

BACHELORARBEIT

Restorative Care bei älteren Personen: Eine Übersichtsarbeit

eingereicht von

Nina Thonhofer

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaften

Unter der Anleitung von

Sen. Lecturer Dr.ⁱⁿ rer. cur. Daniela Schoberer, BSc MSc

Graz, am 24. März 2020

Eidesstaatliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 24. März 2020

Nina Thonhofer, eh

Zusammenfassung

Hintergrund: Zahlreiche ältere Menschen erleiden durch einschneidende Ereignisse (Unfälle, Krankheiten, ...) einen Funktionsverlust in alltäglichen Aktivitäten des Lebens (ATL). Dadurch entsteht häufig ein Verlust der Unabhängigkeit und in weiterer Folge der selbstständigen Lebensweise. Um dem körperlichen Funktionsverlust entgegenzuwirken und die Selbstständigkeit aufrechterhalten zu können wurde das Konzept *Restorative Care* entwickelt. Der umfassende Ansatz ist personenzentriert, zielorientiert, zeitlimitiert und wird multidisziplinär umgesetzt. Dabei wird darauf geachtet, dass alltägliche Aktivitäten mit der Person gemeinsam bewältigt werden. Ziel ist es, eine Wiederherstellung der alltäglichen Fähigkeiten zu gewährleisten beziehungsweise einen weiteren Funktionsverlust zu verhindern.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, den Effekt von *Restorative Care* auf die Wiedererlangung der alltäglichen Fähigkeiten bei älteren Personen zu untersuchen.

Methode: Eine Literaturrecherche fand in den Datenbanken PubMed, CINAHL sowie via Handsuche über Google Scholar statt. Inkludierte Studien wurden mittels Bewertungsbogen auf deren Qualität überprüft. In diese Übersichtsarbeit wurden sieben internationale Studien miteinbezogen.

Ergebnisse: In fünf Studien führte *Restorative Care* in bestimmten ATLs zu einer signifikanten Verbesserung, vor allem in den Bereichen sich bewegen, sich sauber halten und kleiden, sowie ausscheiden. In einer inkludierten Studie kam es zu keinen Verbesserungen der ATLs. Die Auswirkungen von *Restorative Care* auf die Aktivitäten sich bewegen und sich sauber halten und kleiden wurden am häufigsten untersucht. In der Studie, welche sich mit Personen mit Demenz befasste, wurden keine signifikanten Ergebnisse im Bereich der ATLs, jedoch bei der Lebensqualität festgestellt.

Schlussfolgerung: *Restorative Care* kann ein Ansatz für die Wiederherstellung der Fähigkeiten der ATLs sein und dazu beitragen, dass die Lebensqualität verbessert und die selbstständige Lebensweise gefördert wird. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass dieses Konzept auch bei Personen mit Demenz angewendet werden kann.

Um die Implementierung in Österreich zu ermöglichen, müssen vor allem personelle, finanzielle sowie zeitliche Ressourcen angepasst werden.

Forschungsempfehlung: Es gibt derzeit noch wenige Studien und widersprüchliche Ergebnisse über die Effektivität des Konzeptes *Restorative Care*. Weitere Längsschnittstudien sind für den Nachweis der Wirksamkeit notwendig, auch bei Personen mit Demenz. Weiters sollten größere Stichprobengrößen angestrebt werden, sowie längere Follow-up Zeiten, um genauere Langzeitergebnisse aufzeigen zu können.

Praxisempfehlung: *Restorative Care* ist derzeit in Österreich noch nicht implementiert, es gibt jedoch ähnliche Konzepte in der österreichischen Pflegepraxis, wie das Pflegemodell nach Erwin Böhm. Es ist vorstellbar einen derartigen Ansatz in die pflegerischen Tätigkeiten zu implementieren, jedoch erfordert dies, dass die betreuenden Personen ausreichend geschult werden. Es sollte weiters Informationsveranstaltungen geben, welche die Vorteile von körperlicher Aktivität bei älteren Personen aufzeigen. Dieses Konzept ist zeitaufwendiger und benötigt mehr Personal als die übliche Standardpflege „Für“ die Personen. Aufgrund dessen müssen auch die organisatorischen Rahmenbedingungen angepasst werden. Längerfristig kann jedoch von dem Konzept *Restorative Care* profitiert werden.

Schlüsselwörter: *Restorative Care*, Wiederherstellung von Funktionen, Aktivitäten des täglichen Lebens

Abstract

Background: With increasing age the probability of losing physical function is significantly higher than in the younger population. Loss of physical function often means loss of independency, quality of life and transfer into a long-term care facility. There are a lot of various reasons for loss of physical ability (medication, hospitalization, illnesses,). *Restorative Care* is one approach, which aims to avoid further physical disability and restore physical function.

Restorative Care is a goal oriented, person centered, time-limited, multidisciplinary approach for people with risk of functional decline or people who already experienced functional decline. The main focus is to care with, rather than for.

Aim: The aim of this thesis is to investigate the effect of restorative care on restoring daily living activities of elderly.

Methods: A literature review was conducted in the databases PubMed, CINAHL and Google Scholar. The quality of the included studies was evaluated with an evaluation form. Seven international studies were included in this literature review.

Results: Five studies showed a significant positive effect in the domains selfcare, mobility, dressing and excretion as well as in quality of life while one study didn't show any significant effect. One study examined the effectiveness on people with dementia, the study showed a positive effect on quality of life but no improvement in the physical abilities was found.

Conclusion: *Restorative Care* is an intervention which can have positive impacts on physical function as well as on quality of life. The results show that *Restorative Care* can also be applied on people with dementia and mild cognitive impairment.

Research recommendation: Further research is highly recommended, because the impact of *Restorative Care* on physical function is not clearly proven yet. Further investigations should include larger sample sizes, longer follow-up times to investigate the long-term effects.

Practice recommendation: *Restorative Care* is currently not implemented in Austria. However similar approaches are actually applied. It is necessary to teach and educate nursing staff dealing with this special type of care. Furthermore, more staff, time, financial resources and environmental adaptations are necessary to implement *Restorative Care* appropriately.

Keywords: restorative care, restorative-care, reablement

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens bei älteren Menschen	1
1.2 Mögliche Ursachen für Einschränkungen in den ATLs und deren Folgen ..	3
1.3 <i>Restorative Care</i> als Pflegekonzept zur Wiedererlangung der körperlichen Fähigkeiten	5
1.4 Beispiele zur Umsetzung von <i>Restorative Care</i>	7
1.5 Relevanz für die Pflege	8
1.6 Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage	9
2. Methode	11
2.1 Literaturrecherche	11
2.2 Auswahl der Studien	13
2.3 Bewertung der Studien	13
2.4 Synthese der Ergebnisse	14
3. Ergebnisse	15
3.1 Charakteristika der inkludierten Studien	16
3.2 Qualitätsbeurteilung der eingeschlossenen Studie mittels MMAT	24
3.3 Ergebnisse der Studien gegliedert in ATLs, Auswirkungen auf Personen mit Demenz sowie sekundäre Outcomes	27
4. Diskussion	33
4.1 Vergleich der Interventionsdauer und Intensität des Pflegekonzeptes <i>Restorative Care</i>	34
4.2 <i>Restorative Care</i> für Personen mit Demenz	36
4.3 Vergleichbarkeit der Studien	37
4.4 Umsetzung von <i>Restorative Care</i> in Österreich	37
4.5 Stärken und Limitationen der Übersichtsarbeit	38

5. Schlussfolgerung	39
5.1 Empfehlungen für die weitere Forschung.....	39
5.2 Empfehlungen für die Pflegepraxis.....	40
6. Literaturverzeichnis.....	41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchartdiagramm adaptiert nach Moher et al. (2009)	15
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO-Schema	10
Tabelle 2: verwendete Suchstrategie in den Datenbanken	12
Tabelle 3: Übersicht über die Ein- und Ausschlusskriterien	13
Tabelle 4: Charakteristika der eingeschlossenen Studien	17
Tabelle 5: Bewertung der quantitativ randomisiert kontrollierten Studien	25
Tabelle 6: Bewertung der quantitativ nicht randomisierten Studien	26

1. Einleitung

Im Jahr 2019 lebten in Österreich 1.668.559 Menschen (18,8 Prozent der Gesamtbevölkerung), welche 65 Jahre und älter waren (Statistik Austria, 2019). Prognosen zufolge wird sich die Altersstruktur immer weiter Richtung älterer Personen verschieben. Vor allem die Anzahl der „jungen Alten“, so werden Menschen zwischen 65 und 79 Jahren bezeichnet, wird wachsen. Laut Statistik Austria soll die Gruppe, der über 65-Jährigen im Jahr 2025 bereits rund 25 Prozent der Gesamtbevölkerung Österreichs ausmachen. Auch die Zahl der Betagten sowie Hochbetagten, darunter versteht man Personen über dem 80. Lebensjahr, soll 2030 um 54 Prozent im Vergleich zum Jahr 2011 zunehmen (Statistik Austria, 2012).

Dieser Zuwachs bedeutet auch einen Anstieg der Anforderungen der zunehmend älter werdenden Gesellschaft an die Betreuungsangebote und die Pflegequalität zu Hause. Des Weiteren nimmt auch der Wunsch der älteren Bevölkerung zu, solange wie möglich in der häuslichen Umgebung leben zu können (Cochrane et al., 2016). Dieses Anliegen kann häufig zu einer Herausforderung werden, da mit steigendem Alter auch ein erhöhtes Risiko eines Funktionsverlustes auf der Ebene der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) besteht (österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2012).

1.1 Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens bei älteren Menschen

Unter den ATLs versteht man einen pflegetheoretischen Ansatz, welcher von Nancy Roper, Winifred W. Logan und Alison J. Tierny in den 1970er und 80er Jahren entwickelt wurde. Das Modell beinhaltet zwölf Lebensaktivitäten, zu denen unter anderem auch körperliche Aktivitäten zählen. Dazu gehören beispielsweise die Aktivitäten essen und trinken, ausscheiden, sich sauber halten und kleiden und sich bewegen (Mayer, 2014).

Die körperlichen Funktionseinschränkungen nehmen mit steigendem Alter zu. Laut den im österreichischen Gesundheitsinstitut für Gesundheitswesen erhobenen Daten sind rund fünf Prozent der Österreicherinnen und Österreicher zwischen 65 und 74 Jahren in einer oder mehreren Aktivitäten des täglichen Lebens

eingeschränkt und somit auf Hilfe angewiesen. Bei den 75- bis 84-Jährigen sind es circa 10-20 Prozent (österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2012).

Aus diesen Zahlen geht hervor, dass der größte Anteil der 65- bis 74-Jährigen in den ATLS unabhängig ist. Das größte Defizit der rund drei Prozent auf Hilfe angewiesenen Personen, liegt im Bereich Körperpflege: Duschen und Baden. Mit steigendem Alter nehmen auch die körperlichen Einschränkungen zu, denn rund ein Fünftel der 75- bis 84-jährigen Frauen und Männer hat Schwierigkeiten beim Baden oder Duschen, etwa 15 Prozent können sich nicht ohne Hilfe an- und auskleiden, 11 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen klagen über Probleme beim Hinsetzen und Aufstehen. Die Ergebnisse einer Untersuchung des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen zeigen, dass nur mehr 60 Prozent der hochbetagten Männer und knapp die Hälfte der hochbetagten Frauen in den Aktivitäten des täglichen Lebens unabhängig sind. Bei den Frauen haben etwa 52 Prozent Schwierigkeiten beim Baden oder Duschen, 37 Prozent haben Probleme beim An- und Auskleiden, 29 Prozent können sich schwer alleine aufsetzen und aufstehen, rund ein Viertel hat Probleme beim Toilettengang und etwa ein Fünftel bei der Nahrungsaufnahme. Circa 39 Prozent der hochaltrigen Männer geben an, Probleme beim Baden oder Duschen zu haben, 29 Prozent beim An- und Auskleiden, 23 Prozent haben Schwierigkeiten beim Aufsetzen und Aufstehen und ein Fünftel gibt Probleme beim Gang zur Toilette an (österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2012).

