mit einem Assessment
- fortgesetzt wird diese Einschätzung unter Beteiligung des Teams und der Angehörigen



Assessment in DAVOS:

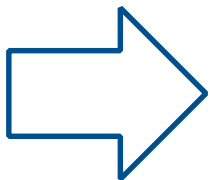
- **Rekrutierung der Studienteilnehmer**
- Depressions-Screening mit DeMoL-Pflege

Case Management: Regelkreis



Assessment (Einschätzung):

- aktive Mitwirkung der Bewohner/innen ist dabei geboten
- es ist kein Expertenurteil gefragt, gemeinsam mit dem Bewohner/innen wird die individuelle Situation besprochen
- in der Praxis erfolgt die Einschätzung in der Regel mit einem Assessment
- fortgesetzt wird diese Einschätzung unter Beteiligung des Teams und der Angehörigen



Assessment in DAVOS:

- Rekrutierung der Studienteilnehmer
- **Depressions-Screening mit DeMoL-Pflege**

Depressions-Screening

Teil 1: Ein wenig Theorie zu Beginn...

Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL) für Pflege modifiziert

DeMoL-Pflege*

Datum:

Name: Bewohner/in:

Case Manager/in:

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	A	B	C	D
1. Hatten Sie wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten, die Ihnen normalerweise Freude bereiten? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
2. Verspürten Sie Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
3. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder schlafen Sie vermehrt viel? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
4. Verspürten Sie ausgeprägte Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie zu haben? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
5. Hatten Sie einen verminderten Appetit oder ein übermäßiges Bedürfnis zu essen? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
6. Hatten Sie eine besonders schlechte Meinung von sich selbst (z.B. das Gefühl wertlos zu sein oder eine Belastung für andere)? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
7. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder im Gespräch mit anderen)? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				

8. Verspürten Sie eine starke innere Ruhelosigkeit (z.B. einen ausgeprägten Bewegungsdrang)? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
9. Hatten Sie Gedanken, dass Sie lieber nicht mehr da bzw. tot wären? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
10. Hatten Sie sich konkrete Vorstellungen oder Pläne gemacht, um sich etwas anzutun oder Ihr Leben zu beenden? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
11. Persönliche Einschätzung Case Manager/in <i>Klagte der/die Bewohner/in häufiger als sonst über unspezifische körperliche Symptome (z.B. Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden)? Wenn ja, über welche? _____</i> A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
12. Persönliche Einschätzung Case Manager/in <i>Ist Ihnen während des Screening-Gesprächs etwas besonders aufgefallen? (z.B. Widersprüche zwischen Verhalten und Äußerungen)</i> Ja → _____ Nein → _____				



Hausinterner Notfallplan + Info an behandelnden Arzt



Info an psychotherapeutische Sprechstunde + Info an Studienpersonal



Beobachtendes Abwarten („Watchful Waiting“) → erneutes Screening in 2 Wochen



Unauffällig → erneutes Screening in 2 Monaten

Unterschrift Case Manager/in

* modifiziert nach Geischoff et al. (2006). Z. ärztl. Fortbild., Qual. Gesundheitswesen, 100, 375–382.

1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

- **Hauptsymptom der Depression**
- Patienten sind nur schwer zu Aktivitäten zu motivieren
- Außenstehende bemerken einen Rückzug
- oftmals beklagen die Betroffenen es auch selbst

2. Niedergeschlagenheit, Schwermut und Hoffnungslosigkeit

- häufig an nonverbalen Signalen (z.B. Mimik und Lautäußerungen) zu erkennen
- Tagesschwankungen sind möglich
- morgens nach dem Aufwachen ist die Stimmung oft besonders schlecht → **Morgentief**

3. Schlafschwierigkeiten oder vermehrter Schlaf

- sehr häufiges Problem
- Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie Zu-Früh-Erwachen
- oft verbunden mit Grübeleien
- selten vermehrter Schlaf
- **Schlafstörungen treten gehäuft zu Beginn der Erkrankung auf**

4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

- Alltagsaktivitäten können reduziert sein
- im Extremfall ist die Selbstversorgung gefährdet
- kann zugleich Hinweis auf eine chronische körperliche Erkrankung sein

5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen

- depressive Episoden gehen oft mit erheblichem Appetitmangel einher
- Essen wird oft als geschmacksarm beschrieben
- seltener ist vermehrter Appetit oder eine Gewichtszunahme

6. Schlechte Meinung von sich selbst (Gefühl der Wertlosigkeit)

- eigene Fähigkeiten werden unterschätzt
- vermehrte Schuldgefühle
- nicht gerechtfertigte Übernahme der Verantwortung für negative Ereignisse
- **wahrheitsgemäße Beantwortung dieser Frage stellt für Betroffene eine große Belastung dar**

7. Konzentrationsschwierigkeiten

- den Betroffenen fällt es schwer, Anweisungen oder Ausführungen zu folgen
- Konzentrationsprobleme machen sich gerade bei Alltagsaktivitäten wie Fernsehen oder Zeitunglesen bemerkbar
- **es kann der Eindruck entstehen, es liege Demenz vor**

8. Innere Ruhelosigkeit

- Betroffene können eine quälende innere Unruhe empfinden und z.B. nicht in der Lage sein, still zu sitzen
- ausgeprägter Bewegungsdrang
- **Veränderungen lassen sich meist gut in der Fremdwahrnehmung beobachten**

9. Gedanken an den Tod

- Lebensmüdigkeit
- wiederkehrendes Klagen, es wäre besser, man wäre nicht mehr da
- **jedoch keine konkreten Pläne!**











10. Konkrete Suizidabsichten oder Suizidpläne

- Depressionen sind die häufigste Ursache aller vollendeten Suizide
- vor allem Patienten mit mittlerer und schwerer Depression unternehmen Suizidversuche
- **sofortige Intervention (z.B. hausinterner Notfallplan)!**









11. Klagen über unspezifische körperliche Beschwerden

- beispielsweise Kopf- oder Rückenschmerzen, Schwindelgefühle oder Magen-Darm-Beschwerden
- Klagen kommen viel häufiger als sonst
- andere Erkrankungen können als Ursache ausgeschlossen werden
- **Persönliche Einschätzung der Case Manager**

Ampelsystem von DeMoL-Pflege

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
<p>1. Hatten Sie wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten, die Ihnen normalerweise Freude bereiten?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i></p> <p>B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i></p> <p>C <i>An einzelnen Tagen</i></p> <p>D <i>Überhaupt nicht</i></p>				
<p>2. Verspürten Sie Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i></p> <p>B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i></p> <p>C <i>An einzelnen Tagen</i></p> <p>D <i>Überhaupt nicht</i></p>				
<p>3. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder schlafen Sie vermehrt viel?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i></p> <p>B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i></p> <p>C <i>An einzelnen Tagen</i></p> <p>D <i>Überhaupt nicht</i></p>				 

Ampelsystem von DeMoL-Pflege

<p>8. Verspürten Sie eine starke innere Ruhelosigkeit (z.B. einen ausgeprägten Bewegungsdrang)?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i></p> <p>B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i></p> <p>C <i>An einzelnen Tagen</i></p> <p>D <i>Überhaupt nicht</i></p>				
<p>9. Hatten Sie Gedanken, dass Sie lieber nicht mehr da bzw. tot wären?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i></p> <p>B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i></p> <p>C <i>An einzelnen Tagen</i></p> <p>D <i>Überhaupt nicht</i></p>				
<p>10. Hatten Sie sich konkrete Vorstellungen oder Pläne gemacht, um sich etwas anzutun oder Ihr Leben zu beenden?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i></p> <p>B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i></p> <p>C <i>An einzelnen Tagen</i></p> <p>D <i>Überhaupt nicht</i></p>				

Ampelsystem von DeMoL-Pflege



Hausinterner Notfallplan + Info an behandelnden Arzt



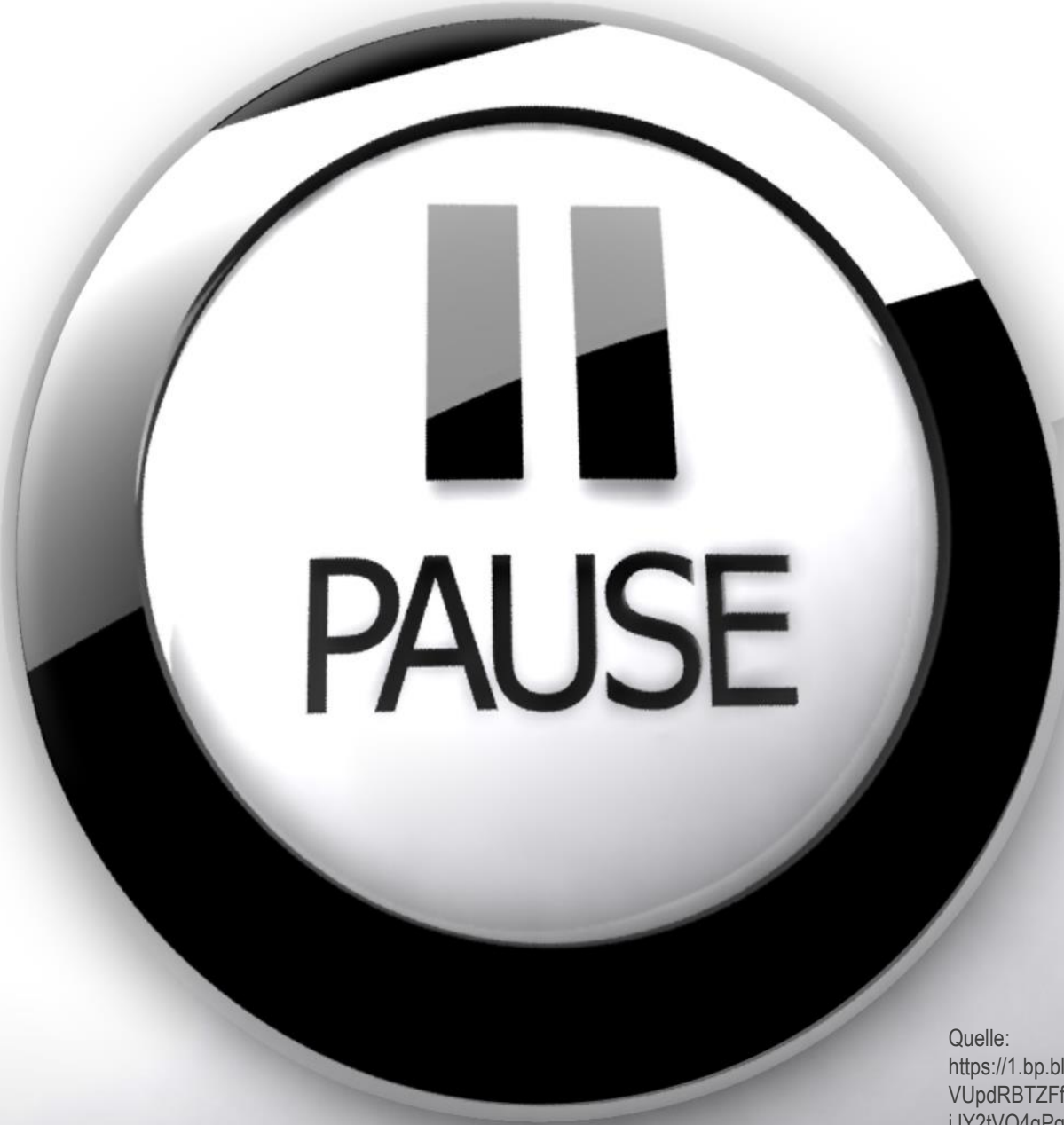
Info an psychotherapeutische Sprechstunde + Info an Studienpersonal



Beobachtendes Abwarten („Watchful Waiting“) → erneutes Screening in 2 Wochen



Unauffällig → erneutes Screening in 2 Monaten



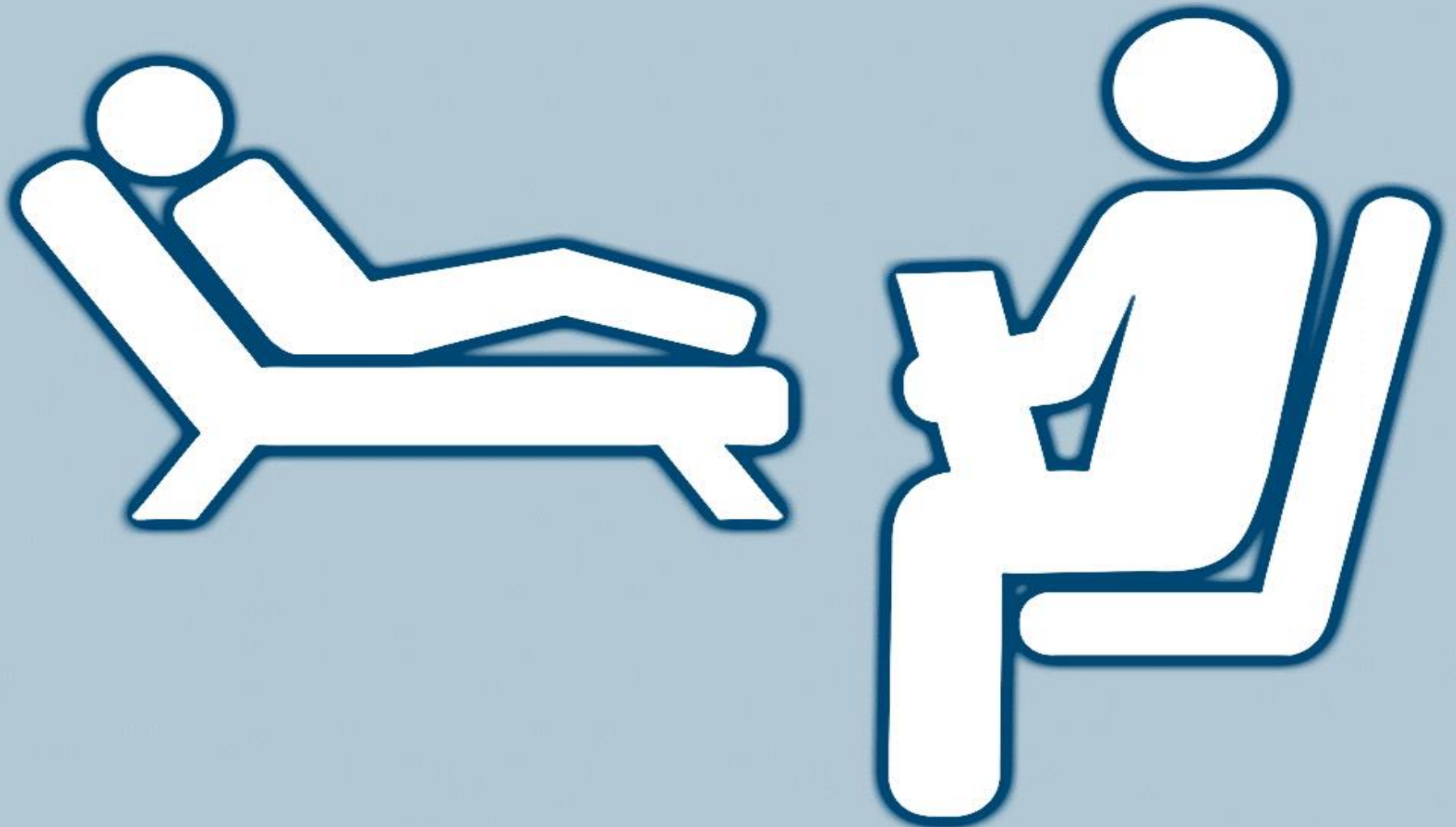
Quelle:
<https://1.bp.blogspot.com/-3DbBAJHAPVI/VUpdRBTZFfI/AAAAAAAAHGg/jJY2tVO4qPg/s1600/pause-button-e1376172552682.jpg>

Depressions-Screening

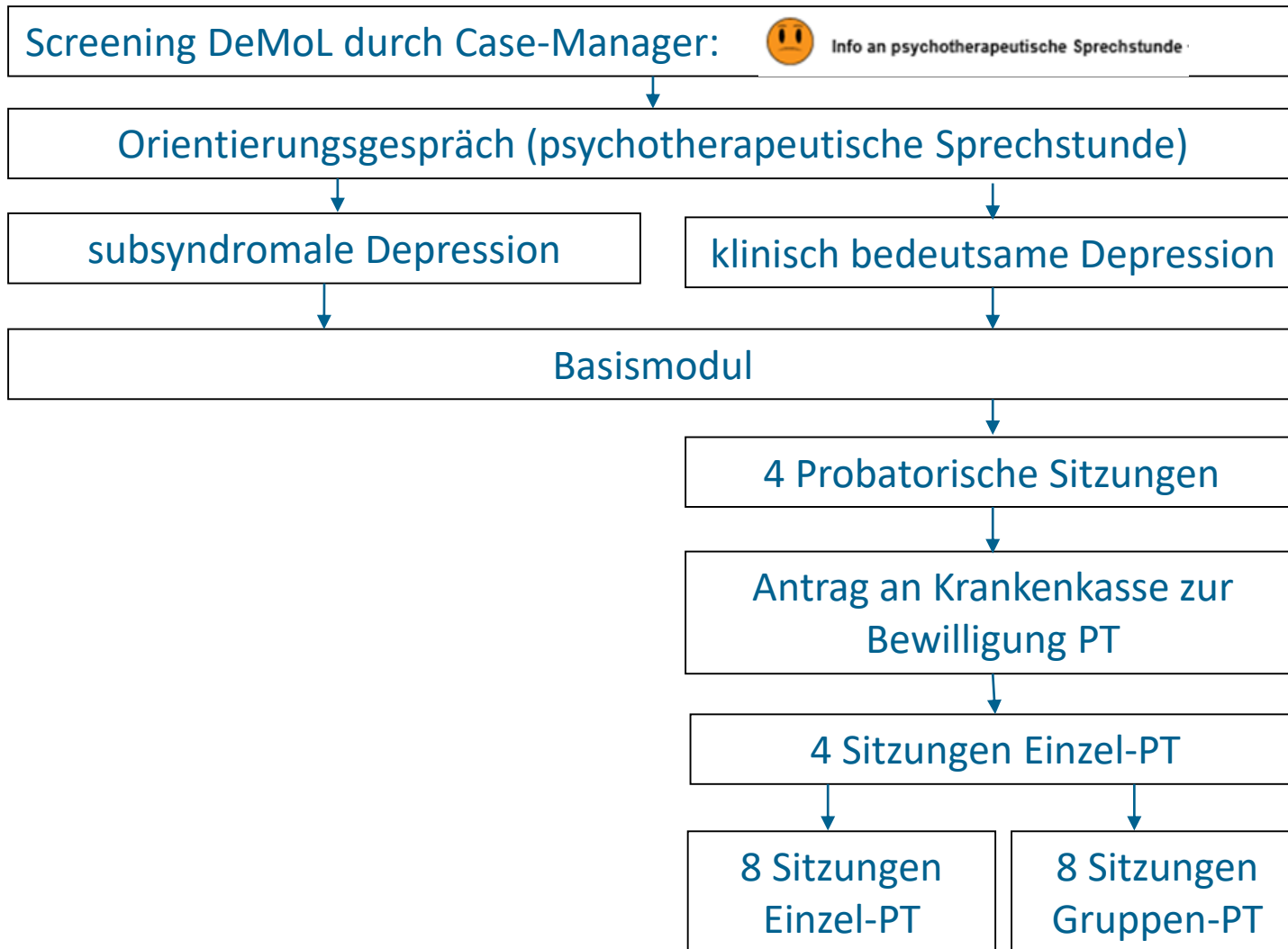
Teil 2: Übung macht den Meister!

Übung in Kleingruppen

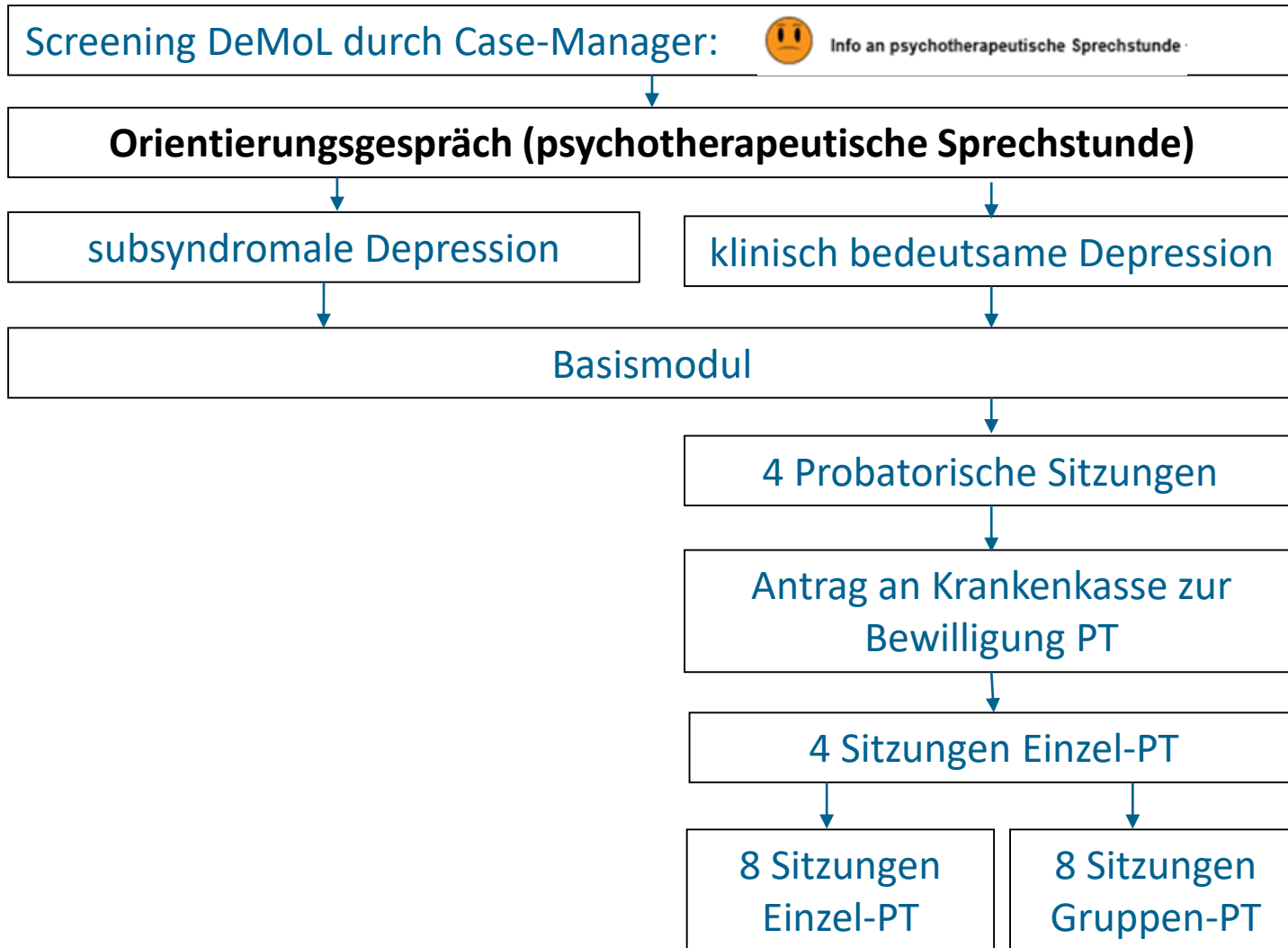
Was machen die Psychotherapeuten im Pflegeheim?



Psychotherapeutische Interventionen



Psychotherapeutische Interventionen



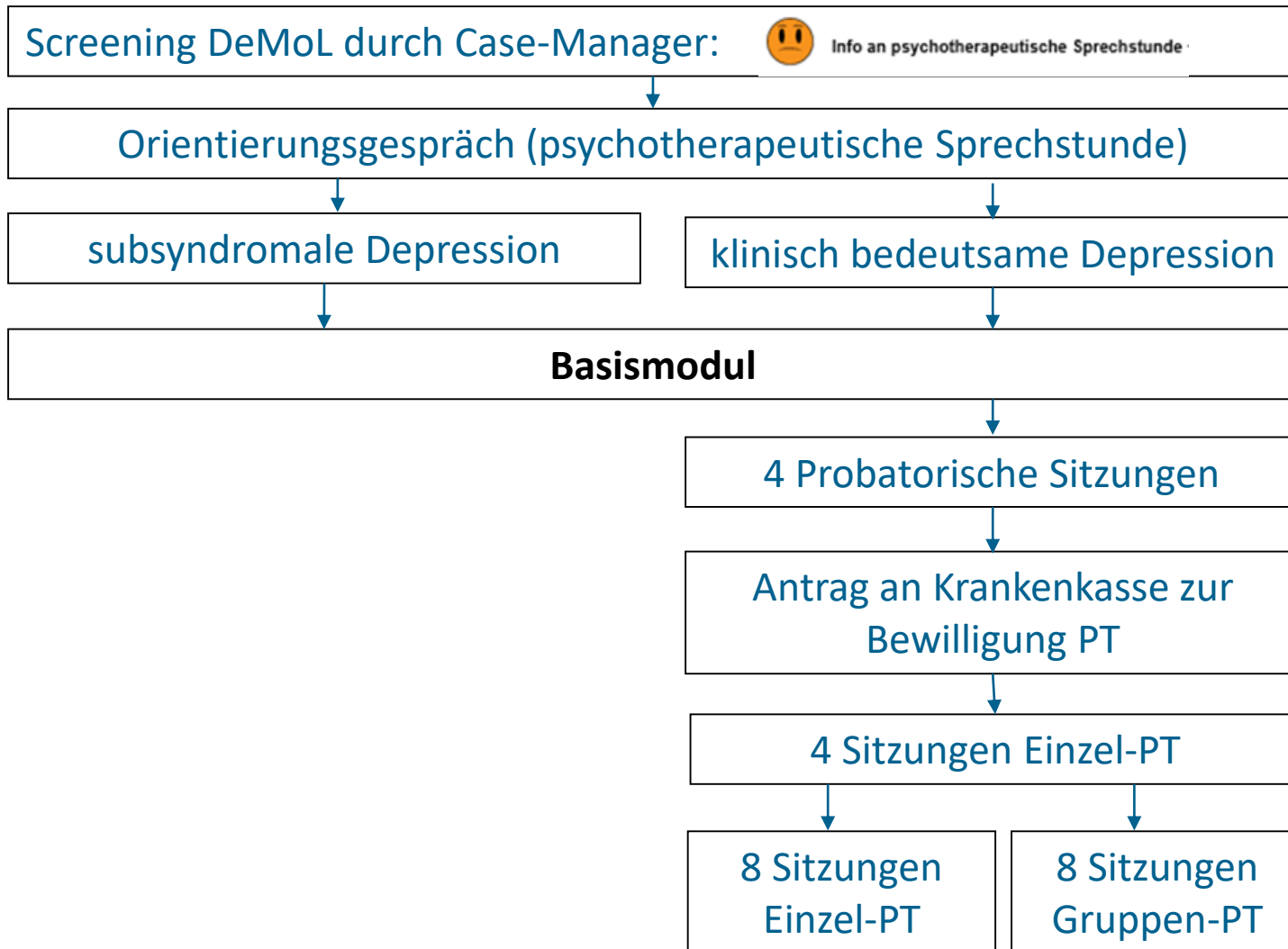
Orientierungsgespräch (psychotherapeutische Sprechstunde)

- **Rahmenbedingungen:**
 - für Bewohner, die nach Screening (DeMoL) durch Case-Manager Hinweise auf eine depressive Symptomatik zeigen (orange)
 - Terminkoordination durch Case Manager mit Psychotherapeuten
 - Dauer: 1 Termin a 50 min.

Orientierungsgespräch (psychotherapeutische Sprechstunde)

- **Was wird gemacht?**
 - Zusammenfassende Kommunikation der bereits vorliegenden diagnostischen Ergebnisse
 - Klärung Anliegen/Ziele
 - Aufklärung Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des Projekts (Basismodul, Facharzt, Einzel-PT bzw. Gruppentherapie)
 - Bei subklinischer Ausprägung: CAU/Basismodul
 - Bei manifester Symptomatik → Probatorik
 - anschließend Informationsweitergabe an Case-Manager zur gemeinsamen Fallbesprechung und Behandlungsplanung (Probatorik: Konsiliarbericht-Weiterleitung an Hausarzt zum Ausschluss somatischer Gegenanzeigen für PT)

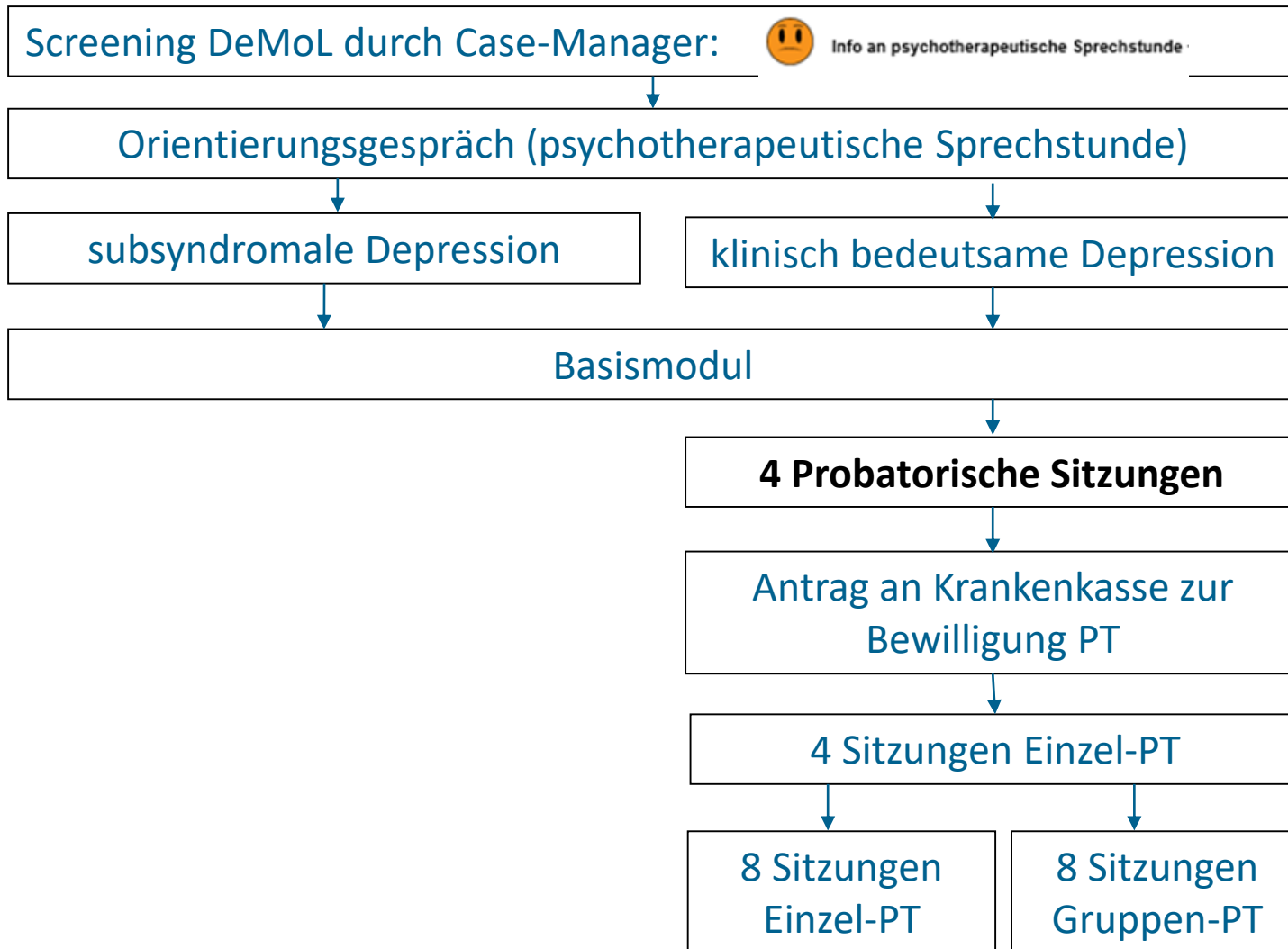
Psychotherapeutische Interventionen



- **Rahmenbedingungen:**
 - Steht allen Bewohnern offen (mit und ohne Depression)
 - Einstieg jederzeit möglich
 - Dauer: 1x wöchentlich, 100 Minuten (+/-)
 - Zunächst zu zweit angeleitet (PsychotherapeutIn & Case-ManagerIn, im Verlauf durch Case-ManagerIn und Projektmitarbeiter)
 - ressourcenorientierte Ansätze zur Stärkung der Selbstwirksamkeit und die Aktivierung der Bewohner

- **Was wird gemacht?**
 - → siehe Schulung nach der Mittagspause

Psychotherapeutische Interventionen

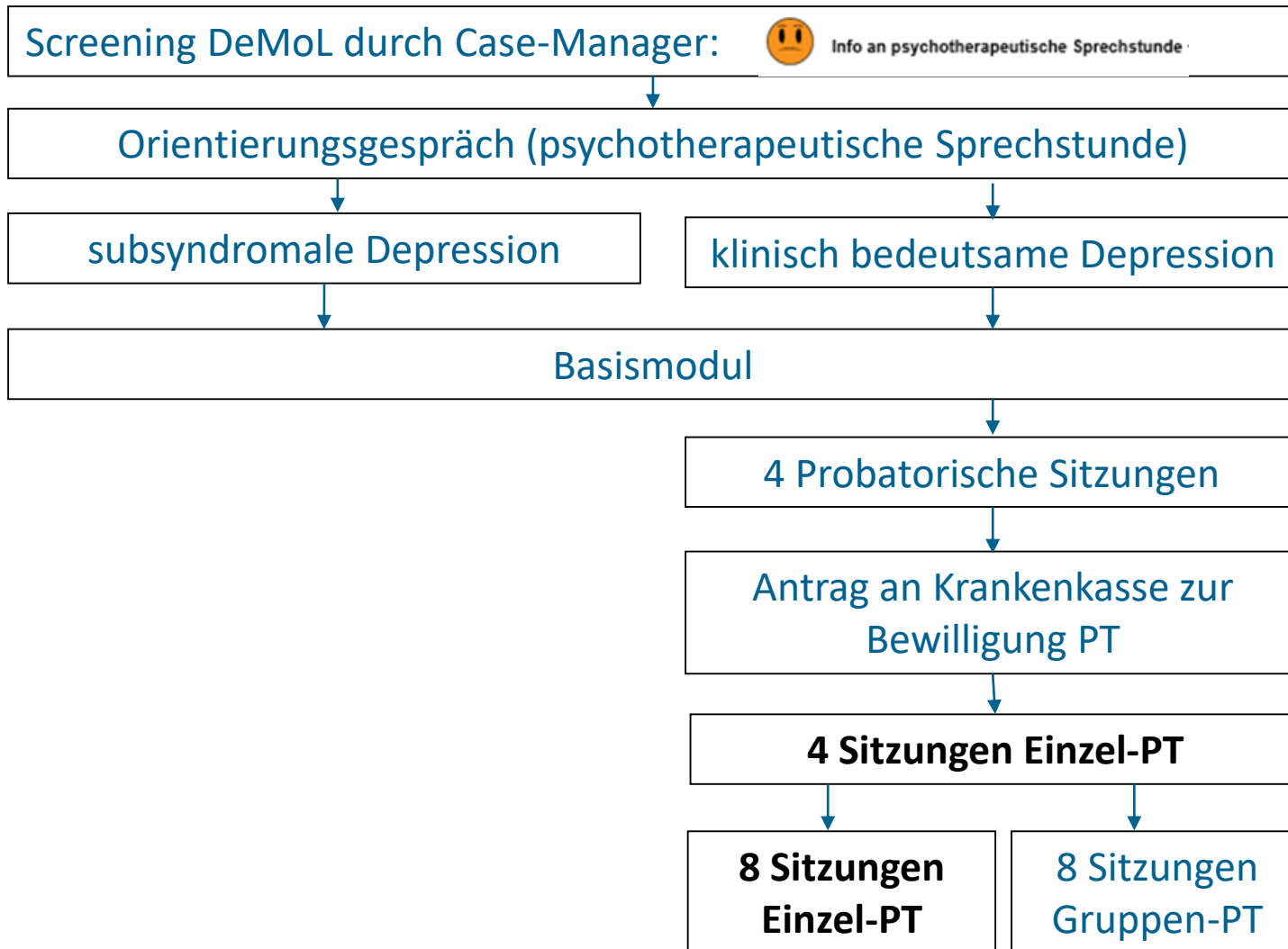


■ Rahmenbedingungen

- für Bewohner, die manifeste depressive Symptomatik aufweisen
- Terminkoordination durch Case Manager mit Psychotherapeuten
- Zeitnah nach Orientierungsgespräch
- Dauer: 4 Termine a 50 min.

- **Was wird gemacht?**
 - Termin 1 und 2: Durchführung SKID 1 (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) → gesicherte Diagnosestellung
 - Termin 3: kognitives Modell → Analyse der Symptomatik auf mehreren Ebenen an konkretem Beispiel
 - Termin 4: Rückmeldung und Information über weiteres Vorgehen (Antrag des Versicherten auf Psychotherapie/*PTV1* + Angaben des Therapeuten zum Antrag/*PTV2* + *Konsiliarbericht* an die Krankenkasse des Patienten), in vereinfachter Form

Psychotherapeutische Interventionen



■ Rahmenbedingungen

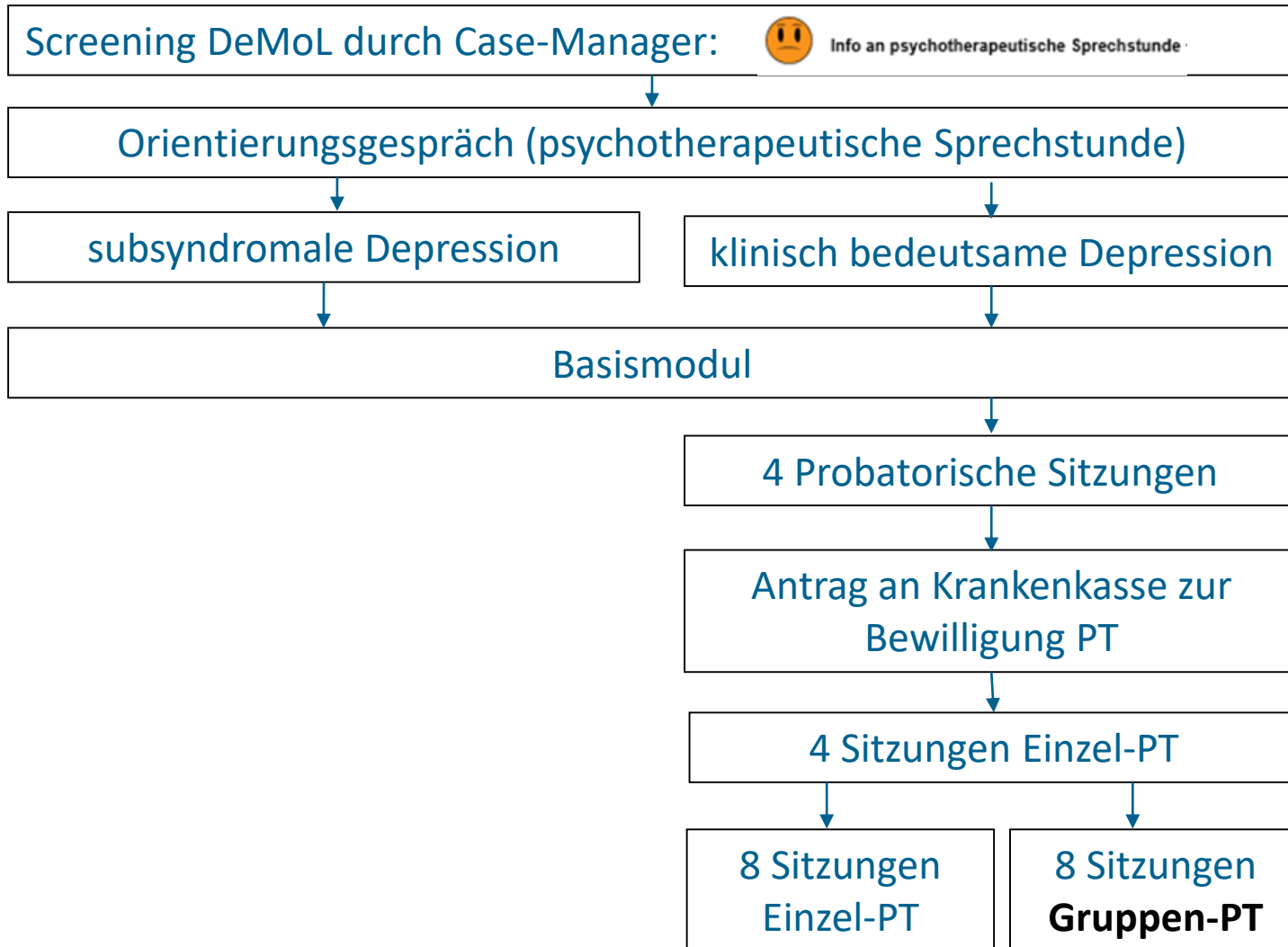
- parallel zu (optionalem) Basismodul
- für Bewohner, die nach Screening (DeMoL), Sprechstunde und Probatorik eine gesicherte Depression, Dysthymie oder Anpassungsstörung mit längerer depressiver Episode diagnostiziert erhalten
- Beginn möglich, sobald Bewilligung der Krankenkasse vorliegt (max. 3 Wochen nach Antragsstellung), ca. Mitte April 2019
- 1x/Woche a 50 min.
- 4 (plus ggf. 8) Einzelsitzungen, s.u.

- **Was wird gemacht?**

- 4 standardisierte Sitzungen:

1. Einführung in Achtsamkeit und Diskussion von Vorerfahrungen
2. Atempause und Meditations-Tagesprotokoll
3. Besprechung von Schwierigkeiten mit Atempause und Meditations-Tagesprotokoll
4. Achtsamkeitstest (FFMQ) und differentielle Indikationsentscheidung zur Fortführung Einzel-PT oder Gruppe (falls Motivation/ Voraussetzungen zur vertieften Achtsamkeitspraxis in Gruppentherapie nicht erfüllt: **8 weitere Einzelsitzungen** zur Verhaltensaktivierung in Kombination mit Reminiszenztherapie)

Psychotherapeutische Interventionen



■ Rahmenbedingungen

- parallel zu (optionalem) Basismodul
- für Bewohner, die mit Depression, Dysthymie oder Anpassungsstörung mit längerer depressiver Episode 4 Einzeltherapie-Sitzungen absolviert haben und Motivation/Voraussetzungen zur vertieften Achtsamkeitspraxis in Gruppentherapie erfüllen
- 1 geschlossener Zyklus über 8 Wochen (keine wiederholte Teilnahme möglich)
- 1x/Wo; 8 Sitzungen a 100 min
- Einbezug von Hausaufgaben (Atempause, Tagesprotokoll)

■ Was wird gemacht?

- Vertieftes Erlernen von Achtsamkeit, wohlwollender Umgang mit Stimmungsveränderungen bzw. depressiven Symptomen, Verhaltensaktivierung:
 1. Gewährsein vs. Autopilot: Auffrischung Atempause, Tagesprotokolle, Meditation
 2. Wir leben in unserem Kopf: Zusammenhang Gedanken und Gefühle („im Pflegeheim umhergehen“)
 3. Den zerstreuten Geist sammeln: Body Scan, Schwierigkeiten
 4. Aversion erkennen: Depression einführen: automatische Gedanken („wenn Wohlbefinden fehlt“)
 5. Zulassen/Seinlassen: Akzeptanz, Haltung der Güte bzgl. Erfahrung und Erleben, Bedeutung von Wohlwollen + Übung
 6. Gedanken sind keine Tatsachen: Gedanken als Gedanken
 7. Wie kann ich am besten für mich sorgen: aktiv werden: Wohlwollen umsetzen in Handlung
 8. Das Gelernte anwenden und erweitern; Achtsamkeit und Wohlwollen im Leben verankern

MITTAGESSEN

Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“



Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“

- Struktur der Sitzung
- Inhalte
 - Aktiv sein
 - Beispiel gemeinsam erarbeiten
 - Das Miteinander gestalten
 - Austausch in 2er Gruppen
 - Wohlbefinden
 - Imaginationsübung
- Offene Fragen klären & Diskussionspunkte

Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“

Struktur der Sitzungen

- Steht allen Bewohnern offen
(mit und ohne Depressionen)
- Einstieg jederzeit möglich
- 1x wöchentlich
- 100 Minuten (+/-)
 - Zeit einplanen zur Wiederholung, ausreichend Zeit für Hausaufgaben
 - Ablaufplan visualisieren?
- Zunächst zu zweit angeleitet (PsychotherapeutIn & Case-ManagerIn)
- ressourcenorientierte Ansätze zur Stärkung der Selbstwirksamkeit und die Aktivierung der Bewohner
- Erfahrungen mit Pausen? Motivation von Bewohnern zur Teilnahme?
Organisatorisches zur Gruppenteilnahme? Motivation in der Sitzung?

1. *Begrüßung und Vorstellungsrunde*
2. *Das Wichtigste der letzten Stunde*
3. *Hausaufgaben besprechen*
4. *Neuer Input/ Übungen*
5. *Fragen klären*
6. *Aktuelle Hausaufgabe*

Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“

(1) Aktiv sein

Was?	Wie?	Womit?
Zusammenhang zwischen Stimmung (Gedanken) und Verhalten: Vermittlung des ABC Modells	Was haben Sie in den letzten 24h gemacht? Wie haben Sie sich gefühlt? Ist das immer so?	Sammeln am FlipChart
	Positives und negatives Beispiel erarbeiten Übung zum leichten Schmollen und leichten Lächeln	Einordnen am FlipChart
	Hausaufgaben: (Positive) Aktivitäten durchführen	Laminiertes DIN A4 Blatt mit Comic und ABC Dreieck

Basismodul „Rundum Wohlbefinden stärken“

(1) Aktiv sein



Quelle: <https://www.in-konstellation.de/glossar/abschlussarbeiten/haltung-koerperspuren-2/>

Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“

(2) Aktiv sein

Was?	Wie?	Womit?
Was sind positive Aktivitäten? Ist-Zustand & Verhaltensaufbau „mit allen Sinnen“	Das Wichtigste aus der letzten Stunde? Hausaufgaben besprechen (Aktivitäten durchführen) Überleitung: Was kann man am ehesten Verändern? → Verhalten!	Altes FlipChart
	Positive Aktivitäten	Auf altem FlipChart markieren und ergänzen
	Hausaufgaben: Positive Aktivitäten durchführen ODER bemerken	Kaffeebohnen

Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“

(3) Das Miteinander gestalten

Was?	Wie?	Womit?
Tagesstrukturierung Planung und Durchführung (gemeinsamer) positiver Aktivitäten	Das Wichtigste aus der letzten Stunde? Hausaufgaben besprechen (Kaffeebohne) Schwierigkeiten und Erfolge sammeln	Sammeln am FlipChart
	Strategien erarbeiten (bspw.: Wochenplan, andere Fragen, sich mit anderen Verabreden)	Austausch mit dem Sitznachbar
	Hausaufgaben: Mit einem Gruppenteilnehmer gemeinsam eine positive Aktivität ausmachen	In der Gruppe besprechen Piktogramme/ Karteikarten o.Ä. als Erinnerung mitgeben

Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“

(4) Das Miteinander gestalten

Was?	Wie?	Womit?
Training sozialer Kompetenzen, Aufbau und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Gestaltung positiver Beziehungen	Das Wichtigste aus der letzten Stunde? Hausaufgaben besprechen Schwierigkeiten und Erfolge bei Verabredungen sammeln	Womit? Sammeln am FlipChart
	Kommunikationsregeln und mögliche Kontaktpartner sammeln	Mit Sitznachbar und/ oder im Plenum
	Hausaufgaben: Komplimente geben und bekommen (+ Umsetzung einer anderen Strategie)	Laminiertes A4 mit Bildern oder als Liste

Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“

(5) Wohlbefinden

Was?	Wie?	Womit?
Psychisches Wohlbefinden Werte	Das Wichtigste aus der letzten Stunde? Hausaufgaben besprechen Erfahrung mit eingesetzten Strategien	Sammeln am FlipChart
	Leuchtturmmetapher	Werte und Ziele am Leuchtturm notieren/ Post ist
	Freudebiographie	Imaginationsübung vorlesen
	Hausaufgaben: Eine freudvolle Aktivität durchführen	Im Plenum besprechen (freiwillig)

Basismodul „Rundum Wohlbefinden stärken“

(5) Wohlbefinden



Quelle: <https://www.posterlounge.de/p/633928.html>

Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“

(6) Wohlbefinden

Was?	Wie?	Womit?
Körperliches Wohlbefinden	Das Wichtigste aus der letzten Stunde? Hausaufgaben besprechen (körperliche) Erfahrungen bei freudvollen Aktivität/ Erinnerung	Sammeln am FlipChart
	Dimensionen beispielhaft sammeln → Schatzkiste mitbringen für Übung zu Sinneseindrücken/ Genussübung	Ergänzen am FlipChart/ Ordnen zu Sinnes eindrücken/ Arbeit mit Karten? Übung vorlesen
	Hauaufgabe: Eine Genussübung durchführen	Kleinigkeit, die gut riecht, schmeckt, schöne Farbe zum mitnehmen?

Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“

Was sind Ihre Erfahrungen?










- Erfahrungen mit Pausen?
- Motivation von Bewohnern zur Teilnahme?
- Organisatorisches zur Gruppenteilnahme?
- Motivation in der Sitzung?
- Gruppenregeln wie Schweigepflicht festlegen?
- Kurze Vorstellungsrunde, weil offene Gruppe?
- Anwesenheitslisten?



Quelle:
<https://1.bp.blogspot.com/-3DbBAJHAPVI/VUpdRBTZFfi/AAAAAAAAHGg/jJY2tVO4qPg/s1600/pause-button-e1376172552682.jpg>

Was sind die nächsten Schritte im Projekt?

Besprechung der Wochenaktivitätspläne

<h2 style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Aktivitätenplan</h2>	<p><u>Montag</u></p>  <p>10.15 Uhr Basteln mit Doro</p> <p>Im Aufenthaltsraum im 1. Stock</p>	<p><u>Dienstag</u></p> <p>10.15 Uhr Gymnastik mit Astrid</p>  <p>15 Uhr Singen mit Rita</p>  <p>Im Wohnzimmer im Erdgeschoß</p>	<p><u>Mittwoch</u></p> <p>10 Uhr</p>  <p>Jeden 1. Mittwoch im Monat „Katholischer Gottesdienst“</p> <p>Jeden 3. Mittwoch im Monat „Evangelischer Gottesdienst“</p> <p>15 Uhr Gedächtnistraining</p>  <p>Im Wohnzimmer im Erdgeschoß</p>
	<p><u>Donnerstag</u></p> <p>Alle 14 Tage im Wechsel:</p> <p>10.15 Uhr</p> <p>Kegeln mit Bea</p>  <p>oder</p> <p>Kosmetik mit Bea</p>  <p>Im Wohnzimmer im Erdgeschoß</p>	<p><u>Freitag</u></p>  <p>10.15 Uhr Bingo mit Petra</p> <p>Im Wohnzimmer im Erdgeschoß</p>	<p><u>Samstag</u></p>  <p>Bitte beachten Sie unseren aktuellen Aushang</p> <p><u>Sonntag</u></p>  <p>9.30 Uhr Sonntagsgottesdienst über TV im Wohnzimmer im Erdgeschoß und im Gruppenraum</p>

Nächste Schritte:

- Depressions-Screenings durchführen
- Zuführung der auffälligen Bewohner/Innen per Mail an Psychotherapeutische Sprechstunde zwecks Terminierung des Orientierungsgesprächs
- Assistenz bei Planung und Durchführung des Basismoduls
- Teilnahme an den Supervisionen (Schulung Teil 3)

DAVOS-Zertifikat

DAVOS

Depression im Altenpflegeheim
Erkennen – Handeln – Versorgen

Teilnahme-Zertifikat

Teil 2

Herr / Frau

hat als Teilnehmerin an der Schulung für Case-Manager im Projekt „DAVOS: Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell“ erfolgreich teilgenommen.

