



Gesundheitsförderung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen

Dr. Nina Fleischmann, Theresa Vanheiden,
Silke Wendland, Birgit Wolff

16.04.2019

Hintergrund

Deutschlandweit werden rund 783.000 Pflegebedürftige in einer der 13.600 stationären Pflegeeinrichtungen betreut (Destatis 2017), davon 91.540 Menschen in rund 1.783 Einrichtungen in Niedersachsen (LSN, 2017). In Einrichtungen stationärer Pflege sind die Bewohner*innen im Vergleich zum ambulanten Bereich eher weiblich, weisen einen höheren Altersdurchschnitt, umfangreichere (behandlungs-) pflegerische Versorgungsbedarfe und eine eingeschränktere Alltagskompetenz auf (Fleischmann 2017). Bisher standen Zielgruppen, deren Gesundheit bereits (dauerhaft) beeinträchtigt ist, wenig im Fokus gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Bisherige Konzepte ließen die späteren Lebensphasen außer Acht (Schaeffer und Büscher 2009).

Mit dem Präventionsgesetz von 2015 ist die Lebenswelt „Pflegeheim“ mehr in den Fokus gerückt: Pflegekassen sind verpflichtet, in stationären Pflegeeinrichtungen jährlich 0,32€ pro versicherte Person für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für die Bewohner*innen einzusetzen (Stand Januar 2019). Bei der Entwicklung dieser Maßnahmen sind die Pflegeeinrichtungen und die Bewohner*innen zu beteiligen (§ 5 Abs 1. SGB XI). Kriterien für die Förderung entsprechender Maßnahmen liefert der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (GKV- Spitzenverband 2018). Die Lebenswelt „Pflegeheim“ weist im Vergleich zu anderen Lebenswelten Besonderheiten auf: Die Einrichtungen stationärer Pflege sind als Zuhause zu betrachten und prägen für die meisten Bewohner*innen den letzten Lebensabschnitt (BVPG 2018). Gesundheit und Wohlbefinden der Bewohner*innen sollen gestärkt und ein Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit verzögert werden.

Der Stand der Forschung zur Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen und die Studienlage zur Wirksamkeit von Maßnahmen ist heterogen. Ernährungsbezogene Maßnahmen wie die Gestaltung der Mahlzeitemgebung können einen Einfluss auf Lebensqualität, Motorik und Körpergewicht haben. Insbesondere bei demenziellen Erkrankungen haben Konzepte wie Montessori und Spaced Retrieval positive Wirkungen (Görres et al. 2013). Körperliche Aktivität scheint grundsätzlich empfehlenswert - zur Dauer von Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität, der Intensität und der sinnvollen Verzahnung mit aktivierender Pflege gibt es (noch) keine einheitliche Empfehlung seitens der Wissenschaft (Blättner et al. 2017). Auch Freizeitaktivitäten, wie Maßnahmen zur Aktivierung von Erinnerungen und zur Förderung gesellschaftlicher Teilhabe, haben eine große Bedeutung zur Stärkung der psychischen und psychosozialen Gesundheit. Aber auch hier braucht es aus wissenschaftlicher Sicht mehr theoretisch-konzeptionelle Arbeit sowie Studien, die eine genaue Wirksamkeit und Häufigkeit von Maßnahmen belegen (BVPG 2018). Zur Gewaltprävention bestehen einige Initiativen und Projekte wie das internationale Projekt „Monitoring in Long-Term-Care – Pilot Project on Elder Abuse MILCEA“ oder das Düsseldorfer

Vorhaben zu „Prävention von Gewalt in der Pflege durch interdisziplinäre Sensibilisierung und Intervention von stationären und ambulanten Pflegediensten“. Aber auch hier sind die Fragen der Wirksamkeit, Sicherheit und Nachhaltigkeit noch nicht vollständig geklärt (Meyer und Abraham 2013).