Durch diese Funktionseinschränkungen tritt häufig der Fall ein, dass ältere Personen in eine Spirale der Pflegeabhängigkeit gelangen, da sie die Aufgaben nicht mehr selbstständig bewältigen können (Metzelthin et al., 2018).

Es gibt zahlreiche Instrumente, um die ATLS zu messen. Die Fähigkeiten sowie Einschränkungen in gewissen Tätigkeiten können beispielsweise mit dem Barthel-Index beurteilt und erhoben werden. Der Barthel-Index bewertet zehn körperliche Funktionen, welche unter anderem die Aktivitäten Essen und Trinken, Transfer aus dem Bett in den Rollstuhl und wieder zurück, persönliche Hygiene, Toilettenbenutzung, ... betreffen. Eine unabhängige sowie selbstständige Person kann maximal 100 Punkte erreichen. Für jede Kategorie werden fünf Punkte vergeben (Dangel, 2014).

Ein weiteres Instrument zur Erhebung der Funktionsfähigkeit in den ATLs ist der Katz-ATL, oder Katz-Index der Aktivitäten des täglichen Lebens. Es werden die sechs Aktivitäten: Transfer, Kontinenz, Ankleiden, Toilettenbenutzung, Körperpflege sowie Nahrungsaufnahme beurteilt. Die Maximalpunktzahl beträgt sechs, dies bedeutet ein hohes Maß an Selbstständigkeit (Tipton-Burton, 2011).

1.2 Mögliche Ursachen für Einschränkungen in den ATLs und deren Folgen

Die Ursachen dieser genannten Funktionseinschränkungen in den ATLs können multifaktoriell sein. Die nachfolgend angeführten Punkte sollen veranschaulichen, welche Faktoren eine mögliche Rolle bei der Entstehung der Pflegeabhängigkeit spielen können.

Vor allem in den Aktivitäten „sich waschen“, „kontinent sein“ und „Transfer“ kommt es mit steigendem Alter vermehrt zu Problemen, diese selbstständig und ohne Hilfe auszuführen. Es werden oftmals Tätigkeiten von der professionellen Pflege sowie von Laien übernommen und zu spät Maßnahmen bezüglich Prävention und Wiedererlangung körperlicher Fähigkeiten durchgeführt. Folge davon ist ein bleibender Funktionsverlust, ein Verlust der Selbstständigkeit sowie der Anstieg der Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit (Metzelthin et al., 2018).

Weiters spielt der Zeitfaktor bei der Betreuung und Versorgung der Personen eine wesentliche Rolle. Professionelles Pflegepersonal stößt oftmals auf Widerstand seitens der zu betreuenden Personen, wenn die zu betreuenden Personen die Anweisung bekommen sich körperlich mehr zu betätigen, beziehungsweise aktiver mitzuwirken. Die Überzeugung der Personen nimmt oftmals mehr Zeit in Anspruch, als die Ausführung der Tätigkeiten selbst. Des Weiteren kann mangelhafte Erfahrung im Umgang mit älteren Personen dazu führen, dass die zu betreuenden Personen unterfordert werden. Dies bedeutet, dass die vom Personal festgesetzten Aufgaben und Ziele nicht der körperlichen Funktionsfähigkeit der Person entsprechen. Auch der gegenteilige Fall der Überforderung kann durch mangelhaftes Wissen eintreten, da Ziele unrealistisch hoch gesetzt werden und somit für die Person selbst nicht realisierbar und erreichbar sind. Wenn eine ältere Person mit den gestellten Aufgaben und Zielen unterfordert ist und Tätigkeiten übernommen werden, welche die Person selbstständig oder mit Anleitung

ausführen könnte, kommt es häufig zu mangelhafter Bewegung sowie keiner selbstständigen Ausführung der Tätigkeiten. Eine Überforderung führt oftmals zu Demotivation seitens der zu betreuenden Person (Baker et al., 2001).

In Studien wird auch beschrieben, dass ältere Menschen aufgrund von Unsicherheiten in der Bewegung oder diversen Vorerkrankungen häufiger stürzen als Jüngere. Laut einer Datenerhebung des Bundesministeriums für Gesundheit stürzt rund ein Drittel der über 65-Jährigen und rund die Hälfte der über 80-jährigen Österreicherinnen und Österreicher mindestens einmal im Jahr. Diese Stürze ziehen oft gravierende Verletzungen nach sich, welche im Krankenhaus stationär behandelt werden müssen (österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2012). Ein Krankenhausaufenthalt kann als Konsequenz weitere funktionellen Einschränkungen auf der Ebene der ATLS haben (Inouye et al., 1993).

Andere Ursachen für den Verlust beziehungsweise die Verminderung der körperlichen Funktionsfähigkeiten älterer Personen können Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie des Stützapparates sein (österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2012).

Weitere Ursachen, welche mitunter ausschlaggebend für einen Funktionsverlust auf der Ebene der ATLS sein können, sind die Verschlechterung von chronischen Krankheiten und eine Veränderung der Medikamente beziehungsweise die Nebenwirkungen der Medikamente. Auch ein Mangel an Motivation, Angst vor Stürzen, persönliche Einstellungen, umweltbedingte Faktoren und diverse andere Erkrankungen, wie Schlaganfälle, Krebserkrankungen aber auch Beeinträchtigungen der Sinne sowie Abnahme der Muskelkraft können wesentliche Ursachen für den Verlust der körperlichen Fähigkeiten sein (Crews, 2005).

Ein weiterer Aspekt, welcher die selbstständige Durchführung von Tätigkeiten erschwert und somit einen Funktionsverlust auf der Ebene der Aktivitäten des täglichen Lebens als Folge haben kann, sind zu komplizierte und zu lange Anleitungen der Pflegepersonen. Ältere Personen benötigen oftmals einfache, klare und kurze Anweisungen, um die Tätigkeit selbstständig durchführen zu können (Baker et al., 2001).

Die Implementierung eines umfassenden Ansatzes zur Wiedererlangung der funktionellen Fähigkeiten könnte eine Möglichkeit sein, der Pflegeabhängigkeit entgegen zu wirken und die Selbstständigkeit sowie körperliche Funktionsfähigkeit im Bereich der ATLS wiederherzustellen. Ein Pflegekonzept, welches dieses Ziel verfolgt ist *Restorative Care*.

1.3 *Restorative Care* als Pflegekonzept zur Wiedererlangung der körperlichen Fähigkeiten

Restorative Care ist ein Konzept, welches in den letzten 10 bis 15 Jahren in Australien, Neuseeland sowie in England entwickelt wurde (Metzelthin et al., 2017). In Australien, Neuseeland und den Vereinigten Staaten von Amerika wird dieser Ansatz als *Restorative Care* bezeichnet, in England, Canada, den Niederlanden und Dänemark wird dasselbe Konzept *Reablement* benannt (Tuntland et al., 2015).

Restorative Care ist eine Pflegephilosophie, welche darauf fokussiert ist, gemeinsam mit der zu betreuenden Person die optimale körperliche Funktionsfähigkeit zu erreichen (Resnick, 2004).

Es gibt zahlreiche Definitionen von *Restorative Care*, aber diese Aspekte sind in allen Definitionen enthalten:

- personenzentriert
- zeitlimitiert (normalerweise sechs bis zwölf Wochen)
- zielorientiert
- multidisziplinär

Das Konzept *Restorative Care* wird im häuslichen Setting, in betreuten Wohneinrichtungen sowie in Langzeitpflegeeinrichtungen angewendet. Die Umsetzung des umfassenden Ansatzes wird länderintern anders ausgeführt, dadurch findet häufig noch keine einheitliche Anwendung statt (Aspinal et al., 2016).

Das Konzept ist vor allem für ältere Personen geeignet, bei denen das Risiko eines Funktionsverlustes beziehungsweise bereits eine körperliche Einschränkung besteht. Der *restorative* Ansatz verlangt professionelles Pflegepersonal, welches bereit ist seine pflegerischen Ansätze anzupassen und sich neu zu orientieren, sowie ältere Personen, welche bereit sind, sich bei den Maßnahmen aktiv zu

beteiligen, um diese gemeinsam mit den professionell Pflegenden umzusetzen (Aspinal et al., 2016).

Bei der umfassenden Pflegephilosophie wird darauf geachtet, dass körperliche Beeinträchtigungen bestmöglich ausgeglichen werden, um eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. In der Literatur werden verschiedene *restorative* Ansätze beschrieben, beispielsweise der *designated* oder der *integrated Ansatz*. *Designated* bedeutet, dass eine professionelle Pflegeperson darauf geschult wird, *Restorative Care* in Langzeitpflegeeinrichtungen, betreuten Wohneinrichtungen beziehungsweise im häuslichen Setting anzuwenden. Die Anwendung des Konzeptes, sowie die Umsetzung der Maßnahmen findet an einem von der Profession gewählten Zeitpunkt statt und richtet sich nicht nach den zeitlichen Präferenzen der zu betreuenden Personen, auch wenn die älteren Menschen in diesem Moment zu müde sind oder andere Zeiten bevorzugen würden. Diese Form ist meist zeitlimitiert und endet entweder mit der Erreichung des vorgegebenen Ziels, der Verweigerung der Person oder mit der Entlassung aus dem Setting.

Im *integrated* Ansatz sind alle Personen und nicht nur eine professionelle Pflegeperson darauf geschult, *Restorative Care* in jede der Tätigkeiten zu integrieren. Bei dieser Form kann auch auf die Präferenzen der Personen besser eingegangen werden, zu welchen Zeiten die Tätigkeiten ausgeführt werden sollen, da dieser Ansatz dauerhaft und in jede Aktivität implementiert wird (Resnick, 2004).

Restorative Care fokussiert sich auf die von den Personen individuell festgelegten Ziele (Cochrane et al., 2016). Ein grundlegendes Ziel ist es, die körperlichen Fähigkeiten wiederherzustellen, sodass ältere Personen den Alltag selbstständig bewältigen können und das "Altern zu Hause" ermöglicht werden kann (Tuntland et al., 2015).

Ein weiteres Ziel ist die Optimierung der körperlichen Funktionen, indem darauf geachtet wird, welche Tätigkeiten die Person selbstständig ausführen kann damit diese von niemand anderem übernommen werden. Weiters sollen die Unabhängigkeit wiederhergestellt, die benötigte Pflege reduziert und die Lebensqualität erhöht werden (Resnick, 2004).

Diese individuell festgelegten Ziele sollen dadurch erreicht werden, indem diverse Aufgaben gemeinsam mit den Personen, statt für die Personen, bewältigt werden. Des Weiteren beinhaltet das Konzept Schulungen und Übungen, um das Verhalten der älteren Personen zu verändern, sowie Edukation über Selbstmanagement und gesundes Altern, Umweltsanpassungen und Bereitstellung von diversen Hilfsmitteln für die Erreichung der Ziele (Cochrane et al., 2016).

Auch das Verhalten der professionellen Pflegepersonen sowie der Laienpflegenden muss oftmals verändert werden, um die Versorgung mit den Personen gemeinsam, statt für diese durchzuführen. Es sollen minimale Handlungen gesetzt werden, um maximale Erfolge erzielen zu können. Das bedeutet nur dort zu unterstützen, wo tatsächlich Notwendigkeit dafür besteht. Die Pflegephilosophie ist auch bei bettlägerige Patienten anwendbar, indem Übungen zur Stärkung der Muskulatur sowie Bewegungsübungen zur Prophylaxe von Kontrakturen durchgeführt werden (Resnick, 2004).

1.4 Beispiele zur Umsetzung von *Restorative Care*

Das Konzept kann und soll in Alltagssituationen integriert werden. Tätigkeiten wie beispielsweise die Körperpflege werden nicht von jemandem übernommen, sondern die betroffene Person wird dazu ermutigt mit Hilfe von diversen Hilfsmitteln, sowie Schritt für Schritt Anleitungen die Aktivität selbstständig durchzuführen.

Das Durchführen von körperlichen Übungen kann ebenfalls dazu führen, dass die Stärke und Beweglichkeit der Muskulatur zurückkehren, um die Tätigkeiten zukünftig wieder selbstständig ausführen zu können (Metzelthin et al., 2017).

