



# Erfolgsfaktoren und Hemmnisse bei der Implementation des Lübecker Modell Bewegungswelten in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation

## Einleitung und Hintergrund

In den letzten Jahren sind zahlreiche internationale und inzwischen auch nationale Studien entstanden, die belegen, dass Menschen trotz chronischer körperlicher und geistiger Funktionseinbußen von der regelmäßigen Teilnahme an (Gruppen-)Angeboten zur Bewegungsförderung profitieren [1–3]. Das gilt auch für Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen [4, 5]. Auch bei ihnen können durch Programme zur Förderung der Mobilität und Bewegungsfähigkeit positive körperliche, soziale und psychische Effekte erzielt werden [6–9]. In Reaktion darauf sind auch in Deutschland vermehrt Programme zur Bewegungsförderung für diese Zielgruppe entwickelt worden, deren Entwicklung und Verbreitung durch das Präventionsgesetz und den neu formulierten § 5 SGB XI enorm an Schubkraft gewonnen haben [10]. Dazu gehört auch das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ (LMB), ein innovatives Programm zur Förderung der physischen und kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen, dessen wissenschaftliche Evaluation im Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen steht.

Mit der Entwicklung des LMB wurde beabsichtigt, ein Programm zur Bewegungsförderung für hochaltrige und

pflegebedürftige Menschen in der Region Lübeck einzuführen und dauerhaft zu etablieren. Das LMB adressiert die Bewohnerschaft von Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung und geriatrische Patienten, die zwar bereits in ihrer Selbsthilfefähigkeit eingeschränkt sind, aber noch in ihrem häuslichen Umfeld leben. Das Angebot wurde als Gruppenintervention konzipiert, die zweimal wöchentlich über eine Übungszeit von 60 min von geschulten Übungsleitenden für 6–12 Teilnehmende durchgeführt wird. In alltagsnahen Übungen, die sich an jedem Übungstag an einem bestimmten Thema (einer sog. Bewegungswelt) orientieren, wie bspw. „Waldspaziergang“ oder „Haushalt“, soll der körperliche und psychische Gesundheitszustand der Teilnehmenden (z. B. Gleichgewichtssinn, Muskelkraft, Kognition, Lebensqualität) erhalten und gefördert werden. Die Gruppenintervention wird durch ein individuelles Übungsprogramm („Mein tägliches Bewegungsprogramm“) ergänzt, das an die im Gruppenkontext durchgeführten Übungen anschließt und zusätzlich an Tagen ohne Gruppenveranstaltungen absolviert werden soll (Details zum Konzept und Programm siehe Beitrag von Ralf et al. in diesem Heft).

Seit Längerem lastet auf den stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland ein großer Problem- und Reformdruck. In Reaktion darauf werden zusätzliche Innovationsvorhaben mit Vorhalten und auch Skepsis betrachtet [11, 12]. Daher war zu erwarten, dass die Umsetzung des Vorhabens in der Praxis von Komplikationen begleitet und auch die Verstetigung des Programms schwierig sein würde.<sup>1</sup>

Das LMB wurde daher nicht nur mit Blick auf die zu erwartenden individuellen Effekte evaluiert.<sup>2</sup> Vielmehr wurde über den gesamten Projektverlauf auch der Implementationsprozess

<sup>1</sup> Dies ist u. a. auf eigene Vorerfahrungen zurückzuführen, die im Rahmen eines internationalen Forschungsprojektes mit dem LBIHPR/Wien gewonnen werden konnten (siehe [11, 15, 16]).

<sup>2</sup> Die Evaluation des Modellprojektes erfolgte aus zwei Perspektiven. Die Erhebung und Analyse der Effekte und Erfolgsparameter auf der Ebene der teilnehmenden Personen wurde primär durch das Institut für Sportwissenschaft in Kiel unter der Leitung von Prof. Dr. med. Weisser vorgenommen (vgl. Willkomm: Konzept zum Lübecker Modell „Bewegungswelten“, Stand: 14.07.2015). Die wissenschaftliche Evaluation und (Prozess-)Begleitung der Implementation erfolgte durch das Team des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

wissenschaftlich evaluiert und begleitet. Diese Herangehensweise wurde als notwendig erachtet, da für das LMB – wie für alle Innovationsvorhaben – gilt, dass die Implementation durch unterschiedlich gelagerte Faktoren beeinflusst wird [11, 13, 14], die eine zielkonforme Umsetzung eines Angebots behindern und zur Verzögerung oder gar Verhinderung einer erfolgreichen Implementation führen können.

