

WEITERENTWICKLUNG – Nachhaltige Versorgung

Interventionen zur Mobilisierung von hochaltrigen Bewohner/-innen
in stationären Einrichtungen: Entwicklung einer Handreichung zum
Theorie-Praxis-Transfer

Abschlussbericht
Berlin, Juni 2016

Durchführung:
Universität Bielefeld - Fakultät für
Gesundheitswissenschaften

Partner:
Thomas Kleina
Annett Horn
Doris Schaeffer

Laufzeit:
August 2014 - Juni 2016

Status:
Abgeschlossen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Hintergrund und Zielsetzung.....	2
3. Vorgehensweise und Erhebungsmethoden.....	3
3.1 Einzel- und Gruppeninterviews.....	3
3.2 Standardisierte Befragung der Mitarbeiter/-innen	5
3.3 Standardisierte Erhebung von Teilnehmer/-innendaten	6
4. Implementationsverläufe	6
4.1 Einrichtung A	7
4.2 Einrichtung B.....	10
4.3 Einrichtung C.....	12
4.4 Einrichtung D	15
5. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	19
6. Entwicklung und Validierung einer Handreichung.....	25
7. Fazit.....	28
Abbildungen und Tabellen.....	29
Literatur	30

1. Einleitung

Erst in jüngerer Zeit werden hierzulande vermehrt Konzepte zur Gesundheits- und besonders zur Bewegungsförderung für Nutzer/-innen in der stationären Langzeitversorgung aufgegriffen. Die Implementation dieser innovativen Programme in Pflegeeinrichtungen ist jedoch häufig mit Komplikationen behaftet, die zu Verzögerungen bei der Umsetzung führen oder eine erfolgreiche Einführung sogar gänzlich verhindern. Dies hat vielfältige Ursachen, die von grundsätzlichen Defiziten beim Projektmanagement über die inhaltliche Überforderung von Mitarbeiter/-innen bis hin zu schlichten Finanzierungsproblemen reichen.

Eine systematische und zielkonforme Planung und Steuerung bei der Implementation gesundheitsfördernder Interventionen ist in der Praxis also keineswegs selbstverständlich und mit zahlreichen Herausforderungen behaftet. Hier setzt das in diesem Bericht vorgestellte Projekt an: Sein Ziel war es, die Implementationsbedingungen und -voraussetzungen bei der dauerhaften Etablierung gesundheitsfördernder Interventionen in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung empirisch zu untersuchen, um der Pflegepraxis auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse handlungsleitende Empfehlungen („Handreichung“) zur Verfügung zu stellen. Dabei wurde an das Projekt „Implementation von Interventionen zur Verbesserung des Versorgungszustandes von hochaltrigen Bewohner/-innen stationärer Einrichtungen“ angeknüpft, in dem von September 2013 bis Juli 2014 bereits die Phasen der Initiierung, Vorbereitung und beginnenden Einführung bewegungsfördernder Interventionen in vier stationären Pflegeeinrichtungen beobachtet und analysiert wurden. In der diesem Bericht zugrunde liegenden Projektphase standen hingegen Fragen der Verstetigung, Anpassung und nachhaltigen Verankerung bewegungsfördernder Konzepte und Interventionen im Mittelpunkt der Untersuchung.

Der Bericht gliedert sich wie folgt: Zunächst werden der Projekthintergrund, die daraus resultierende Zielsetzung und die verwendeten Erhebungs- und Auswertungsmethoden kurz umrissen¹. Daran anschließend werden die in den Einrichtungen beobachteten Implementationsprozesse vom Beginn des Ausgangsprojekts im September 2013 bis zum Ende des hier vorgestellten Projekts im September 2015 kurz beschrieben und im folgenden Kapitel zusammengefasst und diskutiert. Den Abschluss des Berichtes bildet das Kapitel sechs, in dem das Vorgehen bei der Erstellung und Validierung der Handreichung erläutert wird und an das sich ein kurzes Fazit anschließt.

¹ Eine umfangreiche Darstellung des Problemhintergrundes und des Forschungsstands zur Implementation innovativer Interventionen in Pflegeeinrichtungen sowie der Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase findet sich bereits im Abschlussbericht zum Projekt „Implementation von Interventionen zur Verbesserung des Versorgungszustandes von hochaltrigen Bewohner/-innen stationärer Einrichtungen“ (Kleina et al. 2014).

2. Hintergrund und Zielsetzung

In den vergangenen Jahren hat sich auch in Deutschland die international seit langem bestehende Erkenntnis durchgesetzt, dass Prävention und Gesundheitsförderung zum festen Bestandteil des Aufgabenspektrums in der stationären Langzeitversorgung gehören sollten. Denn zahlreiche Untersuchungen belegen, dass auch deren Nutzer/-innen trotz manifester Gesundheitsstörungen und Funktionseinbußen Potenziale zur Stabilisierung bzw. Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation aufweisen (ex. Kalinowski, Wulff, Kölzsch, & Kopke, 2012; Kleina, Brause, Horn, Wingenfeld, & Schaeffer, 2012; Kuhlmeier & Schaeffer, 2008; Schaeffer & Büscher, 2009). Besonders Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität und Bewegungsfähigkeit zeigen positive Effekte auf die körperliche, soziale und psychische Situation. Ihnen kommt daher eine besondere Bedeutung zu (Grant, Granat, Thow, & Maclaren, 2010; Sackley et al., 2009; Yumin, Simsek, Sertel, Ozturk, & Yumin, 2011).

In Reaktion darauf wurden in der letzten Zeit zunehmend Konzepte entwickelt und erprobt - angefangen von der Sturzprävention über die Anwendung von Spielkonsolen bis hin zu Kraft- und Koordinationstraining für Heimbewohner/-innen. Auch die seit Jahren etablierten Ansätze wie Sitzgymnastik, Sitztanz und bspw. Kontrakturprophylaxe wurden weiterentwickelt. Viele der Konzepte weisen jedoch noch experimentellen Charakter auf und werden nicht systematisch in der Praxis umgesetzt (zusammenfassend in: Horn, Brause, & Schaeffer, 2012). Pflegeeinrichtungen, die sich mit der Umsetzung derartiger Ansätze befassen, beschreiten daher oft neue Wege und können nur eingeschränkt oder gar nicht auf systematische Umsetzungserfahrungen und -empfehlungen zurückgreifen, die unter den hiesigen Rahmenbedingungen entstanden sind.

Eigene Expert/-innenbefragungen machen zudem deutlich, dass die Einführung von gesundheits- und bewegungsförderlichen Interventionen vermutlich eher im Sog von Trends und externen Anreizen als aufgrund intentionaler Gesichtspunkte erfolgt. Hinzu kommt, dass bei der Auswahl von Interventionen weniger die gesundheitsförderlichen Aspekte und Intentionen eine Rolle spielen, als die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen. Zudem lassen die Ergebnisse dieser Erhebungen vermuten, dass sich die Umsetzung häufig an Kompetenz- und Qualifikationsdefiziten reibt, da das Wissen über Potenziale und Chancen von Gesundheitsförderung mit und trotz Krankheit und gesundheitlicher Einschränkung in der pflegerischen Versorgung insgesamt begrenzt ist (Horn, Brause, & Schaeffer, 2011; Schaeffer & Horn, 2013).

Einer systematischen und zielkonformen Umsetzung gesundheits- und bewegungsförderlicher Interventionen stehen also Hindernisse und Hürden verschiedenster Art entgegen. Dies ist nicht überraschend, denn auch die Erkenntnisse aus anderen Versorgungsbereichen zeigen, dass die Einführung innovativer Konzepte in der Praxis oft schwierig ist (ex. Schaeffer, 1991; SVR, 2012) und häufig scheitert (von Engelhardt & Herrmann, 1999), z.B. weil die Umsetzung eine Veränderung gewohnter Routinen erfordert, die mit der Intervention verbundenen Ziele auf der Akteursebene unklar sind oder Rahmenbedingungen Grenzen aufweisen, die im Voraus unbedacht geblieben

sind (Beck & Bonß, 1989; Rogers, 2003). Eine systematische Begleitung und Steuerung wird daher als wichtig erachtet (Damschroder et al., 2009; Durlak & DuPre, 2008; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Rogers, 2003; Schaeffer, 1991), ist aber auf Kenntnisse der Implementationsbedingungen und -voraussetzungen verwiesen. Gerade mit Blick auf die Umsetzung und nachhaltige Verankerung gesundheits- und bewegungsfördernder Interventionen in der stationären Langzeitversorgung bestehen zahlreiche Wissenslücken.

Ziel des Projektes war es daher, anknüpfend an das vorausgegangene Projekt „Implementation von Interventionen zur Verbesserung des Versorgungszustandes von hochaltrigen Bewohner/-innen stationärer Einrichtungen“, die Implementationsbedingungen und -probleme bei der Verstärkung gesundheitsfördernder Interventionen in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung empirisch zu untersuchen. Es sollte analysiert werden, wie sich die Umsetzung unter den gegebenen Rahmenbedingungen gestaltet, welche Hürden antizipierbar sind und welche Strategien sich im Sinne einer zielkonformen Implementation als erfolgreich erweisen. Auf Basis der so gewonnenen Erkenntnisse sollte eine Handreichung entwickelt werden, mit der den verantwortlichen Personen in stationären Pflegeeinrichtungen strukturierte und handlungsleitende Informationen für die Implementation bewegungsfördernder Interventionen zur Verfügung gestellt werden.

3. Vorgehensweise und Erhebungsmethoden

Da die Erfassung von Prozessen in Organisationen komplex ist und zahlreiche Kontextfaktoren in die Analyse einbezogen werden müssen, wurde den Forschungsfragen mittels verschiedener Erhebungs- und Auswertungsmethoden im Sinne eines Multi-Method-Designs nachgegangen (Caracelli, 2006; Yin, 2009).

3.1 Einzel- und Gruppeninterviews

Einen zentralen Baustein der Erhebungen bildeten *Einzel- und Gruppeninterviews* (Expert/inneninterviews), die mit Mitarbeiter/-innen in den Projekteinrichtungen geführt wurden. Die Auswahl der Interviewpartner/-innen erfolgte mit dem Ziel, Gesprächspartner/-innen zu gewinnen, die über die Umsetzung der Interventionen in den Einrichtungen möglichst umfassend Auskunft geben konnten. Daher wurden primär Personen einbezogen, die eng mit der Projektdurchführung oder -steuerung in den Einrichtungen befasst waren. Dabei handelte es sich um Akteure aus der Managementebene der Einrichtungen sowie um beteiligte Pflegefachkräfte, Therapeuten und Therapeutinnen und Betreuungskräfte.

Grundlage für die Interviews bildeten Leitfäden, die auf Basis der im Vorprojekt durchgeführten Literaturanalyse und der Untersuchungsergebnisse aus der ersten Projektphase erstellt wurden (siehe hierzu Kleina et al. 2014). Konkret wurden sowohl die Einzel- als auch die Gruppeninterviews mit einer Eingangsfrage begonnen, die den Interviewpartner/-innen zunächst Gelegenheit geben sollte, die aus ihrer Sicht bedeutsamen Aspekte zur Implementation der bewegungsfördernden

Intervention in ihrer Einrichtung zu schildern (z.B. hinderliche oder förderliche Faktoren). Nachfolgend wurden zu weiteren relevanten Themenbereichen (z.B. organisationelle Aspekte, Qualifikationsaspekte, Teilnehmer/-innengruppe) konkretere, aber dennoch offen gehaltene Fragen gestellt, die sich auf die Umsetzung der Intervention bezogen. Am Ende der Interviews wurden die Befragten aufgefordert, Bereiche anzusprechen, die im Verlauf des Gesprächs noch nicht thematisiert wurden, ihrer Meinung nach aber von Bedeutung waren. Zudem wurden sie um Fragen zu einrichtungsspezifischen Besonderheiten ergänzt.

