



EMPFEHLUNGEN ZUR IMPLEMENTATION GESUNDHEITSFÖRDERNDER (GRUPPEN-)INTERVENTIONEN IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN AM BEISPIEL DER BEWEGUNGSFÖRDERUNG

Handreichung Bewegungsförderung

Abschlussbericht

Berlin, Juli 2016

Durchführung:

Universität Bielefeld –

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Partner:

Thomas Kleina

Annett Horn

Doris Schaeffer

Laufzeit:

August 2014 – Juni 2016

Status:

Abgeschlossen

Inhalt

EINLEITUNG	2
1. WELCHE PROFESSIONELLEN AKTEURE SIND WICHTIG FÜR DIE IMPLEMENTATION?	4
LEITUNGSKRÄFTE	4
PFLEGEKRÄFTE	5
ANDERE BERUFSGRUPPEN	6
ORGANISATION DER BETEILIGTEN AKTEURE	7
2. PLANUNG UND UMSETZUNG DER INTERVENTION	7
2.1 WELCHE BEWEGUNGSFÖRDERNDE INTERVENTION SOLL IMPLEMENTIERT WERDEN?	7
AN WELCHE BEWOHNER SOLL SICH DIE INTERVENTION RICHTEN?	7
GIBT ES BELEGE FÜR DIE WIRKSAMKEIT DER INTERVENTION?	8
2.2 WELCHE RESSOURCEN WERDEN FÜR DIE EINFÜHRUNG BENÖTIGT?	9
WELCHE PERSONEN SOLLEN/KÖNNEN DIE INTERVENTION DURCHFÜHREN?	9
MÜSSEN VORAB QUALIFIKATIONSMAßNAHMEN DURCHGEFÜHRT WERDEN?	9
WIE HÄUFIG UND MIT WELCHEM ZEITLICHEN UMFANG SOLL DIE INTERVENTION ANGEBOTEN WERDEN?	9
WIE SOLL DIE VOR- UND NACHBEREITUNG DER INTERVENTION ORGANISIERT WERDEN?	10
MÜSSEN HILFSMITTEL ODER TECHNISCHE GERÄTE ANGESCHAFFT WERDEN?	10
STEHEN GEEIGNETE RÄUMLICHKEITEN ZUR VERFÜGUNG?	11
2.3 ECKPUNKTE DER IMPLEMENTATIONSPLANUNG	11
3. MONITORING UND EVALUATION	14
WELCHE BEWOHNER WERDEN ERREICHT?	14
WIRD DIE INTERVENTION INHALTLICH KORREKT UMGESETZT?	14
GELINGT DIE ORGANISATORISCHE UMSETZUNG REIBUNGSLOS?	15
WIRD DIE INTERVENTION IN DEN INDIVIDUELLEN PFLEGEPROZESS DER TEILNEHMER INTEGRIERT?	15
4. AUSBLICK - VERSTETIGUNG UND AUSWEITUNG GESUNDHEITSFÖRDERNDER AKTIVITÄTEN	16
LITERATUR	18
GLOSSAR	19

Einleitung

Die Themen Prävention und Gesundheitsförderung haben in den vergangenen Jahren auch in der pflegerischen Versorgung vermehrt Aufmerksamkeit erfahren. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass immer mehr damit assoziierte Maßnahmen und Konzepte entwickelt, erprobt und in ihrer Wirksamkeit untersucht wurden. Besonders im Bereich der Prävention - in der Pflege häufig unter dem Begriff der Prophylaxe diskutiert - spielt die Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen und Interventionen (z.B. in Form der Nationalen Expertenstandards) bereits eine wichtige Rolle. Eine Vielzahl von Untersuchungen belegt jedoch, dass auch gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen - trotz bestehender Gesundheitsbeeinträchtigungen und Funktionseinbußen - positive Effekte haben können (ZQP 2013).

Diesen Erkenntnissen tragen auch aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen Rechnung. Das jüngst vom Bundestag beschlossene Präventionsgesetz sieht explizit die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung und damit verbunden die Schaffung zusätzlicher Finanzierungsmöglichkeiten in der stationären Langzeitversorgung vor. Auch der kürzlich erarbeitete Expertenstandard „Erhalt und Förderung der Mobilität“ (DNQP 2014) betont die Verantwortung der Pflege für dieses Thema. Für Pflegeeinrichtungen resultiert daraus die Chance, aber auch die Notwendigkeit, sich intensiver mit diesen Themen auseinander zu setzen

Was unterscheidet Gesundheitsförderung von Prävention und Prophylaxe?