## Methodisches Vorgehen

Ziel der *wissenschaftlichen Evaluation* war es, aus der Perspektive der beteiligten Akteure (Mitarbeitende der Pflegeeinrichtungen, Übungsleitungen) fördernde und hemmende Einflussfaktoren auf die Implementation sowie zu erwartende Hürden bei der Verstetigung des Programms zu identifizieren und zu analysieren. In der Rolle der *wissenschaftlichen Begleitung* wurden diese Zwischenergebnisse dem Projektträger (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA) und dem Entwicklerteam in Lübeck regelmäßig vorgestellt, damit diese zeitnah auf identifizierte Herausforderungen eingehen konnten.

Mit der Implementationsanalyse sollten u. a. folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Welche *Rahmenbedingungen* erleichtern/erschweren die Implementation/Verstetigung des Angebots?
- Werden dabei die vorhandenen *Organisationsstrukturen und -kulturen* von Pflegeeinrichtungen berücksichtigt?
- Wird aus Sicht der beteiligten Akteure der *Bedarf der adressierten Zielgruppe* berücksichtigt?
- Welche Ergebnisse lassen sich mit Blick auf die *Motivation und Partizipation* der Nutzer der Intervention identifizieren?
- Wird der *Lebenswelt/Settingansatz* umgesetzt und ist eine nachhaltige

Verstetigung in der Lebenswelt Pflegeheim zu erwarten?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde auf qualitative und quantitative Erhebungsmethoden zurückgegriffen.<sup>3</sup> Dazu gehörten u. a.:

- a) Teilstrukturierte und problemzentrierte Interviews mit Mitarbeitenden der beteiligten Einrichtungen (Leitung, Qualitätsmanagement, Pflege) und den Übungsleiterleitenden.<sup>4</sup> Die Interviews wurden in allen beteiligten Einrichtungen zwischen 2016 und 2018 durchgeführt und erfolgten zu unterschiedlichen Zeitpunkten: jeweils 3–6 Monate nach Start der Intervention, mindestens ein weiteres Mal 9–12 Monate später und, sofern möglich, ein weiteres Mal weitere 9–12 Monate später. Die Interviews dienten dazu, Einschätzungen über die Einführung des LMB und den Umsetzungsprozess zu gewinnen. Insgesamt wurden 52 Interviews durchgeführt. Sie wurden tontechnisch aufgezeichnet und transkribiert. Das Material wurde mit MAXQDA aufbereitet und themenspezifisch nach Meuser und Nagel ausgewertet [17].
- b) Teilnehmende Beobachtungen an Übungseinheiten und projektrelevanten Besprechungen, aber auch die Analyse von Projektdokumenten, die Aufschluss über konzeptionelle Überlegungen, Planungs- und Umsetzungsschritte in den Einrichtungen geben konnten. Die gewonnenen Daten wurden als Hintergrundinformationen bei der Auswertung anderer Daten und des

Entwicklungsprozesses des LMB herangezogen.

- c) Eine anonymisierte, standardisierte Erfassung relevanter Gesundheits- und Selbstversorgungsdaten der teilnehmenden Bewohner. Sie diente ausdrücklich nicht der Effektevaluation, sondern der Analyse der durch das LMB erreichten Nutzergruppe.
- d) Es erfolgte in allen beteiligten Einrichtungen eine standardisierte, schriftliche Erhebung zu den strukturellen Rahmenbedingungen und der Organisationskultur in den Einrichtungen. Die gewonnenen Informationen wurden als Hintergrundinformationen bei der Auswertung anderer Daten herangezogen und werden an anderer Stelle publiziert.

## Ergebnisse

Im Folgenden werden zentrale Erkenntnisse der wissenschaftlichen Evaluation vorgestellt. Dabei konzentrieren sich die Ausführungen zunächst auf die *durch die professionellen Akteure* beobachteten Potenziale des LMB für die Teilnehmenden. Im Anschluss wird auf die Beurteilung des Implementationsprozesses durch die Übungsleitenden und Mitarbeitenden in den beteiligten Einrichtungen eingegangen.

### (1) Potenziale des LMB für die Nutzer in stationären Pflegeeinrichtungen

Mit dem LMB wurde ein Angebot entwickelt, dass bei den Teilnehmenden (TN) und Übungsleitenden (ÜL) anfänglich auf Skepsis stieß („noch so ein Angebot“; „das ist mir zu verspielt“). In der Praxis wurde es jedoch angenommen, machte allen Beteiligten auch noch nach mehreren Monaten „Spaß“ und stieß auf eine langfristig stabile Teilnahmemotivation. Das wird u. a. daran sichtbar, dass einigen TN das Angebot auch nach 2,5 Jahren Teilnahme „nicht langweilig“ ist. Dies ist den TN zufolge u. a. darauf zurückzuführen, dass das LMB durch Alltagsthemen strukturiert wird und Übungen zur Förderung und zum Erhalt körperlicher und kognitiver Potenziale spielerisch miteinander kombiniert. Die Übungen finden

<sup>3</sup> Das Vorhaben wurde durch die zuständige Ethikkommission der Universität Bielefeld bewilligt.