Allen Interviewteilnehmer/-innen wurde zugesichert, über die Inhalte der Gespräche Stillschweigen zu bewahren und Auszüge und Aussagen aus den Interviews nur in anonymisierter Form öffentlich zu machen. Sämtliche Interviews wurden zum Zweck der späteren Auswertung mit dem Einverständnis der Gesprächspartner/-innen audiotekhnisch aufgezeichnet. Nach Abschluss der Interviews wurden verdichtete Protokolle/Memos angefertigt, in dem wichtige im Interview zur Sprache gekommenen Aspekte, Besonderheiten des Gesprächsverlaufs und ergänzende, erst im Nachgespräch gegebene Informationen verschriftlicht wurden. Im Verlauf der Erhebungen wurden folgende Interviews geführt:

Tabelle 1: Anzahl und Teilnehmer/-innen der durchgeführten Interviews

	Einzelinterviews		Gruppeninterviews	
	Anzahl	Teilnehmer/-innen	Anzahl	Teilnehmer/-innen
Einrichtung A	3	Pflegedienstleitung	4	Projektgruppe: Betreuungskräfte (2x)
Einrichtung B	2	Pflegedienstleitung, Pflegefachkraft	4	Projektgruppe: Betreuungskräfte, Pflegefachkräfte
Einrichtung C	3	Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung	4	Projektgruppe: Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Betreuungskräfte
Einrichtung D	2	Einrichtungsleitung, Geschäftsführung, Pflegedienstleitung	4	Projektgruppe: Therapeuten und Therapeutinnen, Pflegefachkräfte, Pflegehelfer

Parallel zur Datenerhebung erfolgte die Datenaufbereitung (Transkription, Protokollierung) und Auswertung der Interviews. Die Auswertung der Interviews basierte auf der themenbezogenen Analyse nach Meuser und Nagel (2002) und orientierte sich an thematischen Einheiten, die der Struktur der Leitfäden entsprachen.

3.2 Standardisierte Befragung der Mitarbeiter/-innen

Ergänzend zu den durchgeführten Interviews wurde in sämtlichen beteiligten Einrichtungen eine Mitarbeiter/-innenbefragung mit Hilfe eines standardisierten Erfassungsbogens durchgeführt. Mit ihr wurde das Ziel verfolgt, Einschätzungen der Mitarbeiter/-innen zur Umsetzung der Intervention bzw. damit einhergehenden Herausforderungen und Problemen in ihrer jeweiligen Einrichtung zu gewinnen. Darüber hinaus wurde auf diesem Wege erfasst, wie sich die Einführung der Intervention aus Sicht der Mitarbeitenden auf das Befinden der von ihnen versorgten Bewohner/-innen ausgewirkt hat².

Die Durchführung der Mitarbeiter/-innenbefragung erfolgte gegen Ende des Projektes im Juni/Juli 2015. Die Organisation der Befragung wurde durch Mitarbeiter/-innen des Einrichtungsmanagements übernommen, denen die notwendigen Fragebögen zur Verfügung gestellt wurden. Der Bogen wurde an alle Pflegekräfte verteilt und an Mitarbeiter/-innen aus den Bereichen „Hauswirtschaft“ und „Betreuung“ (z.B. nach § 87b SGB XI), die an der Pflege und Betreuung der Bewohner/-innen direkt beteiligt sind (Diese Einschätzung wurde den Einrichtungen überlassen, da von außen die konzeptionell bedingte Aufteilung zwischen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft nicht zu beurteilen war.). Den Fragebögen lag jeweils ein kurzes Anschreiben bei, in dem die Mitarbeiter/-innen um Teilnahme gebeten wurden und in dem ihnen Anonymität zugesichert wurde. Außerdem wurde mit jedem Bogen ein vorfrankierter Rückumschlag ausgehändigt, so dass die Teilnehmer/-innen ihren ausgefüllten Fragebogen direkt an das Forschungsteam des IPW zurücksenden konnten.

Lediglich in einer der vier Einrichtungen (Einrichtung A) wurde ein guter Rücklauf der Fragebögen von 73,7% erzielt. In sämtlichen anderen Einrichtungen war die Beteiligungsbereitschaft der Mitarbeiter/-innen vergleichsweise gering³. Die Befragungsergebnisse aus diesen Einrichtungen, die im Ergebnisteil dieses Berichtes ausgewiesen werden, sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Einen Überblick über Teilnehmer/-innenzahl und Rücklaufquoten gibt Tabelle 2.

Tabelle 2: Teilnahme an den Mitarbeiter/-innenbefragungen

	potenzielle Teilnehmer/-innen	tatsächliche Teilnehmer/-innen	Rücklaufquote
Einrichtung A	19	14	73,7%

² Um Einschätzungen zum Qualifikationsstand der Mitarbeitenden treffen zu können, wurden ihnen auch Fragen zum Fortbildungsniveau und ihrem subjektiven Fortbildungsbedarf gestellt. Da zahlreiche Teilnehmer/-innen zu diesen Punkten keine Angaben machten, konnten die Ergebnisse nicht mit in die Auswertung einbezogen werden.

³ In Einrichtung D erklärt sich die vermeintlich geringe Beteiligungsbereitschaft unter anderem aus der Tatsache, dass es während Durchführung der Befragung zu einem personellen Wechsel in der Einrichtungsleitung kam, der dazu führte, dass nicht sämtliche Fragebögen an die Mitarbeiter/-innen ausgegeben wurden.

Einrichtung B	20	5	25,0%
Einrichtung C	39	9	23,1%
Einrichtung D	74	13	17,6%

3.3 Standardisierte Erhebung von Teilnehmer/-innendaten

Um einschätzen zu können, welche Bewohner/-innengruppen in den einzelnen Einrichtungen mit der neu eingeführten Intervention erreicht werden konnten, wurde im Mai/Juni 2015 in allen beteiligten Einrichtungen eine standardisierte Erfassung von Nutzer/-innendaten durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt war die Implementation der Intervention in allen beteiligten Einrichtungen abgeschlossen und die Teilnehmer/-innengruppe aus Sicht der Mitarbeitenden als „stabil“ anzusehen, d.h., stärkere Fluktuationen waren nicht mehr zu beobachten. Einbezogen wurden sämtliche Bewohner/-innen, die zum Zeitpunkt der Erhebung regelmäßig an der Intervention teilnahmen. Die Erhebung erfolgte anonymisiert, so dass zu keinem Zeitpunkt auf Basis der Daten personenbezogene Rückschlüsse möglich waren.

Im Rahmen der Erhebung wurden Daten zu den körperlichen und kognitiven Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen der teilnehmenden Bewohner/-innen erhoben, die einen Vergleich zwischen den Projekteinrichtungen erlauben, vor allem aber geeignet sind, die Teilnehmer/-innengruppen hinsichtlich ihrer Fähigkeiten im Spektrum „typischer“ Pflegeheimbewohner/-innen einzuordnen.

4. Implementationsverläufe

Die am Projekt teilnehmenden Einrichtungen wiesen vor Beginn des Implementationsprozesses unterschiedliche Vorerfahrungen bei der Umsetzung innovativer Konzepte und der Auseinandersetzung mit dem Thema Bewegungsförderung auf. Einrichtung A wurde als eine sehr innovative Einrichtung, Einrichtung B als mittelmäßig innovative Einrichtung und Einrichtung C als Einrichtung mit geringer Innovationsfreudigkeit eingeschätzt. Einrichtung D wurde von Beginn an als Kontrastfall behandelt. Es handelt sich dabei um eine Einrichtung, die in der Vergangenheit innovative Konzepte selbständig entwickelt, umgesetzt und verstetigt hat, jedoch in den vergangenen Jahren aufgrund von Problemen auf der Führungs- und Leitungsebene deutlich an Innovationsfreudigkeit einbüßte. Mit Beginn der in diesem Bericht beschriebenen zweiten Projektphase waren die Einrichtungen bei der Implementation der bewegungsfördernden Interventionen unterschiedlich weit fortgeschritten (siehe Kleina et al. 2014).

Im Folgenden wird der Implementationsverlauf in den einzelnen Einrichtungen kurz beschrieben und charakterisiert. Diese (deskriptive) Darstellung dient vorrangig dazu, einen Einblick in die wichtigsten Probleme und Hürden zu erhalten, mit denen sich die Einrichtungen auseinandersetzen

hatten. Eine gemeinsame, ausführlichere Analyse und Strukturierung der zentralen Implementations-themen erfolgt dann im folgenden Kapitel.

4.1 Einrichtung A

Tabelle 3: Strukturmerkmale der Einrichtung A (Oktober 2014)

Träger	Privat
Anzahl Bewohner/-innen	131
Anzahl Wohnbereiche	4
Mitarbeiter/-innen in den Bereichen Pflege und Betreuung	81
Besondere Merkmale	Keine Spezialisierung
Region	Ländlicher Raum
Ansprechpartner/-in: Projektgruppe:	PDL, (w) 4 Betreuungskräfte nach SGB XI § 87b (3 w, 1 m)
Ausgewählte Intervention	Eichenseer/Gräbel (2011): Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz - MAKS: motorisch - alltagspraktisch - kognitiv - spirituell

Einrichtung A konnte vor Beginn des Projektes auf bestehende Erfahrungen im Umgang mit der Einführung, Umsetzung und Verstetigung innovativer Konzepte zurückblicken. Zudem wurde in den ersten Interviews deutlich zum Ausdruck gebracht, dass dem Thema Gesundheitsförderung in der Einrichtung eine große Bedeutung zugesprochen wird. Mit Projektstart bestanden daher auch schon unterschiedliche Angebote zur Mobilitäts- und Bewegungsförderung für die Bewohner/-innen der Einrichtung. Sie finden auch heute noch sechsmal wöchentlich (Montag bis Samstag) statt und adressieren sich an alle Bewohner/-innen der Einrichtung. Eine gezielte Auswahl der Teilnehmer/-innen, beispielsweise nach Fähigkeiten, findet nicht statt.

Zu Projektbeginn bestand daher die größte Herausforderung darin, einen geeigneten Teilnehmer/-innenkreis und für diesen ein entsprechendes mobilitäts- und bewegungsförderndes Angebot zu identifizieren. Eine Anpassung eines der bestehenden Angebote wurde in den ersten drei Monaten diskutiert, konnte jedoch nicht durchgeführt werden, weil – so die Erfahrungen der Übungsleiterinnen – die Teilnehmer/-innen Schwierigkeiten haben, sich an Routineänderungen zu gewöhnen.

Die Auswahl des Teilnehmer/-innenkreises übernahm schlussendlich die PDL. Sie traf die Entscheidung, dass in Wohnbereich 4 das Projekt umgesetzt und ein bewegungsförderndes Gruppenangebot implementiert werden sollte. Ihre Motivation für diese Auswahl bestand zu diesem Zeitpunkt darin, dass in Wohnbereich 4 überwiegend Menschen mit schweren bis schwersten Demenzerkrankungen leben. Sie wurden mit den bestehenden mobilitäts- und bewegungsfördernden An-

geboten kaum erreicht und ein geeignetes Betreuungskonzept konnte noch nicht erfolgreich umgesetzt werden. Sie nahm daher die Projektteilnahme zum Anlass, die bestehende Betreuungssituation auf diesem Wohnbereich zu verändern und zu verbessern.