Während Präventions- und Prophylaxemaßnahmen in der Regel die Vermeidung bestimmter Gesundheitsbeeinträchtigungen (in der Pflege z.B. das Entstehen von Dekubitalgeschwüren, das Auftreten von Wundinfektionen oder das Auftreten von Mangelernährung) zum Ziel haben, ist Gesundheitsförderung weniger auf spezifische Erkrankungen oder Risiken ausgerichtet. Es geht vielmehr darum, grundlegende Ressourcen zu stärken bzw. aufrecht zu erhalten, die wichtig für die Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen sind. Dabei schließen sich Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis keineswegs aus. So ist z.B. zu vermuten, dass viele bewegungsfördernde Interventionen auch einen Beitrag zur Sturzprävention leisten.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung bei pflegebedürftigen Menschen hat sich das Thema Bewegungsförderung als besonders wichtig herauskristallisiert. Mittlerweile ist durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen belegt, dass auch bei Menschen mit lang anhaltenden kognitiven und physischen Fähigkeitsverlusten durch regelmäßiges Training noch vorhandene Ressourcen gefördert und gestärkt werden können. Gleichzeitig kann damit einer Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation vorgebeugt werden (Horn et al. 2012, Kleina/Horn 2015). Hinzu kommt, dass viele bewegungsfördernde Interventionen sich gut im Rahmen von Gruppenaktivitäten durchführen lassen und vergleichsweise viele Bewohner in der Lage sind, sich an solchen Aktivitäten zu beteiligen (Kleina et al. 2013).

Ziel dieser Handreichung ist es, Pflegeeinrichtungen Hinweise und Empfehlungen zu geben, auf die sie bei der Implementation gesundheits- bzw. bewegungsfördernder (Gruppen-)Interventionen zurückgreifen können. Die Ausführungen liefern aber auch Anhaltspunkte für die Einführung innovativer gesundheitsfördernder Ansätze, die einen anderen thematischen Schwerpunkt haben.

Das erste Kapitel widmet sich zunächst den Rollen und Aufgaben der für die Implementation wichtigen Akteure. Im nächsten Schritt werden konkrete inhaltliche und organisatorische Fragen aufgegriffen, die für die Planung und praktische Einführung bewegungsfördernder Interventionen von zentraler Bedeutung sind. Das folgende Kapitel widmet sich dann dem Monitoring und der Evaluation eingeführter Angebote, bevor abschließend auf die Verstetigung und Erweiterung bewegungsfördernder Gruppenaktivitäten eingegangen wird. Im Anhang des Textes finden sich außerdem Literaturhinweise und -empfehlungen sowie ein Glossar, in dem einige der verwendeten Fachbegriffe erläutert werden.

1. Welche professionellen Akteure sind wichtig für die Implementation?

Die Implementation innovativer Ansätze, wie sie gesundheitsfördernde Interventionen und Konzepte darstellen, bringt für Pflegeeinrichtungen Herausforderungen auf verschiedenen Ebenen mit sich. So müssen beispielsweise die Ziele der Intervention (den Mitarbeitern) vermittelt, fachliche Voraussetzungen geschaffen oder organisatorische Vorbedingungen erfüllt werden. Um den Implementationsprozess erfolgreich zu gestalten, müssen daher die Kompetenzen unterschiedlicher Beteiligter eingebunden und gebündelt werden.

Leitungskräfte

Der Impuls zur Einführung gesundheitsfördernder Interventionen und Konzepte geht in vielen Fällen von der Managementebene einer Pflegeeinrichtung aus. Erfahrungen aus verschiedenen Projekten, bei denen es um die Implementation innovativer Ansätze im Bereich der pflegerischen Versorgung ging, zeigen, dass der Leitungsebene nicht nur zu Beginn, sondern im gesamten Verlauf eines Implementationsprojektes wichtige Aufgaben zukommen:

- Mit der Einführung von Interventionen zur Bewegungsförderung wird in vielen Pflegeeinrichtungen ein neues Themenfeld erschlossen. Daher geht die Umsetzung mit zahlreichen *organisatorischen und konzeptionellen Veränderungen* einher. Das kollidiert nicht selten mit gewohnten Abläufen und Routinen. Erfahrungsgemäß führt dies - zumindest in der Anfangsphase eines Projektes - oft zu Widerständen auf Seiten der Mitarbeitenden. Gründe hierfür sind z.B. befürchtete Mehrbelastungen (die es auch tatsächlich geben kann) und die Infragestellung bislang gültiger Zielsetzungen, Arbeitsweisen und Routinen. Solchen Hindernissen kann am effektivsten entgegen gewirkt werden, wenn die Bedeutung des Themas für die Einrichtung bzw. deren Nutzer und die mit der Einführung verbundenen Ziele und Anforderungen frühzeitig regelmäßig kommuniziert werden. Dabei sollte deutlich gemacht werden, dass Bewegungsförderung kein „Extra“ ist, sondern als integraler Bestandteil pflegerischer Versorgung angesehen wird. Um die Unterstützung und die Bedeutung dieser Sichtweise durch die oberste Managementebene der Einrichtung zu signalisieren, sollte diese Aufgabe durch Leitungskräfte wahrgenommen werden.
- Da die Implementation bewegungsfördernder Maßnahmen in der Regel mit organisatorischen Anpassungen und einer veränderten *Nutzung personeller, räumlicher und auch finanzieller Ressourcen* verbunden ist, sind immer wieder

Entscheidungen zu treffen, die in den Kompetenzbereich der Leitungsebene fallen. Auch aus diesem Grund sollte sie eingebunden sein und einen zentralen Part bei der Umsetzung einnehmen.