Hürden in der Umsetzung sind mangelnde strukturelle Rahmenbedingungen (Kleina et al. 2012; Horn, Brause, Schaeffer 2011), unklare Zielvorstellungen von Gesundheitsförderung in den Einrichtungen (Kuhlmey 2012) und eine noch immer vorherrschende Defizitorientierung in der Pflege (Hasseler 2011).

Wenige Studien stellen die Bedürfnisse von Bewohner*innen in den Mittelpunkt. Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit, Selbstständigkeit und Mobilität, Ernährung, Privatsphäre, soziale Kontakte, Beschäftigung und Abwechslung sowie sinnstiftende Aktivitäten, sich zu Hause zu fühlen, eine Aufgabe zu haben, Sicherheit und Zuverlässigkeit, Informiertheit und eine individuelle Betreuung konnten als essentielle Themenfelder identifiziert werden (Schmitt 2013, Schenk et al. 2013, Dierks et al. 2016).

Vorgehen im Projekt

Das zweijährige Projekt „Gesundheitsförderung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen“ zielt darauf ab, einen systematischen Analyse- und Entwicklungsprozess anzustoßen, um angepasst an die Bedingungen vor Ort bedürfnisorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für die Bewohner*innen umzusetzen und dabei auch die strukturellen Rahmenbedingungen zu verändern. Es wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AfS) in Kooperation mit dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. unter Gesamtförderung der BARMER Niedersachsen / Bremen umgesetzt.

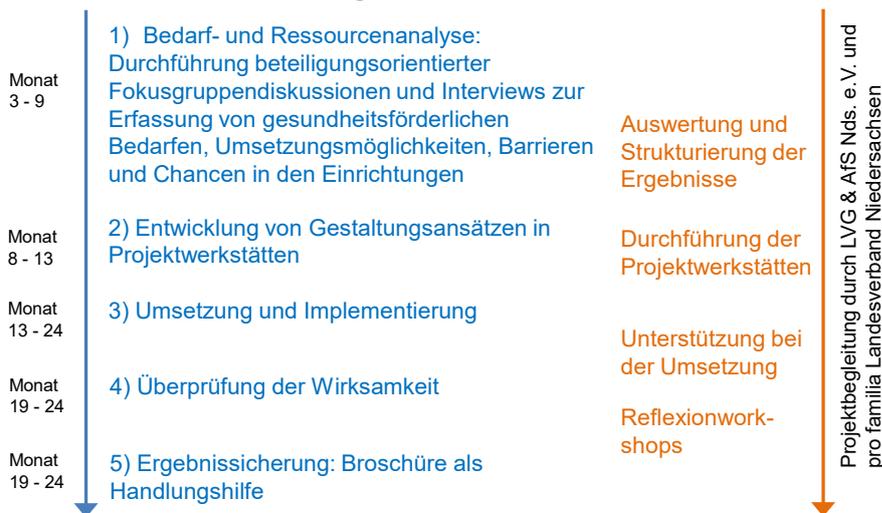
Stationäre Pflegeeinrichtungen aus Stadt und Region Hannover sowie Stadt und Landkreis Hildesheim wurden gezielt angeschrieben, sich auf das Projekt zu bewerben. Unter Berücksichtigung der Heterogenität hinsichtlich Trägerschaft, Größe und Lage der Einrichtungen wurden fünf Projekteinrichtungen ausgewählt. Diese sind: AWO Residenz Sehnde, Heinemanhof Stadt Hannover, Alten- und Pflegeheim Marienstift Barsinghausen, Christophorusstift Hildesheim und Seniorenresidenz Lindenhof Lehrte. Zu Beginn hat eine gemeinsame Auftaktveranstaltung zur Information über das Projekt und zum gegenseitigen Kennenlernen und Vernetzen stattgefunden. In jeder Modelleinrichtung wurden im Rahmen einer Bedarfs- und Ressourcenorientierung partizipative Fokusgruppen mit Vertreter*innen aller in der Lebenswelt Pflegeheim beteiligten Personengruppen, wie z. B. der Bewohner*innen, der Heimbeiräte, Angehörigen und Mitarbeitenden, durchgeführt. Ziel der Bedarfs- und Ressourcenorientierung war die Identifizierung möglicher Handlungsfelder zur systematischen Gesundheitsförderung der Bewohner*innen, die in Anlehnung an die Methode der Focusgroup Illustration Map (Pelz et al. 2004) durchgeführt wurde.