Das Angebot „MAKS-Therapie“ (Eichenseer & Gräbel, 2011) wurde gemeinsam von PDL und den zu diesem Zeitpunkt vier aktiven Betreuungskräften des Wohnbereichs ausgewählt. Die Entscheidung, das Angebot auf zweimal wöchentlich stattfindende Sitzungen á 60 Minuten zu modifizieren, wurde ebenfalls gemeinsam getroffen.

In der Folge übernahm eine Betreuungskraft maßgeblich die Organisation, Durchführung und Evaluation des Angebotes. Sie entwickelte eine für den Teilnehmer/-innenkreis adäquate Struktur und passte das Angebot an die Bewohner/-innen und ihre Fähigkeiten sukzessive an. So änderte sie beispielsweise die vorgeschlagene entspannende Melodie als Begrüßungsmusik zu einer Marschmusik, weil sie erkannte, dass sie die Teilnehmer/-innen ermuntern muss, da sie ansonsten schläfrig werden. Zudem testete sie das Angebot an verschiedenen Wochentagen und Tageszeiten aus, um heraus zu finden, wann sie die Bewohner/-innen mit dem Angebot am besten erreicht.

Hilfreich für den Findungsprozess war, dass die Betreuungskraft langjährig als Mitarbeiterin in der Einrichtung tätig war, zudem über Erfahrungen mit Gruppenangeboten verfügte und in der Lage war, die Bewohner/-innen und ihre Fähigkeiten einschätzen zu können.

Die in *Einrichtung A* erreichte Nutzer/-innengruppe zeichnet sich durch ein hohes Maß kognitiver und kommunikativer Beeinträchtigungen aus (vgl. Tab. 5). Dort war z.B. keine/r der 14 Teilnehmer/-innen in der Lage, Informationen über mehrere Tage hinweg zu erinnern. Dies ist nachvollziehbar, denn die dort implementierte Intervention MAKS richtet sich an eben diese Zielgruppe. Dem gegenüber sind die körperlichen, auf die Mobilität bezogenen Fähigkeiten unter den Teilnehmer/-innen höchst unterschiedlich ausgeprägt und reichen von völliger Selbständigkeit bis hin zu massiven Beeinträchtigungen (vgl. Tab. 4).

Tabelle 4: Grad der Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA) der Teilnehmer/-innen am Bewegungsangebot in Einrichtung A

Mobilitätsklasse (NBA)	selbständig	geringe Beeinträchtigung	erhebliche Beeinträchtigung	schwere Beeinträchtigung	völliger/ weitgehender Selbstständigkeitsverlust
Teilnehmer/-innen	1	4	3	2	4

Tabelle 5: Grad der Beeinträchtigung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten (NBA) der Teilnehmer/-innen am Bewegungsangebot in Einrichtung A

Klasse kognitive & kommunikative Fähigkeiten (NBA)	Keine Beeinträchtigung	geringe Beeinträchtigung	erhebliche Beeinträchtigung	schwere Beeinträchtigung	völliger/ weitgehender Fähigkeitsverlust
Teilnehmer/-innen	0	0	0	1	13

Die ausschließliche Umsetzung des Angebots durch die Betreuungskräfte des Wohnbereichs - so stellte sich relativ schnell heraus - führte zu Missverständnissen mit dem Pflegepersonal des Wohnbereichs. Immer wieder reflektierten die Betreuungskräfte in den Interviews, dass sie bei der Organisation und Vorbereitung des Angebots zu wenig Unterstützung durch die Pflegenden erhielten, Teilnehmer/-innen nicht vorbereitet waren und bspw. noch im Bett lagen. Ihr Einsatz im Projekt wurde von den Pflegenden wenig beachtet und wertgeschätzt, zum Teil sogar behindert. Auch die vielfach überraschenden positiven Erfolge/Fortschritte/Veränderungen bei den Bewohner/-innen konnten kaum kommuniziert werden.

Zu diesem Zeitpunkt fand ein Wechsel auf Leitungsebene statt und eine neue Wohnbereichsleitung übernahm den Wohnbereich. Mit dieser personellen Änderung konnte die Kommunikationsstruktur zwischen Betreuungskräften und Pflegekräften verändert und durch eine regelmäßig stattfindende Fallbesprechung auf dem Wohnbereich intensiviert werden.

Eine weitere Herausforderung bestand aus Sicht der Betreuungskräfte darin, die Motivation (die eigene und die der Teilnehmer/-innen) über den Projektverlauf beizubehalten. Wie sich zeigte, war es hilfreich, zwischenzeitlich Pausen einzulegen, so zum Beispiel bei großer Hitze in der Sommerzeit oder zu Jahreszeiten, an denen traditionell viele Angebote bestehen (z. B. Weihnachten). Die Pausen führten auch dazu, dass sich die Betreuungskräfte wieder motiviert fühlten und neue kreative Ideen für das Angebot entwickelten. Darüber hinaus konnten sich die Betreuungskräfte immer wieder für das Angebot begeistern, weil sie bei den Teilnehmer/-innen Fortschritte beobachten konnten, beispielsweise wenn eine Bewohnerin plötzlich ein Lied mitsang obwohl sie seit Tagen nicht mehr sprach oder ein Bewohner einen Ball werfen konnte, obwohl er sich kaum noch selbständig bewegte.

Das Angebot besteht daher auch noch zum heutigen Zeitpunkt und wird montagvormittags und Donnerstagnachmittag regelmäßig für ca. 6-8 Teilnehmer/-innen angeboten.

Rückblickend ist festzuhalten, dass die erfolgreiche Implementation und Verstetigung des Angebots über die Projektlaufzeit hinaus von folgenden Faktoren beeinflusst wurde: Die personelle Veränderung auf Leitungsebene und damit verbundene Schaffung einer Kommunikationsstruktur, die zu einem regelmäßigen Austausch zwischen Pflegenden und Betreuungskräften in Form von Fallbesprechungen führte, trug maßgeblich zur Akzeptanz des Angebots bei allen an der Versorgung der Bewohner/-innen beteiligten Berufsgruppen bei. Der kontinuierliche und engagierte persönliche Einsatz einer auf dem Wohnbereich fest angestellten Betreuungskraft, die von Beginn an von dem ausgewählten Angebot überzeugt war und sich für seine Umsetzung verantwortlich zeigte, garantierte letztlich, dass das Projekt trotz zeitweise schwieriger Bedingungen ein fest verankertes Angebot auf dem Wohnbereich wurde. Als weiteren fördernden Faktor wurde die zweijährige wissenschaftliche Begleitung erlebt, die einen verbindlichen Rahmen und damit auch die notwendige

Motivation schuf, bekannte Herausforderungen anzunehmen, Lösungsansätze zu entwickeln und diese umzusetzen.

4.2 Einrichtung B

Tabelle 6: Strukturmerkmale der Einrichtung B

Träger	Privat
Anzahl Bewohner/-innen	31
Anzahl Wohnbereiche	2
Mitarbeiter/-innen in den Bereichen Pflege und Betreuung	21
Besondere Merkmale	Keine Spezialisierung
Region	Kleinstädtisch, räumliche Nähe zu einer Oberstadt
Ansprechpartner/-in: Projektgruppe:	EL, (m) 2 Pflegefachkräfte (1 w, 1 m) 2 Betreuungskräfte nach SGB XI § 87b (1 w, 1 m)
Ausgewählte Intervention	Wii-Konsole

Auch in Einrichtung B bestanden vor Projektbeginn Erfahrungen mit der Einführung und Umsetzung von Projekten mit teilweise innovativem Charakter. Jedoch entstand aufgrund der Interviews der Eindruck, dass in der Vergangenheit innovative Ideen zwar aufgegriffen aber unsystematisch und unvollständig umgesetzt wurden.

Relativ schnell entschied sich das Projektteam, das von der Heimleitung initiiert wurde, für die Wii-Konsole als Angebot für die Bewohner/-innen der Einrichtung. Ausschlaggebende Punkte für die Auswahl konnten vom Projektteam rückblickend nicht konkret benannt werden, jedoch gab es bereits Erfahrungen mit der Konsole und die beiden Pflegekräfte, die für die Umsetzung ausgewählt wurden, waren jung und begeistert von der Spielkonsole.

Als Teilnehmer/-innen wurden Bewohner/-innen ausgewählt, die noch stehen konnten und Interesse an der Wii Konsole äußerten. Aufgrund von Schichtwechsel und Personalengpässen wurde der Start der Umsetzung mehrmals verschoben. Die nächsten drei Monate fand das Angebot regelmäßig zweimal wöchentlich statt. Schon nach kurzer Zeit zeigte sich, dass das Angebot bei den etwa 10 Bewohner/-innen mit Interesse aufgenommen wurde.

In *Einrichtung B* weisen die Bewohner/-innen, die an der Intervention teilgenommen haben, im Vergleich die geringsten Fähigkeitsverluste auf. Dies gilt sowohl hinsichtlich kognitiver Fähigkeiten (Tab. 8) wie auch mit Blick auf ihre Mobilität (Tab. 7). So waren z.B. sämtliche Teilnehmer/-innen in der Lage, einen „Nackengriff“ durchzuführen, ohne personelle Unterstützung aufzustehen oder ohne personelle Unterstützung zu gehen. Auch in dieser Einrichtung ist die Zusammensetzung der

Teilnehmer/-innen schlüssig, denn mit der dort eingesetzten Intervention Nintendo-Wii Bowling sind vergleichsweise hohe körperliche wie kognitive Anforderungen verbunden.

Tabelle 7: Grad der Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA) der Teilnehmer/-innen am Bewegungsangebot in Einrichtung B

Mobilitätsklasse (NBA)	selbständig	geringe Beeinträchtigung	erhebliche Beeinträchtigung	schwere Beeinträchtigung	völliger/ weitgehender Selbstständigkeitsverlust
Teilnehmer/-innen	4	1	0	0	0

Tabelle 8: Grad der Beeinträchtigung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten (NBA) der Teilnehmer/-innen am Bewegungsangebot in Einrichtung B

Klasse kognitive & kommunikative Fähigkeiten (NBA)	Keine Beeinträchtigung	geringe Beeinträchtigung	erhebliche Beeinträchtigung	schwere Beeinträchtigung	völliger/ weitgehender Fähigkeitsverlust
Teilnehmer/-innen	1	3	1	0	0

Von Beginn an wurde der für die Umsetzung zur Verfügung stehende Raum von allen Beteiligten als zu klein und damit hinderlich für die Ausübung beschrieben. Bestrebungen, einen fahrbaren Untertisch für Fernseher und Konsole anzuschaffen, wurden zwar immer wieder benannt aber nicht umgesetzt. Dies hatte zur Folge, dass das Angebot beispielsweise an heißen Tagen nicht stattfinden konnte, da der Raum sehr eng und kaum zu lüften war.