- Untersuchungen haben gezeigt, dass bei der Einführung bewegungsfördernder Angebote (innovative) Zielsetzungen und wichtige Unterscheidungsmerkmale im Vergleich zu bereits bestehenden Angeboten (z.B. zur Sturzprophylaxe) im alltäglichen Versorgungsgeschehen leicht aus dem Blick geraten. Deshalb kommt der Managementebene auch die Aufgabe zu, den Fokus der Projektbeteiligten immer wieder auf die übergeordnete, weitergehende *Zielsetzung des Projektes* zu lenken.

Pflegekräfte

Eine wichtige Rolle bei der Planung, Umsetzung und Evaluation bewegungsfördernder Interventionen kommt dem Pflegepersonal einer Einrichtung zu. Dies gilt auch dann, wenn Pflegekräfte nicht unmittelbar an der Durchführung der Intervention selbst beteiligt sind, denn:

- Pflegekräfte sind zentral an der Planung und Organisation des Versorgungsalltags beteiligt. Sie können daher wichtige *Einschätzungen und Hinweise zur organisatorischen Einbindung* der Intervention in die Routineabläufe der Einrichtung geben.
- Pflegekräfte verfügen aufgrund ihres engen Kontaktes zu den Bewohnern über die Fähigkeit, deren *physische und kognitive Leistungsfähigkeit* differenziert zu beurteilen. Diese Einschätzungen sind z.B. bei der Auswahl der Intervention und der TeilnehmerInnen von großer Bedeutung.
- Zu den Aufgaben von Pflegefachkräften gehört die Planung und Organisation des individuellen Pflegeprozesses - auch mit Blick auf gesundheitsfördernde Interventionen bei den Bewohnern. Der nationale Expertenstandard „Erhalt und Förderung der Mobilität“ (DNQP 2014) weist ihnen zudem die Verantwortung für die *Planung, Umsetzung und Evaluation* mobilitätsfördernder Maßnahmen zu.
- Außerdem ist es wichtig, die Ziele und Prinzipien, die hinter der Einführung bewegungsfördernder Interventionen stehen, allen Mitarbeitenden zu verdeutlichen, um sie für eine aktive Mitarbeit zu gewinnen und die Akzeptanz für die Maßnahmen zu erhöhen. Aufgrund ihrer Rolle bei der Versorgungssteuerung

und ihres regelmäßigen Kontaktes zur eigenen und anderen Berufsgruppen können Pflegekräfte hier eine wichtige Rolle als *Multiplikatoren* übernehmen.

Andere Berufsgruppen

Prinzipiell sollten alle Personengruppen, die unmittelbar an der Verwirklichung der individuellen Pflegeziele der Bewohner mitwirken oder die Aufgaben bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Interventionen übernehmen, von Beginn an in die Planung der Implementation eingebunden werden. In welcher Art und Weise dies geschieht, hängt von ihrer Rolle im Versorgungsgeschehen und dem Umfang ihrer Einbindung in die Umsetzung der Intervention ab. Je nach Organisationsstruktur einer Einrichtung kann verschiedenen Akteuren unterschiedliche Bedeutung zukommen. Deshalb können in diesem Punkt keine allgemeingültigen Empfehlungen gegeben werden. Erfahrungen aus verschiedenen Implementationsprojekten zeigen jedoch, dass die Einbeziehung der folgenden Personenkreise erwogen werden sollte:

- *Qualitätsmanagement:* Diese Mitarbeitenden agieren in der Regel an der Schnittstelle zwischen Leitungs- und Arbeitsebene und verfügen über genaue Kenntnisse der Versorgungsabläufe in der Einrichtung.
- *Betreuungskräfte:* Sie haben intensiven Kontakt zu den Bewohnern und können häufig Auskunft über deren alltagsrelevante Kompetenzen geben. Oft werden sie auch an der praktischen Umsetzung bewegungsfördernder Interventionen beteiligt.
- *Mitarbeiter des Sozialdienstes:* Sie sind in Pflegeeinrichtungen meist an der Organisation von Betreuungsangeboten beteiligt und übernehmen eine steuernde Funktion.
- *Physio- und Ergotherapeuten:* Sie können aufgrund ihrer Erfahrungen mit den Bewohnern wichtige ergänzende Informationen zu deren Kompetenzen und Belastungsfähigkeit geben. Wenn Therapeuten fest angestellt in einer Einrichtung arbeiten, übernehmen sie aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Vorerfahrungen zudem häufig eine tragende Rolle bei der Durchführung der Intervention.
- *Externe Beteiligte:* Dies können z.B. speziell für die Durchführung des Angebots ausgebildete Übungsleiter oder Trainer sein. Wenn auf sie zurückgegriffen wird, sollten natürlich auch sie frühzeitig in die Planung einbezogen werden. Zudem verfügt dieser Personenkreis nicht unbedingt über Kenntnisse zur Or-

ganisation, Arbeitsweise und Bewohnerstruktur stationärer Pflegeeinrichtungen. Deshalb müssen sie in der Regel erst mit den auf sie zukommenden Gegebenheiten vertraut gemacht werden.