Zu den in der Schulung erworbenen Kompetenzen gehören:

- Weiterführende Case-Management-Aufgaben im Projekt
- Durchführung und Auswertung eines Depressions-Screenings
- Inhaltlicher Aufbau und Durchführung eines Basismoduls (u.a. zu Themen „Aktivierung“ und „Wohlbefinden“)

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre aktive Teilnahme!

Prof. Dr. Johannes Pantel, Projektleiter

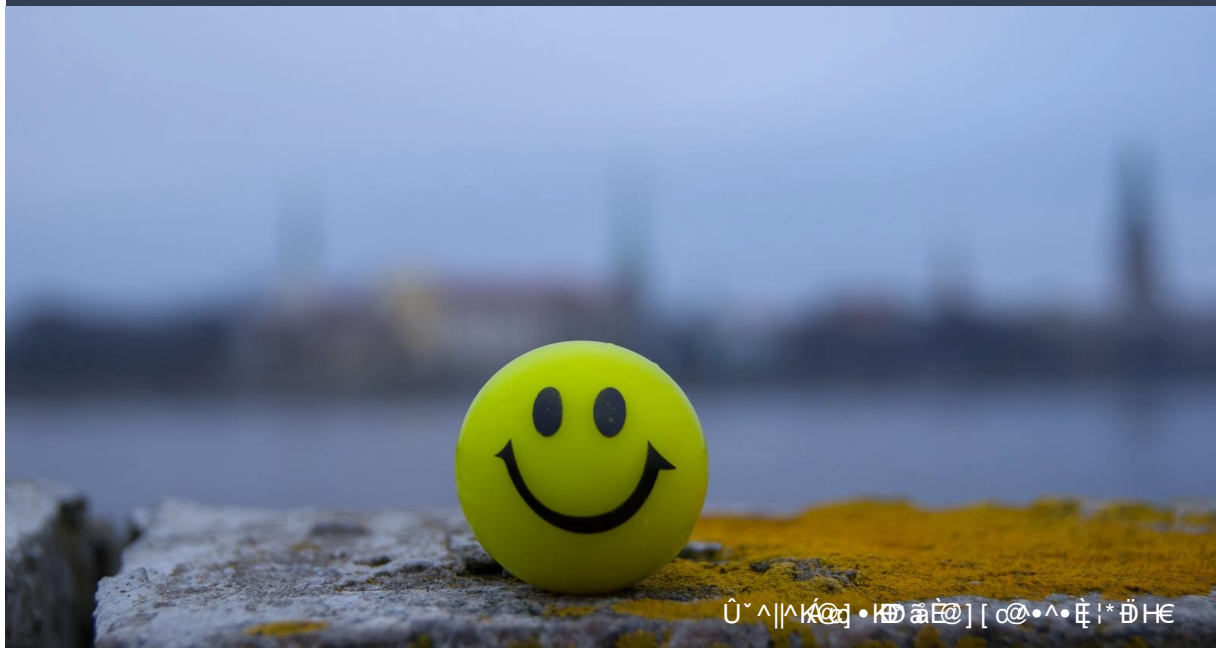
Arbeitsbereich Altersmedizin des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit



Basismodul

„Rundum Wohlbefinden stärken“



Ü~^||^k@j•Kd äÉ@] [@•^•É!• ðH€

Inhalt

1. Rahmenbedingungen	2
2. Struktur der Sitzungen.....	2
3. Inhalte des Basismoduls im Überblick	2
4. Module im Einzelnen	3
I. Aktiv sein	3
Sitzung 1: Zusammenhang zwischen Stimmung und Verhalten.....	3
Sitzung 2: Was sind positive Aktivitäten? Ist-Zustand & Verhaltensaufbau „mit allen Sinnen“	9
II. Das Miteinander gestalten.....	13
Sitzung 3: Tagesstrukturierung, Planung und Durchführung (gemeinsamer) positiver Aktivitäten.....	13
Sitzung 4: Training sozialer Kompetenzen, Aufbau und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Gestaltung positiver Beziehungen.....	15
III. Wohlbefinden	17
Sitzung 5: Psychisches Wohlbefinden: Werte	17
Sitzung 6: Körperliches Wohlbefinden.....	21
5. Module in Variation: Zweiter/ Dritter Durchlauf	24
I. Aktiv sein	25
Sitzung 1: Zusammenhang zwischen Stimmung und Verhalten.....	25
Sitzung 2: Was sind positive Aktivitäten? Ist-Zustand & Verhaltensaufbau „mit allen Sinnen“	30
II. Das Miteinander gestalten.....	34
Sitzung 3: Tagesstrukturierung, Planung und Durchführung (gemeinsamer) positiver Aktivitäten.....	34
Sitzung 4: Training sozialer Kompetenzen, Aufbau und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Gestaltung positiver Beziehungen.....	36
III. Wohlbefinden	38
Sitzung 5: Psychisches Wohlbefinden: Werte	38
Sitzung 6: Körperliches Wohlbefinden: Genuss	41

1. Rahmenbedingungen

- Steht allen Bewohnern offen (mit und ohne Depression)
 - Für die Teilnahme muss die Einwilligung der Studienteilnahme vorliegen!
- Einstieg jederzeit möglich
- 1x wöchentlich
- Dauer: 100 Minuten (+/-)
 - Zeit einplanen zur Wiederholung, ausreichend Zeit für Hausaufgaben
 - Zunächst zu zweit angeleitet (PsychotherapeutIn & Case-ManagerIn)

2. Struktur der Sitzungen

1. Begrüßung und Vorstellungsrunde
2. Das Wichtigste der letzten Stunde
3. Hausaufgaben besprechen
4. Neuer Input/ Übungen
5. Fragen klären
6. Aktuelle Hausaufgabe

3. Inhalte des Basismoduls im Überblick

Ressourcenorientierte Ansätze zur Stärkung der Selbstwirksamkeit und Aktivierung der Bewohner im Rahmen von insgesamt 3 Modulen, die jeweils 2 Sitzungen umfassen:

- I. Aktiv sein
 - Zusammenhang zwischen Stimmung und Verhalten bzw. AB-Modell
 - Was sind positive Aktivitäten?
 - Selbstbeobachtung des Ist-Zustands und (werteorientierter) Verhaltensaufbau „mit allen Sinnen“
- II. Das Miteinander gestalten
 - Tagesstrukturierung, Planung und Durchführung positiver Aktivitäten
 - Training sozialer Kompetenzen: Kommunikation, Aufbau und Aufrechterhaltung von Kontakten, Gestaltung positiver Beziehungen
- III. Wohlbefinden
 - Psychisches Wohlbefinden:
 - Werte, reminiszenz Strategien (z.B. Meilensteine, Freudebiografie, Stärken)
 - Körperliches Wohlbefinden: Dimensionen des KW (u.a. Ruhe und Muße, Vitalität und Lebensfreude, Gepflegtheit und Frische), Schritte zur Selbstregulation des KW, u.a. Sensibilisierung, Genusstraining, Quellen des KW wie Sinneseindrücke)

Wichtig ist dabei mehr, dass die Teilnehmer den *Kern* der Sitzungen verstehen, als dass die Sitzungen exakt wie vorgegeben durchgeführt werden!

4. Module im Einzelnen

I. Aktiv sein

Sitzung 1: Zusammenhang zwischen Stimmung und Verhalten

Benötigte Materialien: Flipchart, Marker, Smileys (siehe Anlage), Tesa zum Befestigen (alternativ Smileys anzeichnen), Snoopy-Comic, Arbeitsauftrag Hausaufgabe

Einführung in die Thematik durch Fragen ins Plenum:

- „Was haben Sie in den letzten 24h gemacht?“
- „Wie haben Sie sich dabei gefühlt?“
- „Geht es Ihnen bei (Tätigkeit x) immer so?“
- Unsortierte (Verhalten – Stimmung) Sammlung am Flip-Chart, ggf. Gefühle mittels Smileys verdeutlichen
- Zusammenhang Stimmung und Verhalten/ Aktivität herstellen in dem aus der Sammlung ein positives und ein negatives Beispiel rausgesucht wird und gemeinsam besprochen wird
 - z.B.: wenn ich einen Spaziergang mache, fühle ich mich aktiv
 - Wenn ich den ganzen Tag im Bett liegen bleibe fühle ich mich müde
 - Wenn ich ein leckeres Stück Kuchen esse bereitet mir das Freude
 - Wenn ich den ganzen Tag mit niemandem spreche fühle ich mich einsam
- Lassen Sie uns ein Experiment dazu machen (Teilnehmer sollen erfahren, welche Auswirkung die Körperhaltung, Mimik und Gestik auf Stimmung hat):

Übung zum leichten Schmollen und leichten Lächeln:

Nehmen Sie eine bequeme Körperhaltung ein, die es Ihnen erlaubt, die nächsten Minuten wach zu bleiben. Wenn Sie möchten, schließen Sie die Augen. Wenn das unangenehm für Sie ist, suchen sie sich eine Fläche im Raum, an die Ihr Blick zurückkehren kann.

Nehmen Sie nun einen schmollenden Gesichtsausdruck ein:

- Stirn gerunzelt
- Augenbrauen zusammengezogen
- Und ganz wichtig Mundwinkel so weit nach unten wie es geht

Vielleicht möchten Sie auch noch die Schultern zu den Ohren ziehen und den Rücken krumm machen.

Beobachten Sie Gefühle und Handlungsimpulse.

(ca. 60 Sekunden in dieser Haltung verweilen)

Und nun kommen Sie wieder aus dieser Haltung raus und entspannen Sie ganz bewusst Ihr Gesicht, Ihre Nacken- und Schultermuskulatur. Setzen Sie ein leichtes Lächeln auf. Das kann nur für Sie selbst sichtbar sein.

Beobachten Sie Gefühle und Handlungsimpulse.

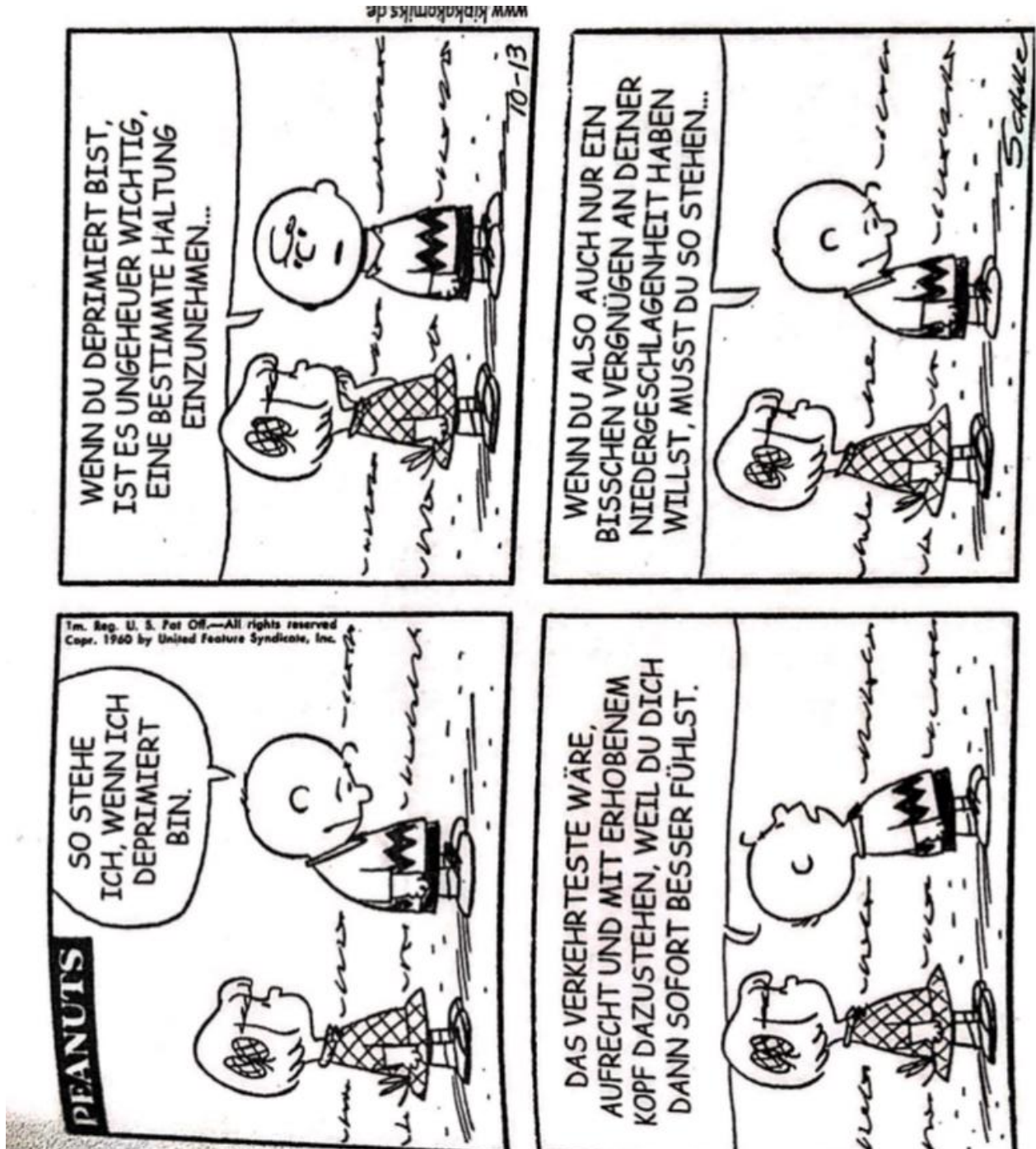
(ca. 60 Sekunden in dieser Haltung verweilen)

Sehr gut und nun kommen Sie wieder hier zurück in den Raum, öffnen Sie die Augen, strecken Sie sich, wenn Sie mögen

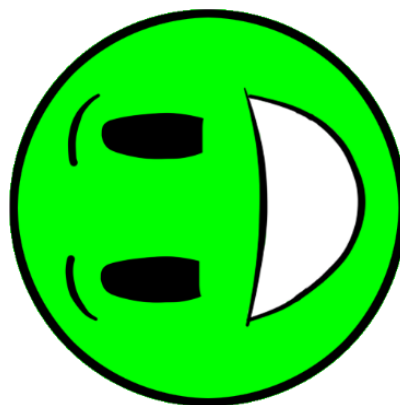
- Im Plenum nachbesprechen. Zunächst offen nach Beobachtungen Fragen im Verlauf konkreter nach Emotionen und Handlungsimpulsen.
- Verdeutlichen: Lächeln und Schmollen sind auch schon Aktivitäten, die Einfluss auf unser Befinden haben
- Hausaufgaben:
 - Comic Snoopy (Kopiervorlage nächste Seite, bitte vor der Stunde für jeden Teilnehmer ausdrucken) austeilen
 - Aktivitäten bei schlechter Stimmung einsetzen (Arbeitsauftrag bitte für jeden Teilnehmer ausdrucken)



Quelle: <https://www.in-konstellation.de/glossar/abschlussarbeiten/haltung-koerperspuren-2/>



Quelle: <https://www.in-konstellation.de/glossar/abschlussarbeiten/haltung-koerperspuren-2/>



Hausaufgabe:

Bitte führen Sie mindestens 1 Aktivität durch (z.B. Spazieren gehen/fahren, etwas genießen, sich unterhalten), besonders, wenn Sie schlechter Stimmung sind.

Wie fühlten Sie sich dabei/danach?

Sitzung 2: Was sind positive Aktivitäten? Ist-Zustand & Verhaltensaufbau „mit allen Sinnen“

Benötigte Materialien: Flipchart der letzten Stunde, Marker, ausgedruckte Smileys, Tesa zum Befestigen (alternativ Smileys anzeichnen), Liste positiver Aktivitäten, Kaffeebohnen, Arbeitsauftrag Hausaufgabe

- Was war das Wichtigste aus der letzten Stunde?
Hausaufgaben besprechen * Aktivitäten bei schlechter Stimmung einsetzen *
 - Wie ist es Ihnen damit ergangen?
 - Was haben Sie bemerkt?

- Wichtig ist, dass es sich nicht um eine Verbesserung der Stimmung von *zu Tode betrübt* in Richtung *himmelhochjauchzend* handelt, sondern, dass wir uns auf einer Skala von 1 – 10 von einer 4 auf eine 5 bewegen können. Sammeln Sie hier zu noch einige Beispiele. Probleme sollten anerkannt und in der Gruppe nach möglichen Lösungen gesucht werden.

- Überleitung: Wir haben verstanden, dass Befinden und Verhalten zusammenhängen. Frage an das Plenum: Was kann ich einfacher verändern? Mein Verhalten oder meine Stimmung → Verhalten!
 - Wie wollen uns heute noch einmal Aktivitäten anschauen, die besonders gut dazu geeignet sind, die Stimmung zu verbessern...

- ...sogenannte „positive Aktivitäten“. Überlegen Sie gemeinsam mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen, was für Aktivitäten, positive Aktivitäten sein könnten. Nutzen Sie hier für das FlipChart der letzten Stunde und markieren sie die Aktivitäten, die wir unter „Positive Aktivitäten“ verstehen. Sammeln Sie mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen weitere Beispiele und ergänzen Sie das FlipChart
 - Wichtig ist, dass solche positiven Aktivitäten sehr individuell und möglicherweise auch sehr unterschiedlich sein können.
 - Liste „positive Aktivitäten“ austeilen und diskutieren

- Möglicherweise werden im Zuge der Sammlung positiver Aktivitäten auch Probleme deutlich (siehe Anfang der Sitzung). So kann es sein, dass man vergisst positive Aktivitäten durchzuführen oder manchmal geschehen schöne Dinge, in der Bilanz des Tages erinnern wir uns jedoch nicht an diese. Hierbei soll die Hausaufgabe dieser Sitzung Abhilfe schaffen.

- Jedem Teilnehmer werden 3 Kaffeebohnen ausgeteilt, die er sich in die Hosentaschen (oder, wenn das nicht möglich ist auf den Nachttisch oÄ.) legen kann. Nun gibt es zwei Möglichkeiten:
 1. Jedes Mal, wenn man in die Hosentasche greift und die Kaffeebohnen fühlt dies als Erinnerung zu nutzen eine positive Aktivität durchzuführen. Nach jeder positiven Aktivität, wandert eine Bohne in die jeweils andere Hosentasche. Ziel ist es alle Bohnen im Laufe eines Tages von links nach rechts wandern zu lassen. Alternativ:
 2. Die Aufmerksamkeit für positive Dinge zu stärken und jedes Mal, wenn etwas Schönes wahrgenommen wird, eine Bohne von der einen in die andere Hosentasche wandern lassen. Am Ende des Tages können die gewanderten Bohnen als Erinnerung dafür dienen, dass positive Dinge passiert sind.
- Hausaufgabe: Kaffeebohnen-Übung (siehe unten, bitte ausdrucken für jeden Teilnehmer)

Hausaufgabe:

Jedes Mal, wenn Sie die Kaffeebohnen fühlen (in der Hosentasche, auf dem Nachttisch): führen Sie eine positive Aktivität durch.

Nach jeder positiven Aktivität wandert eine Bohne in die jeweils andere Hosentasche oder auf die andere Seite des Tisches.

Ziel ist es alle Bohnen im Laufe eines Tages von links nach rechts wandern zu lassen.

ODER:

Jedes Mal, wenn Sie etwas Schönes wahrnehmen, lassen Sie eine Bohne von der einen in die andere Hosentasche wandern. Am Ende des Tages können die gewanderten Bohnen als Erinnerung dafür dienen, dass positive Dinge passiert sind.

Liste positiver Aktivitäten

- In eine Bibliothek gehen
- Ein neues oder spezielles Gericht zubereiten
- Vögel beobachten
- Einen Einkaufsbummel machen
- Leute beobachten
- Eine Auseinandersetzung erfolgreich bestehen
- Etwas verkaufen oder mit etwas handeln
- Ein Vorhaben oder eine Aufgabe zu Ende bringen
- Etwas beichten oder für etwas Abbitte leisten
- Gegenstände reparieren
- Leuten sagen, was sie zu tun haben
- Mit fröhlichen Menschen zusammen sein
- Musik hören
- Briefe, Karten schreiben
- Über Politik oder öffentliche Angelegenheiten reden
- Um Hilfe oder Ratschläge bitten
- Über sein Hobby oder spezielles Interessengebiet reden
- Attraktive Frauen oder Männer beobachten
- Geholfen bekommen
- Sich um Zimmerpflanzen kümmern
- Mit Freunden Kaffee, Tee trinken
- Einen Spaziergang machen
- Verschiedene Dinge sammeln
- Sich an einen verstorbenen Freund erinnern
- Komplimente erhalten oder geben
- Gesagt bekommen, dass man geliebt wird
- Imbisse zu sich nehmen
- Mit seinen Kindern zusammen sein
- Ein Stück Kuchen essen
- (Beispielhafter Auszug, beliebig zu ergänzen)
-
-
-

II. Das Miteinander gestalten

Sitzung 3: Tagesstrukturierung, Planung und Durchführung (gemeinsamer) positiver Aktivitäten

Benötigte Materialien: Flipchart der letzten Stunde, Marker, ausgedruckte Smileys, Tesa zum Befestigen (alternativ Smileys anzeichnen), Arbeitsauftrag Hausaufgabe

- Was war das Wichtigste aus der letzten Stunde?
Hausaufgaben besprechen *Positive Aktivitäten durchführen und/oder bemerken*
 - Wie ist es Ihnen damit ergangen?
 - Was ist Ihnen aufgefallen?

- Ausgiebig Erfolge und Schwierigkeiten besprechen
 - Persönliche Ergänzungen der Liste positiver Aktivitäten besprechen

- Überleitung: Wir haben eine Menge an Ideen, wie wir unsere Stimmung durch unser Verhalten verbessern könne. Manchmal ist es aber schwierig, die Aktivitäten auch wirklich durchzuführen.
 - Wir wollen uns heute noch einmal Strategien anschauen, die besonders gut dazu geeignet sind, sich an die positiven Aktivitäten zu erinnern...
 - Die Bewohner in 2er Gruppen austauschen lassen, welche Strategien sie kennen und möglicherweise einsetzen oder sich vorstellen können.
 - Im Plenum sammeln → Hier vor allem solche Strategien betonen, die den Kontakt mit anderen Menschen verstärken (bspw. Andere fragen, sie zu erinnern, sich verabreden, mit einem Mitbewohner etwas neues ausprobieren...).
 - Piktogramme oder Karteikarten können bereits während der Stunde als Ideengeber für gemeinsame Aktivitäten genutzt werden.
 - Konkrete Möglichkeiten mit den Teilnehmern besprechen (Wen genau können Sie ansprechen? Wann sehen Sie diese Person? Gibt es etwa zu beachten?)

- Hausaufgabe: sich für eine positive Aktivität mit einem Teilnehmer verabreden ODER mit einem Teilnehmer besprechen, welche (gemeinsame) positive Aktivität man durchführen möchte.

Hausaufgabe:

Verabreden Sie sich für eine positive Aktivität mit einem Teilnehmer

ODER

Besprechen Sie mit einem Teilnehmer, welche (gemeinsame) positive Aktivität Sie durchführen möchten.

Sitzung 4: Training sozialer Kompetenzen, Aufbau und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Gestaltung positiver Beziehungen

Benötigte Materialien: Arbeitsauftrag Hausaufgabe

- Was war das Wichtigste aus der letzten Stunde?
Hausaufgaben besprechen *Gemeinsame positive Aktivitäten durchführen*
 - Wie ist es Ihnen damit ergangen?
 - Was haben Sie bemerkt?
- Ausgiebig Erfolge und Schwierigkeiten besprechen
- Überleitung: Positive Aktivitäten in den Alltag zu integrieren funktioniert noch besser, wenn wir dies mit anderen zusammen tun. Dies führt allerdings manchmal auch zu (unerwarteten) Schwierigkeiten und Konflikten
- Im Plenum oder in 2er Gruppen Kommunikationsregeln erarbeiten, die zu einer möglichst hohen Erfolgswahrscheinlichkeit für einen positiven Kontakt oder das Einfordern einer Bitte führen.
 - Hier können auch Beispiele Platz finden, bei denen eine besonders gute Kommunikation auf Grund einer bestimmten Strategie gelungen ist:
 - Lächeln
 - Höflich sein (bitte, danke sagen)
 - Fragen stellen statt Aufforderungen
 - Sich entschuldigen, wenn man etwas falsch gemacht hat
 - Blickkontakt halten
 - Angemessene Lautstärke der Stimme
 - Aussprechen lassen
 - Keine persönlichen Angriffe
 - Zuhören, Fragen stellen
 - Komplimente machen
 - Alternativ können problematische Situationen aufgegriffen werden und in der Gruppe können hilfreiche Strategien erdacht werden
 - Gesprochen werden kann auch darüber: Welche Ansprechpartner habe ich in meinem Leben? Wann ist ein geeigneter Zeitpunkt diese anzusprechen? Was ist ein geeignetes Medium, um sie anzusprechen?
- Als Hausaufgaben sollen die Teilnehmer sich eine der erarbeiteten Strategien aussuchen, die sie in der nächsten Woche umsetzen (hier eignet sich besonders das Geben von Komplimenten) mit Erinnerungshilfe

Hausaufgabe:

Setzen Sie im Miteinander eine der folgenden Kompetenzen ein:

- Lächeln
- Höflich sein (bitte, danke sagen)
- Fragen stellen statt Aufforderungen
- Sich entschuldigen, wenn man etwas falsch gemacht hat
- Blickkontakt halten
- Angemessene Lautstärke der Stimme
- Aussprechen lassen
- Keine persönlichen Angriffe
- Zuhören, Fragen stellen
- Komplimente machen

III. Wohlbefinden

Sitzung 5: Psychisches Wohlbefinden: Werte

Benötigte Materialien: Flipchart mit einem gemalten Leuchtturm, Marker, Arbeitsauftrag Hausaufgabe

- Was war das Wichtigste aus der letzten Stunde?
Hausaufgaben besprechen *Kommunikation mit anderen*
 - Wie ist es Ihnen damit ergangen?
 - Was haben Sie bemerkt?
- Erfolge und Schwierigkeiten besprechen
- Überleitung: Warum ist Kontakt mit anderen eigentlich so ein wichtiger Teil in unserem Leben? Überleitung zu Werten/ Zielen/ Bedürfnissen
 - Erklären: Was wir gerne tun, ist personenabhängig/individuell: Person x mag gerne gemeinsame Spaziergänge, Person y Gesellschaft, Person z betet täglich → das liegt an unseren Werten.
- Plakat vom Leuchtturm aufhängen, Metapher im Plenum besprechen: was hat ein Leuchtturm denn nun mit Werten zu tun? Leuchtturm weist einem den Weg, schützt vor Gefahr → so auch Werte:
 - Werte geben uns einen Ausblick, eine Orientierung im Leben. Sie beeinflussen unser Handeln bis auf die kleinste Ebene.
 - Wenn wir nach unseren Werten leben, erfahren wir Zufriedenheit und eine höhere Lebensqualität.
- Auf Basis der Beispiele von positiven Aktivitäten von Teilnehmern passende Werte gemeinsam sammeln
 - Werte
 - (Ver-)Bindungen
 - Genuss
 - Wissen
 - Erfolg
 - Altruismus
 - Abenteuer
 - Glaube
 - Musik
 - Naturverbundenheit
- Erklären, dass Werte selbst *nie* erreicht werden können (wie ein Stern am Himmel leiten sie uns dafür!), stattdessen können wir Ziele, die unter den Werten stehen, setzen und erreichen (und das lässt uns gut fühlen!)

- Beispiele für Ziele wären:
 - Eine positive Beziehung zu den Kindern aufrecht zu erhalten
 - Genussvolle Tätigkeiten im Leben durchzuführen
 - Sich ein Leben lang weiter zu bilden
 - Erfolgreich altern
 - Anderen Menschen helfen
 - Spannung in das eigene Leben bringen
- Ziele umgesetzt auf der alltäglichen Handlungsebene („unter die Lupe nehmend“):
 - Meinen Kindern Freude über ihren Besuch ausdrücken, wenn sie kommen
 - Jeden Tag ein Stück Lieblingsschokolade essen
 - Neue Bücher aus der Bibliothek ausleihen
 - Jeden Tag Gymnastik machen
 - Einem Mitbewohner beim Essen helfen
 - Filme über waghalsige Bergwanderungen schauen
- Manchmal verlieren wir die eigenen Werte aus den Augen. Die folgende Übung soll Ihnen dabei helfen, sich persönliche Werte zu vergegenwärtigen:

Nehmen Sie eine bequeme Körperhaltung ein, die es Ihnen erlaubt, die nächsten Minuten wach zu bleiben. Wenn Sie möchten, schließen Sie die Augen. Wenn das unangenehm für Sie ist, suchen sie sich eine Fläche im Raum, an die Ihr Blick zurückkehren kann.

Nehmen Sie sich nun einen Moment Zeit, sich an bewegte Spiele oder Spiele in denen Bewegung eine Rolle gespielt hat, zurück zu erinnern. Welche Spiele haben Sie als Kind besonders geliebt?

Wenn Sie sich nicht gerne oder wenig bewegt haben als Kind, denken Sie an ein ruhiges Spiel, dem Sie sich hingebungsvoll gewidmet haben.

Versetzen Sie sich in die Rolle des Kindes. Sie können in die Haut des Kindes schlüpfen, oder die Spielsituation von außen, wie ein Video betrachten. Welche Bilder sehen Sie? War da das Gefühl von Freude? Wo genau haben Sie es gespürt? Wie haben Sie ihre Freude ausgedrückt? Waren Sie alleine oder mit anderen Kindern? Gab es andere Menschen, denen Sie Ihre Freude gezeigt haben? Wenn keine anderen Menschen da waren, was haben Sie mit Ihrer Freude gemacht?

Nehmen Sie sich nun Zeit das Video auszustellen oder aus der Haut des Kindes zu schlüpfen. Kommen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit wieder in den Raum zurück.

- Die Übung sollte im Plenum besprochen werden. Besonders sei hier die Freiwilligkeit des Beitrags betont, da es sich möglicherweise um eine persönliche Erinnerung handelt. Wichtig ist, dass es vor allem darum geht, sich dem zugrundeliegenden Wert bewusst zu werden. Im Folgenden kann überlegt werden, wie sich dieser Wert im Erwachsenen Leben gezeigt hat und wie er heute umgesetzt werden kann.
- Die Hausaufgabe wird sein, eine den eigenen Werten entsprechende Aktivität in der kommenden Woche einzuplanen und umzusetzen

Hausaufgabe:

Planen Sie eine den eigenen Werten entsprechende Aktivität in der kommenden Woche ein und setzen Sie diese um.

Beispiele:

- Beten, wenn Sie gläubig sind
- Jemanden treffen, wenn Verbindungen Ihnen wichtig sind
- Spazieren gehen, wenn Sie Naturverbunden sind

Sitzung 6: Körperliches Wohlbefinden

Benötigte Materialien: Schatzkiste (Kunstkarten, Duftöle, Pfauenfedern, Kaffeebohnen, Schokolade, Gedichte, Klanggegenstand... beliebig erweiterbar), Arbeitsauftrag Hausaufgabe

- Was war das Wichtigste aus der letzten Stunde?
Hausaufgaben besprechen *wertegeleitete Aktivität*
 - Wie ist es Ihnen damit ergangen?
 - Was haben Sie bemerkt?

- Erfolge und Schwierigkeiten besprechen
 - Hier sollten explizit die erkannten Werte und Möglichkeiten der Umsetzungen im heutigen Alltag betont werden
 - Sollte ein Teilnehmer Probleme berichten eine für seine Lebenssituation angemessene wertegeleitete Aktivität zu finden, kann das Plenum genutzt werden, um Ideen zu sammeln

- Überleitung: Neben dem seelischen Wohlbefinden können wir unser körperliches Wohlbefinden stärken.
 - Erklären: Körperliches Wohlbefinden ist nicht gleichzusetzen mit körperlicher Gesundheit.
 - Körperlich sehr eingeschränkte Personen können körperliches Wohlbefinden erleben und gesunde Personen können Missempfindungen wahrnehmen

- Gemeinsam können die 5 Sinne und Beispiele für angenehme Empfindungen in diesem Bereich gesammelt werden.

- Im Anschluss kann sich jede/r einen Gegenstand aus der Schatzkiste nehmen *oder* folgende Übung wird mit der gesamten Gruppe durchgeführt (vor allem bei Geräuschen, Geschmack geeignet)

Übung zum körperlichen Wohlbefinden:

Nehmen Sie eine bequeme Haltung auf ihrem Stuhl ein, die es Ihnen erlaubt in den nächsten Minuten gut zu sitzen und wach zu bleiben. Atmen Sie tief ein und aus.

Nehmen Sie sich ihren Gegenstand in die Hand und befühlen Sie ihn. Versuchen Sie verschiedene Strukturen oder Materialien auf der Oberfläche zu ertasten.

Nehmen Sie den Gegenstand nun genauer in Augenschein. Betrachten Sie ihn von allen Ecken und Seiten. Ist er rund oder eckig, bunt oder schwarz-weiß, glänzend oder stumpf...?

Nehmen Sie den Gegenstand nun in Richtung ihrer Nase. Wie riecht er? An was erinnert Sie der Geruch?

Halten Sie den Gegenstand nun an ihr Ohr vielleicht können Sie ihn zwischen den Fingern reiben. Was für ein Geräusch nehmen Sie wahr.

(Wenn es sich um einen essbaren Gegenstand handelt) führen Sie den Gegenstand langsam zum Mund. Befühlen Sie ihn zunächst mit den Lippen. Nehmen Sie wahr, wie Ihnen langsam das Wasser im Mund zusammenläuft. Legen Sie ihn zunächst auf die Zunge und beobachten Sie wie er sich anfühlt.

- Besprechen Sie im Plenum die Erfahrungen der TeilnehmerInnen mit dieser Übung
- Als Hausaufgabe soll jede/r TeilnehmerIn in der folgenden Woche eine Genussübung durchführen. Geeignete Aktivitäten können festgelegt werden, Gegenstände aus der Schatzkiste ausgeliehen werden

Hausaufgabe:

Üben Sie sich im Genießen!

Dazu können Sie einen Sinn nutzen: etwas
Angenehmes schmecken, riechen,
fühlen/tasten, hören, sehen

5. Module in Variation: Zweiter/ Dritter Durchlauf

Die erste Runde ist geschafft!

In der zweiten Runde werden vom Prinzip her dieselben Themen angesprochen, der Fokus sollte nun jedoch noch mehr auf *die Umsetzung* gelegt werden.

Drei Punkte sollten hierbei beachtet werden:

1. Wiederholung hilft!
In den meisten Gruppen- und Einzeltherapien werden Themen wie „Aktivitäten-Aufbau“ und „Werte“ nicht in nur einer Stunde behandelt. Selbst dann nicht, wenn die Patienten über ein hohes kognitives Leistungsniveau verfügen. Damit neue Erkenntnisse nachhaltig verinnerlicht werden und zu Verhaltensänderungen führen, braucht es mehrere Wiederholungen.
2. Der Fokus einer jeweiligen Sitzung richtet sich danach, was die Teilnehmer an diesem Tag für Anliegen (zu dem jeweiligen Überthema) mitbringen. So kann jedes Mal ein anderer Schwerpunkt gelegt werden. Beim Aufbau von Aktivitäten kann die Gruppe z.B. sich einmal mit motivierenden Strategien beschäftigen („*Wie schaffe ich es, mich aufzuraffen, wenn mir gar nicht danach ist?*“), einmal mit Lieblingsaktivitäten, welche die Bewohner untereinander austauschen und einmal mit Aktivitäten, die gewünscht werden und (gemeinsamer) Planung bedürfen (Beispielsweise ein Ausflugsziel oder eine Gruppe im Heimwochenplan).
3. Bei der Durchführung der Gruppe sollten weniger Inhalte vermittelt werden sondern die Ressourcen und vorhandenen Fertigkeiten der Teilnehmerinnen im Vordergrund stehen (was tun Sie bereits in diese Richtung, was haben Sie früher gemacht, was hat Ihnen in der Vergangenheit Freude bereitet...).
4. Bereits bekanntes (aus dem ersten Durchgang) ist im Folgenden in grauer Schriftfarbe aufgeführt. An einigen Stellen werden zusätzliche Ideen vermerkt, die in einem zweiten oder dritten Durchlauf benannt werden können.

I. Aktiv sein

Sitzung 1: Zusammenhang zwischen Stimmung und Verhalten

Die Einführung in die Thematik durch Fragen ins Plenum kann beim mehrfachen durchlaufen der Gruppe kürzer gestaltet werden

- Erinnern Sie sich noch, was wir ganz zu Beginn in der ersten Stunde dieser Gruppe besprochen haben?
 - ➔ Wenn sich keiner erinnert oder die Gruppe komplett neu zusammengesetzt ist, kann natürlich einfach wieder mit der ersten Stunde begonnen werden (s.o.).

Der folgende Teil dient dieses Mal eher als *Erfassung des aktuellen Aktivitätsniveaus*. Umgesetzte Aktivitäten sollten verstärkt/ gelobt werden, vor allem, wenn ein/e BewohnerIn eine neue Aktivität umgesetzt hat!

- „Was haben Sie in den letzten 24h gemacht?“
- „Wie haben Sie sich dabei gefühlt?“
- „Geht es Ihnen bei (Tätigkeit x) immer so?“
- Unsortierte (Verhalten – Stimmung)
Sammlung am Flip-Chart, ggf. Gefühle mittels Smileys verdeutlichen
- Zusammenhang Stimmung und Verhalten/ Aktivität herstellen in dem aus der Sammlung ein positives und ein negatives Beispiel herausgesucht wird und gemeinsam besprochen wird
 - z.B.: wenn ich einen Spaziergang mache, fühle ich mich aktiv
 - Wenn ich den ganzen Tag im Bett liegen bleibe fühle ich mich müde
 - Wenn ich ein leckeres Stück Kuchen esse bereitet mir das Freude
 - Wenn ich den ganzen Tag mit niemandem spreche, fühle ich mich einsam
- Als zusätzlicher Punkt (falls deutlich, dass die Teilnehmer den Zusammenhang von Stimmung und Aktivitätsniveau verinnerlicht haben) können in dieser Sitzung verschiedene Bedürfnisse besprochen werden
 - Hier kann die/ der Referent/in zur Veranschaulichung mit einem eigenen Beispiel beginnen. „Ich weiß nicht wie es Ihnen geht, aber meine Stimmung ist immer ganz unten, wenn ich zu wenig geschlafen/ gegessen/ frische Luft abbekommen habe“. Mit den Teilnehmern sollen verschiedene Bedürfnisse gesammelt werden, die den Oberthemen zugeordnet werden können (siehe Pyramiden-Graphik).
 - Falls noch Zeit ist, kann im Plenum besprochen werden, *ob* die unteren Ebenen zuerst komplett erfüllt sein müssen, um auf die oberen Ebenen zu kommen. (→ wir brauchen eine gewisses Maß an Befriedigung der

unteren Ebenen, aber auch ein Mensch, der z.B. eine körperliche Krankheit hat, kann enge Beziehungen erleben, oder einem Hobby nachgehen)



- Die folgende Übung sollte nur durchgeführt werden, wenn die Bedürfnisse nicht besprochen wurden

Übung zum leichten Schmollen und leichten Lächeln:

Nehmen Sie eine bequeme Körperhaltung ein, die es Ihnen erlaubt, die nächsten Minuten wach zu bleiben. Wenn Sie möchten, schließen Sie die Augen. Wenn das unangenehm für Sie ist, suchen sie sich eine Fläche im Raum, an die Ihr Blick zurückkehren kann.

Nehmen Sie nun einen schmollenden Gesichtsausdruck ein:

- Stirn gerunzelt
- Augenbrauen zusammengezogen
- Und ganz wichtig Mundwinkel so weit nach unten wie es geht

Vielleicht möchten Sie auch noch die Schultern zu den Ohren ziehen und den Rücken krumm machen.

Beobachten Sie Gefühle und Handlungsimpulse.

(ca. 60 Sekunden in dieser Haltung verweilen)

Und nun kommen Sie wieder aus dieser Haltung raus und entspannen Sie ganz bewusst Ihr Gesicht, Ihre Nacken- und Schultermuskulatur. Setzen Sie ein leichtes Lächeln auf. Das kann nur für Sie selbst sichtbar sein.

Beobachten Sie Gefühle und Handlungsimpulse.

(ca. 60 Sekunden in dieser Haltung verweilen)

Sehr gut und nun kommen Sie wieder hier zurück in den Raum, öffnen Sie die Augen, strecken Sie sich, wenn Sie mögen

- Im Plenum nachbesprechen. Zunächst offen nach Beobachtungen Fragen im Verlauf konkreter nach Emotionen und Handlungsimpulsen.
- Verdeutlichen: Lächeln und Schmollen sind auch schon Aktivitäten, die Einfluss auf unser Befinden haben

- Hausaufgaben: Comic Snoopy (laminiert) austeilen, wenn die Übung durchgeführt wurde



Quelle: <https://www.in-konstellation.de/glossar/abschlussarbeiten/haltung-koerperspuren-2/>

- Im Verlauf sollte unbedingt ein Stimmungsprotokoll ausgegeben werden. Die Bewohner sollen dazu angeleitet werden, zumindest einen Tag beispielsweise auszufüllen: was habe ich getan? Wie habe ich mich dabei gefühlt? Gibt es einen Zusammenhang?

Datum:

Zeit	Aktivität/ Verhalten	Stimmung (1 – 10)
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Sitzung 2: Was sind positive Aktivitäten? Ist-Zustand & Verhaltensaufbau „mit allen Sinnen“

- Die Einführung in die Thematik durch Fragen ins Plenum kann beim mehrfachen Durchlaufen der Gruppe kürzer gestaltet werden
 Erinnern Sie sich noch, was wir in der zweiten Stunde dieser Gruppe besprochen haben?
 → Wenn sich keiner erinnert oder die Gruppe komplett neu zusammengesetzt ist, kann natürlich einfach wieder mit der Einführung der zweiten Stunde wie im ersten Durchlauf begonnen werden (s.o.).
- Was war das Wichtigste aus der letzten Stunde?
 Hausaufgaben besprechen *Aktivitäten durchführen und Selbstbeobachtung*
 - Wie ist es Ihnen damit ergangen?
 - Was haben Sie bemerkt?
- Wichtig ist, dass es sich nicht um eine Verbesserung der Stimmung von *zu Tode betrübt* in Richtung *himmelhochjauchzend* handelt, sondern, dass wir uns auf einer Skala von 1 – 10 von einer 4 auf eine 5 bewegen können. Sammeln Sie hier zu noch einige Beispiele. Probleme sollten anerkannt und in der Gruppe nach möglichen Lösungen gesucht werden.
- Überleitung: Wir haben verstanden, dass Befinden und Verhalten zusammenhängen. Frage an das Plenum: Was kann ich einfacher verändern? Mein Verhalten oder meine Stimmung → Verhalten!
 - Wie wollen uns heute noch einmal Aktivitäten anschauen, die besonders gut dazu geeignet sind, die Stimmung zu verbessern...
- ...sogenannte „positive Aktivitäten“. Überlegen Sie gemeinsam mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen, was für Aktivitäten, positive Aktivitäten sein könnten. Nutzen Sie hier für das FlipChart der letzten Stunde und markieren sie die Aktivitäten, die wir unter „Positive Aktivitäten“ verstehen. Sammeln Sie mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen weitere Beispiele und ergänzen Sie das FlipChart
 - Wichtig ist, dass solche positiven Aktivitäten sehr individuell und möglicherweise auch sehr unterschiedlich sein können.
- Möglicherweise werden im Zuge der Sammlung positiver Aktivitäten auch Probleme deutlich (siehe Anfang der Sitzung). So kann es sein, dass man vergisst positive Aktivitäten durchzuführen oder manchmal geschehen schöne Dinge, in der Bilanz des Tages erinnern wir uns jedoch nicht an diese.

Hierbei soll die Hausaufgabe dieser Sitzung Abhilfe schaffen.

- Eine neue Liste an positiven Aktivitäten kann besprochen werden

- In den folgenden Stunden kann bei dieser Übung auf verschiedene spezifische Gefühle eingegangen werden
 - Was möchten Sie am liebsten tun, wenn Sie
 - ➔ Traurig
 - ➔ Wütend
 - ➔ Freudig
 - ➔ sind
 - Orientiert an dem Handlungsimpuls können *entgegengesetzte* Handlungen besprochen werden
 - Beispiele:
 - ➔ Wenn ich traurig bin, würde ich mich am liebsten zurückziehen, mit gar keinem sprechen (Rückzug folgt meistens Stimmungsverschlechterung!). Stattdessen könnte ich mal sehen, was Bewohner x gerade macht *oder* mich mit ihm/ihr unterhalten *oder* mit Betreuerin x sprechen *oder* einen Spaziergang machen
 - ➔ Wenn ich wütend bin, würde ich am liebsten jemanden anschreien (worauf meistens wieder Wut bzw. Unverständnis folgt). Stattdessen könnte ich denjenigen ruhig ansprechen, meine Wut mitteilen („ich bin wütend, weil...“) und eine Lösung suchen *oder* ich könnte meine Lieblingsmusik hören, bis ich mich etwas beruhigt habe *oder* ich suche Gesellschaft, die mir guttut.

- Jedem Teilnehmer werden 3 Kaffeebohnen ausgeteilt, die er sich in die Hosentaschen (oder, wenn das nicht möglich ist auf den Nachttisch o.Ä.) legen kann. Nun gibt es zwei Möglichkeiten
 Jedes Mal, wenn man in die Hosentasche greift und die Kaffeebohnen fühlt dies als Erinnerung zu nutzen eine positive Aktivität durchzuführen. Nach jeder positiven Aktivität, wandert eine Bohne in die jeweils andere Hosentasche. Ziel ist es alle Bohnen im Laufe eines Tages von links nach rechts wandern zu lassen. Alternativ:
 Die Aufmerksamkeit für positive Dinge zu stärken und jedes Mal, wenn etwas Schönes wahrgenommen wird, eine Bohne von der einen in die andere Hosentasche wandern lassen. Am Ende des Tages können die gewanderten Bohnen als Erinnerung dafür dienen, dass positive Dinge passiert sind.

- Die Übung mit den Kaffeebohnen kann auch genutzt werden, damit die BewohnerInnen sich jeden Mal bewusst darüber werden, was für ein Gefühl sie im aktuellen Moment haben und, ob sie dieses ändern wollen

Liste positiver Aktivitäten 2

- Gut Essen
- Etwas für seine Gesundheit tun (Zähne, Brille, Ernährungsweise umstellen)
- In der Stadt herum bummeln
- In einer Musikgruppe mitspielen
- Wandern /Spazieren
- Ein Museum oder eine Ausstellung besuchen
- Tagebuch schreiben
- Eine Aufgabe gut ausführen
- Freizeit haben
- Angeln gehen
- Etwas verleihen
- Als sexuell attraktiv bemerkt werden
- Arbeitgebern, Lehrern usw. eine Freude bereiten
- Jemanden beraten
- In ein Fitness-Center gehen/Gymnastik machen
- Etwas Neues lernen
- Jemandem Komplimente machen oder ihn loben
- Über Leute nachdenken, die man mag
- Mit seinen Eltern zusammen sein
- Reiten
- Telefongespräche führen
- Tagträumen
- Blätter, Sand, Kieselsteine usw. herumkicken/beobachten
- Boccia, Bingo spielen
- Zu Klassen-, Alterstreffen und dergleichen gehen
- Berühmte Leute sehen
- Ins Kino gehen
- Küssen
- (Beispielhafter Auszug, beliebig zu ergänzen)
-
-
-

Liste positiver Aktivitäten 3 (Beispielhafter Auszug, beliebig zu ergänzen)

- Essen kochen
- Eine Party oder ein gemütliches Beisammensein veranstalten
- Seine Haare waschen
- Sich rasieren (lassen)
- Eine Blume/Pflanze sehen oder riechen
- Etwas ganz genau betrachten
- Kölnischwasser/ein Pafum benutzen
- Das Miteinander gestalten
- Mit sich allein sein
- Leuten zulächeln
- Im Sand, Gras oder an einem Fluss spielen
- Über andere Leute reden
- Mit seinem Ehepartner zusammen sein
- Von anderen Leuten Interesse gezeigt bekommen
- (Beispielhafter Auszug, beliebig zu ergänzen)
-
-

II. Das Miteinander gestalten

Sitzung 3: Tagesstrukturierung, Planung und Durchführung (gemeinsamer) positiver Aktivitäten

- Die Einführung in die Thematik durch Fragen ins Plenum kann beim mehrfachen Durchlaufen der Gruppe kürzer gestaltet werden
Erinnern Sie sich noch was wir zu Beginn in der dritten Stunde dieser Gruppe besprochen haben? Es ging um gemeinsam Unternehmungen.
→ Wenn sich keiner erinnert oder die Gruppe komplett neu zusammengesetzt ist, kann natürlich einfach wieder mit der dritten Stunde aus dem ersten Durchlauf begonnen werden (s.o.).
- Was war das Wichtigste aus der letzten Stunde?
Hausaufgaben besprechen *Positive Aktivitäten durchführen und bemerken*
 - Wie ist es Ihnen damit ergangen?
 - Was haben Sie bemerkt?
- Ausgiebig Erfolge und Schwierigkeiten besprechen
- Beim zweiten oder dritten Durchgang auf jeden Fall die Tagesprotokolle besprechen. Wenn diese nicht ausgefüllt wurden: bitte klären, welche Probleme es gab und ob die BewohnerInnen sich Unterstützung wünschen.
- Persönliche Ergänzungen der zweiten Liste positiver Aktivitäten besprechen
- Die Piktogramme, die in der ersten Sitzung zu diesem Thema ausgearbeitet wurden, können als Erinnerung mitgebracht werden. „Wissen Sie noch, was wir diesbezüglich besprochen haben?“
- Überleitung: Wir haben eine Menge an Ideen, wie wir unsere Stimmung durch unser Verhalten verbessern könne. Manchmal ist es aber schwierig, die Aktivitäten auch wirklich durchzuführen.
 - Wir wollen uns heute noch einmal Strategien anschauen, die besonders gut dazu geeignet sind, sich an die positiven Aktivitäten zu erinnern...
 - Die Bewohner in 2er Gruppen austauschen lassen, welche Strategien sie kennen und möglicherweise einsetzen oder sich vorstellen können. Im Plenum sammeln → Hier vor allem solche Strategien betonen, die den Kontakt mit anderen Menschen verstärken (bspw. Andere fragen, sie zu erinnern, sich verabreden, mit einem Mitbewohner etwas Neues ausprobieren...).