<sup>4</sup> Interviews mit den Teilnehmenden wurden nicht anvisiert, da zu erwarten war, dass sie aufgrund (kognitiver) Beeinträchtigungen nicht in der Lage sein würden, daran teilzunehmen. Allerdings konnten in den Interviews mit den professionellen Akteuren vielfältige Hinweise auf die Motivation und Partizipation der Zielgruppe gewonnen werden. Aussagen zur Perspektive der Teilnehmenden in diesem Text beziehen sich auf diese Interviews.

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:282–288 <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02894-1>  
 © Der/die Autor(en) 2019

A. Horn · T. Kleina · D. Schaeffer

## Erfolgsfaktoren und Hemmnisse bei der Implementation des Lübecker Modell Bewegungswelten in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation

### Zusammenfassung

Das Inkrafttreten des Präventionsgesetzes hat die Implementation bewegungsfördernder Angebote im Setting „Pflegeheim“ enorm befördert. Jedoch sind eine zielkonforme Umsetzung und Verstetigung solcher Angebote häufig mit großen Herausforderungen verbunden.

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ (LMB), ein innovatives Programm zur Förderung der physischen und kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen, wurde während der Entwicklung und modellhaften Implementation in Pflegeeinrichtungen der Stadt Lübeck über einen Zeitraum von 2,5 Jahren wissenschaftlich begleitet und evaluiert mit dem Ziel, hemmende und

fördernde Faktoren zu identifizieren, die den Implementationsprozess beeinflussen. Hierzu wurden unter anderem 52 teilstrukturierte, problemzentrierte Interviews mit beteiligten professionellen Akteuren (z. B. Einrichtungsmitarbeitenden, Übungsleitenden) durchgeführt und themenspezifisch ausgewertet.

Im Ergebnis konnten verschiedene Faktoren identifiziert werden, die sich auf die Implementation auswirkten: Das Angebot fördert durch seinen Aufbau und seine Struktur die Motivation und langfristige Teilnahmebereitschaft von Teilnehmenden und Übungsleitenden. Ungünstig wirkten sich die fehlende Integration von Pflegefach-

kräften und mangelnde Berücksichtigung der für Pflegeeinrichtungen typischen Organisationsstrukturen aus: Sie erschwerten die lebensweltliche Verankerung des Angebots. Zudem adressiert sich das Programm derzeit nur an einen kleinen Teil der Bewohner. Um das Angebot passgenau weiterzuentwickeln und dauerhaft in Pflegeeinrichtungen zu etablieren, bedarf es daher dringend weiterer Entwicklungsarbeiten.

### Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung · Körperliche Aktivität · Stationäre Langzeitversorgung · Pflegebedürftigkeit · Implementation

## Success factors and obstacles in the implementation of the “Lübeck Worlds of Movement Model” in inpatient care facilities—results of a scientific evaluation

### Abstract

The Prevention Act has greatly promoted the implementation of interventions focusing on the physical activity of nursing home residents. However the goal-compliant implementation and long-term sustainability of such offers is often associated with major challenges.

Over a period of 2.5 years, the program “Lübeck Worlds of Movement Model” was evaluated during its implementation in nursing homes in the city of Lübeck. The main objective was to discover promoting or inhibiting factors of the implementation

process. Alongside other data collection, 52 partially structured, problem-oriented interviews were conducted with participating professionals (e.g., employees of the nursing homes, trainers). They were analyzed and structured in a topic-based manner.

A number of promoting and inhibiting factors were identified. The structure of the program supports the participants’ and trainers’ motivation to stick to the program. However, it was not well received nor permanently adopted in all areas of the nursing homes. The lack of involvement of nursing staff and of

anchoring the program in the organizational structure and culture of the facilities were two of the most important inhibiting factors. Furthermore the model is suitable only for a limited number of residents. Further adaptations and developments have to be tackled to meet the target group’s needs and achieve the successful implementation and long-term sustainability of the program.

### Keywords

Health promotion · Physical activity · Long-term care · Nursing home · Implementation

die TN zwar „anspruchsvoll“, aber meist gut zu bewältigen, weil sie realistisch, leicht verständlich und nachvollziehbar sind.

Die zusätzlich zur Übungseinheit durchzuführenden täglichen Bewegungstrainings (Mein tägliches Bewegungsprogramm [MTB]) stießen bei den TN allerdings nicht auf die gleiche Akzeptanz und Motivation wie die Übungseinheiten. Im Projektverlauf wurde daher versucht, Betreuungskräfte stärker in die Umsetzung des LMB zu involvieren: Sie sollten die TN unterstützen und sie an die Durchführung des MTB erinnern.