Organisation der beteiligten Akteure

Es empfiehlt sich, eine Projektarbeitsgruppe zu bilden, um die zur Einführung einer Intervention notwendigen Vorüberlegungen anzustellen, erforderliche Entscheidungen zu treffen und die Umsetzung in die Praxis zu begleiten. In ihr sollen die unterschiedlichen Kompetenzen der beteiligten Akteure gebündelt werden. Welche Personen tatsächlich einbezogen werden, ist in Abhängigkeit von der Ausgangslage und Organisationsstruktur in der Einrichtung zu entscheiden. Erfahrungen aus anderen Projekten zeigen, dass bei der Zusammensetzung der Gruppe Wert auf einen Mix aus fachlichen und organisatorischen Kompetenzen der Mitglieder gelegt werden sollte, damit beide Aspekte angemessen in die Implementationsplanung und -umsetzung einfließen. Gruppengrößen zwischen 3 und 5 Personen haben sich in ihrer Arbeits- und Entscheidungsfähigkeit als besonders effektiv erwiesen.

2. Planung und Umsetzung der Intervention

Eine erfolgreiche Implementation bewegungsfördernder Interventionen erfordert im Verlauf des Planungs- und Umsetzungsprozesses die Klärung verschiedener organisatorischer und fachlicher Aspekte. In diesem Kapitel werden Leitfragen, deren Beantwortung für die erfolgreiche Umsetzung bedeutsam ist, aufgeworfen und diskutiert.

2.1 Welche bewegungsfördernde Intervention soll implementiert werden?

Eine wesentliche Frage, die zu Beginn des Planungsprozesses geklärt werden muss, ist die nach der „richtigen“ Intervention. Um die dazu angestellten Überlegungen besser strukturieren zu können, sollten folgende Fragen geklärt werden:

An welche Bewohner soll sich die Intervention richten?

Auch wenn diese Frage zunächst banal erscheint - sie ist nicht immer leicht zu beantworten. Charakteristisch für viele erprobte Interventionen ist, dass sie auf eine *spezifische Zielgruppe* zugeschnitten sind und ihre Wirksamkeit auch nur für diesen Personenkreis nachgewiesen wurde. So ist es z.B. für viele demenzkranke Bewohner problematisch und wenig effektiv, an Interventionen teilzu-

nehmen, die ein hohes Maß an Erinnerungsfähigkeit verlangen oder ein Verständnis für komplexe Bewegungsabfolgen voraussetzen. Hinzu kommt, dass darüber entschieden werden muss, für welche Bewohnergruppe(n) die Einführung eines Angebotes besonders wichtig wäre. Denn die „eine“ Intervention, die gleichermaßen für alle Bewohner geeignet ist, gibt es nicht. Einrichtungen müssen - wenn nicht die Möglichkeit zur gleichzeitigen Einführung verschiedener Maßnahmen besteht - *Prioritäten setzen*. Soll sich die neue Intervention vor allem an Personen richten, für die es bislang keine Angebote gibt? Sollen zunächst Personen angesprochen werden, bei denen gesundheitsfördernde Aktivitäten besonders erfolgversprechend oder notwendig erscheinen?

Gibt es Belege für die Wirksamkeit der Intervention?

Bei der Recherche nach bewegungsfördernden Interventionen stößt man auf zahlreiche Angebote, die den Anspruch haben, auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten älterer Menschen zugeschnitten zu sein. Allerdings ist die Mehrzahl dieser Interventionen für ältere Personen konzipiert worden, die nur über leichte gesundheitliche Beeinträchtigungen verfügen. Für Pflegebedürftige sind sie daher oft ungeeignet. Dennoch finden sich auch Ansätze, die den Gesundheitszustand und die funktionalen Einschränkungen, die für die Bewohner von Pflegeeinrichtungen typisch sind, berücksichtigen. Allerdings wurden deren Auswirkungen auf die Gesundheit pflegebedürftiger Menschen oft nicht überprüft. Für einige in der Praxis von Pflegeeinrichtungen beliebte, weit verbreitete und seit langem etablierte Interventionen, z.B. den Sitztanz, fehlen solche *Wirksamkeitsbelege* bis heute. Bei solchen Interventionen besteht die Gefahr, finanzielle und personelle Ressourcen in ein Angebot zu investieren, mit dem das Ziel - die gesundheitliche Situation der Bewohner zu verbessern bzw. zu stabilisieren - nicht erreicht werden kann. Daher ist es sinnvoller, von vornherein auf Interventionen zu setzen, deren gesundheitsförderndes Potenzial wissenschaftlich untersucht und bestätigt wurde.

Informationen (z.B. zur angesprochenen Bewohnergruppe, den erforderlichen personellen Ressourcen oder den räumlichen Voraussetzungen), die bei der Beantwortung dieser und anderer Fragen hilfreich sind, finden Sie zum Thema Bewegungsförderung z.B. in einer Internetdatenbank des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) unter <http://bfi.zqp.de>. Diese Datenbank enthält ausschließlich Informationen zu Gruppeninterventionen, deren Wirksamkeit als belegt angesehen werden kann.

2.2 Welche Ressourcen werden für die Einführung benötigt?

Um die Einführung einer Intervention erfolgreich zu gestalten, bedarf es einer realistischen Planung des damit einhergehenden personellen, finanziellen und materiellen Ressourceneinsatzes. Dieser hängt von unterschiedlichen Aspekten ab:

Welche Personen sollen/können die Intervention durchführen?