- Konkrete Möglichkeiten mit den Teilnehmern besprechen (Wen genau können Sie ansprechen? Wann sehen Sie diese Person? Gibt es etwa zu beachten?)
- Falls die letzte Stunde noch nicht geschehen, sollten konkrete Aktivitäten für jeden einzelnen Teilnehmer besprochen werden, die er oder sie *in Gemeinschaft* durchführen kann.
 - Es sollte mit jedem Mitbewohner behutsam geklärt werden, ob er sich mehr Kontakte/ Interaktionen wünscht und wenn ja, welche genau.
- Hausaufgabe: sich für eine positive Aktivität mit einem Teilnehmer verabreden ODER mit einem Teilnehmer besprechen, welche (gemeinsame) positive Aktivität man durchführen möchte.
- Piktogramme oder Karteikarten als Erinnerung mitgeben

Sitzung 4: Training sozialer Kompetenzen, Aufbau und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Gestaltung positiver Beziehungen

- Die Einführung in die Thematik durch Fragen ins Plenum kann beim mehrfachen Durchlaufen der Gruppe kürzer gestaltet werden
Erinnern Sie sich noch was wir ganz zu Beginn in der vierten Stunde dieser Gruppe besprochen haben? Es ging um den Umgang mit anderen...
 - ➔ Wenn sich keiner erinnert oder die Gruppe komplett neu zusammengesetzt ist, kann natürlich einfach wieder mit der vierten Stunde des ersten Durchlaufs begonnen werden (s.o.).

- Was war das Wichtigste aus der letzten Stunde?
Hausaufgaben besprechen *Gemeinsame positive Aktivitäten durchführen*
 - Wie ist es Ihnen damit ergangen?
 - Was haben Sie bemerkt?

- Ausgiebig Erfolge und Schwierigkeiten besprechen

- Überleitung: Positive Aktivitäten in den Alltag zu integrieren funktioniert noch besser, wenn wir dies mit anderen zusammen tun. Dies führt allerdings manchmal auch zu (unerwarteten) Schwierigkeiten und Konflikten

- Im Plenum oder in 2er Gruppen Kommunikationsregeln erarbeiten, die zu einer möglichst hohen Erfolgswahrscheinlichkeit für einen positiven Kontakt oder das Einfordern einer Bitte führen.
 - Hier können auch Beispiele Platz finden, bei denen eine besonders gute Kommunikation auf Grund einer bestimmten Strategie gelungen ist.
 - Alternativ können problematische Situationen aufgegriffen werden und in der Gruppe können hilfreiche Strategien erdacht werden
 - Gesprochen werden kann auch darüber: Welche Ansprechpartner habe ich in meinem Leben? Wann ist ein geeigneter Zeitpunkt diese anzusprechen? Was ist ein geeignetes Medium, um sie anzusprechen.

- Die zweite Runde sollte sich weniger auf generelle Kommunikationsstrategien konzentrieren, sondern über konkrete Konflikte/ Schwierigkeiten sprechen und im Plenum über (Alternative-)Lösungsstrategien sprechen.

- Mögliche Themen können sein:

→ Achtung, dies ist eine unvollständige Liste MÖGLICHER Strategien, besprechen Sie eher, was die BewohnerInnen bis jetzt (erfolgreich) eingesetzt haben.

- Ein Ziel verfolgen und durchsetzen
 - Hilfreiche Strategien
 - Genau beschreiben, was man möchte
 - Klar die Bitte ausdrücken
 - Belohnen
 - Bitte oder Wunsch wiederholen, auch wenns beim ersten Mal nicht geklappt hat
 - Bieten
- Eine Beziehung verbessern
 - Hilfreiche Strategien:
 - Lächeln
 - Interesse zeigen
 - Komplimente machen
 - Easy nehmen
- Sich wohl fühlen im Umgang mit anderen
 - Hilfreiche Strategien:
 - Fair zu sich und anderen sein
 - Akzeptanz
 - Nein sagen
 - Um Hilfe bitten
- Als Hausaufgaben sollen die Teilnehmer sich eine der erarbeiteten Strategien aussuchen, die sie in der nächsten Woche umsetzen (hier eignet sich besonders das Geben von Komplimenten)

III. Wohlbefinden

Sitzung 5: Psychisches Wohlbefinden: Werte

- Die Einführung in die Thematik durch Fragen ins Plenum kann beim mehrfachen Durchlaufen der Gruppe kürzer gestaltet werden
 - Erinnern Sie sich noch was wir ganz zu Beginn in der vierten Stunde dieser Gruppe besprochen haben? Es ging um Werte.
 - Wenn sich keiner erinnert oder die Gruppe komplett neu zusammengesetzt ist, kann natürlich einfach wieder mit der fünften Stunde des ersten Durchlaufs begonnen werden (s.o.).

- Was war das Wichtigste aus der letzten Stunde?
Hausaufgaben besprechen *Kommunikation mit anderen*
 - Wie ist es Ihnen damit ergangen?
 - Was haben Sie bemerkt?

- Erfolge und Schwierigkeiten besprechen

- Überleitung: Warum ist Kontakt mit anderen eigentlich so ein wichtiger Teil in unserem Leben? Überleitung zu Werten/ Zielen/ Bedürfnissen
 - Erklären: Werte geben uns einen Ausblick, eine Orientierung im Leben. Sie beeinflussen unser Handeln bis auf die kleinste Ebene.
 - Wenn wir nach unseren Werten leben, erfahren wir Zufriedenheit und eine höhere Lebensqualität.

- Plakat vom Leuchtturm aufhängen, Metapher im Plenum besprechen.
- Gemeinsam Werte sammeln
 - Werte
 - Bindungen
 - Genuss
 - Wissen
 - Erfolg
 - Altruismus
 - Abenteuer

 - Beispiele für Ziele wären:
 - Eine positive Beziehung zu den Kindern aufrecht zu erhalten
 - Genussvolle Tätigkeiten im Leben durchzuführen
 - Sich ein Leben lang weiter zu bilden
 - Erfolgreich altern
 - Anderen Menschen helfen
 - Spannung in das eigene Leben bringen

- Auf der alltäglichen Handlungsebene:
 - Meinen Kindern Freude über ihren Besuch ausdrücken, wenn sie kommen
 - Jeden Tag ein Stück Lieblingsschokolade essen
 - Neue Bücher aus der Bibliothek ausleihen
 - Jeden Tag Gymnastik machen
 - Einem Mitbewohner beim Essen helfen
 - Filme über waghalsige Bergwanderungen schauen
- Manchmal verlieren wir die eigenen Werte aus den Augen. Die folgende Übung soll ihnen dabei helfen, sich persönliche Werte zu vergegenwärtigen.
- Die Übung zu persönlichen Werten sollte jedes mal durchgeführt und ausführlich besprochen werden, auch wenn alle Teilnehmerinnen sie schon kennen

Imaginations-Übung zu persönlichen Werten

Nehmen Sie eine bequeme Körperhaltung ein, die es Ihnen erlaubt, die nächsten Minuten wach zu bleiben. Wenn Sie möchten, schließen Sie die Augen. Wenn das unangenehm für Sie ist, suchen sie sich eine Fläche im Raum, an die Ihr Blick zurückkehren kann.

Nehmen Sie sich nun einen Moment Zeit, sich an bewegte Spiele oder Spiele, in denen Bewegung eine Rolle gespielt hat, zurück zu erinnern. Welche Spiele haben Sie als Kind besonders geliebt?

Wenn Sie sich nicht gerne oder wenig bewegt haben als Kind oder Jugendlicher oder als Erwachsener, denken Sie an ein ruhiges Spiel, dem Sie sich hingebungsvoll gewidmet haben. Oder gibt es eine Tätigkeit, die Sie gerne gemacht haben, bei der Sie sich wohl gefühlt haben?

Versetzen Sie sich in die Rolle des damaligen Ichs. Sie können in die Haut des Kindes/Jugendlichen/Erwachsenen schlüpfen, oder die Spielsituation von außen, wie ein Video betrachten. Welche Bilder sehen Sie? War da das Gefühl von Freude? Wo genau haben Sie es gespürt? Wie haben Sie ihre Freude ausgedrückt? Waren Sie alleine oder mit anderen Kindern/Jugendlichen/Erwachsenen? Gab es andere Menschen, denen Sie Ihre Freude gezeigt haben? Wenn keine anderen Menschen da waren, was haben Sie mit Ihrer Freude gemacht?

Nehmen Sie sich nun Zeit das Video auszustellen oder aus der Haut des damaligen Ichs zu schlüpfen. Kommen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit wieder in den Raum zurück.

- Die Übung sollte im Plenum besprochen werden. Besonders sei hier die Freiwilligkeit des Beitrags betont, da es sich möglicherweise um eine persönliche Erinnerung handelt. Wichtig ist, dass es vor allem darum geht, sich dem zugrundeliegenden Wert bewusst zu werden. Im Folgenden kann überlegt werden, wie sich dieser Wert im Erwachsenen Leben gezeigt hat und wie er heute umgesetzt werden kann.
- Die Hausaufgabe wird sein, eine den eigenen Werten entsprechende Aktivität in der kommenden Woche einzuplanen und umzusetzen.

Sitzung 6: Körperliches Wohlbefinden: Genuss

- Die Einführung in die Thematik durch Fragen ins Plenum kann beim mehrfachen durchlaufen der Gruppe kürzer gestaltet werden
 - Erinnern Sie sich noch was wir ganz zu Beginn in der sechsten Stunde dieser Gruppe besprochen haben? Es ging um das körperliche Wohlbefinden
 - Wenn sich keiner erinnert oder die Gruppe komplett neue zusammengesetzt ist, kann natürlich einfach wieder mit der sechsten Stunde des ersten Durchlaufs begonnen werden (s.o.).
- Was war das Wichtigste aus der letzten Stunde?
Hausaufgaben besprechen *wertegeleitete Aktivität*
 - Wie ist es Ihnen damit ergangen?
 - Was haben Sie bemerkt?
- Erfolge und Schwierigkeiten besprechen
 - Hier sollten explizit die erkannten Werte und Möglichkeiten der Umsetzungen im heutigen Alltag betont werden
 - Sollte ein Teilnehmer Probleme berichten eine für seine Lebenssituation angemessene wertegeleitete Aktivität zu finden, kann das Plenum genutzt werden, um Ideen zu sammeln
- Überleitung: Neben dem seelischen Wohlbefinden können wir unser körperliches Wohlbefinden stärken.
 - Erklären: Körperliches Wohlbefinden ist nicht gleichzusetzen mit körperlicher Gesundheit.
 - Körperlich sehr eingeschränkte Personen können körperliches Wohlbefinden erleben und gesunde Personen können Missempfindungen wahrnehmen
- Gemeinsam können die 5 Sinne und Beispiele für angenehme Empfindungen in diesem Bereich gesammelt werden.
- Im Anschluss kann sich jede/r einen Gegenstand aus der Schatzkiste nehmen oder eine Übung wird mit der gesamten Gruppe durchgeführt (vor allem bei Geräuschen geeignet)
- Die folgende Übung sollte immer durchgeführt werden auch wenn alle Teilnehmer sie schon kennen. Eine Variation kann sein, dass der Gruppenleiter einen Gegenstand (beispielsweise die Klangschale) vorne nutzt und alle sich gemeinsam darauf (auf das Wahrnehmen des Tons) konzentrieren. Weitere Möglichkeiten sind Genuss von Schokolade, Eincremen der Hände....

DAVOS

Basismodul „Rundum Wohlbefinden stärken“

Goethe-Universität Frankfurt 2019

Übung zum körperlichen Wohlbefinden

Nehmen Sie eine bequeme Haltung auf ihrem Stuhl ein, die es Ihnen erlaubt in den nächsten Minuten gut zu sitzen und wach zu bleiben. Atmen Sie tief ein und aus.

Nehmen Sie sich ihren Gegenstand in die Hand und befühlen Sie ihn. Versuchen Sie verschiedene Strukturen oder Materialien auf der Oberfläche zu ertasten.

Nehmen Sie den Gegenstand nun genauer in Augenschein. Betrachten Sie ihn von allen Ecken und Seiten. Ist er rund oder eckig, bunt oder schwarz-weiß, glänzend oder stumpf...?

Nehmen Sie den Gegenstand nun in Richtung ihrer Nase. Wie riecht er? An was erinnert Sie der Geruch?

Halten Sie den Gegenstand nun an ihr Ohr vielleicht können Sie ihn zwischen den Fingern reiben. Was für ein Geräusch nehmen Sie wahr.

(Wenn es sich um einen essbaren Gegenstand handelt) führen Sie den Gegenstand langsam zum Mund. Befühlen Sie ihn zunächst mit den Lippen. Nehmen Sie wahr, wie Ihnen langsam das Wasser im Mund zusammenläuft. Legen Sie ihn zunächst auf die Zunge und beobachten Sie wie er sich anfühlt.

- Besprechen Sie im Plenum die Erfahrungen der TeilnehmerInnen mit dieser Übung
- Als Hausaufgabe soll jede/r TeilnehmerIn in der folgenden Woche eine Genussübung durchführen. Geeignete Aktivitäten können festgelegt werden, Gegenstände aus der Schatzkiste ausgeliehen werden





























Anlage 12.3: Screening-Instrument DeMoL-Pflege

















DeMoL-Pflege*

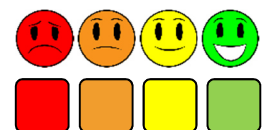
Datum:

Name: Bewohner/in:

Case Manager/in:

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
<p>1. Hatten Sie wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten, die Ihnen normalerweise Freude bereiten?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>		 		
<p>2. Verspürten Sie Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>		 		
<p>3. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder schlafen Sie vermehrt viel?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>				 
<p>4. Verspürten Sie ausgeprägte Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie zu haben?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>				 
<p>5. Hatten Sie einen verminderten Appetit oder ein übermäßiges Bedürfnis zu essen?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>				 
<p>6. Hatten Sie eine besonders schlechte Meinung von sich selbst (z.B. das Gefühl wertlos zu sein oder eine Belastung für andere)?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>		 		
<p>7. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder im Gespräch mit anderen)?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>				 

<p>8. Verspürten Sie eine starke innere Ruhelosigkeit (z.B. einen ausgeprägten Bewegungsdrang)?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>		 		
<p>9. Hatten Sie Gedanken, dass Sie lieber nicht mehr da bzw. tot wären?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>		  		
<p>10. Hatten Sie sich konkrete Vorstellungen oder Pläne gemacht, um sich etwas anzutun oder Ihr Leben zu beenden?</p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>	 			
<p>11. Persönliche Einschätzung Case Manager/in <i>Klagte der/die Bewohner/in häufiger als sonst über unspezifische körperliche Symptome (z.B. Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden)? Wenn ja, über welche? _____</i></p> <p>A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i></p>		 		
<p>12. Persönliche Einschätzung Case Manager/in <i>Ist Ihnen während des Screening-Gesprächs etwas besonders aufgefallen? (z.B. Widersprüche zwischen Verhalten und Äußerungen)</i></p> <p>Ja → _____</p> <p>Nein →</p>				



Hausinterner Notfallplan + Info an behandelnden Arzt



Info an psychotherapeutische Sprechstunde + Info an Studienpersonal



Beobachtendes Abwarten („Watchful Waiting“) → erneutes Screening in 2 Wochen



Unauffällig → erneutes Screening in 2 Monaten

Unterschrift Case Manager/in

Pflegeheim: _____

Name Case Manager/in: _____

Datum: _____

Gründe für Nicht-Teilnahme an DAVOS

(Mehrfache Ankreuzungen möglich)

Erster Buchstabe vom Vornamen: ____ Erster Buchstabe vom Nachnamen: ____

Alter des/r Bewohners/in: ____ Geschlecht des/r Bewohners/in: m w

1. Bewohner/in lehnt Teilnahme ab:

1.1. Persönliche Gründe

- Kein Interesse
- Keine Zeit
- Fühlt sich zu alt für Teilnahme
- Sieht keinen Nutzen für sich
- Nicht weiter spezifizierte persönliche Gründe

1.2. Gesundheitliche Gründe

- Fühlt sich zu krank
 - Schwerwiegende Erkrankung/en: _____
- Teilnahme zu anstrengend
 - Wegen körperlicher Einschränkungen (z.B. Hören/Sehen/Mobilität)
 - Wegen kognitiver Einschränkungen
- Bestehende depressive Symptomatik als Hinderungsgrund

1.3. Diverse andere Gründe

- Wegen sprachlicher Probleme (Deutsch nicht Muttersprache)
- Misstrauen gegenüber einem Forschungsprojekt
- Vorbehalte gegenüber Psychotherapie
- Scham / Angst vor Stigmatisierung

Pflegeheim: _____

Name Case Manager/in: _____

Datum: _____

2. Angehörige bzw. gesetzliche Betreuer lehnen Teilnahme des/r Bewohners/in ab

2.1. Persönliche Gründe

- Kein Interesse
- Keine Zeit
- Bewohner/in zu alt für Teilnahme
- Kein Nutzen für Bewohner/in
- Nicht weiter spezifizierte persönliche Gründe

2.2. Gesundheitliche Gründe

- Bewohner/in zu krank
- Teilnahme für Bewohner/in zu anstrengend

2.3. Diverse andere Gründe

- Wegen sprachlicher Probleme (Deutsch nicht Muttersprache)
- Misstrauen gegenüber einem Forschungsprojekt
- Vorbehalte gegenüber Psychotherapie
- Scham / Angst vor Stigmatisierung

Sonstige Anmerkungen:

Leitfaden für die Sprechstunde („Orientierungsgespräch“) - DAVOS

Datum:
Zeit:	von bis Uhr
Studien- TherapeutIn: (Vorname, Name)
Chiffre: <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀
Abrechnung:	<input type="checkbox"/> Grundpauschale (01321) <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Sprechstunde (35151 x) <input type="checkbox"/> Biographische Anamnese (35140)

1. Rückmeldung vorläufiger diagnostischer Ergebnisse und Exploration der aktuellen Symptomatik

Ich möchte in diesem Orientierungsgespräch gerne verschiedene Punkte mit Ihnen besprechen, einige Fragen an Sie stellen und eine erste diagnostische Abklärung durchführen.

Aus den Unterlagen, die mir vorliegen, geht hervor, dass Sie im Gespräch mit der Pflegefachkraft verschiedene Symptome, Probleme oder Schwierigkeiten benannt haben:

Übertrag DeMoL-Pflege:

1. Weniger Interesse oder Freude an Tätigkeiten, die normalerweise Freude bereiten
1. Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit
2. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, vermehrtes Schlafbedürfnis
3. Ausgeprägte Müdigkeit, Gefühl der Energielosigkeit
4. Verminderter Appetit, übermäßiges Bedürfnis zu essen
5. Gefühl wertlos, Belastung für andere zu sein
6. Konzentrationsschwierigkeiten (z.B. beim Lesen, im Gespräch)
7. Innere Ruhelosigkeit (z.B. ausgeprägten Bewegungsdrang)
8. Gedanken, lieber nicht mehr da bzw. tot sein zu wollen
9. Konkrete Vorstellungen oder Pläne, um sich etwas anzutun oder Leben beenden zu wollen
10. Persönliche Einschätzung Case-ManagerIn: Klagen über unspezifische körperliche Symptome (z.B. Kopf-, Rückenschmerzen, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden)
11. Persönliche Einschätzung Case-ManagerIn: aufgefallene Besonderheiten

*Haben Sie darüber hinaus Symptome, Probleme oder Schwierigkeiten, die bisher nicht genannt wurden?
(Ggf. werde ich Sie kurz unterbrechen, oder Zwischenfragen stellen, wenn mir etwas unklar sein sollte oder ich weitere Informationen von Ihnen benötige.)*

Leitfaden für die Sprechstunde („Orientierungsgespräch“) - DAVOS

Nach unseren Erfahrung kommt es im Rahmen von psychischen Erkrankungen manchmal dazu, dass man nicht mehr am Leben sein möchte. Darüber möchte ich Ihnen nun noch ein paar Fragen stellen.

Suizidalität

1)	Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen? → Bei „nein“ weiter zu Frage 9	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2)	Häufig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3)	Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4)	Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5)	Haben Sie bereits Vorbereitungen getroffen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6)	Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7)	Halten familiäre oder berufliche Verpflichtungen Sie von einem Suizid ab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8)	Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9)	Haben Sie jemals einen oder mehrere Selbstmordversuche unternommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Falls Frage 9 bejaht wurde, bitte genauer explorieren und einzelne Suizidversuche, Auslöser und Methoden vermerken:

Wie genau haben Sie dies jeweils versucht? Was waren Auslöser? Wann war das?

Hat ein direkter Verwandter von Ihnen (Mutter, Vater, Geschwister) sich das Leben genommen?

ja nein

Gerieten Sie jemals in körperliche Auseinandersetzungen oder waren Sie jemals in Handgreiflichkeiten verwickelt?

ja nein

Was führte dazu?

Einschätzung der akuten Suizidalität keine gering mittelgradig hoch

Einschätzung der akuten Fremdgefährdung keine gering mittelgradig hoch

Leitfaden für die Sprechstunde („Orientierungsgespräch“) - DAVOS

4. Information des/der PatientIn

Ich bin über Folgendes informiert worden:

- Möglichkeit zur Teilnahme am Basismodul
- Ablauf bei Therapiebeginn: 4 probatorische Sitzungen mit Diagnostik, danach Antrag an die Krankenkasse, danach 4 Sitzungen Einzeltherapie, danach Entscheidung weitere 8 Sitzungen Einzeltherapie oder Gruppentherapie
- Unterlagen, Aufzeichnungen und Akten dürfen innerhalb der Ambulanz verwendet werden
- Schweigepflicht
- Behandlungsberichte vorheriger psychotherapeutische Behandlungen (ambulant und stationär) müssen im Laufe der probatorischen Sitzungen vorgelegt werden
- sofern relevant werden Berichte bzgl. körperlicher Erkrankungen angefordert
- Abrechnung mit den Krankenkassen erfolgt über die PVS Südwest GmbH

Ich habe die Informationen zur Kenntnis genommen, erkläre mich mit allen oben genannten Punkten einverstanden und bin **einverstanden**, für eine mögliche Studienteilnahme kontaktiert zu werden.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift – PatientIn)

.....
(Ort, Datum, Unterschrift – TherapeutIn)

Leitfaden für die Sprechstunde („Orientierungsgespräch“) - DAVOS

5. Psychischer Befund und allgemeiner Eindruck vom Patienten

Kontakt/Interaktion:

.....

.....

.....

Bewusstseinsstörungen:

.....

Orientierungsstörungen:

.....

Aufmerksamkeit/Gedächtnis:

.....

Phobien/Zwänge:

.....

Inhaltliche Denkstörungen:

.....

Sinnestäuschungen:

.....

Ich-Störungen:

.....

Antrieb:

.....

	keine	leicht	mittel	schwer
Formale Denkstörungen				
Gehemmt				
Verlangsamt				
Umständlich				
Eingeengt				
Perserverierend				
Grübeln				
Gedankendrängen				
Ideenflüchtig				
Vorbeireden				
Gedankenabreißen				
Inkohärent/zerfahren				
Neologismen				

Andere Störungen

Sozialer Rückzug				
Aggressivität				
Suizidalität				
Selbstbeschädigung				

	keine	leicht	mittel	schwer
Störungen der Affektivität				
Ratlos				
Gefühl d. Gefühllosigkeit				
Affektarm				
Störung d. Vitalgefühle				
Deprimiert				
Hoffnungslos				
Ängstlich				
Euphorisch				
Dysphorisch				
Gereizt				
Innerlich unruhig				
Klagsam				
Insuffizienzgefühle				
Gest. Selbstbewusstsein				
Schuldgefühle				
Verarmungsgefühle				
Ambivalent				
Parathymie				
Affektlabil				
Affektinkontinent				
Affektstar				

Leitfaden für die Sprechstunde („Orientierungsgespräch“) - DAVOS

7. Vorläufige Diagnose/n

Primärdiagnose:

Zus. Diagnosen:

8. Ressourcen – und evtl. wichtige Zusatzinformationen

**Kognitive Erhaltungstherapie
bei rezidivierender Depression
im Pflegeheim**

Übersicht der Module, Inhalte und Sitzungen

Modul	Sitzungen
<p>Modul 1: Diagnostik, Informationsvermittlung, Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells, Therapieplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptomatik, vertiefte Anamnese und Exploration der Lebensgeschichte; Frühere und aktuelle Auslöser depressiver Episoden • Wissensvermittlung/Psychoedukation • Individuelle Lebensziele und Werte • Ableitung Therapieziele und des vorläufigen Behandlungsplans • Aufbau von Veränderungsmotivation 	<p>Probatorik Probatorische Sitzungen 1-6 (obligatorisch)</p>
<p>Modul 2: Veränderung von Verarbeitungsprozessen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Achtsamkeit • Akzeptanz • Wertebezogene Verhaltensaktivierung 	<p>Je nach individuellem Bedarf des Pat. intensiver bzw. oberflächlicher bearbeiten</p>
<p>Modul 3: Kognitive Umstrukturierung und Verhaltensexperimente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung und logische Analyse negativer automatischer Gedanken • Veränderung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundüberzeugungen durch Verhaltensexperimente • Belastungstests 	<p>Je nach individuellem Bedarf des Pat. intensiver bzw. oberflächlicher bearbeiten</p>
<p>Modul 4: Verbesserung des psychischen Wohlbefindens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation von Momenten des Wohlbefindens • Förderung des psychologischen Wohlbefindens • Veränderung des Lebensstils 	<p>Je nach individuellem Bedarf des Pat. intensiver bzw. oberflächlicher bearbeiten</p>
<p>Modul 5: Therapieabschluss</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieevaluation • Therapiebilanz • Aufrechterhaltung des Therapieerfolges und Stabilisierung 	<p>Je nach individuellem Bedarf des Pat. intensiver bzw. oberflächlicher bearbeiten</p>
<p>Modul 6: Ergänzende Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziales Kompetenztraining bei Verhaltensdefiziten • Kommunikationstraining • Problemlösetraining 	<p>Je nach individuellem Bedarf des Pat. intensiver bzw. oberflächlicher bearbeiten</p>

I. Ablauf und Struktur der Sitzungen

a. Begrüßung

In jeder Sitzung sollte der Patient freundlich begrüßt werden. Insbesondere, wenn Interventionen entsprechend eingeschränkter kognitiven Fähigkeiten auf basalem Level durchgeführt werden können, stellt die Beziehung ein wichtiger therapeutischer Wirkmechanismus dar

b. Agenda

In jeder Sitzung sollte zu Beginn ein kurzer Überblick über die zu vermittelnden Inhalte gegeben werden. Der Patient sollte gefragt werden, ob es aktuelle Anliegen gibt, die er besprechen möchte. Ist dies der Fall, überlegen Patient und Therapeut gemeinsam, wie viel Zeit sie in dieser Sitzung auf das aktuelle Thema verwenden möchten. Sieht der Therapeut eine Möglichkeit, das aktuelle Anliegen mit dem Sitzungsinhalt zu verknüpfen, ist dieses Vorgehen zu wählen.

c. Besprechung der Hausaufgabe

Bevor es zum Hauptteil der Sitzung kommt, sollten die (Haus-)Aufgaben der letzten Sitzung besprochen werden! Der Patient sollte für jede Anstrengung, die er zur Erledigung aufgebracht hat, verstärkt werden. Auch wenn er sich Gedanken über eine bestimmte Intervention gemacht hat, kann dies verstärkt werden. Hat der Patient die Aufgabe nicht erledigt, sollte der Schwerpunkt darauf liegen, klärend zu explorieren, warum er dies nicht getan hat. Die Hausaufgabe kann angepasst erneut aufgegeben werden

d. Neue Inhalte

In jeder Sitzung wird ein erneuter Inhalt mit dem Patienten erarbeitet. Je nach Motivationslage, Symptomausprägung und kognitiven Fähigkeiten des Patienten kann dieser Inhalt vertieft oder oberflächlicher erarbeitet werden. Ein sokratischer Fragestil sollte immer wieder getestet werden, führt dies jedoch nicht zu neuen Einsichten beim Patient oder gar zur Frustration, kann ein direktiveres Vorgehen gewählt werden.

e. Aufgeben von Hausaufgaben

Am Ende jeder Sitzung (außer in Teilen der Probatorik) sollten Hausaufgaben aufgegeben werden. Die im Manual angegebenen Beispiele sind eine Orientierungshilfe, im Einzelfall können Therapeut und Patient eine individuelle Gestaltung der Aufgabe vornehmen.

Modul 1: Diagnostik, Informationsvermittlung, Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells, Therapieplanung

- Exploration Symptomatik, vertiefte Anamnese und Exploration der Lebensgeschichte; Frühere und aktuelle Auslöser depressiver Episoden
 - Wissensvermittlung/Psychoedukation
 - Individuelle Lebensziele und Werte
 - Ableitung Therapieziele und des vorläufigen Behandlungsplans
 - Aufbau von Veränderungsmotivation
-

1.1. Probatorische Sitzung 1

- Beziehungsaufbau
- Exploration Symptomatik und Anamnese, aktuelle Lebenssituation
- Information über Rahmenbedingungen der Therapie und Wissensvermittlung

1.2. Probatorische Sitzung 2

- Durchführung SKID I
- Beginn vertiefte biographische Anamnese

1.3. Probatorische Sitzung 3

- Fortführung vertiefte biographische Anamnese

1.4. Probatorische Sitzung 4

- Identifikation und Analyse früherer und aktueller Risiko- und Belastungsfaktoren
- Exploration der kognitiven Prozesse: Prozessmodell

1.5. Probatorische Sitzung 5

- Zusammenhang von Gedanken, Gefühle, Verhalten
- Klärung persönlicher Werte

1.6. Probatorische Sitzung 6

- Integrierte Rückmeldung gesammelter Informationen
- Ableitung Therapieziele und Behandlungsplan

1.1. Probatorische Sitzung 1

Beziehungsaufbau

Exploration Symptomatik und Anamnese, aktuelle Lebenssituation

Information über Rahmenbedingungen der Therapie und Wissensvermittlung

1.1.1. Beziehungsaufbau: Besonderheiten im Setting des Pflegeheims und der Psychotherapie mit Menschen im hohen Alter

Die Basis jeder erfolgreichen Therapie stellt der Aufbau einer tragfähigen, positiven therapeutischen Beziehung dar. In Bezug auf die Population/das Klientel von Menschen mit Depression im Alter sollten Therapeuten dabei insbesondere berücksichtigen, dass der Patient meist den Großteil seines Lebens mit Lebenserfahrung, gemeisterten Herausforderungen, Rückschlägen etc. mit sich bringt. In der Rolle als Psychotherapeut soll man sich daher bewusst sein, dass man „nicht plötzlich alles gut machen kann“, eine akzeptierende Grundhaltung einnehmen, die „demütig“ i.S. sehr wertschätzend ist, während man gleichzeitig realitätsangemessene Hoffnung und Mut vermittelt.

1.1.2. Exploration Symptomatik und Anamnese, aktuelle Lebenssituation

Exploriert werden sollen:

- Aktuelle Symptomatik und Problemschwerpunkte (neben psychischer Symptomatik auch somatische Erkrankungen und weitere Belastungsfaktoren berücksichtigen)
- Erster Überblick über vergangene depressive Episoden und Bewältigungsversuche, psychiatrisch-psychotherapeutische Vorbehandlungen,
- Aktuelle Lebenssituation (Gesundheit/körperliches Wohlbefinden, regulärer Tagesablauf, gibt es Kontakte zu Menschen außerhalb des Pflegeheims wie Partnerschaft, Familie, Freunde? Interessen?)

1.1.3. Information über Rahmenbedingungen der Therapie und Wissensvermittlung

Der Patient soll über die Rahmenbedingungen der Therapie aufgeklärt werden: Ausgabe und Aufklärung durch *Patienteninformation, Therapievertrag*, Einholen der Unterschrift. Aufklärung über Ablauf des Antragsverfahrens (nach 6 Probatorik-Sitzungen wird Antrag Zur Bewilligung der 12 Sitzungen Psychotherapie bei der Krankenkasse gestellt).

Anschließend einführende Aufklärung über Störungsbild und die Symptomatik. Mit dem Patienten werden die gängigen Symptome einer Depression besprochen und herausgearbeitete, welche er aktuell erlebt.

- ➔ Sollte es sich als schwierig erweisen, an diesem Punkt eine Unterschrift von dem Patienten zu erhalten kann dem Beziehungsaufbau Vorrang vor den organisatorischen Punkten gegeben werden! Zu Therapiebeginn sollte dieser jedoch unterzeichnet sein.

1.2. Probatorische Sitzung 2

Durchführung SKID I

Beginn vertiefte biographische Anamnese (Exploration der lebensgeschichtlichen Entwicklung)

1.2.1. Durchführung SKID I

Zur diagnostischen Einordnung und Absicherung der Diagnose(n) soll der SKID I, soweit möglich, mit dem Patienten durchgeführt werden. Zu Gunsten des Beziehungsaufbaus können die Screening fragen auch in einer informellen Ordnung gestellt werden.

1.2.2. Beginn vertiefte biographische Anamnese (Exploration der lebensgeschichtlichen Entwicklung)

Die biographische Anamnese soll über die Exploration der lebensgeschichtlichen Entwicklung in Form einer Lebenslinie erhoben werden. Gemeinsam mit dem Patienten werden signifikante Lebensereignisse von Geburt an erhoben und auf der **AB1 Lebenslinie** mit quantitativer Einordnung (von 100% negativ bis 100% positiv) abgetragen. In der Regel benötigt der Pat. dabei Unterstützung des Therapeuten, der schreibt, einordnet und strukturiert. Die Detailliertheit kann hierbei abhängig vom Erinnerungsvermögen des Pat. von einzelnen Ereignissen zu Zeitfenstern schwanken. Wichtig ist, die Exploration in wertschätzender Haltung an das Vermögen des Pat. anzupassen, Erinnerungslücken zu normalisieren und die Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltende Faktoren der depressiven Erkrankung im Hinterkopf zu behalten. An dieser Stelle sollen diese noch nicht explizit aufgegriffen werden, während sich eine gründliche Vorarbeit diesbezüglich an späterer Stelle auszahlt.

1.3. Probatorische Sitzung 3

Fortführung vertiefte biographische Anamnese (Exploration der lebensgeschichtlichen Entwicklung)

1.3.1. Fortführung vertiefte biographische Anamnese (Exploration der lebensgeschichtlichen Entwicklung)

In der dritten probatorischen Sitzung wird die Lebenslinie fortgeführt bis zum aktuellen Zeitpunkt. Durch Wiederaufgreifen der bereits explorierten lebensgeschichtlichen Entwicklung werden ggf. Ergänzungen möglich.

1.4. Probatorische Sitzung 4

Identifikation und Analyse früherer und aktueller Risiko- und Belastungsfaktoren

Exploration der kognitiven Prozesse

1.4.1. Identifikation und Analyse früherer und aktueller Risiko- und Belastungsfaktoren

Zur Identifikation früherer Risiko- und Belastungsfaktoren soll Bezug zur erstellten Lebenslinie genommen werden: „Was in ihrem Leben hat Ihrer Meinung dazu beigetragen, dass sie in die gedrückte Stimmung gekommen sind?“

- kritische positive und negative Lebensereignisse
- Schwellensituationen
- ...

1.4.2. Exploration der kognitiven Prozesse: Prozessmodell

Nachdem der Pat. ein Verständnis über zurückliegende Risikofaktoren gewonnen hat, soll der Fokus auf die Gegenwart gelenkt werden. Über Aufgreifen einer kürzlich zurückliegenden signifikanten Situation (Verhaltensanalyse) soll die Abwärtsspirale der Depression eingeführt werden: „Wie war es das letzte Mal, als sie in eine gedrückte Stimmungslage geraten sind? Lassen Sie uns diese einmal gemeinsam unter die Lupe nehmen“. Dabei soll das Prozessmodell (**AB2 Depressionsspirale**) eingeführt werden.

1.5. Probatorische Sitzung 5

Zusammenhang Gedanken, Gefühle, Verhalten

Klärung persönlicher Werte

1.5.1. Zusammenhang Gedanken, Gefühle, Verhalten

Der Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten soll auf Basis des in der letzten Stunde erarbeiteten **AB2 Prozessmodells (Depressionsspirale)** gemeinsam mit dem Patienten abgeleitet werden (sokratische Gesprächsführung). Hierzu eignet sich insbesondere der Umstand, dass viele Pat. wenig aktiv sind und sich zurückziehen. Im Wesentlichen herausgestellt werden soll daher, je nach Aktivitätsniveau des Pat., schon hier die Bedeutung des Aufbaus von Aktivitäten, falls defizitär.

Bsp.:

- *Was tun Sie, wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen?*
- *Wie fühlen Sie sich dann?*
- *Was tun Sie, wenn Sie sich gut gestimmt fühlen?*
- *Wie fühlen Sie sich dann?*

Der Patient soll hingeführt werden, dass Gedanken, Gefühle und Verhalten miteinander verbunden sind. Indem wir aktiv sind, können wir auf unsere Gedanken und Gefühle Einfluss nehmen.

1.5.2. Klärung persönlicher Werte

Mit Hilfe des **AB3 Werte, Ziele und Hindernisse** sollen anschließend Werte und Ziele als Interview erfasst werden: Auch hier ist der Einstieg über die lebensgeschichtliche Perspektive unerlässlich: was war im Leben wichtig, leitete das Verhalten? Was ist abgeleitet darauf auch heute noch wichtig? Verschiedene Wertebereiche sind vorgeschlagen, können jedoch individuell ausgewählt, ergänzt und angepasst werden). Wichtig ist hierbei die Angemessenheit von aus bestehenden Werten abgeleiteten Zielen. Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen:

- (Ver-)Bindung: Gesellschaft von anderen Bewohnern, Kontakt zu ggf. verbleibende Familienmitgliedern, Gleichgesinnte Bewohner ausfindig machen
- Glaube: Teilnahme an Gottesdiensten im Pflegeheim, tägliches Beten
- Naturverbundenheit: Pflege von Zimmerpflanzen, im Garten spazieren, Sonne genießen, Bildbände
- Zuverlässigkeit und Vertrauen: Einhalten von realistischen Absprachen
- ...

1.5.3. Hausaufgabe

Die (Wieder-)Verankerung persönlicher Werte im Alltag soll über die Hausaufgabe eingeleitet werden. Der Pat. wird hierzu gebeten, ziel/-wertorientiert eine für heute angemessene Aktivität durchzuführen und im Selbstbeobachtungsprotokoll (**AB4 Tagesprotokoll**) zu dokumentieren, falls möglich.

1.6. Probatorische Sitzung 6

Integrierte Rückmeldung gesammelter Informationen

Ableitung Therapieziele und Behandlungsplan

1.6.1 Integrierte Rückmeldung gesammelter Informationen

In der letzten probatorischen Sitzung soll der Pat. eine integrierte, zusammengefasste Rückmeldung über die Auslöser vergangener und aktueller depressiver Episoden, kognitive Prozesse, Werte und Ziele erhalten. Hier bietet es sich an, die bisherigen Erkenntnisse (und vor allem das Störungsmodell) noch einmal mit dem Patienten zu wiederholen.

1.6.2 Ableitung Therapieziele und Behandlungsplan

Auf Basis der Rückmeldung sollen gemeinsam Therapieziele aufgestellt werden. Der Therapeut vermittelt einen Überblick über die Interventionen, die zum Einsatz kommen sollen (geeignete Behandlungsmodule wurden im Vorfeld der Sitzung in der Supervision ausgewählt).

1.6.3 Hausaufgaben

Je nach Ausprägung der Depression kann der Patient in der folgenden Woche zunehmend Aktivitäten aufbauen (wenn er besonders antriebslos ist), Gedanken protokollieren (bei ausgeprägtem Grübeln) oder Problemlösen bzgl. Therapie-erschwerender Umstände anwenden (Hörgeräte die nicht funktionieren o.Ä.)

Modul 2: Veränderung von Verarbeitungsprozessen

- Achtsamkeit
 - Akzeptanz
 - Wertebezogene Verhaltensaktivierung
-

2.1 Achtsamkeit

- Einführung Achtsamkeit
- Atemübung und Nachbesprechung von Grundprinzipien der Achtsamkeit
- Motivation zur eigenständigen Durchführung stärken

2.2 Akzeptanz

- Atempause, Umgang mit Schwierigkeiten
- Einführung Akzeptanz, Grundprinzipien der Akzeptanz besprechen

2.3 Werteorientierte Verhaltensaktivierung

- Psychoedukation zum Zusammenhang von Depression und werteorientierter Verhaltensaktivierung
- Identifikation von Diskrepanzen zwischen Werten und Zielen und deren Umsetzung im Leben des Patienten
- Formulieren konkreter und realistischer Ziele und Teilziele sowie Planung und Umsetzung werteorientierter Aktivitäten

2.1 Achtsamkeit

Einführung Achtsamkeit

Achtsamkeitsübung: Atempause

2.1.1. Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten sollte zu Beginn das Wochenprotokoll durchgesprochen werden. Er sollte für alle Einträge ausführlich gelobt werden. Ist es ihm nicht gelungen, die Hausaufgabe zu erledigen, sollte exploriert werden, ob es veränderbare Hindernisse gibt (Schrift zu klein, unklare Aufgabenstellung, Nutzen der Aufgabe etc.). Sollte dies nicht der Fall sein, sollte eine alternative Erledigung besprochen werden.

Egal, ob der Hausaufgaben-Schwerpunkt auf Kognitionen oder Emotionen lag, sollte er mit dem Prozessmodell der Depressionsspirale verbunden werden. Hierzu sollte das gemeinsam erarbeitete Modell (AB2) genutzt werden.

2.1.2. Einführung Achtsamkeit

Je nach kognitivem Funktionsniveau des Patienten kann der folgende Teil direkter oder offener besprochen werden. Das Konzept der Achtsamkeit wird

2.1.3. Atempause

Mit Bezug auf die Depressionsspirale soll nun eine „Wahrnehmungsübung“ mit dem Patienten durchgeführt werden, hierzu wird das Arbeitsblatt **AB5 Atempause** genutzt. Der Patient soll darauf hingewiesen werden, dass es bei der folgenden Übung vor allem darum geht, Empfindungen zu Benennen und nicht darum, einen bestimmten Zustand (bspw. Entspannung) zu erreichen. Hilfreiche Formulierungen könnten u.a. sein: „Nehmen sie sich einen Moment, ohne dass sie antworten.“, „beobachten Sie sich innerlich und beantworten Sie sich innerlich“) etc.

Nach der Übung sollen die Erfahrungen des Patienten besprochen werden. Alle Äußerungen sollen akzeptierend vom Therapeuten benannt werden („Da ging Ihnen also der Gedanke durch den Kopf, dass...“ „Gab es neben diesem Gedanken noch weitere Gedanken?“). Es sollte in keinem Fall ein sokratischer Dialog angeschlossen werden („Gibt es Dinge, die dagegensprechen, dass Sie die Übung nicht durchführen können?“). Benennt der Patient vor allem körperliche Empfindungen kann der Therapeut explizit aufkommenden Gedanken und Gefühle erfragen. Während dieser Nachbesprechung können nicht-achtsame und achtsame Umgangsweisen unterschieden werden

2.1.4. Grundprinzipien der Achtsamkeit

Danach sollen dem Patienten die Grundprinzipien von Achtsamkeit vermittelt werden. Unter Hinzunahme der Depressionsspirale kann mit dem Patienten erarbeitet werden, in welchem Zusammenhang Grübelns und Achtsamkeit und damit Depression und Achtsamkeit stehen (Unterbrechens des Prozesses, der in depressive Episode führen kann <-> Autopilot als Ausgangspunkt der Abwärtsspirale). Erscheint das sokratische Erarbeiten dieser Verbindungen mit dem Patienten nicht möglich, kann es direktiv vom Therapeuten erklärt werden. Wichtig ist es dann, dass ein

gemeinsames Beispiel aus dem Alltag des Patienten gefunden werden kann, an dem das Konzept verdeutlicht werden kann.

Achtsamkeit wird dem Patienten präsentiert, als Muskel, den jeder Mensch trainieren kann. Das Äquivalent zu täglichem Sporttraining sind Achtsamkeitsübungen.

2.1.5. Atempause

Dem Patienten wird ein MP3 Gerät übergeben, auf dem die Atempause aufgesprochen ist. Therapeut und Patient gehen gemeinsam die Handhabung des Gerätes durch und der Therapeut fördert unter Bezugnahme auf das Modell die Motivation des Patienten, die Übung täglich durchzuführen.

2.1.6. Hausaufgabe

Atempause täglich durchführen, Tages- und Befindlichkeitsprotokolle

- ➔ Sollte es Probleme bei der Nutzung des Gerätes geben, können gemeinsam mögliche Personen identifiziert werden, die den Patienten bei der Umsetzung unterstützen (Angehöriger, Pflege, Case Manager, Sozialdienst)

2.2 Akzeptanz:

Atempause, Umgang mit Schwierigkeiten

Einführung Akzeptanz

Ableitung Therapieziele und Behandlungsplan

2.2.1 Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten sollte zu Beginn das Wochenprotokoll und die Durchführung der Atempause besprochen werden. Er sollte für alle Einträge und durchgeführten Übungen ausführlich gelobt werden. Ist es ihm nicht gelungen, die Hausaufgabe zu erledigen, sollte exploriert werden, ob es veränderbare Hindernisse gibt (Einsatz des MP3 Gerätes, Unklarer Nutzen der Aufgabe etc.). Sollte dies nicht der Fall sein, sollte eine alternative Hausaufgabe/ Übung besprochen werden.

In jedem Fall sollten die (erledigten) Hausaufgaben mit der erarbeiteten Depressionsspirale in Verbindung gesetzt werden.

2.2.2 Durchführung der Atempause

Nach der Besprechung der Hausaufgabe wird eine Kurzversion der Atempause mit dem Patienten durchgeführt und nachbesprochen („Was haben Sie bei dieser Übung erlebt?“).

2.2.3 Einführung in die Akzeptanz

Mit dem Patienten wird zunächst das Phänomen besprochen, dass wir nicht *nicht an etwas denken* können. Zur Verdeutlichung dieses Phänomens kann dem Patienten gesagt werden „Denken Sie nicht an einen rosa Elefanten“. Danach wird er gefragt, woran er gedacht hat.

Je nach kognitivem Funktionsniveau des Patienten kann der folgende Teil wieder offener oder direkter besprochen werden.

Äquivalent zum rosa Elefanten tauchen in unserem Kopf manchmal Gedanken Gefühle und Verhaltensimpulse auf, die wir als unangenehm oder störend empfinden. Wenn wir versuchen, diese wegzudrücken (nicht an den rosa Elefanten zu denken), was passiert dann?

2.2.4 Akzeptanz und Depression

Mit dem Patienten wird herausgearbeitet, dass je mehr er sich damit beschäftigt etwas nicht fühlen zu wollen (Trauer, Hilflosigkeit, Ärger) desto stärker wird das Gefühl auftreten: Der Patient wird weiterhin gefragt „Wie reagieren Sie im Alltag auf unangenehme Dinge, die sich nicht ändern lassen?“ Die Antwort des Patienten wird vom Therapeuten zusammengefasst und zur Akzeptanz übergeleitet.

➔ Das Unterdrücken negativer Gedanken und Gefühle ist in der Regel vergeblich, in der Folge grübeln wir eher darüber nach. Dies ist wiederum einer der Auslöser depressiver Episoden/ führt zu depressiven Verstimmungen.

Mit dem Patienten werden Situationen besprochen, in denen es ihm gelungen ist, unveränderbare Schwierigkeiten zu akzeptieren. Zur Veranschaulichung kann die Schal- oder Fingerfallen-Übung durchgeführt werden (Anleitung **AB6 Fingerfalle**).

Mit dem Patienten werden anschließend Dinge gesammelt, die er aktuell nicht akzeptiert.
In jedem Fall: Achtsamkeit und Akzeptanz in Zusammenhang setzen

→ Nur, wenn ich erkenne welche Emotionen und Gedanken ich habe (Achtsamkeit) kann ich sie zulassen (Akzeptanz)

2.2.5 Hausaufgabe

Atempause täglich durchführen, Tages- und Befindlichkeitsprotokolle

Sollte es Probleme bei der Nutzung des Gerätes geben, können gemeinsam mögliche Personen identifiziert werden, die den Patienten bei der Umsetzung unterstützen (Angehöriger, Pflege, Case Manager, Sozialdienst)

2.3 Werteorientierte Verhaltensaktivierung:

Werteorientierte Verhaltensaktivierung

Identifikation von Diskrepanzen zw. Werten/Zielen und deren Umsetzung im Leben des Pat.

Formulieren konkreter und realistischer Ziele und Teilziele

Planung und Umsetzung werteorientierter Aktivitäten

2.3.1 Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten werden zu Beginn das Wochenprotokoll und die Durchführung der Atempause besprochen. Er sollte für alle Einträge und durchgeführten Übungen ausführlich gelobt werden. Ist es ihm nicht gelungen, die Hausaufgabe zu erledigen, sollte exploriert werden, ob es veränderbare Hindernisse gibt (Einsatz des MP3-Gerätes, unklarer Nutzen der Aufgabe etc.). Sollte dies nicht der Fall sein, sollte eine alternative Hausaufgabe/ Übung besprochen werden.

Zusätzlich kann das Konzept der Akzeptanz wiederholt werden. Idealerweise kann ein Beispiel aus dem Wochenprotokoll hierfür genutzt werden, bei dem der Patient Akzeptanz angewandt hat, es versucht hat oder ein Beispiel bei welchem Akzeptanz langfristiges Leid vermindern würde.

In jedem Fall sollten die (erledigten) Hausaufgaben mit der erarbeiteten Depressionsspirale in Verbindung gesetzt werden.

2.3.2 Überleitung zum werteorientierten Aktivitätsaufbau

Mit dem Patienten soll besprochen werden, dass durch die Akzeptanz nichtveränderbare Dinge im Leben Kapazitäten (Zeit und Energie) frei werden (Bezug auf die Übung mit der Fingerfalle/ dem Schal). Der Fragebogen zur Erfassung von Werten und Zielen wird an diesem Punkt der Therapie erneut besprochen („Erinnern Sie sich noch...“). Der Zusammenhang von Akzeptanz, werteorientiertem Verhaltensaufbau und Depression kann explizit herausgestellt werden oder mit dem Patienten erarbeitet werden.

- ➔ Hintergrund: Diskrepanzen zwischen Werten, Zielen und realem Leben führt langfristig zu Unzufriedenheit, schlechter Stimmung, Risikofaktor für depressive Rückfälle
- ➔ Deshalb: Werteorientierte Verhaltensaktivierung (Förderung von Aktivitäten, die zur Umsetzung wichtiger Lebensziele nötig sind und zu einer höheren allgemeinen Lebenszufriedenheit beitragen).

Um die Bedeutung der Akzeptanz von unangenehmen Gedanken und Gefühlen zur Erreichung wichtiger Lebensziele herauszustellen, kann optional auf das Vorstellungsbild (**AB8 Vorstellungsbild**) eines unwegsamen Moors und sonnigen Hangs zurückgegriffen werden.

Alternativ kann auf Metapher eines Leuchtturms, der dem Handeln eine Richtung weist, verwiesen werden.

Identifikation von Diskrepanzen zwischen Werten und Zielen und deren tatsächlichen Umsetzung im Leben des Patienten. Hierfür können (wenn noch nicht in der Probatorik geschehen) die Werte des Patienten genauer exploriert und biographisch eingeordnet werden (**AB3 Werte, Ziele und Hindernisse**).

Zumindest für einen Wertebereich sollten konkrete und realistische Ziele und Teilziele formuliert werden. Dafür kann weiterhin das **AB3** genutzt werden. Der Therapeut sollte den Patienten dabei unterstützen bestehende Hindernisse zu identifizieren und zu überwinden.

Unerreichbare Ziele und Wünsche (z.B. Kontakt zu verstorbener Familie/Freunden) können zum Anlass genommen werden, das bereits besprochene Konzept der Akzeptanz zu aktualisieren. Identifikation von zugrundeliegendem Wert und Herausarbeitung von aktuell möglichem Handeln.

Dysfunktionale Annahmen (z.B. ich bin nicht liebenswert), die zu diesem Zeitpunkt der Therapie genannt werden, können registriert werden und im nächsten Modul bearbeitet werden. Fehlende Kompetenzen zur Erreichung Ziele aufbauen (Module SKT, Problemlösen)

2.3.3 Hausaufgabe

In der kommenden Woche sollte der Patient jeden Tag eine werteorientierte Aktivität einplanen und durchführen. Dies können ganz kleine Tätigkeiten und jeden Tag die gleiche sein.