In allen LMB-Gruppen konnte zudem beobachtet werden, dass sich unter den TN „das soziale Miteinander verstärkte“ und ein „Gruppengefühl“ entwickelte, was u. a. dazu führte, dass sich die TN bei den Übungen gegenseitig unterstützten. Sie begannen, Interesse aneinander zu entwickeln und auch außerhalb der Übungseinheiten Zeit miteinander zu verbringen (z. B. gingen sie gemeinsam spazieren oder besuchten Beschäftigungsangebote in den Einrichtungen).

Zusammenfassend kann dem Angebot bescheinigt werden, dass es Menschen im Alter zwischen 65 und 100 Jahren mit niedrigem Pflegegrad erreicht

und bei den TN auf überwiegend positive Resonanz stößt. Das kommt u. a. dadurch zum Ausdruck, dass nach anfänglicher Skepsis inzwischen eine starke Bindung an das Programm besteht. Die entwickelten „Bewegungswelten“ stoßen mittlerweile auf Akzeptanz und Zuspruch, denn sie ermöglichen eine den Teilnehmenden inhaltlich gut vermittelbare Struktur. Festzuhalten ist auch, dass den ÜL zufolge rasch positive Effekte auf die körperliche und geistige Aktivität wie auch auf das soziale Miteinander der TN zu beobachten sind.

## (2) Entwicklungs- und Implementationsprozess des LMB

Um die Umsetzung des LMB zu ermöglichen, haben die am Projekt beteiligten Akteure aus ihrer Sicht „viel Arbeit“ geleistet. In der Tat kann ihnen hohes Engagement bescheinigt werden. Dennoch zeigten sich – wie bei Innovationsprojekten üblich – einige Umsetzungshürden. Dazu zählten:

- der hohe Zeitaufwand für die ÜL bei der Vor- und Nachbereitung des Angebots;
- Konkurrenz mit bereits bestehenden Angeboten;
- mangelnde personelle Unterstützung bei der Vor- und Nachbereitung des Programms in einigen Einrichtungen (hierzu gehören: Raum vorbereiten und aufräumen, Material vorbereiten und aufräumen, Teilnehmende sammeln und zurück in die Zimmer begleiten, Getränke bereitstellen etc.);
- unklare Absprachen zwischen externen ÜL und Pflegeeinrichtungen über zu erbringende organisatorische Leistungen bei der Vor- und Nachbereitung;
- fehlende Kommunikationsstrukturen und -wege zwischen ÜL und Mitarbeitenden der Einrichtung (hinsichtlich allgemeiner Informationen zum Programm, Entwicklung der TN, Auswirkungen des Programms in den Einrichtungen);
- fehlende Auseinandersetzung über die Integration des Programms in die Organisationskultur und bestehende Passungsprobleme.

Aus der Perspektive der ÜL stellt vor allem der mit der Umsetzung des LMB verbundene hohe Zeitaufwand eine große Hürde dar. Soeben geschulte ÜL betonen immer wieder, dass, „wenn man das LMB wirklich gut machen will“, die Vor- und Nachbereitung des Programms mit einem hohen Zeitaufwand einhergeht, der von ihnen „nebenbei zu Hause“ geleistet werden muss. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die Mottos sehr detaillierte Anweisungen für die ÜL enthalten, um so Programmtreue zu gewährleisten und Verwässerungen zu vermeiden. Für sie bedeutet dies eine fast

minutengenaue Umsetzung der einzelnen Übungen, die relativ wenig Flexibilität ermöglicht – ein Vorgehen, das für die meisten ÜL ungewohnt ist. Daher geht das Programm aus ihrer Sicht für sie „im Vergleich zu anderen Bewegungsangeboten mit einem Mehraufwand“ einher, der finanziell nicht ausgeglichen wird. Erst im späteren Verlauf, wenn die ÜL Routinen ausgebildet haben, reduziert sich der Zeitaufwand.

Im Modellprojekt erwies sich aus Perspektive der ÜL vor allem die Beliebtheit des LMB bei den TN als Grund, das Programm auch nach langer Zeit (mehr als zweieinhalb Jahre) weiterhin mit hoher Motivation und Bereitschaft anzubieten. Hinzu kommen die von ihnen und auch vom Pflegepersonal beobachteten positiven Effekte bei den TN. Diese in ihren Augen relativ schnell sichtbaren Auswirkungen ebenso wie die Tatsache, dass es entgegen den ursprünglichen Erwartungen gelang, zumindest geringfügig kognitiv beeinträchtigte Personen einzubeziehen, wurden ebenfalls als motivationsfördernd beschrieben.

Aus der Perspektive der Mitarbeitenden der Einrichtungen wiederum ist es wichtig, dass ÜL tätig werden, die nicht nur Kompetenz für die Durchführung komplexer Bewegungsübungen erworben haben, sondern zugleich Verständnis für die hier lebende Zielgruppe – hochaltrige und pflegebedürftige Menschen – und die schwierige Situation der Einrichtungen aufbringen. Aus ihrer Sicht ist daher nicht unwichtig, welche Personen als ÜL für das LMB gewonnen werden.