Die Fokusgruppen wurden durch Tandems geleitet, die aus Fachreferentinnen der projektbegleitenden Institutionen bestanden. Nach einer kurzen Einführung zum Projektvorhaben wurde anhand von Leitfragen in die Diskussion eingestiegen. Die gesundheitsförderlichen Bedarfe und Bedürfnisse der Heimbewohner*innen, die Umsetzung bisheriger Maßnahmen und zukünftige Handlungsbedarfe und -möglichkeiten standen hierbei

im Fokus. Die gesammelten Themen wurden in Stichworten sichtbar auf Flipcharts und Metaplanwänden dokumentiert. Die Möglichkeit der dialogischen Validierung der Themen stärkte die Partizipation als Leitgedanken des gesamten Projektvorhabens.

In einem nächsten Schritt wurden in jeder Einrichtung partizipative Projektwerkstätten durchgeführt. Ziel war die Entwicklung von einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Gestaltungsansätzen für die zuvor definierten Handlungsfelder. Darauf folgten die Umsetzung und Implementierung der geplanten Maßnahmen in den Einrichtungen. Pro Pflegeheim stand für die Umsetzung ein bedarfsbezogenes Finanzbudget zur Verfügung. Zuletzt wurden Reflexionsworkshops mit allen Beteiligten durchgeführt, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen und das Vorgehen ggf. anpassen zu können. Die Modelleinrichtungen wurden während der Projektlaufzeit von der LVG & AfS Nds. e. V. und dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. begleitet. Auf Grundlage der in diesem Prozess gesammelten Erkenntnisse wurde eine Handlungshilfe in Form einer Broschüre entwickelt, die auch anderen stationären Einrichtungen zugänglich gemacht werden soll. Ebenso wurden die Prozessschritte in einem Erklärfilm kurz und knapp veranschaulicht.

Projekttablauf



Bedarfs- und Ressourcenanalyse und Strukturierung der Ergebnisse

In Vorbereitung auf die Bedarfs- und Ressourcenanalyse fand in jeder Einrichtung ein Besuch der Projekt-Patinnen statt, um das Haus vor Ort kennenzulernen und offene Fragen klären zu können. In den Einrichtungen selbst wurde auf das Projekt durch Mundpropaganda, ein Plakat und teilweise über einen Artikel in der Heimzeitschrift aufmerksam gemacht.

Die Bedarfs- und Ressourcenanalyse fand in den fünf Projekteinrichtungen von Mai bis August 2017 in beteiligungsorientierten Fokusgruppen statt. Dabei wurde jeweils in zwei parallel arbeitende Teilgruppen unterteilt – in die Gruppe der Bewohner*innen und Angehörigen sowie in die der Mitarbeitenden. Bestehenden Abhängigkeits- und Machtverhältnissen, z.B. zwischen

Bewohner*innen und dem Pflegepersonal, sollte hiermit entgegengewirkt werden. Die Auswahl der Beteiligten erfolgte durch die Einrichtungen.

Die Teilnehmer*innen wurden ermutigt, frei und ohne Einschränkungen zu den Leitfragen zu assoziieren, d.h. die Handlungsfelder des Leitfadens wirkten an dieser Stelle nicht limitierend. Die in den Teilgruppen gesammelten und auf Moderationskarten dokumentierten Themen wurden anschließend im Plenum der jeweils anderen Gruppe vorgestellt. Mit dem Einverständnis der Teilnehmer*innen ist die Fokusgruppenarbeit über ein Audio-Aufnahmegerät aufgezeichnet und für die Auswertung und Ergänzung der Daten genutzt worden. Insgesamt haben sich 35 Mitarbeiter*innen sowie 52 Bewohner*innen und Angehörige beteiligt und lebhaft zu ihren Vorstellungen von Gesundheit und Wohlbefinden diskutiert.