Modul 3: Kognitive Umstrukturierung und Verhaltensexperimente

Identifizierung und logische Analyse negativer automatischer Gedanken

Veränderung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundüberzeugungen

3.1 Identifizierung und logische Analyse negativer automatischer Gedanken

- Einführung in das kognitive Modell
- Unterscheidung automatischer Gedanken, Verarbeitungsprozesse, Grundüberzeugungen
- Identifizierung negativer automatischer Gedanken und Verarbeitungsprozesse
- Herausstellung des Grundrationalis der kognitiven Therapie
- Logische Analyse negativer automatischer Gedanken (durch Einsicht und Erfahrung)

3.2 Veränderung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundüberzeugungen durch Verhaltensexperimente

- Überprüfung der disputierten Gedanken durch Erfahrungen
- Veränderung herausgestellter automatischer Gedanken: Verhaltensexperimenten
- Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen: Analyse depressiver Grundüberzeugungen, Verhaltensexperimente zur Überprüfung, Ggf. Vertiefung der Umstrukturierung durch sparsamen Rückgriff auf kognitive Interventionen

3.1 Identifizierung und logische Analyse negativer automatischer Gedanken

Einführung des kognitiven Modells

Identifizierung negativer automatischer Gedanken und Verarbeitungsprozesse

Logische Analyse negativer automatischer Gedanken

3.1.1 Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten sollte zu Beginn das Tagesprotokoll der letzten Woche und die Durchführung der werteorientierten Aktivitäten besprochen werden. Er sollte für alle Einträge und durchgeführten Tätigkeiten ausgiebig gelobt werden. Ist es ihm nicht gelungen, die Hausaufgabe zu erledigen, sollte exploriert werden, ob es veränderbare Hindernisse gibt. In jedem Fall sollten die (erledigten) Hausaufgaben mit der erarbeiteten Depressionsspirale in Verbindung gesetzt werden.

3.1.2 Kognitives Modell

Mit Bezug auf die Depressionsspirale wird mit dem Patienten besprochen, dass das bisherige Ziel war, depressive Stimmung und automatische negative Gedanken wahrzunehmen und sie so zu *akzeptieren*, wie sie sind (= *distanzieren* anstelle sich mit ihnen zu identifizieren). Dem Patienten wird nun der nächste Schritt vorgestellt: nämlich das *Prüfen* der Gedanken und zugrundeliegenden Überzeugungen hinsichtlich ihrer Angemessenheit → mit Hilfe Logischer Analyse sollen negative Verzerrungen im Denken korrigiert werden. Hierzu kann wieder auf Einträge im **AB4 Tagesprotokoll** zurückgegriffen werden.

Je nach kognitiver Differenziertheit kann mit dem Patienten anhand der Depressionsspirale eine Unterscheidung zwischen

- automatischen Gedanken (als spontan auftretende, auf eine konkrete Situation bezogene Bewertungen, die oft nicht bewusst sind, aber in hohem Maße als „wahr“ erlebt werden und sich bei Depression auf das Selbst, andere und die Zukunft richten, z.B. „ich werde zurückgewiesen“)
- Verarbeitungsprozessen (als inneren Umgang mit Gedanken, z.B. Grübeln, selektive Aufmerksamkeit für automatische Gedanken)
- Grundüberzeugungen (als stabile situationsübergreifende Denkmuster, die die automatischen Gedanken in aktuellen Situationen beeinflussen, z.B. „Mein Wert hängt von meiner Anpassung an Andere ab“)

getroffen werden.

3.1.3 Identifizierung negativer automatischer Gedanken und Verarbeitungsprozesse

Ganz konkret wird nach der letzten depressiven Verstimmung gefragt und so *negative automatischer Gedanken* (anhand Auslöser depressiver Episoden, Belastungsfaktoren bzw. erarbeitetem Prozessmodell/typische auslösende Situation) und Verarbeitungsprozesse identifiziert.

Beispielfragen:

- In welcher Situation haben Sie sich in der letzten Zeit bedrückt oder depressiv gefühlt?
- Welche Gefühle hatten Sie in dieser Situation?
- Welche Bedeutung hatte die Situation für Sie? Was war das Belastende? Was ging Ihnen durch den Kopf?
- Haben Sie sich mit der Situation beschäftigt? Wie haben Sie sich damit beschäftigt? Worauf konzentrierte sich Ihre Aufmerksamkeit? Hatten Sie ein bestimmtes Bild von sich?
- Wie haben Sie auf die Situation unmittelbar reagiert?
- Welche Körperempfindungen hatten Sie?
- Was geschah anschließend? Welche Folgen hatte Ihr Verhalten?

3.1.4 Logische Analyse negativer automatischer Gedanken

Mit Hinweis auf die Depressionsspirale wird folgend das Grundrational der kognitiven Therapie („negative Gedanken als großes Rückfallrisiko für Depression“) betont.

Daraus leitet sich ab, dass wir unsere automatischen Gedanken einer logischen Analyse („Prüfung“) unterziehen können (durch Einsicht und Erfahrung), um erneuten depressiven Episoden vorzubeugen.

Mit dem Patienten sollte nun ein negativer automatischer Gedanke, der anhand der im vorangegangenen Schritt durch die ausgefüllten **AB4 Tagesprotokolle** oder der **AB2 Depressionsspirale** identifiziert werden konnte, gemeinsam überprüft werden (geleitetes Entdecken):

- Sammeln von Anhaltspunkten („Beweisen“)
- Aufdecken systematischer Verzerrungen des Denkens („logische Fehler“)
- Sammeln von Gegenargumenten („Gegenbeweise“)
- Formulieren einer angemessenen Bewertung („rationale Antwort“)

Mögliche Fragen des Geleiteten Entdeckens:

- Was sind die Fakten?
- Welche Anhaltspunkte gibt es dafür, dass die Sichtweise wahr ist?
- Gibt es eine andere Erklärung?
- Wie denke ich darüber an einem Tag, an dem ich mich besser fühle?
- Was ist das Schlimmste, das passieren könnte?
- Ist das Schlimmste bisher schon einmal eingetreten? Warum nicht?
- Welche Sichtweise entspricht der Realität am wahrscheinlichsten?
- Welche Konsequenzen hätte es, wenn der negative automatische Gedanke wahr ist?
- Welche Konsequenzen hätte der Alternativ- Gedanke?
- Wenn ein guter Freund in dieser Situation diesen Gedanken hätte, was würde ich ihm/ihr sagen?
- Welche Auswirkungen hat mein Denken?
- Was kann ich daran verändern?

Auch wenn der Therapeut diese Übung zunächst mündlich mit dem Patienten durchführt, sollte mindestens ein automatischer Gedanke im **AB 9 Gedankenprotokoll** gemeinsam protokolliert werden, sodass der Patient das Schema der Bearbeitung verinnerlicht hat.

3.1.5 Hausaufgabe

Mit Hilfe des **AB 9 Gedankenprotokolls** soll der Patient mindestens einen automatischen negativen Gedanken analysieren und, soweit möglich, im Gedankenprotokoll protokollieren.

3.2 Veränderung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundüberzeugungen durch Verhaltensexperimente

Veränderung herausgestellter automatischer Gedanken

Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen

3.2.1 Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten wird zunächst das die Hausaufgabe besprochen. Sollte es ihm schwergefallen sei, die Aufgabe zu verschriftlichen, kann mit ihm mündlich besprochen werden, was er aufgeschrieben hätte. Hierbei soll der Patient ausführlich gelobt werden, wenn er eigene Gedanken hinterfragt, aber auch schon, wenn er Gedanken als solche identifiziert und benennen kann, da der Aufbau der Fertigkeit, Gedanken zu hinterfragen bzw. zu prüfen, viel Übung benötigt.

3.2.2 Veränderung herausgestellter automatischer Gedanken

Neben der logischen Analyse stellt vor allem die Überprüfung der herausgestellten automatischen Gedanken bzw. Erwartungen durch reelle Erfahrungen eine besonders wirkungsvolle Intervention zur Veränderung automatischer Gedanken (z.B. Erwartung, keine Freude mehr erleben zu können, Erwartung, dass Andere die eigene Person negativ bewerten) dar.

Hierzu sollen gemeinsam mit dem Pat. Verhaltensexperimente im Raum des Pflegeheims oder der Umgebung geplant werden, durchgeführt und nachbesprochen werden.

Beispiel:

<i>Problem</i>	<i>Selbstkritische Einstellung zu sich selbst</i>
Automatischer Gedanke (Überzeugung)	Wenn ich nicht kritisch im Umgang mit mir selbst bin, mache ich Fehler und werde abgelehnt
Vorhersage	Wenn ich mich mit mehr Mitgefühl behandle, wird es mir schlechter gehen
Vorgehen	Sich vornehmen, sich abwechselnd an bestimmten Tagen mitfühlend (z.B. wie ein Freund,) und an anderen Tagen kritisch zu behandeln. Mitfühlendes vs. selbstkritisches Verhalten und Stimmung in Verhaltensexperiment-Tagebuch notieren
Mögliches Ergebnis	Positiver Effekt von mitfühlender Einstellung auf Stimmung, positivere Aktivitäten
Schlussfolgerung („Alternativgedanke“)	Ich fühle mich besser, wenn ich mich positiv behandle. Menschen können lernen, sich positiv zu behandeln.
Transfer	Auf andere Aspekte der Einstellung zu sich übertragen

3.2.3 Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen

Die Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen erfolgt ebenfalls zunächst über die Analyse depressiver Grundüberzeugungen. Diese kann durch Pfeil-Abwärts-Technik der automatischen Gedanken im Gedankenprotokoll erfolgen und/oder biographisch eingeordnet werden.

Die Rolle der dysfunktionalen Grundüberzeugungen im individuellen Prozessmodell der Depression sollte herausgestellt werden.

Anschließend erfolgt wiederum eine logische Analyse der Grundüberzeugungen (s.o.)

Es sollen auch hier Verhaltensexperimente zur Überprüfung eingesetzt werden.

Ggf. sollte eine Vertiefung der Umstrukturierung durch sparsamen Rückgriff auf kognitive Interventionen angeschlossen werden. Natürlich ist der Patient auf Strukturierung und Anleitung durch den Therapeuten angewiesen, ist aber der Erfahrung durchaus in der Lage, von diesen zu profitieren. Hierzu eignen sich insbesondere im Rahmen des Pflegeheims:

- Positiv-Tagebuch (z.B. „ich bin nicht liebenswert“: Eine Woche festhalten aller vorher gemeinsam beschriebenen Hinweise und Ereignisse, die gegen die Überzeugung sprechen)
- Profilvergleiche (Operationalisierung der Dimension z.B. „ich habe überhaupt keine körperliche Fitness mehr“, Merkmale auflisten und zunächst andere Personen im Pflegeheim, Altersgruppe und danach sich selbst einordnen)
- Tortendiagramm (z.B. Gewichtung unterschiedlich wichtiger Bereiche im Leben im Pflegeheim:Ist-Soll-Torten)

3.2.4 Hausaufgabe

Der Patient wird gebeten, mindestens ein vorbesprochenes (weiteres) Verhaltensexperiment durchzuführen.

Modul 4: Verbesserung des psychologischen Wohlbefindens

4.1 Identifikation von Momenten des Wohlbefindens

4.2 Förderung des psychologischen Wohlbefindens

4.3 Veränderung des Lebensstils

4.1 Identifikation von Momenten des Wohlbefindens

- Rational: Wohlbefinden als Schutz vor zukünftigen depressiven Episoden
- Gezieltes Wahrnehmen positiver Phasen

4.2 Förderung des psychologischen Wohlbefindens

- Bereiche des Wohlbefindens: Wohlbefinden als bewusste Erfahrung, persönliche Werte im Leben verwirklichen zu können
- Identifikation und Strategien zum Erreichen von werteorientierten Zielen
- Verhaltensaufbau: Stärkung vorhandener und Ausbau von Ressourcen

4.3 Veränderung des Lebensstils

- Anregung eines günstigen Lebensstils

4.1 Identifikation von Momenten des Wohlbefindens

Rational: Wohlbefinden als Schutz vor zukünftigen depressiven Episoden

Gezieltes Wahrnehmen positiver Phasen

4.1.1 Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten wird zunächst das die Hausaufgabe besprochen. Bei Schwierigkeiten der Umsetzung werden diese, wenn möglich, ausgeräumt. Jeder Versuch sollte verstärkt werden.

4.1.2 Vermittlung des Rationals: Wohlbefinden als Schutz vor zukünftigen depressiven Episoden

Zur Einführung des Moduls vermittelt der Therapeut das Rational: die Verbesserung des Wohlbefindens verringert die psychische Vulnerabilität für Depression und erhöht die Widerstandsfähigkeit bei zukünftigen Belastungen. Ziel des Moduls ist es also, den Patienten anzuleiten, Phasen des psychologischen Wohlbefindens (als Übereinstimmung der eigenen Lebensgestaltung mit den persönlichen Werten) im Alltag besser wahrzunehmen. Hierbei bietet sich an, Bezug zur Biographie zu nehmen; frühere Phasen des Wohlbefindens (positive Lebensphasen, Zeit nach depressiven Episoden) zu rekapitulieren. Oft können durch das Erinnern allein auch schon positive Emotionen aktiviert werden.

Damit liegt der Schwerpunkt auf der Wahrnehmung positiven Erlebens und Befindens.

4.1.3 Gezieltes Wahrnehmen positiver Phasen

Der Patient wird zum gezielten Wahrnehmen positiver Momente mittels **AB10 Wohlbefindenstagebuch** angeleitet: gemeinsam wird ein individuelles Beispiel erarbeitet zu

- Situation
- Gefühl des Wohlbefindens und Intensität
- Gedanken und (ggf. Alternativgedanke)

Bei störenden dysfunktionalen Gedanken soll Modul3/*kognitive Umstrukturierung* zum Einsatz kommen.

4.1.4 Hausaufgabe

Zur Generalisierung wird der Patient gebeten, das **AB10 Wohlbefindenstagebuch** fortzuführen.

4.2 Förderung des psychologischen Wohlbefindens

Bereiche des Wohlbefindens

Identifikation und Strategien zum Erreichen von werteorientierten Zielen

Verhaltensaufbau

4.2.1 Besprechung der Hausaufgabe

Mit dem Patienten wird zunächst das die Hausaufgabe besprochen. Bei Schwierigkeiten der Umsetzung werden diese, wenn möglich, ausgeräumt. Jeder Versuch sollte verstärkt werden.

4.2.1 Bereiche des Wohlbefindens: Wohlbefinden als bewusste Erfahrung, persönliche Werte im Leben verwirklichen zu können

Inhalte der identifizierten Phasen des Wohlbefindens werden in Bezug gesetzt mit **Werten und Zielen (AB3)**, da sich Wohlbefinden nicht nur auf positive Gefühle oder Körperempfindungen bezieht, sondern mit den persönlichen Werten eines Menschen in Zusammenhang stehen → Wohlbefinden als bewusste Erfahrung, persönliche Werte im Leben verwirklichen zu können!

4.2.2 Identifikation und Strategien zum Erreichen von werteorientierten Zielen

Dabei soll also eine Veränderung der Bereiche stattfinden, die wichtige Wertebereiche des Pat. darstellen und in denen Pat. eine geringe Zufriedenheit aufweist (hierzu auch Fragebogen zum psychologischen Wohlbefinden nutzbar)

→ Ziele sollen, falls noch nicht unter Modul 2 geschehen, konkretisiert werden und Strategien zu deren Erreichen besprechen (bei dysfunktionalen Kognitionen als Hindernisse/Barrieren: Modul 3/*kognitive Umstrukturierung*)

4.2.3 Verhaltensaufbau: Stärkung vorhandener Ressourcen

Anschließend erfolgt die Stärkung vorhandener Ressourcen durch die Ermutigung des Patienten, bewusst mehr angenehme Aktivitäten in Alltag einzubauen (siehe *werteorientierter Verhaltensaufbau* Modul2), Planung von Aktivitäten, die Wohlbefinden steigern, schriftlich festhalten

4.2.3 Hausaufgabe

Der Patient wird gebeten, dass Wohlbefindenstagebuch entsprechend eines Wertes (vorher besprechen) fortzuführen.

4.3 Veränderung des Lebensstils

Werteorientierter Lebensstil

4.3.1 Reflexion des Lebensstils

Falls ein ungünstiger Lebensstil in Protokollen etc. ersichtlich wird (z.B. schlaf-Wach-Rhythmus, Appetit, Stresserleben durch Umstände, Aktivitäten) wird, sollte dies mit Pat. besprochen werden und -werteorientiert- Veränderungen angeregt werden.

Modul 5: Therapieabschluss

Therapieevaluation und -Bilanz

Aufrechterhaltung des Therapieerfolges und Stabilisierung

5.1. Therapieevaluation

- Bilanzierung der Erfolge und Fortschritte seit Therapiebeginn

5.2. Aufrechterhaltung des Therapieerfolges und Stabilisierung

- Selbsttherapie

5.1 Therapieevaluation

Bilanzierung der Erfolge und Fortschritte seit Therapiebeginn

Abschlussdiagnostik

5.1.1 Bilanzierung der Erfolge und Fortschritte seit Therapiebeginn

Anhand von den zu Beginn formulierten Zielen werden Erfolge und Fortschritte bilanziert.

5.1.2 Abschlussdiagnostik

Mit dem Patienten wird die GDS durchgeführt

5.2 Aufrechterhaltung des Therapieerfolges und Stabilisierung

Überführung ins Selbstmanagement

5.3.1 Überführung ins Selbstmanagement

Selbsttherapie mittels Wiederholung der Therapieinhalte, regelmäßige Achtsamkeits-, Akzeptanzübungen, Achtsamkeit gegenüber Wohlbefindensmomenten, Teilnehmen an der Basisgruppe.

Modul 6: Ergänzende Interventionen

- Soziales Kompetenztraining bei Verhaltensdefiziten
 - Kommunikationstraining
 - Problemlösetraining
-

6.1 Soziales Kompetenztraining bei Verhaltensdefiziten

- Identifikation von Verhaltensdefiziten
- Training sozialer Kompetenzen

6.2 Kommunikationstraining

- Einüben direkten Ausdrucks von positiven und negativen Gefühlen

6.3 Problemlösetraining

- Einführen des strukturierten Vorgehens
- Anwendung auf Problemsituationen

6.1 Soziales Kompetenztraining bei Verhaltensdefiziten

Identifikation von Verhaltensdefiziten

Training sozialer Kompetenzen

6.1.1 Identifikation von Verhaltensdefiziten

6.2.1 Training sozialer Kompetenzen

6.2 Kommunikationstraining

Einüben direkten Ausdrucks von positiven und negativen Gefühlen

6.2.1 Einüben direkten Ausdrucks von positiven und negativen Gefühlen

Durch Rollenspiele, und ggf. Videofeedback wird der Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen eingeübt

6.3 Problemlösetraining

systematische Problemlöseschritte

Anwendung auf Problemsituationen

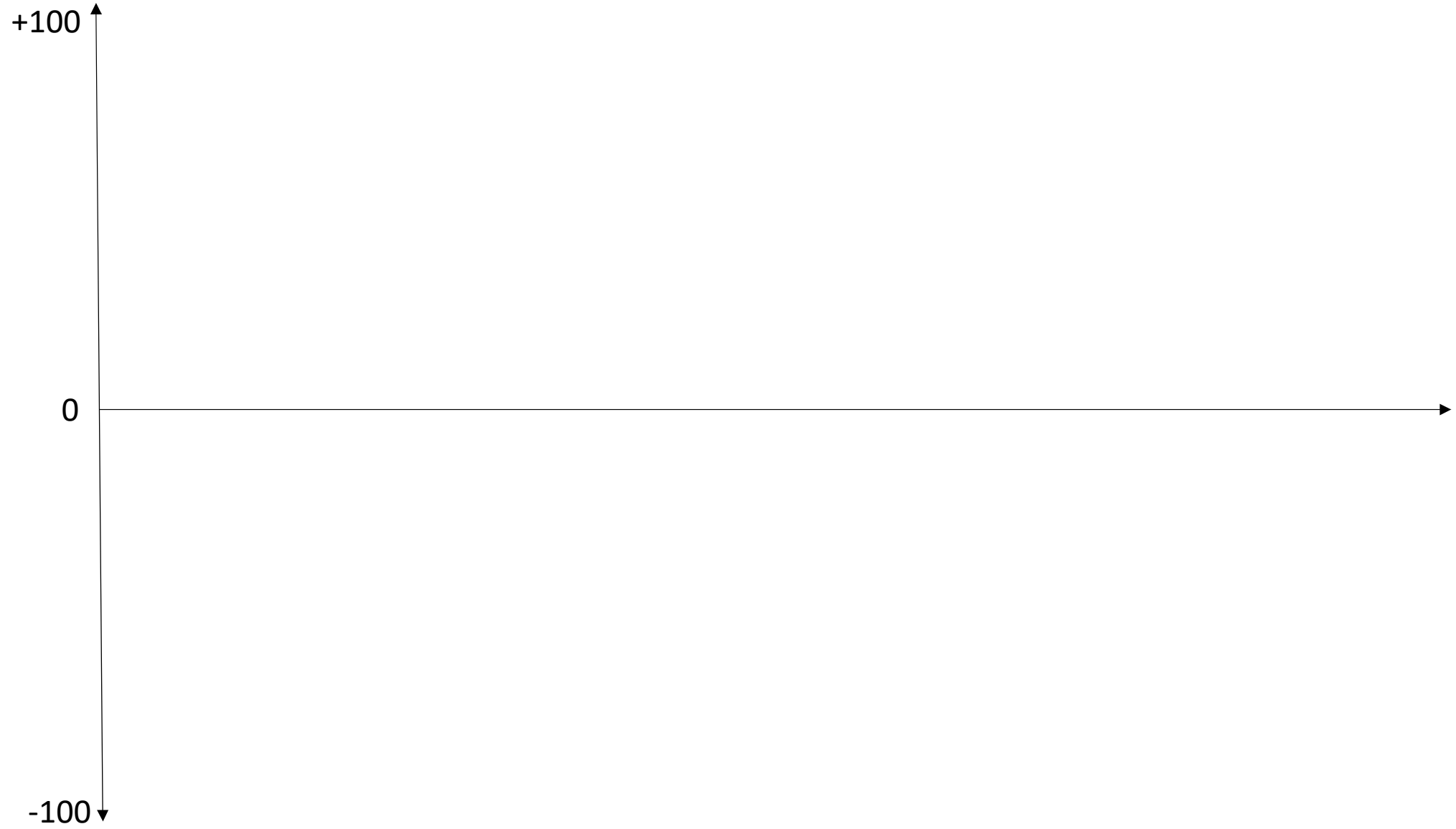
6.3.1 Systematische Problemlöseschritte

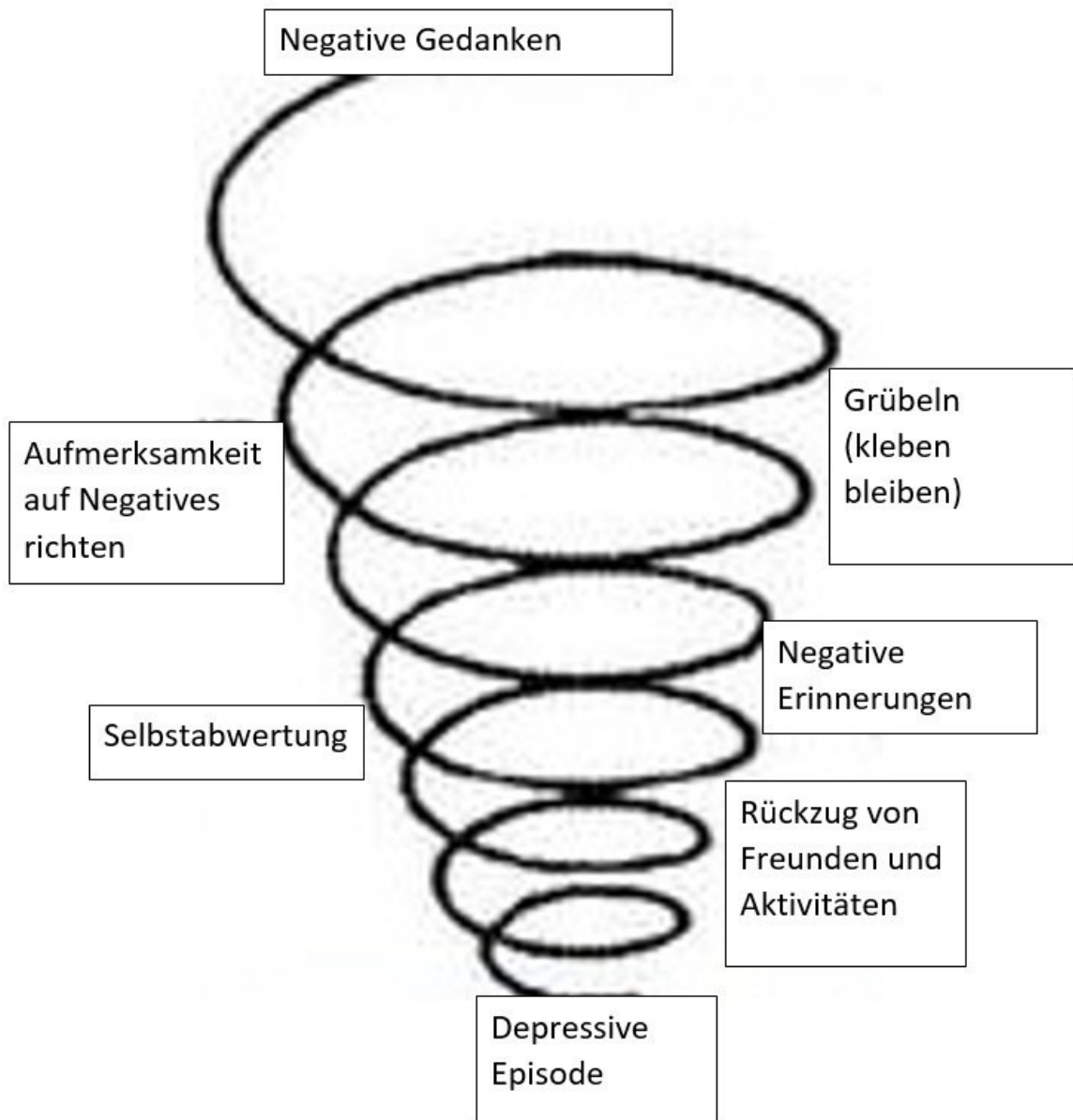
Ein strukturiertes Vorgehen wird durch systematische Problemlöseschritte eingeführt.

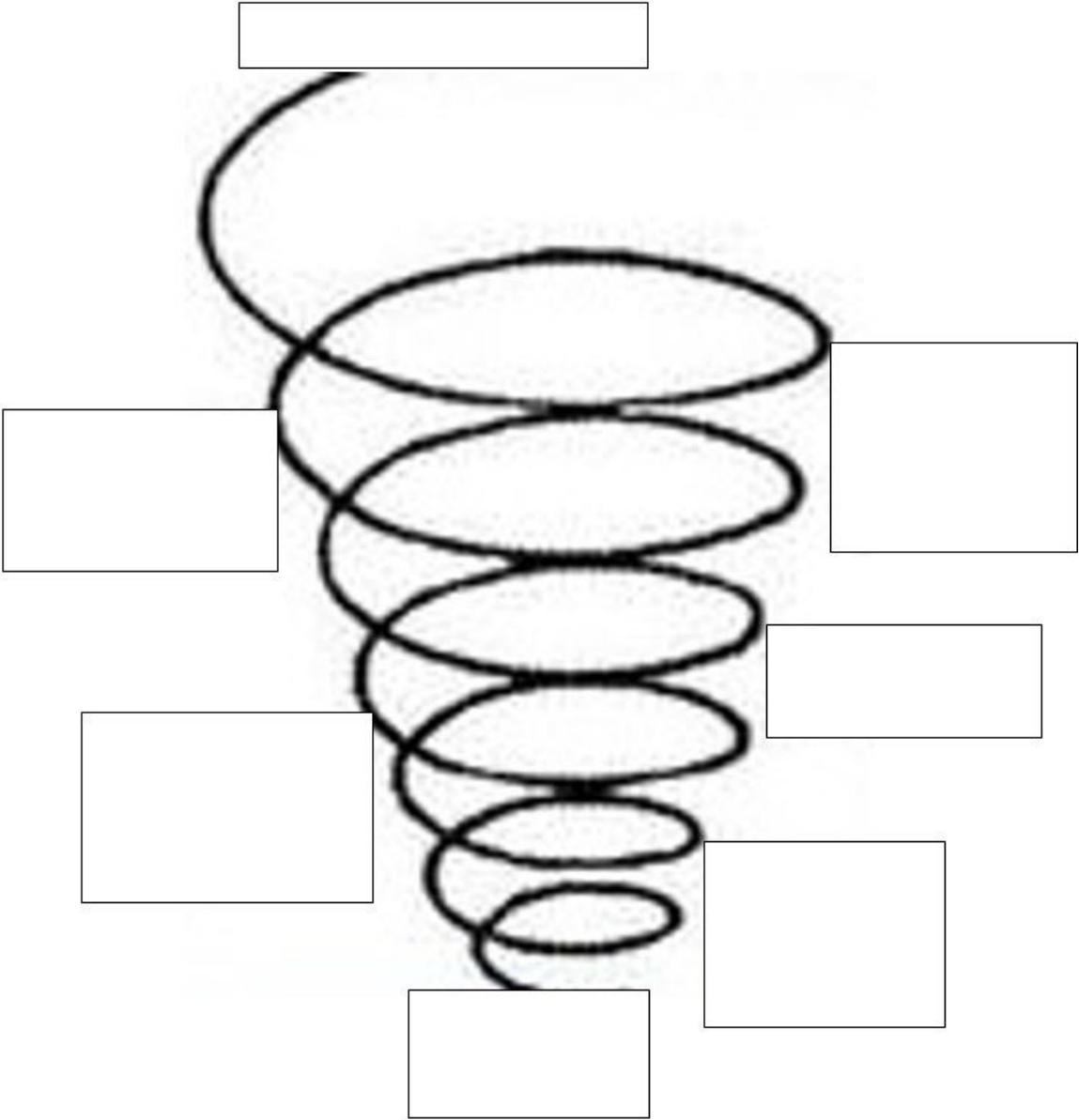
6.3.2 Anwendung auf Problemsituationen

Die eingeführten Problemlöseschritte werden nun auf konkrete Problemsituationen aus dem Alltag des Patienten angewandt. Hierbei soll erneut Werteorientiert vorgegangen werden und ggf. (bei biographisch gemeisterten Herausforderungen Problemlösekompetenz einbeziehen).

Lebenslinie







Wert, Ziele und Hindernisse

Im Folgenden finden Sie Lebensbereiche, die für viele Menschen als wichtig angesehen werden. Ein Aspekt der Lebensqualität bezieht sich auf die Bedeutung, die Sie den verschiedenen Lebensbereichen zuweisen. Schätzen Sie zunächst die Bedeutung jedes Bereichs ein. Geben Sie dabei an, wie bedeutsam ein Bereich nach Ihrer ganz persönlichen Meinung ist. Bei den Lebensbereichen, die unwichtig sind, brauchen Sie keine weitere Einschätzung vorzunehmen. Bei mittelgradig oder sehr wichtigen Lebensbereichen geben Sie auch an, wie zufrieden Sie mit Ihren gegenwärtigen Erfahrungen in diesem Lebensbereich sind. Geben Sie dann an, wie oft Sie etwas in diesem Bereich in der letzten Woche unternommen haben. Anschließend tragen Sie ein, welche Ziele Sie in diesem Bereich haben: Was wäre wichtig in diesem Bereich? Erst in den nachfolgenden Sitzungen werden Hindernisse eingetragen und besprochen.

Partnerschaft/ intime Beziehungen

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	<input type="radio"/>	Unzufrieden	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>
Mittelgradig wichtig	<input type="radio"/>	Mittelgradig zufrieden	<input type="radio"/>	Einmal	<input type="radio"/>
Sehr wichtig	<input type="radio"/>	Sehr zufrieden	<input type="radio"/>	Mehrmals:	<input type="radio"/>

Beziehung zu Kindern/ Enkelkindern/Familienangehörigen

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	<input type="radio"/>	Unzufrieden	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>
Mittelgradig wichtig	<input type="radio"/>	Mittelgradig zufrieden	<input type="radio"/>	Einmal	<input type="radio"/>
Sehr wichtig	<input type="radio"/>	Sehr zufrieden	<input type="radio"/>	Mehrmals:	<input type="radio"/>

Freunde/ soziale Beziehungen

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	<input type="radio"/>	Unzufrieden	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>
Mittelgradig wichtig	<input type="radio"/>	Mittelgradig zufrieden	<input type="radio"/>	Einmal	<input type="radio"/>
Sehr wichtig	<input type="radio"/>	Sehr zufrieden	<input type="radio"/>	Mehrmals:	<input type="radio"/>

Gesundheit/körperliches Wohlbefinden

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	<input type="radio"/>	Unzufrieden	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>
Mittelgradig wichtig	<input type="radio"/>	Mittelgradig zufrieden	<input type="radio"/>	Einmal	<input type="radio"/>
Sehr wichtig	<input type="radio"/>	Sehr zufrieden	<input type="radio"/>	Mehrmals:	<input type="radio"/>

Glaube/Spiritualität

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	<input type="radio"/>	Unzufrieden	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>
Mittelgradig wichtig	<input type="radio"/>	Mittelgradig zufrieden	<input type="radio"/>	Einmal	<input type="radio"/>
Sehr wichtig	<input type="radio"/>	Sehr zufrieden	<input type="radio"/>	Mehrmals:	<input type="radio"/>

Anderer Wertebereich _____

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	<input type="radio"/>	Unzufrieden	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>
Mittelgradig wichtig	<input type="radio"/>	Mittelgradig zufrieden	<input type="radio"/>	Einmal	<input type="radio"/>
Sehr wichtig	<input type="radio"/>	Sehr zufrieden	<input type="radio"/>	Mehrmals:	<input type="radio"/>

Anderer Wertebereich _____

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	<input type="radio"/>	Unzufrieden	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>
Mittelgradig wichtig	<input type="radio"/>	Mittelgradig zufrieden	<input type="radio"/>	Einmal	<input type="radio"/>
Sehr wichtig	<input type="radio"/>	Sehr zufrieden	<input type="radio"/>	Mehrmals:	<input type="radio"/>

Datum:

Zeit	Aktivität/ Verhalten	Gefühle und Intensität (1 – 10)	Gedanke
8 Uhr	<i>Streit beim Frühstück mit Pflegefachkraft</i>	<i>Ärger 3</i>	<i>Ich habe mich nicht ernst genommen gefühlt, habe alles stehen lassen und bin auf mein Zimmer</i>
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

ATEMPAUSE

Nehmen Sie eine entspannte Haltung ein. Wenn möglich, schließen Sie Ihre Augen.

Der **erste Schritt** besteht darin, sich bewusst zu werden, was gerade in Ihnen vor sich geht. Nehmen Sie dabei die Haltung eines Beobachters der eigenen inneren Vorgänge ein.

- Fragen Sie sich zunächst: Welche **Gedanken** gehen mir gerade durch den Kopf? Versuchen Sie nun, den Gedanken ein Etikett, ein Schlagwort zu geben. Z.B. „Das ist ein Gedanke, der sich auf meine Sorge oder mein Problem mit diesem oder jenen bezieht.“ Versuchen Sie nicht, in die Gedanken einzudringen, sondern sie nur von außen zu beobachten. Betrachten Sie ihre Gedanken als momentane Ereignisse, wie Wolken, die am Himmel vorüberziehen. Sie kommen und gehen. (15 Sek.)
- Fragen Sie nun: Welche **Gefühle** erlebe ich gerade? Versuchen Sie, die Gefühle zu benennen und geben Sie ihnen einen Namen. Z.B. „Das Gefühl, das ich momentan erlebe, ist Niedergeschlagenheit oder Angst.“ Wenn es unangenehme Gefühle sind, versuchen Sie nicht, sie wegzuschieben oder zu unterdrücken. Geben Sie diese Gefühle einfach zu und sagen Sie sich: „Aha, so ist das also, so verhält sich das gerade im Moment“. (10 Sek.)
- Nehmen Sie jetzt für einen Augenblick die **Empfindungen in Ihrem Körper** wahr. Gibt es Empfindungen wie Anspannung, Druck, Festhalten oder Ähnliches? Und wieder sind Sie sich dessen nur bewusst und beobachten sie einfach nur. Sagen Sie sich: „So ist es in diesem Augenblick.“ (10 Sek.)

Der **zweite Schritt** besteht nun darin, Ihre Aufmerksamkeit wieder zu sammeln und sie auf ein einziges Objekt zu richten – die Bewegungen Ihres **Atems**.

- Konzentrieren Sie Ihre Aufmerksamkeit ganz auf die Empfindungen, die mit dem Einströmen der Luft in der Nase und den Atemwegen entstehen während Sie einatmen; und auf die Empfindungen beim Ausströmen der Luft während Sie ausatmen. (10 Sek.)
- Achten Sie nun auf die Bewegungen in der unteren Bauchgegend. Nehmen Sie wahr, wie der Atem in den Bauchraum hineinfließt und wieder herausfließt, wie sich die Bauchdecke hebt und wieder senkt. (10 Sek.) Sammeln Sie sich und nutzen Sie die Atmung, um wirklich gegenwärtig zu sein.

Und jetzt als **dritten Schritt**, dehnen Sie Ihre Aufmerksamkeit auf den **Körper als Ganzes**. Werden Sie sich möglicher Spannungen oder Empfindungen im Zusammenhang mit der Haltung der Schultern, des Nackens, des Rückens oder des Gesichts bewusst. Und atmen Sie dabei in den ganzen Körper hinein. Wann immer Sie Empfindungen von Unbehagen oder Spannung wahrnehmen, versuchen Sie diese nicht zu verändern. Nehmen Sie die Empfindungen mit Wohlwollen und Gelassenheit zur Kenntnis, und lenken Sie ihre Aufmerksamkeit wieder zurück auf den Atem. So als ob der Atem durch diese Empfindungen hindurchfließen könnte. (15 Sek.)

Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit nun wieder zurück auf das Hier und Jetzt. Werden Sie sich bewusst, in welchem Raum Sie sich befinden, und in welcher Situation. Atmen Sie einige Male tief durch und bewegen Sie Arme und Beine. (15 Sek.)

Und öffnen Sie langsam die Augen, sobald Sie sich bereit dazu fühlen.

Anleitung Fingerfalle

Der Patient erhält ein Baströhrchen und wird gebeten, jeweils einen Zeigefinger in die Öffnungen am Ende der Röhre hineinzustecken. Nun wird der Patient aufgefordert, sich daraus befreien, ohne die Fingerfalle kaputt zu machen.

Meist wird verschiedenes erfolglos ausprobiert (drehen, ziehen, andere Finger zu Hilfe nehmen). Falls der Patient nicht selbst auf die Lösung kommt, wird er angeleitet, die Finger aufeinander zu bewegen Fingerfalle, sodass sich die Spannung löst und die Finger anschließend locker befreit werden können.

Gemeinsam wird der Bezug zu Achtsamkeit und Akzeptanz von unangenehmen Gefühlen hergestellt. Je verzweifelter man versucht, sie loszuwerden, zu verdrängen, zu kontrollieren, zu ignorieren oder sich abzulenken, desto stärker werden diese.

Wie bei der Fingerfalle erscheint es zunächst unlogisch, sich weiter in die negativen Gefühle hineinzubegeben, sie bewusst wahrzunehmen, und ihr mehr Raum zu geben. Tun wir das, können wir die Angst wie ein neugieriger Wissenschaftler einfach beobachten, ohne sie zu bewerten. Schließlich können wir dies nutzen, um uns von den negativen Gefühlen zu distanzieren

Anleitung zum Vorstellungsbild „unwegsames Moor – sonniger Hügel“

Stellen Sie sich vor, Sie stehen in einer bewölkten, kalten Gegend. Vor sich, in einiger Entfernung, sehen Sie einen sonnigen Hang, auf dem Blumen blühen und weiches, grünes Gras wächst.

Sie wollen dort unbedingt hin, denn der sonnige Hang verkörpert alles, wonach Sie sich sehnen.

Dummerweise liegt zwischen Ihnen und dem sonnigen Hang ein sumpfiges unwegsames Gebiet, das Sie nicht umgehen können. Wenn Sie das Gebiet durchqueren, dann werden Sie sich sehr dreckig machen, werden lange brauchen und sich sehr anstrengen müssen. Vielleicht wird es sogar etwas gefährlich werden. In jedem Fall unangenehm.

Entscheiden Sie sich allerdings gegen eine Durchquerung, dann werden Sie nie zu dem sonnigen, schönen Hang kommen und an dem düsteren, kalten Ort stehen bleiben müssen, an dem Sie jetzt stehen. (Hayes et al. 1999)

Gedankenprotokoll

Situation	Automatischer Gedanke	Gefühl, Intensität (1-10)	Hilfreicher Gedanke	Verändertes Gefühl, Intensität (1 – 10)
			<i>Logische Analyse</i>	

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

Therapieende

1. Wie war der Verlauf der Depression über mein Leben hinweg?
2. Was hat bei mir zu Rückfällen bei der Depression beigetragen?
3. Welches sind meine hauptsächlich negativen automatischen Gedanken in problematischen Situationen gewesen?
4. Welches sind die rationalen Antworten (angemessenen Gedanken) zu diesen negativen automatischen Gedanken?
5. Was habe ich im Laufe der Therapie gelernt?

6. Wie kann ich das weiter ausbauen, was ich gelernt habe?

7. Was könnte bei mir in Zukunft einen Rückfall auslösen?

8. Wie sollte ich mit Risiko-Situationen in der Zukunft umgehen?

9. Wenn ich einen Rückfall habe, was kann ich dann tun?

10. Andere Dinge, die ich in der Therapie gelernt habe und an die ich mich erinnern sollte?



Schulungskonzept

Lebensalltag für Bewohner*innen mit Depression in stationären Altenpflegeeinrichtungen gestalten

Band 1 Konzeptentwicklung

Wissenstransferkonzept und Implementierungsempfehlung zur praktischen
Umsetzung im Setting der stationären Altenpflege

Dr. Lisa Luft
Katja Kraus
Prof. Dr. Ulrike Schulze
Hessisches Institut für Pflegeforschung, Juli 2022



Inhalt

1.	Einführung das vorliegende Wissenstransferkonzept.....	3
1.1	Entstehungshintergrund & Zielstellung des Schulungskonzeptes.....	3
1.2	An wen richtet sich das Wissenstransferkonzept?	4
1.3	Besonderheiten & zentrale Qualitätsmerkmale der Schulungen.....	5
1.3.1.	Praxisnahe Entwicklung mithilfe teilnehmender Beobachtungen	5
1.3.2.	Formative Evaluation – ein zentrales Instrument des partizipativen Vorgehens.....	6
1.4	Aufbau des Wissenstransferkonzepts.....	9
2.	Didaktischer Ansatz, Qualifikationsziele & zu erwerbende Lernergebnisse/Kompetenzen.....	10
3.	Schulungssteckbrief	14
4.	Empfohlener Ablauf onlinebasierter Schulungen	15
5.	Implementierungsempfehlung für die Schulungen	17
	Quellen.....	18

1. Einführung in das vorliegende Wissenstransferkonzept

1.1 Entstehungshintergrund & Zielstellung des Schulungskonzeptes

Lustlosigkeit, Bedrücktheit, Appetitmangel, Schlafstörungen oder vermehrte Schuldgefühle sind Anzeichen, die auf eine Depression hindeuten können. Bei älteren Menschen werden diese Symptome jedoch häufig von körperlichen Beschwerden sowie unspezifischen Symptomen wie Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindelanfälle oder Magen-Darm-Beschwerden überlagert. Diese „Verschleierung“ der Symptome führt letztlich dazu, dass Depressionen bei älteren Menschen häufig zu spät bzw. erst gar nicht erkannt werden und auch eine entsprechende Behandlung und Unterstützung ausbleibt. Zudem kommt erschwerend hinzu, dass es Menschen aus dieser Generation überwiegend schwerfällt, über ihre psychischen Probleme zu sprechen.

Auch die Studienlage weist darauf hin, dass insbesondere ältere Menschen zunehmend an Depressionen erkranken und in stationären Altenpflegeeinrichtungen dahingehend ein erhöhter Versorgungsbedarf besteht. So ist davon auszugehen, dass ca. 30 % der Bewohner*innen an Depressionen leiden, jedoch lediglich bei 40 % eine Diagnose gestellt wird und auch nur die Hälfte von ihnen eine ärztliche Therapie erhält (vgl. Büchtemann et al. 2012; Hirsch & Kastner 2004; Kramer et al. 2009; Luppä et al. 2012). Dieses erhöhte Risiko, in einer Altenpflegeeinrichtung an einer Depression zu erkranken, ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass der Einzug in eine solche Einrichtung ein einschneidendes Lebensereignis darstellt, das mit dem Verlust des häuslichen Umfelds, der sozialen Kontakte sowie einem Anteil an Selbstbestimmung verbunden ist. Werden Depressionen im Alter nicht erkannt bzw. behandelt, kann dies nicht nur dazu führen, dass sich die Lebensqualität der Bewohner*innen stark reduziert, sondern auch dazu, dass sich diese vermehrt zurückziehen oder gar isolieren und schlimmstenfalls auch das Mortalitätsrisiko steigt.

Dieser wachsende Versorgungsbedarf wurde durch das Projekt „Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell“ (DAVOS) aufgegriffen und ein case- managementbasiertes Versorgungsmodell entwickelt, dessen Wirksamkeit im Rahmen einer formativen Evaluation überprüft wurde (vgl. Tesky et al. 2019). Die Förderung des Projektes erfolgte von April 2018 bis einschließlich September 2021 durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ziel war es, die Diagnostik von Depressionen bei Bewohner*innen in stationären Altenpflegeeinrichtungen nachhaltig zu fördern, bedarfsgerechte pflegerische Maßnahmen sowie Therapieangebote für Bewohner*innen mit Depression zu entwickeln und nachhaltig in kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen der Agaplesion Markus Diakonie sowie des Frankfurter Verbands zu implementieren. Das Projekt wurde in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin, dem Institut für Psychologie der Goethe-Universität sowie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz durchgeführt. Die Teilprojektleitung oblag vonseiten des Hessischen Instituts für Pflegeforschung (HessIP) Frau Prof. Dr. Ulrike Schulze, für die Konsortialführung war Herr Prof. Dr. Johannes Pantel zuständig.

Als ein zentraler Baustein dieses Versorgungskonzeptes wurde unter Einbezug der pflegewissenschaftlichen Expertise von Frau Prof. Dr. Ulrike Schulze sowie den wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen aus dem HessIP, Frau Kraus und Frau Dr. Luft, das Schulungskonzept „Lebensalltag für Bewohner*innen mit Depression gestalten“ für Pflegefach- und Betreuungspersonen entwickelt, welches in seinen *vier thematischen Spezifizierungsmöglichkeiten* im vorliegenden Wissenstransferkonzept vorgeschult wird. Hierfür wurden die Erfahrungen, die im Zuge der Konzeptions- und Erprobungsphase sowie im Rahmen der formativen Evaluation gewonnen wurden, in einer praxisorientierten Form mit Empfehlungen, erprobten Schulungsabläufen, einer

Implementierungsempfehlung sowie Tipps aufbereitet, um interessierte Altenpflegeeinrichtungen bei der Entwicklung ähnlicher Vorhaben zu unterstützen. In einem separaten zweiten Band – dem Materialband sind alle relevanten Schulungsmaterialien mit kurzen Erläuterungen zusammengestellt (10.48718/0j4m-8832).

Ziel der Schulungen ist es, die Betreuung und Versorgung von Bewohner*innen mit Depression in Altenpflegeeinrichtungen zu verbessern, indem Mitarbeitende in stationären Altenpflegeeinrichtungen befähigt werden:

- ✓ Depressionen bei Bewohner*innen zu erkennen
- ✓ mögliche Perspektiven von Bewohner*innen mit Depression einzunehmen, Handlungsspielräume im beruflichen Alltag zu erkennen, um Bedürfnisse von Bewohner*innen mit Depression noch stärker beantworten zu können
- ✓ Arbeits-Tools in ihren beruflichen Alltag zu integrieren, die Reflexionsprozesse sowie einen Perspektivwechsel unterstützen und insbesondere zur Lösungsorientierung im Rahmen von Fallbesprechungen eingesetzt werden können.

Zudem wurde von Schulungsteilnehmenden zurückgemeldet, dass der in den Schulungen eingebettete Erfahrungsaustausch dazu anregte, Kompetenzen sowie Expertisen gegenseitig anzuerkennen, sodass davon auszugehen ist, dass die Schulungen zu einer Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit beitragen werden, sofern ein berufsgruppenübergreifendes Angebot möglich ist.

1.2 An wen richtet sich das Wissenstransferkonzept?

Das Schulungskonzept wurde in enger Zusammenarbeit mit stationären Altenpflegeeinrichtungen entwickelt, die mit dem Projekt kooperierten und somit auch speziell in diesem Setting erprobt. Daher richtet sich das Wissenstransferkonzept in erster Linie an Altenpflegeeinrichtungen, die daran interessiert sind, die Betreuung und Versorgung von Bewohner*innen mit Depression zu verbessern und ihre Mitarbeitende dahingehend zu schulen.

Zudem wurde auf Basis des zentralen didaktischen Instruments der Schulungen – dem sogenannten „Spannungsbogen“ – ein Arbeits-Tool entwickelt, welches themen-, setting- sowie unabhängig von den Diagnosen der zu pflegenden Menschen auf sämtliche Situationen bzw. Themenstellungen übertragen werden kann. Die Anwendung des Arbeits-Tools ist insbesondere im Rahmen von Fallbesprechungen empfehlenswert, wenn beispielsweise zu herausfordernden Situationen im beruflichen Alltag aufgrund unterschiedlicher Lösungsansätze ein Gesprächsbedarf besteht und berufsgruppenübergreifend mögliche Handlungsansätze diskutiert bzw. entwickelt werden sollen (vgl. Band 2).

1.3 Besonderheiten & zentrale Qualitätsmerkmale der Schulungen

Das Schulungskonzept wurde auf Basis von Erkenntnissen entwickelt, die unmittelbar im praktischen Feld gewonnen wurden. Zudem erfolgte die Konzeption in einem sogenannten partizipativen Vorgehen, welches zugleich eine Besonderheit bzw. ein zentrales Qualitätsmerkmal der Schulungen darstellt. Mithilfe dieser Vorgehensweise wurde es möglich, ein praktikables und nachhaltig etablierbares Konzept zu entwickeln, indem die Zielgruppe der Schulungen in die gesamte Entwicklungs- und Erprobungsphase involviert war und kontinuierlich deren Bedarfe sowie Bedürfnisse aufgegriffen wurden konnten. Die Vorgehensweise untergliederte sich in:

- Teilnehmende Beobachtungen, die exemplarisch in kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt wurden.
- Eine formative Evaluation, die in Form von kommunikativer Validierung und Member Checks, Fokusgruppen sowie Fragebogenerhebungen umgesetzt wurde.

Die konkrete Umsetzung sowie gewonnenen Erkenntnisse werden in den folgenden Abschnitten nochmals nähergehend aufgegriffen und erläutert.