Dazu ist wichtig zu wissen, dass in der frühen Entwicklungsphase des LMB eine Kooperation mit dem organisierten Sport favorisiert wurde. Personen mit Erfahrungen bei der Durchführung von Sportkursen sollten auch das LMB in Pflegeeinrichtungen durchführen. Diese Strategie stieß seitens der Mitarbeitenden in den Einrichtungen auf unterschwellige und offene Kritik. Auch aus der Perspektive der wissenschaftlichen Evaluation ist gegen diese Strategie einzuwenden, dass sie der besonderen Situation der Klientel in stationären Pflegeeinrichtungen nicht entspricht, da sich die dort lebenden Personen meist in einer gesundheitlich fra-

gilen und vulnerablen Situation befinden und speziell auf sie zugeschnittene Konzepte, besondere Formen der Ansprache und speziell für den Umgang mit dieser Zielgruppe qualifizierte ÜL benötigen [18–20]. ÜL, die nicht aus dem organisierten Sport ins LMB gekommen sind, bestätigten, dass ÜL „mehr Verständnis haben müssen“, um das Angebot zielgruppengerecht durchzuführen.

Im Projektverlauf wurde daher mehrfach darüber diskutiert, welche Berufsgruppe geeignet ist, das anspruchsvolle Programm in den Einrichtungen umzusetzen. Im Ergebnis wurden vermehrt Physio- und Ergotherapeuten als ÜL geschult. Diskutiert wurde auch über eine intensivere Einbeziehung des Pflegepersonals, da Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Langzeitversorgung in anderen Ländern explizit zu den Aufgaben der Pflege zählen, die partiell im Team mit Physio- und Ergotherapeuten durchgeführt werden. Die Umsetzung im LMB steht allerdings noch aus und wurde im Verlauf des Projektes nicht angegangen.

Die Rekrutierung der ÜL wurde auch unter einem anderen Gesichtspunkt erörtert und diskutiert: Bislang ungeklärt ist, ob zur Einrichtung gehörende interne oder aber externe ÜL, die von außen in die Einrichtung kommen, geeigneter für die Umsetzung des Programms sind. Während interne ÜL die Bewohner und somit auch die Mehrheit der TN kennen und zu ihnen „ein wesentlich besseres Verhältnis haben (als externe)“, ihre Fähigkeiten einschätzen können und zudem die Kommunikationsstrukturen in den Einrichtungen kennen und insgesamt einen unmittelbaren Zugriff auf das Programm haben, sind externe ÜL „fremde Leute“, kommen nur punktuell in die Einrichtungen und haben keinen engeren Bezug zu den TN. Bei ihnen besteht daher die Gefahr, dass das neue Programm nicht angemessen in die Organisationsstruktur und -kultur integriert wird und daher auf Ablehnung bei den Mitarbeitenden trifft.

Auch aus Sicht der ÜL kann die externe Position misslich sein, denn sie sind in hohem Maß auf die Unterstützung der Einrichtung angewiesen: So müssen Materialien und Räumlichkeiten vorbereitet

und TN akquiriert werden etc. Sie benötigen Informationen über die TN und ihre Krankheitsgeschichte bzw. ihre Pflegesituation und ihren Funktionsstatus, bekommen diese aber oft nicht übermittelt. So berichtete ein ÜL bspw. von einem TN, den er gebeten hatte aufzustehen: „... und der hat eine neue Hüfte bekommen. Ja, woher soll ich denn das wissen?“ Dies zeigt exemplarisch, wie wichtig ein guter Informationsaustausch sowie die Existenz von eingespielten Kommunikationswegen sind – auch um zu ermöglichen, dass das Programm in der Einrichtung nicht als arbeitsintensives „Extra“ verstanden, sondern als fester Bestandteil der Organisation betrachtet und in die Alltagsroutinen integriert wird. Um das zu realisieren, sind Organisationsentwicklungsaufgaben zu bewältigen, die in der Entwicklungs- und Implementationsphase nicht mit höchster Priorität und verspätet angegangen wurden.

Zu Beginn des Projektes konnte beobachtet werden, dass Pflegekräfte (PK) die Umsetzung des LMB in den Einrichtungen zwar wohlwollend, aber zugleich distanziert betrachteten. Eine Ursache dafür bestand aus ihrer Sicht in der fehlenden Transparenz über das Projekt und das Programm. Deutlich wurde, dass sie bei der Entwicklung des Angebots, aber auch bei der modellhaften Implementation nicht intensiv eingebunden wurden. So war vielen PK nicht bewusst, dass Bewegungsförderung langfristig in die Pflegeeinrichtungen Einzug halten würde. Viele hielten das LMB für ein zeitlich befristetes wissenschaftliches Projekt, das mit Mehrarbeit, umfangreicher (zusätzlicher) Dokumentation und viel Terminorganisation rund um die Datenerhebungszeitpunkte verbunden war.