Ein weiteres Beispiel für die adäquate Umsetzung ist die Unterstützung gehfähiger Personen beim Gehen, anstelle der Verwendung von Rollstühlen. Das gemeinsame Führen der Waschtensilien, um passive Bewegungsabläufe zu üben, kann eine weitere Variante der Umsetzung von *Restorative Care* sein (Resnick et al., 2009).

Anstelle von Essen auf Rädern, kann mit den Personen die Nahrungszubereitung geübt werden, damit diese Tätigkeit so gut als möglich wieder selbstständig ausgeführt werden kann. Dafür ist es oftmals notwendig Anpassungen der

Umgebung vorzunehmen und geeignete Hilfsmittel anzuwenden (Cochrane et al., 2016).

Simple Alltagssituationen, wie die Nachfrage nach einem Getränk, können entsprechend dem Gesundheitszustand der Person genutzt werden, um den *restorativen* Ansatz anzuwenden. Es kann versucht werden, die Person zu ermutigen aufzustehen oder mit dieser gemeinsam in die Küche zu gehen, um das Getränk selbstständig oder mit Unterstützung zuzubereiten (Resnick, 2004).

1.5 Relevanz für die Pflege

Die Pflegerelevanz dieses Themas liegt vor allem darin, die Wiedererlangung der körperlichen Fähigkeiten anzustreben, die Pflegeabhängigkeit zu reduzieren um somit ein „Altern zu Hause“ zu ermöglichen. Durch das selbstständige Leben und dem optimalen Zustand für sich selbst sorgen zu können, können rasche Wiederaufnahmen in Krankenhäuser vermieden und in weiterer Folge Kosten für das Gesundheitssystem gespart werden.

Weiters kann durch das umfassende Konzept versucht werden, eine frühzeitige Institutionalisierung zu verhindern. Laut einer Statistik sollen sich die Kosten für die Pflege älterer Menschen bis zum Jahr 2050 verdoppeln und einen Anstieg des Bruttoinlandproduktes von 1,3 auf 2,7 Prozent in den nächsten 40 Jahren bewirken. Weiters wurde in der Statistik der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung erhoben, dass in Österreich aktuell jeder zwanzigste ältere Mensch auf eine Langzeitpflege angewiesen ist. Dies könnte zu einer Überlastung der Pflegekapazitäten in den nächsten Jahren führen (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018). Daher ist es relevant, Ansätze und Möglichkeiten zu finden, den Pflegebedarf zu minimieren, um den Personen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen, wodurch in weiterer Folge diverse Einrichtungen entlastet werden können.

Zudem ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §14 verankert, dass zu den Kernkompetenzen einer professionellen Gesundheits- und Krankenpflegeperson der Bereich Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens gehört. Die Umsetzung eines umfassenden Ansatzes zur Wiedererlangung beziehungsweise Erhaltung körperlicher Fähigkeiten zählt somit zu den

Kernkompetenzen einer professionellen Gesundheits- und Krankenpflegeperson (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2019).

1.6 Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage

Diese Bachelorarbeit dient dazu, die auf englischer Sprache publizierten Studien zu dem Thema *Restorative Care* zu einer Übersichtsarbeit auf Deutsch zusammenzufassen, um den Pflegepersonen einen Überblick über die aktuellen Studienergebnisse verschaffen zu können. Weiters gibt es widersprüchliche Studien, in welchen unterschiedliche Aussagen zur Effektivität des Pflegekonzeptes getätigt werden, daher ist es notwendig Klarheit darüber zu schaffen und die Ergebnisse zusammenzufassen.

Ziel dieser Arbeit ist es, den Effekt von *Restorative Care* auf die Wiedererlangung der Fähigkeiten des alltäglichen Lebens bei älteren Personen zu untersuchen. Diese Arbeit bezieht sich vor allem auf den Langzeitpflegebereich, auf alternative Wohnformen wie betreutes Wohnen, sowie das häusliche Setting, da das Konzept in diesen Bereichen Anwendung findet.

Aus der Forschungslücke und dem Ziel ergibt sich folgende Forschungsfrage: *Welchen Effekt hat die Implementierung von Restorative Care auf die Wiedererlangung der alltäglichen Fähigkeiten bei älteren Personen?* Diese Forschungsfrage resultierte aus dem PICO-Schema, welches in Tabelle 1 dargestellt wird.

Tabelle 1: PICO-Schema

Population	Ältere Personen mit einem Durchschnittsalter von über 60 Jahren
Issue of interest	Einsatz von <i>Restorative Care</i>
Control	Herkömmliche Pflege beziehungsweise keine spezielle <i>restorative</i> Pflege
Outcome	Effekt auf die Aktivitäten des alltäglichen Lebens
Setting	alternative Wohnformen, häusliches Setting, Langzeitpflegeeinrichtungen

2. Methode

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage wurde als Methode dieser Arbeit eine Übersichtsarbeit gewählt. Unter einer Übersichtsarbeit (engl.: *Literaturreview*) versteht man die kritische Zusammenfassung von bereits vorhandenem Wissen zu einem spezifischen Forschungsproblem (Polit and Beck, 2017).

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde im Zeitraum von Oktober 2019 bis Dezember 2019 durchgeführt. Für diese wurden zwei verschiedene Datenbanken verwendet, um zu relevanten klinischen Studien zu gelangen. Gesucht wurde in den Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Weiters wurde mittels Handsuche über Google Scholar, mit einer Seitendichte von zehn, nach ergänzender Literatur recherchiert.

Um zu möglichst internationaler Literatur zu gelangen, wurden in den Datenbanken englische Begriffe, sogenannten *Keywords*, also Schlüsselwörter verwendet. Diese lauteten: „restorative care“, „restorative-care“ und reablement. Diese *Keywords* wurden mit dem bool'schen Operator OR verbunden. Weiters wurde eine unterschiedliche Schreibweise der Begriffe verwendet, um möglichst viele Treffer zu erzielen. Es gibt zu diesem Thema keine passenden MeSH-Terms (Medical Subject Headings), daher wurden diese auch nicht in die Suchstrategie miteinbezogen. Für die Handsuche mit Google Scholar wurden die Begriffe „restorative care“, „restorative-care“, reablement und clinical trials verwendet. Weiters wurden in den Datenbanken PubMed und CINAHL die Filter *Clinical Trial*, *Controlled Clinical Trial* sowie *Randomized Controlled Trial* gesetzt.

Die verwendete Suchstrategie in den Datenbanken ist in Tabelle 2 ersichtlich.

Sprache und Zeitraum der Studien wurden bei der Literaturrecherche nicht limitiert, um möglichst viele Studien miteinbeziehen zu können.

Tabelle 2: verwendete Suchstrategie in den Datenbanken

Datenbank	Suchstrategie	Filter
Google Scholar	„restorative care“ „restorative-care“ reablement clinical trials	Es wurde kein Filter angewendet.
PubMed	("restorative care"[All Fields] OR "restorative-care"[All Fields]) OR reablement[All Fields])	Clinical Trial Controlled Clinical Trial Randomized Controlled Trial
CINAHL	("restorative care" OR "restorative-care" OR reablement)	Clinical Trial

2.2 Auswahl der Studien

Für die Suche nach relevanten Studien wurden im Vorfeld Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, welche in Tabelle 3 dargestellt sind.

Tabelle 3: Übersicht über die Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	Durchschnittsalter über 60 Jahre	Durchschnittsalter unter 60 Jahre
Intervention	<i>Restorative Care</i>	Studien, welche sich nicht mit der Intervention <i>Restorative Care</i> befassen
Setting	Langzeitpflegeeinrichtungen, betreutes Wohnen, häusliches Setting	Krankenhaus
Design	Interventionsstudien	Qualitative Studien

Nach Beendigung der Literaturrecherche begann ein Titel sowie Abstract Screening, um für die Übersichtsarbeit angemessene Literatur zu finden und nicht relevante Studien ausschließen zu können. Nachdem Auswahlprozess der Literatur wurden die Ergebnisse in das Literaturverwaltungsprogramm Endnote X8 importiert, dort erfolgte der Ausschluss von Duplikaten.

Der nächste Schritt war ein Volltext Screening, welches durchgeführt wurde, um weitere Studien, die nicht der Beantwortung der Forschungsfrage dienten, ausschließen zu können. Somit wurden nur relevante Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage verwendet.

2.3 Bewertung der Studien

Um die ausgewählten Studien, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen sollen, kritisch beurteilen und auf ihre Qualität überprüfen zu können, wurde jede einzelne Studie mittels Bewertungsbogen *Mixed Method Appraisal* (MMAT)

von Hong et al. (2018) bewertet. Es wurde die achte und somit aktuellste Version 2018 des Bewertungsbogens für die Beurteilung der Studien verwendet.

Der Bewertungsbogen MMAT erhebt die Qualität von fünf Studiendesigns:

- Qualitativen Studien
- Quantitativ randomisiert kontrollierten Studien
- Quantitativ nicht randomisierten Studien
- Quantitativ deskriptiven Studien
- Mixed methods

Bevor man die einzelnen Designs bewertet, müssen zwei allgemeine Fragen, welche dazu dienen, ob das MMAT Anwendung bei den ausgewählten Studien findet, beantwortet werden.

Es wird die Auswahl geboten, sich zwischen *Yes*, *No*, *Can't tell* zu entscheiden und in der rechten Spalte können weitere Anmerkungen getätigt werden.

Nach der Beantwortung der ersten beiden Fragen, sind die oben genannten Studiendesigns in fünf Spalten gegliedert. Anhand von fünf Fragen, welche den jeweiligen Studiendesigns zugeteilt sind, kann die Qualität jedes Designs einzeln bewertet werden. Man bewertet nur jenes Studiendesign und die dazugehörigen Fragen, welches für die ausgewählte Studie passend ist (Hong et al., 2018).

2.4 Synthese der Ergebnisse

Der Verlauf der Auswahl der Studien ist anhand eines Flowchartdiagramms in Abbildung 1 dargestellt.

Die Studienergebnisse wurden extrahiert und in einer Tabelle mit folgenden Charakteristika dargestellt: Autorin/Autor, Publikationsjahr und Land, Ziel der Studie, Dauer und Design der Intervention, Messinstrumente, Population, Setting, Interventionsgruppe, Kontrollgruppe. Des Weiteren wurden die Ergebnisse nach den ATLs gegliedert dargestellt.

3. Ergebnisse

Anhand der in Kapitel 2.1. beschriebenen Suchstrategie kam es zu einer gesamten Trefferanzahl von 237 Studien in den Datenbanken PubMed und CINAHL sowie via Handsuche über Google Scholar. Nach abgeschlossenem Titel Screening verblieben 44 Studien, somit wurden 193 Studien ausgeschlossen. Anschließend wurden weitere neun Studien exkludiert, da es sich um Duplikate handelte. Bei 35 Studien wurde ein Abstract Screening durchgeführt, bei dem weitere 18 Studien ausgeschlossen wurden. Für das Volltext Screening verblieben somit 17 Studien. Von diesen 17 Studien wurden sieben nach Beurteilung der Ein- und Ausschlusskriterien in diese Bachelorarbeit inkludiert und kritisch bewertet. Das Flowchartdiagramm schlüsselt den genauen Auswahlprozess der Studien auf.