1.3.1. Praxisnahe Entwicklung mithilfe teilnehmender Beobachtungen

Als eine wesentliche Erkenntnisgrundlage wurde zur Konzeption des Schulungsangebots die Interaktion zwischen Bewohner*innen und Pflegefach- sowie Betreuungspersonen in den Blick genommen und der Alltag in kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen mithilfe von explorativen teilnehmenden Beobachtungen¹ sowie Interviews erforscht. Somit war es möglich auch die Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohner*innen mit einer Depression zu identifizieren, um Mitarbeitende in den Schulungen diesbezüglich zu sensibilisieren.

Im Zuge der teilnehmenden Beobachtungen war von forschungsleitendem Interesse:

- Wie eine Depression bei Bewohner*innen erkennbar wird bzw. wie sie sich zeigt,
- wie Depressionen von Mitarbeitenden wahrgenommen
- und in welcher Weise diese beantwortet werden.

Zudem wurden auch spezifische Rahmenbedingungen sowie bereits implementierte Interventionen in den Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. So wurden nicht nur spezifische Bedarfe aus der beruflichen Alltagspraxis aufgegriffen, sondern auch sichergestellt, dass die Inhalte der Schulungen nachhaltig in die Praxis überführt werden können. Die Auswertung der Beobachtungsprotokolle erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory (Strauss & Corbin 1996) sowie sequenziell nach Rosenthal (2014). Darüber hinaus wurden die Ergebnisse im Austausch mit DAVOS Case-Manager*innen kommunikativ validiert und im Zuge dessen zur Diskussion gestellt.

Als ein zentrales Ergebnis wurde deutlich, dass sich Pflegefach- und Betreuungspersonen sowie Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen in Spannungsverhältnissen bewegen, die durch die Organisation/Konzepte und ihren jeweils eigenen Bedürfnissen bedingt werden. Um den Pflegefach- und Betreuungspersonen im Rahmen der Schulungen hierzu konkrete Anregungen zur Reflexion

¹ Die teilnehmenden Beobachtungen erfolgten im Jahr 2018 in einem zweistufigen Verfahren in vier Altenpflegeeinrichtungen der zwei kooperierenden Träger im Frühdienst an je drei aufeinander folgenden Tagen auf insgesamt sieben Wohnbereichen.

bereitzustellen, wurden zu ausgewählten beobachteten Situationen sogenannte Spannungsbögen zu vier Themenfeldern sowie jeweils zugehörige Fallrekonstruktionen entwickelt, die als zwei zentrale didaktische Instrumente in die Schulungen eingebettet sind. Diese werden im Materialband näher vorgestellt und erläutert.

1.3.2. Formative Evaluation – ein zentrales Instrument des partizipativen Vorgehens

Die auf Basis der Erkenntnisse der teilnehmenden Beobachtung entwickelten Spannungsbögen wurden in ihren vier themenspezifischen Ausprägungen im Rahmen einer sogenannten formativen Evaluation erprobt. Vorteil dieser Vorgehensweise ist es, dass die im Zuge der Evaluation gewonnenen Ergebnisse direkt in die weiteren Entwicklungsschritte integriert und entsprechend modifizierte Schulungsanteile erneut erprobt werden können. Hierzu wurde ein Peer Debriefing sowie eine kommunikative Validierung (Member Checks) durchgeführt, in die Pflegefach- sowie Betreuungspersonen einbezogen wurden, die sowohl teilnehmend beobachtet wurden als auch Mitarbeitende, die nicht in die Forschung involviert waren (Lamnek & Krell 2016, 157). Darüber hinaus wurde die Erprobungsphase der Schulungen durch eine Erhebung mithilfe eines Evaluationsbogens begleitet (siehe Materialband).

Die kommunikative Validierung (Member Check) erfolgte im Rahmen von DAVOS Case Manager*innen Schulungen, indem teilnehmend beobachteten Mitarbeitenden zwei Spannungsbögen zur Diskussion gestellt wurden. Auf Grundlage der Diskussion wurden folgende zentrale Aspekte herausgearbeitet:

- Die Spannungsbögen regen zu einer Diskussion und kritischen Reflexion an und greifen relevante Themenstellungen aus dem beruflichen Alltag auf, sodass die Diskussionsbeiträge im Zuge des Member Checks zu einer Datenverdichtung beitragen.
- Es wurde ein großes Interesse an einem aktiven Einbezug der Expertise der Mitarbeitenden sowie ein hoher Informationsbedarf zum bislang tendenziell eher vernachlässigten Thema Depression deutlich.
- Es zeigten sich in Bezug auf die diskutierten Herausforderungen wesentliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Altenpflegeeinrichtungen, sodass im Rahmen des Erfahrungsaustausches Anknüpfungspunkte für die interprofessionelle Zusammenarbeit aufgezeigt werden konnten. Zudem wurde der berufsgruppenübergreifende Austausch im Hinblick auf die gegenseitige Anerkennung als förderlich wahrgenommen.
- Das Aufgreifen von eigenen beispielhaften Situationen aus der beruflichen Praxis sowie das Anregen einer eigenen Verortung der Mitarbeitenden auf dem Spannungsbogen wurden positiv bewertet (verbunden mit einem Verzicht einer vorangehenden Bewertung).

Hierzu ergänzend wurden drei weitere Spannungsbögen in einem Experteninterview mit einer Leitungsperson eines ambulanten Pflegedienstes sowie in zwei berufsgruppenübergreifenden Fokusgruppen mit Pflegefachpersonen, Auszubildenden, Betreuungsperson, Sozialarbeiter*innen, Wohnbereichsleiter*innen sowie einer Inklusionsbeauftragten erprobt. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory (offenes Kodieren) (Strauss & Corbin 1996). Auch in den Fokusgruppen wurde die gewünschte Diskussion mithilfe der Spannungsbögen angeregt. Es stellte sich jedoch heraus, dass Rollenspiele überwiegend nicht gewünscht sind, Übungen zur Reflexion und Selbsterfahrung sowie eine interaktive Ausgestaltung der Schulungen hingegen auf Zustimmung stoßen. Zudem wurden die Teilnehmenden mithilfe der Spannungsbögen dazu angeregt, eigene

Erfahrungen aus ihrem beruflichen Alltag einzubringen, diese aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten und neben ihrer eigenen Sichtweise auch die Sichtweise anderer Berufsgruppen sowie die der Bewohner*innen einzunehmen. In allen Diskussionsrunden wurde zudem angemerkt, dass eine feste Verortung auf dem Spannungsbogen nicht möglich ist, da diese von unterschiedlichen Rahmenbedingungen abhängig und somit für jeden Bewohner bzw. jede Bewohnerin individuell zu überprüfen ist. Es wurde ebenfalls deutlich, dass es Zeit und Raum braucht, diese Reflexionsprozesse anzustoßen.

Durch die vielfältigen Beiträge der Teilnehmenden aus ihrem beruflichen Alltag war es im gemeinsamen Austausch möglich, Handlungsstrategien zu entwickeln, die die Teilnehmenden nach eigener Einschätzung im Zuge ihrer Tätigkeit auch in die Praxis überführen bzw. umsetzen können. Zusätzlich gewünscht wurde lediglich die Bereitstellung eines Hand-outs sowie die Möglichkeit, zentrale Erkenntnisse des Erfahrungsaustausches zu verschriftlichen (beispielsweise in Form von Handlungsanleitungen), sodass nach Auswertung der Fokusgruppen ein ergänzendes Papier zur Ergebnisdokumentation entwickelt wurde (vgl. Materialband). Zudem zeigte sich im Rahmen der Diskussion, dass insbesondere Bezüge zu Bewohner*innen mit psychischen Erkrankungen hergestellt wurden, sodass die Übertragbarkeit des Spannungsbogens unabhängig vom pflegerischen Setting sowie von Diagnosen der Bewohner*innen bekräftigt wurde, beispielsweise als ein unterstützendes Instrument zur Durchführung von Fallbesprechungen. So ist die Nutzung beispielsweise als ein unterstützendes Instrument zur Durchführung von Fallbesprechungen (vgl. Materialband). Durch die im Rahmen des Experteninterviews befragte Leitungsperson aus einem ambulanten Bereich wurde außerdem eine Umsetzung der Schulung für einzelne Mitarbeiter*innensowie für Angehörige für das ambulante Setting angeregt und die Relevanz der Thematik hervorgehoben.

Insgesamt wurde der Spannungsbogen als geeignet, hilfreich sowie übersichtlich und verständlich aufbereitet bewertet. Da sich in der Diskussion zu zwei Spannungsbögen umfangreiche Überschneidungen zeigten, wurden diese zu einem Spannungsbogen zusammengeführt. Somit wurden letzten Endes vier Spannungsbögen mit thematisch zugehörigen Fallrekonstruktionen in die Schulungen eingebettet, sodass das Schulungskonzept in vier thematischen Spezifizierungsmöglichkeiten umgesetzt werden kann. Auch der Wunsch nach zusätzlichen Inhalten zur Symptomatik einer Depression wurde aufgegriffen und hierzu entsprechende Schulungsanteile integriert, da deutlich wurde, dass das Thema Depression in den kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen bislang vergleichsweise wenig umfangreich präsent war. Darüber hinaus wurde die Nutzung des Screeninginstruments DeMoL-Pflege (DeMoL-Pflege; modifiziert nach Gensichen et al. 2006), welches zur Erkennung von Depressionen eingesetzt wird und durch das Projekt DAVOS eingeführt wurde, auch nach Projektende gewünscht. Die COVID-19 bedingten Hygienemaßnahmen machten es im weiteren Projektverlauf allerdings erforderlich, die Präsenz Tagesveranstaltungen in ein verkürztes Online-Format über Zoom zu überführen, was zur Folge hatte, dass die Schulungsinhalte zum DeMoL-Pflege nicht umgesetzt werden konnten. Auch gewünschte Inhalte zur Stressbewältigung für Mitarbeiter*innen konnten letztlich aus diesem Grund nicht aufgegriffen werden.

Grundsätzlich verdeutlichte die Erprobung der Spannungsbögen einen erheblichen Bedarf aufseiten der Mitarbeiter*innen aus den kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen im Hinblick auf an der Bereitstellung von Gesprächsräumen zur Reflexion von möglichen Dissonanzen, Herausforderungen, aber auch von Erfolgen, die sie in ihrem Berufsalltag erleben.

Im Anschluss an die Auswertung der kommunikativen Validierung, des Member Checks, des Experteninterviews sowie der Fokusgruppen wurden die o.g. Anregungen im Zuge der weiteren Konzeption der Schulungen aufgegriffen und das entsprechend modifizierte Schulungskonzept einer

erneuten Erprobungsphase unterzogen. Auch diese Erprobungs- bzw. Umsetzungsphase wurde durch eine Befragung unter Anwendung eines Evaluationsbogens begleitet, im Zuge dessen 20 Schulungsteilnehmende im direkten Anschluss an die Schulung eine schriftliche Bewertung vornahmen. Die Schulungsteilnehmenden meldeten hierbei einstimmig zurück, dass die Schulungsinhalte verständlich aufbereitet waren und sie diese im Hinblick auf ihre berufliche Handlungspraxis als hilfreich wahrnehmen. 19 Schulungsteilnehmende schätzten ihr Vorwissen zum Thema „Depression in Altenpflegeeinrichtungen“ als ausreichend ein, um der Schulung folgen zu können und bewerteten auch den Erfahrungsaustausch zum Spannungsbogen sowie die Fallrekonstruktion als hilfreich. Zudem wurden folgende zentrale Verbesserungswünsche geäußert:

- Tipps zu integrieren, wie bzw. welche Fragen man stellen kann
- Mehr Schulungen anzubieten und praktische Übungen zu integrieren
- Mehr Inhalte zur psychosozialen Betreuung, zum Thema Depression im Alltag und praktische Handlungsanweisungen zu integrieren
- Mehr Zeiträume für intensive Gespräche zu eröffnen (3 Nennungen)
- Schulungszeit zu erhöhen

12 der befragten Schulungsteilnehmenden gaben an, dass sie die Arbeitsmaterialien der Schulungen als hilfreich wahrnehmen, um die Inhalte letztlich auch in ihrem berufspraktischen Alltag umsetzen zu können. Zwei Personen war hierzu im direkten Anschluss an die Schulungen noch keine Einschätzung möglich. Im Rahmen eines abschließenden Resümees wurde außerdem rückgemeldet, dass insbesondere der Erfahrungsaustausch, der Raum, um „sich mitzuteilen“, die Inhalte zum Thema Depression (auch im Unterschied zu den Symptomen einer Demenz), der Einbezug eigener praktischer Beispiele sowie die anregenden Übungen zum Perspektivwechsel als besonders positiv erlebt wurden. Bezüglich der Gruppengröße ließ sich allerdings kein einheitliches Stimmungsbild ableiten, tendenziell wurde eine Veranstaltung in Präsenz dem Online-Angebot vorgezogen, auch wenn im Projektverlauf ausschließlich die Online-Variante erprobt werden konnte.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des HessIP, die für die Durchführung der Schulungen verantwortlich waren, sollte bei der Umsetzung der Schulungen perspektivisch außerdem bedacht werden, dass die Teilnehmenden im Falle eines berufsgruppenübergreifenden Angebots unter Umständen über stark differente Kompetenzen sowie Qualifikationsniveaus verfügen, die in den Schulungen möglicherweise noch stärker Berücksichtigung finden müssten. In der Erprobungsphase zeigte sich beispielsweise, dass einigen Schulungsteilnehmenden Anregungen zur Reflexion bereits bekannt waren und diese über entsprechende Kompetenzen verfügten. Für andere Schulungsteilnehmende waren Anregungen zur Selbstreflexion hingegen neu, sodass sie entsprechend viel Zeit benötigten, um sich mit den Instrumenten vertraut zu machen. Somit ist zu beachten, dass möglicherweise zwischen diesen unterschiedlichen Kompetenzstufen „vermittelt“ werden muss, sodass trotz dieser „Kompetenzschere“ für alle Schulungsteilnehmenden neben dem „voneinander Lernen“ ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn bzw. Lerneffekt erlebbar ist. Zudem erscheint eine weitere Integration von E-Learning-Elementen empfehlenswert, um die Schulungsinhalte ansprechend aufzubereiten (beispielsweise mit einem Quiz oder interaktiven Folien). Auch aus Sicht der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen ist eine Umsetzung in Form einer Präsenz Tagesveranstaltung einem Online-Angebot vorzuziehen, da somit Inhalte umfassender vermittelt werden können (bspw. unter Einbezug des DeMoL-Pflege begleitet durch Rollenspiele, um die Schulungsteilnehmenden mit der praktischen Anwendung von Instrumenten zur Depressions-Diagnostik vertraut zu machen). Derzeitliche Umfang der Online-Schulung wurde insgesamt als zu knapp bemessen wahrgenommen, zumal mangelnde Erfahrungen der Schulungsteilnehmenden mit Zoom, eine stellenweise noch ausbaufähige technische Ausstattung in den Altenpflegeeinrichtungen oder technische Probleme bzw. schlechte Internetverbindungen zu Verzögerungen im

Schulungsablauf führten. Darüber hinaus zeigte sich, dass ein Austausch zwischen den Teilnehmenden onlinebasiert umfangreicher zu moderieren und anzuleiten ist, als dies in Präsenzveranstaltungen der Fall war.

1.4 Aufbau des Wissenstransferkonzepts

Wie bereits einleitend erwähnt, wurden im vorliegenden Wissenstransferkonzept die im Projekt entwickelte Expertise und zentralen Erfahrungen, die im Zuge der Konzeptions- und Erprobungsphase der Schulungen gesammelt wurden, in einer praxisorientierten Form mit Tipps und Empfehlungen aufbereitet, um auch über das Projektende hinaus eine praktische Umsetzung des Konzeptes zu unterstützen. Einleitend wird in Kapitel 2 zunächst das didaktische Konzept, die Qualifikationsziele, zu erwerbende Lernergebnisse und Kompetenzen dargelegt. Der empfohlene Ablauf sowie relevante Rahmendaten zur Umsetzung der Schulungen folgen in Kapitel 3 und 4 (z.B. zeitlicher Umfang der Schulungen, Teilnehmendenbegrenzung). Da die Schulung aufgrund der COVID-19 bedingten Hygienemaßnahmen im Projektverlauf in ein stark eingekürztes, onlinegestütztes Format in Zoom überführt werden musste und überwiegend auch in dieser Form durchgeführt sowie formativ evaluiert wurde, werden einleitend zunächst beide Angebotsformen aufgegriffen und zentrale Unterschiede durch kursive Schrift kenntlich gemacht. Abschließend werden in Kapitel 5 Empfehlungen zur nachhaltigen Implementierung abgeleitet und dargelegt, wie eine Umsetzung von vergleichbaren Schulungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen gelingen kann.

2. Didaktischer Ansatz, Qualifikationsziele & zu erwerbende Lernergebnisse/Kompetenzen

Das Schulungskonzept beinhaltet drei zentrale, aufeinander aufbauende Schulungselemente mit je unterschiedlichen didaktischen Ansätzen, die in der folgenden Abbildung in ihrer chronologischen Abfolge dargestellt sind:

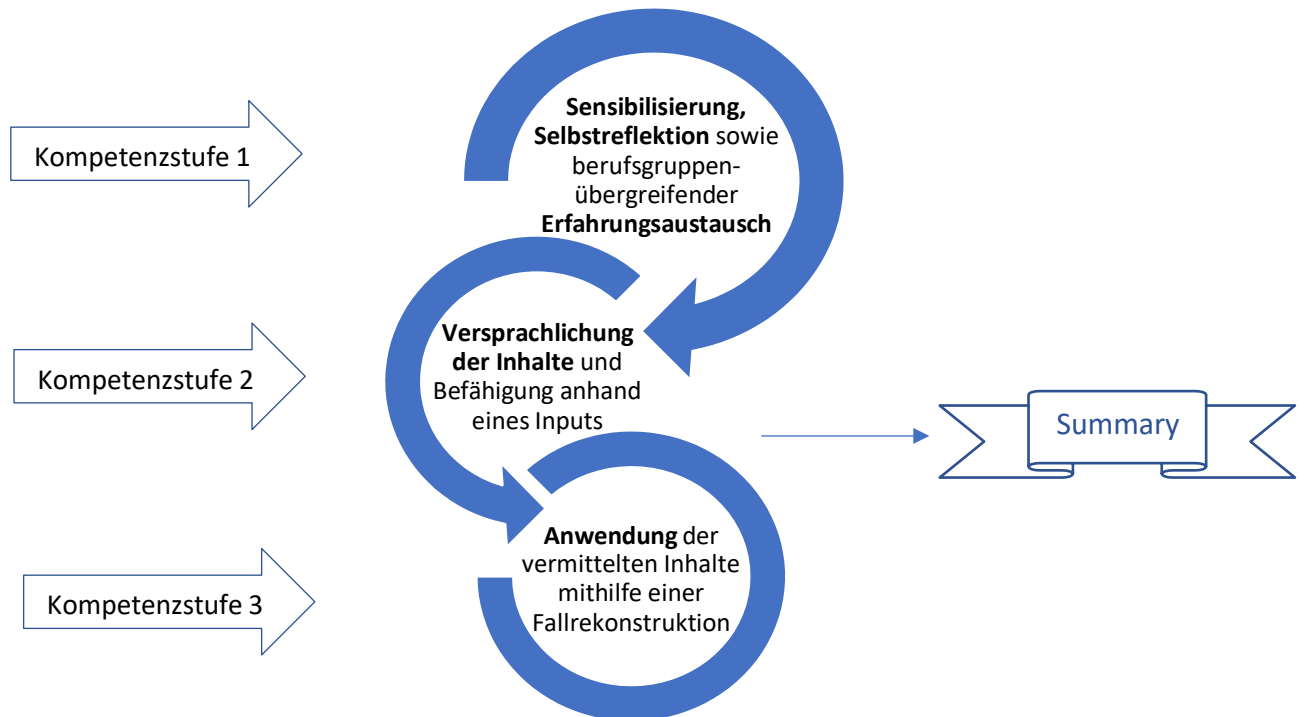


Abb. 1: Übersicht zum didaktischen Aufbau der Schulungen

Nach einer Begrüßung und Vorstellungsrunde erreichen die Schulungsteilnehmenden im ersten Element der Schulung Kompetenzstufe 1. Hierbei ist es Ziel, die Teilnehmenden mithilfe des sogenannten didaktischen Instruments des „Spannungsbogens“ zu einer Selbstreflexion sowie zu einem Perspektivwechsel zu befähigen, sodass sie für ihre eigene Expertise sensibilisiert werden. Anschließend werden sie im Rahmen eines Erfahrungsaustausches dazu angeregt, neue Handlungsfreiräume in ihrem beruflichen Alltag zu erschließen, die zur Beantwortung von Bedürfnissen von Bewohner*innen mit Depression genutzt werden können. Idealerweise sollte anvisiert werden, den Erfahrungsaustausch berufsgruppenübergreifend zu gestalten, um gleichzeitig die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.

Im zweiten Schulungselement werden die im Rahmen des Erfahrungsaustausches aufgegriffenen Inhalte durch einen fachlichen Input bzw. die Vermittlung von Fachwissen zum Themenschwerpunkt „Depression im Alter“ versprachlicht, sodass Kompetenzstufe 2 erreicht wird und der Wissensstand der Teilnehmenden bei Bedarf angeglichen wird.

Abschließend werden die Schulungsteilnehmenden im Zuge der Kompetenzstufe 3 dabei unterstützt, die vermittelten Inhalte mithilfe einer sogenannten Relevanzanalyse unter Anwendung einer Fallrekonstruktion anzuwenden. Das Herausarbeiten von Relevanzen ist auf die Benennung von „Relevanzstrukturen“ (Dornheim et al. 2003, 113) ausgerichtet und folgt dem methodisch didaktischen Ansatz des Konstruktivismus (Reich 2010). Die konstruktivistische lerntheoretische

Strömung geht davon aus, dass jeder Mensch seine eigene Realität schafft. Dabei spielen Weltanschauung und Sozialisation eine zentrale Rolle. Für die Fallrekonstruktion bedeutet es, dass die zu bearbeitende Fallvignette von den Teilnehmenden in ihrer jeweils individuellen Wirklichkeit wahrgenommen wird und somit geprägt sind durch eigene Erfahrungen. Für die Schulung wurden Situationen mit einem hohen Praxisbezug aus den Protokollen der teilnehmenden Beobachtung, die zu Projektbeginn in den kooperierenden Einrichtungen durchgeführt wurde, entnommen (vgl. Abschnitt 1.3.1.) und anonymisiert. Aufgrund der COVID-19 bedingten Hygienemaßnahmen angebotenen onlinegestützten Format stellte sich die Nähe zur Praxis als besonders positiv heraus, da die Interaktion der Gruppe durch den virtuellen Raum insgesamt als reduziert wahrgenommen wurde. Ziel dieser Methode ist es, die Teilnehmenden zu einem Perspektivwechsel anzuregen und Handlungsempfehlungen im Umgang mit den Bewohner*innen nicht durch die Weitergabe von Wissen, von einer Person auf die nächste zu übertragen, sondern Erfahrungswissen aktiv einzubringen und den Lernprozess durch gegenseitiges Entdecken von Zusammenhängen nachhaltig zu verankern.

Zentral ist es im gesamten Schulungsablauf immer wieder an die übergeordneten Zielstellungen der Schulung in Form einer kurzen Summary zu erinnern, da sich in der Umsetzung der Schulungen zeigte, dass die Teilnehmenden häufig erwarteten, eine konkrete Handlungsanleitung im Umgang mit Bewohner*innen mit Depression zu erhalten. Somit war es ein zentraler Lerneffekt für die Teilnehmenden unterstützt durch die Übungen zu erkennen, dass für jeden/jede Bewohner*in individuelle Lösungen zu entwickeln sind. Die Teilnehmenden wurden außerdem dazu ermutigt, neben dem gegebenen Input auf ihre eigene Expertise zu vertrauen, sodass sie somit ein Stück weit Anerkennung und Wertschätzung erfuhren. Weitere Erläuterungen zu den didaktischen Ansätzen der Schulung finden sich in den untenstehenden spezifischen Qualifikationszielen wieder.

Zudem ist an dieser Stelle nochmals darauf hinzuweisen, dass innerhalb der Projektlaufzeit die Notwendigkeit bestand, neben dem Konzept für eine Tagesveranstaltung in Präsenz eine eingekürzte Version zu entwickeln, die sich für eine onlinegestützte Umsetzung in Zoom eignet. Trotz dieser unterschiedlichen Angebotsvariationen sowie der vier thematischen Spezifizierungsmöglichkeiten untergliedert sich die Schulung in die bereits vorgestellten drei aufeinander aufbauenden Elemente, die angelehnt an die Niveau-Stufe 4 des Deutschen Qualifikationsrahmens für Lebenslanges Lernen² konzipiert wurden und einem **schulungsübergreifenden Qualifikationsziel** folgen:

*Die Teilnehmenden werden im Rahmen der Schulung dazu angeregt, ihre Handlungskompetenzen kritisch zu reflektieren, zu erweitern und interprofessionell auszurichten. Ziel ist es, mögliche Handlungsräume im beruflichen Alltag zu identifizieren und zu erarbeiten, wie diese für eine bedürfnisgerechte Betreuung von Bewohner*innen mit Depression genutzt werden können. Zudem werden die Teilnehmenden in der Anwendung von unterschiedlichen didaktischen Instrumenten bzw. Arbeitstools geschult, die sie in ihre berufliche Handlungspraxis integrieren können.*

Neben diesem übergeordneten Qualifikationsziel wurden für die drei Schulungselemente nochmals spezifischere Zielstellungen entwickelt, die in den untenstehenden Tabellen dargelegt werden. Ziele, die ausschließlich für die Tagesveranstaltung in Präsenz zutreffen, sind in kursiver Schrift kenntlich gemacht.

² Quelle: DQR (2011)

Spezifische Qualifikationsziele zum 1. Schulungselement:

- ❖ Im ersten Element der Schulung werden die Teilnehmenden im Rahmen einer Selbstreflektion unter Anwendung der sogenannten Spannungsbögen sowie eines berufsgruppenübergreifenden fallbezogenen Erfahrungsaustauschs befähigt, Herausforderungen und Erfolge im Rahmen ihrer Handlungspraxis zu erkennen, um ihre Expertise bewusster einzusetzen und bei Bedarf zu erweitern.
 - ❖ Hierbei besteht für die Teilnehmenden zudem die Möglichkeit, eigene Beispiele aus ihrer beruflichen Handlungspraxis einzubringen, diese kritisch zu reflektieren und Lösungen zu erarbeiten. Ein wichtiger Aspekt ist hierbei die Wahrung der professionellen Nähe, der eigenen Bedürfnisse sowie die Berücksichtigung organisationsbezogener Rahmenbedingungen.
 - ❖ Durch das berufsgruppenübergreifende Angebot erwerben die Teilnehmenden außerdem Kompetenzen in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und analysieren praktische Herausforderungen aus den unterschiedlichen Berufsdisziplinen. Dies fördert zugleich die Anerkennung der spezifischen fachlichen Expertisen und unterstützt die Teilnehmenden „voneinander zu lernen“. Die Teilnehmenden werden im Rahmen der Selbstreflexion zudem sensibilisiert, neben ihrer eigenen Perspektive auch die Perspektive der Bewohner*innen in Reflexionsprozesse einzubeziehen, um die Bedarfe, Bedürfnisse sowie Wünsche aller an der Situation beteiligten Personen zu berücksichtigen.
 - ❖ Zudem werden die Teilnehmenden befähigt, eigene Handlungsräume im beruflichen Alltag unter Berücksichtigung der Vorgaben der Einrichtungen zu erkennen, um die zuvor identifizierten Bedürfnisse und Bedarfe der Bewohner*innen aufzugreifen und die Alltagspraxis aktiv mitzugestalten.
 - ❖ Wesentliche Erkenntnisse des Erfahrungsaustausches werden in Form eines Handlungsleitfadens verschriftlicht, mit dem Ziel, die Umsetzung im beruflichen Alltag zu unterstützen.
-

Spezifische Qualifikationsziele zum 2. Schulungselement:

- ❖ Im zweiten Element der Schulung erwerben die Teilnehmenden theoretische Grundlagen zur Symptomatik der Depression und werden hinsichtlich potenzieller Risikofaktoren, Ursachen sowie Verlaufsformen sensibilisiert.
 - ❖ *Im Rahmen des diagnostischen Prozesses erwerben sie erste Erfahrungen in der Anwendung des Screening-Instrumentes DeMoL-Pflege und reflektieren das Instrument im Hinblick auf den Theorie-Praxis Transfer bzw. die Anwendung im praktischen Handlungsfeld (optional für Tagesveranstaltungen in Präsenz).*
-

Spezifische Qualifikationsziele zum 3. Schulungselement:

- ❖ Im dritten Element der Schulung werden die erworbenen Kompetenzen im Rahmen der Bearbeitung einer Fallrekonstruktion mithilfe der Relevanzanalyse angewendet und eine hermeneutische Interpretation der Lebenswelt angeregt. Im Anschluss daran werden wesentliche Erkenntnisse des Erfahrungsaustausches verschriftlicht, um die Umsetzung im beruflichen Alltag zu unterstützen.
-

Entsprechend der Qualifikationsziele erwerben die Schulungsteilnehmenden folgende **schulungsübergreifende Lernergebnisse sowie Kompetenzen:**

Die Teilnehmenden erwerben erste Fähigkeiten:

- ❖ *in der Durchführung des Screening Instruments DeMoL-Pflege und reflektieren die Anwendung in der beruflichen Handlungspraxis (optional für Tagesveranstaltungen in Präsenz).*

Sie werden befähigt:

- ❖ Risiken, Ursachen, zentrale Symptome, Verlaufsformen sowie Folgen einer Depression bei älteren Menschen zu benennen und auf Basis eigener Erfahrungen diese fallbezogen zu identifizieren, zu beurteilen und mögliche Handlungsansätze abzuleiten.
- ❖ Herausforderungen, Dissonanzen aber auch Erfolge in ihrer beruflichen Alltagspraxis sowie die eigene Expertise sowie Kompetenzen zu erkennen und diese im interdisziplinären Austausch zu beleuchten.
- ❖ Im interdisziplinären Austausch innovative Maßnahmen sowie Lösungsansätze zur Betreuung von Bewohner*innen mit Depression begründet abzuleiten, Handlungsalternativen zu erarbeiten und in Wechselwirkung mit den beteiligten Berufsgruppen kritisch zu reflektieren.
- ❖ Einen Perspektivwechsel vorzunehmen und mögliche Bedürfnisse von Bewohner*innen mit Depression zu erkennen und im Rahmen der Maßnahmenentwicklung zu berücksichtigen.
- ❖ Eigene Handlungsräume im Rahmen ihrer beruflichen Alltagspraxis unter Berücksichtigung organisatorischer Rahmenbedingungen zu erkennen.
- ❖ Sich Arbeitsziele zu setzen.

Außerfachliche Kompetenzen

Die Teilnehmenden...

- ❖ Erlernen Methoden und Kompetenzen der Selbstreflektion
 - ❖ Entwickeln eine Sensibilität für interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Bedürfnisse von Bewohner*innen mit Depression
 - ❖ Gestalten die Arbeit in den Gruppen sowie den interdisziplinären Diskurs
-

3. Schulungssteckbrief

Weitere zentrale Rahmendaten zu dem Schulungskonzept sind in dem untenstehenden Steckbrief in einer übersichtlichen Form zusammengestellt, sodass alle wichtigen Eckdaten auf einem Blick ersichtlich sind:

Zentrale Schulungsinhalte:

- ❖ Vertiefte fachtheoretische Grundlagen zu Symptomen, Verlauf, Ursachen und Risikofaktoren einer Depression
- ❖ Differente Spannungsbögen und Fallrekonstruktionen
- ❖ *Einführung in das Screening Instrument DeMoL-Pflege zur Erkennung von Depressionen (optional für Tagesveranstaltungen in Präsenz)*

→ Weitere Inhalte variieren entsprechend den von den Teilnehmenden eingebrachten fallbezogenen Praxisbeispielen

Zielgruppe:

- ❖ Pflegefachpersonen (mit dreijähriger Ausbildung, Pflegehelfer*innen), Auszubildende, Betreuungspersonen (Mitarbeitende aus der Sozialen Arbeit, Alltagsbegleiter*innen)

Gruppenzusammensetzung:

- ❖ Möglichst berufsgruppenübergreifend

Teilnehmerzahl:

- ❖ 10-12 Personen (in Präsenz), 5-6 Personen (onlinegestütztes Format)

Lernform:

- ❖ (Online-)Seminar, Plenumsdiskussion, Übungen, kollegiale Beratung/Intervision, Reflexion

Zentrale didaktische Instrumente:

- ❖ Konstruktivismus, Spannungsbögen, Fallrekonstruktionen/Relevanzanalyse

Vier thematische Schwerpunktsetzungen analog der Spannungsbögen und zugehörigen Fallrekonstruktionen:

- ❖ Öffentlichkeit vs. Privatheit
- ❖ Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation
- ❖ Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung
- ❖ Emotionalität vs. Funktionalität

Prüfung: Keine

Teilnahmebescheinigung: Ja (Vordruck siehe Materialband)

Dauer: Tagesveranstaltung (in Präsenz), 3 Stunden (onlinegestütztes Format)

Inhaltliche Voraussetzungen:

- ❖ Keine; ggf. Schulungselement „Depressionen erkennen“ als Sharing/Grundlagenelement anbieten

Schulungsübergreifende Materialien:

- ❖ Spannungsbögen inkl. leitende Fragestellungen und Arbeitsblatt zur Strategieentwicklung für den Theorie-Praxis Transfer
- ❖ Ausdruck der Fallrekonstruktionen, der Präsentation, des *DeMoL-Pflege (optional für Tagesveranstaltungen in Präsenz)*

4. Empfohlener Ablauf onlinebasierter Schulungen

In der untenstehenden Tabelle ist der empfohlene Ablauf der Schulungen exemplarisch anhand der onlinebasierten Variation dargestellt. Hinweise auf Anpassungen bzw. Ergänzungen für Präsenzveranstaltungen sind in kursiver Schrift kenntlich gemacht.

	<i>Dauer</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Methode</i>	<i>Materialien</i>
Begrüßung	15 Min	❖ Kurze Vorstellung des Ablaufs sowie der Ziele der Schulung, Vorstellungsrunde		❖ PowerPoint Folie mit Fragestellungen für die Vorstellungsrunde (siehe Materialband)
Schulungselement 1 Übung mit dem „Spannungsbogen“: Gemeinsam neue Handlungsspielräume erkunden	60 Min	❖ Sensibilisierung & Selbstreflektion unter moderierter Anwendung eines Spannungsbogens sowie berufsgruppenübergreifender Erfahrungsaustausch ❖ Je nach thematischer Schwerpunktsetzung wird einer der folgenden Spannungsbögen aufgegriffen (siehe Materialband): <ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeit vs. Privatheit • Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation • Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung • Emotionalität vs. Funktionalität 	❖ Stilles Arbeiten und anschließender moderierter Erfahrungsaustausch zum Spannungsbogen ❖ Individuelle Dokumentation erster Erkenntnisse durch die Schulungsteilnehmenden auf dem Arbeitsblatt zur Strategieentwicklung „Theorie-Praxis Transfer“	❖ Ausdruck des entsprechenden Spannungsbogens inkl. leitenden Fragestellungen und Arbeitsblatt zur Strategieentwicklung „Theorie-Praxis Transfer“
Pause	10 Min			
Schulungselement 2 Fachwissen erweitern: Was ist Depression? Symptome, Verlauf, Ursachen und Risikofaktoren	15 Min	❖ Grundlagen zur Symptomatik Depression ❖ <i>Optional für Tagesveranstaltungen in Präsenz (in diesem Fall entsprechend mehr Zeit einplanen): Einführung zum DeMoL-Pflege und Umsetzung im Gesprächskontext</i>	❖ Seminar, Präsentation durch Durchführende der Schulung ❖ <i>Optional für DeMoL-Pflege:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rollenspiele in kleinen Gruppen mit anschließender Diskussion im Plenum</i> • <i>Entwicklung einer Handlungsempfehlung auf Basis der gemachten Erfahrungen mit Do's and Dont's zur Anwendung</i> 	❖ PowerPoint Präsentation (siehe Materialband) ❖ <i>Optional für DeMoL-Pflege: Ausdruck des DeMoL-Pflege</i>
Pause	5 Min			
Schulungselement 3 Fallrekonstruktion und Strategieentwicklung	60 Min	❖ Anwendung der vermittelten Inhalte, Transfer in den beruflichen Alltag und Entwicklung von Handlungsstrategien durch die moderierte Bearbeitung	❖ Die Teilnehmenden lesen die Fallrekonstruktion und beantworten im Plenum die Fragestellung was sie in	❖ Ausdruck der entsprechenden Fallrekonstruktion

für den Theorie-Praxis Transfer: Wie können Sie Ihren beruflichen Alltag zu einer Win-win-Situation umgestalten?		<p>einer zum Spannungsbogen thematisch passend gewählten Fallrekonstruktion unter Anwendung der Relevanzanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Optional für Präsenzveranstaltung: Einbezug von Berichten der Teilnehmenden aus der eigenen Praxis</i> 	<p>Bezug auf den beschriebenen Fall als wichtig und unwichtig empfunden haben</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Verschriftlichung durch den Moderator/der Moderatorin (Whiteboard) ❖ Individuelle Ergänzung des Arbeitsblatts zur Strategieentwicklung „Theorie-Praxis-Transfer“ durch die Schulungsteilnehmenden (Ausgabe erfolgte bereits im 1. Schulungselement) (siehe Materialband) 	
Ausklang und Feedbackrunde (ggf. Anschluss einer kurzen schriftlichen Evaluation mittels Evaluationsbogen (Vordruck siehe Materialband)	15 Min	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Take Home Message (Summary zu zentralen Zielen der Schulung) ❖ Feedbackrunde/Blitzlicht: ❖ Das hat mir heute gut gefallen/war hilfreich für mich.. ❖ Das war nicht so gut.. ❖ Das war neu für mich/das nehme ich mit in meinen beruflichen Alltag.. 	<p>Optional für Tagesveranstaltungen in Präsenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ballonfahrt ❖ Positives Feedback auf den Rücken schreiben 	/

5. Implementierungsempfehlung für die Schulungen

Da für die Betreuungspersonen in den kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen eine Fortbildungspflicht besteht, ist denkbar, die Schulungen in die Pflichtfortbildungen zu integrieren und auch Pflegefachpersonen hierzu einzuladen. Im Zuge dessen ist die Vergabe von Fortbildungspunkten möglich.

Im Projekt wurden auf Grundlage der bisherigen Erkenntnisse folgende Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet:

- ✓ Schulungsinhalte und -instrumente aus der Praxis heraus entwickeln und die Rahmenbedingungen der jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen berücksichtigen, sodass eine Umsetzung in die Handlungspraxis möglich wird
- ✓ Zielgruppen der Schulungen in die Konzeption einbeziehen, um kontinuierlich Bedarfe und Wünsche aus der Praxis aufzugreifen (partizipativer Ansatz)
- ✓ Berufsgruppenübergreifende Reflexionsräume sowie eine eigene Verortung in der beruflichen Alltagspraxis ermöglichen und somit gegenseitige Anerkennung fördern (insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung unterstützender Kulturen)
- ✓ Dazu anleiten, unterschiedliche Perspektiven einzunehmen, Handlungsspielräume zu erkennen und nutzbar zu machen
- ✓ Handlungsexpertise durch gezielte Wissensvermittlung erweitern
- ✓ Mitarbeitende befähigen, Screeninginstrumente in eine angenehme Gesprächssituation einzubetten
- ✓ Auch für Erkrankungen, die bisher nicht im Fokus der Pflege standen, Fortbildungen konzipieren und Räume zum Austausch ermöglichen
- ✓ Aufgabenfelder von Mitarbeiter*innen durch das Übertragen neuer Aufgaben wie Betreuung neu definieren und entsprechende Kompetenzen vermitteln
- ✓ Die Expertise von Mitarbeitenden anerkennen und mit ihnen Wege finden wie sie trotz möglicherweise erschwerenden Rahmenbedingungen den Bewohner*innen „gerecht werden“ können
- ✓ Die Schulungen regen ein Umdenken an und fördern somit die Weiterentwicklung der pflegerischen Expertise und Kompetenz
- ✓ Die onlinebasierte Umsetzung ersetzt keinen Erfahrungsaustausch in Präsenz (trotz positiver Evaluationsergebnisse)
- ✓ Es wurde ein weiterer Bedarf an Schulungen deutlich und projektexterne Schulungsanfragen sowie Anfragen zu Interviews mit Projektmitarbeitenden und Artikel an das Projektteam gestellt

Weiterführende Literatur:

Schulze, U.; Luft, L.; Kraus, K. (2021): Die „leisen Töne“ beachten. Umgang mit Depression in Altenpflegeeinrichtungen. Dr. med. Mabuse 254 (November/Dezember 2021), S. 52-54.

Quellen

- Büchtemann, D., Luppá, M., Bramesfeld, A. & Riedel-Heller, S. (2012). Incidence of Late-Life Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 142, 1-3, 172-179.
- Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) (2011): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) am 22. März 2011. Online verfügbar unter: https://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf (letzter Zugriff am 29.07.2021).
- Dornheim, J., Busch, J., Silberzahn-Jandt, G., Schulze, U. (2003): Ein empirisch begründetes Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege. In: *PR-InterNet* 5, 108-123.
- Gensichen, J., Muth, C., Butzlaff, M., Rosemann, T., Raspe, H., Müller de Cornejo, G., Beyer, M., Härter, M., Müller, U. A., Angermann, C. E., Gerlach, F. M., Wagner, E. (2006). Die Zukunft ist chronisch: Schwerpunkt das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 100, 365-374.
- Hirsch, R.D. & Kastner, U. (2004). Heimbewohner mit psychischen Störungen - Expertise. KDA-Schriftenreihe: Forum 38. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kramer, D., Allgaier, A.K., Fejtikova, S., Mergl, R. & Hegerl, U. (2009). Depression in nursing homes: prevalence, recognition, and treatment. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39, 4, 345-358.
- Lamnek S., Krell C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. 6. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Luppá, 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.
- Reich, K. (2010): *Systemisch-konstruktivistische Pädagogik: Einführung in die Grundlagen einer interaktionistisch-konstruktivistischen Pädagogik* Weinheim: Beltz
- Rosenthal, G. (2014). *Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung*. 4. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz, Juventa.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Tesky V.A., Schall, A., Schulze, U., Stangier, U., Oswald, F., Knopf, M., König, J., Blettner, M., Pantel, J. (2019). Depression in the nursing home: a cluster-randomized stepped-wedge study to probe the effectiveness of a novel case management approach to improve treatment (the DAVOS project). *BMC* 20:424, 1-8.



Schulungskonzept

Lebensalltag für Bewohner*innen mit Depression in stationären Altenpflegeeinrichtungen gestalten

Band 2 Materialband

Tipps, Empfehlungen, Anleitungen und Materialien

Dr. Lisa Luft
Katja Kraus
Prof. Dr. Ulrike Schulze
Hessisches Institut für Pflegeforschung, Juli 2022



Inhalt

1. Einführung in den Materialband und Aufbau	3
2. Erläuterung der Schulungselemente.....	5
2.1 Schulungselement 1: Übung mit dem „Spannungsbogen“: Gemeinsam neue Handlungsspielräume erkunden.....	5
2.1.1. Erläuterung der Anwendung am Beispiel des Spannungsbogens zur Selbst- vs. Fremdbestimmung (inkl. Druckvorlagen).....	7
2.1.2. Druckvorlage des Spannungsbogens zu Öffentlichkeit vs. Privatheit.....	10
2.1.3. Druckvorlage des Spannungsbogens zu Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation.....	11
2.1.4. Druckvorlage des Spannungsbogens zu Emotionalität vs. Funktionalität	13
2.2 Schulungselement 2: Fachwissen erweitern: Was ist Depression? Symptome, Verlauf, Ursachen und Risikofaktoren	15
2.3 Schulungselement 3: Fallrekonstruktion und Strategieentwicklung für den Theorie-Praxis Transfer: Wie können Sie Ihren beruflichen Alltag zu einer Win-win-Situation umgestalten?.....	21
2.3.1 Druckvorlage der Fallrekonstruktion zu Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung	24
2.3.2 Druckvorlage der Fallrekonstruktion zu Öffentlichkeit vs. Privatheit	25
2.3.3 Druckvorlage der Fallrekonstruktion zu Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation	26
2.3.4 Druckvorlage der Fallrekonstruktion zu Emotionalität vs. Funktionalität	27
3. Nutzung des Spannungsbogens als themen-, setting- und diagnoseunabhängiges Arbeitstool...28	
4. Vordruck des Schulungszertifikats	33
5. Evaluationsbogen.....	34
Evaluation des Schulungskonzepts <i>Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten</i>	34

1. Einführung in den Materialband und Aufbau

Der vorliegende Materialband ergänzt den ersten Band „Konzeptentwicklung“ zum Schulungskonzept Lebensalltag für Bewohner*innen mit Depression in stationären Altenpflegeeinrichtungen gestalten, in dem die Konzeptions- und Erprobungsphase, der empfohlene Schulungsablauf sowie ein Schulungssteckbrief publiziert sind (10.48718/d8tw-z811).

In dem vorliegenden Materialband wurden analog dem empfohlenen Schulungsverlauf die drei Schulungselemente mit allen relevanten didaktischen Instrumenten sowie Materialien mit kurzen Erläuterungen zusammengestellt, die zur Umsetzung ähnlicher Schulungen als Druck-Vorlage genutzt und modifiziert werden können.

Wie im ersten Band erläutert ist es Ziel der Schulungen, die Betreuung und Versorgung von Bewohner*innen mit Depression in Altenpflegeeinrichtungen zu verbessern, indem Mitarbeitende in stationären Altenpflegeeinrichtungen befähigt werden:

- ✓ Depressionen bei Bewohner*innen zu erkennen
- ✓ mögliche Perspektiven von Bewohner*innen mit Depression einzunehmen, Handlungsspielräume im beruflichen Alltag zu erkennen, um Bedürfnisse von Bewohner*innen mit Depression noch stärker beantworten zu können
- ✓ Arbeits-Tools in ihren beruflichen Alltag zu integrieren, die Reflexionsprozesse sowie einen Perspektivwechsel unterstützen und insbesondere zur Lösungsorientierung im Rahmen von Fallbesprechungen eingesetzt werden können.

Zudem regte der in den Schulungen eingebettete Erfahrungsaustausch dazu an, Kompetenzen sowie Expertisen gegenseitig anzuerkennen, sodass davon auszugehen ist, dass die Schulungen ebenfalls zu einer Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit beitragen werden, sofern ein berufsgruppenübergreifendes Angebot möglich ist.

Aufbau des Materialbands

Wie ausführlich in Band 1 beschrieben, beinhaltet das Schulungskonzept drei zentrale, aufeinander aufbauende Schulungselemente mit je unterschiedlichen didaktischen Ansätzen, die in der folgenden Abbildung in ihrer chronologischen Abfolge dargestellt sind:

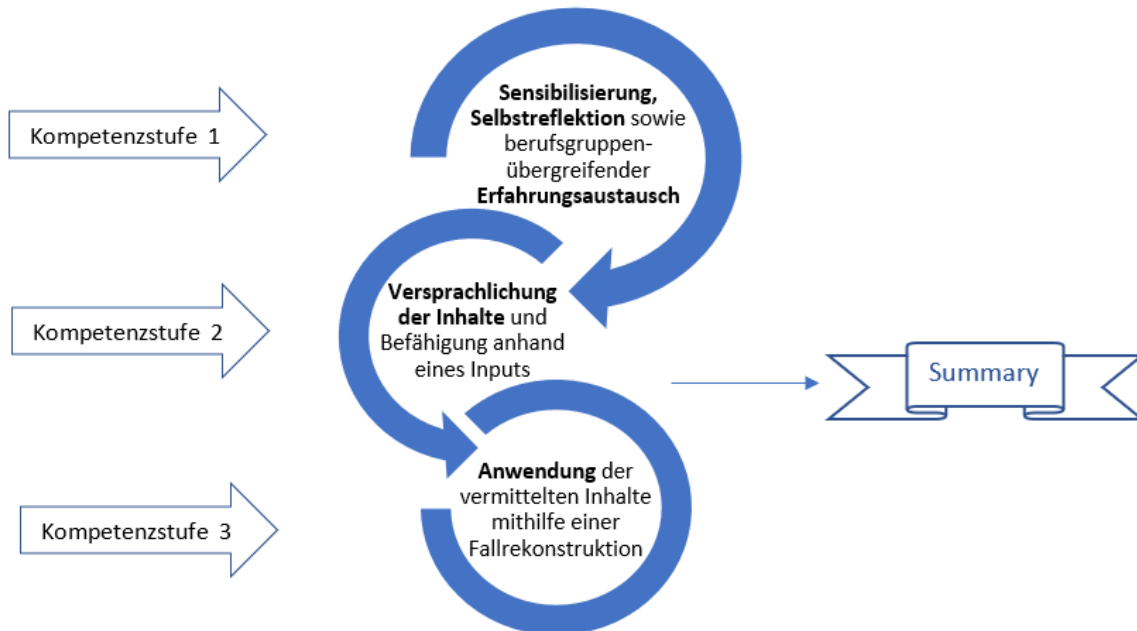


Abb. 1: Übersicht zum didaktischen Aufbau der Schulungen

Im vorliegenden Materialband sind die drei Schulungselemente in ihren je vier thematischen Spezifizierungsmöglichkeiten mit allen relevanten Materialien nähergehend erläutert:

- Selbst- vs. Fremdbestimmung
- Öffentlichkeit vs. Privatheit
- Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation
- Emotionalität vs. Funktionalität

Grundsätzlich sind die Abschnitte zu den einzelnen Elementen des Schulungskonzeptes zugunsten einer besseren Übersicht einheitlich aufgebaut. Einleitend finden sich zu jedem Schulungselement einige kurze Hinweise in tabellarischer Form zu:

- Übergeordneten Zielen des Schulungselements und den Kompetenzerwerb
- Den didaktischen Instrumenten
- Einzel- oder Gruppenarbeit und -größe
- Zeit für Vorbereitung, Durchführung und ggf. Nachbereitung des Schulungselements
- Benötigten Materialien zur Umsetzung
- Tipps & Empfehlungen

Schulungselement 2 beinhaltet jedoch einen feststehenden Foliensatz zum Themenschwerpunkt „Depressionen im Alter“, der für alle Themenschwerpunkte gleichbleibend war.

Anschließend wird die Nutzung des Spannungsbogens als themen-, setting- und diagnoseunabhängiges Arbeitstool vorgestellt, welches bei Bedarf ebenfalls in die Schulungen eingebettet werden kann. Die Anwendung des Arbeits-Tools ist für sämtliche Situationen bzw. Themenstellungen möglich und insbesondere im Rahmen von Fallbesprechungen empfehlenswert,

wenn beispielsweise zu herausfordernden Situationen im beruflichen Alltag aufgrund unterschiedlicher Lösungsansätze ein Gesprächsbedarf besteht und berufsgruppenübergreifend mögliche Handlungsansätze diskutiert bzw. entwickelt werden sollen.

Als Anlagen wurden auch der im Projekt erprobte Fragebogen zur schriftlichen Evaluation der Schulungen sowie ein Vordruck der Teilnahmebescheinigung beigefügt.

Abschließend gilt an dieser Stelle noch kurz darauf hinzuweisen, dass sich die, in diesem Band zusammengestellten Schulungsinstrumente ausschließlich auf das onlinegestützte Format beziehen (weitere Erläuterungen siehe Band 1).