Zusätzlich wurden in einigen Einrichtungen Ideenboxen aufgestellt, um auch anderen Menschen eine Möglichkeit zur Beteiligung zu bieten. Über diesen Weg sind nur wenige Themen eingebracht worden. Wenn die Vermutung bestand, dass einzelne Bewohner*innen nicht ausreichend in den Fokusgruppen zu Wort gekommen sind, wurden Einzelinterviews angeboten. Letztendlich haben aber keine Einzelinterviews stattgefunden, da das Angebot entweder nicht angenommen wurde oder der Gesundheitszustand der*des Bewohner*in dies nicht zugelassen hat.

Von August bis September 2017 wurden die Ergebnisse der Fokusgruppen durch das Team der Mitarbeiterinnen aus LVG & AFS und dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. ausgewertet und für eine weitere Bearbeitung aufbereitet. In Analysetandems sind die Daten der einzelnen Fragestellungen in themenbezogenen Maps anonym geclustert und Handlungsfelder definiert worden (Pelz et al. 2004). Die Vielzahl der in den einzelnen Einrichtungen gesammelten Themen wurde strukturiert und übergeordneten Handlungsfeldern zugeordnet. Zentral für die Strukturierung war der Leitgedanke der Übersichtlichkeit, da die Daten im weiteren Projektverlauf anonym und transparent zur weiteren Priorisierung in die Einrichtungen getragen werden sollen.

Von Oktober bis November 2017 wurden diese Ergebnisse in den Einrichtungen präsentiert und Handlungsfelder ausgewählt, in denen Gestaltungsansätze entwickelt werden sollten. Dies fand in beteiligungsorientierten Projektwerkstätten statt. Bewohner*innen und Angehörige sowie Beschäftigte haben dabei wiederum zunächst in zwei getrennten Gruppen und dann in einer gemeinsamen Runde zusammengearbeitet. Teilweise wurde über Themen abgestimmt, teilweise war die Priorisierung auch eindeutig. Die Mitarbeiter*innen der LVG & AFS und des pro familia Landesverbandes Niedersachsen e. V. haben sich bei allen Abstimmungen enthalten.

Maßnahmenplanung – Entwicklung von Gestaltungsansätzen

Die Entwicklung von konkreten Konzepten mit Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung der Bewohner*innen erfolgte partizipativ pro Haus in einer kleineren Projektgruppen á 6 – 8 Personen ab Januar 2018. Die Projektgruppen waren beteiligungsorientiert ausgerichtet und bestanden mindestens zur Hälfte aus Bewohner*innen und Angehörigen. Die jeweilige Projektpatin war bei den Arbeitstreffen anwesend, fungierte aber lediglich als Prozessberaterin. Die Projektgruppen organisierten sich weitestgehend

selbst. Für die Umsetzung der Maßnahmen wurden in den Projektgruppen in Abstimmung mit dem Mitarbeiter*innen der LVG & AFS und des pro familia Landesverbandes Niedersachsen e. V. Konzepte erarbeitet.

Parallel dazu fand ein Netzwerktreffen mit Vertreter*innen der Modelleinrichtungen und einem Vertreter der BARMER statt, um den Austausch der Einrichtungen untereinander zu fördern und eine gemeinsame Zwischenbilanz des Projektes zu ziehen. Darüber hinaus wurden die Einrichtungen durch einen anlassbezogenen Newsletter über den Projektverlauf und themenrelevante Neuigkeiten informiert.