Rückblickend kann als weiterer hinderlicher Faktor beschrieben werden, dass sich die Beteiligten zu keinem Zeitpunkt als Projektteam verstanden haben. Dies führte unter anderem dazu, dass jede/r interessierte Mitarbeiter/-in der Einrichtung (Pflegerische und Betreuungskräfte) das Angebot anbieten und umsetzen konnte. Entscheidungen - z.B. darüber, zu welchem Zeitpunkt das Angebot stattfindet, welche Bewohner/-innen teilnehmen oder ob eine Erweiterung des Angebots um weitere Spiele erfolgen soll - wurden von Einzelpersonen getroffen und umgesetzt, ohne Rücksprache mit anderen beteiligten Personen zu halten. In der Folge fühlten sich einige Teilnehmer/-innen überfordert, konnten die Spiele nicht schnell genug umsetzen und waren von ihrem schlechten Ergebnis frustriert. Zugleich führte das Bowlingspielen zu Tristesse und Langeweile – nicht nur bei den Bewohner/-innen. Eine Reflektion über das Angebot fand – so hatte es zunehmend den Anschein – nur statt, wenn der Austausch durch die wissenschaftliche Begleitung forciert wurde und blieb ohne Folgen.

In Einrichtung B war das Gelingen der Umsetzung des Angebots stark von einer einzelnen Person (Pflegerkraft) abhängig, die sich zu Beginn enorm engagierte, im weiteren Projektverlauf jedoch aufgrund von Schichtwechsel, Krankheit und wachsender Verantwortung in anderen Bereichen immer seltener für die Umsetzung verantwortlich zeichnen konnte. Zunehmend übernahm eine Betreuungskraft die Durchführung, die zu Projektbeginn noch nicht in der Einrichtung tätig war. Sie wurde – so hatte es den Anschein – kaum über das Projekt und seine Ziele informiert. In der

Folge mäanderte das Angebot vor sich hin und kam schließlich (bis auf wenige Ausnahmen) zum Erliegen.

Als Grund für das langsame Ausschleichen aus dem Angebot benannten die Beteiligten rückblickend die zunehmende Langeweile bei den Bewohner/-innen. Eine gemeinsame Auseinandersetzung/Reflexion mit dem Projektverlauf fand nicht statt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Einrichtung B zu Projektstart eine große Bereitschaft signalisierte, sich aktiv an der Planung und Umsetzung des Angebots zu beteiligen. Es wurde eine Maßnahme ausgewählt, die sich relativ einfach, d.h. mit wenig zu erwartenden Herausforderungen, umsetzen ließ. Bei der Auswahl und später erfolgten Umsetzung wurden jedoch einige Punkte vernachlässigt: Zunächst fand kein Abgleich der Inhalte und Zielsetzungen der gesundheitsfördernden Maßnahme mit den Zielvorstellungen der Einrichtung und Fähigkeiten der Bewohner/-innen statt. Zudem bildete sich kein Projektteam. Eine kritische Reflexion des Angebots fand daher nicht statt. Die Möglichkeit, das Angebot zu modifizieren, konnte daher nicht genutzt werden. Dies schlug sich letztlich auch in den Verantwortlichkeiten nieder, die bis zuletzt unklar blieben. So konnten für die Umsetzung wichtige und relevante Fragestellungen, wie beispielsweise die Organisation von geeigneten Räumlichkeiten, nicht beantwortet werden. Folglich wurde das „Trainieren mit der Wii-Konsole“ nach Ablauf der Projektlaufzeit von den Mitarbeiter/-innen der Einrichtung nicht als eigenes, zusätzliches Angebot der Einrichtung, sondern als abgeschlossenes Projekt der begleitenden Institution (Uni Bielefeld) wahrgenommen.

4.3 Einrichtung C

Tabelle 9: Strukturmerkmale der Einrichtung C

Träger	Privat
Anzahl Bewohner/-innen	62
Anzahl Wohnbereiche	3
Mitarbeiter/-innen in den Bereichen Pflege und Betreuung	40
Besondere Merkmale	Keine Spezialisierung
Region	Ländlicher Raum
Ansprechpartner/-in: Projektgruppe:	PDL, 2 Pflegefachkräfte, 5 Betreuungskräfte nach SGB XI § 87b
Ausgewählte Intervention	Ulmer Modell (AOK) zur Sturzprävention

In der Einrichtung C gab es im Vorfeld der Entscheidung, das „Ulmer Modell“ umzusetzen, ein zähes Ringen um die Beteiligung am Projekt. Obwohl die Einrichtungsleitung die Entscheidung, eine

bewegungsfördernde Intervention implementieren zu wollen, bereits im November 2013 getroffen hatte, vergingen bis zu Realisierung erster konkreter Projektschritte rund 6 Monate. Einige Mitarbeiter/-innen äußern, nachdem die Einrichtungsleitung die Einrichtung im November 2014 verlassen hat, dass sie sich in die Entscheidung für die Implementation nicht ausreichend eingebunden gefühlt haben und die mangelnde Beteiligung und Transparenz bei der Entscheidungsfindung in der Mitarbeiter/-innenschaft zu starken Widerständen gegen das Projekt geführt habe. Insgesamt war die Frühphase der Implementation von zahlreichen Problemen und Unruheherden, z.B. einem hohen Krankenstand, der „Verschleppung“ von Entscheidungen und - aus Sicht der damaligen Einrichtungsleitung - auch einer geringen Unterstützung seitens des Trägers geprägt.

Trotz dieser Widerstände und Hindernisse wurden im Mai 2014 fünf Betreuungskräfte und zwei Pflegefachkräfte als Übungsleiter für die Durchführung des „Ulmer Modells“ fortgebildet und die Intervention wird seit Juni 2014 in der Einrichtung umgesetzt. Zunächst wurde sie - von Juni bis November 2014 - im Aufenthaltsbereich der einzelnen Wohnbereiche angeboten, dies zweimal wöchentlich je Wohnbereich. Da sich diese Vorgehensweise aus Sicht der Einrichtung als wenig effektiv und organisatorisch schwierig erwies, ging man ab November 2014 dazu über, die Intervention zweimal wöchentlich zentral im Speisesaal der Einrichtung anzubieten. Auf diesem Wege werden inzwischen ca. 10 Bewohner/-innen erreicht, die regelmäßig teilnehmen.

Da der Speisesaal im Vorfeld des Angebotes umgeräumt werden muss und nach Ende der Intervention zeitnah wieder für die Nutzung als Speisesaal hergerichtet sein muss, ist mit dieser Art der Nutzung dennoch ein gewisser zeitlicher Aufwand (und Druck) verbunden. Hinzu kommt, dass auch das Abholen bzw. Zurückbringen der Bewohner/-innen, das teilweise durch die durchführenden Betreuungskräfte und teilweise durch weitere Mitarbeiter/-innen aus den Wohnbereichen erfolgt, mit weiterem zeitlichem Aufwand einher geht.

Für die Durchführung der Intervention waren zunächst jeweils zwei von drei hauptsächlich beteiligten Betreuungskräften verantwortlich. Eine von Ihnen hatte ein Sportstudium absolviert und übernahm während der Durchführung der Intervention primär die anleitende Rolle, während eine andere Mitarbeiter/-in eher organisatorische Aufgaben übernahm und einzelne Bewohner/-innen bei Bedarf individuell unterstützte. Mittlerweile wird die Intervention nur noch von einer einzelnen Mitarbeiterin durchgeführt, die bei Abwesenheit durch eine der ebenfalls fortgebildeten Betreuungskräfte vertreten wird. Die im Vorfeld fortgebildeten Pflegekräfte waren und sind an der Umsetzung der Intervention nicht beteiligt.

Der Blick auf die Interventionsteilnehmer/-innen in *Einrichtung C* offenbart ein gemischtes Bild: Dort wiesen 7 von 9 Teilnehmer/-innen nur geringfügige Mobilitätsbeeinträchtigungen auf (Tab. 10), wohingegen sie in ihren kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sehr unterschiedlich stark beeinträchtigt waren (Tab. 11). Das relativ hohe Ausmaß körperlicher Fähigkeiten der Teilnehmer/-innen korrespondiert mit den vergleichsweise hohen physischen Anforderungen der dort durchgeführten Intervention „Ulmer Modell“. Dass auch kognitiv stärker beeinträchtigte Nutzer/-

innen in der Lage waren, an dem Programm teilzunehmen, überrascht auf den ersten Blick. Allerdings, so die Aussagen der Mitarbeiter/-innen, zeigten einige demenzkranke Bewohner im Gruppenkontext Fähigkeiten, die man ihnen im Vorfeld „nicht zugetraut“ hätte und waren daher durchaus in der Lage, dem Programm zu folgen. Dies bestätigte sich auch im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen.

Tabelle 10: Grad der Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA) der Teilnehmer/-innen am Bewegungsangebot in Einrichtung C

Mobilitätsklasse (NBA)	selbständig	geringe Beeinträchtigung	erhebliche Beeinträchtigung	schwere Beeinträchtigung	völliger/ weitgehender Selbstständigkeitsverlust
Teilnehmer/-innen	0	7	1	0	1

Tabelle 11: Grad der Beeinträchtigung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten (NBA) der Teilnehmer/-innen am Bewegungsangebot in Einrichtung C

Klasse kognitive & kommunikative Fähigkeiten (NBA)	Keine Beeinträchtigung	geringe Beeinträchtigung	erhebliche Beeinträchtigung	schwere Beeinträchtigung	völliger/ weitgehender Fähigkeitsverlust
Teilnehmer/-innen	1	4	0	1	3

Seit das Angebot „zentralisiert“ wurde, wird es kontinuierlich zweimal wöchentlich - auch über die Projektdauer der wissenschaftlichen Begleitforschung hinaus - durchgeführt. Aus Sicht der Pflegedienstleitung und der beteiligten Mitarbeiter/-innen wird es seit dieser Umstrukturierung auch nicht mehr grundsätzlich in Frage gestellt und ist inzwischen fester Bestandteil des Einrichtungsangebotes. In diese Richtung weisen auch die Ergebnisse der Mitarbeiter/-innenbefragung: Rund 90% der Mitarbeiter/-innen sehen sich bei der Organisation des Angebotes vor keine (44,4%) oder allenfalls lösbare (44,4%) Probleme gestellt. 88,9% von ihnen sehen in der Intervention eine sinnvolle Ergänzung bestehender Aktivitäten in der Einrichtung⁴. Gegen Ende des Projektzeitraums gab es sogar Überlegungen, das Angebot auszuweiten bzw. weiter zu diversifizieren, um Bewohner/-innengruppen mit unterschiedlichem Fähigkeitsniveau besser ansprechen zu können.

Betrachtet man den gesamten Implementationsverlauf in Einrichtung C wird deutlich, dass sich insbesondere in der Vorbereitungsphase ungünstige Rahmenbedingungen negativ auf den Implementationsprozess ausgewirkt haben. Scheinbar traf die Absicht der Einrichtungsleitung, ein fachlich anspruchsvolles Projekt als „Vehikel“ für einen Organisationsentwicklungsprozess zu nutzen, auf Strukturen und bestehende Konflikte, die in dieser Phase zu Verzögerungen und Widerständen seitens einiger Mitarbeiter/-innen beigetragen haben. Diese unruhige und wenig zielfüh-

⁴ Diese Werte sind angesichts der vergleichsweise geringen Mitarbeiter/-innenbeteiligung an der Befragung (Rücklauf 23,1%) allerdings mit Vorsicht zu interpretieren.

rende Phase endete erst mit dem Weggang der Einrichtungsleitung und der „Zentralisierung“ des Bewegungsangebotes. Diese Veränderungen, die von den Interviewpartner/-innen primär mit organisatorischen Notwendigkeiten begründet werden, führten aber gleichzeitig dazu, dass das Thema Bewegungsförderung aus dem Versorgungsalltag in den Wohnbereichen „wegdelegiert“ wurde und dort inzwischen keine Rolle mehr spielt. Damit einher ging auch der „Verlust“ vorher eingesetzter „Investitionen“: Vier der speziell fortgebildeten Mitarbeiter/-innen, darunter die zwei geschulten Pflegefachkräfte, sind an der Umsetzung des Angebots in keiner Weise mehr beteiligt.