Viele Interventionen setzen eine bestimmte Grundqualifikation der Personen voraus, die sie durchführen (z.B. Pflegekraft, Physiotherapeut, Trainingsleiter). Diese Anforderungen müssen erfüllt sein, damit das Angebot auch in der entsprechenden Qualität umgesetzt werden kann. Daher gilt es, die Qualifikationsanforderungen mit den Möglichkeiten der Einrichtung abzugleichen und einige Fragen zu klären: Arbeiten in der Einrichtung Mitarbeiter mit der notwendigen Grundqualifikation? Können sie angesichts ihrer zeitlichen/organisatorischen Einbindung in den Versorgungsalltag die Durchführung der Intervention regelmäßig übernehmen? Müssen gegebenenfalls externe Fachkräfte gewonnen werden?

Müssen vorab Qualifikationsmaßnahmen durchgeführt werden?

Dies ist fast immer der Fall. Denn die Umsetzung evidenzbasierter Interventionen lässt sich - auch bei entsprechender Grundqualifikation - in der Regel nicht „aus dem Bauch heraus“ realisieren. Vielmehr müssen sich Personen, die sie durchführen sollen, im Vorfeld mit dem hinter dem Angebot stehenden Konzept vertraut machen. Dies betrifft einerseits grundlegende Aspekte, z.B. die korrekte Durchführung einzelner Bewegungsübungen, ihre Intensität und ihre Frequenz. Es ist aber auch notwendig, sich mit komplexeren Aspekten zu befassen, z.B. der Frage, wann einzelne Übungen kontraindiziert sind oder inwieweit sie variiert werden können, ohne ihre Wirkung zu verlieren. Falls zur ausgewählten Intervention Fort- und Weiterbildungsangebote existieren, sollte den Mitarbeitern ermöglicht werden, daran teilzunehmen. Auf diesem Wege erhalten sie oft praxisnahe Tipps und können im Rahmen von Übungen erste praktische Erfahrungen sammeln.

Wie häufig und mit welchem zeitlichen Umfang soll die Intervention angeboten werden?

Diese Frage muss auf Basis der durch das Interventionskonzept vorgegebenen Anforderungen, aber auch mit Blick auf die organisatorischen Möglichkeiten beantwortet werden. Damit evidenzbasierte Interventionen ihre Wirkung

überhaupt entfalten können, müssen bestimmte Vorgaben hinsichtlich ihres Zeitumfangs und ihrer Häufigkeit berücksichtigt werden. Ganz allgemein gilt, dass bewegungsfördernde Maßnahmen mindestens zweimal wöchentlich durchgeführt werden sollten, wenn positive körperliche Effekte (dies können sowohl der Erhalt, als auch die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit sein) erzielt werden sollen. Gegebenenfalls müssen sie aber auch häufiger angeboten werden, z.B. um unterschiedlichen Bewohnergruppen die Teilnahme zu ermöglichen. Interventionen sollten nicht kürzer als 45 Minuten dauern. Der genaue Ablauf unterscheidet sich, auch mit Blick auf Pausen und Wiederholungsphasen, von Maßnahme zu Maßnahme. Exakte Informationen dazu sind in der Regel dem jeweiligen Interventionskonzept zu entnehmen.

Wie soll die Vor- und Nachbereitung der Intervention organisiert werden?

Wichtig ist es auch, bei der organisatorischen Planung den Aufwand der Vor- und Nachbereitung (z.B. um Bewohner abzuholen oder den Raum vorzubereiten) mit einzukalkulieren. Erfahrungsgemäß ist dafür kaum weniger Zeit anzusetzen, als für die Durchführung der Intervention selbst. Hier sind je nach Organisationsstruktur einer Einrichtung sehr unterschiedliche Modelle denkbar. Sie reichen von der vollständigen Übernahme der Vor- und Nachbereitung durch die Personen, die die Intervention durchführen, über die Delegation an Mitarbeitende, die für die Versorgung in den Wohnbereichen der Einrichtung zuständig sind bis hin zur Übertragung dieser Aufgaben an ergänzende Dienste (z.B. Betreuungskräfte). Eine reibungslose Organisation kann, z.B. durch die Vermeidung von Wartezeiten, die Attraktivität des Angebots auch aus der Perspektive der Bewohner steigern.

Müssen Hilfsmittel oder technische Geräte angeschafft werden?

Viele Konzepte zur Bewegungsförderung sehen den Einsatz bestimmter Trainingsmaterialien oder -geräte vor. Dabei handelt es sich ganz überwiegend um Materialien, die problemlos zu beziehen sind und die in vielen Einrichtungen bereits vorhanden sind (z.B. Kleinhanteln, Gewichtmanschetten, Bälle). Gleichwohl gilt es, sich vorab einen Überblick über die in der Einrichtung vorhandene Ausstattung zu verschaffen, um gegebenenfalls die Anschaffung frühzeitig in die Wege leiten und die Kosten bei der Finanzplanung des Projektes berücksichtigen zu können. Wie Erfahrungen aus Modellprojekten zeigen, kann das Vergessen solcher vermeintlichen „Kleinigkeiten“ leicht dazu führen, dass es beim Beginn der praktischen Umsetzung einer Intervention zu unverhofften

(und eigentlich überflüssigen) Verzögerungen kommt, die ein Ärgernis für alle Beteiligten darstellen.