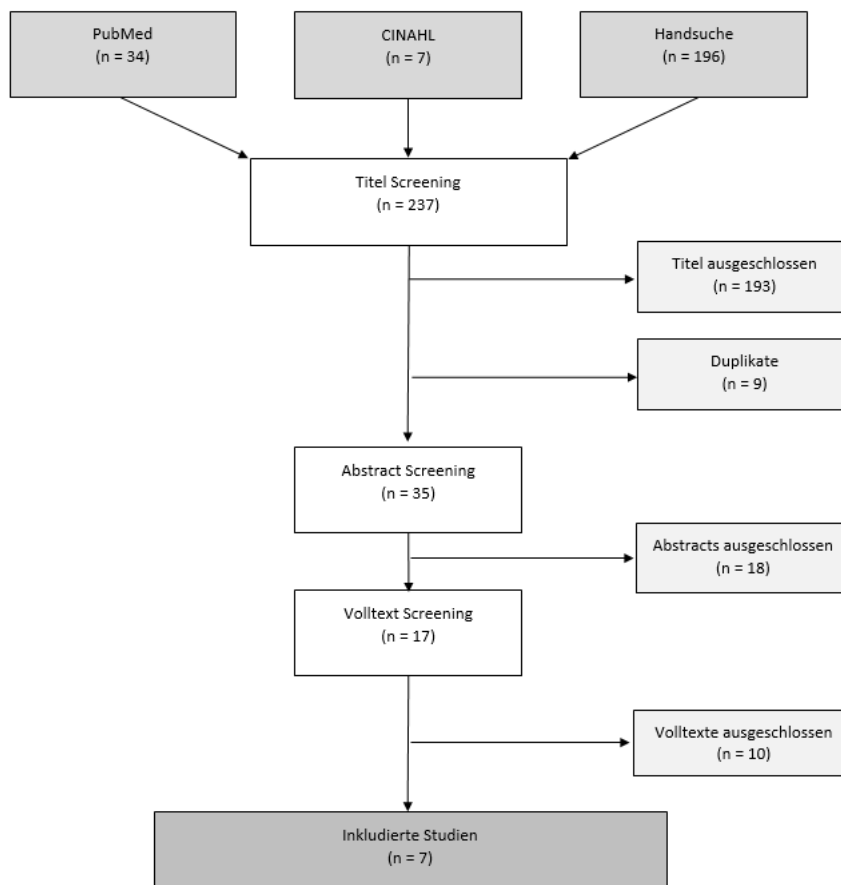


Abbildung 1: Flowchartdiagramm adaptiert nach Moher et al. (2009)

3.1 Charakteristika der inkludierten Studien

Sieben internationale Studien wurden in diese Übersichtsarbeit eingeschlossen. Zwei davon wurden in Neuseeland, eine jeweils in Norwegen, Taiwan, den Vereinigten Staaten von Amerika, Australien und den Niederlanden durchgeführt. Bei sechs inkludierten Publikationen wurden die Partizipantinnen und Partizipanten in eine Interventions- und Kontrollgruppe unterteilt. In der Studie von Wang et al. (2019) wurde ein Pretest – Posttest Design angewendet. Des Weiteren handelte es sich um drei randomisierte (Senior et al., 2014, Lewin et al., 2013, Parsons et al., 2013) und vier nicht randomisierte Publikationen (Tinetti et al., 2002, Langeland et al., 2019, Henskens et al., 2017, Wang et al., 2019).

In sieben der inkludierten Studien wurde ein sogenannter p-Wert verwendet, um zu untersuchen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit war, dass eine Veränderung nach der gesetzten Intervention zufällig entstand oder ein Unterschied durch die Intervention selbst hervorgerufen wurde. Ein p-Wert $<0,05$ bedeutet, dass die Intervention selbst mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit einen Effekt erzielt hat und es sich somit um ein signifikantes Ergebnis handelt. Ein p-Wert $>0,05$ bedeutet, dass der Unterschied zufällig aufgetreten ist.

Die Tabelle 4 dient dazu, eine Übersicht über die einzelnen Charakteristika der inkludierten Studien darzustellen.

Tabelle 4: Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Autorinnen/ Autoren Jahr Land	Ziel	Design Dauer	Messinstru- mente	Population Setting	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Langeland et al. (2019) Norwegen	Ziel war es, den Effekt der Intervention <i>Restorative Care</i> auf die Gesundheit zu untersuchen.	Nicht randomisierte Studie Dauer: 4-10 Wochen	SPPB ¹ COPM ² EQ-5D-5L ³ SOC-13 ⁴	Interventionsgruppe (IG): n=707 Kontrollgruppe (KG): n= 121 Durchschnittsalter: 78 Jahre Personen mit Demenz wurden ausgeschlossen Häusliches Setting	Ein COPM ² Interview wurde durchgeführt, in diesem legten die Personen Ziele fest, auf Basis dieser Ziele wurde ein Rehabilitationsplan entwickelt. Ein multidisziplinäres Team (Pflegepersonen, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Haushaltshilfe) arbeitete zusammen, um die Ziele zu erreichen. Der Fokus wurde daraufgelegt, die Personen zu motivieren aktiv am Rehabilitationsplan teilzunehmen sowie für das tägliche Training anzuregen und tägliche Aktivitäten selbstständig durchzuführen. Die Professionen wurden vorher geschult. Das Team erhielt über die gesamte	Ein COPM Interview wurde durchgeführt, aber kein Plan erstellt. Die Personen erhielten die übliche Pflege und Unterstützung (Essen auf Rädern, Sicherheitsalarme, assistive Technologien). Die Maßnahmen waren nicht zeitlimitiert, wurden aber von einem multidisziplinären Team ausgeführt.

¹ SPPB= Short Physical Performance Measure Battery

² COPM= Canadian Occupational Performance Measures

³ EQ-5D-5L= European Quality of Life Scale

⁴ SOC= Sense of Coherence Questionnaire

					Interventions- sowie Datenerhebungsperiode Supervision.	
Senior et al. (2014) Neuseeland	Ziel war es, den Effekt von <i>Restorative Care</i> auf das autonome Leben und die Gesundheit zu untersuchen.	Randomisiert kontrollierte Studie Dauer: zwei bis drei Monate	Erhebung der Basisdaten interRAI ⁵ EQ-5D	IG: n= 52 KG: n= 53 Durchschnittsalter: 83 Jahre Keine Personen mit Demenz inkludiert Kurzzeitpflege, häusliches Setting	Bei dem PIP ⁶ traf ein Case Manager die zu betreuenden Personen, erklärte ihnen den Service und führte eine standardisierte Aufnahme durch. Basierend auf der Zielsetzung der älteren Personen wurde ein Pflegeplan entwickelt. Ein multidisziplinäres Team, bestehend aus Pflegepersonen, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten wurde erstellt. Ziel des PIP war es die körperliche Funktion wiederherzustellen, sowie eine Rückkehr nach Hause, bei bestehender institutioneller Versorgung, anzustreben. Schlüsselaspekte des PIP waren die Integration von physischen Aktivitäten mit wiederholenden ATL Übungen, sowie die Schulungen der beteiligten Personen.	Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Pflege.

⁵ interRAI= resident assessment instrument - Home Care (HC)

⁶ PIP= Promoting Independence Programme

Wang et al. (2019) Taiwan	Ziel war es zu Beschreiben und Analysieren wie <i>Restorative Care</i> in LTC ⁷ implementiert wurde und die Effekte der Intervention <i>Restorative Care</i> zu untersuchen.	Nicht randomisierte Studie Pretest - Posttest Design Dauer: 6 Monate	Barthel-Index Lawton IADL Scale ⁸ MMSE ⁹ GDS ¹⁰ EuroQol-5D ³ ISSI ¹¹	Probandinnen/ Probanden: n= 317 Durchschnittsalter: 82 Jahre Langzeitpflege-einrichtungen	Außerdem gab es Supervisors, welche regelmäßige Meetings veranstalteten. Pflegepläne mit detaillierten Anweisungen für das Pflegepersonal sowie darin enthaltenen Interventionsnotizen wurden erstellt. Regelmäßige Treffen für die Anpassung der Pflegepläne und Strategien wurden veranstaltet.	Keine Kontrollgruppe vorhanden.
Parsons et al. (2013) Neuseeland	Ziel der Studie war es, den Effekt des Konzeptes <i>Restorative Care</i> im Vergleich zu	Randomisiert kontrollierte Studie Dauer: 6 Monate	DSSI ¹² EQ-5D ³ NEADL ¹³ SNA ¹⁴ SPPB TARGET ¹⁵	IG: n= 108 KG: n= 97 Durchschnittsalter: 78 Jahre	Ziele der Interventionsgruppe wurden mittels TARGET ¹⁵ durch einen Bedarfsermittler erhoben. Die Ziele dienten als Grundlage um die benötigten Dienstleistungen zu strukturieren. Nach der Aufnahme wurde ein Langzeitziel, sowie Kurzzeitziele, festgelegt. Diese	Ein SNA ¹⁴ wurde von Bedarfsermittlern durchgeführt, um das Level der benötigten Pflege zu erheben. Bedarfsermittler und zu betreuende

⁷ LTC= Long-Term Care facilities

⁸ Lawton IADL-Scale= Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale

⁹ MMSE= Mini-Mental State Examination

¹⁰ GDS= Geriatric Depression Scale

¹¹ ISSI= Intervention Schedule for Social Interaction

¹² DSSI= Dukes Social Support Index:

¹³ NEADL= Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale

¹⁴ SNA= Support Needs Assessment

¹⁵ TARGET= Towards Achieving Realistic Goals

	üblicher Pflege auf die soziale Unterstützung, und physische Funktion bei älteren Personen zu untersuchen.			Personen mit Demenz wurden nicht eingeschlossen Häusliches Setting	wurden zur Organisation weitergeleitet. Dort wurden Pflegepläne erstellt, welche konkrete Anweisungen mit einer detaillierten Auflistung von Aufgaben für Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Haushaltshilfsdiensten beinhalteten. Die betreuenden Personen wurden im Vorhinein geschult.	Personen legten fest, welche Leistungen benötigt wurden sowie das benötigte Stundenausmaß. Informationen wurden weitergeleitet und ein Plan erstellt.
Lewin et al. (2013) Australien	Die Studie hatte zum Ziel, zu untersuchen ob es einen Effekt darauf gab, ob nach Abschluss der Intervention die weitere Pflege reduziert werden konnte, im Vergleich zu üblicher Pflege.	Randomisiert kontrollierte Studie Dauer: maximal 12 Wochen	PAF ¹⁶ ADL, IADL MFES ¹⁷ QoL ¹⁸	IG: n=129 KG: n=165 Alter: über 65 Jahre Personen mit Demenz und neuro-degenerativen Erkrankungen wurden ausgeschlossen	Das HIP ¹⁹ wurde durchgeführt, um das aktive Engagement der Personen bei zahlreichen ATLs zu fördern. Ein Pflegeplan wurde erstellt, welcher ATL Analyse und Neugestaltung, Arbeitsvereinfachung, Einsatz unterstützender Technologien, Kraft-, Gleichgewichts- und Ausdauerprogramme, Selbstmanagementprogramme bei chronischen Krankheiten, Strategien zur Sturzprävention, Kontinenz und	Bei der HACC ²⁰ wurde ein Pflegeplan erstellt, in dem wöchentlich drei Besuche von Pflegepersonen, bzw. Hilfsdiensten festgelegt wurden. Diese Besuche dienten dazu die Personen bei Körperpflege, Haushaltstätigkeiten,

¹⁶ PAF= Primary Assessment Form

¹⁷ MFES= Modified Falls Efficacy Scale

¹⁸ QoL= Quality of Life

¹⁹ HIP= Home Independence Programme

²⁰ HACC= Home and Community Care

	Weiters wurde in Subgruppen der Effekt auf die ATLs, sowie IATLs und die Lebensqualität untersucht.			Häusliches Setting	Ernährungsmanagement beinhaltete. Ausgeführt wurden diese Aspekte von einem multidisziplinären Team, bestehend aus Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflegepersonen.	etc. zu unterstützen oder direkte Pflege zu leisten.
Henskens et al. (2017) Niederlande	Ziel war es, den Effekt von MRC ²¹ auf die Unabhängigkeit in den ATLs, sowie auf die Lebensqualität zu untersuchen.	Nicht randomisierte Studie Dauer: 12 Monate	Barthel Index Qualidem	IG: n=37 KG: n=24 Durchschnittsalter: IG: 86 Jahre KG: 84 Jahre Personen mit Demenz wurden eingeschlossen Psychogeriatrische Stationen in Pflegeheimen	Der Fokus von MRC ²¹ lag darauf, körperliche Aktivitäten in das tägliche Leben zu integrieren. Ausführende Personen waren Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegepersonal, Gerontologinnen und Gerontologen, sowie Psychologinnen und Psychologen. Vor dem Beginn der MRC wurde eine Einschätzung der körperlichen Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner durch Pflegepersonen und Geriaterinnen und Geriater durchgeführt. Danach wurden Pflegepläne erstellt, um Routinen und Aktivitäten festzulegen, welche die Bewohnerinnen und Bewohner selbstständig durchführen konnten und	Die Kontrollgruppe erhielt übliche Standardpflege.