2. Erläuterung der Schulungselemente

2.1 Schulungselement 1: Übung mit dem „Spannungsbogen“: Gemeinsam neue Handlungsspielräume erkunden

Das Wichtigste zum Schulungselement 1 in Kürze

<p>Übergeordnete Ziele des Schulungselements und Kompetenzerwerb</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Die Teilnehmenden werden mithilfe des „Spannungsbogens“ zu einer Selbstreflexion sowie zu einem Perspektivwechsel befähigt und nehmen neben ihrer eigenen Sichtweise auch mögliche Perspektiven der Bewohner*innen ein. ❖ Zudem arbeiten sie besondere Situationen mit Bewohner*innen mit Depression heraus. ❖ Hierbei werden sie außerdem für ihre eigene Expertise sensibilisiert. Sie erkennen, dass Lösungen für herausfordernde Situationen individuell zu entwickeln sind. ❖ Abschließend werden sie im Rahmen eines Erfahrungsaustausches dazu angeregt, neue Handlungsfreiräume in ihrem beruflichen Alltag zu erschließen, die zur Beantwortung von Bedürfnissen von Bewohner*innen mit Depression genutzt werden können. Dieser Austausch fördert die gegenseitige Anerkennung von Expertisen. ❖ Ein berufsgruppenübergreifender Austausch trägt zudem zu einer Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit bei und dazu voneinander zu lernen.
<p>Didaktisches Instrument</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Stilles Arbeiten und anschließender moderierter Erfahrungsaustausch zum Spannungsbogen ❖ Individuelle Dokumentation erster Erkenntnisse durch die Schulungsteilnehmenden auf dem Arbeitsblatt zur Strategieentwicklung „Theorie-Praxis Transfer“
<p>Gruppenarbeit & Gruppengröße</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 2-3 Personen pro Kleingruppe (für onlinegestütztes Format) → idealerweise berufsgruppenübergreifend, um die gegenseitige Anerkennung und interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken ❖ PLUS einen Moderator/eine Moderatorin
<p>Zeit für Vorbereitung, Durchführung und ggf. Nachbereitung</p>	<p>Insgesamt: 60 Minuten, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 10 Minuten zur Erläuterung des Spannungsbogens sowie des Arbeitsauftrages ❖ 5 Minuten Stillarbeit zur individuellen Beantwortung der leitenden Fragestellungen

des Schulungs- elements	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 15 Minuten für eine Kleingruppenarbeit zum Austausch zu den Fragestellungen ❖ 30 Minuten zur Diskussion der Ergebnisse im Plenum & Dokumentation zentraler Erkenntnisse durch die Schulungsteilnehmenden auf dem Arbeitsblatt
Benötigte Materialien zur Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ausdruck eines Spannungsbogens zu einem der thematischen Schwerpunkte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Öffentlichkeit vs. Privatheit ○ Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation ○ Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung ○ Emotionalität vs. Funktionalität ❖ Ausdruck der leitenden Fragestellungen ❖ Ausdruck des Arbeitsblattes zur Strategieentwicklung „Theorie-Praxis Transfer“ ❖ Stifte für Schulungsteilnehmende
Tipps & Empfehlungen	<p>Für die onlinegestützte Variation wurde durch das Projekt DAVOS Zoom genutzt, worüber es möglich war, für die Kleingruppenarbeit sogenannte Breakout Sessions einzurichten. Je nach Gruppendynamik variierte der zeitliche Bedarf für den Ergebnisaustausch. Es ist zu empfehlen, dass die Moderator*innen zwischendurch in den Kleingruppen die Möglichkeit eröffnen, Fragen zu klären und die zunächst abstrakt erscheinenden Pole der Spannungsbögen nochmals eingehender erläutern.</p>

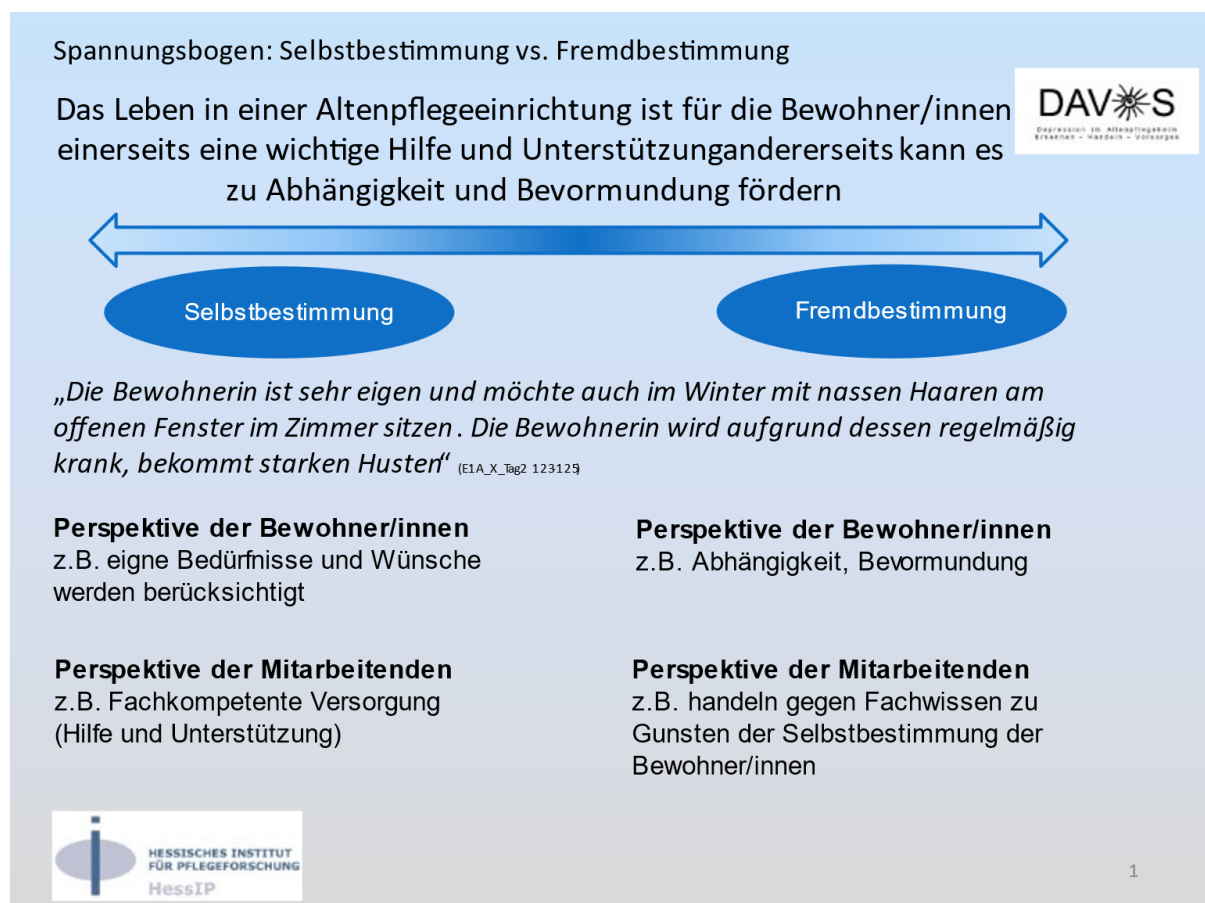
Durchführung des Schulungselements

Im ersten Schritt erfolgt die Erläuterung des Spannungsbogens mit dem zugehörigen Arbeitsauftrag (ca. 10 Minuten). Wie eine entsprechende Erläuterung des Spannungsbogen ausgestaltet werden kann, wird exemplarisch am Spannungsbogen zur „Selbst- vs. Fremdbestimmung“ beschrieben. Die Spannungsbögen mit den weiteren drei thematischen Spezifizierungsmöglichkeiten sind in den darauffolgenden Abschnitten als Druckvorlage eingefügt. Die Einführung und Anwendung gestaltet sich analog zum Spannungsbogen „Selbst- vs. Fremdbestimmung“.

Auf allen Spannungsbögen sind analog zum Titel des Spannungsbogens je zwei kontrastierende inhaltliche Ausprägungen als Gegenpole auf einem Kontinuum dargestellt. Zur Übersetzung bzw. Operationalisierung der Ausprägungen wurden unter den Polen mögliche Perspektiven der Bewohner*innen sowie Mitarbeitenden eingefügt. Diese basieren auf Erkenntnissen der teilnehmenden Beobachtungen, die im Projekt DAVOS durchgeführt wurden und die eine zentrale Grundlage für die entwickelten didaktischen Instrumente darstellten (vgl. Band 1). Somit sind die Perspektiven lediglich als Anregungen oder Denkanstöße zu verstehen, die durch eigene Beispiele der Teilnehmenden ausgetauscht oder ergänzt werden können. Weiterhin wurde über jeden Spannungsbogen eine übergeordnete These formuliert, die jeweils mit einem Zitat aus den teilnehmenden Beobachtungen unterlegt wird. Dieses zunächst abstrakt dargelegte didaktische Prinzip wird nun anhand des Spannungsbogens mit der thematischen Spezifizierung „Selbst- vs. Fremdbestimmung“ näher erläutert.

2.1.1. Erläuterung der Anwendung am Beispiel des Spannungsbogens zur Selbst- vs. Fremdbestimmung (inkl. Druckvorlagen)

Wie im unteren Schaubild gut zu erkennen ist, sind hier die Ausprägungen „Selbst-“ und „Fremdbestimmung“ als Gegenpole auf einem Kontinuum dargestellt und bilden ein Spannungsverhältnis im beruflichen Alltag in einer Altenpflegeeinrichtung ab, welches im Projekt DAVOS häufig beobachtet wurde. Die These über dem Spannungsbogen lautet: „Das Leben in einer Altenpflegeeinrichtung ist für die Bewohner*innen einerseits eine wichtige Hilfe und Unterstützung, kann andererseits jedoch ebenfalls Abhängigkeit und Bevormundung fördern.“ Unterlegt ist die These mit einem zusätzlichen Zitat aus den teilnehmenden Beobachtungen „Die Bewohnerin ist sehr eigen und möchte auch im Winter mit nassen Haaren am offenen Fenster im Zimmer sitzen. Die Bewohnerin wird aufgrund dessen regelmäßig krank, bekommt starken Husten“.



Unter den jeweiligen Polen sind Beispiele sowohl aus der Perspektive der Bewohner*innen als auch aus der Perspektive der Mitarbeiter*innen aufgeführt, um die Ausprägungen zu operationalisieren bzw. zu übersetzen. Diese sind als Denkanstöße oder Anregungen zu verstehen, die durch die Teilnehmenden ersetzt oder ergänzt werden können. In diesem Beispiel kann Selbstbestimmung für Bewohner*innen möglicherweise bedeuten, dass ihre eigenen Bedürfnisse stärker berücksichtigt werden. Aus Perspektive der Mitarbeitenden kann Selbstbestimmung bedeuten, dass es ihnen möglich ist, ihre Arbeit fachkompetent auszuführen. Fremdbestimmung kann sich hingegen förderlich auf eine Bevormundung und Abhängigkeit der Bewohner*innen auswirken und möglicherweise ebenfalls dazu führen, dass Mitarbeitende gegen ihr Fachwissen zugunsten der Selbstbestimmung der Bewohner*innen handeln.

Weiterhin werden die Schulungsteilnehmenden in Form einer fünfminütigen Stillarbeit bzw. Selbstreflexion und unterstützt durch fünf leitende Fragestellungen angeregt, ihre Routinen zu hinterfragen, die eigene Sichtweise sowie die Perspektive der Bewohner*innen einzunehmen und darum gebeten zu überlegen, welche Herausforderungen, Lösungsmöglichkeiten bzw. -strategien sowie Beispiele sie hierzu aus ihrer beruflichen Alltagspraxis kennen. Im Zuge dessen werden die Mitarbeitenden ebenfalls darum gebeten, sich selbst im Hinblick auf ihren Arbeitsbereich sowie die Bewohner*innen auf dem Spannungsbogen zu verorten sowie mögliche Unterschiede zwischen Bewohner*innen mit und ohne Depression herauszuarbeiten.

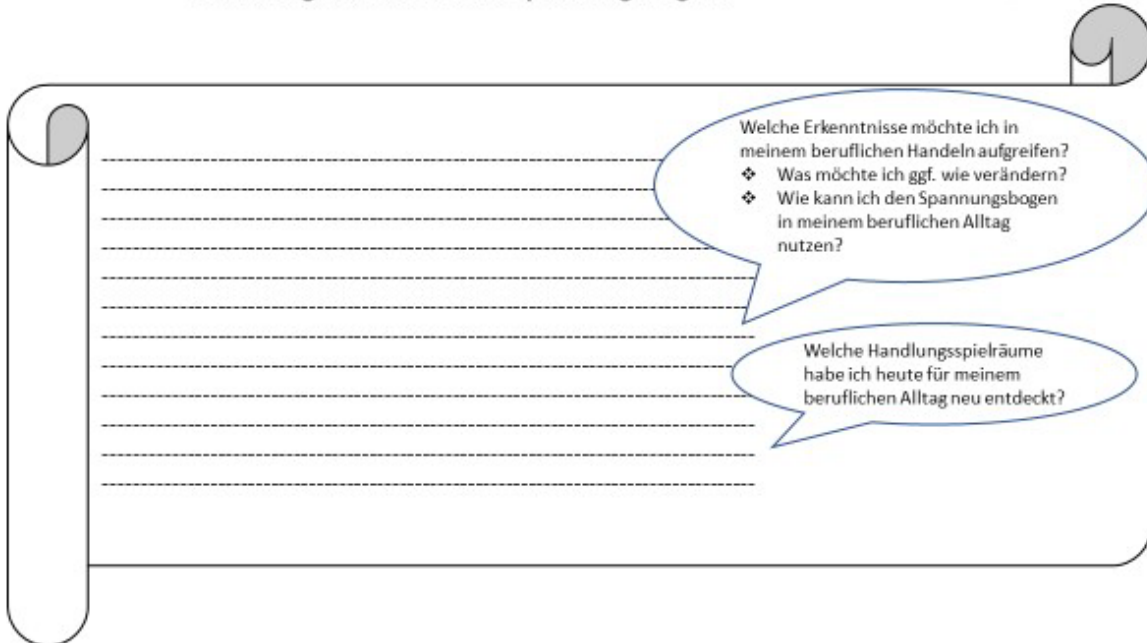
Im Schaubild sind Selbstbestimmung und Fremdbestimmung als Gegenpole dargestellt.

- ❖ Wenn Sie an Ihren Arbeitsbereich denken, an welcher Stelle im Schaubild sehen Sie die Bewohner/innen und sich selbst als Mitarbeiter/-in der Altenpflegeeinrichtung?
- ❖ Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede zwischen Bewohner/innen mit und ohne Depression?
- ❖ Welche Situationen kennen Sie hierzu aus Ihrem beruflichen Alltag?
- ❖ Welche Herausforderungen haben Sie im Umgang mit Depressionen schon erlebt?
- ❖ Welche Strategien sind denkbar, um die Herausforderungen zu bewältigen?

Im Anschluss an diese Stillarbeitsphase folgt ein fünfzehnminütiger und möglichst berufsgruppenübergreifender Erfahrungsaustausch in Kleingruppen (2-3 Personen). Hierbei tauschen sich die Teilnehmenden über ihre Antworten zu den leitenden Fragestellungen aus, bringen Beispiele aus ihrem beruflichen Alltag ein und beleuchten erlebte Herausforderungen in Bezug auf Bewohner*innen mit Depression. Zentral ist es hierbei, den Mitarbeitenden gegenüber zu kommunizieren, dass es hierbei kein richtig und falsch gibt. Abschließend erfolgt eine moderierte, ca. dreißigminütige Diskussion der zentralen Erkenntnisse aus den Kleingruppen im Plenum. Dieser kollegiale Austausch wirkt sich förderlich auf die gegenseitige Anerkennung von Expertisen sowie die Verknüpfung mit praktischen Erfahrungen aus und es werden praxisnahe, umsetzbare Handlungsstrategien für den beruflichen Alltag entwickelt. Sofern der Austausch auch berufsgruppenübergreifend möglich ist, eröffnen sich hierbei möglicherweise ebenfalls neue Wege der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Zudem können die Teilnehmenden auf dem untenstehenden Bogen Erkenntnisse dokumentieren, die für sie relevant sind und die den späteren Transfer in die Praxis unterstützen.

Meine wichtigsten Erkenntnisse aus dem Erfahrungsaustausch zum Spannungsbogen:



Welche Erkenntnisse möchte ich in
meinem beruflichen Handeln aufgreifen?
❖ Was möchte ich ggf. wie verändern?
❖ Wie kann ich den Spannungsbogen
in meinem beruflichen Alltag
nutzen?

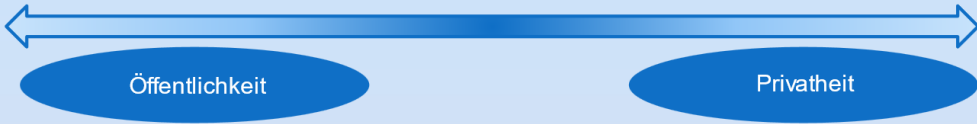
Welche Handlungsspielräume
habe ich heute für meinem
beruflichen Alltag neu entdeckt?

In der Umsetzungsphase im Rahmen des Projektes DAVOS wurde anhand der Rückmeldungen der Teilnehmenden deutlich, dass auf dem Spannungsbogen keine eindeutige Verortung möglich ist, sondern diese einer individuellen Prägung unterliegt. Somit schärft die Übung mithilfe des Spannungsbogens zu Beginn der Schulung das Verständnis für das Prinzip der Schulung – dass Handlungsempfehlungen im Umgang mit allgemeinen, herausfordernden Situationen im Umgang mit Bewohner*innen mit Depression zwar durchaus sinnvoll, jedoch in der Anwendung situationsabhängig zu beurteilen und keineswegs als prozesshafte, starre Handlungsanleitungen zu verstehen sind.

2.1.2. Druckvorlage des Spannungsbogens zu Öffentlichkeit vs. Privatheit

Spannungsbogen: Öffentlichkeit vs. Privatheit

Die privaten und öffentlichen Räume in stationären Pflegeeinrichtungen sind fließend.



Öffentlichkeit

„es ist schwer zu ertragen, ich habe nun „keinen Teller, keine Tasse“ mehr, mein ganzer Haushalt ist verschwunden“
(E1A_Y138-140)

Perspektive der Bewohner/innen
z.B. viele Kontakte und Abwechslung



Perspektive der Mitarbeitenden
z.B. berufliche Arbeit wird öffentlich (bspw. in Gemeinschaftsräumen)

Privatheit

„ein Stück Heimat sollte jeder mitbringen können“ (E1A_Y138140)

Perspektive der Bewohner/innen
z.B. das Gefühl des „zu Hause seins“

Perspektive der Mitarbeitenden
z.B. bedürfnisgerechte Pflege






1

Öffentlichkeit vs. Privatheit

Im Schaubild sind Öffentlichkeit und Privatheit als Gegenpole dargestellt.

- ❖ Wenn Sie an Ihren Arbeitsbereich denken, an welcher Stelle im Schaubild sehen Sie die Bewohner/innen und sich selbst als Mitarbeiter/-in der Altenpflegeeinrichtung?
- ❖ Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede zwischen Bewohner/innen mit und ohne Depression?
- ❖ Welche Situationen kennen Sie hierzu aus Ihrem beruflichen Alltag?
- ❖ Welche Herausforderungen haben Sie im Umgang mit Depressionen schon erlebt?
- ❖ Welche Strategien sind denkbar, um die Herausforderungen zu bewältigen?

2

2.1.3. Druckvorlage des Spannungsbogens zu Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation

Spannungsbogen: soziale Partizipation vs. soziale Isolation

Soziale Teilhabe im Alter erfordert Eigenständigkeit und Selbstvertrauen

DAV S
Depression im Alter
Erkennen - Handeln - Vorbeugen

„Die Bewohnerin resümiert, dass sie auch in der Einrichtung keine Freunde mehr hat. Sie war vor dem Einzug selbstständig. Anfangs konnte sie sich noch um ihre Wäsche kümmern, jetzt ist alles zu viel. An den Beschäftigungsangeboten nimmt sie gerne teil, aber die decken nur eine geringen Zeit am Tage ab.“ (E3A_X_Tag3 340344)

<p>Perspektive der Bewohner/innen z.B. die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten, Essen in den Gemeinschaftsräumen</p> <p>Perspektive der Mitarbeitenden z.B. Gemeinsame Aktivitäten, psychosoziale Begleitung der Bewohner/innen</p>	<p>Perspektive der Bewohner/innen z.B. auf Grund von Immobilität alleine in Gemeinschaftsräumen sitzen, inneren Rückzug, Beschäftigungsangebote sprechen nicht an</p> <p>Perspektive der Mitarbeitenden z.B. Können durch geringe personelle Besetzung keine Ansprache ermöglichen. Haben selbst keinen Rückzugsort um Kraft zu schöpfen.</p>
--	---

1

Spannungsbogen: soziale Partizipation vs. soziale Isolation

Soziale Teilhabe im Alter erfordert Eigenständigkeit und Selbstvertrauen

DAV S
Depression im Alter
Erkennen - Handeln - Vorbeugen

„Es gibt ein paar Leute die kann man leiden und ein paar die kann man nicht leiden. Zu mir hat einer am Anfang der Tage gesagt, was wollen sie eigentlich von mir? Als ich ihn versucht habe anzusprechen und seitdem redet er nicht mehr mit mir (...) Es ist mir egal, er tut mir nicht weh aber es ist halt so“

<p>Perspektive der Bewohner/innen z.B. die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten, Essen in den Gemeinschaftsräumen</p> <p>Perspektive der Mitarbeitenden z.B. Gemeinsame Aktivitäten, psychosoziale Begleitung der Bewohner/innen</p>	<p>Perspektive der Bewohner/innen z.B. auf Grund von Immobilität alleine in Gemeinschaftsräumen sitzen, inneren Rückzug, Beschäftigungsangebote sprechen nicht an</p> <p>Perspektive der Mitarbeitenden z.B. Können durch geringe personelle Besetzung keine Ansprache ermöglichen. Haben selbst keinen Rückzugsort um Kraft zu schöpfen.</p>
--	---

2

Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation

Im Schaubild sind Soziale Partizipation und Soziale Isolation als Gegenpole dargestellt.

- ❖ Wenn Sie an Ihren Arbeitsbereich denken, an welcher Stelle im Schaubild sehen Sie die Bewohner/innen und sich selbst als Mitarbeiter/-in der Altenpflegeeinrichtung?
- ❖ Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede zwischen Bewohner/innen mit und ohne Depression?
- ❖ Welche Situationen kennen Sie hierzu aus Ihrem beruflichen Alltag?
- ❖ Welche Herausforderungen haben Sie im Umgang mit Depressionen schon erlebt?
- ❖ Welche Strategien sind denkbar, um die Herausforderungen zu bewältigen?

2.1.4. Druckvorlage des Spannungsbogens zu Emotionalität vs. Funktionalität

Spannungsbogen: Emotionalität vs. Funktionalität

Pflegerisches Handeln bedeutet eine emotionale und soziale Beziehung im Rahmen von vorgegebenen Konzepten zu gestalten

DAV S
Depression im Altenheim
Erkennen - Handeln - Vorbeugen

„die Bewohnerin sagt ihr sei die Nacht zu kurz und sie wollte so gerne länger schlafen. Die Pflegefachperson antwortet, dass sie das am Wochenende gerne tun kann, sie würde den Kolleg/-innen Bescheid sagen. Sie lehnt jedoch ab, weil sie dann alleine frühstücken müsste“ (E3B_Y_215219)

<p>Perspektive der Bewohner/innen z.B. Gefühle zeigen auch wenn die Pflegefachpersonen nicht zur Familie gehören</p> <p>Perspektive der Mitarbeitenden z.B. Gefühlen von Bewohner/ -innen Raum geben, Routine verlassen</p>	<p>Perspektive der Bewohner/innen z.B. Abwertung in der Profession, durch delegieren berufsfremder Aufgaben</p> <p>Perspektive der Mitarbeitenden z.B. Schutz vor emotionalen Belastungen</p>
---	---

1

Spannungsbogen: Emotionalität vs. Funktionalität

Pflegerisches Handeln bedeutet eine emotionale und soziale Beziehung im Rahmen von vorgegebenen Konzepten zu gestalten

DAV S
Depression im Altenheim
Erkennen - Handeln - Vorbeugen

„die Musik im Essenraum spielt sehr laut und eine Bewohnerin klopft mit ihren Händen im Takt auf den Tisch. Zwei Pflegefachperson verabreichen den anderen Bewohner/innen die Medikamente und sprechen gegen die laute Musik und das Klopfen an. Als sich beide anschauen und Richtung des Radios blicken, sagt die eine der beiden „Ja, manchmal nervt es“ und macht das Radio aus.“ (E2B_Y_302307)

<p>Perspektive der Bewohner/innen z.B. Gefühle zeigen auch wenn die Pflegefachpersonen nicht zur Familie gehören</p> <p>Perspektive der Mitarbeitenden z.B. Gefühlen von Bewohner/ -innen Raum geben, Routine verlassen</p>	<p>Perspektive der Bewohner/innen z.B. Abwertung in der Profession, durch delegieren berufsfremder Aufgaben</p> <p>Perspektive der Mitarbeitenden z.B. Schutz vor emotionalen Belastungen</p>
---	---

2

Emotionalität vs. Funktionalität

Im Schaubild sind Emotionalität und Funktionalität als Gegenpole dargestellt.

- ❖ Wenn Sie an Ihren Arbeitsbereich denken, an welcher Stelle im Schaubild sehen Sie die Bewohner/innen und sich selbst als Mitarbeiter/-in der Altenpflegeeinrichtung?
- ❖ Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede zwischen Bewohner/innen mit und ohne Depression?
- ❖ Welche Situationen kennen Sie hierzu aus Ihrem beruflichen Alltag?
- ❖ Welche Herausforderungen haben Sie im Umgang mit Depressionen schon erlebt?
- ❖ Welche Strategien sind denkbar, um die Herausforderungen zu bewältigen?

2.2 Schulungselement 2: Fachwissen erweitern: Was ist Depression? Symptome, Verlauf, Ursachen und Risikofaktoren

Das Wichtigste zum Schulungselement 2 in Kürze	
Übergeordnete Ziele des Schulungselements und Kompetenzerwerb	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Die im Rahmen des Erfahrungsaustausches aufgegriffenen Inhalte werden durch einen fachlichen Input bzw. die Vermittlung von Fachwissen zum Themenschwerpunkt „Depression im Alter“ versprochen. ❖ Der Wissensstand der Teilnehmenden wird bei Bedarf angeglichen.
Didaktisches Instrument	❖ Präsentation
Gruppenarbeit & Gruppengröße	❖ Plenum
Zeit für Vorbereitung, Durchführung und ggf. Nachbereitung des Schulungselements	❖ 15 Minuten
Benötigte Materialien zur Umsetzung	❖ Auf Wunsch Ausdruck der Präsentation
Tipps & Empfehlungen	Bei der Präsentation ist darauf zu achten, den Teilnehmenden ausreichend Raum für offene Fragen zu geben. Häufig zeigte sich in der Umsetzung im Rahmen des Projektes DAVOS, dass die Teilnehmenden konkrete Beispiele aus ihrem beruflichen Alltag einbringen und Lösungsvorschläge für Herausforderungen entwickeln möchten. Zudem waren für die Teilnehmenden Inhalte zur Unterscheidung von Depression und Demenz von einem ganz besonderen Interesse. Auch die Vorstellung kleiner Aktivitäten, die sie in die Versorgung und Betreuung für Bewohner*innen mit Depression einfließen lassen können, wurde begrüßt.

Durchführung des Schulungselements

In der folgenden Präsentation wird zunächst auf die Entstehung einer Depression im Alter eingegangen. Daran anschließend werden Folgen einer unerkannten und unbehandelten Depression aufgezeigt. Auf den Folien 3- 6 sind die Symptome dargelegt, die in Form von typischen Beschwerden und Auffälligkeiten erläutert werden. Auf der letzten Folie wird in einer Gegenüberstellung eine Abgrenzung von Depression und Demenz vorgenommen.

Eine vertonte Präsentation steht unter folgenden Link zur Verfügung:

Fachwissen und Sensibilisierung



Schulungskonzept

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten

Katja Kraus (M.A.), Lisa Luft (M.Sc.), Prof. Dr. Ulrike Schulze
Hessisches Institut für Pflegeforschung
Projekt DAVOS „Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell“



Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten



Depressionen im Alter

- Ab 65 Jahren spricht man von Altersdepression
- Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für eine Depression
 - Stimmung ist negativ verändert: Freudlosigkeit
 - Niedergeschlagenheit
 - Antriebslosigkeit
- Hauptsymptome sind oft von körperlichen Beschwerden überlagert
- Symptome sind unspezifisch
 - Kopf- und Rückenschmerzen
 - Schwindelanfälle
 - Magen-Darm-Beschwerden

➡ **die eigentlich typische Stimmungsveränderung erfolgt meist schleichend im Hintergrund**

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten

Folgen von einer unbehandelten und unerkannten Depressionen im Alter:

- Lebensqualität reduziert sich
- Rückzug & Isolation
- Verlust der sozialen Teilhabe
- Multimorbidität
- Risiko für Hospitalisierung
- Mortalitätsrisiko

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

- Menschen mit Depression sind nur schwer zu Aktivitäten zu motivieren
- Außenstehende bemerken einen Rückzug, oftmals beklagen die Menschen mit Depression es auch selbst

Niedergeschlagenheit, Schwermut und Hoffnungslosigkeit

- Nonverbale Signale z.B. Mimik und Lautäußerungen
- Tagesschwankungen sind möglich
- Morgentief - nach dem Aufwachen ist die Stimmung oft besonders schlecht

Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

- Alltagsaktivitäten können reduziert sein
- Selbstversorgung ist im Extremfall gefährdet

Depression - Symptome



Schlafschwierigkeiten oder vermehrter Schlaf

- Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie Zu-Früh-Erwachen
- Grübeleien in der Nacht
- Schlafstörungen treten gehäuft zu Beginn der Erkrankung auf

Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen

- Appetitlosigkeit in depressiven Episoden
- Essen wird oft als geschmacksarm beschrieben
- Appetitverstärkung oder eine Gewichtszunahme in seltenen Fällen

Schlechte Meinung von sich selbst (Gefühl der Wertlosigkeit)

- Fähigkeiten werden unterschätzt
- Schuldgefühle
- Übernahme von Verantwortung für negative Ereignisse



Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten

Konzentrationsschwierigkeiten

- Menschen mit Depression fällt es schwer, Anweisungen oder Ausführungen zu folgen
- Konzentrationsprobleme machen sich gerade bei Alltagsaktivitäten wie Fernsehen oder Zeitunglesen bemerkbar

Innere Ruhelosigkeit

- Menschen mit Depression können eine quälende innere Unruhe empfinden und z.B. nicht in der Lage sein, still zu sitzen
- Bewegungsdrang
- Veränderungen lassen sich meist gut in der Fremdwahrnehmung beobachten

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten

Gedanken an den Tod

- Lebensmüdigkeit
- wiederkehrendes Klagen, es wäre besser, man wäre nicht mehr da
- keine konkreten Pläne

Konkrete Suizidabsichten oder Suizidpläne

- Depressionen sind häufig die Ursache von vollendeten Suiziden
- sofortige Intervention (z.B. hausinterner Notfallplan)

Klagen über unspezifische körperliche Beschwerden

- bspw. Kopf und Rückenschmerzen, Schwindelgefühle oder MagenDarm-Beschwerden
- Klagen kommen viel häufiger als sonst
- andere Erkrankungen können als Ursache ausgeschlossen werden

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten

Depression	Demenz
Rascher Beginn und schnelles Fortschreiten (Wochen, Monate)	Schleichender Beginn (Monate, Jahre)
Orientierung meist vollständig vorhanden	Bereits früh Orientierungsstörungen
Häufiges Klagen und Grübeln	Kaum Klagen über Defizite
Oftmals Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, aber keine schweren kognitiven Störungen	Zunehmend kognitive Störungen: Gedächtnis, aber auch logisches Denken, Auffassung, Aufmerksamkeit
Leistungsschwankungen bei Tests	Leistungsminderung bei Tests
Schlafstörung mit Grübeln	Zunehmend nächtliche Unruhe und Umtriebigkeit
Morgentief und abendliche Stimmungsaufhellung	Abends eher schlechtere Verfassung
Häufig Schuldgefühle über angebliche Versäumnisse und Leistungseinbußen	Kognitive Probleme werden eher anderen Personen oder Umständen zugeschrieben
Rückzugstendenzen aus sozialem Umfeld	Versuche, die „Fassade“ aufrechtzuerhalten und eigene Einbußen zu verharmlosen

(vgl. Hautzinger 2016, S.29f.)

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten

Die Druckvorlagen für die Spannungsbögen finden Sie im Materialband 2

Spannungsbögen

- Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung
- Öffentlichkeit vs. Privatheit
- Soziale Partizipation vs. soziale Teilhabe
- Emotionalität vs. Funktionalität

Anwendung des Arbeitstool

- Nutzung des Spannungsbogens als themen-, setting- und diagnoseunabhängiges Arbeitstool

Literatur:

Fellgiebel, A.; Hautzinger, M. (2017): Altersdepression. Ein interdisziplinäres Handbuch. Berlin: Springer

Haarig, F.; Schade, H. (2019): Demenz und Depression Symptome erkennen – individuell begleiten. Hannover: Vincentz

Hautzinger, M. (2006): Wenn Ältere schwermütig werden. Hilfe für Betroffene und Angehörige bei Depression im Alter Weinheim: Beltz

Hautzinger, M. (2016): Depression im Alter. Psychotherapeutische Behandlung für das Einzel- und Gruppensetting. 2. Auflage. Weinheim: Beltz

Hax-Schoppenhorst, Th.; Jünger, St.; Sönke, A. (2016): Das Depressions-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe: Menschen mit Depressionen gekonnt pflegen und behandeln. Bern: Hofgrefe

Noelle, R. (2015): Symptome richtig abgrenzen Demenz, Depression oder Delir? In: Heilberufe-Das Pflegemagazin, 67 (4), S. 28-30

2.3 Schulungselement 3: Fallrekonstruktion und Strategieentwicklung für den Theorie-Praxis Transfer: Wie können Sie Ihren beruflichen Alltag zu einer Win-win-Situation umgestalten?

Das Wichtigste zum Schulungselement 3 in Kürze	
Übergeordnete Ziele des Schulungselements und Kompetenzerwerb	❖ Die Teilnehmenden werden unterstützt, die vermittelten Inhalte mithilfe einer sogenannten Relevanzanalyse unter Anwendung einer Fallrekonstruktion anzuwenden unterschiedliche Perspektiven einzunehmen und die Lebenswelt somit hermeneutisch zu interpretieren.
Didaktisches Instrument	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fallrekonstruktion (thematisch passend zum bereits angewendeten Spannungsbogen) ❖ Moderation der Diskussion inkl. der Dokumentation zentraler Aspekte, die mithilfe der Relevanzanalyse herausgearbeitet werden ❖ Individuelle Dokumentation weiterer Erkenntnisse durch die Schulungsteilnehmenden auf dem Arbeitsblatt zur Strategieentwicklung „Theorie-Praxis Transfer“
Gruppenarbeit & Gruppengröße	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Plenum ❖ PLUS einen Moderator/eine Moderatorin
Zeit für Vorbereitung, Durchführung und ggf. Nachbereitung des Schulungselements	60 Minuten inkl. Lesen der Fallrekonstruktion
Benötigte Materialien zur Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ausdruck der Fallrekonstruktion, die thematisch zum bereits angewendeten Spannungsbogen passend ist ❖ Ausdruck des Arbeitsblattes zur Strategieentwicklung „Theorie-Praxis Transfer“ (wurde bereits im Zuge von Schulungselement 1 ausgehändigt) ❖ Stifte für Schulungsteilnehmende

Durchführung des Schulungselements

Hintergrund und Zielsetzung

Bei der Methode der Fallrekonstruktion werden Interaktionen, die sich wechselseitig beeinflussen, betrachtet. Die Bearbeitung der Fallvignette erfolgt in der Schulung durch einen Perspektivwechsel und ein Hineinversetzen in die Protagonist*innen.

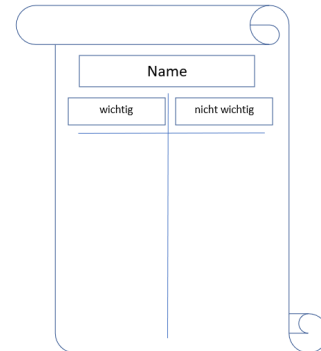
Dazu werden die Teilnehmenden aufgefordert in die Rolle der Protagonist*innen der Fallvignette gedanklich zu schlüpfen und der Frage nachzugehen: Was ist der Person in der beschriebenen Situation wichtig? In einem zweiten Schritt wird die Frage gestellt: Was ist der Person in der beschriebenen Situation nicht wichtig? In dieser Art und Weise werden alle Protagonist*innen besprochen.

Die Teilnehmenden haben so die Möglichkeit sich in jede Person hineinzusetzen und Verhaltensweisen kritisch zu hinterfragen sowie Motive des Handelns zu analysieren. In der Nachbesprechung der Methode können eigene unbewusste Denk- und Handlungsmuster erkannt und Handlungsstrategien festgehalten werden, die sich in der Umsetzung im beruflichen Handlungsfeld wiederfinden.

Vorbereitung:

Die Teilnehmenden bekommen die Fallvignette zum Lesen. Dabei ist es sinnvoll diese in ausgedruckter Form zur Verfügung zu stellen. So besteht in der Bearbeitung die Möglichkeit Notizen anzufertigen. Im Onlineformat wurden den Teilnehmenden die Materialien vor Beginn der Schulung per Mail zugesandt.

Für alle Protagonist*innen wird ein Flipchart Papier vorbereitet (im Onlineformat eine Tabelle, die über den Bildschirm freigegeben wird. Alternativ kann die Funktion des Whiteboards eingesetzt werden). Auf diesem werden die Namen, der im Fall beschriebenen Personen notiert und zwei Spalten angelegt, die mit „wichtig“ und „nicht wichtig“ benannt werden.



Das Diagramm zeigt ein Flipchart-Papier mit einer Tabelle. Die Tabelle hat eine Spalte für den Namen und zwei Spalten für die Bewertung der Wichtigkeit. Die Spaltenüberschriften sind 'wichtig' und 'nicht wichtig'.

Name	wichtig	nicht wichtig

Durchführung:

Stillarbeit- Einlesen in den Fall

Jede*r Teilnehmende erhält einen Ausdruck mit relevanten Informationen zu den Personen, ggf. der Situation sowie der Fallbeschreibung.

Die Teilnehmenden werden instruiert sich bereits beim Lesen in die Protagonist*innen hineinzuversetzen und die Situation aus deren Blickwinkel zu betrachten. Für die Stillarbeit sollte ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt werden, um das Hineinversetzen zu gewährleisten.

Besprechung erster Reaktionen – Klärung möglicher Verständnisfragen

Die ersten Reaktionen können in dem zweiten Bearbeitungsschritt aufgefangen und in der Gruppe diskutiert werden. Es kann hier in Bezug auf den Fall zu spontanen emotionalen Äußerungen kommen. Für die weitere Vorgehensweise ist es wichtig, mögliche Abwehrreaktionen und/oder Unverständnisse zu klären und die Teilnehmenden im folgenden Schritt darauf vorzubereiten ihre eigenen Denk- und Handlungsmuster abzulegen und aus der Perspektive der Protagonist*innen den Fall zu betrachten.

Herausarbeiten der Relevanzen

Zunächst wird ein*e Protagonist*in von der moderierenden Person ausgewählt und den Teilnehmenden das vorbereitete Flipchart Papier präsentiert. Begonnen wird mit der Spalte „wichtig“. Es werden alle Teilnehmenden aufgefordert ihre Gedanken zu äußern. Von der moderierenden Person werden diese in Stichpunkten notiert. Es werden alle genannten Aspekte aufgenommen, auch wenn sich die Gruppe über einen genannten Punkt uneinig sein sollte. In dieser Bearbeitungsphase sollten die Teilnehmenden darin bestärkt werden ihre Gedanken frei auszuführen und dass es keine richtigen und falschen Aussagen dazu gibt. Je kontroverser die Gruppe diskutiert, umso breiter gestaltet sich das Spektrum der Fallrekonstruktion.

Im Anschluss daran werden die Betrachtungsweisen, die als „nicht wichtig“ empfunden werden, gesammelt. Finden sich keine weiteren neuen Gesichtspunkte, wird mit dem/der nächsten Protagonist*in ebenso verfahren.

Auswertung der Fallrekonstruktion

Nachdem alle handelnden Personen im Fall besprochen wurden, werden alle Flipchart Papiere nebeneinander aufgehängt und die zusammengetragenen Punkte verglichen. Es zeigt sich in der Regel ein heterogenes Bild von Handlungsmotiven, Denkmustern sowie implizit einfließende Persönlichkeitsmerkmale, die alle ihre Berechtigung finden. Die Weiterentwicklung dieser vielfältigen

Relevanzen unterstützt und sensibilisiert die Teilnehmenden im Umgang mit Bewohner*innen mit Depressionen. Ebenso können abgeleitete Handlungsstrategien für die berufliche Praxis schriftlich festgehalten werden.

Im Folgenden sind für die jeweiligen Spannungsbögen, wie sie unter 2.3.1.-2.3.4 als Druckvorlage hinterlegt sind, Fallvignetten aufgeführt, die zur Bearbeitung inhaltlich diesen angepasst sind.

2.3.1 Druckvorlage der Fallrekonstruktion zu Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten Fallvignette zu Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung

Die Wohnung der Bewohnerin wurde kürzlich freigeräumt. Ihre Möbel und privaten Gegenstände wurden in Containern zwischengelagert. Nach Einschätzung der Mitarbeiterin ist es nicht möglich, dass sich die Bewohnerin einzelne Gegenstände aus den Containern holen kann. Sie möchte der Bewohnerin aufgrund dessen anraten, die Gegenstände, die sie benötigt (Toaster, Kühlschrank) neu zu kaufen.

Im Zimmer sitzen sich die Mitarbeiterin und die Bewohnerin an dem Tisch gegenüber. Die Bewohnerin ist sehr dünn, hat einen besorgten Gesichtsausdruck und redet sehr schnell, aufgebracht und hektisch. Ihre Körperhaltung ist leicht nach vorne gebückt, die Augen und der Mund sind leidvoll verzogen. Sie nimmt ihre Hände immer wieder entweder vor die Brust, als nehme sie eine betende Haltung ein. Die Bewohnerin entschuldigt sich im Gespräch immer wieder für ihre Aussagen und teilt mit, dass die Situation in der Einrichtung für sie unerträglich sei. Die Mitarbeiterin beginnt der Bewohnerin zu verdeutlichen, dass ihre Sachen in Container gepackt wurden. Sie steht dazu auf und zeigt mit vollem Körpereinsatz wie groß der Container ist und wie schwer es wäre ihn auszuräumen. Sie lässt der Bewohnerin zwischendurch ab und zu die Gelegenheit, ihre Sichtweise und Anliegen mitzuteilen. Die Bewohnerin scheint nicht zufrieden bzw. die Situation nicht wahrhaben zu wollen und setzt immer wieder an zu verhandeln und sich zu beschweren. Als das Gespräch scheinbar zu keiner Lösung führt und die Aussagen der Bewohnerin immer wieder kreisen, greift die Mitarbeiterin ein und eröffnet der Bewohnerin unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten. Die Bewohnerin habe nur noch heute die Möglichkeit einen neuen Kühlschrank und Toaster über den Hausmeister der Einrichtung zu besorgen. Als Alternativen schlägt die Mitarbeiterin der Bewohnerin vor, Mitarbeiter zu bezahlen, die den Container für sie ausräumen oder dass sie mit der Besorgung wartet, bis sie ggf. in eine andere Einrichtung umgezogen ist. Die Mitarbeiterin gibt jedoch zu bedenken, dass die im Container zwischengelagerten Gegenstände sehr wahrscheinlich nicht mehr zu gebrauchen sind und rät von dieser Alternative ab. Die Bewohnerin erzählt erneut im weinerlichen Tonfall wie unerträglich die Situation für sie in der Einrichtung sei und dass sie so schnell wie möglich umziehen möchte. Sie könne nichts essen, hat Angst und könne nicht schlafen. Sie erzählt, dass ständig Bewohner und Mitarbeiter in ihr Zimmer kommen, da die Türe überwiegend offen steht.

Die Bewohnerin hat bei dieser Aussage einen entschlossenen, gekränkten Gesichtsausdruck, der ihr Leid und ihre Wut auf die Einrichtung auszudrücken scheint. Sie untermalt ihre Erzählungen mit abwinkenden Handbewegungen und entschuldigt sich zwischendurch häufig für ihre Aussagen. Die Bewohnerin erzählt, dass ihr Hausarzt ebenfalls nach einer Wohnung für sie sucht und ihre Betreuerin schlecht sei, da sie ihre Aufgabe nicht richtig macht. Die Mitarbeiterin erklärt, dass die Betreuerin bereits einen Wohnungsantrag gestellt hätte, dass derzeit aber ein großer Bedarf an Wohnungen besteht und die Wartezeiten sehr lang seien. Die Bewohnerin widerspricht entschlossen, schließt die Augen, schüttelt in langsamen Bewegungen den Kopf und wackelt verneinend mit dem Zeigefinger, zieht ihre Stirn nach oben. Sie kündigt schließlich an, selbst zum Wohnungsamt zu gehen. Die Mitarbeiterin versucht einzulenken und erklärt in verlangsamer Sprache, dass das Wohnungsamt ihr sicher gerne eine Wohnung geben würde, aber dass auch den Mitarbeitern des Wohnungsamts aufgrund der hohen Nachfrage die Hände gebunden seien. Sie untermalt ihre Ausführungen mit entsprechenden Handbewegungen. Die Mitarbeiterin versucht der Bewohnerin die Realität und ihre Probleme immer wieder bewusst zu machen.

2.3.2 Druckvorlage der Fallrekonstruktion zu Öffentlichkeit vs. Privatheit

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten Fallvignette zu Öffentlichkeit vs. Privatheit

Bewohnerin 1

Das Zimmer der Bewohnerin ist sehr hell und groß. Es gibt ein bodentiefes Fenster und eine Balkontür, um auf die Terrasse zu gelangen. Ein großer Wohnzimmerschrank aus Eiche mit Glasvitrine aus ihrem früheren zu Hause steht gegenüber ihrem Bett. In der Vitrine stehen gesammelt Werke von kleinen Porzellanfiguren. An den Wänden hängen Bilder, die sie selbst ausgemalt hat, sowie ein altes Foto auf dem sie in jungen Jahren zu sehen ist. In die Einrichtung zu ziehen war ihre Entscheidung, sie wollte nicht mehr allein zu Hause zu sein. Sie konnte immer schlechter laufen und die vielen Treppen machten es ihr unmöglich auf die Straße zu gehen. Hier gibt es immer etwas zu Essen und es ist immer jemand da, berichtet sie. Ihre Zeit verbringt sie mit Malen. Sie ist im Einrichtungsbeirat aktiv. Noch braucht Sie wenig Unterstützung von den Pflegefachpersonen und kann noch vieles alleine machen.

Bewohnerin 2

Eine Bewohnerin erzählt von ihrem Krankenhausaufenthalt. Sie ist dort nachts aufgestanden und nach ihrer Erinnerung auf die Straße gelaufen. Ein Mann hat sie entdeckt und die Polizei gerufen. Während sie erzählt, ist der Ärger darüber spürbar, sie betont, dass sie noch nie Probleme mit ihren Gedanken bzw. ihrem Gedächtnis hatte und dass gleich die Polizei kam, empfindet sie als übertrieben. Sie wurde dann in das Krankenhaus zurückgebracht. Im Anschluss an den Aufenthalt dort, kam sie hier in das Pflegeheim. Das meiste kann sie noch selbst machen, fährt sie in ihrem Erzählfluss fort, daher versteht sie nicht, warum sie hier ist.

Im weiteren Gesprächsverlauf thematisiert sie immer wieder ihre Einsamkeit, wie sehr sie sich alleine fühlt. Dabei spricht sie über den Verlust ihrer Wohnung und all ihrer schönen Sachen. Sie und ihr Mann haben immer viel gespart und nur gute Möbel gekauft und nun ist alles weg und sie weiß nicht wohin „es ist ihr ein Rätzel“. Alles wurde ausgeräumt und sie musste es geschehen lassen es sei für sie schwer zu ertragen sie habe nun „keinen Teller keine Tasse“ mehr ihr ganzer Haushalt sei „verschwunden“. Während sie spricht, klingelt draußen ein Telefon und eine Pflegefachperson räumt Pflegeutensilien in einen Schrank. Die Bewohnerin lässt sich dadurch nicht beirren und spricht weiter über ihren Ehemann. Er war Schreiner und sie vermisst ihn sehr. Oft denkt sie noch die Tür geht auf und er kommt rein. Sie sagt, dass sie mit ihrer Tochter darüber spricht und dass sie weiß, dass er verstorben ist und sie es trotzdem nicht wahrhaben will und zur Tür mit Sehnsucht guckt, sie würde aufgehen und er kommt herein. In ihrer Stimme liegt eine Traurigkeit.

2.3.3 Druckvorlage der Fallrekonstruktion zu Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten Fallvignette zu Soziale Partizipation vs. Soziale Isolation

In der Pflegeeinrichtung findet wie jeden Dienstag die Zeitungsgruppe statt. Es nehmen 11 Bewohnerinnen teil. Da der Raum sehr schmal geschnitten ist, sitzen die Bewohnerinnen in drei Reihen hintereinander. Die meisten sitzen in einem Rollstuhl und wurden von den Alltagsbegleiter/-innen zu der Gruppe gebracht. Die drei Bewohnerinnen, die ganz hinten sitzen, schlafen und beteiligen sich nicht an dem Geschehen. Die Zeitungsgruppe wird von einem jungen Mann, Andreas, geleitet. Er sitzt auf einem Sofa, vor ihm auf einem kleinen Tisch liegen zwei Tageszeitungen. Er liest mit lauter Stimme die Überschrift einer Anzeige aus dem Lokalteil vor, es ist eine Meldung über eine Supermarktkette. Nach einem Blick in die Runde beginnt er auf eine lustige Art über sein eigenes Einkaufsverhalten sowie die Öffnungszeiten der Supermärkte zu erzählen und endet mit einer Frage zu welcher Uhrzeit die anwesenden Bewohnerinnen ihre Einkäufe früher erledigt haben. Frau Meier und Frau Schwarz antworten nacheinander, dass sie immer vormittags einkaufen waren. Frau Meier ergänzt, dass als sie noch gearbeitet hat ging sie immer samstags und manchmal nach der Arbeit in den Supermarkt. Andreas erzählt, dass er immer um 23:00 Uhr einkaufen geht, da sei alles schön leer. Frau Meier will das nicht glauben, da sie überzeugt ist, dass die Supermärkte nicht so lange geöffnet haben. Andreas geht darauf nicht näher ein, er versucht die Teilnehmerinnen mit weiteren Fragen in ein Gespräch einzubinden und möchte wissen, ob sie früher mit einem Einkaufszettel einkaufen waren und ob sie immer mehr eingekauft haben als auf dem Zettel stand? Frau Meier und Frau Schwarz erzählen aus ihren Erinnerungen, das Gespräch findet nicht untereinander statt, die Antworten richten sich direkt an Andreas. Dieser antwortet mit ein wenig frechen und kessen Bemerkungen, was besonders Frau Schwarz anspricht, in dem sie auf seine Späße eingeht und sich locker auf die Unterhaltung mit ihm einlässt und ebenfalls versucht ihn mit Äußerungen wie: „Widerspruch nicht so viel“ zu necken. Als das Thema mit dem Supermarkt erschöpft ist, liest Andreas eine neue Schlagzeile vor, er geht nicht auf den Bericht ein, sondern erzählt von seinem Urlaub mit seiner Freundin als er mit dem Handy in der Badehose ins Wasser gesprungen ist, dabei hält er sein Telefon hoch. Daraufhin sagt Frau Meier: „damals hat man sowas gar nicht gehabt als wir noch in Urlaub gefahren sind“. Diese Aussage animiert Andreas dazu über Postkarten zu sprechen. Die Blicke der Bewohnerinnen, die aktiv teilnehmen, richten sich direkt auf ihn, die Bewohnerinnen in der hinteren Reihe schlafen und beteiligen sich nicht.