Von Beginn an wurde das LMB vonseiten vieler PK zudem als Programm gesehen, das nicht an die „richtige Zielgruppe“ adressiert war. Sie beklagten, dass nur jene Bewohner vom Programm profitierten, für die sowieso schon eine große Auswahl an Angeboten vorgehalten würde (weil sie mobiler wären), nicht aber diejenigen, die dringlicher anregende Angebote benötigten, wie etwa Personen, die schon auf einen Rollstuhl angewiesen wären, aber noch relativ selbstständig ihren Alltag gestalten könnten. Die erhobenen

Daten zum Gesundheitszustand der TN bestätigten diese Einschätzungen.

Die Haltung der Pflegenden gegenüber dem LMB änderte sich tendenziell nach ca. 16–20 Monaten. Dann deutete sich an, dass das Programm nicht mehr länger als „Extra“ verstanden wurde. Ein Anzeichen für diese Entwicklung war bspw., dass die Bereitschaft zur Unterstützung des LMB stieg und dies trotz schwieriger Rahmenbedingungen wie ständigen Personalmangels. Diese Entwicklung wurde durch beobachtete positive Auswirkungen auf den gesundheitlichen Zustand (Pflegebedarf) der TN befördert: Pflegenden konnten z. B. Verbesserungen bei den Alltagsbewegungen und Auswirkungen auf durchzuführende Transfers (z. B. vom Stuhl ins Bett) feststellen.

Viele Vorbehalte der PK waren letztlich darauf zurückzuführen, dass sie zu wenig in die Projektentwicklung einbezogen waren. Sie nahmen das LMB lange Zeit als Fremdkörper in ihrem Arbeitsumfeld wahr, mit dem sie nur oberflächlich in Berührung kommen würden und wollten: Solange sie nicht in das Projekt involviert waren (oder nur durch das Ausfüllen von Assessmentinstrumenten), war „das LMB Sache der ÜLs und PDLs“. Erst mit zunehmender Integration der Betreuungskräfte, mit denen sie im Arbeitsalltag eng zusammenarbeiten, in die Durchführung des LMB und aufgrund der beobachtbaren Erfolge bei den TN setzten sich die PK inhaltlich und organisatorisch intensiver mit dem LMB auseinander. Dadurch konnte das Programm „in den Alltag Einzug“ halten. Darüber hinaus begannen einige der befragten PK, sich auch stärker mit dem grundlegenden Thema Ressourcenstärkung zu beschäftigen.

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Mit dem LMB wurde ein innovatives Programm zur Bewegungsförderung älterer, pflegebedürftiger Menschen entwickelt, dessen Umsetzung – wie erwartet – auf etliche Hürden stieß, von denen einige im Projektverlauf beseitigt werden konnten. Bislang ist das Programm jedoch ein überwiegend isoliertes Angebot, das oft nur rudimentär in den Struk-

turen der beteiligten Einrichtungen verankert und wenig mit bereits bestehenden Angeboten vernetzt ist. Das Ziel, das LMB dauerhaft in der Lebenswelt „Pflegeheim“ zu verankern, wurde daher noch nicht erreicht, u. a. weil die settingspezifischen Gegebenheiten bei der Planung und Entwicklung des Angebots wenig beachtet wurden. Dementsprechend sind noch weitere wichtige Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, um die Weiterentwicklung, Ausweitung und Verstetigung des Angebots in der Lebenswelt Pflegeheim sinnvoll und Erfolg versprechend erscheinen zu lassen. Dazu gehören:

1. Die *gesundheitliche Lage* der in Pflegeeinrichtungen lebenden Personen wird mit dem LMB bislang noch zu wenig berücksichtigt. Denn bisher werden überwiegend Menschen adressiert, die zur Minderheit der in Pflegeeinrichtungen lebenden Pflegebedürftigen gehören und vergleichsweise wenig körperlich und geistig beeinträchtigt sind. Hier gilt es dringend, das Angebot weiter zu entwickeln und es auch Menschen mit gravierenderen körperlichen und kognitiven Einbußen zugänglich zu machen, was wiederum *mehrdimensionale Interventionen* notwendig macht, die die Heterogenität der Zielgruppe berücksichtigen und, je nach vorhandenen Potenzialen, stärker ihre kognitiven oder physischen Fähigkeiten (oder beide) fördern.
2. Die bei der Entwicklung des LMB nur geringe, eher zufällige *Partizipation der Zielgruppen* bei der Entwicklung (und zukünftigen Weiterentwicklung) des Angebots ist ein weiterer Aspekt, den es zukünftig zu berücksichtigen gilt. Denn die Schwelle zur Inanspruchnahme von präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten ist geringer, wenn die Zielgruppen schon bei der Definition ihrer Problemlage und später bei der Zieldarstellung und Programmgestaltung einbezogen werden.
3. Prävention und Gesundheitsförderung sollten weitaus stärker in das Aufgabenspektrum der Pflege integriert werden, wofür entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen und Handlungsempfehlungen benötigt