Stehen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung?

In der Regel können die räumlichen Voraussetzungen, die zur Umsetzung einer Intervention notwendig sind, in den meisten stationären Pflegeeinrichtungen erfüllt werden. Zumeist lassen sich Räume, die auch für andere Gruppenaktivitäten genutzt werden, ohne größeren Aufwand entsprechend anpassen. Jedoch sollte bedacht werden, dass gesundheitsfördernde Interventionen häufig eine Ergänzung bestehender Angebote darstellen und ihre Durchführung zeitlich mit anderen Gruppenangeboten abgestimmt werden muss. Erfahrungen aus Modellprojekten zeigen, dass multifunktionale Gruppenräume in vielen Pflegeeinrichtungen stark in Anspruch genommen werden und daher nicht ohne weiteres verfügbar sind.

2.3 Eckpunkte der Implementationsplanung

Wie erwähnt, setzt die erfolgreiche Implementation gesundheitsfördernder Interventionen in stationären Pflegeeinrichtungen Veränderungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen voraus, die aufeinander abgestimmt werden müssen. Dies bedarf einer sorgfältigen inhaltlichen und zeitlichen Planung. Erfahrungsgemäß ist zwischen dem Zeitpunkt, an dem erste Überlegungen angestellt werden, bis zur tatsächlichen Einführung einer Intervention mit einer Phase von mehreren Monaten zu rechnen. Im Zweifel sollte diese Phase eher großzügig kalkuliert werden, damit bis zum Beginn der praktischen Umsetzung ideale Startbedingungen geschaffen werden können. Die nachfolgenden Punkte sollten bei der Implementationsplanung berücksichtigt werden:

- Der *Zeitpunkt*, ab dem die praktische Umsetzung startet, sollte möglichst nicht mit Phasen kollidieren, in denen aufgrund anderer Projekte (z.B. Einführung von Expertenstandards) oder struktureller Belastungen (z.B. personelle Veränderungen, Urlaubszeit) viele Ressourcen anderweitig gebunden sind.
- Qualifizierungsmaßnahmen sind bei der Einführung bewegungsfördernder Interventionen ein Schlüsselfaktor. Ihre Durchführung ist jedoch oft von externen Faktoren (z.B. der Verfügbarkeit entsprechender Weiterbildungsangebote) abhängig. Der *Organisation und Planung von Qualifizierungsmaß-*

nahmen sollte daher in der frühen Phase der Projektplanung besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden, denn die Durchführung anderer Projektschritte hängt maßgeblich von diesen Maßnahmen ab.

- In vielen Modellprojekten hat sich gezeigt, dass in den ersten Monaten nach dem Start der praktischen Umsetzung auch bei guter Planung *Anpassungen* vorgenommen werden müssen. Eine Gesamtevaluation des Implementationsprozesses sollte daher frühestens 6 Monate nach diesem Zeitpunkt ins Auge gefasst werden. Rechnet man eine Vorbereitungsphase von mehreren Monaten hinzu, ist davon auszugehen, dass die *Gesamtdauer des Implementationsprojektes mindestens ein Jahr* beträgt.
- Bei der Planung sollte neben den Zeitpunkten, an denen einzelne Projektschritte vollzogen werden sollen, auch festgelegt werden, wer jeweils für deren *Umsetzung und Überprüfung* verantwortlich zeichnet.

Eine aussagekräftige Zeitplanung, die alle zentralen Umsetzungsschritte umfasst und in der auch die dafür zuständigen Personen klar benannt werden, ist für alle Beteiligten eine wichtige Orientierungshilfe. Außerdem kann sie dazu genutzt werden, das geplante Vorgehen allen Mitarbeitenden in der Einrichtung transparent zu machen.



Abbildung 1: : Checkliste zur Planung & Umsetzung bewegungsfördernder Interventionen

3. Monitoring und Evaluation

Bei der Umsetzung bereits evaluierter Interventionen ist die Messung der Wirksamkeit im Sinne der Erhebung körperlicher Effekte nicht notwendig. Zudem wären die dazu notwendigen Methoden ausgesprochen anspruchsvoll und mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden. Möglich und sinnvoll ist hingegen die genaue *Beobachtung, Analyse und Beurteilung des Implementationsprozesses* und der mit ihm verfolgten Ziele. Auf diesem Weg lassen sich wichtige Hinweise über die fachlich richtige Umsetzung einer Intervention, deren Praktikabilität und Akzeptanz, aber auch die erreichte Bewohnergruppe gewinnen. Dabei geht es zum Einen um die laufende Beurteilung einzelner Aspekte der Implementation (Monitoring), die notwendig ist, um gegebenenfalls steuernd einzugreifen zu können. Zum Anderen sollte der gesamte Implementationsverlauf am Ende abschließend eingeschätzt werden (Evaluation). Hinweise auf die relevanten Gesichtspunkte lassen sich dabei zu großen Teilen aus den in Kapitel eins und zwei aufgeworfenen Fragen ableiten. Beim Monitoring und der Evaluation geht es besonders um die Betrachtung der folgenden vier Ebenen:

Welche Bewohner werden erreicht?