²¹ MRC= Movement oriented *Restorative Care*

					bei welchen Tätigkeiten Motivation und Stimulation nötig waren. Genaue Instruktionen für das Personal wurden in den Pflegeplänen aufgezeichnet. Zusätzlich wurde ein Plan für die Freizeit, welcher den Fokus ebenfalls auf die körperlichen Aktivitäten legte, erstellt. Die beteiligten Personen (Pflegepersonal, Freiwillige und Familienbetreuerinnen und -betreuer) wurden intensiv von Expertinnen und Experten geschult. Abschließend fand eine Evaluierung des Prozesses statt.	
Tinetti et al. (2002) Vereinigte Staaten von Amerika	Ziel war es, den funktionellen Status und die Wahrscheinlichkeit zu untersuchen, eher zu Hause zu bleiben bei Personen,	Nicht randomisierte Studie Dauer im Durchschnitt: 23,7 Tage	OASIS-B²² Erhebung ADL und IADL mit standardisierten Instrumenten	IG: n= 382 KG: n= 382 Durchschnittsalter: 79 Jahre Personen mit Demenz wurden nicht eingeschlossen	Ein multidisziplinäres Team bestehend aus Pflegepersonen, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Haushaltshilfsdiensten wurde erstellt. Eine Reorganisation in ein interdisziplinäres Team fand statt. Die betreuenden Personen wurden im Vorfeld geschult. Des Weiteren wurde der Fokus der Betreuung überarbeiten:	Die Kontrollgruppe erhielt die gleiche Pflege wie vorher, lediglich die Therapeutinnen und -therapeuten sowie Pflegepersonen kommunizierten häufiger.

²² OASIS-B= Outcome and Assessment Information Set

	welche die Intervention <i>Restorative Care</i> erhielten.			Häusliches Setting	Pflegen „mit“ und nicht „für“. Ziele wurden festlegen und ein Pflegeplan erstellt. Dieser enthielt körperliche Übungen, Verhaltensänderungen der zu betreuenden Personen, Umweltanpassungen sowie Bereitstellung angemessener Hilfsmittel, Beratung und Unterstützung der zu betreuenden Personen, Training und Schulung der betreuenden Personen und Medikamentenanpassung. Es wurden regelmäßig Berichte erstellt, um einerseits die Fortschritte festzuhalten, andererseits die Ziele zu verdeutlichen und die Pflegeverantwortung zu veranschaulichen. Diese Berichte dienten auch als Kommunikationsmedium für das Team.	
--	---	--	--	---------------------------	--	--

3.2 Qualitätsbeurteilung der eingeschlossenen Studie mittels MMAT

Die Qualitätsbeurteilung der eingeschlossenen Studien wurde mittels MMAT (Hong et al., 2018) durchgeführt. Bei den inkludierten Studien handelt es sich um drei quantitativ randomisiert kontrollierte und vier quantitativ nicht randomisierte Studien. In allen drei randomisiert kontrollierten Studien gab es eine klare Forschungsfrage, diese wurde auch beantwortet. Der Prozess der Randomisierung wurde in den Studien genauer erläutert, denn in zwei der drei Studien fand eine computergenerierte Randomisierung statt, in einer ein Prozess über fünf Schritte. In zwei der drei randomisiert kontrollierten Studien gab es definitiv keine Vergleichbarkeit der Gruppen. Bei allen drei randomisiert kontrollierten Studien gab es keine vollständigen Ergebnisse nach der Follow-up Zeit, Gründe dafür wurden angegeben. In zwei von drei Studien waren die Ergebnisbewerter verblindet. In zwei der drei randomisiert kontrollierten Studien war die Akzeptanz der Personen für die Intervention nicht klar ersichtlich.

Bei den vier nicht randomisierten Studien wurde eine klare Forschungsfrage gestellt und diese beantwortet. In einer Studie waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer repräsentativ, in einer Studie eher nicht. Alle nicht randomisierten Studien verwendeten angemessene Messmethoden, um die Forschungsfrage zu beantworten. In drei von vier Studien gab es Störfaktoren (geringere Motivation, höherer MMSE in der Interventionsgruppe, Unterschiede am Beginn der Datenerhebung im COPM-P, unterschiedliche Demenzformen, sowie unterschiedliche Erkrankungen). Es ist nicht deutlich ersichtlich, ob alle Personen die Intervention erhielten.

Die Ergebnisse der kritischen Bewertung sind in Tabelle fünf und sechs dargestellt.

Tabelle 5: Bewertung der quantitativ randomisiert kontrollierten Studien

Studien	Forschungsfrage	Forschungsfrage beantwortet	Randomisierung	Vergleichbarkeit der Gruppen	Ergebnisse vollständig	Ergebnisbewerter/-innen verblindet	Adhärenz
Senior et al. (2014)	Ja	Ja	Ja ^I	Weiß nicht ^{II}	Nein ^{III}	Ja	Weiß nicht ^{IV}
^I Randomisierung anhand eines Computerprogramms ^{II} Schulabschlüsse in beiden Gruppen unterschiedlich, mehr Gedächtnisschwierigkeiten in der Interventionsgruppe ^{III} nach 18 Monaten Follow-up in Kontrollgruppe (KG): n=6, Interventionsgruppe (IG): n=11, durch permanenten Übergang in Pflegeheim, Austritt aus Studie, versterben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ^{VI} wurde nicht angeführt							
Lewin et al. (2013)	Ja	Ja	Ja ^I	Nein ^{II}	Nein ^{III}	Nein ^{IV}	Nein ^V
^I eigenes System wurde dafür entwickelt ^{II} mehr Personen, welche von Pflegeperson betreut wurden in der As-Treated (AT) KG: n= 266, in IG: n=176, ATL zu Beginn signifikant unterschiedlich (p=0,005), unterschiedliche Wohnsituationen (p=0,005) ^{III} nach drei Monaten 42 Personen weniger, nach einem Jahr 60 Personen weniger in den Untergruppen ^{IV} war laut Autorinnen und Autoren im weiteren Verlauf nicht möglich ^V 45 Personen in der AT Gruppe erhielten nicht den ausreichenden Service							
Parsons et al. (2013)	Ja	Ja	Ja ^I	Weiß nicht ^{II}	Nein ^{III}	Ja	Weiß nicht ^{IV}
^I über fünf Schritte, mittels numerischer Lister zufällig generiert über Microsoft Excel ^{II} Personen der IG waren drei Jahre älter, mehr Frauen in IG, Differenzen bei SPPB Test zu Beginn (Schnelligkeit: KG war besser, Sitzen – Stehen: KG schnitt besser ab, benötigte Zeit um fünfmal aus dem Sitzen aufzustehen: KG erzielte bessere Werte) ^{III} in der KG verstarben vier Personen, zwei lehnten das Follow-up ab, in der IG lehnten zwei Personen das Follow-up ab ^{IV} keine Angaben dazu in der Studie							

Tabelle 6: Bewertung der quantitativ nicht randomisierten Studien

Studie	Forschungsfrage	Forschungsfrage beantwortet	Personen repräsentativ	Angemessene Messmethoden	Vollständige Daten	Störfaktoren	Intervention erhalten
Wang et al. (2019)	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein ^I	Weiß nicht ^{II}	Weiß nicht ^{III}
^I zu Beginn 317 Personen, nach sechs Monaten nur mehr 210 Personen ^{II} kognitive Unterschiede, diverse unterschiedliche Grunderkrankungen ^{III} keine Angaben dazu in der Studie							
Langeland et al. (2019)	Ja	Ja	Weiß nicht ^I	Ja	Nein ^{II}	Ja ^{III}	Weiß nicht ^{IV}
^I ausgeschlossen: institutionell benötigte Rehabilitation sowie benötigten Pflegeheimplatz, kognitiv eingeschränkte Personen ^{II} 26-prozentige Ausfallsrate nach zwölf Monaten ^{III} geringere Teilnehmerzahl und geringere Motivation in der KG (p<0,001), sowie Unterschiede des COPM zu Beginn (COPM-P p=0,01, COPM-S p<0,001) ^{IV} wurde nicht angeführt							
Henskens et al. (2017)	Ja	Ja	Weiß nicht ^I	Ja	Nein ^{II}	Ja ^{III}	Nein ^{IV}
^I ausgeschlossen: schwere Demenzformen, sehr eingeschränktes Sehvermögen, medizinische Kontraindikationen, MMSE >24, Personen mit psychotischen Symptomen ^{II} IG n=29; KG: n=15 haben die Studie beendet, aufgrund von Todesfällen, Umzügen, verfügbare Daten nur zu Beginn der Datenerhebung ^{III} MMSE in der IG (SD= 9,75) höher als in der KG (SD=6,52), unterschiedliche Demenzformen(p<0,05) ^{IV} manche Teile wurden nicht laut Plan implementiert							
Tinetti et al. (2002)	Ja	Ja	Nein ^I	Ja	Nein ^{II}	Ja ^{III}	Weiß nicht ^{IV}
^I eingeschlossen: nach akuter Krankheit, sowie bei Aussicht auf Verbesserung der körperlichen Fähigkeiten; ausgeschlossen: Bettlägerig, nicht wach/orientiert, schwere kognitive Beeinträchtigung, beträchtliche Unterstützung/komplette Unterstützung in Routine Situationen ^{II} Todesfälle während des Follow-ups ^{III} Krankheitsdiagnosen unterschiedlich bei Aufnahme, Unterschiede der Selbstpflegefähigkeit am Beginn ^{IV} keine Angaben dazu in der Studie							

3.3 Ergebnisse der Studien gegliedert in ATLs, Auswirkungen auf Personen mit Demenz sowie sekundäre Outcomes

Um einen Überblick über die Ergebnisse der sieben inkludierten Studien geben zu können, wurden diese in ATLs, Auswirkungen auf Personen mit Demenz sowie sekundäre Outcomes untergliedert.

Drei Studien (Lewin et al., 2013, Wang et al., 2019, Senior et al., 2014) untersuchten die Auswirkung von *Restorative Care* auf den gesamten ATL Score. In der Studie von Lewin et al. (2013) wurde die Intervention *Restorative Care* im häuslichen Setting, über einen Zeitraum von maximal zwölf Wochen durchgeführt. In der Untersuchung wurden die Probandinnen und Probanden in eine Intention-To-Treat (ITT) und eine As-Treated (AT) Gruppe unterteilt. Der gesamte ATL Score der Interventions- und Kontrollgruppe war bereits zum Aufnahmezeitpunkt signifikant unterschiedlich und nicht vergleichbar, sowohl in der AT Gruppe ($p=0,005$), als auch in der ITT Gruppe ($p=0,013$), da in der ITT und AT Gruppe die Kontrollgruppe eine geringere Abhängigkeit in den ATLs aufwies. Nach drei Monaten gab es keine signifikante Verbesserung bei dem gesamten ATL Score in der ITT Gruppe ($p=0,5297$).

In der AT Gruppe konnte nach drei Monaten ebenfalls kein signifikanter Unterschied bei der Erhebung des gesamten ATL Scores verzeichnet werden ($p=0,29$). Nach zwölf Monaten war eine Signifikanz zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe zugunsten der Interventionsgruppe festzustellen ($p=0,020$). In den anderen ATLs wurde in beiden Gruppen eine prozentuelle Verbesserung beobachtet.

In der Studie von Wang et al. (2019) wurde ein Pretest - Posttest Design angewendet, welches die Effekte nach einer sechsmonatigen *Restorative Care* Intervention in Langzeitpflegeeinrichtungen erhob. In der Studie gab es signifikante Unterschiede im gesamten ATL Score nach sechs Monaten ($p=0,000$).

In der Studie von Senior et al. (2014) wurde die Intervention *Restorative Care* in Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie im häuslichen Setting über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten untersucht. Es wurden keine Effekte bei der Interventions- und Kontrollgruppe erzielt, weder auf der ATL-Kurzform ($p=0,07$), noch auf die

selbstständige Durchführung der ATL ($p=0,09$) beziehungsweise auf der ATL-Langform ($p=0,05$).

1. Kommunizieren

Keine Studie hat die Auswirkungen auf diese ATL untersucht.

2. Sich bewegen

Vier Studien (Langeland et al., 2019, Wang et al., 2019, Parsons et al., 2013, Tinetti et al., 2002) untersuchten die Auswirkung der Implementierung von *Restorative Care* auf die ATL sich bewegen.