2.3.4 Druckvorlage der Fallrekonstruktion zu Emotionalität vs. Funktionalität

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten Fallvignette zu Emotionalität vs. Funktionalität

Frau Bauer wird geduscht und befindet sich bereits im Bad auf einem fahrbaren Duschstuhl. Im Badezimmer wird gelacht. Marion redete während des Duschens sehr viel, spricht Frau Bauer häufig beim Vornamen an und macht Scherze sie kommentiert unentwegt was sie als nächstes tun wird. Die Scherze sind meist auf Frau Bauer bezogen, Marion wickelt ein Handtuch wie einen Turban um den Kopf und sagt zu ihr: „ich habe eine Türkin aus dir gemacht“. Danach bittet Marion die Bewohnerin sich am Waschbecken festhalten und aufzustehen. Sie ist jedoch ängstlich und traut es sich nicht zu. Marion geht nicht darauf ein und spricht mit übertriebener Betonung „wir schaffen das zusammen“ dabei scherzt sie weiter mit Frau Bauer. Beim Anziehen fordert sie die sehr dünne Bewohnerin auf „Wenn du deinen Bauch einziehst, wird dir das T-Shirt passen“. Die beiden lachen und Frau Bauer scheint Marion die Witze nicht übel zu nehmen. Als die beiden im Bad fertig sind, wird Frau Bauer zum Föhnen der Haare, an ihren Nachttisch gebracht. Sie möchte sich gerne, bei der Gelegenheit die Haare schneiden, Marion lehnt dies jedoch ab und verweist auf den Friseur, der sich im Erdgeschoss der Einrichtung befindet. Frau Bauer widerspricht und sagt sie habe sich immer selbst die Haare geschnitten. Darauf geht Marion nicht ein, sie legt ihr die kleine Tasche mit Kamm und weiteren Pflegeutensilien in greifbare Nähe und verlässt das Zimmer. Kurz darauf kommt Susanne in das Zimmer, sie trägt eine neue Brille und Frau Bauer fällt es sofort auf, die beiden begrüßen sich sehr freundlich und umarmen sich. Beide sprechen ganz vertraut miteinander. Susanne ist für den heutigen Tag in der hinteren Einheit des Wohnbereiches eingeteilt und kam nur um „Hallo“ zu sagen in das Zimmer.

3. Nutzung des Spannungsbogens als themen-, setting- und diagnoseunabhängiges Arbeitstool

Wie bereits einleitend sowie in Band 1 erwähnt, wurde auf Basis des Spannungsbogens ein Arbeits-Tool entwickelt, welches setting- sowie unabhängig von den Diagnosen der zu pflegenden Menschen auf sämtliche Situationen bzw. Themenstellungen eingesetzt werden kann.

Die Anwendung des Arbeits-Tools ist insbesondere im Rahmen von Fallbesprechungen empfehlenswert, wenn beispielsweise zu Dilemmasituationen oder herausfordernden Situationen im beruflichen Alltag aufgrund unterschiedlicher Lösungsansätze ein Gesprächsbedarf besteht und berufsgruppen- bzw. teamübergreifend mögliche Handlungsansätze reflektiert, diskutiert bzw. entwickelt werden sollen.

Ziel ist es, die Mitarbeitenden mithilfe des Arbeits-Tools bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Zudem werden die Mitarbeitenden sensibilisiert, neben ihrer eigenen Sichtweise auch die Perspektive der Bewohner*innen in Reflexionsprozesse einzubeziehen, um die Bedarfe, Bedürfnisse sowie Wünsche aller an der Situation beteiligten Personen zu berücksichtigen. Das Arbeits-Tool sollte möglichst in einer kleinen (berufsgruppenübergreifenden) Gruppe angewendet werden, um einen Erfahrungsaustausch anzuregen und die gegenseitige Anerkennung sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern. Für den Erfahrungsaustausch ist eine Moderation notwendig. Das Arbeits-Tool bietet darüber hinaus die Möglichkeit, Ergebnisse des Erfahrungsaustausches im Sinne eines Handlungsleitfadens für den beruflichen Alltag zu dokumentieren. Die Dokumentation kann bspw. in Folgegesprächen aufgegriffen, erneut bewertet und ggf. angepasst werden.

Anwendung des Arbeits-Tools:

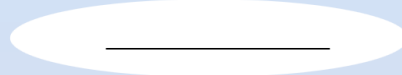
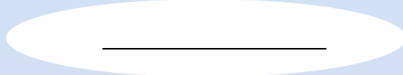
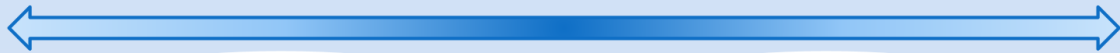
1. Kurzbeschreibung des Falls durch den Moderator/die Moderatorin: Worum geht es, was ist die Herausforderung in dieser Situation?
2. Stillarbeit unter Einbezug der leitenden Fragestellungen zur Anwendung des Arbeits-Tools
3. Verschriftlichung der persönlichen Herausforderung in Bezug auf den Fall
4. Festlegung der unterschiedlichen Ausprägungen der Herausforderung in Form der zwei „Pole“ des Spannungsbogens
5. Verschriftlichung der Bedarfe, Bedürfnisse & Wünsche sowohl aus Sichtweise der Mitarbeitenden als auch der Bewohner*innen
6. Moderierter Erfahrungsaustausch im Team
7. Verschriftlichung der Erkenntnisse aus dem Erfahrungsaustausch (Handlungsleitfaden)
8. Umgesetzte Lösungsansätze im Rahmen eines weiteren Erfahrungsaustausches erneut aufgreifen und den Handlungsleitfaden ggf. anpassen und erweitern

Der Spannungsbogen

Ein Arbeits-Tool zur Unterstützung von berufsgruppenübergreifenden
Fallbesprechungen



Meine persönliche Herausforderung in Bezug auf den Fall: _____



Sichtweise der Bewohner/-innen

Sichtweise der Bewohner/-innen

Sichtweise der Mitarbeitenden

Sichtweise der Mitarbeitenden

Leitende Fragen zur Anwendung des Arbeits -Tools

- ❖ An welcher Stelle im Schaubild sehen Sie die Bewohner/-innen und sich selbst als Mitarbeiter/in der Altenpflegeeinrichtung in diesen Dilemmasituationen?
- ❖ Wie sind Sie mit ähnlichen Situationen in der Vergangenheit umgegangen?
- ❖ Welche Empfehlungen können Sie Ihren Kolleg/-innen hierzu geben?
- ❖ Was sind Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Lösungsansätze, die Sie als Ausprägungen in den Spannungsbogen eingetragen haben (Pole)?
- ❖ Was ist aus Ihrer Sicht und aus Sicht der Bewohner/-innen wichtig? Wie können in der Situation möglichst alle Bedarfe, Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt werden? Bitte tragen Sie die jeweiligen Sichtweisen in den Spannungsbogen ein.
- ❖ Welche Besonderheiten gibt es möglicherweise aus Sicht der unterschiedlichen Berufsgruppen? Wie können sich die Berufsgruppen gegenseitig unterstützen?

Erläuterung des Arbeits -Tools 2

Vorgehensweise:

- 1) Kurzbeschreibung des Falls durch den Moderator/die Moderatorin: Worum geht es, was ist die Herausforderung in dieser Situation?
- 2) Stillarbeit unter Einbezug der leitenden Fragestellungen zur Anwendung des Arbeits - Tools
 - ❖ Verschriftlichung der persönlichen Herausforderung in Bezug auf den Fall
 - ❖ Festlegung der unterschiedlichen Ausprägungen der Herausforderung in Form der zwei „Pole“ des Spannungsbogens
 - ❖ Verschriftlichung der Bedarfe, Bedürfnisse & Wünsche sowohl aus Sichtweise der Mitarbeitenden als auch der Bewohner/ -innen
- 3) Moderierter Erfahrungsaustausch im Team
- 4) Verschriftlichung der Erkenntnisse aus dem Erfahrungsaustausch (Handlungsleitfaden)
- 5) Umgesetzte Lösungsansätze im Rahmen eines weiteren Erfahrungsaustausches erneut aufgreifen und den Handlungsleitfaden ggf. anpassen und erweitern

Ausfüllhilfe

Der Spannungsbogen
Ein Arbeits-Tool zur Unterstützung von berufsgruppenübergreifenden Fallbesprechungen

DAVINS

Meine persönliche Herausforderung in Bezug auf den Fall: _____

Sichtweise der Bewohner/innen Sichtweise der Bewohner/innen

Sichtweise der Mitarbeitenden Sichtweise der Mitarbeitenden

HESSISCHES INSTITUT FÜR PFLEGEFORSCHUNG HessIP

Bitte beschreiben Sie hier **Ihre persönliche Herausforderung in Bezug auf den Fall**, zu dem Sie sich im Team austauschen und eine Lösung finden möchten (möglichst in einem Satz).

Bitte tragen Sie hier jeweils einen **Stichpunkt zu den unterschiedlichen bzw. möglicherweise gegensätzlichen Ausprägungen der Herausforderung in Form der zwei „Pole“** des Spannungsbogens ein.

Beispiel: wenn Sie die Vor- und Nachteile von Fremd- sowie Selbstbestimmung aus Sicht der Bewohner/-innen bei der Gestaltung ihres Lebensalltags in der Altenpflegeeinrichtung diskutieren (bspw., ob Bedürfnisse der Bewohner/-innen oder hygienische Richtlinien zu priorisieren sind), wären Selbst- und Fremdbestimmung jeweils einen Pol des Spannungsbogens.

Bitte notieren Sie hier:

- Ihre eigene Sichtweise in Bezug auf die oben eingetragenen „Pole“ des Spannungsbogens: was sind Ihre Bedürfnisse, Bedarfe und Wünsche?
- sowie die mögliche Sichtweise der Bewohner/innen: was sind mögliche Bedürfnisse, Bedarfe und Wünsche der Bewohner/innen?

4. Vordruck des Schulungszertifikats



Teilnahmebescheinigung

Frau/Herr

hat als Teilnehmer/-in an der Schulung *Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten* (4UE) erfolgreich teilgenommen.

Die Teilnehmenden wurden im Rahmen der Schulung befähigt:

- ❖ Zentrale Symptome sowie Folgen von Depressionen bei älteren Menschen zu benennen.
- ❖ Im interdisziplinären Austausch Maßnahmen sowie Lösungsansätze zur Betreuung von Bewohner/-innen mit Depression begründet abzuleiten, Handlungsalternativen zu erarbeiten und in Wechselwirkung mit den beteiligten Berufsgruppen kritisch zu reflektieren.
- ❖ Einen Perspektivwechsel vorzunehmen und mögliche Bedürfnisse von Bewohner/-innen mit Depression zu erkennen und im Rahmen der Maßnahmenentwicklung zu berücksichtigen.
- ❖ Eigene Handlungsräume im Rahmen ihrer beruflichen Alltagspraxis unter Berücksichtigung organisatorischer Rahmenbedingungen zu erkennen.
- ❖ Methoden und Kompetenzen der Selbstreflektion anzuwenden.
- ❖ Die Arbeit in den Gruppen sowie den interdisziplinären Diskurs zu gestalten.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre aktive Teilnahme.

5. Evaluationsbogen

Evaluation des Schulungskonzepts

Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

zunächst einmal möchten wir uns noch einmal ganz herzlich bei Ihnen für Ihre Teilnahme am Schulungskonzept „*Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten*“ bedanken! Zum Abschluss der Schulung würden wir uns freuen, wenn Sie uns die untenstehenden Fragen beantworten und uns ein Feedback zur Schulung geben! Unser Ziel ist es, die Schulungen insbesondere auf Grundlage Ihrer Rückmeldungen weiterzuentwickeln und ganz auf Ihre Bedarfe, Bedürfnisse und Wünsche anzupassen!

Bitte lesen Sie sich vorab das Informationsblatt zum Datenschutz durch und unterschreiben uns die beiliegende Einwilligungserklärung, falls Sie sich entscheiden, an der Evaluation teilzunehmen!

Teil 1: Soziodemografische Fragen

1.1	Welches Geschlecht haben Sie?
<input type="checkbox"/>	weiblich
<input type="checkbox"/>	männlich
<input type="checkbox"/>	divers

1.2	Wie alt sind Sie?
<input type="checkbox"/>	21-31 Jahre
<input type="checkbox"/>	31-41 Jahre
<input type="checkbox"/>	41-42 Jahre
<input type="checkbox"/>	42-52 Jahre
<input type="checkbox"/>	52-62 Jahre

1.3	Wie lange sind Sie in der Altenpflegeeinrichtung tätig?
<input type="checkbox"/>	0-5 Jahre
<input type="checkbox"/>	5-10 Jahre
<input type="checkbox"/>	10-15 Jahre
<input type="checkbox"/>	15-20 Jahre
<input type="checkbox"/>	20-25 Jahre

1.4 Welche Funktion haben Sie derzeit?

- Pflegefachperson
- Wohnbereichsleitung
- Betreuungskraft

Sonstige Funktion: _____

1.5 Welche Qualifikation haben Sie (Ausbildung, Weiterbildung etc.)?

Teil 2: Fragen zur Bewertung der Schulungsinhalte

2.1 Waren die Schulungsinhalte verständlich aufbereitet?

- ja
- nein

2.1.1 Falls nein, warum nicht?

2.2 Waren die Schulungsinhalte hilfreich für meine berufliche Handlungspraxis?

- ja
- nein

2.2.1 Falls nein, warum nicht?

2.2 Waren die Schulungsinhalte hilfreich für meine berufliche Handlungspraxis?

- ja
- nein

2.2.1 Falls nein, warum nicht?

2.3 Mein Vorwissen zum Thema „Depression in Altenpflegeeinrichtungen“ war ausreichend, um der Schulung zu folgen.

- ja
 nein

2.3.1 Falls nein, folgendes Vorwissen hat gefehlt:

2.3.2 Falls ja, folgende Schulungsinhalte waren bereits bekannt (bitte geben Sie an, ob die Wiederholung für Sie sinnvoll war):

2.4 Ich habe folgende Wünsche/Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Schulungsinhalte:

Teil 3: Fragen zur Bewertung der Lehrmethoden

3.1 Der Erfahrungsaustausch zum Spannungsbogen war hilfreich?

- ja
 nein

3.1.1 Falls nein, warum nicht?

3.2 Die Diskussion zur Fallrekonstruktion war hilfreich?

- ja
 nein

3.2.1 Falls nein, warum nicht?

3.3 Die Arbeitsmaterialien (bspw. Spannungsbogen) sind für mich hilfreich, um die Schulungsinhalte praktisch umzusetzen.

- ja
 nein

3.3.1 Falls nein, warum nicht?

3.4 Ich habe folgende Wünsche/Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Lehrmethoden (auch zum zeitlichen Umfang Erfahrungsaustausch/Anwendung des Spannungsbogens, Pausen):

Teil 4: Abschließende Fragen

4.1 Bitte nehmen Sie eine abschließende Bewertung vor. Die Schulung hat mit

- ... sehr gut gefallen
- ... gut gefallen
- ... weniger gut gefallen
- ... gar nicht gefallen

4.2 An der Schulung hat mir Folgendes besonders gut gefallen:

4.3 Das hat mir nicht so gut gefallen:

4.4 Ich konnte neue Erkenntnisse für meine berufliche Handlungspraxis mitnehmen:

- ... sehr umfangreich
- ... umfangreich
- ... weniger umfangreich
- ... gar nicht

4.5 Das möchte ich gerne sonst noch mitteilen:

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



Begleitendes Supervisionskonzept zur Unterstützung von Mitarbeitenden in der stationären Langzeitversorgung bei der modellhaften Implementierung einer case-managementbasierten Versorgungsstruktur

Arbeitsmaterialie

Ergebnisse aus dem Projekt „Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell“ (DAVOS)

Katja Kraus
Dr. Lisa Luft
Prof. Dr. Ulrike Schulze
Hessisches Institut für Pflegeforschung, Juli 2022



Inhalt

Entstehungshintergrund des Supervisionskonzeptes und Einführung in die Arbeitsmaterialie	3
1.1 Der inhaltliche Bezug im Kontext des Projektes DAVOS: Einführung eines case- managementbasierten Versorgungsmodells	3
2 Aufgabenfelder anhand des Case Management Regelkreises	5
3 Durchführung der Supervisionsveranstaltungen im Projektverlauf	8
4 Verschwiegenheit.....	10
5 Das Supervisionskonzept.....	10
5.1 Ablaufplan der Supervisionsveranstaltung	11
Beginn der Supervision: Kennenlernen und Erwartungsabfrage.....	13
5.1.1 Erfahrungsaustausch.....	13
5.1.2 Übung zum Rollenverständnis: Das Kompetenznetz	13
5.1.3 Bearbeitung von Fallbeispielen	16
5.1.4 Abschlussrunde der Tagesveranstaltung inkl. der Sammlung zur nachhaltigen Implementierung	16
5.2 Anregungen, die im Verlauf von den Teilnehmenden eingebracht wurden	17
5.3 Ablauf der Supervisionsveranstaltung im online Format	17
6 Fazit	19
7 Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf Change Prozesse im Unternehmen	19
Literatur.....	21
Abbildung 1: Dreiteiliges Schulungskonzept (eigene Darstellung).....	5
Abbildung 2: Case Management Regelkreis (eigene Darstellung).....	5
Abbildung 3: Studiendesign Projekt DAVOS (Quelle: Tesky et al.,2019)	9
Abbildung 4: exemplarischer Ablauf der Supervisionsveranstaltung (eigene Darstellung).....	12
Abbildung 5: Kompetenznetz in Anlehnung an Neumann-Wirsing 2016, S. 157f.	14
Abbildung 6 Exemplarischer Ablaufplan der online Supervisionsveranstaltung (eigene Darstellung)..	18

Anhang

Entstehungshintergrund des Supervisionskonzeptes und Einführung in die Arbeitsmaterialie

Das in der vorliegenden Arbeitsmaterialie vorgestellte begleitende Supervisionskonzept zur Unterstützung von Mitarbeitenden in der stationären Langzeitversorgung bei der modellhaften Implementierung einer case-managementbasierten Versorgungsstruktur wurde im Projekt „Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell“ (DAVOS) durch die Teilprojektleitung Frau Prof. Dr. Schulze sowie ihren wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen, Frau Kraus und Frau Dr. Luft aus dem Hessischen Institut für Pflegeforschung (HessIP) entwickelt. Die Förderung des Projektes erfolgte von April 2018 bis einschließlich September 2021 durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ziel war es, in einem interdisziplinären Projektverbund die Versorgung von Bewohner*innen mit Depression in der stationären Langzeitpflege zu verbessern.

Auch wenn das Supervisionskonzept – wie im Titel der Arbeitsmaterialie bereits angedeutet – ursprünglich für Mitarbeitende in stationären Langzeiteinrichtungen entwickelt wurde, die im Rahmen des Projektes DAVOS in ihrem neuen Verantwortungsbereich als Depressions-Case-Manager*innen geschult wurden, kann das Konzept ganz unabhängig von diesem Inhalt und Setting bei der Einführung neuer pflegerischer Konzepte im ambulanten und akutstationären Setting angewendet werden, um Mitarbeitende bei der nachhaltigen sowie erfolgreichen Implementierung zu unterstützen und eine kontinuierliche Begleitung Change Prozesse sicherzustellen. Hierzu wurden in der vorliegenden Arbeitsmaterialie, die im Rahmen des Supervisionskonzeptes entwickelten didaktischen Instrumente sowie Methoden mit kurzen Anleitungen zur Anwendung praxisorientiert aufbereitet, sodass diese an weitere Inhalte angepasst und für diese angewendet werden können.

1.1 Der inhaltliche Bezug im Kontext des Projektes DAVOS: Einführung eines case-managementbasierten Versorgungsmodells

Wie bereits erwähnt, wurde das Supervisionskonzept im Projekt DAVOS zur Begleitung und Unterstützung der Einführung eines case-managementbasierten Versorgungsmodells in der stationären Langzeitversorgung als Teil einer innovativen Versorgungsstruktur für Bewohner*innen mit Depressionen im Alter entwickelt, das im Projektverlauf in 10 kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen modellhaft implementiert wurde. Dieses sieht eine kooperative und koordinierende ärztliche, psychotherapeutische und pflegerische Versorgung mit den Elementen Identifikation, Assessment, Planung, Koordination und Monitoring vor. Ziel war es weiterhin, Indikationen, Behandlungsmaßnahmen, relevante Versorgungspfade und Schnittstellen im Einklang mit der „S3-Leitlinie“ und „Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression“ in die Praxis zu überführen.

Um die Mitarbeitenden in der Umsetzung ihrer neuen Aufgaben sowie der erfolgreichen Einführung der neuen Versorgungsformen zu schulen, wurde ein dreiteiliges Konzept entwickelt. Der dritte Teil bildete ein begleitendes Supervisionskonzept, das zwischen April 2019 und April 2021 den Case Manager*innen kontinuierlich im gesamten Projektverlauf angeboten wurde. Die einzelnen Schulungselemente werden in den untenstehenden Absätzen mit ihren zentralen Inhalten kurz skizziert. Die ersten beiden Schulungselemente wurden federführend durch die wissenschaftlichen Mitarbeitenden des Instituts für Allgemeinmedizin sowie des Zentrums für Psychotherapie der Johann Wolfgang von Goethe Universität Frankfurt entwickelt.

Im ersten Teil des dreiteiligen Case Management Schulungskonzeptes wurden die Teilnehmenden über den Hintergrund und die Relevanz des Projektes DAVOS informiert, gefolgt von einer Einführung über Entstehung, Verlauf, Symptomen und Behandlung von Depressionen. Um die zukünftigen Depressions Case Manager*innen auf ihre Aufgabebereiche vorzubereiten, wurde der Case Management Regelkreis (Wendt, 2001) vorgestellt und die ersten Aufgaben, die zu Projektbeginn anstanden, interaktiv erprobt.

Im zweiten Teil lag der Fokus auf den im Projekt modellhaft eingeführten psychotherapeutischen Interventionen. Die Teilnehmenden erhielten eine Einführung zu den Zielen und Inhalten der psychotherapeutischen Sprechstunde und den im Anschluss stattfindenden Psychotherapie sowie administrativen Ablauf für die Therapiebeantragung zur Bewilligung durch die Krankenkasse. Ein wesentlicher Bestandteil der zweiten Schulung war die Einführung in das sog. Basismodul, welches in Anlehnung an Hautzinger (2000) entwickelt wurde und im Projekt mit dem Titel „Rundum Wohlbefinden stärken“, neben der Einzeltherapiesitzung als Gruppenangebot für Bewohner*innen mit und ohne Depression Bestandteil der Interventionen darstellte. Bewohner*innen konnten diese Angebote im Projektzeitraum nutzen, wenn sie der Studienteilnahme schriftlich zustimmten. Das Gruppenangebot war einmal wöchentlich für die Dauer von 100 Minuten geplant. Der ressourcenorientierte Ansatz zur Stärkung der Selbstwirksamkeit und die Aktivierung der Bewohner*innen sahen einen in acht Sitzungen wiederholenden Ablauf vor. Zunächst wurde die Gruppe im Tandem „Psychotherapeut*innen und Case Manager*innen“ durchgeführt und im Projektverlauf in den Verantwortungsbereich der Case Manager*innen übertragen. Die Inhalte des Gruppenangebotes bezogen sich auf:

- Aktiv sein
- Das Miteinander gestalten
- Wohlbefinden

Der dritte Teil des Schulungskonzeptes stellte die begleitende Supervision dar, um die Case Manager*innen in der Umsetzung der vermittelten Inhalte aus Teil 1 und Teil 2 der Schulung zu begleiten und in ihrer neuen Rolle sowie dem neuen Verantwortungsbereich zu stärken.

Die Schulungselemente sind zur besseren Übersicht in der untenstehenden Abbildung nochmals grafisch dargestellt:



Abbildung 1: Dreiteiliges Schulungskonzept (eigene Darstellung)

2 Aufgabenfelder anhand des Case Management Regelkreises

Anhand des Case Management Regelkreises (Wendt, 2001), wie dieser in der Abbildung 2 dargestellt ist, werden die Aufgaben welche von den Depressions-Case Manager*innen, im Rahmen des Projektes übernommen wurden, erläutert.

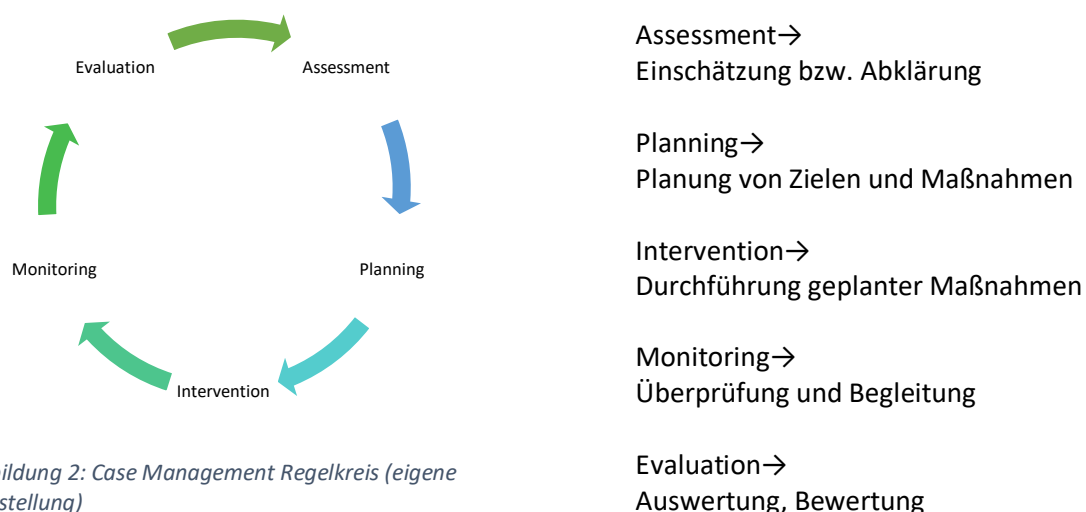


Abbildung 2: Case Management Regelkreis (eigene Darstellung)

Diese sind vor dem Hintergrund einer anwaltlichen Schutzfunktion (Advocacy), einer Vermittlung von bedarfs- und bedürfnisgerechten Interventionen (Broker) und einer Steuerung des Versorgungsprozesses (Gate Keeper) zu betrachten. Diese drei Kernfunktionen bilden eine Schnittstelle zwischen den Wünschen der Bewohner*innen, angebotenen Interventionen sowie

erforderlichen Hilfen. Die Case Manager*innen nehmen damit eine Koordinationsrolle ein. Ihre Auseinandersetzung mit der neuen Rolle wurde in dem Supervisionskonzept aufgegriffen und unter anderem mit einem entwickelten Instrument, wie das unter Punkt 5.1.2 erläuterte Kompetenznetz, im Gruppensetting bearbeitet.

Im Folgenden werden anhand der Phasen des Regelkreises die Inhalte der ersten beiden Schulungseinheiten sowie das Tätigkeitsprofil des/der Depression Case Manager*in dargelegt.

Assessment

In der ersten Phase sind die Case Manager*innen mit dem Recruiting der Bewohner*innen für die Studie betraut und die Bewohner*innen erhalten eine eingehende Aufklärung über die Studie. Zur Unterstützung wurde umfangreiches Aufklärungsmaterial zur Verfügung gestellt. Die Teilnahme der Bewohner*innen an der Studie nimmt einen hohen Stellenwert ein, daher wurde in den beiden Schulungsterminen intensiv auf die motivierenden Faktoren zur Teilnahme eingegangen sowie der Umgang mit den erstellten Einverständnisdokumenten besprochen.

Im nächsten Schritt erfolgte eine Einführung in das Assessment DeMol (Gensichen et al., 2006). Dieses Instrument wurde in der Studie „Primary care for Depressive Patients Trial“ (PRoMPT) für die ambulante Anwendung in Hausarztpraxen entwickelt und für die stationäre Langzeitversorgung vom Projektteam DAVOS modifiziert und in DeMol Pflege umbenannt. In diesem Einschätzungsinstrument werden Fragen zur Stimmung, Schlafstörung, zu Appetit, Antrieb, zur inneren Ruhelosigkeit und suizidalen Gedanken beleuchtet.

Die Auswertung folgt einem Ampelsystem. Überwiegt nach der Befragung das grüne Symbol, ist der/die Bewohner*in in Bezug auf eine Depression im Alter als unauffällig einzustufen. Das Ergebnis wird nachfolgend in die Pflegedokumentation aufgenommen und ein erneutes Screening (Re-Assessment) nach 2 Monaten vermerkt. Zeigt sich das gelbe Symbol, welches leichten Anzeichen einer depressiven Symptomatik entspricht, wird „abwartend beobachtet“ („Watchful Waiting“). Das Re-Assessment erfolgt in diesem Fall bereits nach zwei Wochen. Überwiegen im Ergebnis die orangenen Punktwerte, gelten die Symptome einer Depression im Alter als eindeutig und es ist ein Termin der im Rahmen des Projekts angebotenen psychotherapeutischen Sprechstunde zu planen. Ein „rotes Ergebnis“ könnte bedeuten, dass der/die Bewohner*in suizidale Gedanken äußerte und konkrete Handlungsschritte zu erwarten sind. In diesem Fall greift der hausinterne Notfallplan, der in der Regel ein sofortiges Einschalten des Hausarztes vorsieht.

- Kontaktperson für Studienteilnehmer*innen, Studienpersonal, Haus- und ggf. Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen
- Durchführung der Screenings zur Identifikation geeigneter Studienteilnehmer*innen

Planning (Planung)

Die Planung des Gesamtprozesses nimmt eine zentrale Rolle ein, beispielsweise die Strukturierung des Wochenplans, der individuell auf die Bewohner*innen abgestimmt wird. Die psychotherapeutischen Sprechstunden sowie Psychotherapiestunden wurden in bestehende Wochenpläne, unter Berücksichtigung von pflegerischen Interventionen sowie Visiten, eingepflegt. Zudem sind Gespräche und administrative Tätigkeiten, die im Zuge eines Therapieantrages entstehen, zu koordinieren. Hierzu unterstützend wurde im zweiten Teil des dreiteiligen Case Management Schulungskonzept ein Impulsvortrag der am Projekt beteiligten Psychotherapeut*innen integriert.

Die Phase der Planung wird als ein Prozess gesehen, der bei Bedarf angepasst und verändert werden kann. Im Zuge dessen sind sowohl kurz- als auch langfristige Ziele zu benennen und im Verlauf zu überprüfen.

Ein weiterer zentraler Aspekt für die Case Manager*innen ist die Planung des Basismoduls welches zeitlich zu organisieren und in die Arbeitsabläufe einzubetten ist. Zudem bedarf es der Koordination der Wochenpläne, um mögliche Überschneidungen anderer Aktivitäten der Bewohner*innen, die an der Gruppe teilnehmen, zu vermeiden.

- Erfassung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Studienteilnehmer*innen
- individuelle Koordination von Wochenplänen
- Übernahm der Administration bei Therapieanträgen

Intervention

Im Anschluss daran erfolgt die Intervention, die auch die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Basismoduls „Rundum Wohlbefinden stärken“ beinhaltet. Die weiteren Interventionen sind wie eingangs benannt, die psychotherapeutischen Sprechstunden sowie die Einzelpsychotherapie, die zwar nicht von den Case Manager*innen durchgeführt wird, jedoch eine enge Begleitung der Bewohner*innen erfordert, um z.B. die Pünktlichkeit der Therapiesitzungen sicherzustellen.

- Vorbereitung Durchführung und Nachbereitung der Gruppe „Rundum Wohlbefinden stärken“
- Begleitung der Bewohner*innen

Monitoring

Diese Phase besteht aus der Koordination aller beteiligten Berufsgruppen, dazu zählen:

- Bewohner*innen
- An- und Zugehörige
- Kolleg*innen
- Hausärzt*innen
- Therapeut*innen
- Projektmitarbeiter*innen

Die in der Planung festgelegten Maßnahmen werden von den Case Manager*innen gesteuert und überwacht. Hier spielen die bereits erwähnten Kernfunktionen (Advocacy/Broker/Gate Keeper) eine wesentliche Rolle, um die Bewohner*innen im Gesamtprozess im Blick zu behalten.

- Koordination mit behandelnden Ärzt*innen und der „psychotherapeutischen Sprechstunde“
 - Monitoring der Behandlung und ggf. Initiierung einer Modifikation, falls relevante Zielparameter nicht erreicht werden

Evaluation

Der Regelkreis folgt keinem starren Ablauf, sondern ist dynamisch zu betrachten und der Situation anzupassen, so dass Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohner*innen immer Berücksichtigung finden. Daher kann hier von einer begleitenden Evaluation gesprochen werden, die von einer kontinuierlichen Dokumentation des Versorgungsprozess untermauert wird. So erschien es im Projektverlauf beispielsweise relevant, bei Bewohner*innen, die ihre Teilnahme an der Studie zurücknahmen, Gründe für einen Ausstieg aus der Studie festzuhalten. Auch die durchgeführten Re-Assessments (DeMol Pflege) waren Tätigkeiten, die letztlich in die Evaluation des Gesamtprozesse einfließen.

- Dokumentation
 - Durchführung von Re- Assessments

3 Durchführung der Supervisionsveranstaltungen im Projektverlauf

Für die innovative Versorgungsstruktur wurden zwei Case Manager*innen pro Einrichtung benannt. Somit wurden aus den 10 kooperierenden Einrichtungen (Frankfurter Verband mit 7 Einrichtungen und AGAPLESION mit 3 Einrichtungen) insgesamt ca. 20 Mitarbeitende akquiriert, die von den jeweiligen Heimleitungen ausgewählt und angesprochen wurden. Im Projektverlauf variierte die Anzahl der ausgewählten Mitarbeiter*innen jedoch aufgrund von personeller Fluktuation.

Da sich bei der Betrachtung der Aufgabenbereiche sowie auf Basis erster Erfahrungen in der Umsetzung des Versorgungskonzeptes zeigte, dass zwischen den Tätigkeitsbereichen der Pflegefachpersonen und den Personen der sozialen Betreuung (Alltagsbegleiter*innen und Betreuungsassistenten*innen nach § 43b SGB XI) Schnittstellen bestehen, wurde aus jedem Bereich ein/e Mitarbeiter*in gewählt. Dieses interdisziplinäre Team stellte sicher, dass nötige Informationen z.B. über das Allgemeinbefinden und /oder Arztbesuche aus dem pflegerischen Bereich sowie aus der Alltagsgestaltung der Bewohner*innen umfänglich einbezogen werden konnten. Zudem wurde der Prozess aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und eine gegenseitige Unterstützung in der Implementierung der neuen Versorgungsstruktur gefördert. Für die Übernahme der zusätzlichen Aufgaben im Hinblick auf die Implementierung des Versorgungskonzeptes wurde eine Freistellung der Mitarbeitenden im Umfang von 10 Stunden pro Wochen ermöglicht, sodass die Mitarbeitenden von einem Teil ihrer sonstigen Aufgaben entbunden wurden.

Die Größe der Supervisionsgruppen wurde in den Veranstaltungen auf 10 Personen begrenzt, sodass aufgrund der Gesamtgruppengröße von ca. 20 Mitarbeitenden pro Supervisionseinheit jeweils zwei Termine angeboten wurden. Im Projektverlauf wurden somit insgesamt 6 Tagesveranstaltungen durchgeführt sowie zwei verkürzte online-basierte Abschluss-Supervisionseinheiten. Die Termine orientierten sich an dem im Projekt angewandten Stepped Wedge Design, welches eine gestufte Gruppeneinteilung (Clusterung) aller Einrichtungen vorsieht und die geplanten Interventionen jeweils im zeitlichen Abstand von drei Monaten eingeführt wurden. Wie Abbildung 3 zu entnehmen ist, starteten im März 2019 die Einrichtungen 1-3, gefolgt von den Einrichtungen 4-7 im Juli 2019 und im Oktober 2019 wurden die Einrichtungen 8-10 in die Studie eingeschlossen. Für die Planung der Supervisions-Tagesveranstaltungen bedeutete dies, dass sich zu keinem Zeitpunkt alle Case Manager*innen auf dem gleichen Erfahrungsstand befanden und dies in der Gruppenzusammensetzung berücksichtigt wurde. Indem an jeder Veranstaltung Case Manager*innen mit und ohne Intervention, einrichtungs- und trägerübergreifende teilnahmen. Diese Zusammensetzung ermöglichte zudem einen größtmöglichen Erfahrungsaustausch.

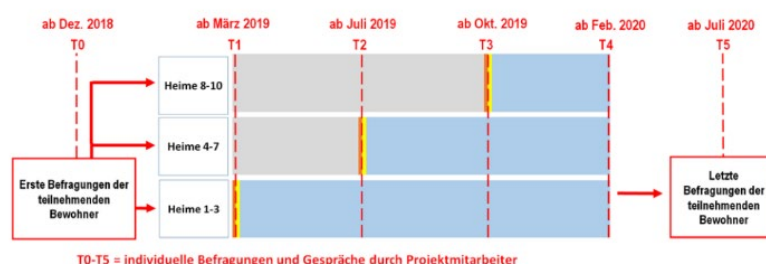


Abbildung 3: Studiendesign Projekt DAVOS (Quelle: Tesky et al., 2019)

Als für die Case-Manager*innen hilfreich und unterstützend erwies es sich, die Supervisionsveranstaltungen 4-5 Wochen nach Einführung der Interventionen zu verorten. Da erste bereist erste Erfahrungen in die Supervisionsveranstaltung eingebracht werden konnten. Daraus ergaben sich 6 Termine:

- 1. Supervisionseinheit: April (Gruppe 1) /Mai (Gruppe 2) 2019
- 2. Supervisionseinheit: August (Gruppe1) /September (Gruppe 2) 2019
- 3. Supervisionseinheit: November (Gruppe 1) /Dezember (Gruppe 2) 2019

Im Projektverlauf zeigte sich ein großes Interesse an dem gemeinsamen Austausch und es wurde der Wunsch geäußert, die Supervisionstreffen fortzuführen. Dieser Anfrage wurde entsprochen, allerdings mussten die 2020 geplanten Veranstaltungen aufgrund der Corona-Pandemie auf ein online gestütztes Angebot modifiziert werden (Zoom-Meetings). Ein exemplarischer Ablaufplan ist Abbildung 3 zu entnehmen.

Bei Bedarf konnten zudem Einzelsupervisionen genutzt werden, diese fanden vor Ort in der Einrichtung statt sowie im späteren Verlauf Corona-pandemiebedingt telefonisch.

4 Verschwiegenheit

Ein wesentlicher, im Supervisionskonzept berücksichtigter Aspekt, ist der Umgang mit der Schweigepflicht während der Tagesveranstaltungen und den Einzelangeboten. Der verschwiegene Umgang mit Herausforderungen innerhalb der Organisation (z.B. mit der Heimleitung, den Kolleg*innen oder innerhalb der Case Management Teams) wurden im Vorfeld offen angesprochen, um Grenzüberschreitungen, Unklarheiten und Missverständnisse in dem Dreiecks-Verhältnis (Belardi, 2020) zwischen Case Manager*in, Projektmitarbeitenden und Organisation zu vermeiden und den Erfolg der Supervision nicht zu gefährden.

Eine zentrale Herausforderung in der Umsetzung des Supervisionskonzeptes stellte jedoch die Erreichbarkeit der Teilnehmenden dar, da nicht alle Mitarbeitenden in ihrer Einrichtung über eine persönliche E-Mail-Adresse verfügten. Daher wurde für die Beantwortung der während der Supervision entstanden Fragen der postalische Weg gewählt, um die Verschwiegenheit zu gewährleisten. Dieses Vorgehen förderte den offenen Umgang miteinander und wirkte sich positiv auf den Supervisionsprozess aus. Allerdings waren die Kommunikationsprozesse hierdurch insgesamt verlangsamt und erschwert.

5 Das Supervisionskonzept

Die zu Grunde liegende Idee des Supervisionskonzeptes ist die Begleitung von Mitarbeitenden in einem Veränderungsprozess in ihrem bisherigen Arbeitsumfeld. Hierbei stand es im Fokus, die zu

erwartenden Konfrontationen mit Rahmenbedingungen, Bedenken, Befürchtungen bis hin zu erfahrener Ablehnung, der am Prozess beteiligten Akteure zu beleuchten, gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln sowie auf Über- und Unterforderung durch die neuen Aufgabenbereiche einzugehen. Dabei lag der Schwerpunkt auf dem Erfahrungs- und Handlungswissen der Case Manager*innen, um gemeinsam den beruflichen Alltag zu reflektieren und für konkrete Aktions- und Konfliktfelder Lösungen zu finden. Der begleitende supervidierende Prozess zielte darauf ab, die Kompetenzen der Teilnehmenden zu erweitern und zu verstetigen.

Die Supervision wurde in Anlehnung an das Supervisionskonzept in 12 Punkten (Boeckh, 2017) entwickelt und orientiert sich im Weiteren an den von Rosin (1989) beschriebenen Balint-Gruppen, die den freien Bericht über Fallbeispiele vorsieht und im kollegialen Gespräch, in freier Assoziation einen Austausch über eine wechselseitige Beziehungsgestaltung zulässt (Belardi, 2020).

Die Aufgabenfelder, die anhand des Case Management Regelkreises beschrieben wurden, ließen für die Inhalte der Supervision folgende Bearbeitungspunkte als sinnvoll erscheinen und wurden somit in die Konzeptualisierung der Supervision aufgenommen:

- Rollenverständnis (Darstellen von Erfahrungen mit Aufgaben, die Möglichkeit der Rollengestaltung, Konflikte, Organisation der Arbeit (Zeitmanagement))
- Bearbeitung von Fallbeispielen (Anliegen, z.B. anhand von Situationen aus dem Berufsalltag, Motivation, ethische Aspekte, belastende Arbeitssituation)
- Reflexion der Moderation der „Wohlbefinden Gruppe“

Die dafür entwickelten Instrumente und angewandten Methoden werden im Folgenden eingehend dargelegt.

5.1 Ablaufplan der Supervisionsveranstaltung

In den geplanten 6 Veranstaltungen variierten die Inhalte z.B. durch selbst eingebrachte Themen der Teilnehmenden, die von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen in ihrer Rolle als Moderatorinnen aufgegriffen wurden. Daher ist der folgende Ablaufplan als exemplarische Version der Grundkonzeption zu betrachten, die in ihren Inhalten situationsbedingt modifiziert wurde. Die einzelnen Elemente der Supervisionsveranstaltungen werden in den folgenden Abschnitten nochmals näher erläutert.

Zeitlicher Umfang	Ablauf	Didaktische Methode	Dokumentation
15 Minuten	Begrüßung Einführung in die Tagesveranstaltung		Tagesablauf wird auf einer Flipchart zur Verfügung gestellt
45 Minuten	Vorstellungsrunde inkl. Erwartungsabfrage (im Hinblick auf die Supervision) und Erfahrungsaustausch (auch zum Basismodul)	Offener Austausch im Plenum	Erwartungen werden als Stichpunkte auf einer Flipchart festgehalten Zur Dokumentation werden die Erfahrungen notiert
120 Minuten	Übung zum Rollenverständnis als Case Mager*in in Bezug auf <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selbstwahrnehmung ➤ Kollegen*innen ➤ Bewohner*innen ➤ Ärzte*innen ➤ Angehörige Hierbei ggf. die Aufgabenverteilung Pflege/Soziale Arbeit aufgreifen Pause nach Bedarf	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zeit für eigene Gedanken (10-15 Minuten) 2. Austausch in Kleingruppen (2- 3-TN) (30 Minuten) 3. Die Ergebnisse werden im Plenum zusammen- getragen (60 Minuten) Pos. und neg. Punkte werden identifiziert und Lösungen entwickelt/ diskutiert 4. Zusammenfassung durch wiss. Mitarbeiterinnen (10 Minuten) 	Ergebnisse werden auf einem vorbereiteten Poster festgehalten Pos. und neg. Punkte werden auf dem Poster mit Klebeunkten gekennzeichnet Ergebnisse werden ggf. auf einer Flipchart festgehalten
15 Minuten	Ggf. Zeitpuffer für den Erfahrungsaustausch zum Basismodul (falls in der Vorstellungsrunde weiterführender Gesprächsbedarf deutlich wird)		
45 Minuten	Pause (Angebot des gemeinsamen Mittagessens)		
60 Minuten	Fallbesprechung (die Case Manager*innen aus Altenpflegeeinrichtungen, in denen zum Zeitpunkt der Supervision die Einführung des Versorgungsmodells erfolgt, erhalten die Möglichkeit einen Fall vorzustellen)		
45 Minuten	Pause		
45 Minuten	Fallsupervision (Anwendung eines Tools zur Sortierhilfe und Reflexion von Zielen und Aufträgen)		
30 Minuten	Abschlussrunde der Tages- veranstaltung inkl. der Sammlung von Ideen zur nachhaltigen Implementierung und Ausblick		Ergebnisse werden bei Bedarf auf einer Flipchart festgehalten

Abbildung 4: exemplarischer Ablauf der Supervisionsveranstaltung (eigene Darstellung)

Beginn der Supervision: Kennenlernen und Erwartungsabfrage

Da die Supervisionsveranstaltungen trägerübergreifend angeboten wurden, war es zu Beginn der Supervisionsveranstaltungen für die weitere erfolgreiche Umsetzung und den Vertrauensaufbau von zentraler Bedeutung, ausreichend Raum für ein Kennenlernen zu ermöglichen.

Im Projektverlauf kam es aufgrund personeller Fluktuation in den kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen zu einem Wechsel der Mitarbeitende die eine Funktion als Case Manager*innen übernahmen, daher wurde bei jeder Veranstaltung eine kurze Vorstellungsrunde vorangestellt. Der Vorstellungsrunde nachgelagert folgte in einer offenen Runde eine Erwartungsabfrage im Hinblick auf die Veranstaltung. Die genannten Punkte wurden von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen auf einer Flip Chart verschriftlicht, um die Punkte während der Veranstaltung nicht aus dem Blick zu verlieren und am Ende nochmals zu überprüfen, ob alle genannten Erwartungen erfüllt wurden. Das erstellte Chart blieb für die gesamte Supervisionsveranstaltung für alle sichtbar im Raum.

5.1.1 Erfahrungsaustausch

Um den Teilnehmenden die Möglichkeit des freien Austausches über ihre Erfahrungen zu geben, wurde ein Zeitfenster eingeplant, in dem über die letzten Wochen nach Implementierung der Interventionen gesprochen werden konnte. Hierbei wurde insbesondere das Recruiting von Bewohner*innen, die Anwendung des Assessments und Einführung des Basismoduls thematisiert. Das offene, durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen moderierte Gespräch beförderte die Aussprache über Chancen und Schwierigkeiten sowie über Stärken und Schwächen der Implementierungsphase bzw. des Versorgungskonzeptes. Da die Einrichtungen durch die Einteilung in die bereits beschriebenen Cluster gemäß des Studiendesgin an unterschiedlichen Punkten im Projekt standen, konnten die Case Manager*innen durch ihre Erfahrungsberichte den Teilnehmenden bei der bevorstehenden Implementierung ggf. Sorgen nehmen oder auch Tipps für mögliche „Stolpersteine“ nennen. Im Verlauf der Supervision zeigte sich, dass bei diesem Vorgehen auch die später dazu gekommenen Case Manager*innen davon profitierten und Fragen, die durch den Quereinstieg offenblieben, beantwortet werden konnten. Offene Fragen wurden, soweit es möglich war, unmittelbar in der Veranstaltung beantwortet. Unklare Aspekte und Anliegen wurden in der Nachbereitung der Supervision recherchiert und wie in Abschnitt 4 „Verschwiegenheit“ beschrieben, postalisch beantwortet.

5.1.2 Übung zum Rollenverständnis: Das Kompetenznetz

Im nächsten Abschnitt der Supervisionsveranstaltung erfolgte die Erarbeitung des Rollenverständnisses. Hierfür wurde das Kompetenznetz von Neumann-Wirsig (2016)

weiterentwickelt, welches als „Analyseinstrument für die differenzierte Betrachtung der Zusammenarbeit in einem Team und Ausgangspunkt für die Supervision“ (ebd., S. 156) genutzt werden kann.

Die Teilnehmenden wurden zu einer Situationsbeschreibung in Bezug auf ihre neue Rolle als Case Manager*in aufgefordert. Dabei sollten sie die Zusammenarbeit im Team, mit den An- und Zugehörigen, Bewohner*innen, Ärzt*innen sowie ihre eigene neue Rolle beschreiben. Das Kompetenznetz ermöglichte dabei eine Hilfestellung in der Selbsteinschätzung. Den Reflexionsprozess unterstützend waren um das Netz herum beispielhafte Anregungen zu finden. Zudem konnten Punktwerte innerhalb des Netzes gewählt werden, die den Grad der Zufriedenheit abbilden:

- 10 bedeutet sehr zufrieden,
- 5 zufrieden,
- 0 gar nicht zufrieden

Durch den wiederkehrenden Einsatz des Instrumentes, stellte die Einschätzung über die Punktwerte zudem ein Vergleichsmoment her und bildete einen Entwicklungsprozess ab.

Bitte nehmen Sie im „Kompetenznetz“ eine Einschätzung der folgenden Aspekte vor und setzen Sie entsprechende Kreuze.
10: sehr zufrieden
5: zufrieden
0: nicht zufrieden

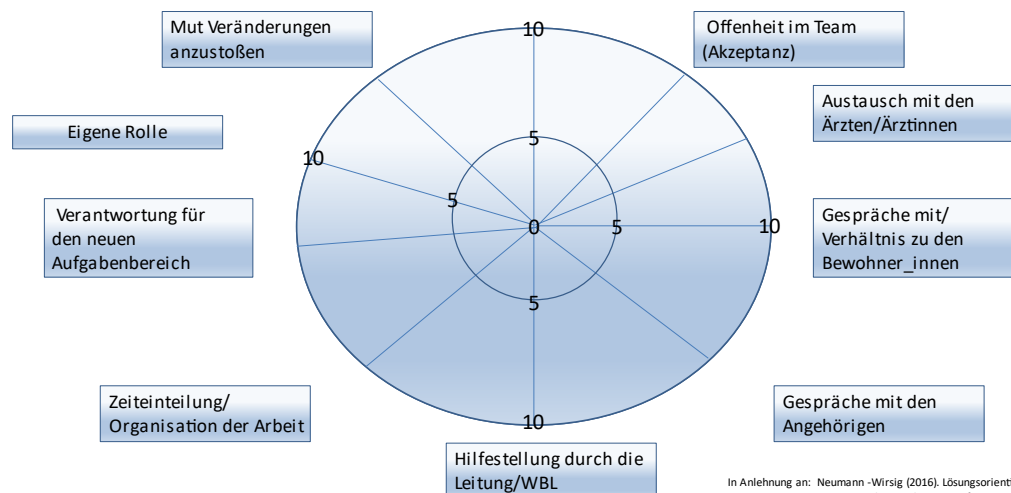


Abbildung 5: Kompetenznetz in Anlehnung an Neumann-Wirsing 2016, S. 157f.