Eine zentrale Frage ist die nach der erreichten Bewohnergruppe. Es sollte geklärt werden, ob die Teilnehmer auch tatsächlich der ursprünglich anvisierten Zielgruppe entsprechen. Sollte dies nicht der Fall sein, ist zu hinterfragen, weshalb es zu Abweichungen gekommen ist. Gründe hierfür können z.B. in Fehleinschätzungen bei der *Bewohnerauswahl*, aber auch in der Veränderung der Fähigkeiten der Teilnehmer im Zeitverlauf liegen. Auch die Gründe für das Ausscheiden einzelner Bewohner aus der Interventionsgruppe können wichtige Hinweise, z.B. auf eine *mögliche Über- oder Unterforderung* einzelner Teilnehmer, liefern. Die Klärung dieser Sachverhalte kann dazu beitragen, zu beurteilen, ob die Auswahl der Teilnehmer angemessen ist und inwieweit die mit der Intervention verbundenen Zielsetzungen überhaupt realisiert werden können.

Wird die Intervention inhaltlich korrekt umgesetzt?

Ebenso wichtig ist die Frage nach *inhaltlichen Aspekten bei der Durchführung der Intervention*. Erfahrungen aus Modellprojekten zeigen, dass es in der Praxis häufig zu „schleichenden“ Veränderungen (z.B. des Inhalts, der Dauer oder der erreichten Zielgruppe) kommt, die den (direkt) beteiligten Personen nicht unbedingt bewusst sind, sich aber stark auf die zielgerechte Umsetzung auswir-

ken können. Hier gilt es zu reflektieren, ob die Durchführung entsprechend der Vorgaben des Interventionskonzeptes erfolgt, oder ob (und wenn ja, warum) sich gravierende Abweichungen feststellen lassen. Konkret kann dies z.B. die Intensität, die Frequenz und die Abfolge einzelner Übungen oder die Teilnahmehäufigkeit einzelner Bewohner betreffen.

Gelingt die organisatorische Umsetzung reibungslos?

Eine weitere Ebene bilden das Monitoring und die Evaluation *organisatorischer Aspekte*. Sie sollten insbesondere zu Beginn der Implementation fokussiert und engmaschig beurteilt werden, da in dieser Zeit besonders häufig Anpassungen notwendig werden. Dies kann z.B. die Organisation einzelner Abläufe, die Klärung personeller Zuständigkeiten oder die Bereitstellung und Nutzung materieller und räumlicher Ressourcen betreffen. Wenn in diesen Punkten Unklarheiten oder Defizite auftreten, auf die nicht zeitnah eingegangen wird, kann leicht der gesamte Umsetzungsprozess ins Stocken geraten.

Wird die Intervention in den individuellen Pflegeprozess der Teilnehmer integriert?

Nicht zuletzt sollte auch der Frage nachgegangen werden, ob und inwieweit die Teilnahme an einem gesundheitsfördernden Angebot in die *Planung, Umsetzung und Dokumentation des individuellen Pflege- und Versorgungsprozesses* der Bewohner eingeht. Diesem Punkt sollte von Beginn an eine hohe Aufmerksamkeit zuteilwerden, da er erfahrungsgemäß leicht aus dem Blick gerät. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Dokumentationsprobleme selten die Durchführung der Intervention beeinträchtigen. Dennoch lässt sich anhand der Entwicklung auf dieser Ebene ablesen, ob und wie die „Idee Gesundheitsförderung“ sämtliche Mitarbeitenden der Einrichtung erreicht hat und von ihnen in den Versorgungsalltag integriert wird.

Um den aufgeworfenen Fragen nachzugehen, kommen unterschiedliche Methoden in Betracht. Wichtige Hinweise auf die Passgenauigkeit lassen sich z.B. durch die Befragung der Teilnehmer, aber auch der Personen, die die Intervention durchführen, gewinnen. Letztere können außerdem wichtige Einschätzungen zur Organisation und Durchführung der Intervention beisteuern. Mit Blick auf organisatorische Aspekte empfiehlt es sich, auch auf Personen zurückzugreifen, die Einschätzungen zur Einbindung der Intervention in die Versorgungsroutinen der Einrichtung beisteuern können.

In einem gewissen Umfang sollten auch Daten zur Auswahl der Teilnehmer und dem Verlauf der Teilnahme dokumentiert werden, denn sie können zur Beurteilung einzelner Aspekte (z.B. Teilnahmehäufigkeit, Ausscheidungsgründe) herangezogen werden. Hier gilt: Die Dokumentation sollte auf die Sachverhalte begrenzt werden, die für die Beantwortung der vorab festgelegten Evaluationsfragen wichtig sind. Doppelt geführte Dokumentationen sollten dabei vermieden werden. Die Evaluation bewohnerbezogener Fragen sollte zudem möglichst in die Durchführung „normaler“ Evaluationsprozesse, z.B. im Rahmen von Pflegevisiten, integriert werden. Dadurch lässt sich das Bewusstsein, dass Bewegungsförderung integraler Bestandteil des Versorgungsprozesses und keine abgekoppelte isolierte Maßnahme ist, weiter erhöhen.