Losgelöst von den Arbeitsprozessen auf den Wohnbereichen gelang die Umsetzung der Intervention dann vergleichsweise zügig. In den Interviews verfestigte sich allerdings der Eindruck, dass die kontinuierliche Umsetzung der Intervention in hohem Maße dem Engagement einzelner Mitarbeiter/-innen (insbesondere der Betreuungskraft mit vormaligem Sportstudium) zu verdanken ist. Gegen Ende der wissenschaftlichen Begleitforschung schien dieses Engagement ungebrochen und mündete sogar in Überlegungen zur Ausweitung des Angebotes. Gleichwohl könnte diese Entwicklung sich als ausgesprochen fragil erweisen, wenn zentral verantwortliche Personen ihre Rolle nicht mehr wahrnehmen sollten. Eine Beendigung des Angebotes scheint für diesen Fall keineswegs ausgeschlossen.

4.4 Einrichtung D

Tabelle 12: Strukturmerkmale der Einrichtung D

Träger	Privat
Anzahl Bewohner/-innen	67
Anzahl Wohnbereiche	4
Mitarbeiter/-innen in den Bereichen Pflege, Betreuung und Therapie	80
Besondere Merkmale	Spezialisierung auf die Versorgung von Menschen mit Schwerst-Mehrfach Beeinträchtigungen, Menschen im Wachkoma (Phase F)
Region	Großstadt
Ansprechpartner/-in: Projektgruppe:	Einrichtungsleitung, PDL, Therapieleitung 2 Pflegekräfte, 2 Physiotherapeuten/-therapeutinnen, 1 Pflegehelfer/-in
Ausgewählte Intervention	Mobil im Alter (MiA)

Der Prozess zur Auswahl einer Intervention nahm in Einrichtung D einige Zeit in Anspruch. Von der grundsätzlichen Entscheidung zur Einführung einer bewegungsfördernden Intervention bis zur Gründung einer entsprechenden Projektgruppe im März/April 2014 vergingen einige Monate.

Nachdem dies geschehen war, einigte man sich jedoch vergleichsweise schnell auf die Intervention „Mobil im Alter“ (MiA), deren Umsetzung dann im Mai 2014 begann.

Das Angebot wurde von insgesamt vier Mitarbeiter/-innen umgesetzt, von denen zwei eine pflegerische und zwei eine therapeutische Ausbildung hatten und die sonst in die „normale“, tägliche Versorgung in der Einrichtung eingebunden waren. Besondere Fortbildungsmaßnahmen durchliefen sie im Vorfeld der Umsetzung nicht, da man der Überzeugung war, aufgrund der eigenen Erfahrungen und der physiotherapeutischen Qualifikation zweier Mitglieder entsprechend gerüstet zu sein. Die Durchführung des Angebots, die einmal wöchentlich erfolgte, wurde durch jeweils zwei von ihnen übernommen. Dabei wurde angestrebt, jeweils eine Pflegekraft und eine therapeutisch ausgebildete Person zu beteiligen, was sich jedoch aufgrund der Dienstorganisation in der Einrichtung - vor allem für die Pflegekräfte - als nicht immer realisierbar erwies. Denn Personalfluktuation und Krankheitsfälle führten dazu, dass beide Pflegekräfte häufig für ausgefallene Kollegen und Kolleginnen einspringen müssen. Faktisch nahmen die Physiotherapeuten/-therapeutinnen daher bei der organisatorischen, aber auch der inhaltlichen Steuerung der Intervention, eine führende Rolle ein. Nach ca. einem Jahr verließ eine der Pflegekräfte die Projektgruppe und wurde durch eine/n Pflegehelfer/-in ersetzt.

Das Angebot fand in einem „Therapieraum“ statt, der nicht in der Einrichtung selbst, sondern in einem angrenzenden Gebäude lag. Daraus resultierte ein aus Sicht der beteiligten Mitarbeiter/-innen vergleichsweise hoher Aufwand im Vorfeld und Nachgang der Intervention, denn die beteiligten Bewohner/-innen mussten überwiegend zunächst zusammengeholt und im Anschluss wieder auf ihre Wohnbereiche zurück begleitet werden. Zudem erwies sich der Raum für die Bewegungsgruppe als „eigentlich zu klein“, was als ausgesprochen hinderlich erlebt wurde. Alternative, als angemessen erscheinende Räume, standen jedoch nicht zu Verfügung.

Die Zusammensetzung der Teilnehmer/-innengruppe in *Einrichtung D* war sowohl hinsichtlich der körperlichen als auch der kognitiven Fähigkeiten der Nutzer/-innen ausgesprochen heterogen (vgl. Tab. 13 & 14). In beiden Kategorien finden sich sowohl Personen ohne bis hin zu Personen mit massivsten Beeinträchtigungen. Diese Bild entspricht auch dem während der teilnehmenden Beobachtungen gewonnenen Eindruck. Diese starke „Durchmischung“ der Teilnehmer/-innenfähigkeiten erwies sich nach Einschätzung der beteiligten Mitarbeiter/-innen bei der Durchführung der Intervention durchaus als Herausforderung, denn die einzelnen Übungen des MiA-Programms mussten mit Blick auf einzelne Teilnehmer/-innen oft in stark modifizierter Form durchgeführt werden. In der konkreten Umsetzung war dies zum Teil nur deshalb möglich, weil während der Durchführung stets zwei Mitarbeiter/-innen beteiligt waren. Der Personaleinsatz „musste“ also trotz einer verhältnismäßig kleinen Gruppengröße vergleichsweise hoch sein. Das Feedback der Teilnehmer/-innen erlebten die beteiligten Mitarbeiter/-innen in der Summe als äußerst positiv. Für viele Bewohner/-innen stellte die Intervention ihrer Einschätzung nach eine willkommene Abwechslung bzw. Ergänzung zu anderen Aktivitäten in der Einrichtung dar. Allerdings - so die selbstkritische Einschätzung der Mitarbeiter/-innen - sei die Intervention für die meisten Teilnehmer/-innen eher mit Blick

auf soziale Aspekte ein Erfolg. Körperliche Auswirkungen erwarteten sie, auch angesichts der nur einmal wöchentlichen Durchführung, eher nicht.

Tabelle 13: Grad der Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA) der Teilnehmer/-innen am Bewegungsangebot in Einrichtung D

Mobilitätsklasse (NBA)	selbständig	geringe Beeinträchtigung	erhebliche Beeinträchtigung	schwere Beeinträchtigung	völliger/ weitgehender Selbstständigkeitsverlust
Teilnehmer/-innen	1	0	2	1	3

Tabelle 14: Grad der Beeinträchtigung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten (NBA) der Teilnehmer/-innen am Bewegungsangebot in Einrichtung D

Klasse kognitive & kommunikative Fähigkeiten (NBA)	Keine Beeinträchtigung	geringe Beeinträchtigung	erhebliche Beeinträchtigung	schwere Beeinträchtigung	völliger/ weitgehender Fähigkeitsverlust
Teilnehmer/-innen	1	1	1	3	1

Betrachtet man den Verlauf der Implementation in Einrichtung D wird deutlich, dass sich einerseits Probleme inhaltlicher Art, vor allem aber Schwierigkeiten hinsichtlich der Organisation und der nachhaltigen Verankerung des Angebotes ergaben. So konnte z.B. das „Raumproblem“ nicht zufriedenstellend gelöst werden und die gemeinsame Durchführung der Übungen erwies sich angesichts des sehr unterschiedlichen Leistungsniveaus der Teilnehmer/-innen als Herausforderung. Als noch problematischer erlebten die beteiligten Mitarbeiter/-innen aber die aus ihrer Sicht geringe Akzeptanz der Intervention durch Kolleginnen und Kollegen sowie die ihrer Wahrnehmung nach nicht ausreichend vorhandene Unterstützung durch die Einrichtungsleitung bzw. die Pflegedienstleitung. Im Rückblick ist anzunehmen, dass bereits die vergleichsweise lange Zeit bis zur Bildung einer Projektgruppe und viele der nachfolgend aufgetretenen Implementationsprobleme maßgeblich den „unruhigen“ Rahmenbedingungen und vielfältigen anderen „Baustellen“ in der Einrichtung geschuldet waren. Durch eine hohe Personalfuktuation sowohl auf der Arbeits-, als auch auf der Managementebene (Im Verlauf des Projektes kam es zu zwei personellen Wechseln in der Einrichtungsleitung) traten immer wieder organisatorische Probleme auf, die nicht ohne weiteres gelöst werden konnten. Außerdem wurde dem Projekt von den neu hinzu gekommenen Führungskräften augenscheinlich nicht die für die Umsetzung und nachhaltige Verankerung notwendige Priorität eingeräumt. Eine der beteiligten Pflegekräfte wies z.B. darauf hin, dass die regelmäßige Nicht-Berücksichtigung ihrer Beteiligung an der Intervention bei der Dienstplangestaltung für sie ein wichtiger Entscheidungsgrund für das Ausscheiden aus der Projektgruppe war.

Es ist nicht verwunderlich, dass die Intervention unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht nachhaltig verankert werden konnte. Bereits relativ früh im Implementationsverlauf kam es, vor

allem aufgrund personeller Engpässe, zu „Pausen“, in denen die Intervention nicht angeboten wurde. Seit Herbst 2015 „pausiert“ das Angebot dauerhaft und wird, so die Einschätzung der früher beteiligten Mitarbeiter/-innen, in absehbarer Zukunft auch nicht wieder aufgenommen werden.

5. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Wie die unterschiedlichen Verläufe in den Projekteinrichtungen verdeutlicht haben, unterliegen Implementationsprozesse vielfältigen Einflüssen auf unterschiedlichen Ebenen. Einen wichtigen Faktor bildet dabei der Rahmen, in den ein Innovationsprojekt in einer Pflegeeinrichtung eingebettet ist. Als besonders bedeutsam für den Implementationsprozess erwies sich dabei die in einer Einrichtung herrschende *Organisations- und Veränderungskultur*. Dies zeigte sich besonders in Einrichtung A, die bereits auf zahlreiche erfolgreich durchgeführte innovative Projekte zurückblicken konnte. Die mit dem Projekt einhergehenden Veränderungsprozesse waren für die Mitarbeitenden zwar durchaus mit Herausforderungen verbunden. Allerdings begegneten sie diesen, so der Eindruck, mit einer gewissen Gelassenheit bzw. „Normalität“, da sie sich vermutlich stärker als die Mitarbeitenden anderer Einrichtungen bewusst waren, dass ungeplante Anforderungen auf sie zukommen würden. Hinzu kam, dass die Managementebene in dieser Einrichtung den Implementationsprozess engmaschig begleitete und die Mitarbeitenden so Probleme zeitnah kommunizieren konnten und gemeinsam Lösungen gesucht wurden. Die Einbindung der Leitungsebene war in den anderen beteiligten Einrichtungen weniger ausgeprägt, wäre dort aber nicht minder hilfreich gewesen.