Die Intervention *Restorative Care* wurde in der Studie von Langeland et al. (2019) im häuslichen Setting über einen Zeitraum von vier bis zehn Wochen durchgeführt. In der Studie gab es bereits bei der Erhebung der ersten Daten im Bereich Ausführung der ATLs signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, da die Kontrollgruppe bessere Werte erzielte ($p=0,01$). Nach den Zeitpunkten zehn Wochen und sechs Monaten war ebenfalls ein signifikanter Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe ersichtlich ($p<0,001$), nach zwölf Monaten war keine signifikante Verbesserung zwischen den beiden Gruppen mehr vorhanden ($p=0,06$). Bei der Erhebung der Daten des Short Physical Performance Battery (SPPB) Tests gab es von Beginn an einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen, da die Kontrollgruppe signifikant bessere Wert hatte ($p=0,02$). Nach zehn Wochen und sechs Monaten ($p<0,001$), sowie nach zwölf Monaten war eine Signifikanz ($p=0,02$) zugunsten der Interventionsgruppe gegeben. Auch der Bereich körperliche Balance wurde untersucht. Zu Beginn der Erhebung gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($p=0,34$). Nach zehn Wochen sowie sechs Monaten war ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe festzustellen, somit war eine signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe ersichtlich ($p=0,01$). Nach zwölf Monaten war kein signifikanter Unterschied mehr ersichtlich ($p=0,31$).

Des Weiteren bestand bei der physischen Funktion Gehen bereits zu Beginn ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen, zugunsten der Kontrollgruppe ($p=0,02$). Nach zehn Wochen ($p<0,001$) sowie nach sechs Monaten ($p=0,01$) war im Durchschnitt eine signifikante Veränderung zugunsten der Interventionsgruppe gegeben. Nach zwölf Monaten war zwischen den beiden

Gruppen kein signifikanter Unterschied mehr feststellbar. Des Weiteren wurde die Funktion aus der sitzenden zur stehenden Position überzugehen untersucht. Bei dieser Fähigkeit gab es bereits bei der Ersterhebung der Daten einen signifikanten Unterschied, da bei der Kontrollgruppe ein besserer Wert festgestellt wurde ($p=0,03$). Nach zehn Wochen und sechs Monaten ($p<0,001$) sowie nach zwölf Monaten blieb eine signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe bestehen ($p=0,01$).

In der Studie von Wang et al. (2019) wurde die körperliche Fähigkeit Transfer untersucht. Bei dieser Funktion gab es einen signifikanten Unterschied zwischen der Ersterhebung der Daten sowie beim Erhebungszeitpunkt nach sechs Monaten ($p=0,006$). Eine weitere körperliche Fähigkeit, welche untersucht wurde, war die Mobilität. In diesem Bereich war ein durchschnittlich signifikanter Unterschied zwischen den Erhebungszeitpunkten am Beginn und nach der sechsmonatigen Intervention zu verzeichnen, somit trat eine Verbesserung nach der Intervention auf ($p=0,002$). Auch die Funktion Stiegen steigen wurde in der Studie untersucht. Im Vergleich zum ersten Aufnahmezeitpunkt und zum zweiten Erhebungszeitpunkt nach sechs Monaten ($p=0,006$) war eine Signifikanz nach der Intervention ersichtlich.

Die Studie von Parsons et al. (2013) untersuchte den Effekt von *Restorative Care* auf die physische Funktion sowie soziale Unterstützung nach der sechsmonatigen Implementierung der Intervention *Restorative Care* im häuslichen Setting. Der durchschnittlich gesamte SPPB Score verbesserte sich in der Interventionsgruppe nach der Intervention ($p=0,003$). In der Studie wurde außerdem ein Ganggeschwindigkeitstest durchgeführt. Bei diesem wurde ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe nach der sechsmonatigen Intervention festgestellt ($p=0,002$). Des Weiteren wurde die benötigte Zeit für den Schnelligkeitstest untersucht, bei dem es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen nach der zweiten Datenerhebung (sechs Monate) gab ($p=0,04$). Auch beim Sessel-Steh Test war nach der Intervention keine Signifikanz zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe zu verzeichnen ($p=0,25$). Bei der Messung der benötigten Zeit, um fünfmal aus dem

Sitzen aufzustehen gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen nach der Intervention ($p=0,87$).

Tinetti et al. (2002) untersuchten die Effekte der Implementierung von *Restorative Care* nach dem Auftreten einer akuten Krankheit beziehungsweise einem Krankenhausaufenthalt, sowie bei Personen mit erhöhtem Risiko eines körperlichen Funktionsverlustes. Die Studie wurde im häuslichen Setting über einen Zeitraum von durchschnittlich drei Wochen durchgeführt. Die Studie befasste sich unter anderem mit der Fähigkeit Mobilität (Gehen und Transfer Sessel-Bett). Die Daten waren zu Beginn, also zum Aufnahmezeitpunkt vergleichbar und nicht signifikant unterschiedlich. Der Mittlere p-Wert betrug 0,02, somit war ein signifikanter Unterschied feststellbar und eine Verbesserung der Mobilität zugunsten der Interventionsgruppe ersichtlich.

3. Die Körpertemperatur regulieren

Keine Studie hat die Auswirkungen auf diese ATL untersucht.

4. Sich sauber halten und kleiden

Drei der inkludierten Studien (Lewin et al., 2013, Wang et al., 2019, Tinetti et al., 2002) befassten sich mit der Untersuchung der Selbstpflege ATLs.

Die Studie von Lewin et al. (2013) untersuchte die Selbstpflegefähigkeit Duschen. Dabei gab es bereits bei der ersten Datenerhebung einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen, da die Kontrollgruppe bessere Werte hatte ($p<0,001$). Nach drei Monaten ($p<0,001$) sowie bei der Datenerhebung nach einem Jahr war ein signifikanter Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe feststellbar ($p<0,001$). Weiters konnte nach drei Monaten eine Steigerung der Fähigkeit Duschen in der Interventionsgruppe um 40 Prozent festgestellt werden.

Die Publikation von Tinetti et al. (2002) befasste sich mit den Selbstpflege ATLs (an- und auskleiden, baden, essen, Toilettenbenutzung). Die beiden Gruppen *Restorative Care* vs. Übliche Pflege waren am Beginn der Untersuchung nicht vergleichbar, da die Interventionsgruppe bereits zu Beginn signifikant bessere Werte erzielte ($p<0,001$). Nach der Berechnung des mittleren Wertes war keine Signifikanz zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ersichtlich ($p=0,07$).

In der Studie von Wang et al. (2019) wurde eine signifikante Verbesserung der Fähigkeit sich an- und auszukleiden nach sechs Monaten festgestellt ($p=0,001$). Des Weiteren war in der Studie ein signifikanter Unterschied im Bereich Selbstpflege ersichtlich, somit ist auch hier eine Verbesserung nach der Intervention zu verzeichnen ($p=0,012$). Bei der Selbstpflegefähigkeit Baden gab es eine signifikante Verbesserung zwischen der ersten Datenerhebung am Beginn und nach der sechsmonatigen Intervention ($p=0,000$).

5. Essen und Trinken

Lediglich die Studie von Wang et al. (2019) untersuchte die Auswirkung der Implementierung von *Restorative Care* auf die ATLS Essen und Trinken. In der Studie (Wang et al., 2019) wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Zeitpunkten (zu Beginn und nach sechs Monaten) der Datenerhebung bezüglich Essen und Trinken festgestellt ($p=0,882$).

6. Ausscheiden

Die Studie von Wang et al. (2019) war die einzige Publikation, welche die unabhängige Toilettenbenutzung untersuchte. Es gab am Beginn der Datenerhebung sowie nach sechs Monaten keinen signifikanten Unterschied zwischen den Erhebungszeitpunkten ($p=0,123$). Des Weiteren wurde die selbstständige Durchführung der Ausscheidung von Stuhl und Harn in der Studie erhoben. Es konnte ein signifikanter Unterschied sowohl bei der selbstständigen Durchführung der Stuhlausscheidung ($p=0,000$) als auch bei der Harnausscheidung ($p=0,000$) festgestellt werden.

7. Atmen

Keine Studie hat die Auswirkungen auf diese ATL untersucht.

8. Schlafen

Keine Studie hat die Auswirkungen auf diese ATL untersucht.

9. Sich beschäftigen

Keine Studie hat die Auswirkungen auf diese ATL untersucht.

10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten

Keine Studie hat die Auswirkungen auf diese ATL untersucht.

11. Für Sicherheit der Umgebung sorgen

Keine Studie hat die Auswirkungen auf diese ATL untersucht.

12. Sterben

Keine Studie hat die Auswirkungen auf diese ATL untersucht.

Auswirkungen von *Restorative Care* bei Personen mit Demenz

Die Studie von Henskens et al. (2017) untersuchte den Effekt der Implementierung von *Restorative Care* bei Personen mit Demenz. Es gab nach der Intervention keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe bei den ATLs ($p=0,62$). Es konnte jedoch eine Verbesserung der Lebensqualität bezogen auf das positive Selbstbild in der Interventionsgruppe festgestellt werden ($p<0,001$).

Sekundäre Outcomes

Sechs Studien (Langeland et al., 2019, Wang et al., 2019, Henskens et al., 2017, Senior et al., 2014, Parsons et al., 2013, Lewin et al., 2013) untersuchten die Auswirkung von *Restorative Care* auf die Lebensqualität von älteren und alten Menschen. In der Studie von Langeland et al. (2019) gab es in der Kategorie EQ—5D-5L/Mobilität zu Beginn keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Nach zehn Wochen sowie nach sechs Monaten gab es eine signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe ($p<0,001$). Nach zwölf Monaten war keine Signifikanz mehr feststellbar ($p=0,17$). In der Studie wurde „persönliche Pflege“ als Aspekt der Lebensqualität untersucht, es gab zu Beginn keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($p=0,07$). Nach zehn Wochen ($p=0,001$) sowie nach sechs Monaten ($p=0,01$) gab es eine signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe. Nach zwölf Monaten war kein signifikanter Unterschied mehr ersichtlich ($p=0,06$). Bei der Erhebung der üblichen andere Aktivitäten als Teil der Lebensqualität war zu Beginn kein signifikanter Unterschied feststellbar, auch nach zehn Wochen nicht ($p=0,12$). Nach sechs Monaten war ein signifikanter Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe ersichtlich ($p=0,01$). Nach zwölf Monaten war kein signifikanter Unterschied mehr feststellbar ($p=0,09$). Bei der Erhebung von Schmerz, Unbehagen, Ängsten und Depression als Teile der Lebensqualität wurde kein signifikanter Unterschied nach der Intervention zwischen den beiden Gruppen nachgewiesen. Bei der aktuellen Tagesgesundheit gab es zu Beginn keinen

signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe, nach zehn Wochen und sechs Monaten war eine signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe feststellbar ($p=0,001$) (Langeland et al., 2019).

In der Studie von Wang et al. (2019) wurde die Lebensqualität mittels EQ-5D/VAS (Visuelle Analogskala) erhoben, in diesem Bereich gab es eine Verbesserung verglichen mit dem Beginn der Intervention und der Datenerhebung nach sechs Monaten ($p=0,000$). Es wurde ein signifikanter Unterschied nach der Intervention *Restorative Care* bei der EQ-5D/Utility festgestellt ($p=0,161$).

In der Studie von Henskens et al. (2017) konnte man einen signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe im Bereich positives Selbstbild als Teil der Lebensqualität nach der Intervention aufzeigen ($p<0,001$).

In der Studie von Senior et al. (2014) war kein signifikanter Unterschied bei dem Endpunkt Lebensqualität zwischen den beiden Gruppen nach der Intervention *Restorative Care* feststellbar.

In der Studie von Parsons et al. (2013) wurde zwar der EQ-5D in den SNA Score integriert, aber keine weiteren Ergebnisse dazu erläutert.

Die Lebensqualität wurde als Messinstrument in der Studie von Lewin et al. (2013) angeführt, jedoch wurden keine weiteren Ergebnisse dazu in der Studie angeführt.