4. Ausblick - Verstetigung und Ausweitung gesundheitsfördernder Aktivitäten

Wie bereits erwähnt, werden sich stationäre Pflegeeinrichtungen aufgrund fachlicher Empfehlungen und gesetzlicher Vorgaben in den kommenden Jahren verstärkt mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinander setzen müssen. Daher sollten sie Überlegungen darüber anstellen, in welcher Form sie ihren Bewohnern gesundheits- und bewegungsfördernde Angebote zugänglich machen wollen. Dabei stellt die Implementation einer Intervention nur einen ersten Schritt dar, dem weitere folgen sollten.

Wichtige Erkenntnisse für die Entwicklung einer umfassenden Einrichtungsstrategie zur Gesundheitsförderung lassen sich aus den Evaluationsergebnissen der Interventionseinführung gewinnen. Sie geben z.B. Auskunft darüber, welche Bewohner mit dem Angebot erreicht werden und für welche Bewohnergruppen anders ausgerichtete Interventionen angeboten werden sollten. In Zusammenhang mit diesen Überlegungen steht die Frage, ob mit dem bestehenden Angebot möglicherweise mehr Bewohner als in der Einführungsphase erreicht werden könnten. So wäre es z.B. denkbar, eine Intervention häufiger und in unterschiedlichen Gruppen anzubieten, falls eine genügend große Anzahl von Bewohnern über die entsprechenden Fähigkeiten verfügt. Eine Ausweitung auf mehrere Gruppen bietet darüber hinaus auch die Möglichkeit, bei der Zusammensetzung der Teilnehmer deren individuelle Leistungsfähigkeit (sowohl kognitiv als auch physisch) stärker zu berücksichtigen und so ein möglichst einheitliches Leistungsniveau innerhalb der Gruppen zu erzielen.

Wie bei vielen regelmäßig angebotenen Aktivitäten in Pflegeeinrichtungen stellt sich auch beim Thema Bewegungsförderung die Frage, ob ein erfolgreich einge-

führtes Angebot dauerhaft seine Attraktivität für die Teilnehmer behält oder ob sich Gewöhnungs- und Abnutzungseffekte zeigen und das Programm von den Bewohnern längerfristig als „langweilig“ erlebt wird. Erfahrungen aus Pflegeeinrichtungen zeigen, dass dies vor allem bei Interventionen, die von vornherein nur wenige Variationsmöglichkeiten vorsehen, der Fall sein kann. Andererseits haben die einzelnen Elemente gerade dieser Interventionen einen hohen Wiedererkennungswert, was für einen Teil der Bewohner - insbesondere bei kognitiven Beeinträchtigungen - durchaus Vorteile bietet. Eine grundsätzliche Empfehlung zur Dauerhaftigkeit bzw. der Veränderung bestehender Angebote kann vor diesem Hintergrund nicht gegeben werden. Vielmehr sollten Pflegeeinrichtungen sich darum bemühen, regelmäßig ein Feedback der Teilnehmer zur Attraktivität des Angebotes einzuholen, um gegebenenfalls auf deren Wünsche reagieren zu können.

Literatur

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014): Entwurf des Expertenstandards Erhalt und Förderung der Mobilität in der Pflege. Osnabrück: DNQP

Horn, A./Brause, M./Schaeffer, D. (2012): Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung. In: Geuter, G./Hollederer, A.: Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern: Huber, 305-318

Kleina, T./Horn, A. (2015): Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit - Potenziale und Herausforderungen in der stationären Langzeitversorgung. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Schwinger, A. (Hg.): Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer Verlag, 97-108

Kleina, T./Vogt, D./Horn, A./Schaeffer, D. (2013): Vom Ballspiel bis Hantel-Training. Bewegungsförderung im Pflegeheim. Die Schwester/Der Pfleger 52, Nr. 2, 198-201

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hg.) (2013): Gesundheitsförderung und Prävention durch bewegungsfördernde Interventionen in der stationären Langzeitversorgung - Abschlussbericht. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP): Online-Datenbank „Bewegungsfördernde Interventionen“, im Internet unter: <http://bfi.zqp.de>

Glossar

Evaluation:	Die Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren vor dem Hintergrund vorher festgelegter Zielsetzungen
evidenzbasiert:	auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse
Gesundheitsförderung:	Maßnahmen und Aktivitäten zur Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale von Menschen
Implementation (Implementierung):	die Umsetzung von (neuen) festgelegten Strukturen und Prozessabläufen in ein bestehendes System, z.B. die Organisation „Pflegeheim“
Innovation:	geplante Veränderung der Praxis durch die Anwendung neuer Ideen und Techniken
Intervention:	Maßnahme
kognitiv:	das Denken und Wahrnehmen betreffend
Prävention (Prophylaxe):	Maßnahmen zur Abwendung von unerwünschten gesundheitlichen Ereignissen oder Zuständen