Umsetzung von Maßnahmen

In den Einrichtungen sind folgende Projekte umgesetzt worden:

„Psychosoziale Gesundheit durch aktive und selbständige Alltagsgestaltung“: Etablierung von Einkaufsnachmittagen auch für mobilitätseingeschränkte Bewohner*innen, Schaffung neuer Aufenthaltsmöglichkeiten durch die Aktionswoche „Unser Garten – Gesunde Lebenswelt“ unter Mitgestaltung der Bewohner*innen, Umgestaltung und Flexibilisierung von Räumlichkeiten und Gewinnung von Ehrenamtlichen über Aktionstage und ein Mitmach-Buch

„Darf ich bitten? Tanztee“: Umsetzung eines regelmäßigen Tanztees unter Berücksichtigung unterschiedlicher Bewohner*innengruppen und Schulung der Mitarbeitenden im Seniorentanz

„Unser Garten“: Entwicklung von grünen Stunden mit Bewohner*innen und Schulung der Mitarbeitenden im Bereich der Gartentherapie

„Bewegte Einrichtung“: Schulung von Mitarbeitenden zu bewegungsförderlichen Aktivitäten für Bewohner*innen und Durchführung von Bewegungseinheiten mit Bewohner*innen

„Beauty-Tag“: Etablierung eines regelmäßigen Beauty-Tages insbesondere für Bewohner*innen mit kognitiven Einschränkungen und Schulung von Mitarbeitenden zur Umsetzung des Beauty-Tages

„Die Patenschaft“: Entwicklung von Patenschaften für neu einziehende Bewohner*innen durch Bewohner*innen und Angehörige

„Mobil im Stadtbezirk“: Ermöglichung selbstbestimmter Mobilität zur Stärkung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe

*„Förderung von Selbstbestimmung und Partizipationsmöglichkeiten der Bewohner*innen durch Qualifizierung der Mitarbeiter*innen mit dem Ziel des Aufbaus gesundheitsförderlicher Strukturen“*: Förderung einer gesundheitsfördernden Haltung und Reflexion von Werten und Normen in der Einrichtung

Reflexion

Von November 2018 bis Januar 2019 haben die Projektgruppen der Einrichtungen Reflexionsworkshops durchgeführt, um die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen zu überprüfen und ggf. Korrekturen vornehmen zu können. Die Reflexion zeigte, dass Bewohner*innen viele kreative Ideen haben. Für ein solches Projekt braucht es zugleich Ressourcen und einen „langen Atem“. Durch die Projektbegleitung „ist man an dem Thema drangeblieben“, man hat sich „nicht allein gefühlt“ und hat Unterstützung bei der Antragsstellung erhalten. Durch das Projekt hat sich die Kommunikation im Haus, zwischen Mitarbeitenden unterschiedlicher Bereiche, aber auch zwischen Mitarbeitenden, Bewohner*innen und Angehörigen verbessert. Es ist ein „WIR-Gefühl“ entstanden. Den Bewohner*innen war es besonders wichtig, dass sie sich einbringen konnten und auch die Mitarbeitenden fanden die Beteiligung der Bewohner*innen für das Projekt ganz wesentlich – „über Köpfe der Bewohner*innen entscheiden ist nicht gut“. Auch waren sie überrascht, dass sich Bewohner*innen beteiligt haben, die sonst eher zurückgezogen sind – „einer macht den Anfang und andere kommen hinterher“. Die Einrichtungen empfehlen anderen Häusern die Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden zu beteiligen, die Projektschritte im Haus zu kommunizieren und „mutig [zu] sein, es lohnt sich auf jeden Fall“. Zugleich sagen die Einrichtungen, dass ein solches Projekt mehr Zeit benötigt – „es ist viel zu früh, um Bilanz zu ziehen“ und dass es mehr Klarheit über förderbare Maßnahmen bedarf. Die Einrichtungen möchten die Projektgruppe über das Projektende hinaus aufrechterhalten und das Thema Gesundheit und Wohlbefinden weiterverfolgen – „das Projekt hat es ins Rollen gebracht: Was kann ich noch machen?“.

Zum Projektabschluss hat im Januar 2019 ein drittes Netzwerktreffen stattgefunden, um einen Austausch unter den Projekthäusern zu ermöglichen, das Projekt abzuschließen und über mögliche weitere Vernetzungen nachzudenken.

Die Schritte im Projekt und die gesammelten Erfahrungen werden in einer Broschüre zusammengefasst. Die Evaluation der Broschüre ist zum einen von den Projekteinrichtungen, zum anderen von zwei nicht beteiligten stationären Pflegeeinrichtungen übernommen worden.