4. Diskussion

Diese Bachelorarbeit hatte zum Ziel, die Auswirkungen des Konzeptes *Restorative Care* auf die Wiedererlangung der ATLS bei älteren Personen zu untersuchen. Die Hauptergebnisse der inkludierten Studien zeigten auf, dass es in einigen der Studien einen signifikanten Effekt auf bestimmte Bereiche der ATLS gab, in anderen hingegen kein Unterschied nach der Intervention zu verzeichnen war. In diesem Kapitel folgt eine kritische Reflexion der Ergebnisse der Studien.

Vier Studien (Langeland et al., 2019, Lewin et al., 2013, Parsons et al., 2013, Tinetti et al., 2002) wurden im häuslichen Setting durchgeführt, zwei Studien (Wang et al., 2019, Henskens et al., 2017) in Langzeitpflegeeinrichtungen und eine Studie (Senior et al., 2014) im häuslichen Setting sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Effektivität und Vergleichbarkeit der Studien sind in diesem Punkt schwierig einzuschätzen, da in zwei verschiedenen Settings (häusliches Setting, Langzeitpflegeeinrichtung) Effekte erzielt wurden.

In allen sieben Studien wurden Pflegepläne erstellt, welche sich nach den individuellen Zielen der Personen richtete. Weiters wurde ein multidisziplinäres Team zusammengestellt. Trotz Zusammenstellung dieses Teams gab es widersprüchliche Ergebnisse, da in manchen Studien Effekte auf die ATLs erzielt wurden und in anderen nicht. In den sieben Studien wurden die betreuenden Personen (Pflegepersonal, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Familienangehörige, ...) im Vorhinein geschult. Dieser Punkt wurde in einigen Studien als essenziell angeführt, da es notwendig war ein Umdenken von der Pflege „Für eine Person“ zur Pflege „Mit einer Person“ zu bewirken, um die wesentlichen Schwerpunkte des Konzeptes adäquat in der Praxis umzusetzen zu können. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Schulungen war es, die Notwendigkeit und vor allem Vorteile der körperlichen Aktivität von älteren Personen aufzuzeigen.

4.1 Vergleich der Interventionsdauer und Intensität des Pflegekonzeptes *Restorative Care*

Das Konzept *Restorative Care* ist zeitlimitiert, mit einer durchschnittlichen Dauer von vier bis sechs Wochen. In allen inkludierten Studien wurde die Intervention *Restorative Care* über unterschiedliche Zeitspannen durchgeführt, daher ist es nicht möglich eine klare Aussage über die effektivste Zeitdauer zu treffen. Weiters gab es unterschiedliche Follow-up Zeiten, dies erschwert eine klare Beurteilung über die Kurz- und Langzeiteffekte. Auch die Häufigkeit der Besuche des multidisziplinären Teams variierte in den sieben inkludierten Studien. Die Unterschiede in Häufigkeit und Dauer machen einen Vergleich der inkludierten Studien schwierig, da sowohl kürzere als auch längere Durchführungen der Intervention (drei Wochen bis sechs Monate) einen signifikanten Unterschied beziehungsweise keinen signifikanten Unterschied erzielten.

In der Studie von Langeland et al. (2019) dauerte die Intervention durchschnittlich zwischen vier und sechs Wochen. Rund 48 Prozent hatten fünfmal pro Woche Hausbesuche des multidisziplinären Teams, 33 Prozent drei- bis viermal wöchentlich. In der Studie Langeland et al. (2019) wurde eine bestehende Verbesserung in einigen ATLs (Durchführung der ATLs, gesamter SPPB Score, körperliche Balance, Gehen, Sitzen-Stehen) nach zehn Wochen sowie sechs Monaten festgestellt. Nach zwölf Monaten blieb ausschließlich bei der Fähigkeit

Sitzen-Stehen eine Verbesserung in der Interventionsgruppe bestehen. Außerdem wurde ein positiver Effekt bei der Lebensqualität der Interventionsgruppe festgestellt. Die Ursache weshalb häufig nach zehn Wochen bessere Ergebnisse erzielt wurden, lag laut Langeland et al. (2019) daran, dass die Ziele durch die Intervention zwar schneller erreicht wurden, der Langzeiteffekt hingegen noch weiterer Forschung bedarf.

In der Studie von Tinetti et al. (2002) entsprach die durchschnittliche Dauer der Intervention rund drei Wochen mit circa zwölf Hausbesuchen über die gesamte Periode verteilt. Die Studie wurde ausschließlich in einem Setting durchgeführt, daher können diese Ergebnisse nicht generalisiert werden. In der Publikation wurde festgestellt, dass es signifikante Unterschiede im Bereich Mobilität zugunsten der Interventionsgruppe gab.

Die Intervention *Restorative Care* in der Studie von Parsons et al. (2013) wurde über einen Zeitraum von sechs Monaten durchgeführt. Über die Häufigkeit der Hausbesuche des multidisziplinären Teams wurden keine Angaben gemacht. Es gab allerdings nur signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bei der allgemeinen körperlichen Aktivität sowie beim Schnelligkeitstest.

Die Intervention in der Studie von Senior et al. (2014) wurde über eine durchschnittliche Dauer von zwei bis drei Monaten mit jeweils drei bis vier wöchentlichen Besuchen des multidisziplinären Teams durchgeführt. Es wurden keine Effekte erzielt, weder in den ATLS noch im Bereich Lebensqualität.

Die Dauer der Intervention in der Studie von Wang et al. (2019) betrug mehr als sechs Monate. Die Häufigkeit der Besuche des multidisziplinären Teams wurde nicht angegeben. In dieser Studie war ein signifikanter Unterschied in den ATLS (Selbstpflge, an- und auskleiden, ausscheiden) sowie eine Verbesserung der Lebensqualität nach der Intervention ersichtlich.

Die Zeitspanne der Intervention in der Studie von Henskens et al. (2017) betrug zwölf Monate, die Häufigkeit der Besuche des multidisziplinären Teams variierte von dreimal wöchentlich, bis mehrmals täglich. Es wurden keine Effekte auf die ATLS erzielt, aber im Bereich positives Selbstbild als Teil der Lebensqualität gab es eine signifikante Verbesserung zugunsten der Interventionsgruppe.

In der Studie von Lewin et al. (2013) betrug die Dauer der Intervention maximal zwölf Wochen. Die Selbstpflegefähigkeit Duschen verbesserte sich. Allerdings wurden die ersten Daten zwei bis drei Wochen nachdem die Intervention bereits begonnen hat, erhoben. Dieser Aspekt wurde in der Studie als Limitation angeführt. Über die Häufigkeit der Besuche des multidisziplinären Teams wurden keine Angaben gemacht.

Die Lebensaktivitäten Kommunikation, Schlafen, Atmen, Körpertemperatur regulieren, sich als Mann/Frau fühlen, sich beschäftigen, für Sicherheit der Umgebung sorgen und Sterben wurden in keiner der inkludierten Studien untersucht.

4.2 *Restorative Care* für Personen mit Demenz

Das Konzept *Restorative Care* wird auch bei Personen mit Demenz angewendet, wie bereits die Studie von Henskens et al. (2017) aufzeigte. In der Studie von Henskens et al. (2017) gab es keine Effekte auf den gesamten ATL Score, obwohl die Intervention über eine längere Zeitspanne durchgeführt wurde. Dies lag laut Autorinnen und Autoren an unterschiedlichen Faktoren, wie beispielsweise am Zeitmangel des Personals, zu wenigen Instruktionen für die betreuenden Personen oder Angst der betreuenden Personen und zu betreuenden Personen vor Stürzen und Verletzungen.

Die Studie von Jeon et al. (2019) befasste sich ebenfalls mit den Effekten der Intervention *Restorative Care* in Kombination mit kognitiven Rehabilitationsstrategien bei Personen mit Demenz und amnestic Mild Cognitive Impairment (aMCI). Diese Publikation wurde nicht in die Übersichtsarbeit inkludiert, da nicht ausschließlich das Konzept *Restorative Care* angewendet und untersucht wurde. Dieses sogenannte Interdisciplinary Home Based Reablement Programme (IHARP) wurde für die Anwendung bei Personen mit Demenz beziehungsweise aMCI entwickelt. Die Dauer des Programms betrug vier Monate. Auch bei diesem Konzept wurden Pflegepläne erstellt, welche unter anderem kognitive Rehabilitationsstrategien, Vereinfachung diverser Aufgaben, Balance- und Stärkeübungen, Angstmanagement und Problemlösungsstrategien beinhalteten. Die Ergebnisse der Studie zeigten eine Verbesserung nach vier Monaten im Bereich der funktionellen Unabhängigkeit zugunsten der Interventionsgruppe. Des Weiteren gab es im Bereich Health Related Quality of Life (HRQOL) sowie Lebensqualität

eine Verbesserung in der Interventionsgruppe. Dies bedeutet, dass ein multifaktorielles Konzept, welches sowohl kognitive als auch körperliche Elemente beinhaltet, ein durchaus effektiver Ansatz bei Personen mit Demenz sowie aMCI sein kann. In dieser zugrundeliegenden Studie wurde jedoch eine sehr geringe Stichprobe untersucht, mit jeweils neun Personen in der Kontroll- sowie Interventionsgruppe.

4.3 Vergleichbarkeit der Studien

Die Studien wiesen alle unterschiedliche Stichprobengrößen auf. Fünf der Publikationen (Langeland et al., 2019, Tinetti et al., 2002, Lewin et al., 2013, Parsons et al., 2013, Wang et al., 2019) erreichten eine größere Stichprobengröße mit über 150 Partizipantinnen und Partizipanten, zwei der Studien (Senior et al., 2014, Henskens et al., 2017) eher eine kleinere Stichprobengröße mit 61 beziehungsweise 105 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. In der Studie von Henskens et al. (2017) wurde aufgrund der geringen Stichprobe angegeben, die Aussagekraft der Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Dennoch sind diese Ergebnisse essenziell, da es derzeit wenig Studien gibt, welche den Effekt von *Restorative Care* bei Personen mit Demenz untersuchen.

Eine Berechnung der Stichprobengröße durch die Power-Kalkulation fand in vier Studien statt (Senior et al., 2014, Parsons et al., 2013, Langeland et al., 2019, Lewin et al., 2013).

Fünf Studien (Lewin et al., 2013, Langeland et al., 2019, Wang et al., 2019, Parsons et al., 2013, Tinetti et al., 2002) erzielten im Bereich der ATLs signifikante Verbesserungen nach der Intervention. Allerdings ist ein direkter Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe in drei Studien (Langeland et al., 2019, Lewin et al., 2013, Parsons et al., 2013) erschwert möglich, da die Fähigkeiten in denen Effekte erzielt wurden, bereits zu Beginn der Intervention zwischen den beiden Gruppen nicht vergleichbar und signifikant unterschiedlich waren.

4.4 Umsetzung von *Restorative Care* in Österreich

Restorative Care ist ein Konzept, welches durchaus in Österreich umsetzbar ist. Ein bestehendes Pflegemodell, welches einigen Inhalten ähnelt, ist das Pflegemodell nach Erwin Böhm. Inhalte des Pflegemodells von Böhm sind die Aktivierung beziehungsweise Reaktivierung von Personen. Laut Böhm ist es

essenziell, ein Umdenken in der Pflege zu schaffen, von der kompensierenden zur reaktivierenden Pflege. Durch die Aktivierung soll Unabhängigkeit angestrebt werden, in dem die pflegerischen Tätigkeiten nicht für die Personen übernommen werden, sondern die Handlungen selbstständig von den älteren Personen ausgeführt werden. Dieses Modell ist laut Böhm jedoch nur bei kognitiv erreichbaren Personen, sowie psychisch gesunden Personen möglich. Gezielte Pflegeimpulse werden beispielsweise in Form von Schritt für Schritt Anleitungen gesetzt. Wenn eine Person kognitiv nicht mehr erreichbar ist, muss laut Böhm ein Motiv für die ältere Person gefunden werden, wofür es sich lohnt sich zu bewegen. Auch dabei kommt es zum Einsatz von Pflegeimpulsen, die zuerst die Seele bewegen sollen und in weiterer Folge den Körper (Matolycz, 2016). Die von Böhm genannten Punkte zur Förderung der körperlichen Aktivität spiegeln einige Aspekte der *Restorative Care* wider. Auch dabei gilt es, die Pflege nicht zu übernehmen, sondern dabei zu unterstützen und anzuleiten. Dies ist ein wesentlicher Aspekt bei dem umfassenden Ansatz *Restorative Care*. Allerdings bezieht sich das Konzept *Restorative Care* nicht nur auf kognitiv erreichbare und psychisch gesunde Personen. In einzelnen Studien (Henskens et al., 2017, Jeon et al., 2019) wird das Modell auch bei Personen mit Demenz angewendet. Weitere Unterschiede zum Pflegemodell von Böhm sind die Zeitlimitation und Zielsetzung. Die Umsetzung des Konzeptes *Restorative Care* ist allerdings durchaus vorstellbar, da bereits ähnliche Pflegemodelle Anwendung in der Praxis finden.