Als wichtig erwies sich auch, frühzeitig Überlegungen zur *Kompatibilität des neuen Angebots mit bestehenden Abläufen und Routinen* in der Einrichtung anzustellen. Geschieht dies nicht und werden Diskompatibilitäten erst nach dem Start der Intervention offensichtlich, kann sich das negativ auf die praktische Umsetzung auswirken. Dies ist z.B. der Fall, wenn es zu zeitlichen Überschneidungen mit anderen Angeboten kommt oder Abläufe in den Wohnbereichen der Einrichtungen umgestellt werden müssen, um den Bewohner/-innen die Teilnahme zu ermöglichen. Dabei könnten diese Probleme, wie sich im Projektverlauf zeigte, häufig bei entsprechend vorausschauender Projektplanung, verhindert werden.

Neben diesen ganz praktischen Problemen kann es bei einer schlechten Abstimmung zudem leicht zu Einschränkungen der Akzeptanz seitens nicht unmittelbar am Projekt beteiligter Mitarbeiter/-innen kommen, wenn diese sich in ihrer Arbeit beeinträchtigt sehen. Dies war z.B. dann der Fall, wenn sie kurzfristig einspringen und „normale“ Aufgaben für Projektmitarbeiter/-innen übernehmen mussten.

Dass organisatorische Probleme bei der Implementation neuer Angebote nicht selten sind, verdeutlichen die Ergebnisse der Mitarbeiter/-innenbefragung, die gegen Ende des Projektes durchgeführt wurde (vgl. Kap. 3.2). In keiner Einrichtung attestierten die Mitarbeiter/-innen eine „problemfreie“ Integration des neuen Angebotes in bestehende Routinen (vgl. Tab. 15). Entscheidend für eine erfolgreiche Implementation ist es, diese Probleme frühzeitig zu erkennen, sie wenn möglich zeitnah zu lösen und so Umsetzungs- aber auch Akzeptanzprobleme zu vermeiden.

Tabelle 15: Treten bei der organisatorischen Einbindung des Bewegungsangebotes in die alltäglichen Arbeitsabläufe Probleme auf? (n=40)

	keine Probleme		lösbare Probleme		Probleme, die nicht (immer) gelöst werden können		weiß nicht/kann ich nicht beurteilen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Einrichtung A	6	42,9%	6	42,9%	0	0,0%	2	14,3%
Einrichtung B	1	20,0%	2	40,0%	1	20,0%	1	20,0%
Einrichtung C	4	44,4%	4	44,4%	1	11,1%	0	0,0%
Einrichtung D	5	41,7%	2	16,7%	3	25,0%	2	16,7%
gesamt	16	40,0%	14	35,0%	5	12,5%	5	12,5%

In engem Zusammenhang mit dem organisationalen Rahmen sind die hinter der Entscheidung zur Umsetzung einer Innovation stehenden *Motive* zu sehen. Es ist durchaus nicht ungewöhnlich, dass innovative Konzepte aufgrund externer Anreize aufgegriffen werden. So erfolgte in allen beteiligten Einrichtungen die Entscheidung, sich intensiv dem Thema Bewegungsförderung zu widmen, auch vor dem Hintergrund der absehbaren Einführung des nationalen Expertenstandards „Erhaltung und Förderung von Mobilität in der Pflege“. In einer Einrichtung spielte vermutlich auch das strategische Motiv, die Beteiligung am Projekt als Marketingargument und Wettbewerbsvorteil gegenüber Mitbewerbern einsetzen zu können, eine zentrale Rolle. Solche extrinsischen Motive haben durchaus ihre Berechtigung. Allerdings ist es problematisch, wenn sie das Hauptargument für die Initiierung eines Projektes darstellen und die erforderliche inhaltliche Auseinandersetzung mit dem gewählten Thema in der Folge nicht oder nur eingeschränkt stattfindet. Dies kann u.a. dazu führen, dass das eigentlich wünschenswerte Motiv - die Verbesserung der Situation der Nutzer/-innen - aus dem Blick gerät und bei der Beurteilung der Projektumsetzung nicht als zentraler Bewertungsmaßstab herangezogen wird.

Dass bewegungsfördernde Interventionen aus Sicht der überwiegenden Zahl der Mitarbeiter/-innen grundsätzlich eine Bereicherung für die Nutzer/-innen darstellen und positiv bewertet werden, verdeutlichen ebenfalls die Ergebnisse der Mitarbeiter/-innenbefragung (vgl. Tab 16). Allerdings garantiert dies, wie die Beispiele aus den Einrichtungen B und D zeigten, nicht zwangsläufig die nachhaltige Implementation der Angebote.

Tabelle 16: Wie beurteilen Sie die Einführung des Bewegungsangebotes insgesamt? (n=40)

	Es ist eine sinnvolle Ergänzung bestehender Aktivitäten		Ich halte das Angebot für überflüssig/nicht besonders sinnvoll		weiß nicht/kann ich nicht beurteilen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Einrichtung A	12	92,3%	0	0,0%	1	7,7%
Einrichtung B	4	80,0%	0	0,0%	1	20,0%
Einrichtung C	8	88,9%	0	0,0%	1	11,1%
Einrichtung D	9	69,2%	2	15,4%	2	15,4%
gesamt	33	82,5%	2	5,0%	5	12,5%

In engem Zusammenhang mit der Motivation und der Gestaltung der Rahmenbedingungen ist auch die Frage der *fortwährenden Unterstützung des Projektes durch die Leitungsebene* der Einrichtungen zu sehen. Auch wenn viele Aufgaben, die die Implementation mit sich bringt, delegiert werden können; Letztlich liegt die Verantwortung für einen gelingenden Implementationsprozess bei der fachlichen Leitung, die dementsprechend regelmäßig Präsenz zeigen und die beteiligten Mitarbeiter/-innen in ihrer Motivation stärken sollte. Eine derartige Unterstützung wird, wie viele Interviews zeigten, von vielen Mitarbeiter/-innen geschätzt und positiv bewertet. Anders herum wurde in einzelnen Fällen von den Mitarbeitenden aufgrund einer als gering wahrgenommenen Unterstützung sogar daran gezweifelt, ob die Einführung der Intervention von Seiten des Managements wirklich „gewollt“ war bzw. Priorität besaß.

Mit Blick auf die Organisation zeigte sich, dass der Implementationsverlauf überdies stark von Faktoren beeinflusst werden kann, die vordergründig nichts mit der Intervention selbst zu tun haben, sondern unabhängig von ihr auftreten. Kam es beispielsweise in den Einrichtungen während der Implementation zu *gravierenden strukturellen Veränderungen*, z.B. zu Umbesetzungen im Leitungsteam oder dem Weggang einzelner am Projekt beteiligter Akteure, sorgte dies zum Teil dafür, dass die Umsetzung ins Stocken geriet. Dies lag nach Einschätzung einzelner Mitarbeiter/-innen unter anderem daran, dass sich die Prioritäten in der Organisation und damit die Unterstützung für das Implementationsprojekt veränderten bzw. von den Projektmitarbeiter/-innen neu eingeschätzt werden mussten.

Wie die Erfahrungen im Projekt zeigten, wird der Implementationsverlauf ganz erheblich durch die Frage beeinflusst, ob und wann die für die Intervention notwendigen *materiellen, zeitlichen und personellen Ressourcen* zur Verfügung stehen. Kommt es hier zu Defiziten, wirkt sich das stark auf die praktische Umsetzung aus. So konnten z.B. in einer Einrichtung aufgrund fehlender Trainingsmaterialien bestimmte, eigentlich im Interventionskonzept vorgesehene Übungen, nicht durchgeführt werden. In einem anderen Fall führten zu knapp kalkulierte personelle Ressourcen bei der

Vorbereitung der Interventionsdurchführung dazu, dass diese zeitlich nicht wie geplant begonnen werden konnte. Da der genutzte Raum nur für eine begrenzte Zeit verfügbar war, musste die Intervention außerdem vorzeitig beendet werden. Auch wenn diese (hier nur beispielhaft aufgeführten) Probleme offensichtlich und nachvollziehbar erscheinen, führten sie doch bei den beteiligten Mitarbeiter/-innen zu (eigentlich vermeidbarem) Stress und – wenn sie nicht zeitnah beseitigt werden konnten – bei einigen Beteiligten zu erheblichen Frustrationen.

Dass das Fehlen bestimmter Voraussetzungen zu praktischen Problemen führt ist nachvollziehbar und bedarf an dieser Stelle keiner weiteren Erläuterung. Die Projekterfahrungen zeigen jedoch, dass Ressourcendefizite im Wesentlichen auf zwei Ursachen zurückzuführen waren:

- Probleme aufgrund unzureichender Planung: Die benötigten Ressourcen wären eigentlich verfügbar gewesen. Sie wurden jedoch bei der Planung der praktischen Umsetzung nicht berücksichtigt und standen darum nicht oder erst verspätet zur Verfügung.
- Die benötigten materiellen, räumlichen und/oder personellen Mittel wurden von Seiten des Managements nicht, nur eingeschränkt oder nicht dauerhaft zur Verfügung gestellt.

In beiden Fällen handelt es sich um Probleme, die bei einer realistischen, vorausschauenden Planung der Implementation antizipierbar und somit vermeidbar gewesen wären. Hier zeigt sich, wie wichtig eine detaillierte, frühzeitige Planung der Implementation und eine genaue Abstimmung zwischen allen beteiligten Personen für einen reibungslosen Ablauf und somit eine insgesamt erfolgreiche Umsetzung sind.

Eine entscheidende Rolle bei der Einführung eines innovativen Angebotes spielen auch die *an der Planung und Umsetzung beteiligten Mitarbeiter/-innen*. Dabei spielen unterschiedliche Aspekte eine Rolle:

- Die Einführung innovativer Konzepte verlangt von den Mitarbeiter/-innen ein gewisses *Interesse und Engagement* für das zu bearbeitende Thema. Eher ungünstig ist es, wenn die Zuordnung zum Projektteam seitens der Managementebene erfolgt, ohne dass vorab die Bereitschaft der Mitarbeiter/-innen zur Beteiligung erfragt wird. Denn auch bei einem positiven Implementationsverlauf ist zumindest phasenweise mit Problemen und Widrigkeiten zu rechnen, deren Überwindung von den Beteiligten persönliches Engagement verlangt. Darüber hinaus kommt den direkt beteiligten Mitarbeiter/-innen häufig die Rolle von Multiplikatoren zu, die das neue Angebot in der Einrichtung bekannt machen und erklären. In diesem Zusammenhang ist es günstig, wenn die Beteiligten von der Sinnhaftigkeit des Angebotes überzeugt sind und dessen erfolgreiche Implementation auch zu ihrem persönlichen Ziel machen. Die Erfahrungen aus den Projekteinrichtungen zeigen, dass die Bedeutung einzelner Personen, die innerhalb des Projektes eine Führungsrolle übernehmen und sich im Zweifel hartnäckig für dessen Umsetzung einsetzen, gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

- Auch die Frage nach der *Qualifikation* der Mitarbeiter/-innen ist von hoher Relevanz. Damit angesprochen ist zum einen die fachliche Qualifikation zur Umsetzung und Durchführung der Intervention. Dafür ist mindestens eine umfassende inhaltliche Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Interventionskonzept notwendig. Wenn zur ausgewählten Intervention entsprechende Fortbildungsangebote existieren, ist deren Nutzung zu empfehlen. Dies wurde von Mitarbeiter/-innen, die an solchen Schulungen teilnahmen, als außerordentlich hilfreich und darüber hinaus auch als motivierend eingeschätzt. Zum anderen ist es gerade mit Blick auf bewegungsfördernde Gruppeninterventionen von Vorteil, wenn zumindest ein Teil der beteiligten Mitarbeiter/-innen über Vorerfahrungen bei der Gestaltung von Gruppenangeboten verfügt oder (im Idealfall) dies sogar Bestandteil ihrer beruflichen Ausbildung war. Diese Personen können andere Beteiligte im Sinne eines „role-models“ häufig gut an diese für sie neue Aufgabe heranführen.