In der Anwendung des Kompetenznetzes wurde für die erste Auseinandersetzung eine Stillarbeit im Umfang von 10-15 Minuten gewählt. Zur Unterstützung der Bearbeitung wurden den Teilnehmenden die untenstehenden Fragestellungen angeboten:

- Wenn Sie an Ihre bisherige Tätigkeit als Case Manager*in im Projekt DAVOS denken:
 - Wie nehmen Sie Ihre neue Rolle und Aufgabe wahr?
 - Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, wo sehen Sie Veränderungen, Chancen und Herausforderungen?
- ... in der Zusammenarbeit/im Austausch mit Ihren Kolleg*innen
- ... im Kontakt mit den Bewohner*innen
- ... in der Zusammenarbeit/im Austausch mit Ärzt*innen
- ... wie nehmen Sie selbst Ihre neue Rolle und Aufgabe wahr?

Im zweiten Schritt wurden Kleingruppen (2-3 Teilnehmende) gebildet, in denen die Eindrücke und Erfahrungen zusammengetragen wurden, dafür hatte die Gruppe 30 Minuten Bearbeitungszeit zur Verfügung. Anschließend stellte jede Gruppe ihre Ergebnisse im Plenum vor. Dabei wurden Moderationskarten genutzt, die auf vorbereitete Plakate befestigt wurden. Im Mittelpunkt der Plakate stand die Frage „Wie nehmen Sie Ihre neue Rolle und Aufgaben wahr?“ darum gruppierten sich analog zu der Bearbeitungshilfe die Punkte:

- ... in der Zusammenarbeit/im Austausch mit Ihren Kolleg*innen
- ... im Kontakt mit den Bewohner*innen
- ... in der Zusammenarbeit/im Austausch mit Ärzt*innen
- ... wie nehmen Sie selbst Ihre neue Rolle und Aufgabe wahr?

Im nächsten Schritt wurden die Moderationskarten von den Supervisionsteilnehmenden entsprechend den aufgeführten Akteuren angebracht, für die Gruppe erläutert und mit Beispielen aus der Praxis untermauert. In der Auseinandersetzung mit dem Punkt „...im Kontakt mit den Bewohner*innen“ konnten die bereits erwähnten Kernfunktionen des Case Managements, die anwaltliche Schutzfunktion (Advocacy) sowie die bedarfsgerechten Leistungen (Broker) bearbeitet werden sowie auftretende Momente durch die Koordination des Versorgungsprozesses in der Funktion des Gate Keepers. Die relevanten Aspekte wurden identifiziert und mit farblich unterschiedlichen Klebepunkten als positiv bzw. negativ kenntlich gemacht. Die sich daran anschließende Diskussion wurde lösungsorientiert moderiert und die Ergebnisse auf einer Flipchart festgehalten. Anschließend wurden die zusammengetragenen Lösungsvorschläge auf Umsetzbarkeit im beruflichen Handlungsfeld überprüft. In der Konzeptualisierung der Supervision standen der Transfer in die Praxis sowie die Förderung von Handlungssicherheit im Vordergrund. Eine Zusammenfassung des erarbeiteten

Rollenverständnisses durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen bildete den Abschluss dieser Einheit.

5.1.3 Bearbeitung von Fallbeispielen

Anknüpfend an diese Reflexionsprozesse wurde den Case Manager*innen das Angebot eröffnet, Fallbeispiele zu herausfordernden Situationen einzubringen.

Zur Vorbereitung wurden die Teilnehmenden bereits in der Einladung zur Supervision angeregt, über Fallbeispiele nachzudenken und diese für die Gruppe mitzubringen. Die Fallbeispiele sollten inhaltlich mit den Case Management Aufgabenbereichen in Verbindung stehen und konnten der Gruppe in einer anonymisierten Form schriftlich oder mündlich präsentiert werden.

In der Bearbeitung des Falls wurde zunächst eine offene Herangehensweise gewählt und dem/der Vortragenden ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt, den Fall zu schildern. Im Zuge dessen konnte beispielsweise eine Interaktion mit Bewohner*innen, An- und Zugehörigen, Kolleg*innen, Ärzt*innen, Projektmitarbeitenden sowie Heimleitungen thematisiert werden. Der erzählende Moment bat dem/der Vortragenden die Möglichkeit sich auf das Erlebte in der Retroperspektive zu konzentrieren und förderte den Selbstreflexionsprozess. Die Zuhörenden gaben anschließend ihre Eindrücke, Anregungen und Sichtweisen dazu wieder.

Je nach Komplexität wurden die von Rappe-Giesecke (2008) wesentlichen Punkte einer Gruppen Fallsupervision zur Bearbeitung herangezogen:

- Analyse der professionsbedingten sowie organisationale Beziehungsgestaltung
- Erkennen und reflektieren von handlungsleitenden und orientierungsrelevanten Werten
- Bewerten von Optionen für den Einzelfall sowie Übertragbarkeit auf andere Situationen
- Herausarbeitung von Leitlinien des professionellen Handelns (ebd., S. 115)

5.1.4 Abschlussrunde der Tagesveranstaltung inkl. der Sammlung zur nachhaltigen Implementierung

Jede Veranstaltung endete mit einer Abschlussrunde. Im Zuge dessen wurden neben einem Feedback (z.B. durch ein Blitzlicht) die erarbeiteten Lösungs- und Handlungsstrategien visualisiert auf einer Flip Chart aufgezeigt. Dem partizipativen Ansatz folgend bestand außerdem die Möglichkeit, Anregungen für die weiteren Treffen einzubringen, wie sie nachfolgend in Abschnitt 5.2 erläutert werden. Zudem wurden die Teilnehmenden angeregt, Ansätze zur nachhaltigen Umsetzung der modellhaft eingeführten Versorgungsform zu entwickeln. Die entstandenen Ideen wurden schriftlich festgehalten und in den Folgeterminen erneut aufgegriffen und ggf. weiterentwickelt.

5.2 Anregungen, die im Verlauf von den Teilnehmenden eingebracht wurden

Im Konzept vorgesehen war es weiterhin, auf spontane Fragestellungen sowie Anregungen der Teilnehmenden einzugehen, diese aufzuarbeiten und den Teilnehmenden in den Folgeveranstaltungen anzubieten. Es zeigte sich, dass diese Vorgehensweise von den Case Manager*innen als wertschätzend wahrgenommen wurde und zu einer positiven Gruppendynamik sowie einem hohen Engagement für das Projekt beitrug. Zudem wurde von den Case-Manager*innen eigeninitiiert eine Abschluss-Supervisionsveranstaltung angeregt.

Ein Thema, welches in der ersten Veranstaltung auftrat, war der Umgang mit Suizidalität im Alter. Um hierzu eine fachlich fundierte Expertise anbieten zu können, wurden wissenschaftliche Mitarbeiterinnen aus dem von der Stadt Frankfurt initiierten Projekt FRANS (Frankfurter Netzwerk Suizidprävention) für einen Impulsvortrag mit anschließender Diskussion gewonnen.

Ein weiterer Wunsch, der von den Case Manager*innen aufkam, war die Gestaltung eines Posters. Dieses sollte zur Steigerung des Bekanntheitsgrades des Depressions Case Managements in der Einrichtung beitragen.

5.3 Ablauf der Supervisionsveranstaltung im online Format

Die ab 2020 aufgrund der Corona –Pandemie bedingten Umstände im online Format durchgeführten Supervisionsveranstaltungen (Zoom), mussten zeitlich sowie inhaltlich eingekürzt werden (vgl. Abb. 6). Insgesamt wurden zwei Online Veranstaltungen angeboten. Aufgrund der bereits beschriebenen, sich verändernden personellen Situation in den Einrichtungen, wurde im Projektverlauf eine Nachschulung von Case Manager*innen notwendig. Daher wurde die Online- Supervisionsveranstaltung ebenfalls genutzt, die schon länger tätigen Case Manager*innen mit neu „Dazugekommenen“ einzuladen und einen Erfahrungsaustausch sowie ein Kennenlernen zu ermöglichen. Nach einer Begrüßungs- und Vorstellungsrunde, die mit einer Erwartungsabfrage kombiniert wurde, wurde die Gruppe allerdings aufgeteilt, um die unterschiedlichen Bedarfe aufgreifen zu können. So erhielten die neuen Teilnehmenden (Gruppe 1) einen Einstieg in die Aufgabenbereiche, während die Gruppe 2 das Rollenverständnis, wie es in Punkt 7.2.3. näher beschrieben wurde, erarbeiten konnten. Im Weiteren wurde Zeit für einen Erfahrungsaustausch zur Durchführung des Basismoduls zur Verfügung gestellt.

Uhrzeit	Ablauf	Didaktische Methode	Dokumentation
11:00- 11:15	Begrüßung Einführung in die Tagesveranstaltung		Tagesablauf, Folie in der Bildschirm Ansicht
11:15- 11:30	Vorstellungsrunde inkl. Erwartungsabfrage (im Hinblick auf die Supervision und die Aufgaben der Case Manager*innen)	Offener Austausch im Plenum	Mitschrift der Erfahrungen
Gruppe 1	Für Case Manager*innen, die neu in DAVOS eingestiegen sind		
11:30- ca. 12:30	Kurze Projekteinführung (insbesondere im Hinblick auf die Tätigkeit als DAVOS Case Manager*in)	Folienpräsentation	
Gruppe 2	Für Case Manager*innen, die länger im Rahmen von DAVOS tätig sind		
11:30- ca. 12:30	Übung zum Rollenverständnis und Erfahrungsaustausch zum Basismodul im Rückblick <ul style="list-style-type: none"> ➤ CM→ Selbstwahrnehmung ➤ CM → Kollegen*innen ➤ CM→ Heimleitung/ Wohnbereichsleitung ➤ CM→ Bewohner*innen ➤ CM → Ärzte*innen ➤ CM → Angehörige 	Zeit für eigene Gedanken (7-10 Minuten) Austausch inkl. der Identifikation von pos. und neg. Punkten sowie der Diskussion von Lösungen (30 Minuten) Folie der Fragestellung oder Kompetenznetz wird während der Stillarbeit eingebildet. Zusammenfassung durch wiss. MA (5 Minuten)	Mitschrift der Ergebnisse sowie der pos. und neg. Punkte
12:30- 13:00	Gemeinsamer Austausch im Plenum, Einschätzung und Ideen zur Fortführung des Depression Case Managements in den Einrichtungen	Zeit für Rückfragen Abschlussrunde	Mitschrift der Erfahrungen

Abbildung 6 Exemplarischer Ablaufplan der online Supervisionsveranstaltung (eigene Darstellung)

6 Fazit

- Im Rahmen der Supervisionsveranstaltungen konnten entstandene Rollenkonflikte aufgelöst werden.
- Die begleitende Supervision bietet durch die Kontinuität Sicherheit etwas zu wagen oder auch etwas in der Einrichtung anzusprechen, sei es bei Vorgesetzten oder im Team.
- Die Auseinandersetzung mit dem Rollenverständnis fördert die eigene Wahrnehmungsfähigkeit im Berufsalltag sowie die Bedeutung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse.
- Der einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Erfahrungsaustausch bietet Raum für soziales Lernen, persönliche Entwicklung und fördert die Selbstreflexion.
- Die begleitende Supervision motiviert den Veränderungsprozess mitzugestalten, neue Wege zu gehen und Wissen sowie die Erfahrung weiterzugeben.
- Die trägerübergreifende Angebotsform ermöglicht die Vernetzung zwischen den Einrichtungen.
- Die Teilnehmenden profitieren von dem Austausch sowie der Zeit, die ihnen zur Verfügung gestellt wird. Es werden Denkräume eröffnet, für die im beruflichen Alltag keine Zeit zur Verfügung steht, da personelle Engpässe sowie Arbeitsverdichtung stetig steigen.

7 Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf Change Prozesse im Unternehmen

Die Erkenntnisse, die in der Umsetzung des vorliegenden Supervisionskonzepts gesammelt wurden, zeigten, dass eine enge Begleitung der Mitarbeitenden während eines Change Prozesses maßgeblich zu einer erfolgreichen Umsetzung beiträgt. Die Mitarbeitenden eines Unternehmens bilden aufgrund ihrer Qualifikation sowie Sozialisation eine heterogene Gruppe, sodass Veränderungen von Arbeitsabläufen und Strukturen unterschiedlich aufgenommen werden. Dies konnte in der Supervisionsveranstaltung aufgegriffen und besprochen werden. Zudem zeigte sich die enge supervidierende Begleitung derer, die durch die Übernahme der Case Management Tätigkeiten die Verantwortung für einen neue Aufgabenbereiche übernahmen, als stabilisierender Faktor in der Umsetzung. Eine Übertragbarkeit auf Veränderungsprozesse in Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere in der stationären Langzeitversorgung, erscheint auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse als gegeben.

Als besonders zielführend stellte sich das einrichtungsübergreifende Format heraus. Dadurch konnte beispielsweise die jeweilige Einrichtungskultur innerhalb eines Trägers, in den Blick genommen werden. Der offene Austausch förderte, die unterschiedlichen Hürden und Chancen herauszuarbeiten und bot eine Vielfältigkeit an Herangehensweisen, die praxisnah, im partizipativen Vorgehen, alltags-

und erfahrungsorientiert bearbeitet werden konnten. Übergeordnetes Ziel der begleitenden Supervision waren die aus dem beruflichen Kontext heraus entwickelten Lösungs- sowie Handlungsstrategien.

Die regelmäßige Durchführung der Angebote wirkte sich zudem positiv auf das Vertrauensverhältnis zwischen den Teilnehmenden aus. Gestärkt wurde dies durch ein wachsendes Zusammengehörigkeitsgefühl und eine hohe Identifikation mit dem Projektvorhaben, dies zeigte sich durch die Idee der Postergestaltung sowie Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung beispielsweise die Gruppe „Rundum Wohlbefinden stärken“ für alle interessierten Bewohner*innen zu öffnen und in das Aktivitätenangebot aufzunehmen. Die Erfahrungen mit den, im Projekt DAVOS durchgeführten Supervisionsveranstaltungen zeigen, dass partizipative Strategieentwicklung, Vertrauen und Zugehörigkeitsgefühl, als treibende Kraft für die Motivation bei der Einführung neuer Strukturen zu werten ist und eine positive Prognose im Hinblick auf die Nachhaltigkeit zu erwarten ist.

Literatur

- Berlardi, N. (2020): Supervision und Coaching für Soziale Arbeit für Pflege für Schule. Lambertus: Freiburg
- Boeckh, A. (2017): Methoden integrative Supervision: ein Leitfaden für Ausbildung und Praxis. 2. Auflage. Klett-Cotta: Stuttgart
- Gensichen, J., Peitz, M., Torge, M., Mosig-Frey, J., Wendt-Hermainski, H., Rosemann, T. Raspe, H., Müller de Cornejo, G., Beyer, M., Härter, M., Müller, U. A., Angermann, C. E., Gerlach, F. M., Wagner, E. (2006): Die „Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL)“ mit integriertem PHQ-D – Rationale und Entwicklung eines Instruments für das hausärztliche Case Management bei Depression. Die Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 100, 375-382.
- Hautzinger, M. (2016): Depression im Alter. Psychotherapeutische Behandlung für das Einzel- und Gruppensetting. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Beltz: Weinheim
- Neumann-Wirsig, H. (Hrsg.) (2016): Lösungsorientierte Supervisions-Tools. managerSeminare Verlag
- Rappe-Giesecke, K. (2008): Triadische Karriereberatung. Begleitung von Professionals, Führungskräften und Selbständigen. EHP: Bergisch Gladbach
- Rosin, U. (1989): Die Balint-Gruppen, Konzeption- Forschung- Ergebnisse. Band 3. Springer: Berlin
- Tesky V.A., Schall, A., Schulze, U., Stangier, U., Oswald, F., Knopf, M., König, J., Blettner, M., Pantel, J.(2019). Depression in the nursing home: a cluster-randomized stepped-wedge study to probe the effectiveness of a novel case management approach to improve treatment (the DAVOS project). BMC 20:424, 1-8.
- Wendt, W.-R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. Lambertus: Freiburg

Wenn Sie an Ihre bisherige Tätigkeit als Case- Manager/-in im Projekt DAVOS denken:

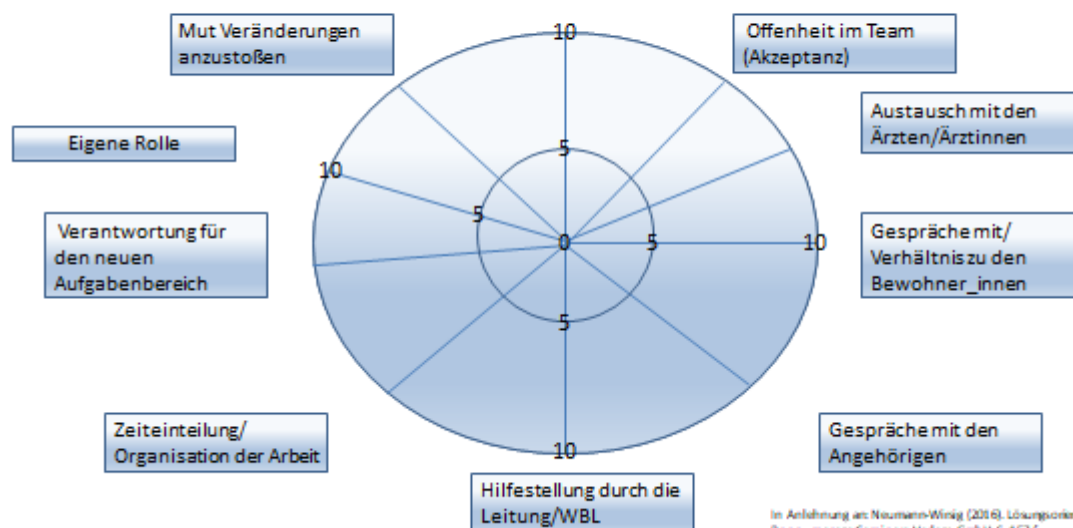
Wie nehmen Sie Ihre neue Rolle und Aufgaben wahr?
Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, wo sehen Sie Veränderungen, Chancen
und Herausforderungen?

- ...in der Zusammenarbeit/im Austausch mit **Ihren Kolleg/-innen**
- ...im Kontakt mit **Angehörigen**
- ...im Kontakt mit den **Bewohner/-innen**
- ...in der Zusammenarbeit/im Austausch mit **Ärzt/-innen**
- ...wie nehmen **Sie selbst** Ihre neue Rolle und Aufgaben wahr?

Gerne können Sie auch konkrete Beispiele einbringen!

Bitte nehmen Sie im „Kompetenznetz“ eine Einschätzung der folgenden Aspekte vor und setzen Sie entsprechende Kreuze.

- 10: sehr zufrieden
- 5: zufrieden
- 0: nicht zufrieden



Wenn Sie an Ihre bisherige Tätigkeit
als Case- Manager/-in im Projekt DAVOS denken:

Wie nehmen Sie Ihre neue Rolle und Aufgaben wahr?

Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, wo sehen Sie
Veränderungen, Chancen und Herausforderungen?
Gerne können Sie auch konkrete Beispiele einbringen!

Wie nehmen Sie Ihre
neue Rolle und Aufgaben
wahr?

...wie nehmen **Sie selbst** Ihre neue Rolle und Aufgaben wahr?

...in der Zusammenarbeit/im Austausch mit **Ihren Kolleg/-innen**

...im Kontakt mit Angehörigen

...im Kontakt mit den Bewohner/-innen



Interviewnummer: _____



Bitte notieren Sie die Interviewnummer, die Ihnen die Interviewerin nennt oben auf dem Blatt

Alter:

Approbiert? Ja nein

Aktuelle berufliche Tätigkeit:

Arbeit im stationären Bereich (Anzahl der Monate):

Arbeit im ambulanten Bereich (Anzahl der Monate):

Anzahl der über 60-jährigen behandelten Patienten:

Ambulant: Stationär:

Anzahl behandelter Patienten in Pflegeheimen:

 Innerhalb der DAVOS Studie?

Sonstige berufliche Erfahrung mit älteren Menschen **seit** Einstieg in die Studie:

Interviewnr:

Datum:

Interviewerin:



Psychotherapeutische Behandlung von Bewohnenden in Altenpflegeheimen – Interviews mit psychologischen Psychotherapeut:innen nach Mitarbeit im DAVOS-Projekt

Interviewleitfaden

Einstieg:

*Guten Tag Frau/Herr...,
mein Name ist Natalie Baumeister und ich bin Psychologiestudentin an der Universität
Frankfurt.*

*Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben an diesem Interview teilzunehmen und heute
dafür Zeit genommen haben. Ich werde Ihnen einige Fragen zu Ihren Erfahrungen bezüglich
der Arbeit mit älteren pflegebedürftigen Menschen im Rahmen des Davos Projekts stellen.
Hierbei liegt der Fokus auf Ihren persönlichen Erlebnissen und wir freuen uns sehr, wenn Sie
uns so viel wie möglich aus Ihrer Sicht berichten.*

*Wenn Sie eine Frage als unpassend empfinden oder diese nicht beantworten möchten, geben
Sie mir einfach eine kurze Rückmeldung und wir gehen zur nächsten Frage weiter. Wenn Sie
eine Pause brauchen, geben Sie ebenfalls gerne eine kurze Rückmeldung, dann bauen wir das
ein.*

*Das Interview wird ungefähr 60 Minuten dauern. Ich mache mir nebenbei manchmal Notizen,
um an der ein oder anderen Stelle nachzufragen.*

Haben Sie noch Fragen zum Ablauf oder gibt es noch weitere Fragen bevor wir anfangen?

*Sie haben im Datenschutz gesehen, dass wir Aufzeichnen wollen um später Ihre Antworten zu
transkribieren. Ist das für Sie in Ordnung?
Dann starte ich nun die Aufnahme.*

Sie haben ja einige Zeit im DAVOS-Projekt gearbeitet...

Interviewnr:

Datum:

Interviewerin:

- 1. Was waren Ihre Motive als Therapeut:in im DAVOS-Projekt mitzuarbeiten?**
 - a. Können Sie beschreiben, was Sie zur Arbeit mit alten im Pflegeheim lebenden Menschen im Rahmen der Davos Studie bewegt hat?
 - b. Wenn Sie noch einmal zurück denken an die E-Mail, können Sie berichten, was Sie dazu bewogen hat Ihre Tätigkeit als Therapeut:in einzubringen?
- 2. Wie ist hat das Thema Alter(n) Sie in ihrem bisherigen Leben privat oder beruflich begleitet?**
- 3. Gab es einen Moment in der Behandlung, der Ihnen besonders im Gedächtnis geblieben ist?**
 - a. Wenn ja, können Sie diesen näher beschreiben?
 - b. Gab es besonders belastende Erfahrungen?
 - c. Ging Ihnen etwas besonders leicht von der Hand?
Gab es ein Highlight bei der psychotherapeutischen Arbeit im Altenheim?
- 4. Welcher Aspekt Ihres therapeutischen Stils war für die Arbeit mit älteren Menschen im Pflegeheim besonders hilfreich?**
 - a. Welche therapeutische Haltung haben Sie als wichtig/günstig empfunden? Gab es Unterschiede im Vergleich zu anderen Therapien?
 - b. Hatten Sie andere Erwartungen an die Patient:innen oder an die Therapie als bei anderen?
- 5. Die Arbeit im Pflegeheim geht mit verändertem Setting einher. Können Sie beschreiben, wie sich dieses Setting auf Ihre Arbeit als Therapeutin ausgewirkt hat?**
- 6. Gab es Interventionen, die Sie für diese Altersgruppe als besonders hilfreich/nützlich/wirksam empfunden haben?**
 - a. Wenn ja, welche? & Weshalb?
- 7. Welche Schwierigkeiten gab es bei den Interventionen?**
 - a. (eventuell Nachfrage: Sind das ähnliche Schwierigkeiten wie in Ihrer sonstigen Arbeit?)
 - b. Haben Sie etwas angepasst? (Th. Stil, Haltung, Interventionen, ...) das wird ja eigentlich in 8 erfragt
- 8. Was würden Sie sagen sind Herausforderungen in diesem Arbeitsfeld und wie sind Sie damit umgegangen?**
- 9. Wir haben gesprochen über die Erfahrungen im Projekt und Ihre Arbeit im Pflegeheim und dabei festgestellt, dass diese an manchen Stellen herausfordernd ist. Was sollte in der Ausbildung (zur PT) berücksichtigt werden, um auf diese Tätigkeit vorzubereiten?**
 - a. Welche Begleitung/Unterstützung hätten Sie sich während der Arbeit im Projekt gewünscht?
- 10. Wie haben die Erfahrungen, die Sie bei Ihrer Arbeit im Altenheim gemacht haben**
 - a. ihre berufliche Planung beeinflusst?
 - b. Ihr Bild vom Alter(n) verändert?
- 11. Gibt es Themen, die noch nicht angesprochen wurden, die Ihnen wichtig sind? Haben Sie noch Fragen?**
- 12. Wie haben Sie das Gespräch empfunden? (Wie ist es für Sie darüber zu sprechen?)**

Anlage 12.11: Materialien zur Erprobung der Spannungsbögen

Erprobung des Spannungsbogens Öffentlichkeit/Privatheit

- Je nach Einrichtung große Unterschiede (z.B.: Einzel- Doppelzimmer)
- BW mit und ohne Depression: keine Unterschiede
- Bsp. beruflicher Alltag: Motivation Gruppenteilnahme (sprengen Gruppe, Diskussion, schlechte Laune, ablehnend), nicht immer zurückgezogen
- Herausforderung:
 - o Verweigerung Medikamente/Essen
 - o Selbstschädigendes Verhalten, z.B. Wunden
 - o Motivation/Beratungsgespräche: viel Arbeit
- ➔ Biografie häufig vernachlässigt: Wie war der Mensch früher? (z.B. ebenfalls zurückhaltend?)
- ➔ Diagnosen häufig zu spät: Pflegende nicht entsprechend ausgebildet, keine Macht

- 1) Einrichtungsspezifisch (Doppel-Einzelzimmer); Privatsphäre nicht wie zu Hause
- 2) Wenig BW mit Depressions-Diagnose, Rückzugstendenz nach Einzug (z.B. Rollenverlust)

Offene Diskussion:

- Einzelzimmer: Rückzugsmöglichkeit/persönlich eingerichtet, abschließbare Zimmer von innen
- Sensibilisierung: Anklopfen & Warten zur Wahrung der Privatsphäre
- Multikulturelles Haus: individuelle Wünsche werden berücksichtigt

- ➔ In Einrichtungen Tendenz zum Einzelzimmer (perspektivisch), derzeit häufig aber auch Doppelzimmer (z.T. problematisch)
- ➔ Öffentlichkeit direkt vor der Zimmertür (problematisch je nach Biografie- Nutzung Nischen – Rückzug in Zimmer)
- ➔ Geräuschkulisse (Fremd-/Selbstbestimmung) z.B. Musik in Aufenthaltsräumen

Erprobung des Spannungsbogens Selbstbestimmung/Fremdbestimmung im Rahmen der Case-Management Schulung

- Viel Fremdbestimmung durch Tagesstruktur
- Selbstbestimmung:
 - o Gestaltung des Zimmers, Festlegung der Duschtage
 - o Je nach Konzept der WB (z.B. Böhm)
- Unterschied BW mit/ohne Depression: BW mit Depression suchen Dauerkontakt, zurückgezogen, penetrant; wenig Selbstbestimmung (Diskussion: tw. mehr selbstbestimmt: Ablenkung von Angeboten: z.B. was sind depressive Symptome?), brauchen mehr Empathie
BW ohne Depression: lebensfroher, mehr Teilnahme, kompromissbereiter, Vorgaben
- SB: 50:50; 80:20 %
- Aufsteh- Essenszeiten: flexibel, Menüauswahl (SB hoch), aber auch fremdbestimmt, da fester Zeitraum & feste Menüs

Bsp.: Essen stehen lassen & später warm machen (einrichtungsspezifisch)

- TN an Angeboten: SB hoch, da Orientierung nach Interessen der BW (kein Zwang), Motivation von Menschen mit Depression
- Duschen; SB hoch, da Abweichungen vom Plan möglich (Flexibilität auch bzgl. Zeiten), SB niedrig, da Pläne eingehalten werden

2) Herausforderung, wenn BW alles ablehnen

- Reaktive Depression: durch Verluste (z.B. Partner, Wohnung); Aufleben bspw. durch Angebote
- fließender Übergang FB/SB, wohnbereichsspezifisch; abhängig vom Gesundheitszustand/Mobilität
- BW abhängig von Ressourcen in der Einrichtung
- Medikamente: Ablehnung nicht möglich
- keine freie Auswahl möglich (wenige kommen in die Einrichtung), ggf. wenig Vertrauen, hohe Fremdbestimmung

Erprobung des Spannungsbogens Sicherheit/Verlässlichkeit; Reizarmut/wenig Abwechslung

- BW: viel geboten
 - o Einzelangebote erweitern bei Rückzug
 - o Tagesablauf individuell angepasst
 - MA: Kreativität gewünscht/gefordert
 - BW mit und ohne Depression: Unterschiede: ja
 - Bei Depression: Motivation notwendig, häufig Aggression; Antihaltung (unbegründet)
 - Service Wohnen: Selbstständige BW (Depressionen werden erst nach Auffälligkeiten deutlich)
 - Verwahrlosung; Verweigerung des Essens
 - Viel Betreuung/Gespräche (keine Routine)
 - Einbezug der Neurologin (alle 6 Wochen)
-
- 1) Mehr Richtung Monotonie, PK resignieren tw., aber auch positive Beispiele
 - 2) BW m. Depression z.T. nicht bekannt – Diagnosestellung nicht in der Einrichtung – was ist nur eine „Verstimmung“ /Trauer (Komplexität)
 - z.T. keine Ausbildung/WB bzgl. Umgang m BW, die sich zurückziehen – Fallbesprechungen kein Zwang TN an Angeboten
 - TN an Angeboten: geschickte Motivation Aufgabe der Pflegenden ohne Gewalt (TN an Angeboten meist positiv) bewohnerspezifischer Umgang – Biografiearbeit ist hierfür wichtig!

Anlage 12.12: Materialien zur formativen Evaluation

Konzept der formativen Evaluierung für die Qualifizierung der Pflegefach- und Betreuungspersonen

These 1: Die Konzeption des Spannungsbogens ist darauf ausgerichtet die Teilnehmenden zu einer Selbstreflexion sowie Diskussion anzuregen und über die eingebrachten Beiträge aus der Praxis, in eine Lösungsorientierung im Umgang mit Bewohner/-innen mit Depressionen zu gelangen.

These 2: In der Diskussion wird das Wechselspiel innerhalb der Pole bewusst. Es wird ein Perspektivwechsel angeregt, der durch einen Transfer in die Praxis die Möglichkeit bietet, für die Symptomatik einer Depression zu sensibilisieren und individuell auf die Bedarfe sowie Bedürfnisse von Bewohner/-innen mit Depression einzugehen.

Die Spannungsbögen „Öffentlichkeit vs. Privatheit“; „Fremdheit vs. Selbstbestimmung“ wurden im Rahmen der Validierung der Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung im ersten Entwurf erprobt. Dabei handelte es sich um ein Peer Debriefing sowie eine kommunikative Validierung (Member Checks), da sowohl Pflegefach- sowie Betreuungspersonen einbezogen wurden, die teilnehmend beobachtet wurden, als auch Mitarbeitende, die nicht in die Forschung involviert waren (Lamnek, Krell 2016¹, 157). Die Erprobung wurde in die Schulung der DAVOS Case Manager/-innen eingebettet und ergab folgende Erkenntnisse:

- Rege Diskussion, kritische Reflexion und Datenverdichtung
- Es wurde ein großes Interesse an einem aktiven Einbezug der Expertise, hoher Informationsbedarf zum Thema Depression sowie wesentliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Altenpflegeeinrichtungen deutlich
- Es hat sich als förderlich erwiesen, Beispiele aus der Alltagspraxis anzubieten und eine eigene Verortung anzuregen, ohne vorab eine Bewertung vorzunehmen
- Der berufsgruppenübergreifende Austausch förderte die gegenseitige Anerkennung und es wurden Vorschläge für die interdisziplinäre Zusammenarbeit abgeleitet

Zur Erprobung der weiteren drei Spannungsbögen wurden zwei berufsgruppenübergreifende Fokusgruppen (Pflegefachpersonen, Auszubildende, Betreuungsperson, Sozialarbeiter, Wohnbereichsleitung, Inklusionsbeauftragte) sowie ein Experteninterview (Leitungsfunktion) durchgeführt. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory (offenes Kodieren) (Strauss & Corbin 1996²).

¹ Lamnek S., Krell C. (2016). Qualitative Sozialforschung. 6. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

² Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1996). Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.

	Fokusgruppe_1	Fokusgruppe_2	Experteninterview
Spannungsbogen	soziale Partizipation vs. soziale Isolation	Individualität vs. Konformität	Emotionalität vs. Funktionalität
Lehr- und Lernmethoden Erfahrungen	<p>In den Fortbildungen überwiegt bislang Frontalunterricht (fast ausschließlich)</p> <p>Fallbeispiele werden als gute Methode bewertet</p> <p>Rollenspiele werden eher nicht gewünscht (Begründung: spiegeln nicht die Realität wieder, MA fühlen sich nicht frei)</p> <p>Theorie-Praxis Transfer Inhalte aus den Fortbildungen werden praktisch umgesetzt – meist Pflicht</p> <p>Räume für Austausch bestehen, werden als positiv bewertet einrichtungsübergreifender Erfahrungsaustausch wird gewünscht</p> <p>Austausch nimmt Druck (andere Einrichtungen haben auch zu bewältigende Herausforderungen) Austausch trägt dazu bei, voneinander zu lernen</p>	<p>Es werden sehr viele Fortbildungen angeboten (die meisten sind Pflichtfortbildungen) die Lehrmethoden sind i.d.R. frontal, jedoch werden auch Rollenspiele angeboten</p> <p>Die Eigenreflexion und Selbsterfahrung wurde als sehr wichtig erachtet. Die Methode des Rollenspiels ist dabei jedoch nicht einstimmig gewünscht. Frontalunterricht mit Reflexionsübungen wurden vorgeschlagen, ebenso Supervisionen, Integration von Fallbeispielen</p> <p>Hand out zu den Fortbildungsinhalten oder auch Hand outs, die während der Fortbildung gemeinsam gestaltet werden, wurden als hilfreich beschrieben</p> <p>Frontalunterricht sollte einen zeitlichen Umfang von 3 Stunden nicht überschreiten und lebendig/interaktiv gestaltet sein</p>	<p>Viele Fortbildungsangebote wurden genutzt:</p> <p>Power Point wurde als eher öde empfunden, Fallbeispiel sehr sinnvoll, da Praxis und Theorie zusammengefügt werden Selbstlernmethoden sind aber nicht für jeden etwas, Rollenspiele mag nicht jeder sind aber sehr effektiv, Supervision wurde als sehr gut bewertet, da der geschützte Rahmen zur Offenheit anregt, Diskussionen ermöglichen, voneinander zu lernen, kollegiale Beratung</p> <p>Fazit: Eine vielfältige Umsetzung von Methoden machen eine gute Fortbildung aus</p>
Rückmeldung zum Spannungsbogen	<p>Spannungsbogen wird als gut bewertet Übersichtlich, gut verständlich → Wunsch nach wenig Text Guter Praxisbezug (Beispiele zu den Punkten sind schnell präsent, TN der Fokusgruppe können sich schnell in die</p>	<p>Pflegealltag sollte durch „Aktives Einbringen in die Pflegesituation und den Lebensalltag“ ersetzt werden, da nicht alle Anwender des Spannungsbogens Pflegefachpersonen sind</p> <p>Vorhandenes Wissen wurde anhand des</p>	<p>Spannungsbogen wird als gut umsetzbares Instrument bewertet</p> <p>Um die eigene Verortung zu beschreiben wurde auf Praxisbeispiele zurückgegriffen</p>

	<p>Diskussion einbringen) Es wird als schwierig bewertet, sich aufgrund der Heterogenität in der Praxis auf einem festen Punkt zu verorten (stellt jedoch auch einen Erkenntnisgewinn zur Diskussion dar)</p>	<p>Spannungsbogens strukturiert und gedanklich angeregt, das Instrument in den Arbeitsalltag zu übernehmen (Schlagworte für Fallbesprechungen & Ableiten von Maßnahmen). Der eigentliche Reflexionsprozess konnte so nicht angestoßen werden. Im Vordergrund steht Input= Output</p> <p>Die Antwortlatenz einer TN zeigt, dass es Zeit und Raum braucht, um den Reflexionsprozess anzustoßen</p> <p>Insgesamt wurde der Spannungsbogen als gut bewertet (übersichtlich, verständlich) und regte eine sehr intensive Reflexion sowie einen Erfahrungsaustausch und Perspektivwechseln (bspw. Stimmungsschwankungen verstehen) an. Der Bezug zur Depression musste hergestellt werden, sodass das Instrument ggf. auch auf weitere Krankheitsbilder übertragen werden könnte.</p> <p>Die Verortung fällt schwer, da jeder Bewohner*in individuell zu betrachten ist.</p> <p>Die Pole ermöglichen aus der Alltagspraxis zu berichten und regen die Diskussion an.</p>	<p>In der Anwendung wird die Diskussion als besonders wertvoll erachtet, diese sollte moderiert werden, um alle zu erreichen Gute Erfahrungen sollten schriftlich festgehalten werden (Handlungsleitfaden)</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass Symptome der Depression ggf. nicht erkannt werden und dass zum Thema Depression im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern eher wenig Schulung erfolgt.</p> <p>Es wurde angemerkt, dass eine feste Verortung auf dem Spannungsbogen nicht möglich ist, da sie von unterschiedlichen Rahmenbedingungen abhängig ist und für jeden Bewohner bzw. jede Bewohnerin individuell überprüft werden muss – der Spannungsbogen könnte dazu anregen, eine Balance zwischen den Polen herzustellen.</p>
<p>Sonstige Anregungen</p>	<p>Input zum Thema Depression wird gewünscht zu folgenden Themen: Symptome Arten Risikofaktoren für eine Depression:</p>	<p>Vonseiten der Pflegefach- und Betreuungspersonen wurde der Bedarf an theoretischen Grundlagen zum Krankheitsbild Depression sowie Depressionserkennung geäußert</p>	<p>Input zum Thema Depression wird als erforderlich gesehen sowie zur Stressbewältigung Pflegefachpersonal sollte unbedingt</p>

	<p>Insbesondere bei Heimeinzug (Sensibilisierung der MA hierfür) Depression als „Tabu Thema“ bei BW und Umgang damit (Gesprächseinstieg)</p> <p>Erkennen von Depressionen/sozialer Isolation</p> <p>Anwendung des Screening Verfahrens DeMoL in den Einrichtungen auch nach Projektende</p> <p>Input zur Gesprächsführung mit Angehörigen in Schulungen aufgreifen (bspw. wenn diese Entscheidungen gegen den Willen der BW treffen)</p>	<p>Auch Inhalte zum Selbstschutz der Mitarbeitenden wurden gewünscht.</p> <p>Ein berufsgruppenübergreifendes Angebot wurde positiv gesehen</p> <p>Anwendung des Screening Verfahrens DeMoL in den Einrichtungen auch nach Projektende</p>	<p>geschult werden, zum DeMoL-Pflege ggf. eine/n Expert/-in ausbilden</p> <p>Zwei Varianten des Qualifizierungskonzeptes anbieten, eine mit Rollenspielen die andere ohne (Form der Umsetzung wird durch TN gewählt)</p> <p>Anwendung des Screening Verfahrens DeMoL wurde als sinnvoll erachtet. Problematik in der ambulanten Pflege ist die punktuelle Begleitung der Klient/- innen, daher ist der Gesamteindruck schwerer zu beurteilen.</p> <p>Ambulanter Bereich: Angehörige könnten geschult werden, analog zu Demenz- Schulungen für Angehörige</p> <p>Umsetzung von Therapieangeboten könnte in Tagesstätten von Vorteil sein</p> <p>Umsetzung DeMoL-Pflege auch im stationären Bereich sinnvoll</p>
--	--	---	--

Zusammenfassend:

Die gewünschte Diskussion wurde durch den Spannungsbogen angeregt.

Es stellte sich heraus, dass Rollenspiele überwiegend nicht beliebt sind, Anregungen zur Reflexion und Selbsterfahrung sowie eine interaktive Ausgestaltung der Schulungen jedoch durchaus gewünscht sind. Der Spannungsbogen bietet die Möglichkeit eigene Erfahrung aus dem beruflichen Alltag einzubringen und von allen Perspektiven zu beleuchten. Dadurch, dass die Mitarbeitenden- sowie Bewohner-/innenperspektive angesprochen wird, besteht die Möglichkeit, sich in die jeweils andere Sichtweise hineinzudenken und so einen Reflexionsprozess anzustoßen. Dieser verstärkt sich durch eine berufsgruppenübergreifende Zusammensetzung der Teilnehmenden. Es wurde in allen Diskussionsrunden angemerkt, dass eine feste Verortung auf dem Spannungsbogen nicht möglich ist, da sie von unterschiedlichen Rahmenbedingungen abhängig ist und für jeden Bewohner bzw. jede Bewohnerin individuell überprüft werden muss. Es wurde ebenfalls deutlich, dass es Zeit und Raum braucht, um den Reflexionsprozess anzustoßen.

Durch die vielfältigen Beiträge aus der Praxis können Handlungsstrategien entwickelt und festgehalten werden, die im Theorie Praxis Transfer ihre Umsetzung finden (bspw. Empfehlungen zum Einsatz des Spannungsbogens in der pflegerischen Alltagspraxis/Fallbesprechungen). Wünschenswert wäre ggf. ein Hand out sowie die Möglichkeit, zentrale Erkenntnisse des Erfahrungsaustausches (bspw. Handlungsanleitungen) zu verschriftlichen. Es zeigte sich, dass innerhalb der Diskussion Bezüge zu Bewohner-/innen mit beispielsweise psychischen Erkrankungen aufgenommen wurden, daher ist die Übertragbarkeit des Spannungsbogens als Instrument für Fallbesprechungen denkbar (unabhängig von der Symptomatik Depression).

Insgesamt wurde das Instrument als geeignet und hilfreich bewertet (übersichtlich, verständlich). In FG 2 zeigten sich in der Diskussion zum Spannungsbogen sehr umfangreiche Überschneidungen zum Spannungsbogen „Fremd- und Selbstbestimmung“, sodass der Spannungsbogen „Konformität vs. Individualität“ in den Spannungsbogen „Fremd- und Selbstbestimmung“ integriert wird.

Es wurden Inhalte zur Symptomatik Depression gewünscht sowie zur Stressbewältigung für Mitarbeiter/-innen. Im Rahmen des Qualifizierungskonzeptes ist es je nach Anliegen der Schulungsteilnehmenden denkbar, die Relevanz der Stressbewältigung in der Lösungsorientierung aufzugreifen. Es wurde deutlich, dass das Thema Depression in den kooperierenden Altenpflegeeinrichtungen bislang vergleichsweise weniger umfangreich präsent ist. Die Nutzung des DeMoL-Pflege wird auch nach Projektende gewünscht. Für den ambulanten Bereich wäre eine Schulung einzelner Mitarbeiter/-innen (als Expert/-innen) sowie eine Schulung von Angehörigen denkbar.

Evaluation des Schulungskonzepts *Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten*
 Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

zunächst einmal möchten wir uns noch einmal ganz herzlich bei Ihnen für Ihre Teilnahme am Schulungskonzept „*Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten*“ bedanken! Zum Abschluss der Schulung würden wir uns freuen, wenn Sie uns die untenstehenden Fragen beantworten und uns ein Feedback zur Schulung geben! Unser Ziel ist es, die Schulungen insbesondere auf Grundlage Ihrer Rückmeldungen weiterzuentwickeln und ganz auf Ihre Bedarfe, Bedürfnisse und Wünsche anzupassen! Bitte lesen Sie sich vorab das Informationsblatt zum Datenschutz durch und unterschreiben uns die beiliegende Einwilligungserklärung, falls Sie sich entscheiden, an der Evaluation teilzunehmen!

Teil 1: Soziodemografische Fragen

1.1 Welches Geschlecht haben Sie?		
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
1.2 Wie alt sind Sie?		
<input type="checkbox"/> 21-31 Jahre	<input type="checkbox"/> 41-42 Jahre	<input type="checkbox"/> 52-62 Jahre
<input type="checkbox"/> 31-41 Jahre	<input type="checkbox"/> 42-52 Jahre	
1.3 Wie lange sind Sie in der Altenpflegeeinrichtung tätig?		
<input type="checkbox"/> 0- 5 Jahre	<input type="checkbox"/> 10-15 Jahre	<input type="checkbox"/> 20-25 Jahre
<input type="checkbox"/> 5-10 Jahre	<input type="checkbox"/> 15-20 Jahre	
1.4 Welche Funktion haben Sie derzeit?		
<input type="checkbox"/> Pflegefachperson	<input type="checkbox"/> Wohnbereichsleitung	<input type="checkbox"/> Betreuungskraft
Sonstige Funktion:		

Teil 2: Fragen zur Bewertung der Schulungsinhalte

2.1 Waren die Schulungsinhalte verständlich aufbereitet?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.1.1 Falls nein, warum nicht?	
2.2 Waren die Schulungsinhalte hilfreich für meine berufliche Handlungspraxis?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.2.1 Falls nein, warum nicht?	
2.3 Mein Vorwissen zum Thema „Depression in Altenpflegeeinrichtungen“ war ausreichend, um der Schulung zu folgen.	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.3.1 Falls nein, folgendes Vorwissen hat gefehlt:	
2.3.2 Falls ja, folgende Schulungsinhalte waren bereits (bitte geben Sie an, ob die Wiederholung für Sie sinnvoll war):	

2.4	Ich habe folgende Wünsche/Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Schulungsinhalte/weitere Schulungsinhalte:

Teil 3: Fragen zur Bewertung der Lehrmethoden

3.1	Der Erfahrungsaustausch zum Spannungsbogen war hilfreich	
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/> nein
3.1.1 Falls nein, warum nicht?		

3.2	Die Diskussion zur Fallrekonstruktion war hilfreich	
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/> nein
3.2.1 Falls nein, warum nicht?		

3.3	Die Arbeitsmaterialien (bspw. Spannungsbogen) sind für mich hilfreich, um die Schulungsinhalte praktisch umzusetzen.	
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/> nein
3.3.1 Falls nein, warum nicht?		

3.4	Ich habe folgende Wünsche/Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Lehrmethoden sowie zum zeitlichen Umfang (Erfahrungsaustausch, Anwendung des Spannungsbogens):

Teil 4: Abschließende Fragen

4.1	Bitte nehmen Sie eine abschließende Bewertung vor. Die Schulung hat mir...	
<input type="checkbox"/>	...sehr gut gefallen	<input type="checkbox"/> ...weniger gut gefallen
<input type="checkbox"/>	...gut gefallen	<input type="checkbox"/> ...gar nicht gefallen

4.2	An der Schulung hat mir Folgendes <u>besonders gut</u> gefallen:

4.3	Das hat mir <u>nicht so gut</u> gefallen:

4.4	Ich konnte neue Erkenntnisse für meine berufliche Handlungspraxis mitnehmen:	
<input type="checkbox"/>	...sehr umfangreich	<input type="checkbox"/> ...weniger umfangreich
<input type="checkbox"/>	...umfangreich	<input type="checkbox"/> ...gar nicht

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Formative Evaluation des Schulungskonzepts „Lebensalltag für Bewohner/-innen mit Depression gestalten“

Auswertung der Fragebögen

Termine: 3. & 10.2.21

n=9

Teil 1: Soziodemografische Fragen

1.1 Welches Geschlecht haben Sie?	
Weiblich	7
Männlich	2
Divers	0

1.2 Wie alt sind Sie?	
21-31 Jahre	0
31-41 Jahre	3
41-42 Jahre	1
42-52 Jahre	2
52-62 Jahre	3
k. A.	0

1.3 Wie lange sind Sie in der Altenpflegeeinrichtung tätig?	
0- 5 Jahre	3
5-10 Jahre	3
10-15 Jahre	2
15-20 Jahre	0
20-25 Jahre	0
k. A.	1

Teil 2: Fragen zur Bewertung der Schulungsinhalte

2.1 Waren die Schulungsinhalte verständlich aufbereitet?	
Ja	9
Nein	0
k. A.	0
Falls nein, warum nicht?	/

2.2 Waren die Schulungsinhalte hilfreich für meine berufliche Handlungspraxis?	
Ja	9
Nein	0

k. A.	0
Falls nein, warum nicht?	/

2.3 Mein Vorwissen zum Thema „Depression in Altenpflegeeinrichtungen“ war ausreichend, um der Schulung zu folgen.	
Ja	9
Nein	0
k. A.	0
Falls nein, folgendes Vorwissen hat gefehlt:	/
Falls ja, folgende Schulungsinhalte waren bereits vorhanden (bitte geben Sie an, ob die Wiederholung für Sie sinnvoll war):	3x Ja

2.4 Ich habe folgende Wünsche/ Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Schulungsinhalte/ weitere Schulungsinhalte:	
<ul style="list-style-type: none"> • Auch Tipp wie man Fragen stellen und welche • Es sollte schon hier erklärt werden, wann /wie wir mit welchen Formular für die Bewohner zu tun haben 	

Teil 3: Fragen zur Bewertung der Lehrmethoden

3.1 Der Erfahrungsaustausch zum Spannungsbogen war hilfreich?	
Ja	8
Nein	0
k. A.	1
Falls nein, warum nicht?	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung/Besprechung fand meiner Erinnerung nach nicht/kaum statt • Spannungsbogen sollte besser erklärt werden

3.2 Die Diskussion zur Fallrekonstruktion war hilfreich?	
Ja	8
Nein	0
k. A.	1
Falls nein, warum nicht?	

3.3 Die Arbeitsmaterialien (bspw. Spannungsbogen) sind für mich hilfreich, um die Schulungsinhalte praktisch umzusetzen.	
Ja	6
Nein	0
k. A.	3

Falls nein, warum nicht?	<ul style="list-style-type: none"> • Kann ich heute noch nicht beurteilen • Wird sich erst zeigen
--------------------------	---

3.4 Ich habe folgende Wünsche/ Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Lehrmethoden sowie zum zeitlichen Umfang (Erfahrungsaustausch, Anwendung des Spannungsbogens):
<ul style="list-style-type: none"> • Bzgl., Erfahrungsaustausch wären mehr Teilnehmer in der Schulung hilfreich

Teil 4: Abschließende Fragen

4.1 Bitte nehmen Sie eine abschließende Bewertung vor. Die Schulung hat mir...	
...sehr gut gefallen	5
...gut gefallen	4
...weniger gut gefallen	/
...gar nicht gefallen	/
k. A.	0

4.2 An der Schulung hat mir Folgendes <u>besonders gut</u> gefallen:
<ul style="list-style-type: none"> • Austausch über Coronaausbruch • Kleine Gruppe, Internet hat gut geklappt • Die Dozenten und Zoom. Der Austausch

4.3 Das hat mir <u>nicht so gut</u> gefallen:
<ul style="list-style-type: none"> • Technische Probleme (nur wenig) • Technische Kurzprobleme • Irgendwie war nur Fokus auf den Bewohner. Fortbildung über Privatheit im Heim hatten wir aber schon genug. Aber es fehlt der Fokus: wie ist Ablauf des Projektes, wie meine Rolle! Ein Teil der Teilnehmer wusste es wohl schon.

4.4 Ich konnte neue Erkenntnisse für meine berufliche Handlungspraxis mitnehmen:	
...sehr umfangreich	4
... umfangreich	4
...weniger umfangreich	/
...gar nicht	/
k. A.	1

4.5 Das möchte ich gerne sonst noch mitteilen:
<ul style="list-style-type: none"> • Für die Pflegekräfte auch diese Schulung anbieten • Für die Pflege die Schulung anbieten • Es war meine 2. Fortbildung via Internet, Ja das war ok. • Vielen dank für die Infos und Schulung