4.5 Stärken und Limitationen der Übersichtsarbeit

Die Durchführung der kritischen Qualitätsbeurteilung der Studien mittels Bewertungsbogen MMAT von Hong et al. (2018) kann als eine Stärke dieser Übersichtsarbeit betrachtet werden. Weiters gab es bei der Literaturrecherche und Auswahl der Studien keine zeitlichen sowie sprachlichen Beschränkungen. Die Limitationen dieser Übersichtsarbeit bestehen darin, dass eine Selektion, sowie die Bewertung der Studien ausschließlich durch eine Person durchgeführt wurde und dies somit keine systematische Übersichtsarbeit ist. Für die Literaturrecherche wurden lediglich drei Datenbanken verwendet, dies kann als Limitation angesehen werden.

5. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der einzelnen Studien sind kontrovers, dennoch kann die Intervention *Restorative Care* ein effektiver Ansatz sein, um gewisse ATLS wiederzuerlangen und zu verbessern. Einige Studien haben aufgezeigt, dass keine Effekte erzielt wurden. Ein positiver Aspekt, welcher jedoch in mehreren Studien aufgezeigt wurde, ist die Erhöhung der Lebensqualität der Personen durch die Implementierung von *Restorative Care*. Die Intervention hat bei Personen mit Demenz zwar keine Wirkung im Bereich der ATLS gehabt, dennoch eine signifikante Verbesserung im Bereich der Lebensqualität erzielt.

Grundsätzlich enthält *Restorative Care* wichtige Elemente für die Wiederherstellung der körperlichen Aktivitäten, um somit einen körperlichen Funktionsverlust zu verhindern. Die Intervention kann in viele pflegerische Tätigkeiten integriert werden und bei längerer Umsetzung zu positiven Effekten führen. Weiters könnte das Konzept einen kostensparenden Effekt erzielen, da die Menschen durch die Intervention länger selbstständig leben können und Krankenhausaufenthalte durch Stürze sowie Übergänge in Langzeitpflegeeinrichtungen vermieden werden können. Der Erfolg des Konzeptes *Restorative Care* hängt jedoch von zahlreichen Faktoren ab, darunter vor allem zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen.

5.1 Empfehlungen für die weitere Forschung

Es gibt derzeit wenige Studien, welche die Intervention *Restorative Care* untersucht haben. Da das Konzept bereits positive Effekte erzielt hat, ist es empfohlen weitere Studien durchzuführen, um aussagekräftigere Evidenz des Ansatzes zu erhalten. Weitere Forschungen sollten mit größeren Stichprobengrößen, welche im Vorfeld berechnet werden, durchgeführt werden. Des Weiteren müssten mehr Studien Personen mit Demenz inkludieren, um die Intervention auch bei dieser Personengruppe ausreichend zu untersuchen. Auch hier sind größere Stichprobengrößen zu empfehlen. Es ist außerdem empfehlenswert gut randomisierte und verblindete Interventionsstudien durchzuführen, um objektive Ergebnisse zu erhalten. Um die Langzeiteffekte feststellen zu können, wäre es empfohlen, Studien mit längeren Follow-ups durchzuführen.

5.2 Empfehlungen für die Pflegepraxis

Für die Implementierung des Konzeptes bedarf es ein Umdenken der Pflegepersonen, da oftmals „für“ anstelle „mit“ den Personen gepflegt wird und so häufig der Fokus verloren geht, die Selbstständigkeit zu fördern und körperliche Fähigkeiten wiederherzustellen. Dafür sind Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen notwendig, um das Knowhow in diesem Bereich zu verbessern, sowie die Sinnhaftigkeit und Vorteile körperlicher Aktivität bei älteren Personen zu erkennen. Dieses neu erworbene Wissen kann ein motivierender Faktor für das Pflegepersonal sein, denn dadurch wird gewusst wie eine Umsetzung in den Pflegealltag stattfinden kann. *Restorative Care* kann in verschiedenen Tätigkeitsbereichen angewendet werden, sei es jemanden zum Esstisch zu begleiten, anstelle ihn mit dem Rollstuhl zu schieben, oder die Hand während der Körperpflege mitzuführen. Ein häufiger Grund für die Übernahme diverser Tätigkeiten ist der Zeitfaktor sowie Personalschlüssel, jedoch kann längerfristig gesehen durch das auf den ersten Blick zeitaufwendigere Modell profitiert werden, da die Personen danach länger selbstständig in ihrem gewohnten Umfeld leben können. Dafür bedarf es Anpassungen in der Umwelt sowie den Einsatz von diversen Hilfsmitteln, um eventuelle Funktionseinbußen kompensieren zu können. Für die Praxis ist die Umsetzung, nach der Durchführung weiterer Studien zu empfehlen, da durch diesen Ansatz auch Lebensqualität und Selbstbestimmtheit zurückgegeben werden können.

6. Literaturverzeichnis

- ASPINAL, F., GLASBY, J., ROSTGAARD, T., TUNTAND, H. & WESTENDORP, R. G. 2016. New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age Ageing*, 45, 572-6.
- BAKER, D. I., GOTTSCHALK, M., ENG, C., WEBER, S. & TINETTI, M. E. 2001. The Design and Implementation of a Restorative Care Model for Home Care. *The Gerontologist*, 41, 257-263.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR DIGITALISIERUNG UND WIRTSCHAFTSSTANDORT. 2019. *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* [Online]. Rechtsinformationssystem des Bundes. Available: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/i/1997/108/P14/NOR40185023> [Accessed 13.11. 2019].
- COCHRANE, A., FURLONG, M., MCGILLOWAY, S., MOLLOY, D. W., STEVENSON, M. & DONNELLY, M. 2016. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 10, Cd010825.
- CREWS, D. E. 2005. Artificial environments and an aging population: designing for age-related functional losses. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci*, 24, 103-9.
- DANGEL, B. 2014. Rehabilitation. In: LAUSTER, M., DRESCHER, A., WIEDERHOLD, D., MENCHE, N., (ed.) *Pflege Heute*. München.
- HENSKENS, M., NAUTA, I. M., SCHERDER, E. J. A., OOSTERVELD, F. G. J. & VRIJKOTTE, S. 2017. Implementation and effects of Movement-oriented Restorative Care in a nursing home - a quasi-experimental study. *BMC Geriatr*, 17, 243.
- HONG, Q. N., FÀBREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAIS, P., GAGNONM-P, G. F., NICOLAU, B. & O'CATHAIN, A. 2018. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34, 285-291.
- INOUE, S. K., WAGNER, D. R., ACAMPORA, D., HORWITZ, R. I., COONEY, L. M., HURST, L. D. & TINETTI, M. E. 1993. A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. *Journal of General Internal Medicine*, 8, 645-652.
- JEON, Y. H., KREIN, L., SIMPSON, J. M., SZANTON, S. L., CLEMSON, L., NAISMITH, S. L., LOW, L. F., MOWSZOWSKI, L., GONSKI, P., NORMAN, R., GITLIN, L. N. & BRODATY, H. 2019. Feasibility and potential effects of interdisciplinary home-based reablement program (I-HARP) for people with cognitive and functional decline: a pilot trial. *Aging Ment Health*, 1-10.

- LANGELAND, E., TUNTLAND, H., FOLKESTAD, B., FORLAND, O., JACOBSEN, F. F. & KJEKEN, I. 2019. A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. *BMC Geriatr*, 19, 29.
- LEWIN, G., DE SAN MIGUEL, K., KNUIMAN, M., ALAN, J., BOLDY, D., HENDRIE, D. & VANDERMEULEN, S. 2013. A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults. *Health Soc Care Community*, 21, 69-78.
- MATOLYCZ, E. 2016. *Das Psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm*, Berlin, Heidelberg
- MAYER, H. 2014. Pflegewissenschaft. In: LAUSTER, M., DRESCHER, A., WIEDERHOLD, D., MENCHE, N., (ed.) *Pflege Heute*. München
- METZELTHIN, S. F., ROOIJACKERS, T. H., ZIJLSTRA, G. A. R., VAN ROSSUM, E., VEENSTRA, M. Y., KOSTER, A., EVERS, S., VAN BREUKELLEN, G. J. P. & KEMPEN, G. 2018. Effects, costs and feasibility of the 'Stay Active at Home' Reablement training programme for home care professionals: study protocol of a cluster randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, 18, 276.
- METZELTHIN, S. F., ZIJLSTRA, G. A., VAN ROSSUM, E., DE MAN-VAN GINKEL, J. M., RESNICK, B., LEWIN, G., PARSONS, M. & KEMPEN, G. I. 2017. 'Doing with ...' rather than 'doing for ...' older adults: rationale and content of the 'Stay Active at Home' programme. *Clin Rehabil*, 31, 1419-1430.
- MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J., ALTMAN, D. & THE PRISMA GROUP. 2009. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement* [Online]. PLoS Med 6(7): e1000097. Available: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> [Accessed 15.02. 2020].
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2018. *Hilfe nötig: Steigender Pflegebedarf für Senioren erfordert Umbau von Pflegesystemen* [Online]. Organisation for Economic Co-operation and Development,. Available: <https://www.oecd.org/berlin/presse/hilfenotigsteigenderpflegebedarfurseniorenerfordertumbauvonpflegesystemen.htm> [Accessed 02.12.2019 2019].
- ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN 2012. *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. Gesundheit Österreich: Bundesministerium für Gesundheit.
- PARSONS, J. G., SHERIDAN, N., ROUSE, P., ROBINSON, E. & CONNOLLY, M. 2013. A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. *Arch Phys Med Rehabil*, 94, 1015-22.
- POLIT, D. & BECK, C. 2017. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* Philadelphia Wolters Kluwer.
- RESNICK, B. 2004. *Restorative Care Nursing for Older Adults: A Guide for All Care Settings* New York, Springer Publishing Company.

- RESNICK, B., GALIK, E., GRUBER-BALDINI, A. L. & ZIMMERMAN, S. 2009. Implementing a restorative care philosophy of care in assisted living: pilot testing of Res-Care-AL. *J Am Acad Nurse Pract*, 21, 123-33.
- SENIOR, H. E., PARSONS, M., KERSE, N., CHEN, M. H., JACOBS, S., HOORN, S. V. & ANDERSON, C. S. 2014. Promoting independence in frail older people: a randomised controlled trial of a restorative care service in New Zealand. *Age Ageing*, 43, 418-24.
- STATISTIK AUSTRIA. 2012. *2030 erreicht Österreichs Bevölkerung die 9-Millionen-Marke, ein Viertel davon wird 65+ sein* [Online]. Available: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/067546.html [Accessed 05.11.2019].
- STATISTIK AUSTRIA. 2019. *Bevölkerung nach Alter und Geschlecht* [Online]. Available: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html [Accessed 05.11. 2019].
- TINETTI, M. E., BAKER, D., GALLO, W. T., NANDA, A., CHARPENTIER, P. & O'LEARY, J. 2002. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *Jama*, 287, 2098-105.
- TIPTON-BURTON, M. M. 2011. Katz Index of ADLs. In: KREUTZER, J. S., DELUCA, J. & CAPLAN, B. (eds.) *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. New York, NY: Springer New York.
- TUNTLAND, H., AASLUND, M. K., ESPEHAUG, B., FORLAND, O. & KJEKEN, I. 2015. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, 15, 145.
- WANG, Y. H., LIU, L. F., CHANG, L. H. & YEH, C. H. 2019. The Implementation of Restorative Care and Factors Associated with Resident Outcomes in Long-Term Care Facilities in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*, 16.