Nicht zuletzt erwies es sich als Vorteil, wenn bei der Planung und Umsetzung eines Angebotes auch Mitarbeiter/-innen beteiligt wurden, die über eine gewisse *Erfahrung bei der Steuerung und Organisation einrichtungsterner Abläufe* verfügten und dieses Wissen bei der Umsetzung der Intervention einbringen konnten.

Erwähnenswert ist ein weiterer Punkt, der nur indirekt mit Fragen der Implementation zusammenhängt: Wie bereits in den Fallbeschreibungen deutlich wurde, differierten die in den Projekteinrichtungen *erreichten Nutzer/-innengruppen* hinsichtlich ihrer kognitiven und körperlichen Fähigkeiten teils erheblich voneinander. (vgl. Abb. 1 und 2).

Abbildung 1: Teilnehmer/-innen am Bewegungsangebot: Grad der Beeinträchtigung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten (NBA) nach Einrichtung

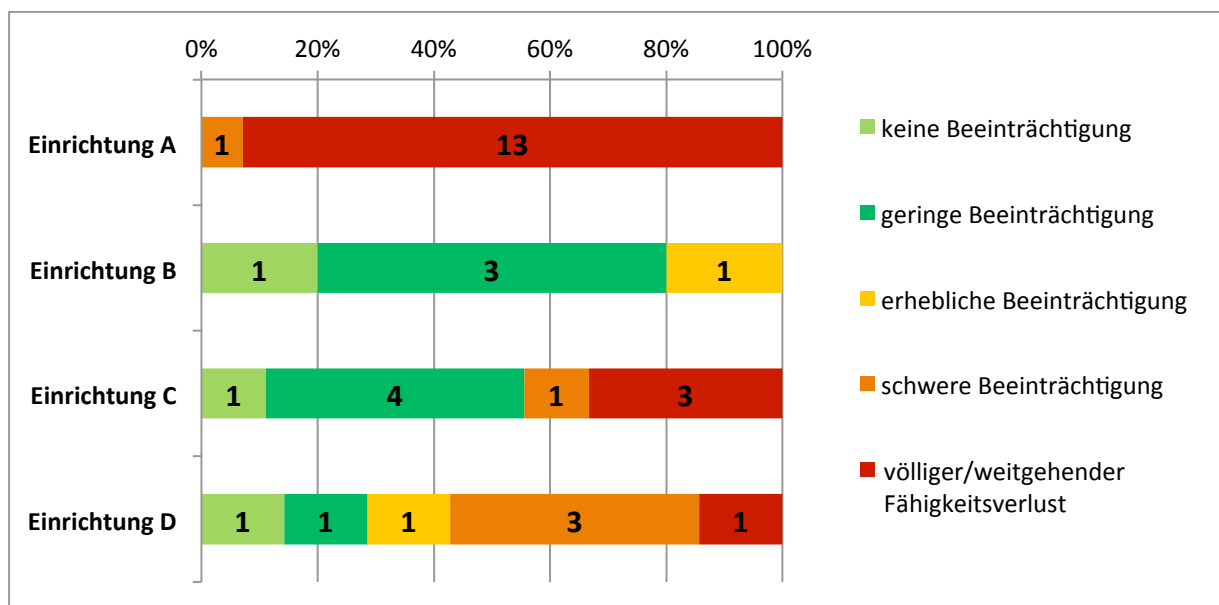
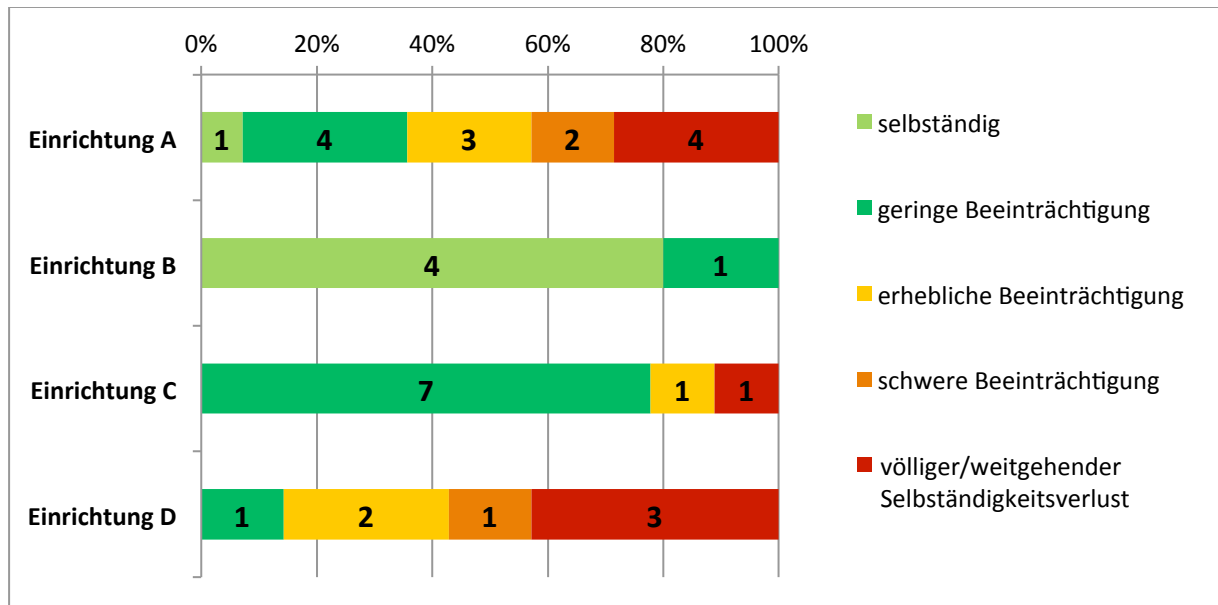


Abbildung 2: Teilnehmer/-innen am Bewegungsangebot: Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA) nach Einrichtung



Dies ist nicht verwunderlich, da auch die Zielgruppen, für die die einzelnen Interventionen konzipiert wurden, sich stark zwischen den Einrichtungen unterscheiden. Erwähnenswert ist, dass in keiner der beteiligten Pflegeeinrichtungen eine systematische, assessmentgestützte Bewohner/-innenauswahl vorgenommen wurde. Lediglich in Einrichtung A war die Tatsache, dass ausschließlich hochgradig kognitiv beeinträchtigte Nutzer/-innen teilnehmen würden von vornherein absehbar, da die Intervention in einem auf diese Zielgruppe spezialisierten Wohnbereich eingesetzt wurde. Auch wenn diese von den beteiligten Mitarbeiter/-innen überwiegend „intuitiv“ vorgenommene Teilnehmer/-innenauswahl in vielen Fällen funktionierte, zeigte sich doch, dass es auch zu Fehleinschätzungen kam und einige Bewohner/-innen wider Erwarten nicht über die notwendigen Fähigkeiten zur Teilnahme verfügten. Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, die Auswahl der Teilnehmer/-innen an bewegungsfördernden Gruppeninterventionen grundsätzlich stärker an vordefinierten Kriterien auszurichten, als dies in den Einrichtungen praktiziert wurde.

6. Entwicklung und Validierung einer Handreichung

Die im Projekt entwickelte Handreichung zur Implementation gesundheitsfördernder Gruppeninterventionen basiert zum einen auf den im Projekt gewonnenen Erkenntnissen. Zum anderen flossen Ergebnisse anderer Untersuchungen, die sich ganz allgemein mit der Implementation innovativer Konzepte und Interventionen und/oder speziell mit dem Einsatz evidenzbasierter Konzepte zur Bewegungsförderung in der pflegerischen Versorgung befasst haben, mit in ihre Entwicklung ein. Ziel war es, Verantwortlichen aus der Pflegepraxis ein Tool zur Verfügung zu stellen, mit dessen Hilfe sie die Implementation gesundheitsfördernder Interventionen in ihren Einrichtungen zielgerichteter planen und begleiten können, als dies in der Praxis bislang häufig der Fall war.

Um der Handreichung einen möglichst handlungsleitenden Charakter zu verleihen, folgt ihre Struktur der idealtypischen „Chronologie“ erfolgreicher Implementationsprojekte. Die relevanten Fragen wurden anhand von Leitfragen in der Folge aufgearbeitet (und mit entsprechenden Empfehlungen versehen), in der sie sich in der Praxis häufig stellen. Daraus ergab sich folgender thematischer Aufbau:

- In Kapitel 1 werden die Kompetenzen und damit verknüpften Rollen der (potenziell) bei der Implementation zu beteiligenden Akteure thematisiert. Hier geht es u.a. um die Verteilung von Projektaufgaben oder die Einbindung in die Projektplanung.
- Kapitel 2 befasst sich mit der konkreten Planung und Umsetzung der Implementation eines bewegungsfördernden Gruppenangebotes. Die in diesem Abschnitt angesprochenen Fragen betreffen z.B. die zielgerichtete Auswahl der Intervention selbst, die Qualifizierung von Mitarbeiter/-innen oder die Durchführung einer realistischen Implementationsplanung.
- Im folgenden Kapitel werden Fragen des Monitorings und der abschließenden Evaluation eines Implementationsprojekts thematisiert. Konkret werden z.B. der Grad der Einbindung des neuen Angebotes in bestehende Organisationsstrukturen oder die Überprüfung des Erreichens einer bestimmten Zielgruppe angesprochen.
- Kapitel 4 befasst sich abschließend in knapper Form mit Fragen der Verstetigung und der dauerhaften Verankerung bewegungsfördernder Interventionen in stationären Pflegeeinrichtungen.

Nach Fertigstellung einer ersten Version der Handreichung, wurde sie in einem weiteren Schritt auf ihre Praxisrelevanz und -tauglichkeit hin überprüft. Zu diesem Zweck wurden insgesamt sechs Fokusgruppeninterviews geführt, in denen verschiedene Punkte thematisiert wurden:

- Die inhaltliche Relevanz und Darstellung der aufgegriffenen Themen,
- die Strukturierung der einzelnen Themenfelder und
- die sprachliche Verständlichkeit.

In diesen Validationsprozess wurden zunächst Mitarbeiter/-innen der im Projekt beteiligten Pflegeeinrichtungen einbezogen. So sollte sichergestellt werden, dass die aus Sicht dieses Personenkrei-

ses relevanten Themen und Erfahrungen tatsächlich aufgegriffen wurden. Darüber hinaus wurden zwei Fokusgruppen mit Expert/-innen zweier größerer Einrichtungsträger, die bereits über Erfahrungen mit dem Thema Bewegungsförderung verfügen, durchgeführt. Einen Überblick über die durchgeführten Interviews gibt die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 17: Teilnehmer/-innen an den Fokusgruppeninterviews zur Validierung der Handreichung

	Anzahl beteiligter Personen	vertretene Qualifikationen
Einrichtung A	5	Pflegedienstleitung, Pflegefachkräfte, Betreuungskräfte
Einrichtung B	8	Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Pflegefachkräfte, Betreuungskräfte
Einrichtung C	4	Pflegedienstleitung, Betreuungskräfte
Einrichtung D	2	Physiotherapie, Pflegefachkraft, Pflegehilfskraft
überörtlicher Träger (freie Wohlfahrt)	3	Mitarbeiter/-innen des übergeordneten Qualitätsmanagements (Pflegefachkräfte)
regionaler Träger (freie Wohlfahrt)	9	Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen, Pflegefachkräfte, QM-Beauftragter

Die Gruppeninterviews wurden in den Einrichtungen der Teilnehmer/-innen durchgeführt und aufgezeichnet. Sie dauerten zwischen 45 und 90 Minuten. Alle sechs Interviews wurden im Anschluss mit Blick auf die drei spezifischen Themengebiete paraphrasiert und ausgewertet.