werden [21–23]. Die Herausforderung, Pflegefachkräfte stärker einzubinden, wurde bei der Entwicklung und Implementierung des LMB nicht angegangen, was sich insgesamt negativ auf die Integration in das Setting Pflegeheim auswirkte. PK wurden, wenn überhaupt, nur passiv einbezogen und erhielten keine Durchführungsverantwortung. Dieses Vorgehen ist angesichts der Personalsituation in Pflegeeinrichtungen zwar nachvollziehbar, aber gleichwohl problematisch. Gerade PK haben am häufigsten Kontakt zu den Bewohnern, kennen deren Vorlieben und Fähigkeiten und können sie zur Teilnahme an bewegungsfördernden Angeboten motivieren. Dies ist jedoch nur möglich, wenn sie das Angebot und seine Potenziale kennen, in den Umsetzungsprozess integriert werden und insgesamt mehr Verantwortung (zumindest für die Integration des LMB in die individuelle Pflegeprozessplanung) übernehmen. Zudem haben sie in der Regel auch einen Überblick über *Organisationsprozesse und Rahmenbedingungen* in den Einrichtungen und sollten allein deshalb stärker in die Planung und Umsetzung des LMB (und anderer innovativer Konzepte) eingebunden werden.

4. Wenig berücksichtigt wurde die in Pflegeeinrichtungen herrschende *Organisationsstruktur und -kultur*. In der Folge konnte bspw. beobachtet werden, dass wenig Flexibilität vorhanden war, um einen geeigneten zeitlichen und organisatorischen Rahmen für das neu zu integrierende Angebot zu schaffen. Stattdessen herrschte in den Vormittagsstunden ein Überangebot an Beschäftigungs- und bewegungsfördernden Veranstaltungen und das LMB wurde als Konkurrenzangebot wahrgenommen, dass sich seinen Platz und seine Berechtigung erst „erarbeiten“ musste. Hier sollte zukünftig darauf geachtet werden, dass im Sinne der *Projekt- und Organisationsentwicklung* frühzeitig Steuerungsprozesse initiiert werden, die auf die Vermeidung von Reibungsverlusten und die

Integration von Interventionen in die Organisationsstrukturen abzielen. Zudem sollte bei der Planung und Entwicklung einer Intervention die Praxis (das Setting) stärker involviert werden, damit spätere Adaptionsprobleme vermieden werden können bzw. nicht von den Praxispartnern bewältigt werden müssen.

5. Wie in anderen Regionen deutlich wird, in denen das LMB bereits umgesetzt, aber nicht wissenschaftlich evaluiert wird, besteht die Gefahr, dass *das Programm verwässert* wird. Damit ist gemeint, dass unter dem Namen „LMB“ Übungen für stärker gesundheitlich eingeschränkte Personen angeboten werden, für die das Angebot ursprünglich nicht entwickelt wurde. Dabei könnten ÜL und TN schnell an ihre Grenzen geraten, weil die eigentlich vorgesehenen Übungen nicht nachgeahmt werden können oder eine erhöhte Verletzungsgefahr besteht. Die Übungen daraufhin anzupassen könnte dazu führen, dass das Programm erheblich an Effektivität verliert.

Abschließend sei noch angemerkt, dass das LMB im Geriatriezentrum des Krankenhauses „Rotes Kreuz Lübeck“ entwickelt und von dort in die zunächst acht beteiligten Pflegeeinrichtungen der Stadt Lübeck (später wurden zwei Einrichtungen unter konfessioneller Trägerschaft hinzugezogen) mit Rückgriff auf ein einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement implementiert wurde. Die in Lübeck vorhandenen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten (gute Vernetzung und Kooperation unter den Akteuren) schafften Umsetzungsbedingungen, die in anderen Regionen nicht gegeben sein werden bzw. nicht zu erwarten sind. Hinzu kommt, dass das Land Schleswig-Holstein im Vergleich zu anderen Bundesländern über eine hohe Heimdichte und eine eher untypische Nutzerstruktur verfügt, es leben im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mehr geringfügig beeinträchtigte Personen dort. Zu erwarten ist also, dass die an der Pilotphase beteiligten Pflegeeinrichtungen die Heterogenität der bundesweit in diesem Setting vorherr-

schen Landschaft nicht abbilden. Eine Implementation des LMB in anderen Regionen sollte daher mit größter Sorgfalt und unter Beachtung der genannten Übertragungsgesichtspunkte erfolgen, kritisch beobachtet und unabhängig evaluiert werden.