Ergänzend zu der Broschüre informiert Sie ein Erklärfilm kurz und knapp, wie Sie sich Schritt für Schritt auf den Weg machen können:
www.tinyurl.com/erklaeerfilm-bewohner

Literaturverzeichnis

Blättner B., Wöhl, C., Siebert H. (2017): Verbessert körperliche Aktivität die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens? Ansatzpunkt universeller Prävention in der stationären Pflege. *Pflegewissenschaft* 1/2-2017: 96 - 103

BVPG (2018): Statusbericht 16. Dokumentation der Statuskonferenz 2017 Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege S.7 Beitrag Richter <https://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=8396&t=BVPG+|+Publikationen>. Zugegriffen: 14. Januar 2019

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 1, 2 u. 8 Absatz 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist

Dierks, M. L., Seidel, G., Vanheiden, T. (2016): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung von Heimbewohnern in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen. Patientorientierung und Gesundheitskompetenz. 15 Bände. Norderstedt: GRIN

Destatis (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html> zuletzt aufgerufen am 24.01.2019

Fleischmann, N. (2017): Hausbesuch oder Visite – wie erleben Hausärzte und Pflegekräfte den Heimbuch im Pflegeheim? Eine qualitative Analyse. Dissertation. Online verfügbar unter <https://ediss.uni-goettingen.de/handle/11858/00-1735-0000-0023-3EDF-C> zuletzt aufgerufen am 24.01.2019

GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_stationar_2018_barrierefrei.pdf, zuletzt geprüft am 06.03.2019

Görres, S., Schmitt, S., Neubert, L., Zimmermann, M., Stolle, C. (2013): Prävention in der Pflege - Maßnahmen und ihre Wirksamkeit. Erarbeitung einer systematischen Übersicht vorhandener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Abschlussbericht für das ZQP. IPP Universität Bremen und Mathias Hochschule Rheine. Abgerufen von https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Praevention_Pflege_Massnahmen_Wirksamkeit.pdf, zuletzt geprüft am 01.05.2017

Hasseler, M. (2011): Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege - ein konzeptioneller Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa (Gesundheitsforschung). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7799-1981-0>

Horn, A., Brause, M., Schaeffer, D. (2011): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: Prävention und Gesundheitsförderung. Volume 6. Issue 4. S. 262-269

Kleina, A., Brause, M., Horn, A., Wingenfeld, K., Schaeffer, D. (2012): Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe – Eine empirische Bestandsaufnahme. In: https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_147.pdf (Download 02.03.16)

Kuhlmey, A. (2012): Gesundheitsförderung und Prävention. Prävention in der Pflege. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3 Auflage. München. Elsevier GmbH. S. 223-226

LSN - Landesamt für Statistik Niedersachsen (2017): Statistische Berichte Niedersachsen. K II 6 - j / 2015. Gesetzliche Pflegeversicherung. Ergebnisse der Pflegestatistik 2015. Korrigierte Fassung vom 01.08.2017

Meyer, G. und Abraham, J. (2013): Gewaltprävention in der Pflege: Übersichtsarbeit zu Voraussetzungen und wirksamen Maßnahmen zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege, November 2013. Abgerufen von <https://www.zqp.de/portfolio/report-gewaltpraevention-in-der-pflege/>

Pelz, C., Schmitt, A., Meis, M. (2004): Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. Forum Qualitative Sozialforschung, 5(2), Art. 35, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0402351>. Zugegriffen: 04 Januar 2019

Schaeffer, D., Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42 (6), S. 441–451. DOI: 10.1007/s00391-009-0071-3

Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmey, A., Holzhausen, M. (2013): Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. In: Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation 22 (10), S. 2929–2938. DOI: 10.1007/s11136-013-0400-2

Schmitt, S. (2013): Gesundheitsförderung für Pflegeheimbewohner? In: Prävention 8 (2), S. 78–82. DOI: 10.1007/s11553-012-0367-9