Insgesamt fiel das Feedback der Interviewteilernehmer/-innen ausgesprochen positiv aus. In keiner der Fokusgruppen wurde grundsätzliche Kritik an der Handreichung geübt oder deren Praxistauglichkeit in Frage gestellt. Als positiv wurde von vielen Teilnehmer/-innen der als gut nachvollziehbar und handlungsleitend eingeschätzte Aufbau anhand von Leitfragen eingeschätzt. Auch wenn einige Teilnehmer/-innen signalisierten, dass einzelnen Fragen aus ihrer Sicht eine besonders hohe Bedeutung zukommt, wurde keines der aufgegriffenen Themen als unwesentlich oder gar überflüssig bewertet.

Die Auswertung der Fokusgruppen führte somit zu dem Ergebnis, dass Aufbau und inhaltliche Ausrichtung der Handreichung nicht verändert werden mussten. Gleichwohl schienen kleinere Anpassungen, insbesondere mit Blick auf die Verständlichkeit des Textes, sinnvoll zu sein. Daher wurden an einigen Stellen sprachliche Vereinfachungen vorgenommen und Fremdwörter ersetzt. Außerdem wurde die Handreichung um ein Glossar ergänzt, in dem einige Fachausdrücke näher

erläutert werden. Nicht zuletzt wurde die Bedeutung einzelner Themenpunkte, die von den Interviewteilnehmer/-innen als besonders relevant angesehen wurden, deutlicher herausgestellt.

7. Fazit

Wie deutlich geworden sein dürfte, stellt die Einführung bewegungsfördernder Konzepte und Interventionen stationäre Pflegeeinrichtungen vor vielfältige Herausforderungen, bei deren Bewältigung ein komplexes Gefüge unterschiedlicher Faktoren eine Rolle spielt und berücksichtigt werden muss. Dabei geht es nicht nur um die spezifischen, mit der Intervention einhergehenden fachlichen Anforderungen, sondern auch um die Einbettung des Implementationsprozesses in bestehende Einrichtungsstrukturen und -prozesse. Daraus erwachsen - sowohl auf Leitungs- als auch auf Arbeitsebene - vielfältige Aufgaben bei der Projektplanung und -umsetzung.

Die im Projekt entwickelte Handreichung kann stationären Pflegeeinrichtungen in diesem Zusammenhang wichtige Impulse und Hinweise bei der Auswahl, Planung und Umsetzung bewegungsfördernder Gruppeninterventionen geben. Gleichwohl ist darauf hinzuweisen, dass die Implementation innovativer und damit für die Praxis neuer Angebote selten ohne besondere Anstrengungen realisierbar ist, die über die Anforderungen im „normalen“ Alltagsbetrieb einer Pflegeeinrichtung hinaus gehen und den Einsatz zusätzlicher Ressourcen verlangen. Umso wichtiger ist es, den Zeitpunkt der Implementation sorgfältig auszuwählen und sich der damit verbundenen Anforderungen bewusst zu sein. Dies ist insbesondere angesichts der aktuellen Situation, in der viele Pflegeeinrichtungen intensiv mit den Vorbereitungen zur Umsetzung des PSG II befasst sind, von Bedeutung.

Abschließend sei auf einen Sachverhalt hingewiesen, der sich – losgelöst von der Beobachtung des Implementationsprozesses - bei der Auswertung der Teilnehmer/-innendaten zeigte: Mit den ausgewählten Interventionen wurden vor allem Personen erreicht, die mit Blick auf ihr Fähigkeitsprofil als vergleichsweise „fit“ einzuordnen sind. Auch wenn sich auf Basis der Auswertungen kein repräsentatives Bild zeichnen lässt, kann dies als Hinweis darauf gewertet werden, dass es schwierig ist, mit den verfügbaren Interventionen auch höhergradig beeinträchtigte Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen zu erreichen. Die Neu- und Weiterentwicklung bewegungsfördernder Interventionen für diese bislang selten erreichte Zielgruppe sollte also weiter voran getrieben werden, damit Pflegeeinrichtungen sie in der Praxis aufgreifen können.

Abbildungen und Tabellen

ABBILDUNG 1: TEILNEHMER/-INNEN AM BEWEGUNGSANGEBOT: GRAD DER BEEINTRÄCHTIGUNG KOGNITIVER UND KOMMUNIKATIVER FÄHIGKEITEN (NBA) NACH EINRICHTUNG.....	23
ABBILDUNG 2: TEILNEHMER/-INNEN AM BEWEGUNGSANGEBOT: SELBSTÄNDIGKEIT BEI DER MOBILITÄT (NBA) NACH EINRICHTUNG	24
TABELLE 1: ANZAHL UND TEILNEHMER/-INNEN DER DURCHGEFÜHRTEN INTERVIEWS	4
TABELLE 2: TEILNAHME AN DEN MITARBEITER/-INNENBEFRAGUNGEN	5
TABELLE 3: STRUKTURMERKMALE DER EINRICHTUNG A (OKTOBER 2014)	7
TABELLE 4: GRAD DER SELBSTÄNDIGKEIT BEI DER MOBILITÄT (NBA) DER TEILNEHMER/-INNEN AM BEWEGUNGSANGEBOT IN EINRICHTUNG A.....	8
TABELLE 5: GRAD DER BEEINTRÄCHTIGUNG KOGNITIVER UND KOMMUNIKATIVER FÄHIGKEITEN (NBA) DER TEILNEHMER/-INNEN AM BEWEGUNGSANGEBOT IN EINRICHTUNG A.....	8
TABELLE 6: STRUKTURMERKMALE DER EINRICHTUNG B	10
TABELLE 7: GRAD DER SELBSTÄNDIGKEIT BEI DER MOBILITÄT (NBA) DER TEILNEHMER/-INNEN AM BEWEGUNGSANGEBOT IN EINRICHTUNG B	11
TABELLE 8: GRAD DER BEEINTRÄCHTIGUNG KOGNITIVER UND KOMMUNIKATIVER FÄHIGKEITEN (NBA) DER TEILNEHMER/-INNEN AM BEWEGUNGSANGEBOT IN EINRICHTUNG B	11
TABELLE 9: STRUKTURMERKMALE DER EINRICHTUNG C	12
TABELLE 10: GRAD DER SELBSTÄNDIGKEIT BEI DER MOBILITÄT (NBA) DER TEILNEHMER/-INNEN AM BEWEGUNGSANGEBOT IN EINRICHTUNG C.....	14
TABELLE 11: GRAD DER BEEINTRÄCHTIGUNG KOGNITIVER UND KOMMUNIKATIVER FÄHIGKEITEN (NBA) DER TEILNEHMER/-INNEN AM BEWEGUNGSANGEBOT IN EINRICHTUNG C	14
TABELLE 12: STRUKTURMERKMALE DER EINRICHTUNG D	15
TABELLE 13: GRAD DER SELBSTÄNDIGKEIT BEI DER MOBILITÄT (NBA) DER TEILNEHMER/-INNEN AM BEWEGUNGSANGEBOT IN EINRICHTUNG D	17
TABELLE 14: GRAD DER BEEINTRÄCHTIGUNG KOGNITIVER UND KOMMUNIKATIVER FÄHIGKEITEN (NBA) DER TEILNEHMER/-INNEN AM BEWEGUNGSANGEBOT IN EINRICHTUNG D.....	17
TABELLE 15: TRETEN BEI DER ORGANISATORISCHEN EINBINDUNG DES BEWEGUNGSANGEBOTES IN DIE ALLTÄGLICHEN ARBEITSABLÄUFE PROBLEME AUF? (N=40)	20
TABELLE 16: WIE BEURTEILEN SIE DIE EINFÜHRUNG DES BEWEGUNGSANGEBOTES INSGESAMT? (N=40)	21
TABELLE 17: TEILNEHMER/-INNEN AN DEN FOKUSGRUPPENINTERVIEWS ZUR VALIDIERUNG DER HANDREICHUNG	26

Literatur

- Beck, U., & Bonß, W. (1989). *Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Caracelli, V. J. (2006). Methodology: Building Bridges to Knowledge. In R. Stockmann (Ed.), *Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder* (pp. 177-203). Münster: Waxmann Verlag.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350.
- Eichenseer, B., & Gräbel, E. (2011). *Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz: motorisch - alltagspraktisch - kognitiv - spirituell*. München: Elsevier.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature* (Vol. 231). Tampa, Florida: National Implementation Research Network at the Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida
- Grant, P.-M., Granat, M. H., Thow, M. K., & Maclaren, W. M. (2010). Analyzing free-living physical activity using body-worn activity monitors. *Journal of Aging and Physical Activity*, 18(2), 171-184.
- Horn, A., Brause, M., & Schaeffer, D. (2011). Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung - Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6(4), 262-269.
- Horn, A., Brause, M., & Schaeffer, D. (2012). Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung. In G. Geuter & A. Holleederer (Eds.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (pp. 305-318). Bern: Huber.
- Kalinowski, S., Wulff, I., Kölzsch, M., & Kopke, K. (2012). Physical Activity in Nursing Homes - Barriers and Facilitators: a cross-sectional study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 20, 421-421.
- Kleina, T., Brause, M., Horn, A., Wingenfeld, K., & Schaeffer, D. (2012). *Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe - Eine empirische Bestandsaufnahme*. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P12-147.
- Kleina, T., Horn, A., & Schaeffer, D. (2014). *Implementation von Interventionen zur Verbesserung des Versorgungszustandes von hochaltrigen Bewohner/-innen stationärer Einrichtungen*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Kuhlmey, A., & Schaeffer, D. (Eds.). (2008). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern u.a.: Verlag Hans Huber.
- Meuser, M., & Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Eds.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (pp. 71-93). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th ed.). New York: Free Press.

- Sackley, C. M., van den Berg, M. E., Lett, K., Patel, S., Hollands, K., Wright, C. C., & Hoppitt, T. J. (2009). Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 339, b3123
- Schaeffer, D. (1991). Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen. *neue praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 21(5-6), 392-406.
- Schaeffer, D., & Büscher, A. (2009). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung - empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(6), 441-451.
- Schaeffer, D., & Horn, A. (2013). Prävention von Pflegebedürftigkeit. Eine explorative Studie zur Perspektive von Hausärzten. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(2), 83-91.
- Stadtsporthandwerk Bielefeld e.V. (2009). *MIA. Mobil im Alter. Trainingshandbuch*. Bielefeld: Stadtsporthandwerk Bielefeld e.V.
- SVR. (2012). *Wettbewerb an der Schnittpunkte zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012*. Bonn.
- von Engelhardt, M., & Herrmann, C. (Eds.). (1999). *Humanisierung im Krankenhaus. Empirische Befunde zur Professionalisierung der Patientenversorgung*. Weinheim und München: Juventa.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research. Designs and Methods*. London: SAGE Publications.
- Yumin, E. T., Simsek, T. T., Sertel, M., Ozturk, A., & Yumin, M. (2011). The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(3), e180-184.