## Korrespondenzadresse

**Dr. Annett Horn**

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld  
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Deutschland  
annett.horn@uni-bielefeld.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** A. Horn, T. Kleina und D. Schaeffer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

**Open Access** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

## Literatur

1. Marzetti E, Calvani R, Tosato M et al (2017) Physical activity and exercise as countermeasures to physical frailty and sarcopenia. *Aging Clin Exp Res* 29(1):35–42
2. Titze S, Oja P (2012) Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. In: Geuter G, Hollederer A (Hrsg) *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. Huber, Bern, S 49–63
3. Toots A, Littbrand H, Lindelof N et al (2016) Effects of a high-intensity functional exercise program on dependence in activities of daily living and balance in older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc* 64(1):55–64
4. Freiburger E, Kemmler W, Siegrist M, Sieber C (2016) Frailty and exercise interventions: evidence and barriers for exercise programs. *Z Gerontol Geriatr* 49(7):606–661
5. Kalinowski S, Wulff I, Kölzsch M, Kopke K (2012) Physical activity in nursing homes – barriers and facilitators: a cross – sectional study. *J Aging Phys Act* 20:421–421
6. Gogulla S, Lemke N, Hauer K (2012) Effekte körperlicher Aktivität und körperlichen Trainings auf den psychischen Status bei älteren Menschen mit und ohne kognitive Schädigung. *Z Gerontol Geriatr* 45(4):279–289
7. Grant P-M, Granat MH, Thow MK, Maclaren WM (2010) Analyzing free-living physical activity using

- body-worn activity monitors. *J Aging Phys Act* 18(2):171–184
8. Sackley CM, van den Berg ME, Lett K et al (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
  9. Yumin ET, Simsek TT, 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. *Arch Gerontol Geriatr* 52(3):e180–184
  10. GKV Spitzenverband (GKV-S) (Hrsg) (2018) Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. GKV-S, Berlin
  11. Kleina T, Horn A, Schaeffer D (2014) Implementation von Interventionen zur Verbesserung des Versorgungszustandes von hochaltrigen Bewohner/-innen stationärer Einrichtungen. Abschlussbericht. Universität Bielefeld, Bielefeld
  12. Fuchs-Frohnhofer P, Dörpinghaus S, Borutta M, Bräutigam C (2011) PIA – Pflege-Innovationen in der Gesundheitsregion Aachen Projekterfahrungen und Anregungen zur Umsetzung. Tectum, Marburg
  13. Dattalo M, Wise M, Ford JH II, Abramson B, Mahoney J (2017) Essential resources for implementation and sustainability of evidence-based health promotion programs: a mixed methods multi-site case study. *J Community Health* 42:358–368
  14. Roes M (2015) Disseminations- und Implementationsforschung. Ein für die Pflegeforschung und -praxis wichtiger Forschungszweig. In: Zaengl P (Hrsg) *Zukunft der Pflege – 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege*. Springer, Wiesbaden, S 53–69
  15. Horn A, Schaeffer D (2013) Bewegungsförderung im höheren Alter und in der Langzeitversorgung. In: Burger S (Hrsg) *Alter und Multimorbidität – Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft und die Arbeitswelt*. medhochzwei, Heidelberg, S 153–174
  16. Kleina T, Brause M, Horn A, Wingenfeld K, Schaeffer D (2012) Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe – Eine empirische Bestandsaufnahme. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft. IPW, Bielefeld, S P12–147
  17. Meuser M, Nagel U (2002) ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg) *Das Experteninterview*. VS, Wiesbaden, S 71–93
  18. Schaeffer D, Büscher A (2009) Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Z Gerontol Geriatr* 42(6):441–451
  19. Blättner B (2018) Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflege. *Public Health Forum* 26(2):127–129
  20. Blättner B, Ponomarew K, Kraemer K, Griesel S, Roß-Stabernack S, Krüger K (2017) Gesundheitsförderung in Pflegeheimen: Sichtweisen von Entscheidern. *Präv Gesundheitsf* 2017:1–5
  21. Schaeffer D, Horn A (2018) Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. In: BZgA (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA, Köln, S 463–469 (E-Book; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
  22. Bartholomeyczik S, Brieskorn-Zinke M, Eberl I, Schnepf W, Weidner F, Zegelin A (2008) Prävention als Aufgabe der Pflege: Konzepte und Projekte. In: Kirch W, Badura B, Pfaff H (Hrsg) *Prävention und Versorgungsforschung*. Springer, Heidelberg, S 539–567
  23. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014) *Expertenstandard-Entwurf nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege*. Abschlussbericht. DNQP, Osnabrück